

# ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

## SUMARIO:

- 
- |  |          |
|--|----------|
| 1. NOTA EDITORIAL.—EL 2.º CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALM.   |          |
| 2. SOBRE CLASIFICACIONES OFTALMOSCOPICAS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. <b>Prof. Dr. C. Espildora Luque</b> .....  | PAG. 5 ✓ |
| 3. OPERACION DEL INJERTO DE CORNEA POR EL MÉTODO DE CASTRO-VIEJO. <b>Dr. Carlos Camino P.</b> .....  | 13 ✓     |
| 4. PRACTICA OFTALMOLÓGICA.—SOBRE EL EMPLEO DE LA VITAMINA B <sub>2</sub> (RIBOFLAVINA) EN DOS CASOS DE QUERATITIS PARENQUIMATOSA HEREDOLUÉTICA. <b>Dra. Elcira Pinticart de W.</b> ..... | 21 ✓     |
| 5. SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA .....  | 25       |
| 6. REVISTA DE REVISTAS .....   | 29       |
| 7. LIBROS .....  | 37       |
| 8. NOTAS TERAPÉUTICAS.....   | 39       |

DIRECTOR: DR. SANTIAGO BARRENECHEA A.

JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

## REDACTORES HONORARIOS

PROF. C. CHARLIN C.

PROF. C. ESPILDORA LUQUE

PROF. I. MARTINI Z.

DR. JEAN THIERRY

PUBLICACION BIMENSUAL

AÑO I — N.º 3

NOVIEMBRE — DICIEMBRE DE 1944

SANTIAGO DE CHILE

## COMITE DE REDACCION

PROF. DR. J. VERDAGUER

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL SALVADOR

DR. A. SCHWEITZER

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL SAN VICENTE

DR. A. ROBERT

CLINICA REGIONAL DE OFTALM., VALPARAISO

DR. R. CONTARDO A.

JEFE DEL SERVICIO DE OFTALM. DEL B. LUCO

DR. RAUL COSTA L.

JEFE DEL SERV. DE OFT. DEL HOSP. MILITAR  
E INST. TRAUMATOLÓGICO

DRA. LAURA CANDIA

HOSP. DE NIÑOS MANUEL ARRIARAN

DR. G. O'REILLY

HOSP. CLINICO - CONCEPCION

DR. M. MILLAN

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL HOSP.  
SAN FRANCISCO DE BORJA

DR. M. AMENABAR P.

CLINICA OFT. DEL SAN VICENTE

SECRETARIO DE REDACCION: DR. JUAN ARENTSEN S.

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL HOSP. SAN JUAN DE DIOS

Para toda Colaboración, rogamos dirigirse al Director, Dr. SANTIAGO BARRENECHEA  
Agustinas 641 Santiago.

ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA  
ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

AÑO I - N.º 3

NOVIEMBRE - DICIEMBRE DE 1944





## El 2.º Congreso Panamericano de Oftalmología

En la semana comprendida entre el Lunes 26 de Noviembre y el Sábado 1.º de Diciembre del presente año, se realizará en Montevideo el 2.º Congreso Panamericano de Oftalmología, proyectado en el Congreso de Cleveland (Octubre de 1939) y postergado dos veces con motivo de la Guerra Mundial.

Terminado el conflicto en Europa, se hará efectiva la determinación tomada a raíz de la visita panamericana del Prof. Harry S. Gradle, de grata recordación, en el sentido de efectuar en todo caso el Congreso en Noviembre de este año.

Los inconvenientes inesperados e insalvables que se han presentado a su realización, no han sido obstáculo para que sus organizadores desarrollen una actividad permanente para asegurar su éxito.

El Comité Central Uruguayo, presidido por nuestro eminente amigo el Prof. Alberto Vásquez Barriére, al que secundan como Secretarios los Drs. A. Paiva, R. Rodríguez Barrios (Secretario General), C. Garbino y Luis Alberto Barriére (Secretario del Exterior), tiene sobre sus hombros la pesada tarea de coordinar el trabajo de los oftalmólogos de Norte, Centro y Sud-América, empeñados todos y cada uno en prestigiar la Oftalmología de sus respectivos países en el magno certamen.

A raíz del viaje del Prof. Harry S. Gradle, Presidente del Comité Permanente Panamericano, el Comité Ejecutivo del Congreso, reunido en Buenos Aires con asistencia del Secretario Permanente para la América del Sur, Prof. Dr. Moacyr E. Alvaro, tomó las siguientes determinaciones tendientes al mejor éxito del Congreso:

- 1.—Que el 2.º Congreso a realizarse la última semana del mes de Noviembre próximo en la ciudad de Montevideo, inicie sus sesiones el día 26 de dicho mes por la mañana, fecha impostergable, cualquiera sea la situación mundial en ese momento.
- 2.—Mantener el programa de temas ya anunciados en oportunidad y que son los siguientes:
  - 1.—Estado preglaucomatoso.—Su diagnóstico y Tratamiento.
  - 2.—Nuevos puntos de vista sobre el Glaucoma derivados de la gonioscopia.
  - 3.—Estimación y mecanismo de los efectos destructores de la hipertensión ocular.
  - 4.—Oportunidad de la intervención quirúrgica en el Glaucoma. Hasta qué punto puede continuarse el tratamiento médico.
  - 5.—Cirugía del estrabismo paralítico.

- 6.—Cirugía de la Heteroforias.
- 7.—Cirugía del Estrabismo concomitante.
- 3.—Ampliar el número de temas oficiales agregando los siguientes:  
"Cristales de Contacto", cuyo relator será el Profesor Baudilio Courtis, de Buenos Aires, estando la discusión a cargo del Dr. Cogan de Boston, y "Gonioscopía", relatado por el Dr. Sugar de Chicago, y discutido por el Profesor Alberto Urretz Zavalía de Córdoba.
- 4.—Realizar dos exposiciones: una científica y otra comercial.
- 5.—Realizar una sesión destinada a trabajos de investigación.
- 6.—Para designar la sede del 3.er Congreso Panamericano de Oftalmología, se requiere la correspondiente propuesta oficial, formulada por los delegados de cada país, la que será luego votada por el Congreso.
- 7.—No se tratarán temas libres, y sólo comunicaciones relacionadas con los temas oficiales.
- 8.—El 2.º Congreso será presidido por el Profesor Alberto Vázquez Barriére, de Montevideo. La sesión de Prevención de la Ceguera, cuya reunión inaugural tendrá lugar el día 26 de Noviembre por la tarde, la presidirá el presidente del Comité, Dr. Francisco Belgeri, y la sesión del Tracoma cuyas deliberaciones se iniciarán el día 27, será presidida por el Profesor Correa Mayer, de Porto Alegre.

Estos acuerdos, que nos han sido transmitidos en nuestro carácter de Delegado Permanente del Comité ante nuestro país, y miembro del Consejo del 2.º Congreso Panamericano de Oftalmología, por el Prof. Dr. A. Vázquez Barriére en comunicación reciente, nos comprometen a una activa labor ante los colegas chilenos para asegurar su contribución al éxito de la gran asamblea próxima.

Consideramos que Archivos Chilenos de Oftalmología es la tribuna llamada a solicitar el máximo de entusiasmo a los oculistas chilenos y queda, como siempre, a disposición de ellos para toda información referente al Congreso.

Dr. SANTIAGO BARRENECHEA.

**Cátedra Extraordinaria de Oftalmología**

Clínica Oftalmológica del Hospital Clínica de San Vicente de Paul

Director: Prof. **C. Espíldora Luque****Sobre Clasificaciones Oftalmoscópicas de la Hipertensión Arterial**

Prof. Dr. C. ESPILDORA LUQUE

Mientras la Hipertensión arterial o enfermedad hipertensiva, como con justa razón se la denomina, estuvo limitada en su estudio y tratamiento a la exclusiva actividad de los internistas, el examen del fondo de ojo cumplió con dos exigencias principales: una, la de obtener datos que permitieran establecer un pronóstico vital que el clínico buscaba afanosamente en otras exploraciones, pronóstico que no dejaba muchas veces de cumplirse a plazo breve y la otra, utilizando la índole endoscópica del examen, deducir por el aspecto de las lesiones vasculares, no sólo el grado de compromiso anatómico de las paredes arteriales y venosas, en ramas tan finas como las de la retina, sino también precisar o identificar, si así pudiera decirse, el tipo y etapa de la hipertensión.

Si en el primer punto y desde los lejanos tiempos de Widal, el acuerdo era unánime, en el sentido de la gravedad vital de la presencia de una neuroretinopatía, en cambio en el segundo propósito, las dificultades y las divergencias de criterio entre los diversos autores y distintas escuelas, colocaban el problema muy lejos de una situación aceptable para la práctica general. Las múltiples interpretaciones, las variadas clasificaciones y nomenclaturas que aparecen periódicamente, son pruebas bastantes, para convencernos que ni oftalmólogos ni internistas hemos conseguido ponernos de acuerdo.

En este punto estábamos, cuando nos sorprende la que podríamos llamar etapa quirúrgica de la hipertensión arterial, que ha venido, en realidad, con la objetividad indiscutible de sus resultados, a complicar aun más los conceptos y las opiniones.

El oculista ha aprendido que los casos que el oftalmoscopio condenaba a una muerte a breve plazo, en la creencia ya axiomática de que se trataba de estados incurables, se rehacen de sus síntomas generales y oculares en una reviviscencia a veces increíble. Nos parece sospechar que ante el bisturí del cirujano no hay distinciones tan cerradas y absolutas entre la hipertensión tenida por maligna o por benigna. Hemos

visto estupefactos que, como una confirmación clínica de las experiencias de Goldblatt, un riñón quirúrgico unilateral, no sólo provoca hipertensión sanguínea, sino también lesiones retinianas exactamente semejantes a las provocadas por las hipertensiones que podríamos llamar genuinamente médicas (Cohen-1-). Los urólogos nos han demostrado que en casos como estos una nefrectomía no sólo reduce la presión a límites normales o tolerables, sino que aun desaparecen las graves lesiones neuroretinianas (Lobo-Onell-2-).

Todo ello nos lleva a preguntarnos si los oftalmólogos, ante hechos como los citados, ante una sacudida tan inesperada de nuestros clásicos conceptos, podremos permanecer al margen de los tiempos actuales y persistir en los mismos criterios y en la misma actitud.

Comprendemos que nuestra colaboración es y será siempre utilísima, que el examen oftalmoscópico de la hipertensión no ha perdido ni mucho menos, ni su interés clínico ni su utilidad práctica. Pero todo parece indicar que debemos renovarnos, adaptarnos a los nuevos hechos y nuevas orientaciones oculares de la hipertensión arterial aunque quizás en una dirección distinta a la que tendíamos hasta ahora.

Nuestra colaboración será siempre necesaria. Lo difícil es, en el estado actual del problema precisar en qué terreno, de qué manera y hasta qué punto ha de llegar esa colaboración y también la responsabilidad que ella implica, hoy más inmediata e inexcusable por la intervención de la cirugía.

Es lo que intentamos discutir, en parte siquiera, en este trabajo.

En primer lugar y a través de la experiencia que van acumulando trabajos extranjeros y nacionales, el estado del fondo del ojo no parece traducir con fidelidad absoluta y permanente, salvo casos muy determinados, la calidad u origen de los diversos tipos de hipertensión. Entre estos casos especiales figuran las hipertensiones agudas del embarazo, de las glomérulo nefritis agudas, sub-agudas y sub-crónicas y que presentan rasgos oftalmoscópicos lo suficientemente típicos como para que el oculista esté en condiciones a veces, de rectificar el diagnóstico que el tocólogo o el internista hayan podido haber hecho. En cambio, en los procesos crónicos y permanentes de la hipertensión, en la verdadera enfermedad hipertensiva, el fondo de ojo no autorizaría semejantes afirmaciones. Sólo puede asegurarse el tipo maligno de un caso, cuando aparecen los exudados, las hemorragias y el edema papilar. Antes de que esto ocurra no podríamos permitirnos el lujo de diferenciar con categórica evidencia un caso de hipertensión por glomérulo-nefritis crónica, por nefroesclerosis, o por riñón quirúrgico.

Haría excepción a este criterio, sostenido por la mayoría de los autores, americanos especialmente, la que Volhard llamó hipertensión roja o hipertonia primaria, que a nuestro entender posee signos oftalmoscópicos muy característicos, como la ausencia de vasoconstricción aun en periodos de franca esclerosis y la serpentificación de las vénulas maculares. Pero hay que reconocer que ante la enorme cantidad de hipertensos que consultan, esa categoría resulta una excepción que por ello mismo confirmaría el principio general.

Este principio, que no sería otro que la inespecificidad del fondo de ojo en la mayoría de las hipertensiones arteriales, se hace más evidente en el ánimo del oculista cuando recuerda las múltiples variedades de

hipertensión, tan detalladamente establecidas en la conocida clasificación de Schroeder y Steele. ¿Cómo podría el fondo de ojo manifestar en el aspecto de sus alteraciones los 23 tipos de hipertensiones provocados por causas renales, vasculares, nerviosas y endocrinas? y ¿cómo podría el especialista, en caso de que esas alteraciones alcanzaran a definirse en cada circunstancia, llegar a la extrema sutileza y finura para establecerlas?

El problema se complicaría en todo caso extraordinariamente si los oftalmólogos nos empeñáramos en dar a internistas y cirujanos un diagnóstico preciso, estableciendo cuadros oftalmoscópicos que correspondieran a esos determinados tipos de hipertensión, en un afán desmedido de colaboración y ayuda.

Creemos, después de meditarlo mucho y sacrificando también antiguas y arraigadas apreciaciones que esa no puede ser nuestra tarea ni en esa dirección pueden orientarse nuestros esfuerzos de especialistas. Es la Clínica, es decir, el conjunto de exámenes, el enfermo, en una palabra, el que debe cumplir ese desideratum. Nosotros oftalmólogos, debemos limitarnos a describir lo que vemos, dejando que el médico interprete y califique, dentro del cuadro general, las lesiones oculares que hayamos observado y las que habrán de anotarse en el curso de la enfermedad sometida a tratamiento médico o quirúrgico.

Por no haberlo hecho así, por haber tratado de precisar tipos y etapas de la hipertensión a base del aspecto del fondo del ojo, las numerosas nomenclaturas de los cuadros retinales, las diversas clasificaciones propuestas hasta hoy no han conseguido otra cosa sino traer confusión y desorientación. En un principio sólo nos interesaba la retinitis albuminúrica, después llamada urémica o azotémica, sin preocuparnos de las alteraciones vasculares mismas; más tarde las que Volhard y Thiel denominaron retinitis angiospástica aguda y maligna; hoy nos hablan de retinosis, de retinopatías, hipertensivas, arterioescleróticas, malignas, angiospásticas, de neuro-retinopatía, hipertensiva nefrítica primaria y secundaria (Clay y Baird-2-), etc. Palabras y denominaciones que, no lo olvidemos, sólo corresponden a juegos de vocablos que pretenden traducir las diversas y mudables combinaciones de las lesiones patológicas que la hipertensión arterial provoca en la retina.

Fueron estas lesiones patológicas (la esclerosis, la vasoconstricción, el exudado, la hemorragia y el edema retinal y papilar) las que Wagener y Keith tuvieron en cuenta para incorporarlas en su conocida clasificación. Ellos se limitaron a enumerar en grado progresivo de compromiso circulatorio las lesiones vásculo-retinianas, creyendo poderlas colocar paralelamente con la etapa de hipertensión. Se dejaron de frases y menos de inventar nuevas retinopatías.

Pero Wagener y Keith cayeron en el error y con ellos muchos también caímos, de creer a pie juntillas que la fase oftalmoscópica de la hipertensión iba inseparablemente unida a la fase clínica general de la enfermedad. Hoy habrán visto esos autores, como lo hemos comprobado muchos, que ese paralelismo entre el estado o etapa vascular de la retina y el cuadro vásculo-renal y general se rompe en gran número de enfermos, hecho especialmente comprobado hoy, en que la cirugía ha permitido la biopsia del riñón durante el acto operatorio.

En un trabajo de los Dres. Acuña Zamora y Lira Valencia (4) se publican microfotografías del riñón obtenidas de enfermos hipertensos en las que las graves lesiones arteriales del parénquima renal no guardan relación, en modo alguno con lo que el oftalmoscopio encuentra en la retina. Más convincentes son aun los hechos establecidos por el Dr. Miguel Luis Olivares en su tesis de Licenciatura, (5) llevada a cabo en los laboratorios del Prof. Herzog de Concepción, en la que estudia macro y microscópicamente 22 casos de hipertensos y entre los cuales el examen histopatológico reveló sólo 5 veces lesiones esclerosas vasculares oculares, contra 18 aórticas, 15 coronarias, 9 cerebrales, y 14 renales.

Todo esto concuerda con los hechos clínicos puros: enfermos que clínicamente están en la fase tercera de la clasificación de Wagener y Keith, oftalmoscópicamente corresponden a la primera o cuando más a la segunda, como también hemos visto casos con neuroretinopatías de fase cuarta, en los que el compromiso renal en el momento del examen ocular era de una etapa menor.

En una palabra, que si la clasificación de Wagener y Keith es útil considerando el enfermo como un todo, excluyendo las etapas oftalmoscópicas, no nos sirve si nos empeñamos en mantener la correlación entre el fondo de ojo y fase de la hipertensión. Aunque esto sea posible en no pocos casos, la verdad es que falla en un número no despreciable en la práctica.

Si ello es así, el valor que debemos darle al grado de compromiso vascular de la retina debe interpretarse sólo en un sentido estrictamente local, sin deducir conclusiones generales. En cambio tienen sin duda más valor, especialmente pronóstico las lesiones de tipo exudativo, hemorrágico y edematoso.

Deduciríamos de todo esto que los oftalmólogos deben proceder con mucha objetividad, ofreciendo al clínico una descripción y no una interpretación de las lesiones oftalmoscópicas.

Creo que en esta indudable exageración han caído las diversas clasificaciones oftalmoscópicas de la hipertensión arterial conocidas hasta hoy, desde la primera de Volhard y de Thiel, que aún mantienen su eficacia en los cuadros de hipertensión roja esencial por lo menos, y las de Fishberg, la de Peet, la de Gifford y Mac-Pherson, poco o nada conocidas entre nosotros y a las que hay que añadir la última de Clay y Baird (6) que en su afán clasificador establece 4 categorías distintas de fondos hipertensivos, dos de los cuales tienen a su vez 4 etapas diferentes, con nuevas denominaciones de retinopatía, algunas de ellas.

No es esto lo que nos piden hoy internistas y cirujanos. Lo que ellos buscan, sin duda, es un informe objetivo, anatómico, en el que puedan leer cosas concretas y simples, de información y orientación.

Por esta razón nos ha parecido tan razonable, oportuno y digno de divulgarse el criterio expuesto por Gans recientemente en los *Archives of Ophthalmology* de Octubre de 1944 (pág. 267) y que va dirigido, precisamente, a establecer normas sencillas, permanentes y comprensivas en los informes oftalmoscópicos de la hipertensión arterial.

El trabajo de Gans se basa en el estudio pre y postoperatorio de 18 enfermos hipertensos, minuciosamente controlados.

Coincidiendo con lo que Volhard y Thiel habían sostenido — aunque Gans no lo recuerde — dicho autor separa en dos categorías diferentes,

las lesiones que la hipertensión produce en la retina y como en ella en el resto del organismo.

Estas lesiones o elementos patológicos serían: por una parte, la esclerosis de la pared vascular, la meso o endoesclerosis, con sus consecuencias obstructivas y trombóticas y que forma el factor A, como Gans lo denomina y que vemos presentarse como única manifestación hipertensiva en muchos casos, especialmente en los que Volhard llamaba hipertensos rojos y el factor llamado H que traduce en el fondo de ojo las consecuencias de lo que Gans titula la "hipertensive toxicity", la toxemia hipertensiva, que sería la causante de la vasoconstricción, de los espasmos en sector o regionales, del exudado algodonoso, de la hemorragia petequeal o flamiforme, del edema retiniano y por último del edema papilar mismo, punto culminante que indica la malignidad del proceso.

Nada nos parece más atinado ni en más sencilla armonía con la realidad. Todos hemos visto esos hipertensos en los que su fondo de ojo no da sino signos de esclerosis arteriolar: reflejo cobrizo o plateado, cruces arteriovenosos alterados, irregularidad del calibre, obstrucciones arteriales o cuadros apopléticos por trombosis venosas, sin que jamás den ese aspecto edematoso, sucio de la retina y que por el contrario, si alguna vez aparecen focos blancos o manchitas hemorrágicas, son escasos y siempre diseminados en una retina transparente y seca, libre de infiltración edematosa.

Y todos hemos visto también el extremo opuesto, especial y nitidamente dibujado en la retinopatía gravídica y la que aparece en las formas subagudas y subcrónicas de la glomerulonefritis y en las que en ausencia total del factor A escleroso, se nos presentan con toda intensidad los ocasionados por la toxemia hipertensiva: la vasoconstricción, los espasmos locales, los exudados, las hemorragias, el edema papilar y retinal.

No hay duda, pues que esos elementos hipertensivos A y H forman distintas manifestaciones o efectos de la enfermedad hipertensiva. Por esto es natural que en caso dado, esos elementos puedan combinarse de múltiple manera ya predominando uno, ya el otro. Desde luego, puede decirse que en los hipertensos jóvenes domina el factor H: en los antiguos y viejos hipertensos el A, al que, lógicamente cuando el proceso deriva hacia la malignidad, se unen con intensidad variable los signos delatores de la toxemia hipertensiva.

El criterio que Gans propone nos resulta de una simplicidad y especialmente de una objetividad indudables. Esta clasificación no mira sino el estado del fondo de ojo, no pretende superar al clínico en su tarea y en su responsabilidad y se limita a ofrecerle datos concretos cuyo alcance diagnóstico y pronóstico, cuya importancia en la decisión quirúrgica del tratamiento, sólo una larga y vasta experiencia de observación podrán establecer.

Plantado así el fundamento de la clasificación de Gans, falta ahora dar el detalle práctico para utilizarla: el fondo normal se denominaría A0 H0 (A cero H cero). El grado de anormalidad se define añadiendo 1, 2, 3 a cada letra. De este modo la clasificación se expresa así:

A0 — H0: Fondo normal.

A 1 : Esclerosis discreta	H 1 : Vasoconstricción arteriolar, con o sin edema retinal.
A 2 : Esclerosis marcada (exudados, hemorragias)	H 2 : Vasoconstricción y exudados, hemorragias, edema retinal.
A 3 : Esclerosis marcada y lesiones vasculares; obstrucciones, trombosis.	H 3 : Lo mismo, más edema papilar.

La lectura de las lesiones oftalmoscópicas se simplifica extraordinariamente, con beneficio evidente para la claridad y precisión del informe respectivo: un fondo A2 H0, corresponde a un fondo con esclerosis franca sin ningún elemento de tipo toxi-hipertensivo; es decir, lo que vemos en los hipertensos simples, arterioescleróticos, seniles, etc. Un fondo A1 H3 corresponde a un caso con pequeñas esclerosis, pero con el cuadro final y grave de la neuroretinopatía maligna. Uno A3 H3 señala el máximo de lesiones de esclerosis y tóxicas.

Aplicada esta clasificación a los enfermos de Gans se ve que ella no está de acuerdo, como era de esperarse, con la de Wagener y Keith, pues enfermos de tercer grado de ésta, tenían un fondo A1 H1 de Gans, debiendo estar en grado A2 H2.

La nomenclatura de Gans es además muy útil en la observación de los hipertensos intervenidos quirúrgicamente y seguidos largo tiempo después. Se ve, por ejemplo, a través de los casos que ese autor estudia, que el factor A, es el que domina en el pronóstico y en los efectos que habrá de tener la operación. A mayor grado A menores y más precarios serán los resultados sobre la presión y tanto mayor el peligro mortal de la intervención misma. En cambio todo esto no guarda esa estrecha relación con el grado del factor H, puesto que el H3 se le ve transformarse en H1. Los casos de muerte, durante o inmediatamente después de la operación, observados entre los enfermos de Gans, tenían un fondo A3 en su mayoría, sin que el factor H guardara relación tan directa con aquel desenlace.

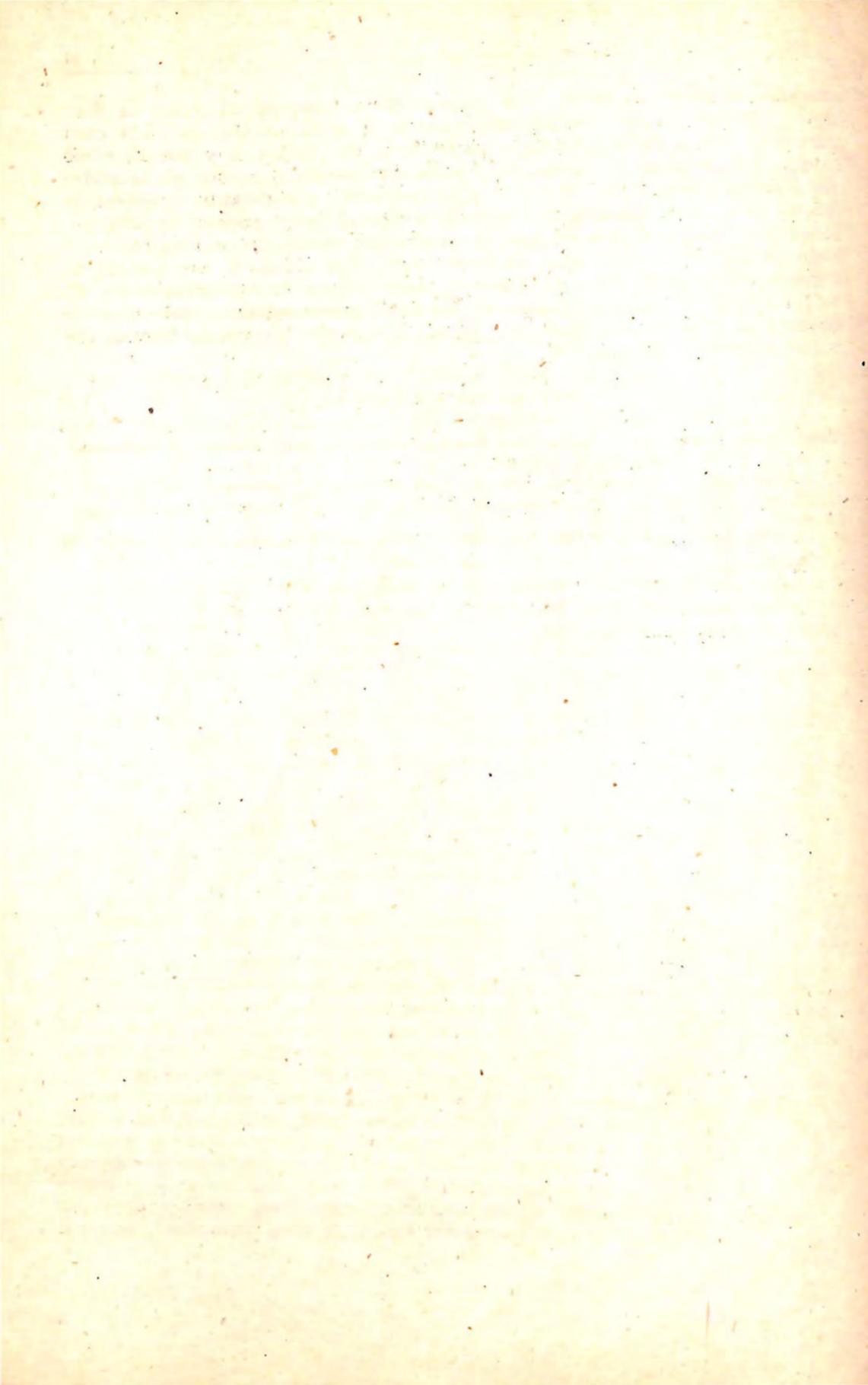
Después de la intervención, todos los enfermos que sobrevivieron y curaron o al menos mejoraron sensiblemente de su hipertensión, presentaban una modificación notable del factor H, de tal modo que los H3 variaban hasta quedar en H1. En cambio, el factor A ó bien quedo invariable o aun empeoró, pues hubo casos de A0 que subieron a A1 y de A1 a A2, especialmente en aquellos enfermos en los que la operación redujo, pero no normalizó las cifras de hipertensión.

También se observa que la presión se normaliza tanto más fácilmente cuanto más bajo es el factor A, lo que no reza para el factor H, puesto que los casos máximos con neuroretinopatías (H3) limpian su retina y pueden normalizar su hipertensión. Estos resultados clínicos los expresa la clasificación de Gans con una sencillez y objetividad indiscutibles. Una ventaja más de esta nomenclatura es que ella no obliga a aceptar ningún paralelismo entre el estado oftalmoscópico y la fase o etapa del cuadro general, como tampoco impone en el ánimo del ob-

servador la sucesión forzosa de etapas oftalmoscópicas al modo de Wagnener y Keith. Gans admite simplemente la combinación, en cada caso particular, en forma variable y caprichosa del factor A y del H, como lo quiere la realidad clínica. El predominio mayor o menor de la esclerosis arterial sobre los síntomas y alteraciones que delatan el grado de intoxicación hipertensiva, no puede encerrarse en el cuadro de una clasificación standard, puesto que el estado del fondo del ojo es el resultado de factores esencialmente personales. Por último y por encima de otras razones que podrían añadirse, Gans coloca al oftalmólogo en un terreno que podríamos llamar de neutral imparcialidad, esencialmente observador y concreto, libre de prejuicios y sobre la base de hechos clínicos y anatomopatológicos.

#### CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—COHEN: Fundus oculi in urologic diseases associated with systemic hypertension. A. of. O. May 1944, N° 5, pág. 427.
- 2.—LOBO ONELL: Comunicación a la Sociedad Chilena de Urología. 21 de Nov. 1944.
- 3.—CLAY AND BAIRD: "Classification of Hypertension" Am. Journ. of Dec. 1944, pág. 1936.
- 4.—ACUÑA ZAMORA Y LIRA VALENCIA: Enfermedad Hipertensiva. Tratamiento Quirúrgico. "Rev. Méd. de Chile. Mayo 1943.
- 5.—OLIVARES ALARCON: "Alteraciones vasculares del fondo del ojo en la hipertensión sanguínea". Tesis Universitaria. Santiago de Chile. 1943.
- 6.—CLAY AND BAIRD: Loc. Cit.



## II

### Cátedra Extraordinaria de Oftalmología

Hospital San Vicente de Paul

(Director: Prof. C. Espíldora Luque)

## Operación del Injerto de Córnea

Por el Dr. CARLOS CAMINO P.

Deseo relatar mis primeras operaciones sobre injertos de córnea según la técnica de Castroviejo y cuyos enfermos han sido presentados a la Sociedad de Oftalmología en Noviembre de 1942 con ocasión del Centenario de la Universidad de Chile, y en 1943.

Pero, deseo que mi primera palabra sea de agradecimiento hacia mi maestro de Nueva York, el insigne oftalmólogo español Dr. Ramón Castroviejo, a cuyo lado en el Presbyterian Medical Center de la Universidad de Columbia aprendí y practiqué en su Laboratorio esta delicada intervención ocular.

Aquí en Chile he seguido las indicaciones del maestro, con muy ligeras variaciones de técnica por diversas causas (como lo expondré en seguida) pero que no alteran en lo principal la técnica que sigue Castroviejo.

**INDICACIONES.**—Se practica esta intervención en los casos de leucomas corneales totales o parciales. Como se comprende hay casos favorables y desfavorables. Los primeros son los leucomas centrales no muy espesos, rodeados de córnea sana y sin vasos; no adherentes al iris. Constituyen el ideal para el transplante de córnea. Los desfavorables son los leucomas totales, gruesos, vascularizados, adherentes al iris y con glaucoma secundario. Operar en estos casos es ir de seguro al fracaso como nos sucedió en el enfermo N.º 2, que padecía de leucoma extenso adherente, vascularizado con glaucoma secundario y catarata. Claro está que de todas maneras es aconsejable intervenir, pues un ojo en estas condiciones está irremisiblemente perdido, ciego; y con la intervención en caso de fracasar no tiene nada que perder, y sí mucho por ganar en caso de que no se opacifique el injerto.

Entre estos dos extremos de casos favorables y desfavorables existe toda una gama de enfermos, unos más, otros menos favorables a la intervención, y es aconsejable practicar previamente en estos enfermos una sinequiotomía o ciclodiálisis.

**MATERIAL DONANTE.**—Castroviejo, para el transplante de córnea, emplea ojos de fetos o de niños que mueren poco después del parto, o

de cadáveres. En todos estos casos se procede a la enucleación a la brevedad posible; se lava el globo ocular en solución salina y se conserva en suero fisiológico a 1 ó 2° sobre cero en una nevera, para emplearlo en la operación lo más pronto posible.

Castroviejo en Nueva York tiene listas confeccionadas de los enfermos por operar, quienes están preparados en todo momento para la intervención. En cuanto le envían a su Clínica un ojo en las condiciones ya dichas (a veces por avión), en el acto se le avisa por teléfono al paciente que acude de inmediato a hospitalizarse para ser operado enseguida. Muchas veces el Dr. Castroviejo me avisó gentilmente a mi hotel, en las tardes, que iba a operar para que presenciara estas intervenciones.

Aquí en Chile no nos podemos dar este lujo. Desde luego, hemos tenido mucha dificultad para conseguir ojos. Nos fueron negados en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Vicente, donde trabajo. Y fué el Dr. Héctor Rodríguez, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Borja, quien puso a mi disposición todos los ojos de cadáveres que necesitara; por lo que le estoy muy reconocido. Siempre fueron cadáveres de medianoche, sin que se haya podido establecer exactamente las horas que tenían. Entre 8 y 9 A. M. practicaba la enucleación para proceder al injerto una hora después, y en todos los casos ha prendido muy bien, cicatrización per priman, pese a que algunos de estos ojos han permanecido en el cadáver hasta 10 horas, más o menos.

También puede servir de material donante ojos de enfermos que se enuclean por una afección que no comprometa la córnea; pero no he tenido oportunidad de emplearlos.

De todas maneras estos ojos o los de cadáveres conviene usarlos lo más frescos posible.

**INSTRUMENTAL.**—Todo el instrumental es ideado por Castroviejo. Debo declarar que yo solamente he practicado el injerto de córnea cuadrado, o sea, la queratoplastia penetrante cuadrada de Castroviejo y que es la que más hace; pero también este cirujano practica la forma circular y otras modalidades de queratoplastias.

Para la queratoplastia penetrante cuadrada el instrumental que se necesita es el siguiente:

1.º Los separadores de párpados—“mosquitos de Castroviejo”, que los emplea en toda clase de intervención ocular. Reconozco sus grandes ventajas, pero personalmente no he podido operar con ellos, pues estoy acostumbrado al blefarostato ya hace 15 años. Pero esta pequeña variación no altera en nada, ya que esta diferencia es sólo una modalidad de abrir y separar los párpados;

2.º El doble cuchillete, de hojas muy finas, paralelas (como dos de catarata juntos) que pueden acercarse o separarse por medio de un tornillo según sea el tamaño que se desee dar al transplante, que varía entre 4 y 6 1/2 mm.

3.º El kerátomo angular, angosto, de muy buen filo;

4.º La tijera de córnea de Castroviejo, pequeña, especial para la sección del tejido corneal y de punta roma;

5.º La pinza de fijación del globo de Elschnig;

- 6.º Una espátula doble, angosta y ancha;
- 7.º Dos pinzas finas, recta y curva, para mover los hilos y suturar;
- 8.º El portaagujas de Castroviejo;
- 9.º Suturas atraumáticas de seda 8 ceros, que en verdad no he usado, sino solamente 6 ceros, por estar agotadas las primeras en Estados Unidos.

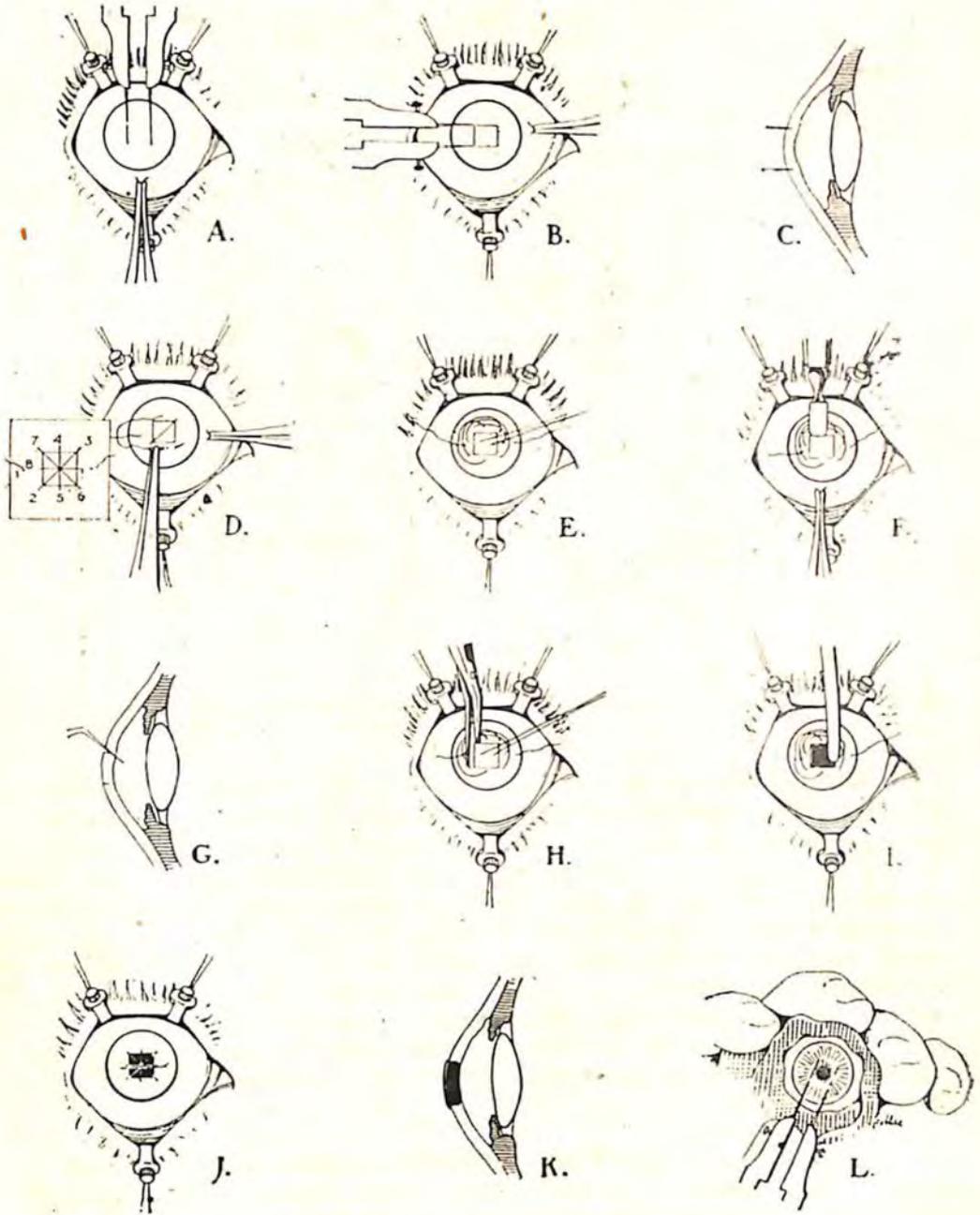


Fig. 1. Método de Castroviejo de la queratoplastia parcial penetrante cuadrada.

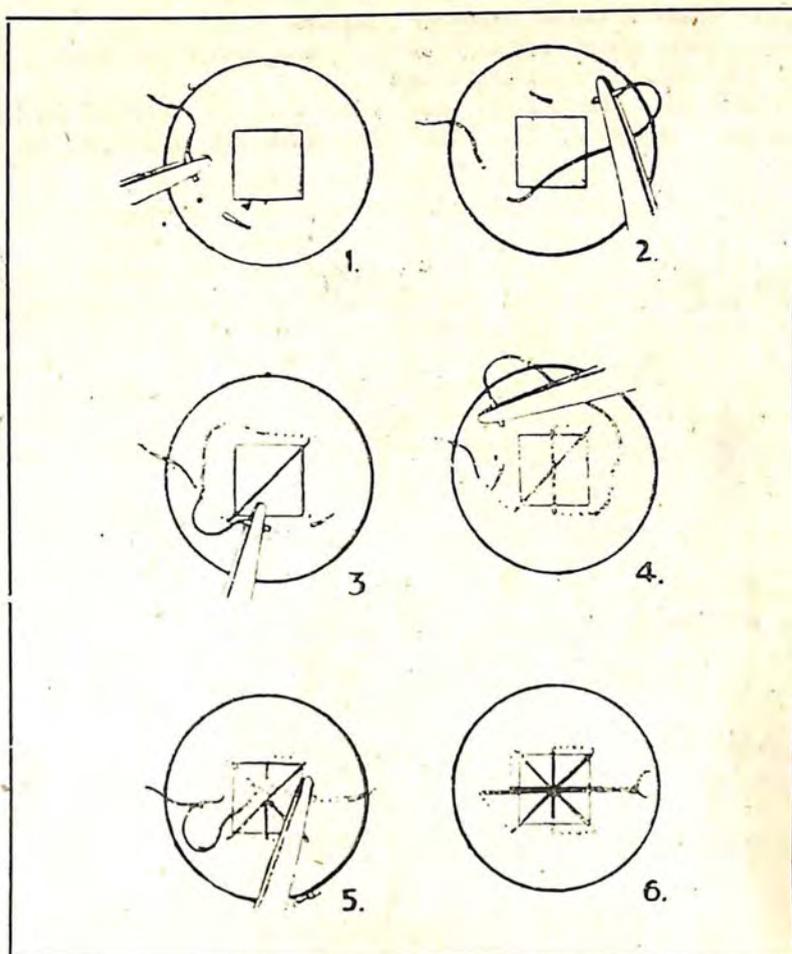


FIG. 2

**OPERACION.**—La preparación general del enfermo es la misma que se sigue para cualquiera intervención ocular en que se abra el globo.

Localmente, Castroviejo instila atropina el día anterior a la operación y momentos antes, e interviene con midriasis máxima, muy buena, que se conserva y que yo nunca aquí he podido conseguir, aún colocando atropina al 3% y varias veces. El conseguir sólo una midriasis media, como a mí me ha sucedido, es un serio inconveniente, pues se favorece la adherencia del iris a los bordes del injerto, y esta sinequia anterior es una complicación muy seria que he tenido que lamentar. De aquí que posteriormente he optado por intervenir con miosis y mantenerla en el post-operatorio para evitar la sinequia anterior y así lo he conseguido.

Posiblemente las midriasis espléndidas conseguidas por Castroviejo se deban a los iris claros cuya trama es más delgada y fácil de plégarse por acción de la atropina, en oposición a la trama gruesa y pigmentada de todos mis enfermos de iris oscuros.

Se instila en el ojo 2 gotas de solución de pantocaína al 1/2% cada 3 minutos. Se procede a paralizar el orbicular de los párpados con solución de novocaína al 2% con adrenalina: 5 a 6 c. c. según la técnica de Van Lint (akinesia) y ensiguída anestesia del ganglio oftálmico con una inyección retrobulbar de 1 c. c. de novocaína al 2% con 2 gotas de adrenalina al 1 por 1.000.

Los transplantes los he hecho de 5 y 5 1/2 mm, o sea, se colocan las hojas del doble cuchillete con esa separación.

Colocado el blefarostato se fija el globo con la pinza de Elschmig que toma la epiesclera cerca del limbo en la parte inferior y se ejecuta el primer corte de la córnea en sentido vertical con el doble cuchillete. Ver Fig. 1 letras A y C. Esta incisión es superficial, poco más allá del epitelio. Enseguida se practica una segunda, horizontal que corta perpendicularmente a la primera frente al área pupilar: letra B. Se instila una gota de fluoresceína la que hace resaltar en forma bien visible el cuadradito tallado.

Antes de incindirlo se preparan suturas para contener el nuevo cuadradito que se colocará en su lugar: en la siguiente forma: ver Fig. 2 y Fig. 1 letra D. Se penetra con la aguja atraumática en el espesor del tejido corneal, pero sin atravesarlo (en forma parenquimatosa) se sigue un cierto trayecto formando un túnel para volver a salir a la superficie a los 2 1/2 mm. de la entrada. O sea, en la Fig. 1 letra D de 1 a 2. Enseguida se repite lo mismo en el ángulo encontrado del cuadrado, como 1 a 1 1/2 mm. de él, de 3 a 4, para hacerlo a continuación de 5 a 6; después de 7 a 8 y por último a las 9, donde se hará el nudo final con el cabo inicial que penetró en 1. En esta forma al anudar queda una verdadera hoja de trébol de 4 pétalos alrededor del transplante cuadrado, y siempre sujetos sus 4 ángulos y la parte media de sus 4 lados.

Ya colocadas estas suturas con ayuda de las pinzas finas sin dientes se deshace esta roseta, retrocediendo los hilos en el orden inverso al en que se colocaron; vale decir, se abren los hilos y se sitúan fuera del cuadrado a cortar, como lo muestra la letra E, Fig. 1. Se pasa un punto central por este cuadrado, para traccionarlo en el momento necesario.

En seguida se incinde con el keratomo un ángulo del cuadrado en forma oblicua, en bisel, como lo muestra la letra F. Se vacía la cámara anterior. Por esta incisión lineal se introduce la tijera de córnea y con sumo cuidado se comienza a cortar el cuadradito. Este corte también hay que hacerlo con un ligero bisel, y se facilita levantando el cuadradito tirando del hilo que lo atraviesa en su centro. Esta sección es uno de los tiempos más difíciles de ejecutar, ya que aquí en cualquier momento se puede lesionar el cristalino, o el iris, o ambos a la vez. Este corte debe ser completamente recto, y en los ángulos es bastante difícil de efectuar. Seccionado totalmente el cuadradito leucomatoso se le deja un momento en su sitio, ocluyendo esta abertura del globo, mientras se talla y prepara el cuadradito del ojo dador.

En este ojo se practica la escisión en la misma forma que en el paciente, pero con la diferencia que el tallado del corte con keratomo primero y tijera en seguida no es en bisel sino recto. Este transplante se coloca en el ojo del enfermo, donde se escindió el cuadradito leuco-

matoso. Con las pinzas finas se colocan de nuevo sobre él los hilos de la sutura y se reconstituye la roseta hecha en un comienzo, y se anuda en 9, Fig. 1, letra D, a un lado del trasplante donde no moleste. En seguida con la espátula se reparte por igual la presión de los hilos introduciéndola entre éstos y el injerto.

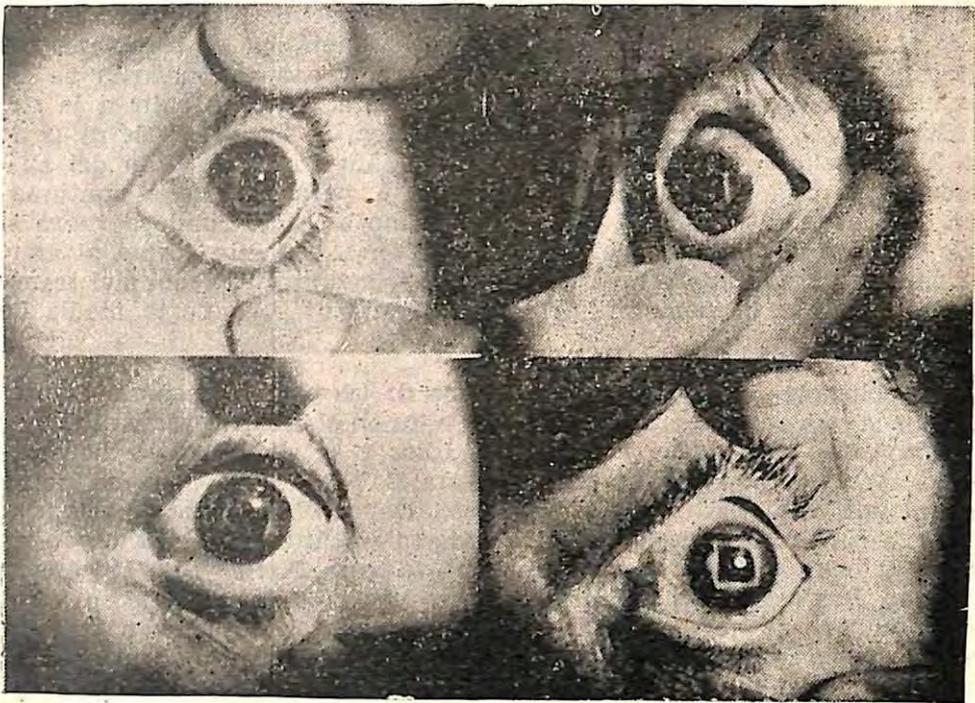
La operación ha terminado.

Se instala atropina cuando se desea midriasis, o mióticos como en muchos de mis enfermos. Se retira el blefarostato y se practica un vendaje binocular cuidadoso. Se recomienda el máximo de reposo, dieta hídrica, luminal, etc.

Se efectúan curaciones cada 2 días, instilando atropina o eserina según el caso y un desinfectante. Al 4.º día se forma la cámara anterior; en otros ha sido al 6.º. A los 7 días se retira la sutura; pero se mantiene el vendaje binocular 2 días más; después se sigue con monocular hasta el día 12; y al 14 el paciente se levanta.

## Caso 1

## Caso 2



## Caso 4

## FIG. 3

## Caso 5

Caso 1.—Fotografía tomada a los 2 meses. A través del injerto transparente se ve la pupila. (El punto blanco en el centro es reflejo del foco luminoso).

Caso 2.—Se aprecia la iridectomía superior del Lagrange.

Caso 4.—Fotografía tomada a los 2 años; injerto perfectamente transparente.

Caso 5.—Fotografía tomada a los 3 y medio meses. Se ve la pupila a través del injerto transparente. El punto blanco es el reflejo del foco luminoso, que cayó al centro de la pupila. En la parte alta se ven los túneles de las suturas corneales, que todavía no han desaparecido.

**OBSERVACIONES**

CASO 1.—Elena E. 53 años. (Obs. 21.308 Hospital San Vicente). Extenso leucoma vascularizado del ojo izquierdo, por acné rosáceo; antigua iritis con sinequias casi totales. Se intervino sin colocar atropina ni eserina pues la pupila estaba prácticamente inmobilizada. Se operó en Octubre de 1942. La operación se realizó sin incidentes y el post-operatorio fué muy bueno. A los 2 meses el injerto estaba bien transparente con una visión de 2/20, que antes de la operación era sólo de percepción luz.

La enferma era de Linares y por el hecho de vivir tan lejos de Santiago temerosos que posteriormente pudiera sobrevenir un glaucoma secundario a la oclusión pupilar, le practicamos a los 2 meses una iridectomía superior, la que nos fatalizó por completo el éxito alcanzado anteriormente. Se produjo hifema total, rebelde a toda terapéutica, con hipertensión secundaria. Se practicó paracentesis repetidas, pero el hifema siempre se mantuvo y finalmente se organizó. Toda esta evolución desgraciadamente llevó lentamente a la opacificación del injerto.

CASO 2.—Juan L. 54 años (Obs. 14.181 Hospital San Vicente). Ojo derecho: antigua irido-queratitis parenquimatosa; leucoma corneal extenso muy vascularizado, glaucoma secundario y catarata. Era un caso desfavorable para la operación de trasplante de córnea; sin embargo la realizamos, previa una esclerecto-iridectomía de Lagrange, que puede apreciarse en la fotografía. La operación de injerto se efectuó sin incidentes y el injerto prendió muy bien. Al mes y medio todavía estaba transparente; en esa época comenzó a ser invadido poco a poco por los vasos, al mismo tiempo que de nuevo subía la tensión ocular. Practicamos una ciclo-dialisis de Heine, que no logró bajar la tensión. Esta hipertensión junto con la vascularización nos fueron opacificando poco a poco el injerto y a los 4 1/2 meses estaba totalmente opaco.

CASO 3.—Ulises B. 24 años (Obs. 30.527 Hospital San Vicente). Leucoma corneal central adherente; discreta vascularización. Alta miopía. Se operó: intervención sin incidentes. Se produjo adherencia del iris a los bordes del injerto, por mala midriasis. Pensábamos reintervenir para seccionar esta adherencia, pero el enfermo pidió el alta por tener asuntos urgentes fuera de Santiago. No alcanzamos a tomar fotografías de él.

CASO 4.—Daniel A. 37 años. (Obs. 30.712 Hospital San Vicente). Once años ciego del ojo izquierdo por leucoma corneal central; antigua iritis. Decidí intervenir con miosis máxima, ya que por las sinequias y la experiencia de los casos anteriores ví que no podía obtener buena midriasis. Y en esta forma obtuve un espléndido resultado. La operación fué sin incidentes, y en el post-operatorio mantuve la miosis.

El enfermo tiene 2 años de operado: su injerto está completamente transparente como puede verse en la fotografía adjunta y alcanza una visión de 5/10 con corrección; trabaja perfectamente en faenas agrícolas. Fué presentado no hace mucho a las clases de oftalmología de los Profesores Charlín y Espíldora.

CASO 5.—Miguel V. 42 años. (Obs. 17.590 Hospital San Vicente). Ojo izquierdo: antigua irido-queratitis parenquimatosa, leucoma corneal, catarata de mediana intensidad; visión 1/50. Visión del otro ojo: 2/50.

Operé el ojo izquierdo con miosis, sin incidencias; cicatrización per primam. Espléndido resultado; a los 2 meses tenía 5/40 p. de visión que consideramos como máxima, pues tiene además catarata. Y este ojo pasó a ser el útil, mejor que el derecho con el que antes veía más. A los 4 meses se mantiene en espléndidas condiciones. Fué también presentado a clase de oftalmología.

MEMORANDUM

Reference is made to the report of the Committee on the Administration of the Government, dated June 1, 1947, and to the report of the Committee on the Organization of the Executive Branch of the Government, dated July 1, 1947.

The Committee on the Administration of the Government has recommended that the Executive Order of June 1, 1947, be amended to provide for the establishment of a new office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Organization of the Executive Branch of the Government has recommended that the Office of the Director of the Bureau of the Census be established as a separate office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Administration of the Government has recommended that the Executive Order of June 1, 1947, be amended to provide for the establishment of a new office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Organization of the Executive Branch of the Government has recommended that the Office of the Director of the Bureau of the Census be established as a separate office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Administration of the Government has recommended that the Executive Order of June 1, 1947, be amended to provide for the establishment of a new office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Organization of the Executive Branch of the Government has recommended that the Office of the Director of the Bureau of the Census be established as a separate office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Administration of the Government has recommended that the Executive Order of June 1, 1947, be amended to provide for the establishment of a new office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

The Committee on the Organization of the Executive Branch of the Government has recommended that the Office of the Director of the Bureau of the Census be established as a separate office, to be known as the Office of the Director of the Bureau of the Census.

# Práctica Oftalmológica

## *Casos clínicos de interés*

### Sobre el empleo de la Vitamina B<sub>2</sub> (Riboflavina) en 2 casos de Queratitis Parenquimatosa Heredo-Luética

Dra. ELCIRA PINTICART DE W.

**Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios**

La carencia de vitamina B<sub>2</sub> determina lesiones caracterizadas por enrojecimiento de la mucosa bucal, ablandamiento y formación de fisuras en la piel de la región, lesiones similares en el vestibulo de la nariz, pliegues naso-labiales, lesiones seborréicas de la nariz, párpados y orejas. A estas lesiones se agrega y describe desde 1940 una lesión ocular consistente en una queratitis superficial con vascularización. Scarborough describe la lesión corneal y atribuye la vascularización a deficiencia en vitamina B<sub>2</sub>.

Las manifestaciones arriboflavinósicas oculares están localizadas de preferencia en la córnea. La descripción de estas lesiones hecha por autores extranjeros y nacionales muestran desde: vascularización y opacidades superficiales de la córnea, inyección conjuntival perilímbica, disminución de visión, conjuntivitis con sensación de quemadura y sequedad corneal, queratitis rosácea y otras queratitis.

Lo característico de las manifestaciones de deficiencia vitamínica serían los vasos perilímbicos. Estos vasos hacen arco en la córnea y de éstos salen capilares que formarían nuevos arcos. Estos vasos van con el tiempo engrosando y aparecen exudados en la superficie y más tarde los vasos son francamente intersticiales; en estos casos la sintomatología acusa intenso blefaro-espasmo, epifóra y gran inyección bulbar.

Otras alteraciones serían midriasis, alteraciones de la acomodación y catarata.

La vascularización corneal sería según Bessey y Wolbach un mecanismo compensador porque la córnea no toma el oxígeno de la sangre sino directamente del aire por un enzimo oxirreductor, la riboflavina.

Por lo tanto, cuando se produzca un déficit de vitamina B<sub>2</sub> se podrán presentar alteraciones corneales desde el simple enrojecimiento a la úlcera y queratitis, que mejoran rápidamente con la riboflavina.

Han comprobado esta tesis en la Clínica del Hospital San Juan de Dios de Santiago y Barros Luco los doctores Barrenechea, Contardo y sus ayudantes con 30 casos de diversas afecciones de la córnea desde

úlceras, tracoma, queratitis dendrítica, punctata y otras. En estas observaciones no figuran queratitis intersticiales mejoradas por no haber continuado asistiendo los enfermos de dicha enfermedad.

No hay para qué describir la queratitis intersticial de todos conocida, con su marcha larga y sus secuelas de máculas y disminución de visión, a pesar del tratamiento intenso y continuado a que se someten los enfermos.

Por eso, como me tocó tratar en Chillán casi simultáneamente dos casos de queratitis intersticial en que usé la riboflavina y obtuve un resultado sorprendente, pienso que debe usarse esta vitamina más frecuentemente para tener una estadística convincente.

La visión de uno de los enfermos era al llegar al servicio, de movimientos mano a 1 metro, por lo cual era llevado del brazo por la madre, y en 29 días llegó a 5/7.5 y 5/50, con las córneas con tenues opacidades. La otra enferma era miope; llegó con un sólo ojo afectado y no estaba la córnea totalmente opaca; era sólo un infiltrado de la parte superior y que fué aumentando rápidamente hasta hacerse completa en 8 días, pero así como fué de rápida la opacificación corneal, fué de rápido el desaparecimiento de los infiltrados corneales y a los 10 días sólo había restos en la periferie, esto es cuando llevaba 14 inyecciones de riboflavina débil.

Las observaciones son las siguientes:

### CASO 1

Mario del P., 15 años.—29 de Marzo de 1944.

Viene del campo llevado de la mano por su madre; hace 15 días tiene dolor ojos rojos y gran disminución bilateral de la visión.

Antecedentes hereditarios: padres vivos sanos. Son cuatro hermanos vivos, sanos. Enfermedades anteriores no acusa.

Examen objetivo: O. D. I. Inyección periquerática discreta.

Córneas con opacidades difusas parenquimatosas.

Vasos pericorneales y corneales profundos.

Iris edematoso, pupilas contraídas.

V. O. D. movimientos mano 1 metro. Tn. O. D. I. normal.

R. Kahn: positiva + + + +.

Examen orina: Ácida 1007. Cl. 14. Elementos celulares escasos. Uratos, regular cantidad.

Tratamiento: Atropina. Inyección de riboflavina diaria. Cianuro y Neo 0,15 y 0,30.

Cuando lleva 6 inyecciones de riboflavina el enfermo dice ver mejor. Córnea con menos infiltrado y menor inyección periquerática.

A los 12 días de tratamiento, visión O. D. 1/50, O. I. menos 1/50.

A los 19 días córnea O. D. limpia en casi su totalidad, quedando sólo discretos infiltrados en la parte superior. En O. I. opacidades tenues centrales, bordes corneales libres de opacidades.

Cuando lleva 21 inyecciones de riboflavina, 5 neo y 10 cianuros, la visión es la siguiente:

V. O. D. = 5/20

V. O. I. = 1/50

A los 29 días de su ingreso se va de alta, se ha colocado 27 inyecciones de riboflavina y la visión es la siguiente:

V. O. D. = 5/7,50

V. O. I. = 5/50

Siguió posteriormente con tratamiento específico Neo y bismuto y riboflavina. Las córneas estaban muy limpias y la visión se mantuvo en O. D. y aumentó lentamente en O. I. donde las opacidades ocupaban el centro de la córnea.

## CASO 2

Ana P., 14 años.—12 de Junio de 1944.

Es miope. Hace 8 días empieza con dolor a O. D., ojo rojo y disminución de visión.

Examen objetivo: O. I. muy discretos vasos periqueráticos.

O. D., inyección periquerática marcada. Opacidad intersticial de la parte superior de la córnea sin llegar al centro que está claro.

V. O. D. = 1/30 — 14 no mejora

V. O. I. = 1/30 — 14 2/50

R. Kahn: positiva + + + +.

Examen orina: Acida 1021. Una que otra célula descamativa. Escasos bacterios.

Tratamiento: Atropina, inyección de riboflavina diaria.

20 de Junio: Sigue con riboflavina. Córnea O. D. totalmente infiltrada V. O. D. = m. m. 0,30.

23 de Junio: Ojo derecho discreta inyección periquerática, lleva 10 riboflavina.

24 de Junio: Dice ver más claro, infiltrado corneal más tenue.

1.º de Julio: Dice ver más. Infiltrado corneal tenue en la parte superior e inferior de la córnea. V. O. D.: 1/30.

15 de Julio: Córnea limpia, ha seguido con riboflavina. La visión se mantiene igual.

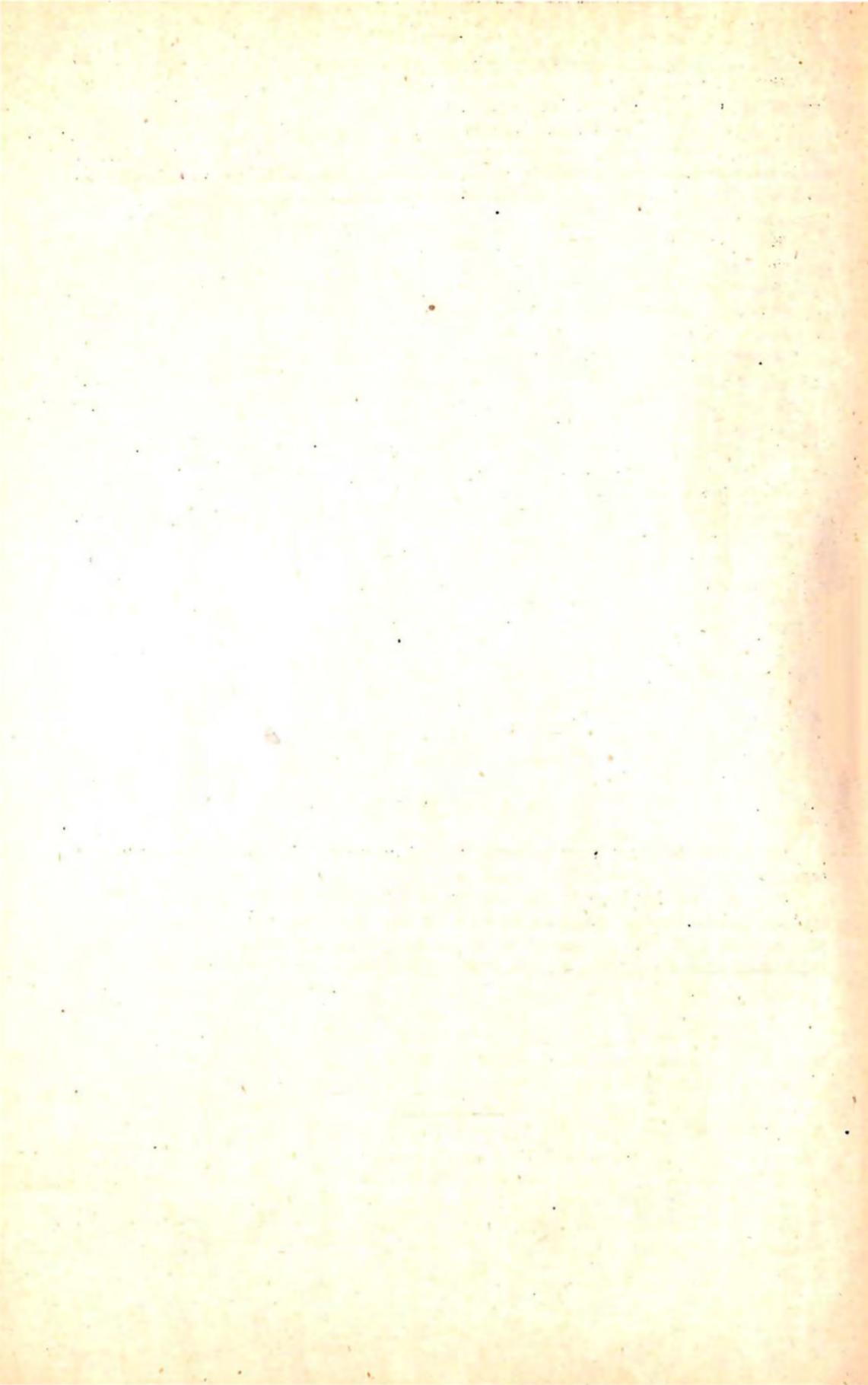
V. O. D.: 1/30 con — 14:2/50

Siguió tratamiento con bismuto, por tener malas venas.

## R E S U M E N

No pretendo sacar conclusiones de dos casos y si los relato es como una contribución a la casuística nacional.

Se trata de dos heredo luéticos de 14 y 15 años, con R. Kahn positiva tratados con riboflavina diariamente, y que mejoraron en pocos días: 29 en un caso y 20 en otro, mejoraría que no puede atribuirse al tratamiento específico que en ambos estaba recién iniciado.



# Sociedad Chilena de Oftalmología

## MEMORIA DEL PRESIDENTE SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL PERIODO 1944-1945

Estimados colegas:

Cumplo con el deber de dar cuenta de las actividades desarrolladas por la Institución durante el periodo de tiempo comprendido entre el 26 de Abril de 1944, en que fué elegida la mesa actual, hasta hoy 5 de Enero de 1945.

En la sesión del 26 de Abril de 1944 fué proclamado con aplauso general el Prof. Don Carlos Charlin Correa, Presidente Honorario, justo reconocimiento a su vasta labor como hombre de ciencia, catedrático y fundador de la Sociedad, como también de los 13 años de provechosa dirección en la presidencia efectiva. Me es grato dejar constancia además, que desde su puesto honorario ha seguido con el entusiasmo de siempre colaborando en las tareas sociales y que su consejo y apoyo me fueron de gran aliento en las actividades directivas que me tocó desarrollar.

Del resto de la mesa, el Vice-Presidente Dr. D. Cristóbal Espildora, el Tesorero Dr. René Contardo y el Pro-Secretario Dr. Hernán Brinck, siguen en sus cargos; el Dr. Miguel Millán, substituyó al Dr. Gormaz en su cargo de Secretario por haber salido éste al extranjero.

El elenco social se constituye hasta la fecha como sigue:

1 Presidente Honorario.

3 Miembros Honorarios.

14 Fundadores (de ellos 2 en provincia y el Dr. Germán Stolting que siempre recordamos con cariño).

29 Activos (de ellos 5 en provincia).

El Directorio celebró 4 sesiones administrativas, de las que no se dejó acta porque todos los acuerdos tomados fueron posteriormente sometidos al estudio y aprobación de la Sociedad en conjunto en las sesiones generales ordinarias correspondientes.

De estas sesiones generales, se han verificado 14 en el periodo activo de 1944-1945, incluyendo las 3 de clausura y 2 que fueron celebradas en conjunto con la Sociedad de Urología. No se incluyen las reuniones que próximamente tendremos con motivo del paso por Santiago del Prof. Harry S. Gradle.

Las sesiones ordinarias se han celebrado con la frecuencia aproximada de una cada 4 semanas, con una asistencia media de 27 miembros sobre un total de 37 residentes en Santiago; en ellas la primera hora fué dedicada a resolver las cuestiones de orden administrativo y la segunda a exposición de los temas científicos anunciados en la tabla. Fueron presentados 23 trabajos, de ellos 3 por el Prof. Charlin, 2 por el Prof. Verdaguer, 2 por el Dr. Gormaz y 1 cada uno por los Doctores Prof. Espildora, Sra. Candia, Barrenechea, Schweitzer, Contardo, Costa, Millán, Brucher, Santos, Charlin Vicuña, Mehech, Cabezas y Selman Dick. Además, 2 trabajos en colaboración por los Doctores Barrenechea, Contardo, Peralta y Jarpa. Debo señalar la concurrencia a nuestras sesiones donde aportaron el valioso concurso de su voz y su experiencia de los Profesores Vaccaro y Asenjo y de los Doctores Selman y Cabezas.

No he incluido en la nómina de los trabajos, los que fueron presentados a las dos sesiones que la Sociedad de Urología celebró en conjunto con la nuestra para tratar el apasionante tema de la hipertensión y las nefropatías. La parte oftalmológica a cargo de los Profesores Espildora y Verdaguer y del Doctor Mario Amenábar, constituyó una brillante demostración de trabajo ordenado y observación metódica. Me complazco en dejar constancia que en esa ocasión, tanto por la calidad de los trabajos presentados, cuanto por la numerosa concurrencia de oculistas, nuestra Sociedad dió una alentadora prueba de vitalidad y entusiasmo. Al reiterar ahora las más calurosas felicitaciones a los relatores Profesores Espildora y Verdaguer y al Dr. Amenábar, señalo al aplauso de los colegas el prestigio que estos beneméritos consocios nos han aportado al representar con tanto brillo a nuestra Sociedad en ese importante torneo científico.

Tampoco he incluido en la nómina de los trabajos presentados, los que se leyeron en las dos últimas sesiones de clausura. Estas, que son el fruto de un acuerdo para dar a fin de año un resumen práctico de la mejor experiencia terapéutica obtenida con los medios de tratamiento más en boga, con el fin de orientar concretamente sobre los criterios médico-quirúrgicos de actualidad, encontrarán sin duda más vasto y provechoso desarrollo en el porvenir. Agradezco a los Profesores Charlin, Espildora y Verdaguer y a los Doctores Barrenechea y Contardo su importante colaboración para el éxito de estas sesiones de clausura, subrayando su incansable espíritu de trabajo, gracias al cual se mantiene robusta la vida de nuestra Institución.

El Profesor Juan Verdaguer, muy querido y estimado miembro de nuestra Sociedad, recibió el Premio Atenea de la Universidad de Concepción por su libro "DESPRENDIMIENTO RETINAL", de todos nosotros conocido y sobre cuyos relevantes méritos ya nos hemos extendido. La Sociedad Chilena de Oftalmología, menos modesta que el Profesor Verdaguer, ha celebrado este triunfo como propio y, al felicitar al agraciado, se felicita a sí misma de contarlo entre los más activos de sus miembros.

El año científico comprende también un acontecimiento de gran importancia para nuestra Institución: la publicación de los "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA" declarado órgano oficial de la Sociedad. La necesidad de tener una revista que sirviera de exponente y portavoz para los oculistas chilenos, se había ya concretado hace años con la publicación de los "ARCHIVOS SUDAMERICANOS DE OFTALMOLOGIA", de breve duración, en que los Profesores y el Dr. Raúl Costa gastaron esfuerzos que todos recordamos con gratitud. El Doctor Santiago Barrenechea renueva hoy, mediante gestiones de todos conocidas y de las que hay constancia en las actas, y con muy buenas expectativas la labor de dirigir la nueva revista "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA".

Esta vez la difícil empresa financiera y administrativa, es generosamente afrontada por Don Francisco Saval, ligado a la oftalmología por antiguas amistades y simpatías, las que se exteriorizan ahora en las facilidades que nos otorga para el feliz éxito de nuestra publicación.

El primer número da margen a muy alentadoras esperanzas y por ello renuevo aquí al Dr. Barrenechea las expresiones de aplauso y gratitud que con mayor extensión ya tuve oportunidad de manifestarle. La

Sociedad al nombrarlo Director de la revista, nombrando también un comité honorario y otro activo de redactores, tomó todas las mejores disposiciones para facilitarle el trabajo directivo. Estoy cierto que las cualidades organizadoras y dinámicas del Dr. Barrenechea, prestarán con la aparición regular y cada vez más perfecta de la nueva revista un valioso servicio al prestigio de nuestra Institución.

Terminamos el año académico con la recepción del Prof. HARRY S. GRADLE, de Chicago, ilustre representante de la oftalmología de Estados Unidos, actualmente Profesor de Oftalmología de la Universidad de Illinois y Presidente del Congreso Pan-Americano de Oftalmología. Sobre su personalidad científica hablará a su tiempo el Profesor Espildora.

La breve permanencia entre nosotros de tan destacada personalidad oftalmológica nos proporcionará el agrado de escuchar con interés y provecho la autorizada palabra de uno de los mayores valores de la ciencia oftalmológica estadounidense. El interesante temario de conferencias que en su amistosa carta nos ofrece, ha despertado también el entusiasmo entre los oftalmólogos de Valparaíso, quienes nos han expresado el deseo de conocer personalmente y escuchar las disertaciones del Prof. Gradle. Subrayo con viva satisfacción la delicada deferencia del distinguido catedrático de Chicago, quien al aceptar nuestra invitación para dar sus conferencias entre nosotros, nos indicó con oportunidad los temas que tratará.

Será, sin duda, un broche de oro para cerrar nuestras actividades del año, la oportunidad científica que nos brinda el viaje del Prof. Gradle a quien la Institución recibirá y atenderá con toda la deferencia que su alto rango oftalmológico, merece y que nuestra adhesión y cordialidad desea tributarle. Al designarlo en la sesión de fecha 6 de Diciembre de 1944 Miembro Honorario, le hemos expresado con lo mejor que tenemos en cuanto cuerpo colegiado, el respeto y reconocimiento por su labor científica y la honra que nos trae el que su nombre figure en la más alta gerarquía de nuestro elenco.

**CUESTIONES ADMINISTRATIVAS.**—Por lo que toca a las tareas administrativas, declaro con satisfacción que se han ido introduciendo algunas prácticas destinadas a perfeccionar las ya existentes a medida que la experiencia ha señalado su utilidad. En la Secretaría se ha cambiado la disposición de los archivos y se ha innovado en el sistema de convocatorias; las actas han conservado su redacción clara y precisa y su habitual puntualidad. Se ha provisto al Secretario de todos los elementos necesarios para el correcto desempeño de su misión y para la adecuada presentación externa de las comunicaciones. A este respecto, me es grato dejar constancia que el incremento de nuestras relaciones con sociedades afines de especialistas, mantenidas al día por el intercambio de correspondencia, aumentan cada vez más el perfil personal y la consideración de la Sociedad. Las sesiones de clausura que celebramos fueron oportunamente anunciadas a los socios de provincia y a los Miembros Honorarios de Valparaíso. Con gran satisfacción hemos visto cómo desde el vecino puerto los colegas oftalmólogos han adherido a nuestras actividades, siguiendo la tradición de amistad que nos liga a ellos; la designación de Miembros Honorarios de nuestra Institución hecha a los Doctores Jean Thierry y Adrián Thuyl, refleja, no sólo el reconocimiento de los méritos de tan distinguidos colegas, sino también el deseo de hon-

rar en ellos la laboriosidad e iniciativa del cuerpo de oftalmólogos de Valparaíso, estrechándonos en una misma fila en el homenaje a sus hombres consagrados por toda una vida de integridad y alta competencia profesionales.

**ESTADO FINANCIERO.**—En cuanto al estado financiero, ya escucharán los colegas la exposición numérica de labios del mismo señor Tesorero. Verán que la Sociedad tiene un pie financiero bien calculado y que sus gastos han sido dirigidos con sabia medida y adecuado control.

**ACTIVIDADES SOCIALES.**—Por lo que toca a actividades de orden social, tan necesarias para mantener el ritmo de confianza e intimidad entre los asociados, se organizaron este año 3 manifestaciones, consistentes en almuerzos en el Club de la Unión. La primera en honor del Prof. Charlin con motivo de su designación como Presidente Honorario de la Sociedad Chilena de Oftalmología, dirigida con tanto acierto durante 13 años. La segunda fué la despedida al doctor Gormaz, quien aún con las dificultades inherentes a la guerra emprendió viaje de estudio a Europa y la tercera como celebración del primer número de la revista y aplauso de la iniciativa del Dr. Barrenechea. En todas ellas reinó la habitual confianza y alegría y, a juzgar por la numerosa concurrencia que las realizó respondieron seguramente a sinceros y sentidos anhelos que encontraban así su debida forma de expresión. Al terminar esta sumaria reseña de las actividades anuales, debo renovar mi gratitud por la confianza depositada en mí al designarme para ocupar la presidencia; he tratado de responder en la mejor forma posible a esta honrosa designación tan desproporcionada con el limitado conjunto de mis cualidades personales. Afortunadamente el Presidente Honorario y el Vice-Presidente me han asistido con su experiencia, y el Secretario y el Tesorero con su capacidad y eficiencia, haciéndome con ello posible el desempeño de la dirección. A todos los colegas de la Mesa Directiva que me han ayudado con su trabajo expreso también mi calurosa gratitud.

Este es, estimados colegas, el trabajo del año que dejo entregado a vuestro benévolo juicio.

Santiago, 5 Enero 1945.

I. MARTINI Z.

## EXPOSICION DEL TESORERO

Al hacerme cargo de la Tesorería de la Sociedad Chilena de Oftalmología, no existía dinero en Caja. El acuerdo de cobrar cuotas a los socios ha permitido reunir en el curso del año la cantidad de \$ 7.920.

Los gastos han ascendido a la suma de \$ 3.156.40 ya en la confección de diplomas, útiles de secretaría, cablegramas al exterior, comisión de cobranzas, etc. Queda, pues, un remanente de \$ 4.763.60, a lo que hay que agregar las deudas por cobrar que alcanzan \$ 480. Queda a disposición de Uds. el libro de Caja con sus respectivos comprobantes, para la contabilización de los datos dados anteriormente. No me resta sino agradecer la confianza que me han dispensado y el honor que me ha significado ser Tesorero de nuestra Sociedad, labor ingrata que se ha visto facilitada por la buena voluntad de todos y de cada uno de Uds., especialmente de nuestro Presidente, Dr. Italo Martini, cuya ayuda y apoyo en todo momento me ha sido de un valor inapreciable.

Dr. R. Contardo A.

# Revista de Revistas \*

- 1.—Métodos generales de diagnóstico.
- 2.—Terapéutica y operaciones.
- 3.—Optica fisiológica, refracción y visión de colores.
- 4.—Movimientos oculares.
- 5.—Conjuntiva.
- 6.—Córnea y esclera.
- 7.—Tracto uveal, enfermedades simpáticas y humor acuoso.
- 8.—Glaucoma y tensión ocular.
- 9.—Cristalino.
- 10.—Retina y cuerpo vítreo.
- 11.—Nervio óptico y ambliopías tóxicas.
- 12.—Vía y centros ópticos.
- 13.—Globo ocular y órbita.
- 14.—Párpados y aparato lagrimal.
- 15.—Tumores.
- 16.—Traumatismos.
- 17.—Enfermedades sistemáticas y parásitos.
- 18.—Higiene, Sociología, Educación e Historia.
- 19.—Anatomía, Embriología y Oftalmología comparada.

## 1

### LOCALIZATION OF INTRAOCULAR FOREIGN BODIES BY MEANS OF THE CONTACT LENS.

PFEIFFER, RAYMOND.

Archives of Ophthalmology. Vol. 32, N.º 4, p. 261. October 1944.

La guerra y las industrias guerreras hacen oportuno referirse al tratamiento de los cuerpos extraños intraoculares. El autor después del uso de varias técnicas cree que la que él ha adoptado es la más ventajosa. Es necesario una localización precisa, lo que se logra a rayos con ayuda del cristal de contacto de Comberg, método que es seguro, fácil de realizar y requiere un mínimun de aparatos. Se hacen dos exposiciones radiográficas, una lateral y otra anteroposterior, sin cambiar la posición del enfermo gracias a un dispositivo del autor. En las películas se dibujan líneas para mostrar la relación del cuerpo extraño con el cristal de contacto, siendo indicada la localización en esquemas que representan una perspectiva anteroposterior del ojo y un corte en la sección del meridiano donde se encuentra el cuerpo extraño.

El autor recomienda las radiografías libres de hueso según el método de Vogt, como también la inyección de aire en la cápsula de Tenon, que es de valor en la localización de cuerpos extraños incrustados profundamente.

\* Algunos resúmenes reproducen, traducidos, los que sobre estos trabajos distribuye el Sr. Agregado Cultural a la Embajada de lo EE. UU., debidamente autorizados por él para su reproducción en nuestra Revista.

## 2

## COMPARISON OF THE KERATOME — SCISSORS AND GRAEFE — KNIFE INCISIONS FOR CATARACT EXTRACTION.

C. S. O'BRIEN.

American Journal of Ophthalmology. 26-508. May 1943.

El autor llega a las siguientes conclusiones:

1.—La incisión para la extracción de catarata es más sencilla con queratomo y tijeras de córnea que con el cuchillo de Graefe.

2.—El astigmatismo es menor después de la incisión con queratomo y tijeras de córnea. En 110 extracciones consecutivas con este procedimiento el término medio de astigmatismo fué de 1,64 Dioptrias, mientras que en igual número de casos en los cuales la incisión se realizó con el cuchillo de Graefe fué de 2,42 Dioptrias.

3.—Hubo ligera diferencia en la agudeza visual obtenida con ambos procedimientos, pero un mayor porcentaje de los casos con muy alta agudeza visual fueron operados con la técnica que usa el queratomo y las tijeras de córnea.

## PENICILLIN THERAPY IN OPHTHALMOLOGY.

JOHN H. DUNNINGTON AND LUDWIG  
VON SALLMANN.

Archives of Ophthalmology. Vol. 32, N.º 5, P. 353. Nov. 1944.

La penicilina es superior en resultados a los compuestos sulfamidados, pero su uso debe ser precoz para asegurar buenos resultados.

Actualmente no se puede decir en forma definitiva si el uso local de penicilina en gotas o unguentos de concentraciones variables de la droga, es efectiva en el tratamiento de las infecciones corneales graves.

En los casos de infecciones oculares exógenas en que exista gran dificultad para establecer un diagnóstico etiológico, aunque son predominantemente causadas por cocos piógenos y clostridiums, de los cuales muchos géneros de estas especies son alta o moderadamente susceptibles a la acción bacteriostática de la penicilina, en los raros casos que los organismos infectantes, no son susceptibles a la penicilina lo son a los compuestos sulfamidados, entonces puede combinarse el tratamiento.

Después del baño corneal o la iontoforesis se encuentran altos niveles de penicilina en el acuoso, lo que ha llevado al uso de penicilina sódica en el tratamiento de las infecciones oculares, tratamiento que usado diariamente durante el curso de una o dos semanas no causa lesiones, excepto una transitoria nebulosidad corneal.

La efectividad del tratamiento con penicilina parece suficientemente establecido para las infecciones de los bordes palpebrales o de la conjuntiva por Cocos piógenos (Gram positivos) y gonococos. Los casos de

infecciones corneales graves y de infecciones exógenas intraoculares del mismo origen bacteriano son escasas para ofrecer una base adecuada para juzgar su respuesta a la peniciloterapia. Sin embargo, algunas observaciones indican que el pronóstico en estos casos es más favorable al usar penicilina, si el proceso destructivo no está muy avanzado.

Experimentalmente las infecciones de las porciones más profundas del cristalino con una raza de estafilococos aureus, no fueron beneficiados por la iontoforesis con penicilina. Una inyección intralenticular de una solución de penicilina, detiene regularmente tales infecciones cuando se la da seis horas y ocasionalmente cuando es usada 24 horas después de la inoculación.

Las infecciones estafilocócicas del vítreo fueron detenidas con una sola inyección de penicilina cuando fué administrada dentro de las 12 horas después de la inoculación. El tratamiento fracasó cuando existió 24 horas entre la inoculación y la terapéutica.

La inyección de penicilina en la cámara anterior de conejos causó una reacción inflamatoria transitoria de grado moderado durante 24 a 72 horas.

### **EL USO DE LA PENICILINA EN INFECCIONES OCULARES**

**G. T. W. CASTHELL.** *British Medical Journal* 1-420-Marzo 1944.

El autor ha observado que la penicilina es un agente valioso en el tratamiento de las conjuntivitis, blefaritis agudas y crónicas, úlceras corneales infectadas, perforaciones corneales con hernia del iris y riesgo de infección intraocular.

Los microorganismos hallados en las infecciones oculares, susceptibles a la penicilina fueron estafilococo piógeno, estreptococo hemolítico, gonococo y neumococo.

En Oftalmología la penicilina requiere cantidades mínimas y puede usarse en gotas o pomadas, en dosis de 1.000 unidades por c. c. en la primera forma y de 500 unidades por gramo en la segunda.

Las investigaciones en la cámara anterior de las sales cálcica y sódica de penicilina fueron bien toleradas por el ojo.

## 7

### **SISTEMA NEUROVEGETATIVO OCULAR. COLOR DE IRIS Y TENSION OCULAR.**

**VIDAL, FLAMINIO; y DAMEL, CARLOS.**

*Archivos de Oftalmología de Buenos Aires.* Tomo XIX, N.º 10. p. 398.  
Octubre 1944.

Los autores estudian la tensión ocular en relación con el color del iris en 265 personas de consultorio externo, de aspecto ocular más o menos normal.

El material fué clasificado en 5 grupos, encontrándose iris oscuros en las siguientes proporciones:

1.—Hipotensos fisiológicos ... ..	61.25%
2.—Normotensos ... ..	42.42
3.—Normotensos ergotropos ... ..	54.41
4.—Hipertensos fisiológicos ... ..	50.00
5.—Personas con tensiones desiguales ... ..	37.50

## IRIDOCYCLITIS AND CHOROIDITIS DUE TO SILENT SINUSITIS.

FORD, ROSA.

British Journal of Ophthalmology. V. 27, p. 469. October 1943.

Relata 5 casos de iridociclitis y coroiditis debidas a sinusitis asintomáticas, en las cuales todos los exámenes fueron negativos, por lo que el autor recomienda en casos semejantes dirigir la investigación hacia una sinusitis latente, que no dé signos de su existencia, excepto sus remotos efectos tóxicos.

## 8

### CARBAMINOYLCHOLINE CHLORIDE IN THE TREATMENT OF GLAUCOMA.

KRAVITZ, DANIEL.

Archives of Ophthalmology. Vol. 32, N.º 4, P. 283. October 1944.

El clorhidrato de carbaminoilcolina es un derivado sintético de colina, que actúa principalmente por la producción de una estimulación simpática. Su estructura química es similar a la de la acetilcolina.

Su uso en el glaucoma, ya sea agudo o crónico, da buenos resultados, sin que constituya una panacea, pero puede hacer abortar una crisis aguda y en el glaucoma crónico es un medicamento valioso cuando otras drogas no han sido efectivas o cuando se ha producido sensibilización de la piel o de la conjuntiva por otros fármacos.

Se usa en solución de 0.75% en instilaciones conjuntivales, pero su empleo provoca momentáneo borramiento de la visión y a veces dolor.

## 9

### CATARATA CONGENITA DESPUES DE LA RUBEOLA MATERNA A. B. REESE — American Journal of Ophthalmology — May 1944.

El autor hace mención especial de una comunicación publicada en Australia sobre una epidemia de rubeola y la aparición de cataratas congénitas y otras anomalías en los infantes nacidos de madres que habían padecido de rubeola durante la gestación. Asimismo, el autor cita tres de estos casos observados en Nueva York. Estos tres casos padecían catarata

congénita así como lesiones congénitas del corazón. Todas las madres contrajeron la rubeola durante el primer mes del embarazo con ocasión de una epidemia grave de esta enfermedad. En relación con las anomalías citadas puede uno hacerse las siguientes preguntas: (1) ¿Es realmente la infección materna una rubeola? (2) ¿Por qué no se habían observado antes dichas anomalías en los infantes infectados de este modo? (3) ¿Son estas anomalías congénitas que ahora se observan el resultado de un tipo más virulento de rubeola o de un tipo modificado que se ha introducido en los EE. UU. en virtud del tráfico creciente entre este país y Australia? (4) ¿Es posible que existiera sin ser reconocida, la relación de causa a efecto en otras enfermedades de la madre y las anomalías congénitas en los primeros tres meses de la gestación? (5) ¿Pueden las medidas profilácticas prevenir el que la madre contraiga la rubeola durante los tres primeros meses del embarazo? (6) ¿Debe provocarse el aborto cuando la madre se halla afectada de exantemas durante los primeros tres meses de la gestación?

## 11

### NEURITIS OPTICA Y LACTANCIA.

MALBRAN, JORGE; y ZUBILLAGA, JUAN.

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires. Tomo XIX, N.º 11, pág. 473.  
Noviembre 1944.

Los autores relatan dos casos de enfermas que presentaron en el curso de su lactancia neuritis óptica bilateral con grave disminución visual. Ambas enfermas eran primiparas y la neuritis apareció en el curso de la 2.ª y 13.ª semanas (generalmente se producen entre la 4.ª y 7.ª semanas).

No fué dado observar sintoma alguno de otra afección, habiendo sido continuada la observación en una de las enfermas durante 18 meses y en la otra más de dos años. La etiología de este proceso neurítico, cuya literatura es aún muy reducida, se discute todavía. Es probable que se trate de una neuritis óptica infecciosa sobrevinida durante la lactancia, si bien algunas de sus características le dan al cuadro una fisonomía particular, pero resulta interesante precisar en favor de esta hipótesis la rápida mejoría que se obtiene con la supresión de la lactancia, como sucedió en los dos casos relatados, en los cuales se obtuvo recuperación funcional completa.

## 15

### SOBRE FACOMATOSIS.

Dres. JORGE MALBRAN y JUAN B. ZUBILLAGA.

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires. Tomo XIX, N.º 12, pág. 492.  
Diciembre 1944.

La facomatosis reúne bajo un nombre genérico síndromes de clasificación dificultosa, que afectan el sistema nervioso central y el aparato

ocular, en las cuales existe una particularidad cual es la existencia de naevus o tumores naevoides en diferentes partes del cuerpo, los cuales son capaces de degenerar tardíamente en verdaderos tumores que VAN DER HOEVE designa con el nombre de facomas.

La facomatosis incluye:

1.—La enfermedad de BOURNEVILLE o esclerosis tuberosa del cerebro, de observación rara y que se caracteriza por tumores cerebrales múltiples que tienen el aspecto de patatas (de ahí su nombre, esclerosis tuberosa), tumores que también aparecen en otras partes del cuerpo (riñones, corazón, intestino, piel, etc.), y también en la retina, dando una triada sintomática característica; retardo mental, epilepsia, y adenoma sebáceo.

2.—La enfermedad de RECKLINGHAUSEN o neurofibromatosis múltiples, la más conocida de todas y que se caracteriza por tumores múltiples de la piel y desde el punto de vista ocular se aprecia no pocas veces en la piel de los párpados el neuroma plexiforme, que puede coexistir con nódulos en la conjuntiva, córnea y también hidroftalmías o buftalmías o aún tumores en el iris, retina, papila, nervio óptico, etc.

3.—La enfermedad de VON HIPPEL-LINDAU o angiogliomatosis de la retina y el cerebelo, que evoluciona en cuatro periodos: 1.—Estado de angiomatosis pura. 2.—Aparición de exudados y hemorragias. 3.—Exudación masiva y desprendimiento de la retina; y 4.—Estado final glaucomatoso y degenerativo, que puede tardar años en llegar o incluso no producirse nunca. Es difícil o imposible precisar la existencia de participación cerebelar en los pacientes con angiomatosis retiniana o la inversa.

4.—La enfermedad de STURGE-WEBER, es la menos conocida, en la cual se asocian el naevus, el glaucoma y los síntomas neurológicos, siendo el naevus flameus el sintoma más frecuente, mientras que los otros o son de aparición tardía o no son manifiestos.

## 17

### AFECCIONES OCULARES LINFOGRANULOMATOSAS

ESPILDORA LUQUE, CRISTOBAL; COUTTS, WALDEMAR; y LOYOLA, RAFAEL.

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires. Tomo XIX, N.º 11, pág. 436. Noviembre, 1944.

La infección linfogranulomatosa ocular es un hecho clínico real y perfectamente posible, como lo demuestra el hecho que ciertas conjuntivitis del tipo Parinaud son provocadas por el virus linfogranulomatoso y el hallazgo de formas visibles del virus en el frotis de las conjuntivas

sanas de enfermos linfogranulomatosos, que al igual que otras mucosas pueden albergarlos sin lesión aparente.

La manifestación clínica ocular puede ser semejante a la observada en la esfera genital, es decir que podrá revestir los síntomas agudos del período inicial, como lo prueban los casos de conjuntivitis de Parinaud; o bien presentarse bajo el aspecto de afecciones crónicas, esclerosas conjuntivo estenosantes, como sucede en el estiomene, la elefantiasis penescrotal, estrecheces uretrales, etc.

El pterigion, las estrecheces de la vía lagrimal con dacriocistitis crónica y la retracción esclerosa progresiva de la conjuntiva anoftálmica, han sido objeto de estudios especiales, equiparándolas a las formas crónicas del linfogranuloma venéreo, basados en fundamentos clínicos y especialmente anatómo-patológicos.

En 16 enfermos de pterigion estudiados con cutireacción de Frei, fondo de ojos, exámenes de cortes para inclusiones, frotis conjuntivales, etc., los autores llegan a la conclusión de que la etiología linfogranulomatosa del pterigion tiene fundamentos muy elocuentes.

En las dacriocistitis el virus linfogranulomatoso debe ser tomado en cuenta, ya que es tan propicio a la producción de esclerosis y obstrucción en las vías uro-recto-genitales.

En la retracción progresiva esclerosa de la conjuntiva anoftálmica, en los cuales no se puede invocar sólo la causa mecánica, debe también pensarse en una etiología linfogranulomatosa.

---



## Libros

**MANUAL DE GONIOSCOPIA.**—La exploración clínica del ángulo irido-corneal, por el **Dr. Angel Moreu**. 1.<sup>ª</sup> edición. Ediciones Morata. Madrid 1943.

En un volumen de 127 páginas, ilustrado con 56 figuras, fruto del estudio del ángulo irido-corneal de más de 4.000 enfermos, — y sobre la base de la relativamente escasa literatura publicada hasta ahora sobre el tema — el autor, discípulo del verdadero campeón de este método de examen, el Dr. Manuel Uribe Troncoso, revisa la casi totalidad de la patología ocular para hacer resaltar los diversos aspectos gonioscópicos por él observados, de muchos de los cuales no se registra hasta ahora otra descripción en la literatura oftalmológica.

Si es cierto que algunas de estas descripciones carecen de gran valor práctico, no lo es menos que los capítulos referentes a "Procesos inflamatorios del iris y del cuerpo ciliar", Grupo III, págs. 30-53, "Glaucoma primario e hipertonijs secundarias", Grupo VIII, págs. 83-100 y por último, "Control de las operaciones realizadas en el limbo", Grupo X, págs. 100-111, despiertan ampliamente el interés por la Gonioscopia, hasta ahora insuficientemente aplicada entre nosotros.

Dentro del nutrido material que el autor pasa en revista, casi todo de su propia cosecha, grato es al lector chileno comprobar que los trabajos de los Profs. Charlín y Espíldora Luque, comentados en las páginas 93 y 94, en el capítulo referente a "Glaucoma primario e hipertonijs secundarias", han alcanzado merecida difusión.

Por otra parte, tal vez no sea éste el lugar más adecuado para discutir los conceptos que el autor estampa en la página 105 y siguientes, al comentar los resultados de la operación fistulizante de Elliot a la luz de la gonioscopia.

Contrariamente a la opinión de Moreu, que cree poder confirmar las ideas de Lagrange respectó a la trepanación de Elliot, ideas que encuentran entre nosotros respetables adeptos, nos hacemos un deber en dejar establecido que nuestra experiencia personal es francamente favorable a esta operación y que, tomados en cuenta los casos de éxito discutible o de fracaso que todo operador tiene y toda operación puede proporcionar, creemos que la trepanación de Elliot no es una operación difícil de realizar en forma correcta, y que, practicara en estas condiciones, da amplias garantías como método quirúrgico de tratamiento del glaucoma crónico.

Confesamos que no hemos controlado gonioscópicamente nuestros operados de Elliot, pero desde hace 15 años hacemos un control riguroso de ellos al Microscopia corneal y lámpara de hendidura para estudiar la situación de la trepanación, las condiciones de la fístula y de la iridectomía periférica, la aparición de sinequias posteriores o la posibilidad de haber producido una herida en la cristaloides anterior du-

rante la intervención. Los resultados de este estudio, presentados a las Reuniones de Clausura del año 1944 de la Sociedad Chilena de Oftalmología, justifican nuestra favorable impresión respecto al Elliot.

Perdónesenos esta larga disgresión y permítasenos terminar este comentario transcribiendo textualmente las Conclusiones de Moreu, a las cuales adherimos en totalidad:

1.º—El examen gonioscópico, empleando el instrumental de Uribe Troncoso, es de extraordinaria utilidad, no solamente desde el punto de vista práctico, sino científico.

2.º—Por medio de este nuevo método exploratorio, estamos en condiciones de estudiar en el vivo el cuerpo ciliar, que, como todos sabemos, representa un papel de primer orden en la patología ocular.

3.º—Según hemos demostrado a lo largo de este trabajo, hay procesos como los cuerpos extraños enclavados en el ángulo, quistes, parásitos, etc., de esta región que no se pueden diagnosticar con seguridad, si no es valiéndose de este medio exploratorio.

4.º—En el glaucoma, el Gonioscopio nos marca pautas definitivas respecto al pronóstico y tratamiento de la afección.

5.º—Por último, toda operación ocular que recaiga sobre el limbo debe ser controlada por medio del Gonioscopio, convenciéndonos así de un modo exacto de sus correctos e incorrectos resultados (1).

**Dr. Santiago Barrenechea A.**

---

(1) En el texto dice "correctos e incorrectos"; pensamos que el autor ha querido decir "correctos o incorrectos...".

## Notas Terapéuticas

Hemos introducido en nuestra Revista estos breves resúmenes sobre los nuevos medicamentos descubiertos o perfeccionados en 1944, sea por el enorme interés que encierra su conocimiento, sea por la necesidad que hay de tener antecedentes de ellos en el momento que hagan su aparición en la práctica.

**Penicilina.**—Struble y Bellows han demostrado experimentalmente en conejos, que la penicilina aparece en los medios intraoculares 15 minutos después de una inyección intravenosa y que después de una inyección subconjuntival se producen concentraciones altas y aún enormes, tanto en la córnea como en el iris, cuerpo ciliar conjuntiva y esclera, obteniéndose en estos tejidos una franca mejoría clínica, pero no así en las afecciones infecciosas del vítreo en que no se obtuvo ninguna o poca mejoría, aún utilizando grandes dosis de la droga. (Para mayores detalles, véase "Revista de Revistas" en este mismo número).

---

**Prolongación de la acción de la penicilina y de su concentración en la sangre.**—Romansky y Rittman lograron determinar que suspendiendo penicilina en aceite de ricino, aceite de semillas de algodón y especialmente en una mezcla de aceite de maní y cera de abejas se obtiene, con una sola inyección, la mantención del nivel de la droga en la sangre durante 7 ó más horas. Se puede de esta manera curar gonorreas con una sola inyección. Lo más interesante es que esta mezcla puede mantenerse activa durante 30 a 60 días sin perder su potencia, a temperatura ambiente y aún a temperatura de incubadora.

---

Kirby ha demostrado que la penicilina en forma de soluciones comerciales corrientes mantiene toda su potencia durante 7 ó más días a la temperatura ambiente y aún a temperaturas de incubadoras. Concluye que el error de considerar que es necesario mantener la solución en frigidaire se debe a que las primeras experiencias se hicieron con preparados impuros.

---

Beyer está realizando estudios interesantísimos sobre la excreción de la penicilina y la mantención de altas concentraciones en la sangre. Este autor ha demostrado que una substancia atóxica, el ácido para aminohipúrico, se excreta por el riñón en la misma forma que la penicilina y lo más interesante es que dando grandes cantidades de esta substancia, el riñón no tiene capacidad para eliminar la penicilina tan rápidamente como de costumbre y ésta se mantiene, por lo tanto, más tiempo en la sangre y a concentraciones 4 ó 5 veces mayores. Estos estudios están aún en la etapa experimental, pero si llegan a la práctica corriente significarán una gran economía en la droga y sobre todo evitarán la necesidad de colocar varias inyecciones diarias, fuera de que la mayor concentración significa mayor efectividad.

Otra forma de prolongar la alta concentración de penicilina en la sangre es colocar una bolsa de hielo sobre la región en que se va a colocar la inyección intramuscular 2 a 3 horas antes y 4 a 5 horas después.

**Clavacina.**—Se extrae en forma semejante a la penicilina, pero del *Aspergillus Clavatus*. Es idéntica a la patulina extraída del *Penicillium Patulus* (Usada al parecer con éxito en los resfríos). Actualmente se usa sólo en tópicos locales pues los preparados actuales, aún impuros, son tóxicos empleados parentéricamente o en grandes soluciones de continuidad. Parece tener acción contra ciertos hongos y en especial contra agentes patógenos del colon (Aerobios). Tiene la ventaja sobre la penicilina de que es más estable, se puede filtrar sin tomar precauciones estériles y sus soluciones acuosas pueden hervirse sin que pierdan su actividad y además se obtiene en mucho mayor cantidad que la penicilina.

**Estreptotricina.**—Es obtenido del *Actinomyces lavendulae* que se extrae del suelo. Es activa tanto in vivo como in vitro contra muchos microorganismos, especialmente Gram negativos. Se usa localmente en heridas infectadas, etc., y como tratamiento general por vía parentérica; pues por vía bucal es menos activa.

**Estreptomycin.**—Actúa sobre los mismos elementos que la estreptotricina; pero también su acción se extiende a otros microorganismos, y así ha dado resultados bastante halagadores sobre ciertas *Salmonellas* *Shigellas* y la *Bruceia Abortus*.

**Marfanil.**—Fue descubierta por Domagk, el mismo que descubrió el Prontosil y ha sido usada mucho tiempo en secreto por los alemanes en esta guerra, hasta que fué encontrada entre algunos abastecimientos médicos de sus soldados; pertenece al grupo de los sulfamidados (4 amino metil benceno sulfonamida). Tiene ventajas sobre las sulfas y aún sobre la penicilina en ciertos aspectos; pues no es inhibida ni por el ácido paraaminobenzóico ni por el pus, lo que la permite llegar a las regiones en que éste se ha acumulado. Es el ideal por el momento como tratamiento de las heridas infectadas, aunque también puede usarse con ventajas por vía oral.

## GRUPO SULFONICO

Este grupo nada tiene que ver con las sulfanilamidas pues son derivados de un grupo sulfónico y se aplican a otro grupo de gérmenes, especialmente de la tuberculosis. Los más conocidos hasta ahora son tres:

**Diasona.**—Es el disodio formaldehido-sulfoxilato diamino fenil sulfónico; tiene una toxicidad muy baja, por lo que puede administrarse sin peligro alguno para los enfermos durante meses por vía bucal. Sin embargo, aún no existen resultados bien claros o por lo menos no han sido publicados.

**Promina.**—Ha sido empleada en clínica, y aunque los resultados no han sido malos, ha existido el inconveniente de su toxicidad y del gran número de reacciones que provoca.

**Promizol.**—4,2 diamino fenil, 5 tiazolesulfona. Puede usarse en cápsulas o con jugo de frutas. Tiene mucho menos toxicidad sobre los elementos sanguíneos que la diazona y la promina. La clínica ha demostrado que los resultados sobre la tuberculosis son francamente prometedores; pero, sin embargo, seguramente se hará un mayor número de ensayos antes de llevarlo a la práctica médica corriente.

## OTROS PREPARADOS

**Quinina sintética.**—La síntesis de la quinina ha sido otro de los grandes adelantos de 1944. Fué realizada por Woodward y Doering, la cual si bien aún no se realiza en escala comercial, por lo menos abre ampliamente el camino para llegar a hacerlo.

**Dibotulina.**—Es un nuevo cuerpo que será de gran valor para los oftalmólogos. Se trata de un ciclopéptico de acción mucho más rápida y sobre todo más corta que la homatropina. Tiene la ventaja, además, de que su acción deja de realizarse simultáneamente sobre el iris y sobre el cuerpo ciliar, con lo que desaparece al mismo tiempo la midriasis y la ciclopegia. Además, es completamente inocua, aún sobre los niños y todavía tiene la ventaja de ser bactericida y bacteriostática, especialmente en las infecciones del polo anterior del ojo.

**Thiouracil.**—Ha sido el paso más grande dado en el último año en lo que se refiere a las glándulas endocrinas. Se emplea en todos los casos de tireotóxicosis, especialmente del bocio exotálmico. En muchos casos se ha obtenido una remisión franca de la enfermedad. Actuaría inhibiendo el exceso de producción de hormona tiroidea producida por la hipófisis que es la que estimula la secreción interna del cuerpo tiroides.

**Aminoácidos.**—Existen aminoácidos esenciales y no esenciales. Los primeros pueden compararse a las vitaminas, y Rose los define como aquéllos que pueden ser sintetizados por el organismo, pero no en la cantidad suficiente para satisfacer las demandas del desarrollo normal. Así la Arginina sólo puede ser sintetizada en un 70 a 80 por ciento de las necesidades (siempre que no se suministren alimentos que la contienen). Además, hay factores que influyen en esta síntesis; así, la rata adulta es capaz de sintetizar la cantidad que necesita para su metabolismo normal, y en cambio las ratas jóvenes no pueden hacerlo. Fuera de las diferentes enfermedades por carencia de los aminoácidos esenciales, éstos pueden emplearse en la alimentación artificial de diversos enfermos. Los aminoácidos empiezan a introducirse al comercio y posiblemente tendrán tanto éxito terapéutico como las vitaminas una vez que se determinen bien sus aplicaciones. Facilitará su uso el descubri-

miento por Jennard de un fotómetro que determina rápidamente la carencia de aminoácidos.

---

**Germicidas Catiónicos.**—Han sido también descubiertos por Domagk y se emplean como antisépticos generales, especialmente preoperatorios y localmente en oftalmología, ginecología, dermatología, etc. Se llaman catiónicos o jabones invertidos porque actúan disminuyendo la tensión superficial, con lo cual actúan sobre la membrana celular de las bacterias y penetran así fácilmente en ellas y además son atraídos por la carga negativa de los bacterios. La absorción de estos germicidas catiónicos inhibe la actividad celular de los bacterios, probablemente porque bloquea e impide la absorción por éste de las substancias alimenticias catiónicas. El inconveniente de estas substancias es que son inhibidas por los jabones; pero en cambio pueden reemplazarlos en sus funciones. Son inhibidas por las proteínas de la sangre, pero no por el suero de las heridas.

Dr. Juan Arentsen S.

---