

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

ANÔ V — N.os 20 — 21

ENERO A DICIEMBRE DE 1948

SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

Fundada en 1931

DIRECTORIO 1947-1948

Presidente: Prof. Dr. Italo Martini Z.
Vicepresidente: Prof. Dr. Cristóbal Espildora Luque.
Secretario: Dr. Adrián Araya Costa.
Tesorero: Dr. René Contardo Astaburuaga.

SOCIOS HONORARIOS

Prof. Dr. Carlos Charlin Correa (†).
Prof. Dr. Harry S. Gradle (Estados Unidos).
Dr. Jean Thierry (Valparaíso).
Dr. Hermenegildo Arruga (España).
Dr. Ramón Castroviejo (Estados Unidos).
Dr. Adrián Thuyl (Valparaíso).
Prof. Dr. Jorge Malbrán (Argentina).
Prof. Dr. Edmond Velter (Francia).
Dr. Daniel B. Kirby (Estados Unidos).

SOCIOS CORRESPONDIENTES

Dr. Tomás R. Yanes (Cuba).
Prof. Dr. Miguel A. Branly (Cuba).
Dr. Gilberto Cepero (Cuba).
Prof. Jorge Valdeavellano (Perú).
Prof. Moacyr E. Alvaro (Brasil).
Prof. Dr. Jesús M. Penichet (Cuba).
Dr. Lorenzo Comas (Cuba).

SOCIOS FUNDADORES

Prof. Dr. Italo Martini Z.
Prof. Dr. Cristóbal Espildora Luque.
Prof. Dr. Germán Stölting.
Dr. Santiago Barrenechea Acevedo.
Prof. Dr. Juan Verdaguer Planas.
Dra. Ida Thierry.
Dr. Heberto Mujica.
Dr. Daniel Amenábar Ossa.
Dr. Luis Vicuña Vicuña (Valparaíso).
Dr. Adriano Borgoño Donoso (Punta Arenas).
Dr. Abraham Schweitzer.
Dr. Victor Villalón (†).
Dr. Daniel Prieto Atavena (†).
Dr. Raúl Costa Lennon.
Dr. Carlos Camino Pacheco.

SOCIOS ACTIVOS

- Dr. Román Wygnarki.
- Dr. René Contardo Astaburuaga.
- Dr. Alberto Gormaz.
- Dr. Mario Amenábar Prieto.
- Dr. Guillermo O'Reilly Fernández (Concepción).
- Dra. Laura Candia de Alba.
- Dr. René Brücher Encina.
- Dr. Juan Arentsen Sauer.
- Dr. Arturo Peralta Guajardo.
- Dr. Evaristo Santos Galmes.
- Dr. Alfonso Jasmén González (Antofagasta).
- Dr. Abel Jarpa Vallejos (Chillán).
- Dr. David Bitrán.
- Dr. Adrián Araya Costa.
- Dr. Alfredo Villaseca.

SOCIOS ADHERENTES

- Dr. Miguel Millán Arrate.
- Dr. Juan Garafulic.
- Dra. Elcira Pinticart de W.
- Dr. Francisco Bernasconi (Talca).
- Dr. Juan Peralta Pérez (Iquique).
- Dr. Carlos Charlín Vicuña.
- Dr. Hernán Brink.
- Dr. Michel H. Mehcch.
- Dr. Gabriel Moya.
- Dr. Fernando González Simón (Concepción).
- Dr. Guillermo Mena Saavedra (Valparaíso).
- Dr. Daniel Santander Guerrero (Valdivia).
- Dr. Miguel Luis Olivares.
- Dr. Raúl Morales Rodríguez (Temuco).
- Dr. Ernesto Oliver Schneider (Concepción).
- Dr. Gastón Lamas.
- Dr. Antonio Jaluff.
- Dr. Osvaldo Pazols.
- Dr. Waldo Inostroz.
- Dra. Victoria Tóbar.
- Dr. Alejandro Uribe (Valparaíso).
- Dr. Marcelo Ziemend
- Dr. Arturo Zafra.
- Dr. Adolfo Suttman.
- Dr. Sergio Vidal.
- Dr. Guillermo Grant (Concepción).
- Dr. Federico Bucher (Puerto Montt).
- Dr. Adolfo Wainstein (Valparaíso).
- Dr. Sergio Beltrán.



I

Preglaucoma*

Dr. Peter C. Kronfeld (Chicago, Illinois)

Versión española del Dr. A. Perret Gentil (Caracas).

Preglaucoma es un término forjado por Harry S. Gradle en 1924 para designar el estado del cual se puede esperar el desarrollo de una hipertensión ocular en el transcurso del tiempo. Veinticuatro años más tarde fué escogido el preglaucoma como tema de discusión por la Comisión de Programas del actual Congreso Pan-Americano.

Preparando el terreno para una amplia discusión y libre cambio de opiniones, intentaré pasar revista de manera objetiva a las adquisiciones más importantes habidas en estos últimos años relativas a las fases más tempranas de los glaucomas.

Si nos desviamos un momento a considerar los glaucomas secundarios, observamos que es fácil en algunos casos predecir que "la hipertensión ocular se desarrollará en el transcurso del tiempo", mientras que en otros es sumamente difícil. Cuando se obstruye el tronco de la vena central de la retina, la incidencia de glaucoma es mayor de 90%. Obsérvese aproximadamente la misma alta cifra en los casos de ausencia mayor de dos semanas de la cámara anterior después de extracciones de cataratas si no se establece una fístula permanente. La luxación traumática del cristalino a la cámara anterior o al fondo de la cavidad vítrea se acompaña de alto porcentaje de incidencia, bien definida, de glaucoma secundario. Lo mismo puede decirse de la seclusión pupilar. Que yo sepa, no se ha hecho investigación sistemática sobre los estados preglaucomatosos que preceden a estos tipos de glaucoma. El clínico ha tenido que actuar, mayormente, vigilando y preparándose.

Cómo y cuándo se establecerá un glaucoma secundario en una iridociclitis crónica, es difícil predecir. Se admite que el glaucoma tiene mayor tendencia a establecerse permanentemente en ojos en los cuales

* Curso de Instrucción leído en el Congreso Panamericano de Oftalmología, La Habana, Cuba, 1948.

la iridociclitis ha producido severas alteraciones en el ángulo de la cámara.

La hipertensión ocular temporal o el glaucoma permanente pueden ocurrir, sin embargo, en casos de iridociclitis sin casi ninguna alteración del ángulo, y no es poco frecuente observar hipotonías en ojos con ángulos completamente cerrados (en cuanto puede verse gonioscópicamente) con sinequia anterior total. El cierre del ángulo, aunque importante, no es ciertamente el único factor que ocasiona la elevación de tensión en la iridociclitis. No tengo conocimiento de serie alguna de casos de iridociclitis crónica en que hayan sido usadas pruebas provocativas como medio de determinar si un caso dado de megaloftalmo anterior desarrollaría glaucoma. En nuestra experiencia la tendencia glaucomatosa aparece en tales casos (megaloftalmo) antes de alcanzar el paciente la edad de 25 años. Dada la índole errática de la mayoría de los casos de glaucoma secundario, no debe sorprendernos la escasez de conocimientos de datos de valor pronóstico.

Volviendo a nuestro tema principal, los llamados glaucomas primarios, deseo manifestar que soy un creyente en el concepto del ángulo estrecho. Bien al tanto estoy del hecho de que varios expertos en este campo han negado la existencia de tal glaucoma. La evidencia a mano es sumamente sugerente, en mi opinión, de que haya un glaucoma en el cual el mecanismo principal de cada fase de hipertensión ocular sea el de contacto entre iris y pared anterior del ángulo, contacto que sólo es posible en ojos anatómicamente predispuestos.

La predisposición anatómica consiste en un apiñamiento anatómico del segmento anterior y de manera más específica en una estrechez de la entrada del ángulo. Este orden de cosas es, en la mayoría de las veces, el resultado de una extrema variación de crecimiento o desarrollo dentro de lo fisiológico. El apiñamiento del segmento anterior ya existe considerablemente cuando el ojo llega a madurez pero se agrava con el continuo crecimiento del cristalino y probablemente también por el aumento del volumen del cuerpo ciliar. La estrechez de la entrada del ángulo, siempre presente en el orden final de cosas puede estar acompañada de una cámara toda llana (cámara en forma de menisco) o de una cámara de profundidad media. En este último caso no hay nada, a la gruesa apariencia del ojo, que haga pensar en la posibilidad de un mecanismo de ángulo-estrecho.

La hipertensión ocular en los ojos tipo ángulo-estrecho es el resultado de una combinación de factores de los cuales el más esencial es la predisposición anatómica. Los otros, llamados factores secundarios, aumentan aún más el apiñamiento del ángulo. La midriasis, amontonando el iris hacia la periferia del ángulo, parece ser el más común y mejor conocido factor secundario de apiñamiento. Sólo se comprende parcialmente cómo actúan los otros factores secundarios. En suma, el concepto

actual del mecanismo del ángulo-estrecho es probablemente correcto en principio, aunque incompleto y sobre todo esquemático.

Los aumentos de tensión originados por el mecanismo de ángulo-estrecho son generalmente agudos en el sentido de que el aumento es rápido y también porque siendo dicha alza de tensión producida necesariamente por una combinación de factores, la naturaleza de algunos de éstos es muy transitoria.

Los síntomas subjetivos causados por tales alzas de la tensión son los de glaucoma agudo generalmente, y el más característico es el edema corneal. La cefalalgia, el dolor ocular y las náuseas son fenómenos secundarios (H. S. Gradle, *American Journal of Ophthalmology* 24:851, 1941) por lo común ausentes en los ataques suaves muy pasajeros. Ocasionalmente pueden faltar estos síntomas en ataques más severos y prolongados. Importa recordar que la mayoría de los pacientes con glaucoma de ángulo-estrecho en quienes un ataque de una hora de duración ha producido una tensión de 50 mm. Schiötz se quejan de visión borrosa (halos, arco iris, etc.). Algunos de estos pacientes experimentan también los síntomas secundarios antes anotados. Hay sin embargo, otros pacientes en quienes, bajo las mismas circunstancias, el edema corneal es tan ligero que pasan totalmente inadvertidos de haber tenido un ataque de glaucoma.

Aplicando el concepto de preglaucoma al glaucoma de ángulo-estrecho, el problema es éste: ¿De cuáles ojos puede sospecharse que marchen hacia el glaucoma a ángulo-estrecho y cómo puede comprobarse esa sospecha?

A primera vista la contestación parece sencilla y nos hallamos tentados a formularla así: Debe sospecharse como preglaucomatoso, o más específicamente como preglaucomatoso de ángulo-estrecho, todo ojo de persona menor de cincuenta años cuya cámara anterior sea marcadamente llana y especialmente cuando existan sectores de contacto entre el iris y la pared anterior del ángulo en la porción más periférica de la cámara anterior accesible al examen con la lámpara de hendidura. Tal fórmula sería correcta en principio. La mayor parte de los ojos de dicho tipo anatómicamente predispuesto desarrolla signos de glaucoma de ángulo-estrecho durante un lapso de observación de cinco años. Pero aproximadamente un 20% del tipo anatómicamente predispuesto no desarrolla sin embargo, signo alguno durante un período de observación de cinco o aún de diez años. Hay, por lo tanto, una forma de predisposición anatómica peligrosa y otra inocua.

La gonioscopía ha servido para hacer la distinción entre las formas peligrosa e inocua de cámara anterior llana.

Esta estrechez de la entrada y la resultante "inferioridad del ángulo" puede ser estimada cuantitativamente por goniometría (Gradle and Sugar, *American Journal of Ophthalmology* 23:1135, 1940).

De los casos con entrada en ranura al ángulo una gran mayoría desarrolla signos de glaucoma de ángulo-estrecho durante un período de observación de cinco años. Por consiguiente, hay una íntima correlación entre la estrechez de la entrada del ángulo estimada por gonioscopia y la incidencia de glaucoma de ángulo-estrecho. Hay sin embargo, casos en los cuales el equilibrio de la tensión permanece inalterable por cinco años a pesar de la presencia de la mayor "inferioridad" en el ángulo. Debemos presumir en estos casos que los factores secundarios de apiñamiento del ángulo no están activos. Las pupilas parecen haber estado excepcionalmente quietas, o fijas otras veces, ya por razones anatómicas o de inervación. La gonioscopia, por lo tanto, no permite diferenciar los casos que no desarrollarán glaucoma a pesar de la presencia de una notable predisposición anatómica. En tales circunstancias, las pruebas provocativas me han sido de considerable valor. La prueba usada en estos casos debe crear alteraciones análogas a las que puedan ocurrir en la vida normal del paciente. Tomemos un ejemplo: un individuo con definitiva predisposición anatómica que tenga habitualmente una pupila pequeña. No es probable que tal individuo llegue a encontrarse en una situación en la que sus pupilas se dilaten a tal extremo que la entrada al ángulo se cierre totalmente. Una prueba midriática que acarree una dilatación pupilar de cinco o seis milímetros sería innecesaria, además de peligrosa. Creo que la prueba de la cámara oscura (permanencia de una hora en un cuarto suficientemente oscuro, o vendaje suave o apretado sobre ambos ojos sin permitirle dormir al paciente) o la prueba de lectura (leer durante una hora bajo luz corriente) son las pruebas provocativas específicas para pacientes que tengan predisposición anatómica al glaucoma de ángulo-estrecho.

La gonioscopia ha sido de mayor utilidad demostrando la predisposición anatómica, o sea la estrechez de la entrada del ángulo, en casos en donde la cámara es de profundidad media sin que el iris muestre combadura hacia adelante (H. S. Sugar, *Gonioscopy in Berliner's Biomicroscopy of the Eye*, Vol. I, 607, Hoeber, New York). La posibilidad de un mecanismo de ángulo-estrecho es desapercibida en tales casos a menos de que la cámara sea examinada muy cuidadosamente con la lámpara de hendidura. Si se adquiere el hábito de estimar biomicroscópicamente el grado de inclinación con que la periferia del iris se va aproximando a la córnea, se puede deducir con bastante exactitud la anchura del ángulo sin haberlo visto. La gonioscopia suministra información inequívoca en estos casos. Sugiérese el término "iris en platillo" para aquellos casos en los que la parte axial de la cámara anterior sea de profundidad media al menos, y el iris se mantenga en plano más o menos frontal hasta la entrada misma muy estrecha del ángulo.

Sumariando, sugerimos el siguiente procedimiento para el diagnóstico de las más tempranas fases del glaucoma de ángulo-estrecho:

Primer paso: Estimación de las dimensiones de la cámara anterior en todas sus partes accesibles al examen con la lámpara de hendidura. Este examen puede revelar:

A) una cámara de profundidad media o profunda, con entrada ancha al ángulo,

B) una cámara de profundidad media con iris en platillo que sugiera la posibilidad de una entrada estrecha al ángulo;

C) una cámara toda llana con entrada estrecha al ángulo.

En el caso A se descarta la posibilidad de glaucoma de ángulo-estrecho. En los casos B y C se requiere:

Segundo caso: Gonioscopía, que puede revelar:

A) (raramente) ninguna estrechez anatómica del ángulo (la información biomicroscópica era incorrecta);

B) estrechez mediana de la entrada del ángulo; o

C) estrechez marcada.

En el caso A se descarta la posibilidad de mecanismo de ángulo estrecho. En los casos B y C, si los antecedentes del paciente son negativos se requiere:

Tercer paso: Pruebas provocativas (cámara obscura y pruebas de lectura).

La conducción terapéutica del caso dependerá del resultado de estas pruebas. Los glaucomas de ángulo-estrecho de comienzo responden muy bien a pequeñas cantidades de pilocarpina (al acostarse y en ocasiones extraordinarias). Mi elección siendo yo el paciente sería una iridectomía basal (ver H. S. Gradle, *American Journal of Ophthalmology*, 29:520, 1946).

He dedicado mucho espacio al glaucoma de ángulo-estrecho por haberse hecho tanto más extensos nuestros conocimientos al respecto durante los últimos años.

Muy poco puede decirse de la otra variedad del llamado glaucoma primario, o sea del glaucoma de ángulo-abierto o de cámara profunda. Más y más evidencia se acumula cada vez para sugerir que el sitio primario de la alteración reside en el mecanismo trabécula-canal de Schlemm en estos casos. El glaucoma es crónico, insidioso en su origen y asintomático excepto por la pérdida gradual de visión.

Huelga decir que no hay hallazgos gonioscópicos anormales característicos del glaucoma de ángulo-abierto. Repito que firmemente creo que no existen síntomas subjetivos que hagan pensar en glaucoma de ángulo-abierto al comienzo. Debe sospechársele cuando el ojo congénere es definitivamente glaucomatoso, cuando hay una historia de glaucoma en la familia y, repitiendo el antiguo clisé, en todo individuo de me-

diana edad o mayor en quien no se haya probado la ausencia de glaucoma. Los cambios mínimos de tamaño y forma de la excavación fisiológica así como de curso de los vasos de la papila son claves importantes ya que permiten levantar sospecha.

El diagnóstico de glaucoma de ángulo-abierto de comienzo (en el período pre-perimétrico) se basa sobre todo en lecturas espontáneas de la tensión y en pruebas provocativas. La prueba más práctica y específica para glaucomas de ángulo-abierto es, en mi experiencia, la prueba de ingestión de agua de Marx. Tiene dos serias desventajas, la mayor que de 10 a 15% de los pacientes en quienes la hacemos dan una respuesta general anormal a la ingestión de agua, lo que hace que la tensión ocular permanezca estacionaria o baje, exista o no glaucoma. En tales casos la prueba no permite llegar a ninguna conclusión. La otra desventaja es la de que la mayoría de los ojos normales dan una respuesta positiva en cuanto a que la tensión sube hasta 5 mm., durante los 60 minutos que siguen a la ingestión del agua. Esta respuesta por parte de ojos normales puede dar cabida a situaciones limítrofes que exigen repetición ulterior de la prueba de agua.

Lamento no tener experiencia personal con la prueba de labilidad de Bloomfield y Lambert (*Archives of Ophth.* 34:83, 1943). A juzgar por el reciente estudio de Bloomfield y Kellerman (*Am. Journal of Ophth.* 30:869, 1947), ésta es una prueba práctica, rápida y confiable para descubrir glaucomas de ángulo-abierto de comienzo.

Otro signo valioso es la constante diferencia en la lectura de las tensiones de ambos ojos. Una diferencia de tensión de 4 mm., hallada de manera constante en ojos aparentemente normales de un mismo paciente es muy sugestiva de glaucoma de ángulo-abierto de comienzo, aunque todas las lecturas espontáneas de tensión estén dentro de los límites normales.

La conducta a seguir en el glaucoma de ángulo-abierto de comienzo es la de estrecha observación, en especial de los síntomas perimétricos. El valor de los mióticos en estas fases de comienzo es dudoso y, debido a la muy conocida tendencia de los ojos con glaucoma de ángulo-abierto de adquirir tolerancia a los mióticos, sería preferible postergar dicho tratamiento hasta que ocurran definitivas elevaciones de la tensión ocular.

II

Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador
Director: Prof. C. ESPILDORA LUQUE

Heterocromía Iridiana Complicada de Fuchs

Prof. C. ESPILDORA LUQUE

La heterocromía del iris debe ser considerada desde diversos puntos de vista: desde luego en el sentido de un aumento del pigmento (hipercromía) o de una disminución (hipocromía). Ambas pueden abarcar la totalidad de uno de los iris, o sólo un sector. Tanto la hiper como la hipocromía pueden ser congénitas o adquiridas.

En este momento sólo nos interesan las hipocromías congénitas totales, y de éstas aquellas que presentan en el curso de su evolución diversas complicaciones características que, individualizadas por Fuchs, fueron consideradas por él como un verdadero síndrome.

Ya en 1869, Hutchinson llamó la atención sobre este tipo de enfermedad, relatando 3 observaciones en las que la hipocromía congénita se combinaba, en el curso de la vida de aquellos enfermos, de miosis y de catarata. Casos semejantes fueron posteriormente comunicados por diversos autores, hasta que Fuchs en 1906 publica 38, en los que 32 veces la hipocromía coincide con catarata, y 29 con precipitados en la Descemet. A diferencia de Hutchinson, observa dilatación pupilar y aun disminución de los reflejos en el lado enfermo. Lutz, en 1908, confirma la frecuencia de la catarata y de la ciclitis en la hipocromía, pero como Hutchinson, cree que la miosis es frecuente, y su causa es una parálisis del simpático.

Posteriormente a estos autores, que puede decirse que abren la discusión sobre la heterocromía congénita complicada, se suceden innumerables comunicaciones, entre las que resaltan aquellas que más que la descripción del síndrome, bien perfilado ya en las observaciones anteriores, buscan la explicación etiológica de las lesiones oculares ya descritas. Destacan entre ellas las opiniones de Szekali, que admite para la heterocromía complicada un origen tuberculoso, las de Bistis, que la explica por una parálisis del simpático, y las de Passow, quien sostiene que la causa es unairingomielia larvada cervical congénita, semejante a las descritas por Bremer bajo el nombre de "status

disraphicus". Este autor ha visto coincidir la heterocromía congénita complicada con las típicas alteraciones somáticas del estado disráfico en las familiasiringomiélicas, debidas, como se sabe, a una imperfecta oclusión del tubo neural primitivo, especialmente a nivel de la región cervical.

Los estigmas más frecuentes derivados de esa malformación serían.

- 1.—Tórax en embudo con depresión y retroflexión del esternón.
- 2.—Cifosis y escoliosis.
- 3.—Mamas de tamaño diferente, despigmentación del mamelón.
- 4.—Predominio de la envergadura sobre la talla.
- 5.—Manos lividas, cianóticas, hiper o hipotróficas.
- 6.—Tendencia de los dedos a curvarse, especialmente los meñiques.
- 7.—Alteraciones de la sensibilidad en el territorio del Trigémino.
- 8.—Síndrome de Claude-Berbard Horner y Heterocromía del Iris.

Passow, y con él otros autores que adhieren a su opinión (Coppez, Streiff, Koutseff, Dieffenbach, etc.) sostiene que la alteración embriológica causante del focoiringomiélico, se localiza en los núcleos simpáticos medulares superiores, y actuaría a semejanza de la destrucción experimental del simpático cervical, que como es sabido, reproduce el síndrome de Fuchs: heterocromía, ciclitis, catarata y a veces hipertensión ocular.

De este modo la teoría de Bistis, que admite una parálisis espontánea del simpático cervical, tendría una justificación, aunque la clínica ha podido ponerla en duda al observar casos de excitación del simpático, coincidiendo con heterocromía iridiana complicada.

Nuestro propósito al tratar este tema es el llamar la atención sobre la inseguridad del diagnóstico de heterocromía complicada de Fuchs, en presencia de una decoloración unilateral del iris acompañada de las complicaciones habituales del síndrome. Ese diagnóstico no sería posible, a nuestro modo de ver las cosas, sino en dos circunstancias: cuando se tiene la absoluta certeza del carácter congénito de la heterocromía, y cuando, careciendo de este dato, sea posible demostrar en el enfermo las alteraciones somáticas propias al estado disráfico de Bremer.

En cuatro casos de heterocromía complicada que hemos tenido oportunidad de observar últimamente, sólo una vez se tuvo la certeza del diagnóstico de síndrome de Fuchs, pues la enferma era categórica en asegurar el carácter congénito de la decoloración del iris. En los tres restantes, no sólo no se contaba con este antecedente sino que incluso no existían estigmas disráficos, clínicamente apreciables. Sin embargo, la heterocromía complicada era evidente, eso sí que adquirida. Véanse las observaciones resumidas:

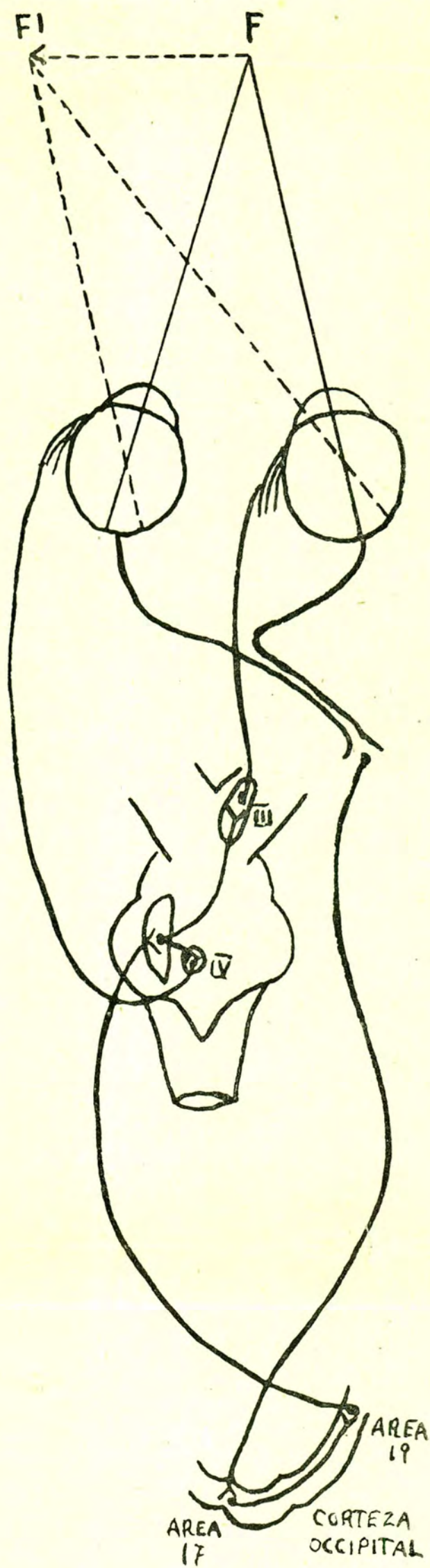


Figura 5

Caso 1.— Una enferma de 52 años consulta porque desde hace seis meses no vé con el ojo derecho. Siempre fué sana de la vista y ni ella ni sus familiares notaron nada anormal. Sin embargo, aparentemente la enferma padece de un síndrome de Fuchs. Su ojo derecho presenta la típica hipocromía, uniforme, evidente. La pupila es de igual tamaño que la izquierda y reacciona bien. No hay sinequias. Opacidad total del cristalino, con buena proyección y buena tensión. El microscopio corneal reveló la existencia de precipitados en la Descemet, antiguos, de bordes irregulares, transparentes, pero además, y esto destruía nuestra primera impresión diagnóstica, había una verdadera siembra de múltiples nodulos iridianos, muchos superficiales otros más profundos, como perdidos en el estroma. La golilla pigmentaria del borde pupilar estaba atrófica, traslúcida al haz de luz.

En resumen, una auténtica irido-ciclitis tuberculosa productiva, crónica con catarata secundaria y que a un examen ligero aparecía como un síndrome de Fuchs, como una heterocromía complicada.

Caso 2.— En otra enferma de 50 años (obs. 83,386 del Servicio), descubrimos una heterocromía típica del ojo izquierdo. El iris era de color verdoso, mientras el opuesto era pardo oscuro. Siempre vió bien con ese ojo y mal con el derecho, por ser miope. La enferma asegura que sus molestias datán desde hace quince días. Tiene dolor moderado y ligera perturbación visual.

Al llamarle la atención sobre la heterocromía del O. I., la enferma se muestra sorprendida y dice que ni ella ni nadie en su familia ha notado esa alteración.

El hecho es que el examen revela: O. I.— Heterocromía franca. Pupila dilatada con reacciones flojas. Nebulosidad tenue de la córnea en el sector inferior. Al microscopio corneal, precipitados en la descemet, pequeños, blanquizcos, múltiples. Fondo de ojo normal. Visión: 5/7,5-Schiötz: 45 mm.— Campo visual normal. Examen somático, negativo.

Si la hipocromía hubiese sido congénita, podría haberse interpretado el caso como un síndrome de Fuchs complicado de glaucoma, como otros publicados y conocidos pero faltando ese dato y en ausencia de estigmas somáticos y a pesar de la hipocromía no quedaba otro diagnóstico razonable que el de una ciclitis crónica hipertensiva.

Mes y medio después, bajo la acción del tratamiento (Radioterapia, Tuberculinoterapia, dionina y mióticos) el ojo blanquea, no hay dolor, desaparece la descemetitis la tensión baja a 23 mm., y la visión se normaliza. La hipocromía persiste. En este momento pasada la poussée hipertensiva anotamos al examen dos signos de excitación del simpático que debilitan nuestra seguridad en el diagnóstico hecho: mayor hendidura palpebral y mayor diámetro pupilar. No hay exoftalmos.

Caso 3.— En esta enferma de 38 años la certeza del carácter congénito de la hipocromía imponía el diagnóstico fácilmente. Presentaba la triada completa: hipocromía precipitados en la Descemet y catarata total madura. La desigualdad en el color de los ojos había sido observada por la familia desde el nacimiento. Operada de su catarata sin contratiempo, no observamos modificación ni de la hipocromía, y tampoco de la descemetitis, cuya desaparición ha sido notada en algunos casos después de la intervención.

Caso 4.— El enfermo S. V., de 32 años presenta una hipocromía del ojo derecho. Además la pupila se ve blanca, de color cretáceo, hay temblor del iris. La visión es nula. La tensión es de 35 m. m. El microscopio corneal revela la presencia de precipitados abundantes, acuoso claro, iris descolorido y atrófico. Catarata cretácea, iridodonesis. No hay sinequias.

El enfermo no había notado nunca su heterocromía, a pesar de llevar seis años sin ver con el ojo. Desde hace algunos meses dolores intermitentes que lo obligan a consultar.

El caso podría aceptarse como una heterocromía complicada de Fuchs, pues objetivamente calzaba con el síndrome; pero la ausencia del dato congénito de la hipocromía y de alteraciones somáticas no permitían asegurarlo como tal.

Nuestra impresión, a través de esta pequeña experiencia es que muchos de los casos de síndrome de Fuchs deben pertenecer a esta categoría de los nuestros, verdaderos casos disfrazados, de muy diversa interpretación a los publicados por Passow y otros autores en los que las alteraciones somáticas de tipo disráfico hacen indiscutible su índole congénita.

III

Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador.

Director: Prof. C. ESPILDORA L.

Queratitis Epitelial Meibomiana

Dr. ALFREDO VILLASECA E.

Uno de los problemas que diariamente debe afrontar el oftalmólogo es el de las queratitis superficiales. Para poder indicar un tratamiento adecuado en estas afecciones, a menudo rebeldes, es fundamental hacer un correcto diagnóstico etiológico, lo que muchas veces no es nada fácil.

En los últimos dos años hemos tenido oportunidad de observar y tratar un grupo de enfermos con queratitis epitelial rebelde asociada a trastornos inflamatorios del borde palpebral, con lo que hemos adquirido la convicción de que existe una entidad patológica nada infrecuente, que podría denominarse **queratitis epitelial meibomiana**.

Relataremos, como ejemplo, algunos de nuestros casos más demostrativos:

Roberto V., de 47 años, nos consultó por primera vez en Marzo de 1946, quejándose de ardor y fotofobia en el O. I. Al examen comprobamos discreta secreción espumosa en el ángulo interno e inyección mixta que predominaba notoriamente en la mitad inferior de la conjuntiva. El examen biomicroscópico reveló la existencia de múltiples ulceritas puntiformes que tomaban la fluoresceína, las que en su gran mayoría estaban situadas en el 1/3 inferior de la córnea. El test de Schirmer dió 18 mms. Indicamos tratamiento con colirio de sulfatiazol al 5% y riboflavina. En Agosto de 1946 vimos por segunda vez al enfermo, quien nos informó que, salvo mejorías transitorias permaneció durante esos 5 meses más o menos en las mismas condiciones, persistiendo el ardor y la fotofobia. Al examen encontramos queratitis epitelial inferior como la primera vez. Practicamos tocación de yodo e indicamos colirio de yoduro de potasio al 2% (8 veces al día), riboflavina y vitamina A, y posteriormente como esto no aportara mejoría, aplicaciones de ultratermia, lo que tampoco dió resultado. El enfermo continúa más o menos en las mismas condiciones hasta Enero de 1947,

con lo que completó 10 meses de enfermedad. En un examen practicado en esa época, notamos por primera vez que en el centro del borde intermarginal del párpado inferior existía una zona discretamente hiperhémica y engrosada. Al exprimir esa región del párpado obtuvimos la salida de una pequeñísima gota de secreción serosa por el orificio de desembocadura de una glándula de Meibomio. Practicamos entonces una infiltración del párpado inferior con una solución de penicilina (10.000 U) en suero fisiológico y novocaína. El efecto fué espectacular: 48 horas después no existían ni rastros de la queratitis, y el ojo estaba blanco por primera vez en 10 meses. Se hicieron dos infiltraciones de penicilina de refuerzo, consiguiéndose la curación definitiva (controlada por más de un año), tanto del foco de meibomitis como de la queratitis epitelial.

Jorge S., de 18 años, nos consultó en Octubre de 1946 por sufrir durante seis meses de secreción conjuntival escasa y ojos rojos. Al examen encontramos una inyección discreta en el O. D. y en la mitad superior del O. I. y una intensa inyección mixta en la mitad inferior de este último ojo. La biomicroscopía con tinción con fluoresceína reveló una que otra ulcerita puntiforme en la córnea derecha y en los 2/3 superoexternos de la córnea izquierda, y múltiples ulceritas puntiformes más o menos confluentes en el tercio inferointerno de esta última (entre las 5 y 9 horas). Indicamos colirio de penicilina (1.000 U por gramo) cada una hora, colirio de yoduro de potasio al 2% 8 veces al día y riboflavina 40 mgrs. diarios. Con este tratamiento se consiguió la desaparición de la queratitis epitelial del ojo derecho, persistiendo, sin embargo, numerosas ulceritas en el sector inferointerno de la córnea izquierda. Se practicó entonces tocación de yodo en ese sector, continuándose con el resto del tratamiento excepto el colirio de penicilina, que se estimó innecesario por haber cesado la secreción conjuntival. Pocos días después hubo nuevo empeoramiento del estado ocular del O. I., reapareciendo la secreción conjuntival, consiguiéndose nuevamente una regresión parcial del cuadro con pomada de penicilina y tocación de yodo. Como persistieran las ulceritas en el tercio inferointerno del O. I. se practicaron además dos tocaciones de éter, sin resultado. Por ese tiempo, y completadas ya tres semanas de tratamiento, prestamos por primera vez atención a la existencia de una moderada blefaritis del párpado inferior, la que sólo se manifestaba por una discreta hiperhemia de todo el borde palpebral. A la expresión del párpado entre dos varillas de vidrio obtuvimos la salida de pequeñas gotitas claras en tres orificios de desembocadura de las glándulas de Meibomio. Después de una serie de varias infiltraciones palpebrales con la mezcla de penicilina-novocaína se consiguió la curación de esta rebelde queratitis epitelial.

Carlos B., de 50 años, nos consultó en Febrero de 1948, relatán-

donos una historia de periódica irritación del O. D., tratada con diversos colirios y pomadas. El mismo enfermo nos hace notar el hecho de que al comprimir el párpado superior derecho se producía la salida de pus por el borde palpebral. Le pedimos una demostración y comprobamos lo exacto de su afirmación al ver manar abundante pus, que bañaba el ojo, por un orificio de desembocadura de una glándula de Meibomio. El ojo se encontraba inyectado y el microscopio corneal revelaba una queratitis epitelial de predominio inferior. El párpado inferior presentaba su borde intermarginal hiperhémico y francamente engrosado en su tercio interno, donde alcanzaba el doble del espesor normal. Se indicó pomada de penicilina y se practicaron varias infiltraciones con penicilina-novocaína, en ambos párpados, sin resultado. Se intervino entonces el párpado superior, haciéndose una incisión conjuntival vertical y una incisión intermarginal pequeña, extirpándose la bolsa meibomiana supurada con su conducto. Como esta intervención tampoco provocara mejoría de la queratitis epitelial, dirigimos nuestra atención al sector engrosado del párpado inferior. A la expresión de esta zona se obtuvo la salida de pus espeso por 3 ó 4 orificios meibomianos. Habiendo fracasado las infiltraciones de penicilina se decidió intervenir por vía interna. En la operación encontramos un tejido fibroso espeso y muy duro en todo el tercio interno del párpado inferior (hasta las vecindades del punto lagrimal), el que fué extirpado en block. Con esto se consiguió la curación de la queratitis epitelial rebelde que presentaba nuestro enfermo.

Eufemia A. (papeleta N° 89604 del Hospital Salvador), de 57 años, operada con éxito de desprendimiento retinal del O. I. en Febrero de 1948, se queja durante uno de sus controles (Mayo 1948) de ardor al O. I. El ojo mostraba sólo una discreta inyección aparentemente conjuntival. Al biomicroscopio con tinción con fluoresceína se encontró el sexto inferior de la córnea sembrada de ulceritas puntiformes. El borde palpebral era aparentemente normal. Se indicó pomada de penicilina 4 veces al día. A los 15 días, como persistiera la queratitis epitelial sin variación, y a pesar de presentar un borde palpebral de aspecto absolutamente normal, se practicó la expresión del párpado inferior entre dos varillas de vidrio, observándose la salida de pequeñas gotitas de secreción mucopurulenta por 2 ó 3 orificios meibomianos. Se hizo entonces una infiltración de penicilina-novocaína palpebral. Cuarenta y ocho horas después habían desaparecido totalmente las ulceritas corneales inferiores, y la expresión palpebral no daba salida a ninguna secreción.

José L. (papeleta N° 81237 del Hospital Salvador), de 23 años, consultó por primera vez en Noviembre de 1946, por presentar orzuelos a repetición, secreción conjuntival y ojos rojos. El examen demostró un orzuelo en reabsorción en el párpado superior izquierdo e inyección

mixta localizada exclusivamente en la mitad inferior de ambas conjuntivas. El biomicroscopio reveló una queratitis epitelial del 1/3 inferior de ambas córneas. Se indicó pomada de sulfatiazol y colirio de yoduro de potasio al 2%. Consultó nuevamente en Mayo de 1948 (año y medio después); relatando que en este espacio de tiempo había sufrido periódicamente de irritación ocular. Al examen se constató la misma inyección mixta circunscrita a la mitad inferior de ambas conjuntivas señaladas en el primer examen, con su correspondiente queratitis epitelial de predominio inferior. Los bordes de ambos párpados inferiores se encontraban engrosados y enrojecidos en toda su extensión. En la base de las pestañas se observaban algunas escamas blanquecinas. La expresión de los párpados dió salida a gotitas de secreción por varios orificios meibomianos. Se practicó una infiltración de penicilina en los 4 párpados, produciéndose una eczema medicamentosa, a pesar de lo cual se obtuvo una notable mejoría, especialmente en el O. I. Una segunda infiltración en el O. D. provocó nuevamente eczema, y posteriormente acentuación de la mejoría del estado ocular. Últimamente ha vuelto a recaer su queratitis especialmente en el O. D., apareciendo también una zona solevantada y ligeramente hiperhémica en el centro del borde intermarginal del párpado superior de ese ojo (¿meibomitis crónica?, ¿chalazion marginal?). En vista de la intolerancia a la penicilina se hará radioterapia sobre los bordes palpebrales.

Además de los casos relatados hemos tenido oportunidad de ver varios otros enfermos con molestias conjuntivales persistentes (ardor, comezón, fotobofia, etc.), que presentaban discreta queratitis epitelial de predominio inferior asociada de fenómenos inflamatorios más o menos evidentes de los bordes palpebrales (meibomitis crónica, blefaritis), y que han sido grandemente beneficiados o totalmente curados con las infiltraciones palpebrales con penicilina.

De todo esto se desprende que existe un número bastante grande de queratitis epiteliales que son secundarias a inflamaciones del borde palpebral. La mejoría espectacular obtenida con la infiltración directa de penicilina en casos en que todas las terapéuticas conjuntivales, incluso la penicilina en gotas o en pomadas habían fracasado, es una prueba categórica de que la afección corneal es secundaria a la afección palpebral.

La **característica clínica** de esta queratitis epitelial meibomiana es la de estar situada predominantemente en la parte inferior de la córnea. Ante una queratitis con esta ubicación deberá revisarse prolijamente el borde palpebral, considerándose como sospechosa cualquiera alteración de éste, y muy especial la hiperhemia y engrosamiento de un sector o de todo el borde intermarginal.

El **diagnóstico** se confirma al hacer la expresión del párpado y obtener la salida de una escasa secreción serosa, mucosa o purulenta

por uno o más orificios de desembocadura de las glándulas de Meibomio. Hacemos notar que a veces éste puede ser el único síntoma de una inflamación crónica meibomiana, conservando el borde palpebral su color y grosor normales como en el cuarto caso de este relato. En toda queratitis epitelial inferior es pues necesaria la búsqueda de este signo.

Debe darse también importancia a los síntomas habituales de las blefaritis (formación de escamas, mala implantación de las pestañas, etc.). En la observación N° 85212 del Hospital Salvador existía simultáneamente una blefaritis ulcerocostrosa y una queratitis epitelial más marcada en el segmento inferior de la córnea, la que mejoró paralelamente al tratamiento de la blefaritis con pomada de penicilina.

A propósito de estos casos hemos revisado diversos textos de oftalmología, incluyendo tratados como la Enciclopedia Francesa (1), y el texto de Duke-Elder (2), sin encontrar en las documentadas exposiciones sobre los diversos tipos de queratitis superficiales la menor mención de una queratitis epitelial punctata secundaria a meibomitis.

Es conocida, en cambio, la "conjuntivitis meibomiana", de Elsching, en que la inflamación conjuntival crónica es mantenida por una secreción seborreica espumosa, que se acumula sobre el borde palpebral.

Filatow (3) describió en 1930 una queratitis meibomiana caracterizada por "úlceras corneales macroscópicas, de tipo catarral", asociadas a hipersecreción de las glándulas de Meibomio. Relata el caso de un enfermo con intenso dolor, fotofobia y epifora en el O. I., en el que se observaban tres infiltrados redondeados ulcerados de 1/4 de mm. de diámetro a las 3, 4 y 8 hs., y uno de 4 mms. de diámetro a las 7 hs. El tratamiento con nitrato de plata, atropina, tocamientos con verde brillante y con sulfato de zinc al 4% no dió ningún resultado. En un segundo examen notó un ensanchamiento del borde palpebral intermarginal, y a la expresión obtuvo la salida de una secreción aceitosa turbia de las glándulas de Meibomio, la que se acumulaba en forma de espuma en ambos ángulos. La expresión y las tocamientos del borde palpebral con verde brillante trajeron una rápida mejoría de las ulceraciones corneales. Relata también el caso de un enfermo con infiltraciones amarillentas en el borde de un pannus tracomatoso, en que la expresión de las glándulas de Meibomio hipersecretantes redujo la infiltración y la queratitis que complicaba el pannus. Filatow no menciona casos de queratitis epitelial punctata de origen meibomiano.

1.—Bailliart Coutela, *Traité D'Ophthalmologie* (1939).

2.—Duke-Elder, *Text - Book of Ophthalmology* (1944).

3.—Filatow, *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 84, 380, 1930.

Este autor opina que las ulceraciones corneales macroscópicas por él observadas serían debidas a una acción tóxica de la hipersecreción de las glándulas de Meibomio. Aunque no hemos efectuado un examen bacteriológico en nuestros enfermos, el espectacular efecto obtenido en la mayoría de los casos con la infiltración del párpado con penicilina demostraría fehacientemente que se trata de una infección crónica microbiana de estas glándulas.

Por lo que nosotros hemos podido averiguar, la existencia de una "queratitis epitelial punctata secundaria a meibomitis" no habría sido anteriormente descrita (véase apéndice).

A P E N D I C E

Corto tiempo después de haber presentado este trabajo a la Sociedad Chilena de Oftalmología (sesión del 14 de Julio de 1948), llegó a nuestras manos el 2º volumen del *Modern Trends in Ophthalmology* (año 1948) con un interesante artículo de Phillips Thygeson, titulado *Blefarokonjuntivitis estafilocócica* (4). En la descripción que este autor hace de esa enfermedad pudimos reconocer exactamente la afección que acabábamos de describir con el nombre de *Queratitis epitelial meibomiana*.

El estudio bacteriológico efectuado por Thygeson ha demostrado que el agente causal de ésta es el estafilococo aureus, el que guareciéndose en las glándulas del borde palpebral produce una poderosa exotoxina, la que sería responsable de la queratitis epitelial arriba descrita. En efecto instilando en la conjuntiva de voluntarios la exotoxina aislada de estos gérmenes, ha podido reproducir la afección clínica con sus características lesiones epiteliales punctatas.

4.—Sorsby. *Modern Trends in Ophthalmology*, 2nd series, 1949, p. 243.

IV

Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador

Director: Prof. C. ESPILDORA LUQUE

Un caso de Aracnoiditis Optoquiasmática

DR. A. SCHWEITZER

El caso que deseo presentar y cuya historia voy a relatar muy brevemente, fué recibido en el Policlínico del Hospital del Salvador y catalogado como un Síndrome de Foster Kennedy.

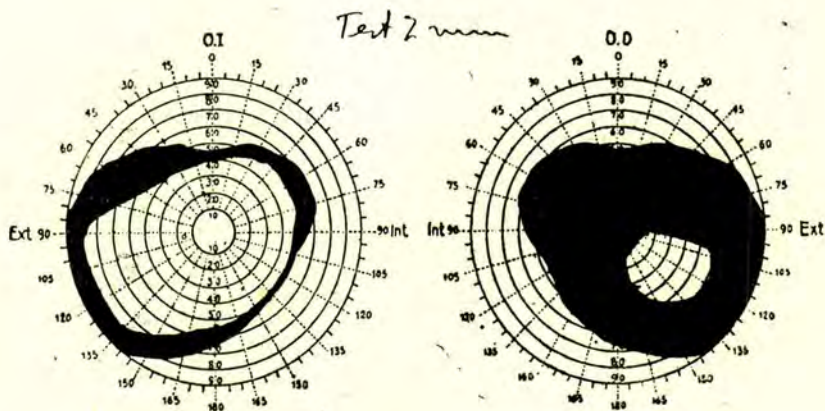
Se trataba de un enfermo de 58 años de edad, empleado público, cuyo ojo derecho había cegado dos años atrás y que ahora, desde hacía dos semanas experimentaba disminución paulatina de la visión del ojo izquierdo acompañado de cefalea no muy intensa, diaria y de tipo matutino.

El examen nos reveló una atrofia papilar de tipo simple a derecha y un edema papilar de mediana intensidad a izquierda.

La visión era de contar dedos a 0.20 m. a derecha y de 5/10 a izquierda que mejoraba a 5/5 c. a. e.

El campo visual a derecha indicaba la existencia de un islote infero-temporal que no alcanzaba a llegar al área central y a izquierda un esbozo de contracción temporal y superior.

OBSERVACION N.º 39170



Fecha 30 VII -77

Con estos antecedentes solicitamos la colaboración del Instituto de Neurocirugía en donde se comprobó que el olfato no estaba alterado; que había una discreta hipoacusia a derecha (el mismo lado de la atrofia papilar) y un examen neurológico general normal.

Una radiografía simple de cráneo demuestra una decalcificación del dorso y fondo de la silla turca, con desaparición del seno esfenoidal. La radiografía de agujeros ópticos es normal.

Un electroencefalograma revela un trazado como se ve en neoformación de la fosa media bilateral.

Estudiado con todos estos datos el caso era sospechoso de un tumor paraselar, probablemente meningioma del ala menor del esfenoides, causante del síndrome de Foster-Kennedy.

Se acordó hacer una ventriculografía que se realiza sin incidentes, la cual demuestra un sistema ventricular normal lo que permitió descartar el diagnóstico de tumor y llegar a la conclusión de que se trataba de una Aracnoiditis opto-quiasmática.

Con la presentación de esta historia he querido llamar la atención hacia el hecho de que no sólo un tumor puede ser el causante de un síndrome de Foster-Kennedy, como ocurre en la descripción clásica de este cuadro patológico y hay que pensar en la posibilidad de otra etiología como la aracnoiditis cuyo pronóstico es mucho más benigno y puede no necesitar de una intervención quirúrgica de tipo mayor.

Con esta posibilidad en la mente, debemos ser cuidadosos en el estudio y en la apreciación de la evolución del cuadro. En efecto, nuestro enfermo comenzó con sintomatología ocular dos años atrás en que la visión del ojo derecho disminuyó en forma rápida y acentuada. Los datos recogidos de esa época indican que se trató de una Neuritis retrobulbar con escotoma central y fenómenos de papilitis que llevaron la visión a 1/50. Se hizo todo el tratamiento indicado en la neuritis retrobulbar llegándose incluso a la abertura del seno esfenoidal lo cual no hizo cambiar la situación. La afección evolucionó llevando la papila a la atrofia que se estableció con los caracteres de primitiva, dejando muy escasa visión.

Después de dos años de silencio ocular y con la sola existencia de unas cefaleas de muy escasa intensidad, se instaló el cuadro hipertensivo que dió origen a la actual atención.

Poco después de la ventriculografía desaparecen las cefaleas y el enfermo nota que ve más con el ojo derecho.

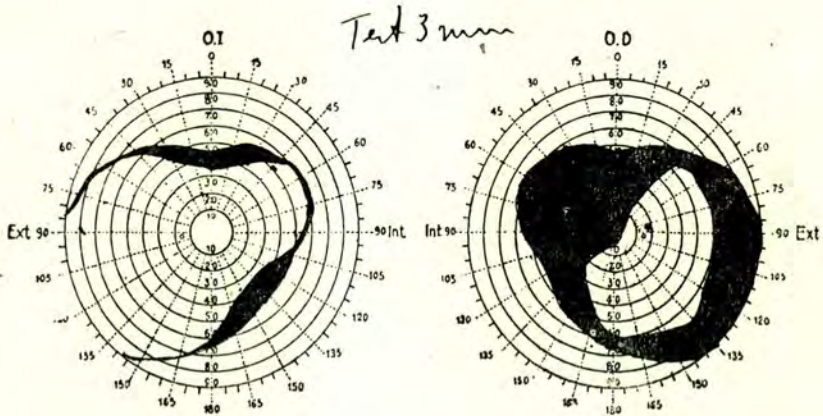
Un control realizado dos meses después nos hace comprobar a de-

recha una visión de 1/30 con débiles reflejos pupilares a la luz y persistencia de la atrofia papilar.

A izquierda, normalidad de pupila y fondo de ojo y visión de 5/10 con hipermetropía de 1D y lectura de Jaeger 1 con esférico + 3D.

El campo visual, mejorado notablemente.

OBSERVACION N.º 39140



Fecha: 24 - 12 - 47

Como dije anteriormente, Foster-Kennedy describió su síndrome en 1911 atribuyéndolo a la existencia de un tumor de la cara inferior del lóbulo frontal, que estaría situado del lado de la atrofia.

Posteriormente se ha podido establecer que también otros procesos pueden ser causantes del cuadro clínico. O. Marchesani en 1933 en un trabajo documentado estableció que también los meningiomas de los túberculos selares y los aneurismas de la carótida interna están entre las etiologías. Por su parte M. Glees en 1938 basándose en tres casos, incrimina a la arterioesclerosis.

Debo citar un caso relatado por R. Hermans y G. de Broen en el 52º Congreso de la Sociedad Oftalmológica Francesa, 1939, de un muchacho de 18 años que fué atropellado por un automóvil y dado de alta a los ocho días con diagnóstico de fractura de los huesos nasales. Sin embargo, posteriormente se desarrolló un síndrome de Foster Kennedy y el enfermo falleció a los seis meses de lo que se pensó que fué una Meningitis hiperaguda secundaria a una "influenza". La autopsia reveló que la meningitis tuvo como punto de partida una fractura no consolidada de la parte derecha de la lámina cribosa del etmoides que había provocado una Aracnoiditis optoquiasmática.

V

Clínica Oftalmológica del Hospital San Borja
Director: Dr. René CONTARDO

Ojo y energía radiante

Dr. RENE CONTARDO

La energía radiante aparece en varias formas, constituyendo una serie continua de vibraciones transversas, que difieren solamente en su amplitud y en su longitud de onda, que va desde las oscilaciones electromagnéticas lentas y las ondas hertzianas, pasando por las radiaciones infrarrojas, las del espectro visible, las radiaciones ultravioletas, las radiaciones Grenz, los rayos X, las radiaciones gama del radium, para llegar a las ondas electrónicas y los rayos cósmicos.

En relación con el ojo interesa conocer en detalle los efectos de las ondas infrarrojas, las del espectro visible, las ultravioletas, y desde el punto de vista terapéutico, las radiaciones Grenz, las radiaciones X y las del radium.

Las radiaciones infrarrojas tienen una longitud de onda que va desde las 7.230 unidades Angström (1 U. A. es igual a la diez milésima parte de un milímetro, o sea, 10^{-7} mm.), a los 10 millones de U. A.

El espectro visible está compuesto por los siguientes colores:

Rojos	7.230 a 6.470 U. A.
Naranja	6.470 a 5.850 U. A.
Amarillo	5.850 a 5.750 U. A.
Verde	5.750 a 4.920 U. A.
Azul	4.920 a 4.550 U. A.
Indigo	4.550 a 4.240 U. A.
Violeta	4.240 a 3.970 U. A.

Los rayos ultravioletas pueden ser:

Largos	3.970 a 3.000 U. A.
Cortos	3.000 a 1.830 U. A.
Schumann	1.850 a 1.200 U. A.
Extremos	1.200 a 136 U. A.

Los rayos X tienen una longitud de onda de 1.4 a 136 U. A., y los rayos gama del radium entre 0.06 a 1.4 U. A.

La acción de la energía radiante sobre los tejidos, depende de su intensidad, ya que la transmisión y absorción varían directamente con ella.

La energía radiante antes de llegar a los tejidos, sufre la absorción de la atmósfera, así el vapor de agua absorbe en gran proporción los rayos infrarrojos de cualquier longitud de onda; el ozono de los altos estratos atmosféricos, reduce considerablemente las radiaciones ultravioletas, lo que está en relación con la elevación del sol, siendo mayor la penetración en verano, en las latitudes bajas y al mediodía.

Las radiaciones al encontrarse con un medio pueden sufrir tres eventualidades: absorción, refracción o reflexión. En la práctica, cada uno de estos fenómenos, sucede en grado variable; las radiaciones transmitidas o reflejadas son inofensivas, mientras que las que son absorbidas pueden tener efectos variados: térmicos, físicos o fisico-químicos. La absorción de la energía radiante es influida por las variaciones dependientes de la especie animal y del individuo mismo, especialmente la edad, lo que en ojo es un factor importante, como también la constitución tisular, ya que la transmisibilidad de los medios oculares varía directamente con su contenido proteico.

Los rayos infrarrojos de gran longitud de onda, superior a 15.000 U. A. son absorbidos por la córnea, humor acuoso, cristalino y vítreo. Entre 15.000 y 9.000 U. A., la proporción de rayos transmitida sigue una progresión regular, que alcanza a 90% para las 9.000 U. A. y a 94% para las 7.700 U. A. Los rayos infrarrojos largos no son peligrosos, sino a muy fuertes intensidades, porque no son penetrantes, pero los cortos pueden provocar lesiones en la conjuntiva, córnea, cristalino y retina.

Las lesiones conjuntivales son superficiales, del tipo de una conjuntivitis crónica, y en la córnea se producen opacidades, siendo en el cristalino donde se producen mayores alteraciones, debido a su poder absorbente de las radiaciones infrarrojas, por su contenido rico en proteínas, constituyendo la llamada catarata de los vidrieros, que se caracteriza por un desprendimiento de la lámina superficial de la cápsula anterior del cristalino, y por una opacidad de aspecto laminado típico localizada habitualmente en el polo posterior del cristalino, muchas veces existe una opacidad similar en el polo anterior. Esta catarata es producida por la acción de las radiaciones infrarrojas entre 7.500 y 24.000 U. A., ya por acción específica de las radiaciones sobre el cristalino, ya por acción sobre el iris.

La retina recibe una muy pequeña proporción de rayos infrarrojos, pero como son concentrados en ella por el cristalino, pueden llegar a producir quemaduras con necrosis.

Las radiaciones del espectro visible, se absorben en proporción mínima, más o menos un 8%, el resto atraviesa los medios oculares sin ejercer efecto, para llegar a la retina a provocar la reacción sensorial. La retina es muy sensible, alcanzando el máximo la sensibilidad retinal entre el verde y el amarillo, más o menos a las 5.500 U. A., para caer hacia uno y otro lado del espectro, llegando como límite máximo a 3.020 y 7.800 U. A., respectivamente.

El ojo tiene diferente sensibilidad para cada radiación monocromática, y, por otra parte, la intensidad de la luz es considerablemente afectada por el ángulo de incidencia de la luz en la retina, y se modifica según el área de retina empleada.

La radiación del espectro continuo, produce en la retina la sensación de luz blanca, mientras que el espectro discontinuo da la sensación de colores, lo que no es una propiedad física de la luz o del objeto, ni del ojo, sino un fenómeno psíquico.

La tolerancia a la luz tiene variaciones individuales por efectos de la pigmentación, y las molestias del deslumbramiento han sido atribuidas a fenómenos alérgicos.

La eritropsia o visión roja se produce en las personas expuestas a la luz muy intensa durante un tiempo, especialmente en los afáquicos con la luz solar fuerte, o en las personas normales que sufren deslumbramiento prolongado en la nieve. Se produce con los colores azul-verde o amarillo-verde, más no con otros colores del espectro.

El escotoma por eclipse se produce por la observación de él sin cristales o con cristales inadecuados, y también al mirar el sol por un telescopio o cuando se mira fijamente el sol reflejado en un espejo, y su causa es la energía de la radiación solar focalizada en la mácula, interviniendo especialmente en su producción, ya las radiaciones infrarrojas reforzadas por las del espectro visible; ya las radiaciones del espectro visible concentradas en la zona macular, a lo que se agrega el hecho que la luz absorbida por el pigmento de la capa epitelial, es convertida en energía térmica.

Las radiaciones ultravioletas alcanzan el ojo en pequeña proporción y son absorbidas por la córnea si la longitud de onda es inferior a 2.930 U. A., transmitiendo rayos más largos en intensidad gradual, para llegar a la casi completa transparencia a las 3.150 U. A.

El cristalino de un hombre joven, absorbe los rayos ultravioletas de una longitud de onda inferior a 3.100 U. A., y el cristalino de un niño absorbe todas las radiaciones por debajo de 3.055 U. A. En las personas de edad la absorción alcanza a los rayos situados por debajo de 4.187 U. A., y cuando existe opacificación del cristalino, hay absorción marcada en el violeta del espectro visible.

El cuerpo vítreo absorbe las radiaciones ultravioletas a partir de

2.300 U. A., siendo la absorción considerable a las 2.700 U. A., de tal modo que a la retina no llegan prácticamente sino escasas radiaciones ultravioletas largas en ojos normales en condiciones corrientes de irradiación, que sólo provocan cambios insignificantes, como retardar la adaptación luminosa.

En esta serie de rayos, los más nocivos son los rayos cortos, y especialmente los Schumann. Ordinariamente las radiaciones ultravioletas no están presentes en la luz del sol en suficiente intensidad para producir cualquier trastorno, excepto cuando están reforzados por las reflexiones difusas de superficies extensas, como nieve, arena, nubes; o directas, por el hielo, agua inmóvil, caminos de concreto, etc.

Las reacciones corneales son provocadas por las radiaciones ultravioletas de una longitud de onda entre 2.400 y 3.200 U. A., estando la sensibilidad máxima a las 2.880 U. A. Las lesiones corneales están localizadas en el epitelio, y son esencialmente queratitis con participación de la conjuntiva, en menor grado de la substancia propia corneal.

La fotoftalmia se produce después de la exposición excesiva a los rayos de las altitudes, o bien cuando hay gran reflexión por la nieve, arena o agua; y artificialmente en la industria, por la exposición a fuentes luminosas ricas en rayos ultravioletas, como la lámpara de arco, la lámpara de vapor de mercurio, etc.

Los rayos ultravioletas largos que llegan al cristalino, producen fluorescencia, o sea, la emisión de luz por el cristalino iluminado, pero de una longitud de onda diferente a la del rayo incidente, preponderantemente más largas. Las ondas ultravioletas más activas para producir fluorescencia están comprendidas entre 3.700 y 3.900 U. A., la cual también puede ser producida por la luz visible del violeta y azul, pero menos intensa. El color fluorescente es verdoso-amarillento pálido.

El cristalino en las personas de edad muestra una disminución de la fluorescencia para las radiaciones ultravioletas, lo que está en relación de las retinitis maculares seniles, por lo menos, ser una de sus filtros, más efectivo para las radiaciones ultravioletas cuando su poder de fluorescencia disminuye, ya que es posible que la fluorescencia sea un mecanismo protector, mediante el cual las ondas activas, que pueden llegar a provocar lesiones, son cambiadas en ondas visibles menos peligrosas.

En los afáquicos, en quienes falta este filtro natural, la retina está expuesta a los rayos ultravioletas, lo que podría explicar la producción de las retinitis maculares seniles, por lo menos, ser una de sus causas.

Las radiaciones Grenz, están situadas entre los rayos ultraviole-

tas y los rayos X largos; su longitud de onda es de 2 a 3 U. A. Son generados con bajo voltaje, 10 kilovolts, en un tubo especial.

Tienen poco poder de penetración a través de filtros o tejidos, de ahí que sólo se usen para el tratamiento de lesiones superficiales, de tipo inflamatorio del segmento anterior, especialmente esclera y córnea, como queratitis dentrítica, queratitis rosácea, úlceras corneales superficiales, blefaritis, queratitis esclerosante, escleritis y epiescleritis, etc.

Los vasos corneales neoformados disminuyen de tamaño con la aplicación de los rayos Grenz.

Los rayos X atraviesan todos los medios oculares, pero un haz de rayos X no es homogéneo, y, por tanto, su poder de penetración no es uniforme; de ahí la importancia de una dosificación adecuada.

La medida de las radiaciones X en dosis eritema es inexacta, por ello es preferible la designación en unidades Roentgen, que dependen de la corriente, filtración, distancia y tiempo empleado; así en la radiación sin filtro, con tres miliamperes de corriente y con un voltaje de 95 a 100 kilovolts, a una distancia de 20 cm., en 50 segundos se producen cien unidades Roentgen, que equivalen aproximadamente a 1/3 de la dosis eritema.

Todas las células no tienen la misma sensibilidad a los rayos X, pues cada grupo celular de un organismo, ofrece distinto grado de radiosensibilidad. Los tejidos jóvenes, tanto animales como vegetales, poseen una gran radiosensibilidad (embriones, semillas, etc.), como también los elementos que se encuentran en vías de proliferación constante, como el testículo y la piel. La acción de las radiaciones es mucho menor en los tejidos que son altamente diferenciados, tanto funcional como morfológicamente, cuyo ejemplo lo constituye el tejido nervioso, lo que tiene gran importancia práctica, pues nos permite deducir que la acción de los rayos X sobre el tejido probablemente más diferenciado del organismo, cual es la retina, no es peligrosa si se emplean dosificaciones adecuadas.

Un hecho que hay que tener en cuenta para apreciar los resultados clínicos de una radiación, lo constituye el fenómeno de latencia, o sea, el tiempo que transcurre desde que se efectúa la radiación, hasta que se hace manifiesto su resultado, lo que se explica por el hecho de que los rayos X actúan por olas, o sea, que se acumulan en el organismo, ejerciendo acción por un período prolongado.

Los rayos X penetran en los párpados y en la córnea, y son absorbidos en gran proporción por el cristalino, de ahí el peligro de producción de cataratas al usar dosificaciones inadecuadas, especialmente en niños, en quienes el cristalino en desarrollo es muy apto para opa-

sificarse bajo la acción de los rayos. La irradiación de niños menores de dos meses, puede interferir con el desarrollo del ojo en totalidad.

Las indicaciones de las radiaciones X son las siguientes:

1.—Neoplasmas difusos de los párpados, adherentes a los huesos de la órbita.

2.—Después de la exenteración de la órbita por grandes neoplasmas orbitarios.

3.—Blefaritis que no han mejorado con los medios corrientes, exponiendo a las radiaciones sólo los bordes parpebrales, protegiendo el resto del párpado con láminas de plomo. No se usa filtro; la intensidad de la corriente es de tres miliamperes y el voltaje de 95 a 100 kilovolts, a una distancia de 20 cm., aplicados durante cuarenta segundos a un minuto, obteniéndose así aproximadamente cien unidades Roentgen. Se dan tres aplicaciones, una por semana.

4.—Dermatitis crónicas de los párpados, en las que se puede emplear igual técnica a la descrita para las blefaritis.

5.—Adenoma hipofisiario, pero no da resultados en los tumores de la bolsa de Rathke o tumores quísticos, y tiene ligero efecto en los meningiomas. Se debe emplear un voltaje de 200 kilovolts, con una intensidad de cinco miliamperes, filtro de un mm. de cobre y un mm. de aluminio, durante veinte minutos, con lo que se obtienen doscientas unidades Roentgen. Las aplicaciones se dirigen hacia la hipófisis por diversas áreas, a saber, región frontal media, región temporal derecha e izquierda, región nasal, a través de la boca abierta, ambas mejillas, ciertas áreas del cuero cabelludo, etc. Se hace una aplicación diaria en las diversas áreas, hasta enterar doce aplicaciones, o sea 2.400 unidades Roentgen; serie que se puede repetir según sean los síntomas clínicos, hasta enterar 7.200 U. R., de las cuales el 35% más o menos alcanza la glándula.

6.—Orzuelos recidivantes.

7.—Dacriocistitis agudas; en estas dos últimas afecciones el resultado es espectacular, usando pequeñas dosis, pero en los estados iniciales. Se explicaría su efecto por la destrucción de los leucocitos, que son muy radiosensibles, liberándose así las substancias protectoras contenidas en ellos, y esta destrucción de leucocitos, trae un aumento en su producción, a lo cual hay que agregar la beneficiosa influencia de la hiperemia, que reabsorbe los infiltrados y las extravasaciones locales.

8.—Iridociclitis y corioiditis, especialmente tuberculosas, debiendo usarse pequeñas dosis de radiaciones X.

9.—Al comienzo de las infecciones intraoculares post-traumáticas o post-operatorias, en dosis bajas y sin filtro.

10.—Trombosis de las venas retinales —tema al cual nos hemos referido en otras oportunidades—. Las trombosis de la vena central de la retina o de rama, producidas por arterioesclerosis, metástasis tumor-

rales o por afecciones inflamatorias de las paredes de los vasos, son susceptibles de ser tratadas con radiaciones X, en dosis de 550 a 600 unidades Roentgen, para las trombosis de la vena central, en aplicaciones fraccionadas de 100 U. R. o bien, con 100 U. R. como dosis inicial y 50 U. R. las restantes, hasta completar diez aplicaciones, con 3 a 7 días de intervalo entre cada aplicación. En las trombosis de rama se usa la mitad de esta dosis. De acuerdo con HESSBERG (16), la corriente debe ser de 180 kilovolts, con filtros de 0.5 mm. de cobre y 3 mm. de aluminio, a 40 cm. de distancia.

11.—Retinoblastomas bilaterales, especialmente cuando uno de los ojos está menos comprometido y existen posibilidades de conservar la visión, previa enucleación del ojo más afectado. Siguiendo la técnica de MARTIN y REESE (18), se usan radiaciones Roentgen profundas en 4 a 5 series divididas en 50 a 75 dosis, por un periodo de 12 a 20 meses. Cada serie, de acuerdo con SANTOS y DEIK (2), debe alcanzar un total de 2.500 U. R. para la primera, y entre 1.500 y 2.500 U. R. para las restantes. Se usan localizadores metálicos cilíndricos especiales de 2,5 cm., de diámetro, para limitar la radiación al área deseada, usando tres puertas de entrada: nasal, temporal y anteroposterior. La corriente debe ser de 200 a 250 kilovolts, de 25 a 30 miliamperes, usando filtros de 0.5 mm., de cobre y 2 mm., de aluminio, a una distancia de 60 a 65 cm. Por minuto el tubo emite 35 U. R., y en cada sesión se colocan entre 250 a 400 U. R., haciendo dos a tres aplicaciones a la semana.

12.—Después de la enucleación por retinoblastoma, especialmente si el examen histopatológico muestra invasión orbitaria, y aún, cuando los cortes seriados del nervio óptico, indiquen que el tumor estaba circunscrito al globo. Basta usar entre 1.500 a 2.500 U. R. en un plazo de veinte días.

13.—Linfoma múltiple de la órbita, que es especialmente sensible a los rayos X, como también al radium.

14.—Opacidades corneales.

La dispersión del radium, da lugar a tres clases de emanaciones denominadas: alfa, beta y gama. Las partículas alfa tienen carga de electricidad positiva y están constituidas por átomos del helio. Son eliminadas por el metal o vidrio, dentro del cual están contenidos los elementos radioactivos.

Las partículas beta están constituidas por electrones con carga negativa, no penetran profundamente, pero tienen ligera acción selectiva, afectando por igual a todas las células.

Las partículas gama están constituidas por ondas electromagnéticas, que difieren de la luz y de los rayos X en su longitud de onda, que es extremadamente corta, 0.06 a 0.70 U. A. Están presentes en el radium y en el radón, penetran profundamente, produciendo mayor

efecto en las células jóvenes, en crecimiento activo, como las células tumorales, que sobre los tejidos normales más antiguos, por ello se usan para destruir tejidos malignos. Son muy difíciles de eliminar, ya que penetran 10 mm. de plomo, por ello se han propuesto numerosos protectores oculares, que sólo eliminan una pequeña parte de las partículas, a más que dan lugar a la producción de radiaciones secundarias, que pueden producir quemaduras en los tejidos adyacentes.

Las radiaciones del radium, detienen las mitosis en los núcleos de las células, e indirectamente, estimulan la formación de tejido fibroso y producen esclerosis de los vasos sanguíneos.

WOODS (26) ha recomendado el uso de las radiaciones beta en las tuberculosis del segmento anterior, usando un dispositivo especial, que permite que las radiaciones beta penetren en los tejidos sólo 2 mm. para no causar daños al cristalino o estructuras profundas, logrando mejoría en diez casos de iridoqueratitis tuberculosa y en tres casos de escleritis graves. Es interesante anotar que con el tratamiento se obtiene aclaramiento de las opacidades de la córnea.

El radium puede ser usando en los siguientes casos:

- 1.—Estados pre-cancerosos o hiperqueratosis precoces cancerosas.
- 2.—Después de la exenteración de la órbita, por grandes neoplasmas orbitarios.
- 3.—Nevus vasculares de los párpados, que son especialmente susceptibles de ser tratados con radium, con mejores resultados que los que da la cirugía, debiendo iniciar el tratamiento en forma precoz, ya que los vasos jóvenes son muy sensibles al radium.
- 4.—Conjuntivitis primaverales, siempre que hayan fracasado todos los recursos terapéuticos locales o generales.
- 5.—Tumores intraoculares.

He creído de interés presentar a ustedes este trabajo sobre energía radiante, considerando las grandes posibilidades que tiene en la terapéutica oftalmológica el uso de algunas radiaciones, cuyos resultados en muchas afecciones, han dejado el campo experimental, para ser ya una realidad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—**BAILLIART P., COUTELA CH., REDSLOB E., VELTER E.**— *Traité D'Ophthalmologie*-Masson et Cie-T. II, 1939.
- 2.—**BARRENECHEA, SANTIAGO y CONTARDO, RENE.**— Roentgenterapia en las trombosis venosas retinales.— *A. Ch. de O.* Tomo II Nº 13, pág. 235. 1946.
- 3.—**BELLOWS, J. C.**— *Cataract and Anomalies of the Lens*-The C. V. Mosby, 1944.
- 4.—**COGAN, D. G. and KINSEY, V. E.**— Action Spectrum of Keratitis produced by Ultraviolet Radiation.— *A. Of. O.* 35, 670. 1946.
- 5.—**CONTARDO, RENE y PERALTA, ARTURO.**— Las trombosis venosas retinales y su tratamiento por la Radioterapia.— *A. Ch. de O.* Año I Nº 1, pág. 22. Agosto 1944.
- 6.—**CONTARDO, RENE.**— Filtros de absorción y reflexión para cristales.— III Congreso Pan Americano de Oftalmología. La Habana, 1948.
- 7.—**DARRIS, M. et COPPEZ, J.**— *Traité d'electro-radiotherapie.* Tomo II, 1938.
- 8.—**DESJARDIN.**— Roentgen Therapy for Inflammatory Conditions.— *Jour. Am. Med. Ass.* 116, 225. 1941.
- 9.—**DUKE ELDER, W. S.**— *Rec. Advances in Ophthalmology.* London, 1934.
- 10.—**DUKE ELDER, W. S.**— *Text Book of Ophthalmology.* Vol. I. The C. V. Mosby-Co. 1941.
- 11.—**DUKE ELDER, W. S.**— *The practice of refraction,* J. & A. Churchill, 1945.
- 12.—**ELWYN, H.**— *Diseases of the retina.* The Blakiston Co. 1946.
- 13.—**FERREE, C. E. and RAND, G.**— *Lightning and the Hygiene of the Eye.*— *A. of O.* 2-I. 1929.
- 14.—**GIFFORD, S. R.; VAIL, D.**— *A hand book of Ocular Therapeutics,* 1947.
- 15.—**GRIFFITH, R. A.**— *Radium Therapy-en Moderns Trends in Ophthalmology* de Ridley, F. and Sorsby, A.— P. H. Hoeber. New York, 1940.
- 16.—**HESSBERG.**— Roentgen therapy of the retinal vessels particularly venous thrombosis.— *Acta Oftalmológica.* V. 100. Nº 1 y 2. Junio-Julio 1940.
- 17.—**LEHRFELD, L.**— Visual Allergy to Light and Intolerance to Light-Treatment by tinted Lenses.— *A. of O.* 13, 992. 1935.
- 18.—**MARTIN and REESE.**— Roentgen Irradiation of Glioma.— *A. of O.* 33, 429, 1945.

- 19.—MATTHEWS, J. L.— Absorptive and reflective filters for spectacle Wear.— III Congreso Pan-Americano de Oftalmología de La Habana, 1948.
 - 20.—MIESCHER.— Juengling. Allgemeine Strahlentherapie.— F. Enke, 1938.
 - 21.—PFEIFFER, RAYMOND L.— Influence of Grenz Rays on Cell División and Wound healing in the corneal epithelium.— A. of O. Nº 1, pág. 1. January, 1948.
 - 22.—STALLARD.— Brit. Journ of O.— Monogr. Suppl. VI, 1933.
 - 23.—SANTOS, EVARISTO y DEIK, SELMAN.— La Radioterapia en el tratamiento de los gliomas retinales.— A. Ch. de O. Año 1.- Nº 2-p. 11 Septbre.-Oct. 1944.
 - 24.—VILLARROEL.— Las trombosis venosas retinales y su tratamiento por la radioterapia.— Memoria de Prueba. Universidad de Chile, 1946.
 - 25.—WOLFF, E.— Effects of Exposure to Ultraviolet Light on Visual Thresholds.— Proc. Notl. Acad. Soc. 31, 236. 1945.
 - 25.—WOODS.— Beta Emanations.— A. of O. 22, 735. 1939.
-

VI

Contribuciones a la práctica de la Oftalmología

Cátedra Extraordinaria de Oftalmología del Hospital San Vicente
Prof. Dr. Juan VERDAGUER

DETERMINACION DEL ASTIGMATISMO POR EL METODO DEL FOGGY

Dr. JUAN VERDAGUER

Este pequeño trabajo, motivado a raíz de la presentación del Dr. Bitrán a la Sociedad Chilena de Oftalmología de un interesante y bien documentado estudio sobre las pequeñas ametropías, aspira sólo a divulgar las excelencias de un método de examen del astigmatismo, poco practicado entre nosotros. Se estudian también algunos de los problemas de la práctica diaria que se presentan al médico que gradúa astigmatismo para ver si de acuerdo con los conceptos que se exponen, es posible solucionarlos.

Es de todos conocida la importancia de la corrección de pequeños defectos astigmáticos, compatibles con una visión normal o casi normal, pero que suelen causar molestias astenópicas y cefáleas que sólo pasan con el uso de cristales adecuados.

Desgraciadamente el diagnóstico de los grados menores de astigmatismo y la graduación exacta de los grados mayores, es tarea difícil, ya que los medios de examen a nuestro alcance, como la prueba de Donders y la queratometría, no dan resultados absolutamente seguros, en muchos casos. Ya veremos después, que incluso a la esquiastopía con cicloplegia pueden hacerse también algunas objeciones.

El examen con el cuadrante astigmático es uno de los métodos más precisos para determinar tanto la magnitud del astigmatismo como sus ejes. En casos favorables (de buena cooperación del paciente) permite una aproximación de $1/8$ de dioptría en la magnitud y de 5° en el eje.

El método de los cuadrantes es casi tan antiguo como el descubrimiento del astigmatismo. Las primeras figuras estrelladas para el estudio de este defecto fueron ideadas por Purkinje el año 1825, pero su utilización en la práctica es sólo posible, mediante ciertos refinamientos del examen, difundidos hace años en Estados Unidos por Lancaster y Regan, con el nombre de foggy.

Revisando la literatura se comprueba que ya Martín el año 1887 preconizaba un método semejante al de los autores americanos, lo que no quita a mi ver, que el mérito de Lancaster siga siendo muy grande,

pues ha sistematizado el examen con el cuadrante y enseñado a interpretar sus resultados.

Si se coloca un astigmata débil frente al cuadrante, es muy posible que vea los rayos exactamente iguales. Si a este mismo astigmata se le hace mirar la figura estrellada, colocando delante del ojo en examen un cristal esférico convergente débil, verá inmediatamente los rayos de la figura con distinta intensidad. ¿Por qué a ojo desnudo veía el astigmata todos los rayos iguales? Sólo cabe una explicación: en ese momento el paciente autocorregía su defecto.

Como sólo hay un mecanismo corrector endoocular, que es la acomodación, es lógico inculpar a éste.

Esta sencilla prueba del cuadrante astigmático, al señalarnos la forma constante en que el astigmata débil acomoda para mejorar la mala visión originada por el defecto, nos está demostrando la causa de las molestias astenópicas que afectan a muchos de estos pacientes.

Al colocar delante del ojo a examinar un esférico plus, el ojo se transforma en miope y en la gran mayoría de los casos, relaja su acomodación, con la posibilidad de que un astigmatismo oculto se transforme en manifiesto.

La condición más importante para el examen con cuadrante de los astigmatas es nublarles previamente la visión con cristales convergentes. Es mejor denominar a este método miopización, según el término ideado por el profesor Márquez, que foggy o neblinización, ya que la primera palabra sugiere por sí sola el mecanismo íntimo del examen.

Se colocan delante del ojo a examinar esféricos de $+ 0.50$, $+ 0.75$ y $+ 1$. El lente menor que nuble la visión ligeramente es el que se va a emplear en el examen.

Si con un esférico débil, el paciente viera todavía bien, quiere decir esto que existe hipermetropía manifiesta y que hay que subir el valor del cristal hasta obtener neblinización.

En un caso de miopía, el mejor foggy lo dará la corrección total del defecto disminuída en media dioptría.

Cuando hay hipermetropía y astigmatismo, la neblinización más apropiada será la constituída por la suma de ambos valores.

El dial astigmático de Lancaster tiene varias características. La figura estrellada tiene la forma de un sol radiante, con rayos negros sobre fondo blanco. Los rayos tienen un grosor de 5 mm. y están separados unos de otros por un ángulo de 10° , no llevan ninguna numeración visible para el paciente, sino numeritos chicos, que individualizan cada radio, y que sólo puede leer el observador.

Al enfermo en foggy se le muestra monocularmente el dial astigmático. El rayo del dial que vea más negro señalará el meridiano de máxima refracción. Generalmente el paciente señala como más negros

el meridiano principal y los dos vecinos o cuatro meridianos, uno a un lado y dos al otro del meridiano principal.

Para conseguir la corrección se colocan cilindros menos en progresión creciente con el eje en el meridiano perpendicular al más negro.

El cuadrante astigmático corriente, según Regán, es apropiado para determinar sólo la existencia y el eje del astigmatismo, pero no la cuantía del mismo. Sucede que al ir colocando cilindros en la dirección indicada, al aproximarse el momento de la corrección total, los pacientes señalan otros meridianos distintos del primero como más negros. Este fenómeno se debería a que por no coincidir exactamente el eje del cilindro con el eje del astigmatismo ocular se crea en este momento un nuevo astigmatismo de escaso valor, pero de ejes muy distantes al del verdadero astigmatismo ocular.

Para obviar esta dificultad, Regán usa un segundo cuadrante astigmático, que consta de dos trazos en cruz que puedan girarse alrededor del punto céntrico, colocándolos en el meridiano de máxima y mínima refracción. El de máxima es naturalmente el meridiano que se determinó con más teñido en el primer cuadrante. Se colocan entonces cilindros cóncavos con el eje coincidiendo con el meridiano borroso hasta que se igualen ambos trazos. Si el que primeramente se veía borroso, se percibe ahora más nítido, es que hay sobrecorrección. Si hubiera que usar un cilindro de fuerte graduación, hay que aumentar el esférico para mantener el foggy.

Tratando de profundizar el foggy, debemos preguntarnos: ¿el dial astigmático mide todo el astigmatismo del ojo, o sólo una parte?

Un hecho que no hay que perder de vista es la enorme importancia que el cristalino juega en el astigmatismo, sea por existir superficies astigmatizantes en el órgano al estado estático, o por qué el mecanismo motor del cristalino, la acomodación, puede modificar en forma considerable, las alteraciones ópticas originadas por un astigmatismo corneal.

Que existe un astigmatismo cristalino anatómico, por decir así, está ampliamente demostrado por determinaciones de orden de la fisiología ocular pura, hechas con el oftalmofacómetro.

Sallman demostró la existencia del astigmatismo cristalino estático desde el punto de vista clínico, examinando por esquiascopia 100 ojos atropinizados, en los que se excluía la cara anterior de la córnea como superficie refractante, mediante la colocación de un cristal de contacto.

En ninguno de los 10 afáquicos que revisó existía astigmatismo, demostrando con esto, que este órgano es el causante del astigmatismo endoocular.

De los 90 casos restantes 84 tenían astigmatismo de 0.50 a 2 dioptrías.

En los casos de 0.50 o menos, el astigmatismo cristalino era in-

verso al corneal; en los casos de mayor graduación de la misma dirección que el corneal.

De los estudios sobre el astigmatismo cristalino se deduce la falacia que representa guiarse sólo por el queratómetro para graduar un astigmatismo. Esto no obstante, hay que reconocer la enorme importancia práctica de este aparato como guía del diagnóstico y simplificador del examen. El buen uso del queratómetro está, y esto ya lo dijo el mismo Javal, en no dejarse guiar ciegamente por la cuantía y el eje que señalan sus lecturas, sino en tratar de perfeccionar el examen guiándose por otros métodos suplementarios, de mayor afinación.

El astigmatismo cristalino explica, pues, que puedan existir astigmatismos oculares con valores queratométricos normales, hecho que podemos comprobar en la práctica con cierta frecuencia.

El astigmatismo cristalino que acabamos de describir lo hemos definido como estático o anatómico.

Está perfectamente demostrado que existe además un mecanismo funcional cristalino, o mejor dicho, acomodativo, capaz de modificar los valores astigmáticos de otras superficies refractantes del ojo, de las cuales, como sabemos, la más importante es la cara anterior de la córnea.

El mecanismo íntimo de la acomodación astigmática no es bien conocido. Se sabe que desde Dobrowolsky se ha estado creyendo que podría el músculo ciliar contraerse segmentariamente, con el fin de producir un astigmatismo del lente que contrarrestaría el defecto corneal. Autores tan eminentes como Tscherning, Hess y Duke-Elder, niegan la posibilidad de que existan contracciones segmentarias del músculo ciliar.

Otra cosa es negar la acomodación astigmática, que es un fenómeno cuya existencia es absolutamente indiscutible. Un astigmatismo pequeño, puede tener agudeza visual normal, puede ver las líneas del cuadrante exactamente iguales, pero si en este paciente suprimimos la acomodación mediante un cicloplégico o miopizando al ojo con un cristal convergente, aparecerá inmediatamente el astigmatismo.

Ya Javal y Landolt hicieron observar que en un emétrope se podía demostrar la acomodación astigmática, volviéndolo astigmata por colocación de un cilindro débil delante del ojo, con lo cual en el cuadrante se ve un rayo borroso al principio, pero rápidamente se produce igualación de los radios, a costa de una sensación molesta de esfuerzo ocular.

Por lo demás, es un hecho corriente la demostración de la acomodación en los astigmatismos hipermetrópicos directos de los jóvenes. Poniéndolos frente al dial, ven más teñido el meridiano vertical, lo que está indicando que sobre la retina está enfocándose el segundo plano focal, en vez del primero, lo que pasaría si el ojo estuviera en reposo

acomodativo (véase explicación del conoide de Sturm, que se da más adelante).

Este último hecho demuestra, que contracciones circulares totales del músculo ciliar, pueden también modificar el astigmatismo corneal. De acuerdo con esta concepción, en la acomodación astigmática no es necesario recurrir a la explicación de las contracciones segmentarias del músculo ciliar, hecho discutible, que no está probado, aunque tampoco debemos considerarlo imposible. La simple acomodación circular puede explicar la mayoría de los fenómenos de la acomodación astigmática.

Sabemos que el haz de rayos provenientes de un objeto puntiforme, refractados por un sistema dióptrico astigmático, sigue un curso muy complicado, que ha sido descrito por Sturm, quien describió las características de su famoso conoide. Como es de conocimiento general, los rayos refractados por un dióptrico astigmático, provenientes de un objeto puntual, no forman nunca un foco puntual, como pasaría en un medio esférico, sino que todos ellos pasan por dos líneas focales, separadas por un intervalo astigmático, que es la medida a su vez del astigmatismo.

Los rayos del conoide, antes y después de llegar a las líneas focales, forman elipses, de diámetro cada vez más pequeño, a medida que se aproximan a los planos focales y más grande a medida que se alejan de dichos planos. Hay una sola excepción en las figuras espaciales del conoide, que es el punto medio del intervalo astigmático, en que se forma una circunferencia en vez de una elipse. La circunferencia se llama círculo de menor difusión, y es la parte de menor distorsión del haz astigmático.

Un ojo astigmata que enfoque sobre su retina el círculo de menor difusión habrá hecho desaparecer el astigmatismo, a costas claro es, de la producción de una miopía, que será de la mitad del valor dióptrico del monto del astigmatismo.

Por eso es que los pequeños astigmatismos hipermetrópicos pueden corregirse por la acomodación, logrando el paciente una visión casi normal. Así se explica lo inadecuado que es el estímulo acomodativo para corregir un astigmatismo miópico y lo insuficiente que es este mecanismo en la autocorrección de los grados mayores de astigmatismo hipermetrópico.

Se explica también con estos hechos por qué el astigmatismo hipermetrópico produce muchas mayores molestias que el miópico, ya que siendo los esfuerzos acomodativos eficientes en la primera variedad de este defecto, el ojo tiende a acomodar constantemente.

La acomodación astigmática puede ser de dos tipos: elástica o sea susceptible de relajación espontánea o resistente o fija. La relajación de la contracción elástica del músculo ciliar es la que se obtiene en el foggy al miopizar el ojo.

Contestando la pregunta que nos hacíamos hace un momento, hay que llegar a la conclusión que el dial nos señala el astigmatismo manifiesto del ojo, no el total, que es el que se obtiene después de atropinización. Justamente la corrección que tiene más probabilidades de ser soportada por el paciente es la manifiesta, aquella que coincide con el máximo de relajación espontánea del músculo ciliar. Si se da la corrección total, obtenida con atropinización, es probable que cuando el músculo ciliar recobre su tonicidad normal, quede el astigmatismo sobre corregido.

Sin embargo, las cosas se complican cuando la contracción del músculo ciliar del astigmata es resistente o fija y no hay relajación espontánea posible de la acomodación.

Es un hecho de observación bastante frecuente, que al hacer la refracción de un astigmata se constata que sólo es corregible el defecto con cilindros cóncavos; en la prueba de Donders con cilindros plus ve mucho peor. Sin embargo, hecha la refracción con atropina se constata que el astigmatismo es hipermetrópico.

La experiencia mía, por lo menos, demuestra que por más que insistamos en prescribir cilindros convexos, el enfermo verá siempre mal, aunque use sus anteojos por mucho tiempo. El espasmo o hipertrofia del músculo ciliar persistirá indefinidamente.

Creo que en estos casos de astigmatismo hipermetrópico con espasmo acomodativo, es racional prescribir cilindros cóncavos y ensayar si son más cómodos para la visión cercana los cilindros plus, sobre todo en astigmatismos de graduación fuerte.

Otro hecho que suele observarse en la práctica, es la corrección parcial de un fuerte astigmatismo hipermetrópico por un espasmo acomodativo, que no tiene la intensidad suficiente para hacer variar de signo al defecto. En estos ojos con espasmo acomodativo parcial, por decir así, el astigmatismo hipermetrópico se transforma en mixto.

Estos casos se suelen ver especialmente en niños, en los cuales la refracción se ha determinado exclusivamente por esquiaskopia con cicloplegia.

Estos niños con fuertes cristales cilíndricos convexos, tienen acuidad visual defectuosa. Si agregamos a la corrección cilíndrica plus, un esférico de -1 , o -2 o más, la visión mejora casi hasta lo normal. Agréguese a esto que estas personas han usado estos lentes cilíndricos fuertes durante meses o años, sin que desaparezca el espasmo ciliar. Creemos también justificado corregir estos defectos con vidrios esferocilíndricos.

Tal vez una de las mayores bondades del método de foggy es la que respeta en todo momento la tonicidad normal de los músculos ciliares y permite, por lo tanto, la determinación de una fórmula correctiva que lógicamente tiene más probabilidades de ser tolerada.

Al colocar el esférico que miopiza al ojo, se relaja la acomodación hasta donde sea posible de una manera espontánea, permitiéndonos determinar el grado y ejes del astigmatismo manifiesto. Conseguido este primer paso, se retira el esférico que miopizaba al ojo y desde este momento la refracción prosigue dejando al ojo con su grado personal de tonicidad acomodativa.

Como la determinación del grado y ejes del astigmatismo se hicieron utilizando en todos los casos cilindros cóncavos, se mide la agudeza visual obtenida con estos cristales. Si la visión lograda no fuera de 5/5 se van agregando a los cilindros cóncavos, esféricos plus y posteriormente, si es necesario, esféricos minus.

Si agregando a los cilindros cóncavos esféricos plus se mejora la agudeza visual, pueden suceder tres casos: O bien el esférico plus tiene el mismo valor que el cilindro minus y en este caso se trata de un astigmatismo hipermetrópico. Si la visión normal se obtiene con un esférico plus de menor valor que el cilindro, hemos encontrado un astigmatismo mixto. Véase la elegancia y facilidad con que con este método se corrige este defecto, verdadero escollo de los refraccionistas.

Cuando alcanzada la fuerza del cilindro, rebasamos la intensidad del esférico, con lo que conseguimos mayor visión, se trata, entonces, de un astigmatismo hipermetrópico compuesto. El mayor esférico que nos dé mayor visión, es la medida de la hipermetropía manifiesta, una vez rebajado naturalmente el valor del cilindro.

Si el esférico plus agregado al cilindro cóncavo empeora la visión, puede tratarse de un caso de astigmatismo miópico y miopía. El vidrio cóncavo esférico más suave que de mejor visión, nos señalará el valor del componente esférico que hay que agregar al cristal cilíndrico.

Desgraciadamente el método del foggy requiere cooperación y capacidad de observación, que, desgraciadamente, no se encuentran en todos los pacientes. Habrá casos y tal vez no sean pocos, en que la vaguedad de las contestaciones del enfermo nos obligaran a abandonar este método de precisión, para refugiarnos en los métodos corrientes, menos exactos, pero en los que contaremos con la cooperación del enfermo.

He visto al propio Dr. Regán, hacer refracciones basándose pura y exclusivamente en el foggy, sin tomar en cuenta para nada ni la esquiaskopia, ni la queratometría.

Personalmente no creo prudente el uso exclusivo del foggy. Como en cualquier examen clínico, cuanto más medios de control de un resultado empleemos, más seguras serán las conclusiones.

Creo que el foggy es un método de gran precisión y de un valor considerable para la refracción del astigmata, pero que debe asociarse siempre a la queratometría y a la esquiaskopia.

Quisiera terminar esta exposición con una nota tal vez un poco

sombria, una verdad amarga, que no es conveniente ocultar. Los cristales astigmáticos más exactamente prescritos, pueden no ser tolerados por el paciente y tener éste que abandonarlos, muchas veces con la lógica consecuencia de abandonar al médico que los prescribió.

Intervienen en estos hechos desagradables, factores atribuibles, en parte, a la esfera visual subjetiva, como son la interpretación psíquica de las imágenes del astigmatismo corregido, que trastornan violentamente la experiencia visual que se había formado a base de imágenes defectuosas, cuando todavía no usaba corrección.

Además, el cristal cilíndrico crea de por sí una distorsión de las imágenes, soportable con relativa facilidad cuando los ejes del cilindro están colocados exactamente verticales u horizontales, pero que llega a producir imágenes dispares, difícilmente fusionables, cuando el astigmatismo es de ejes oblicuos, creándose una verdadera aniseiconia por cristales, una de cuyas consecuencias más desagradables es la declinación de los objetos del mundo exterior, que aparecen en planos inclinados al ojo del observador.

Agréguese a estas dificultades la acción prismática perturbadora que tienen los cilindros de cierta potencia, más molesta todavía cuando existen cilindros de fuerza muy distinta en cada ojo y se comprenderá con que razón los pacientes vuelven a los consultorios a quejarse de sus anteojos.

Cierto es que muchas de estas molestias pueden desaparecer después de la adaptación a los cristales, que se produce después de un período de uso constante de estos anteojos. Honradamente hay que reconocer que en muchos casos, esta adaptación no llega nunca, especialmente en los cilindros fuertes de ejes muy oblicuos, vecinos a los 45 o 135°.

Por eso es que sigue siendo una regla sabia, la que nos daba nuestro recordado maestro, el Prof. Charlin, al aconsejarnos que en las ametropías fuertes, no tratáramos de un solo golpe de alcanzar la corrección total.

Si bien los astigmatismos pequeños hay que corregirlos totalmente en los de alto valor, tal vez sería mejor hacer una graduación por etapas.

¿Qué cristal cilíndrico prescribir en estos casos?

De acuerdo con las reglas del conoide de Sturm, corregir totalmente un astigmatismo es fusionar ambas líneas focales en un foco puntual situado ya en el plano focal anterior o en el posterior. En un astigmatismo hipocorregido queda siempre un conoide, sólo que con menor intervalo astigmático. Para conseguir mejor visión en estos casos, habría que lograr que sobre la retina se enfocara, no una de las líneas focales, si no la parte media del intervalo astigmático, el círculo de menor difusión. La solución para lograr ésto la dió Copeland en 1928, quien llegó a obtener sus resultados por medios geométricos. Eggers en 1946 la

desarrolló matemáticamente. Hay un trabajo de Suggar al respecto, que se muestra satisfecho de los resultados.

Se logra enfocar el círculo de menor difusión sobre la retina en un astigmatismo hipocorregido, agregando un esférico a la combinación cilíndrica. La regla es la siguiente: se corrige sólo una parte del astigmatismo, generalmente la mitad. Se agrega al cilindro o al esferocilindro encontrado un esférico del valor de la mitad de la parte no corregida del astigmatismo, conservando el signo del cilindro, y si el esférico a agregar es plus, se rebaja en $+ 0.75$ o $+ 0.50$, para respetar la tonicidad del músculo ciliar.

BIBLIOGRAFIA

Burian— Ogle.

Meridional aniseiconia de ejes oblicuos.

Archives of ophthal. Abril de 1945.

Eggers.

Refracción en el ojo astigmático.

Archives of ophthal. Abril de 1946.

Regan.

Astigmatic dials in refined refraction.

Tr. Am. Acad. Oph. 1936 XLI 614/619.

José María Roveda.

El astigmatismo Vásquez. Buenos Aires.

VII

Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador

Director: Prof. C. ESPILDORA LUQUE

El asa de Pimentel en la operación de catarata

Dr. ALBERTO GORMAZ

La frecuencia de la operación de catarata en la práctica oftalmológica diaria así como la estrecha relación existente entre el mayor o menor éxito en ella y la técnica y experiencia empleados, hacen que cuanto se relacione con esta afección y con su tratamiento quirúrgico revista un interés permanente para el oftalmólogo. Que aun no se ha alcanzado el desideratum en esta materia, lo prueba la diversidad enorme de técnicas que se emplean en diferentes partes del mundo para cada uno de los tiempos de la operación, así como los resultados estadísticos tan dispares, aun comparando los obtenidos sólo en los centros quirúrgicos de primer orden. Dentro de este orden de ideas, séame permitida una pequeña disquisición. La catarata que llega a la mesa de operaciones es, a mi manera de ver, un producto complejo en el que intervienen factores biológicos, raciales y aun sociales que son más o menos constantes para cada país; pero que pueden diferir enormemente de uno a otro. Para no considerar sino dos factores, recordemos primero lo que en oportunidad no lejana decía el Profesor Espildora al Profesor Kirby: "El problema de Uds. parece ser de zónula, en tanto que el nuestro tiene de preferencia que ver con la cápsula", concepto que por lo demás todos los aquí presentes habrán tenido oportunidad de apreciar en su justeza. Recordemos en seguida los factores sociales que hacen que, en tanto que entre nosotros sean muy pocos los pacientes que se operan de catarata antes de llegar a la invalidez o a la ceguera monocular, en otros países es frecuente intervenir en caratas que recién comienzan a entorpecer la labor habitual del paciente. A mi manera de ver, el corolario obligado de estas consideraciones, todo lo sumarias que se quiera, es el de que en materia de estadísticas quirúrgicas sólo pueden ser comparables las que se basen en grupos humanos semejantes, por lo menos, en cuanto a lo ya ex-

puesto, es decir, de raza semejante y de condición económico-social semejante.

Hecha esta salvedad, podemos pasar a exponer los resultados obtenidos con el asa preconizada por el oftalmólogo brasileño Pimentel en un artículo publicado en 1945 en la Revista Brasileña de Oftalmología y que, desgraciadamente, nos hemos tenido que conformar con leer resumido en el Year Book de 1946. Nuestra asa es de manufactura casera y admito que pueda guardar algunas diferencias, tal vez de dimensión, con el modelo del autor. Nos proponemos iniciar una nueva serie empleando un asa más grácil, de menor tamaño.

El primer caso se operó el 4 de Mayo de 1946 y el último de esta serie el 4 de este mes, haciendo un total de 27. Hemos estimado que tendría valor la comparación de los resultados obtenidos usando este instrumento con los que arrojará otra serie de cataratas operadas según los métodos habituales, en condiciones análogas, en la misma época y por el mismo operador. Para este efecto hemos recolectado 24 casos más, operados entre Febrero del 46 y la actualidad, en los que se empleó una técnica corriente con pinza de Arruga. Como es natural, han quedado excluidas algunas cataratas complicadas (con cuerpos extraños intracristalinianos, subluxadas, con secuelas importantes de iritis y dos en una paciente albina), por lo que las series consideradas, de 27 y 24 casos respectivamente, son del todo comparables.

El instrumento es una simple asa de alambre delgado de 15 mm. de largo montada en un mango. El asa no está soldada a su porción posterior, sino que es sólo su continuación y forma con ella un ángulo de más o menos 135°. El último milímetro y medio de la porción distal del asa está incurvada casi en 90° hacia atrás y tiene un ancho de 6 mm. en los modelos que hemos construido; nos parece que los nuevos modelos serán de 6 mm., lo que creemos contribuirá a darle mayor manejabilidad en la cámara anterior.

La primera parte de la operación ha sido común para ambas técnicas. Quince minutos antes del acto operatorio se coloca un trozo de algodón imbibido de adrenalina, en el fondo de saco inferior. Con esta medida se consigue una midriasis máxima que persiste después del vaciamiento de la cámara anterior y que en cambio cede con rapidez a la pilocarpina después de terminada la intervención. Akinesia y retro-ocular en la forma habitual. Toma del recto superior y del tarso inferior. Se pasa en seguida un punto esclero-cornal en U acostada sobre el limbo y se hace la incisión con cuchillito. Iridectomía periférica o total según el caso (ya volveremos sobre este punto más adelante).

Para emplear el asa se hace que el ayudante levante el colgajo corneal traccionándolo de los hilos del punto y se la introduce parale-

lamente a la cara anterior del cristalino, por detrás del iris, hasta llegar al borde inferior del cristalino. El segundo tiempo consiste en el encajamiento de la extremidad distal del asa en el ecuador cristalino inferior. El tercer tiempo consta de pequeños movimientos de lateralidad a fin de romper la zónula y el cuarto tiempo se inicia llevando el mango del asa ligeramente hacia adelante para presentar el polo superior del cristalino en la incisión y se continúa con una tracción moderada hacia arriba acompañada de contrapresión con una cucharilla, la que se aplica un poco por detrás del labio escleral de la herida. Aparentemente, Pimentel mantiene el asa in situ hasta la expulsión total del cristalino. De acuerdo con nuestra experiencia, nos parece que basta con obtener la salida de la mitad de la lente fuera de la herida, terminando después la extracción por una suave expresión de su polo inferior a través de la córnea. Finalmente, se anuda el punto esclerocorneal y se repone el iris en la forma acostumbrada. En los 24 casos controles se cogió el cristalino por debajo del ecuador, se rompió la zónula por presión trans-limbal combinada con rotación del cristalino y se extrajo éste describiendo la clásica voltereta.

Para juzgar de los resultados operatorios inmediatos, hemos procedido a clasificarlos en cuatro grupos: 1.— Extracción intracapsular sin pérdida de vítreo. 2.— Extracción extracapsular sin pérdida de vítreo. 3.— Extracción intracapsular con pérdida de vítreo (en la que se incluye desde la pequeña perla hasta la vitrorragia franca); y 4.— Extracción extracapsular con pérdida de vítreo.

En el primer grupo hallamos 17 casos operados con Pimentel y 16 operados con pinza, lo que da un 62,9% y un 66,6% respectivamente.

En el segundo grupo hay dos casos de los operados con la técnica "A", que así llamaremos al Pimentel, y 3 con la "B", haciendo un 7,7% y un 12,5% de extracciones extracapsulares sin complicaciones, respectivamente.

En el tercer grupo hay ocho casos con la técnica "A" (29,6%) y cuatro con la "B" (16,6%).

En el cuarto grupo no hubo ningún caso de los operados con "A" y uno con "B", lo que hace un 4,16%.

Si sumamos las intracapsulares en las que no ha habido pérdida de vítreo con aquellas en las que la hubo, tendremos un 92,5% con la técnica "A" y un 83,2% con la técnica habitual. Ahora, hay un punto que creemos merece hacerse resaltar: no todas las extracciones con el aparato de Pimentel se iniciaron con el propósito deliberado de emplearlo; es así como en los casos 5, 7, 9, 10, 11, 13, 20, 21, 24, 25 y 26 se constató en el protocolo correspondiente que se había intentado tomar la cápsula con pinza de Arruga sin conseguirlo por tratarse de cataratas intumescientes. En los casos 5 y 9 se extrajo el cristalino con pérdida de vítreo, en tanto que en los nueve casos siguien-

tes se le extrajo sin complicaciones, transformando así extracciones eventualmente extra en intracapsulares. Si sumamos ahora estos 11 casos a los operados con pinza, haciendo así un total de 35 cataratas operadas con la técnica que podríamos denominar "mixta", observaremos que el porcentaje de operaciones intracapsulares se eleva de 83,2 que era con la técnica "B" a 88,8%, en tanto que la pérdida de vítreo lo hace sólo de 16,6 a 17,1.

En lo que se refiere a la elección de iridectomía periférica o total, es nuestra impresión que la primera favorece la pérdida de vítreo cuando se emplea el asa de Pimentel, especialmente en aquellos casos en los que la midriasis deja algo que desear, ya que con ella se dificulta la salida del cristalino y se obliga al operador a recurrir a presiones mayores. De todas maneras, estimamos que se debe tener presente las diferencias individuales y proceder de acuerdo con la midriasis residual después de vaciada la cámara anterior. Una zónula resistente es también indicación para completar la iridectomía antes de repetir el intento de extracción.

Con respecto a los accidentes de la evolución post-operatoria, sólo vamos a considerarlos en 26 de los casos operados con la técnica "A" y en 21 de los de la serie "B", ya que en un caso de los primeros y tres de los segundos nos faltan datos acerca del post-operatorio.

Hifema.— Generalmente de poca cuantía y duración (2-3 días) con ambas técnicas, y precoz en su aparición. Tres casos (11%) en la serie "A" y uno con la "B" (4,7%).

Desplazamiento y deformidad pupilares.— Incluimos en este rubro todas las alteraciones post-operatorias de la pupila, desde la simple conformación piriforme hasta la franca tracción pupilar. En otras palabras, toda pupila que no quedara redonda y central, tratándose de iridectomías periféricas o en ojo de cerradura en las iridectomías totales. Con la técnica "A" hay 5 casos (18,5%), y con la "B" también cinco (25,4%).

Iritis.— Dos casos (7,4%) con la técnica "A", evidenciados por sinequias, leve turbidez del acuoso, persistencia de la inyección ciliar; ambos casos reaccionaron bien al tratamiento. Uno de ellos fué extracapsular y en el otro había un Kahn ++++. Con la técnica "B" tuvimos un caso, también en una extracción intracapsular.

Glaucoma.— Dos casos con la técnica "A" (7,4%) y ninguno con la "B". El primer caso de glaucoma se presentó a los 25 días, y como no cediera con mióticos fué operado de ciclodiálisis, la que dominó la complicación. El 2º fué operado el 1º de Febrero de este año, evolucionó con dolor y nubécula corneal persistente, pero con tensión que fluctuaba alrededor de los 13 mm. Fué dada de alta y sólo volvió a

consultar el 6 de Agosto, con un glaucoma absoluto. Ambas habían sido intervenciones intracapsulares sin vítreo, con iridectomía periférica y total, respectivamente, y en pacientes del sexo femenino.

Diálisis de la herida. Hernia del iris.— Un caso de cada una con la técnica "A" (7,4%). La diálisis se produjo al décimo día de operada la enferma y al siguiente de haberle sacado el practicante el punto esclero-corneal. La hernia en cambio se descubrió al hacer la curación de la enferma al día siguiente de la operación, después de haber tenido vómitos durante la noche. Ambas complicaciones reaccionaron favorablemente a la intervención reparadora inmediata. En la serie "B" también hubo dos casos de hernia del iris (8,32%); una en una enferma, en la que se soltó el punto esclero-corneal, y otra en un caso al que no se le hizo iridectomía alguna.

Desprendimiento de retina o coroides.— No se presentó ningún caso, por lo menos clínicamente diagnosticable. Sabemos que según algunos autores, el desprendimiento de la coroides y aún de la retina ocurre en un alto porcentaje, ya al extraer el cristalino, curando luego espontáneamente.

No hubo casos de panoftalmitis ni hemorragia expulsiva.

No se ha podido hacer un estudio comparativo de la visión final, debido a que la mayor parte de nuestros casos no vienen a control para refracción al cabo de dos meses, muchos de ellos por ser de provincias, y otros por ser asegurados, etc.... Es nuestra impresión que no existe una diferencia apreciable a este respecto entre ambos métodos, siendo pocos los casos que se apartan de 5/15 a 5/5.

Conclusiones: 1) El asa de Pimentel permite la extracción intracapsular de la catarata en un 92,5%. La pinza capsular de Arruga lo consiguió en nuestra serie en un 83,2%, descartando un 25% de casos que presentaban intumescencia del cristalino, y en los que se empleó después el asa de Pimentel.

2) La pérdida de vítreo ocurre con el asa de Pimentel con una frecuencia casi doble que con la pinza de Arruga.

3) El empleo del asa de Pimentel no produjo ningún accidente operatorio que no sea una complicación relativamente frecuente en la extracción con pinza capsular.

4) El hifema y glaucoma post-operatorios parecen tener una incidencia algo mayor, empleando el método de Pimentel que el de Arruga, la iritis y la hernia del iris aparecen con una frecuencia sensiblemente igual, y el desplazamiento y deformidad pupilares en un porcentaje algo menor.

5) Consideramos el asa de Pimentel como un complemento útil del arsenal quirúrgico oftalmológico, siendo su indicación preferente las cataratas intumescientes, en las que ha fracasado la pinza capsular.

VIII

Clínica Oftalmológica del Hospital San Borja
Director: Dr. René CONTARDO

Gabinete Psicotécnico.-Su funcionamiento

Dr. Adrián Araya y Sr. González

El Gabinete Psicotécnico cumple con la delicada función de determinar las aptitudes de los conductores de vehículos, seleccionando dentro de un enorme conglomerado de postulantes, de diversas condiciones sociales y modalidades, a aquellos que cumplen con un minimum de requisitos que los capacita para desempeñarse armónicamente dentro del tránsito público, no interfiriendo en forma inconveniente, ni constituyendo un factor negativo dentro de él.

La importancia que tiene este Gabinete creemos casi innecesario señalarla, dadas las condiciones de la vida actual, con su ritmo tan rápido y tan mecanizado. Constituye un adelanto imposible de dejar de mano, por ser absolutamente necesario en los momentos que vivimos. Por lo demás, nadie pondrá en duda que en el futuro ese ritmo y esa mecanización de que hablamos aún serán mayores, por lo que, naturalmente, el Gabinete Psicotécnico tendría que ser considerado dentro de lo indispensable y primordial. En buenas cuentas, esto que la civilización impone será, además, posiblemente una base sobre la cual se adaptarán moldes mejores a medida que las circunstancias lo exijan.

A pesar de ser pocos sus años de existencia, el Gabinete ha justificado con creces su fundación.

Si se recuerda el tiempo anterior a él, o sea antes de Abril de 1942, en que sólo se pesquisaba la suficiencia del sentido de la visión y la comprobación de un buen estado físico para declarar capaces a los que reunían convenientemente estos simples requisitos, no valorando nada el estado de sus otros sentidos, y menos aún las complejas funciones neuropsíquicas, se comprenderá cuan incompletos eran aquellos exámenes en comparación a los que se hacen ahora, que no constituyen, sin embargo, el desideratum.

El Gabinete no ha sido idea exclusivamente nuestra o chilena, si así pudiéramos decir, sino que sus fundamentos han sido tomados, tal vez

ampliados, de organismos similares de otros países, especialmente Francia, prácticamente cuna de la Psicotécnica.

Actualmente son muchos los Gabinetes Psicotécnicos que existen en el mundo, y para diversos objetos. Así, los hay en servicios de Neurología y Psiquiatría, con el objeto no ya de precisar un diagnóstico sino con el de estudiar el cuadro evolutivo de diversas afecciones estables, conseguidos a través de exámenes de control semejante, o establecer ciertas condiciones ya permanentes. También, existen, formando verdaderos Institutos provocacionales, o de orientación profesional propiamente tal, sumamente útiles en la industria actual. Por último, para nuestro interés, los relacionados con el Tránsito.

En resumidas cuentas: ¿en qué consiste el examen psicotécnico? — Es un examen que consta de un conjunto de pruebas, preferentemente tests, practicados a un individuo con el objeto de determinar su capacidad o habilidad para desempeñar esta o aquella función o labor.

Ahora bien: ¿qué es un examen psicotécnico de tránsito? — Lo explicado anteriormente aplicado al tránsito, o sea, determinar los capaces para conducir vehículos.

Por las complejas funciones que comprende este examen psicotécnico, es riguroso, y tiene de característico el hecho de que, valorando los resultados obtenidos basta uno de ellos, insuficiente, para determinar el rechazo del individuo. Esto es fácil de comprender: no basta que la persona sea inteligente, bien constituida y exclusivamente sorda, o nerviosa, o de mala visión, para ser aprobada, puesto que uno de estos defectos, en forma particular es suficiente para indicar incapacidad; recalcando más en este aspecto, el examinador es minucioso y no acepta términos medios conciliatorios.

El Gabinete Psicotécnico funciona diariamente en jornadas divididas en turnos, a cargo de médicos diversos, para evitar la fatiga inevitable que iría en perjuicio de los resultados obtenidos si fuera uno solo el encargado de todos estos exámenes diarios.

El examen está reservado para personas de ambos sexos, que primordialmente acrediten tener un minimum de 20 años de edad, establecido por la Ley, certificado por carnet de identidad, para impedir posibles suplantaciones; que sepa leer y escribir, para que nos dé la seguridad de que conozca la reglamentación vigente de tránsito, y sus modificaciones o agregados futuros, y que posea un certificado vigente de antecedentes, de mucha utilidad, como más adelante explicaremos.

Cuáles de estas personas que cumpliendo los requisitos deben someterse al examen? Los conductores de vehículos motorizados en general, tanto aficionados como profesionales; los conductores de vehículos

de tracción animal, maquinistas, etc.; los que deseen obtener carnet de competencia por primera vez, o quieran renovarlo; los que cambien de actividad respecto al vehículo que en el futuro han de conducir y, principalmente, aquellos enviados judicialmente para que se informe sobre su estado actual, existiendo la posibilidad de cancelarles o prorrogarles estos permisos, facilitando la labor del juez respecto de establecer la responsabilidad judicial y la aplicación de la pena para aquellos que se hicieren acreedores.

El examen del postulante consta de dos partes: una parte oral y una médica propiamente tal. La primera está destinada a formarse un juicio sobre el conocimiento total o parcial que tenga de los reglamentos de tránsito, haciéndole numerosas preguntas al respecto y planteando problemas de tránsito comunes para ser resueltos por el candidato. Por lo demás, este examen nos sirve para aquilatar también algunas funciones psíquicas de gran importancia, a saber: memoria, imaginación, atención, etc., y en este sentido es parte complementaria del segundo. Este último, o sea, la segunda parte, es mucho más compleja y determina por medios clínicos, artefactos adecuados y numerosos tests, un numeroso grupo de afecciones o causas de invalidez que constituyen un cuadro ya establecido aún cuando de continuo revisado y que es el siguiente:

Art. 11 del Reglamento Municipal del Tránsito para Santiago. Se considerarán inhábiles para el manejo, las siguientes personas:

1º).— Los que presenten enfermedades adquiridas o taras hereditarias incompatibles con la conducción de vehículos, como ser: a) retrasados mentales; b) enajenados; c) psicópatas en general (epilépticos, etc.); y d) deformados físicamente en grado tal que estén impedidos para gobernar con seguridad un vehículo.

2º).— Los toxicómanos avanzados (morfinómanos, cocainómanos, alcohólicos crónicos, etc.). Se establecerá el grado de alcoholismo mediante la reacción de "Nicloux", bastando, en algunos casos, con los síntomas clínicos, según juicio del médico.

3º).— Los que presenten alteraciones morfológicas incompatibles con el manejo, como ser: a) los enanos; b) los que sufren de parálisis o carezcan de uno o más miembros fundamentales; c) los que presenten graves defectos de conformación (gibosidad, etc.); d) los que sufran de anquilosis en alguna articulación fundamental; e) los que padezcan de atrofia muscular avanzada; y f) los sordomudos.

4º).— Los que padezcan de una afección cardíaca o circulatoria grave.

5º).— Los que sufran de marcada inestabilidad nerviosa; padezcan de temblores, convulsiones, espasmos, tics o incoordinaciones muscula-

res: los hiperemotivos; los que carezcan de sensibilidad táctil y los que tengan muy reducido el tiempo de inhibición.

6º).— Los que posean visión monocular; los que tengan visión por debajo de 0,5; los que sufran de discromatopsia al rojo y verde; los que padezcan de estrabismo; los que presenten hemeralopía; los que se recuperen del encandilamiento en un tiempo superior a 30 segundos; los que sufran de ptosis palpebral; aquellos cuyo campo visual sea muy reducido y los que carezcan de un cálculo razonable de velocidad y distancias.

7º).— Los que no oigan las notas agudas de la voz afona y cuchicheada, a una distancia de tres metros; los que tengan perturbado el sentido de la orientación del sonido.

8º).— Los que sufran de trastornos graves del equilibrio; aquellos que no restablezcan antes de 10 segundos su equilibrio en la prueba de "Equilibrio Retardado"; los que sufran de nistagmus permanente, vértigos o trastornos graves de la marcha.

9º).— Los que tengan un tiempo de reacción visual superior a 2 segundos y auditiva mayor de 1 segundo.

10º).— Los que presenten una marcada predisposición a la fatiga.

11º).— Los que tengan muy disminuida la capacidad de concentración y aquellos cuya retentiva visual sea escasa.

Para no alargarnos en demasía, pasaremos revista sumariamente a los diversos instrumentos con que cuenta actualmente el Gabinete para los fines que persigue:

1º — **Para la visión** existe una escala de optotipos iluminados a voluntad del examinador, con la cual examina en cada ojo por separado la agudeza visual central. Un muestrario de lanas de diferentes colores para la prueba de Holgrem, que nos indica en forma muy simple la capacidad cromática, y Semaforos con el mismo objeto.

2º — **Para la audición**, además de las pruebas orales de la fonación a distancias variables y a la percepción de la voz cuchicheada, se dispone de un Audiómetro, que nos indica las distintas longitudes de ondas percibidas por el individuo.

Existen chicharras dispuestas caprichosamente en distintos sitios y ángulos del local, de accionamientos separados para precisar la buena o mala orientación del sonido.

3º — **El sentido de la profundidad** se mide por un Esterómetro, el cual es un artefacto que posee dos aspas movibles por correas y roldanas que el postulante, a una distancia de 5,50 metros debe hacer deslizar en rieles, hacia adelante o hacia atrás, hasta colocarlo equidistante de una tercera aspa fija.

4º — **Para el cálculo de velocidad y distancia**, existe un aparato co-

nocido con el nombre de Percepto-Taquímetro, que consta de 2 carritos que se mueven en sentido contrario, a velocidades variables, a voluntad del examinador sobre unos rieles que están divididos por señales en distancias equidistantes.

5º — Para pesquisar las distintas alteraciones psiquiátricas propiamente tales, contamos con un instrumental eléctrico especial, en el cual podemos hacer variar, aparecer, borrar, modificar, etc., diferentes caracteres: luces, señales, letras, y hacer sonar a voluntad vibradores y campanillas, en un triple control, uno para el examinador, otro para el examinado y un 3º de verificación.

6º — Numerosos cuadros nos sirven para valorar el poder de atención.

7º — **Las alteraciones que provocan temblores;** por ejemplo, alcoholismo crónico, Basedow, Parkinson, diferentes intoxicaciones, etc., fuera de los que nos da la simple comprobación visual o la oscilación que se observa al colocarles un papel en la mano, el cual se mueve según la mayor o menor inestabilidad de ella. Pero para el objeto nos es muy útil el uso del Tremómetro, el cual es una simple superficie metálica con pequeños orificios de diversa forma y tamaño, en los cuales el examinado debe introducir un vástago de metal sin topar sus bordes, pues, al ocurrir esto, y constituyendo un error, se manifiesta por un ruido de campanillas.

En ciertos casos de alcoholismo agudo, ya que hablamos de esta intoxicación, el Gabinete posee los elementos indispensables para una extracción de sangre, con el objeto de practicar en un Laboratorio adecuado, las pruebas de alcoholemia, de suma importancia para la rápida determinación en los casos en que se busque.

Todo este examen anterior, psicotécnico, es completado por uno general, clínico propiamente tal, el cual nos evita caer en errores tales como alcoholismos agudos francos, temblores manifiestos, defectos físicos, ahorrando el consiguiente empleo de artefactos ya señalados. Algunas pruebas neurológicas sencillas, fáciles de hacer e interpretar, nos ayuda para dilucidar algunos pequeños problemas.

Terminado el examen, este puede resultar normal, y el individuo poseer algún trastorno que le provoque ciertas restricciones parciales o, mejor dicho, prohibiciones especiales; por ejemplo, una menor capacidad de adaptación luminosa que se pesquisa generalmente por múltiples y variados instrumentos, conocidos como fotómetros, todos basados en determinar el mayor o menor tiempo que necesita una retina deslumbra-da por una luz intensa de recuperar su visión frente a la obscuridad relativa. En el Gabinete usamos un Adaptómetro de este tipo con cuadros variables para impedir memorización.

Hechas todas las comprobaciones necesarias de que consta el exa-

men, el examinador las reúne en un informe que puede ser favorable o desfavorable, según los resultados que consigne. Nos permitimos recalcar que basta una sola comprobación desfavorable para considerar malo el informe. Ahora bien, estos malos resultados pueden algunas veces remediarse y otros ser definitivos. Me explico mejor: un miope puede corregir su defecto de refracción con lentes, arreglándose su situación, pero, por otro lado, un Daltónico no tiene solución posible.

Las personas que obtengan un examen favorable, pueden una vez obtenido el informe, seguir la tramitación correspondiente.

De todo lo que se ha expuesto, sin embargo, se deducen algunos vicios o defectos; algunos fáciles de subsanar, lo que haría más completo el informe psicotécnico, e iría en beneficio del Gabinete. A nuestro parecer, son los siguientes: En primer lugar, número excesivo de examinados en una jornada diaria del personal, el cual prácticamente resulta insuficiente, o bien se multiplica sacrificando en parte el tiempo de que dispone para cada examen, haciendo este, a veces, demasiado breve. A nuestro modo de ver, se podría solucionar en parte si se destinara una persona que actuara como secretario, dejando más tiempo libre al examinador para sus fines.

Otro pequeño error lo constituyen las posibles suplantaciones de personas, que podrían ser evitadas por el mismo secretario. Todavía más, existe el defecto de reexaminar, a veces con plazos muy pequeños, de uno a dos días, a personas que indudablemente mantienen, la mayoría, en tan poco tiempo las condiciones de rechazo de un primer examen y, por otro lado, quitan su turno a otro candidato que consulte por primera vez.

A nuestro modo de ver, debería señalarse que un rechazo definitivo, por causas insubsanables, no debería insistir en hacer un nuevo control, y que un rechazo temporal, por causas remediabiles, debería guardar un tiempo prudencial entre examen y examen.

En segundo lugar, lo que consideramos mucho más importante, es que el Gabinete carece aún de algunos elementos de examen, complementarios. Tablas de Ishihara, con el objeto de determinar algunos daltonismos, puesto que la prueba de Holgrem no basta, y aún puede ser memorizada.

Para la audición, podría mejorarse el audiómetro que existe, completándolo con audífonos, tanto para el examinado como para el examinador.

Para los alcohólicos, de ser posible, completar la simple extracción de sangre con un rápido análisis. Para los hipertensos, un aparato de presión corriente. Para determinar el esfuerzo muscular y su fatiga, algún Ergógrafo.

Ahora, para las funciones neuro psíquicas, aumentar los tests de medición y dotarlo de un Cronógrafo y de un Martillo de Percusión.

Por último, el Gabinete debería propender a estimular la elaboración de trabajos científicos, o Tesis de prueba para Médicos, dando las facilidades necesarias y disponiendo de una pequeña Biblioteca de consulta.

Estas son las modestas ideas que se nos ocurren, por el momento. Creemos que la solución de los vicios o defectos anotados paulatinamente es contribuir a la perfección de un informe Psicotécnico que se justificaría por ir sobre bases más sólidas, y se transformaría en un resorte de mayor utilidad para la colectividad, que aprovecha actualmente el buen fruto que el Gabinete Psicotécnico de la Ilustre Municipalidad de Santiago está dando, con los medios de que dispone.

Para que se tenga una idea del trabajo que desempeña el Gabinete, nos permitimos copiar, a continuación y para finalizar la presente comunicación, un resumen estadístico de su labor de un mes corrido, tomando, al azar el mes de Octubre del presente año:

Total examinados	1.441.—
Total rechazados	707.—
Total aprobados	734.—
Desconocimiento de los Reglamentos	455.—
Sin antecedentes	32.—
Antecedentes malos	2.—
Mala Visión	1.—
Control de lentes	69.—
Mala atención	3.—
Alcoholismo	13.—
Mala apreciación de distancias	3.—
Nerviosos	23.—
Analfabetos	8.—
Daltónicos	6.—
Menores edad	28.—
Mala orientación	4.—
Parkinson	1.—

Estrabismos convergentes	2.—
Nistagmus	1.—
Visión monocular	5.—
Carnet adulterado	1.—
Informes de control	15.—
Informes de Juzgado	35.—

IX

Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador

Director: Prof. C. ESPILDORA LUQUE

TBC ocular y estreptomina

Dra. Ida Thierry y Dr. Rafael Hevia

Este trabajo está basado en unos pocos casos de TBC ocular tratados con estreptomina local y un caso con estreptomina general y local.

No se han podido reunir más enfermos debido al alto costo de un tratamiento general y a lo difícil que es conseguir la droga.

Desgraciadamente, como la TBC ocular, en muchos casos, es de un comienzo una enfermedad que da pocas molestias, sin grandes síntomas de irritación ni dolor; los enfermos acuden a consultar cuando ya se han producido sinequias, irreductibles complicaciones que más tarde puede hacer disminuir la visión, aunque se haya dominado el proceso ocular productivo TBC.

Primero presentaré un resumen de los siete casos tratados con estreptomina local y uno con general y local.

A pesar de la poca experiencia que aun tenemos, hemos visto que la inyección ciliar desaparece fácilmente, que la Descemet queda limpia con más rapidez que con los otros medios hasta ahora usados. Los nódulos, tanto de la córnea como de la esclera e iris, se reducen y desaparecen sin dejar lesión cicatricial y gracias a esto la visión mejora notablemente.

Tres de los casos tuvieron recidivas Obs, N° 3 y 4-5, y esto se explica porque el tratamiento local sólo actúa directamente sobre el globo y no sobre el foco cicatricial pulmonar del cual emana la diseminación, por esto es que hay que combinar el tratamiento local y el general.

1º. S. V. 14 años. Obs. 87918.

5. XI. 1947. Niña de 14 años de buen aspecto general; se queja

de que hacen más o menos 20 días tiene irritación, secreción y precedida por un aumento de volumen preauricular doloroso.

A. Fam.: Una prima de la enferma falleció de TBC. pulmonar en Ncv., pero ésta no convivió con ella desde IV. 1947.

Ex. Obj.: Gran ganglio preauricular doloroso. Gran edema de los párpados, rubor de la piel; granulación grande del fondo de saco superior en el ángulo superior externo.

Diagnóstico: TBC. Conjuntival. RX. Hay sospecha de compromiso pleural.

XI. Se hace una biopsia, cuyo informe es: Tejido granuloso con numerosos tubérculos, algunos caseificados.

Se colocan inyecciones subconjuntivales de estreptomicina a nivel de lesión ocular y ésta se va reduciendo hasta desaparecer totalmente. Asimismo desaparece el ganglio.

13. I. 948. Ex. ocular (-).

V.O.D. 5/5.

La enfermita presenta ganglio cervical grande.

No ha vuelto a control.

2º. A. D. L. 54 años. Ob. Nº 86701.

3. XI. 947.

8 días atrás, después de un cambio brusco de temperatura, tiene intenso dolor, disminución de la visión, intensa inyección ciliar, cefaleas.

V.O.D.I.—1/50 TBC. Iridociclitis aguda.

RW (-); R. Khan (-) Uremia 0.50‰. Glicemia 1.20‰.

Se le coloca inyecciones de leche, pomada de penicilina.

Defocación.

Ant. TBC. +

RX—Tórax: Cisura derecha marcada del 1/3 medio.

Ganglios cervicales y fosa su raclavicular.

15. XI. V.O.D.—1/15 V.O.I.—1/7,5.

23. XI. V.O.D.—5/40 V.O.I.—5/50.

Se han producido en el iris 3 nódulos amarillentos TBC.

Se aplica Radioterapia 20% (3 aplicaciones).

V.O.D.—5/20 V.O.I.—5/30.

Recuento (-) Fórmula (-) Orina (-).

28. X. V.O.D.—5/20 V.O.I.—5/50p.

En el iris se nota nódulos, la descemet está cubierta de placas, si-nequias múltiples.

Se comienza las inyecciones subconjuntivales de estreptomicina, colocándose en total X. La solución se hace en 5 c.c. de suero fisiológico y se coloca 1/2cc mezclado con 1/2cc de novocaína.

12. XI. Descemet más limpia, los nódulos se van reabsorbiendo.

19. XI. V.O.D.—5/30 V.O.I.—5/15.

I. XII. Los nódulos han desaparecido. La descemet está totalmente limpia. Humor acuoso normal.

V.O.D.—5/30 V.O.I.—5/15.

Quedan sinequias, pero no hay manifestaciones productivas.

Alta.

Nº 3. F. M. Obs. 29069. 49 años.

Desde 1932 el enfermo ha presentado en numerosas ocasiones irido-escleroqueratitis nodular TBC.

Cuando comenzó la enfermedad se le hizo tratamiento específico sin haber jamás tenido reacción serológicas +

En cada una de sus recidivas siempre ha tenido examen radiológico (-). Se le ha hecho tratamiento de vacuna anti alfa ferrán, tuberculino, radioterapia. Debido a maculas corneales centrales se hacen Iridectomía ópticas.

V.O.D.—3/10 V.O.I.—1/30.

1936 Queratitis Epitelial, Maculas corneales.

1937 Nódulos corneales y esclerales.

RW (-) Kahn (-)

1938 Tuberculinoterapia.

III. 1940. Nódulo TBC. escleral perforado OO.

VOD.—Luz V.O.I.—1/40. Tuberculino terapia.

V.—40 V.O.D.—O Enucleación O.D.

VIII. 47. V.O.I. c/d a 30 cm.

Esclero-queratitis nodular TBC.

Informe Tisiológico (-).

" médico: Hipertensión arterial.

15. XI. Nódulos subepiteliales corneales y esclerales y del iris.

RW (-) Kahn (-).

15. XI. Se comienza las inyecciones subconjuntivales de estreptomina $\frac{1}{4}$ cc de solución de 1 gramos estreptomina en 5cc de suero fisiológico, mezclado con $\frac{1}{4}$ cc de novocaína. Las inyecciones se hacen día por medio / V.O.I.—1/40.

Después de 5 inyecciones de estreptomina, los nódulos corneales y esclerales están mucho más reducidos; y han desaparecido totalmente después de 15 inyecciones. V.O.I.—1/20.

22. I. 48. V.O.I.—1/15. Alta.

II. 48. Recidiva Queratitis nodular TBC. V.O.I.—1/40. Macula corneal extensa. No se ve detalles del iris.

Se le colocan X inyecciones de estreptomina; pero esta vez la mejoría es casi nula, la visión mejora hasta 1/30.

En vista de que aun persisten algunos nódulos corneales se comien-

za el tratamiento con sales de oro. Con este tratamiento los nódulos van desapareciendo y la visión mejora hasta 1/30; pero hubo que suspender este tratamiento después de colocarse II inyecciones + porque la última se colocó cuando el enfermo estaba con gripe y hubo complicaciones renales, anemia, muy mal estado general, Otitis supurada bilateral, por lo cual hubo que recurrir a la penicilina. El enfermo se repuso bien y fué dado de alta en buen estado general sin nódulos corneales; pero la visión sólo llegó a 1/30.

4º. B. O. 16 años. Nº 90735.

La enferma sufre de irido —esclero— queratitis recidivantes desde 1944. Actualmente enferma más o menos un mes.

RW (-) Kahn de verificación (-),

Dentadura (-) Ex. Tisiológico (-) Se autoriza tuberculinoterapia

14. IV. V.O.D. m/m a 60 cm.

V.O.I. M.M a 20 cm.

Córneas totalmente infiltradas, extensas lesiones de escleritis, nódulos corneales con vascularización profunda y superficial. Las córneas están un poco aplanadas, no se ven detalles del iris.

En vista de la gravedad del caso, se comienza al mismo tiempo con tuberculina, Radioterapia e inyecciones subconjuntivales de estreptomina, pomada midriática.

3. V. V.O.I.—m/m. 1 m. V.O.D.—1/40. Mic. Nódulos corneales vascularizada, se ven sinequias múltiples, córneas un poco más claras. Pupilas dilatan poco.

Después de 2 inyecciones de estreptomina la visión es de V.O.D. —1/30 V.O.I.—1/40. Los nódulos corneales han desaparecido, la pupila dilata un poco más, se han colocado 6 inyecciones de tuberculina V.O.D.I.—1/40. Córneas vascularizadas, no hay nódulos. Se da de alta al poli. el 24. VI.

15 días después vuelve con opacidades corneales, pupilas más pequeñas, más vascularización profunda y superficial de la córnea.

VODI — m/m. a 1 m. Se le ha colocado nuevamente X. inyecciones de estreptomina, la córnea ha aclarado, las pupilas están más dilatadas, se le coloca pom. midriática y estreptomina en forma de gotas.

La córnea está más clara.

5º—E. R. U., 25 años. Obs. 37499.

Desde 1935 presenta Irido-esclero-queratitis parenquimatosa recidivante.

A. Fam.: A la edad de 12 años convivió con una tía TBC.

RW. (—) Kahn (—) RX. (—). Se ha hecho tratamiento con tuberculina en repetidas ocasiones, radioterapia, etc.

XII-47.—VOD 5/10. VOI c/d a 30 cm.

Intenso dolor OI, córnea infiltrada, nódulos corneales múltiples; vascularización parenquimatosa abundante, sinequias anteriores, resto de pigmento sobre la cristaloide anterior. Foco de escleritis.

Se le colocó X inyecciones subconjuntivales de estreptomina. Después de la 3.a inyección la visión de OI ha mejorado a 1/4. Los nódulos van desapareciendo. El dolor también disminuye. Se da de alta sin dolores ni nódulos corneales. Pocos días después recidiva los nódulos y hay nuevamente dolor. No se insiste en la estreptomina. La enferma se hace un tratamiento con baños de luz Finsen, que le da un poco de alivio, pero como siempre tiene dolores; la visión se ha reducido a M. M. La enferma pide la enucleación.

6º—T. C. L. Obs. 62535.

Desde hace varios años presenta Irido-esclero-queratitis recidivante, nodular TBC. Ha mejorado con tuberculinoterapia, clima, radioterapia en otras ocasiones. Actualmente, XI-1947, presenta una irido-querato-escleritis muy intensa con mucho dolor, inyección, nódulos corneales y foco de escleritis.

Se le colocó 10 inyecciones de estreptomina local, con lo cual se consiguió la desaparición de los nódulos; pero no así del dolor, por lo cual se le coloca una inyección retro-ocular de alcohol. La visión había mejorado de M. M. a 1 m. hasta 1.50. Actualmente está muy bien. La visión no se ha controlado.

7º—J. S. O., 35 años. Obs. 84478.

Irido ciclitis crónica, V-1947. Se le hace tratamiento con tuberculina y la visión mejora de VOD 1/50 a 5/7,5.

VOI 1/30 a 3/40. Se da de alta en X-947.

Recidiva en XII-47 con una irido-ciclitis nodular tbc bilateral.

Visión de m/m en ambos ojos. Se le colocaron 6 inyecciones de estreptomina subconjuntival. Como no se aprecia mejoría se suspenden y se reinicia la tuberculinoterapia, dándose de alta el enfermo con 5/10 en OD y 5/50 OI, y las lesiones oculares reducidas a sinequias.

Hicimos tratamiento de estreptomina en 4 enfermas más de dife-

rentes afecciones: uveitis, oftalmías simpática, irido-ciclitis cicatricial, sin obtener resultados favorables, ya que las lesiones estaban muy avanzadas.

8º—A. M. de M., 38 años.

Irido-ciclitis nódular TBC. Uveitis. Esclerodermia. Reumatismo deformante.

21-IX-48. Hacen más de dos meses presenta dolores de ambos ojos; inyección, disminución de la visión.

VOD c/d 50. VOI c/d 1 m. Tn-I ODI.

Microscopio: Sinequias múltiples, totales, nódulos TBC del borde pupilar. Rocío en la descemet.

Fondo Papilas solevantadas, congestivas.

RW (—) Kahn (—) Examen dental, se defocó. Examen nasal (—).

Se ha hecho diversos tratamientos locales y generales.

24-IX. Han aumentado los nódulos del iris, placas de Descemetitis numerosas.

El vítreo está muy turbio, la papila congestiva, y se ve reflejo inferior retinal. ¿Desprendimiento?

VODI.— M/M. a 50 cm. Tn-1. Se comienza a colocarle inyecciones subconjuntivales de estreptomycin día por medio, $\frac{1}{2}$ cc. de solución de 1 gr. en 5 cc. de suero fisiológico.

28-VI. Los nódulos del iris han aumentado, VODI c/da 40 cm. Humor acuoso muy turbio, no se ve detalles del fondo.

Se le aplica Ultratermia, inyecciones de citotropina. Ambas cosas se suspenden después de unas tres aplicaciones, por intolerancia de la enferma.

23-XII.— VODI 1/15 Tm-1. Humor acuoso turbio, sinequias que no se desprenden a pesar de la atropina.

2-I. VODI 1/15. Tn-1. Microscopio: humor acuoso más claro, han disminuído los nódulos del iris, y las placas de descemetitis están en vías de reabsorción.

El informe tisiológico insiste en no hacer tuberculino terapia, sino un tratamiento a base de estreptomycin general, además de la local.

El informe es el siguiente: Antecedentes de contagio familiar masivo.

RX. Lesiones calcificadas pulmonares. En resumen una lesión ocular TBC transmitida por vía hematógena, motivo por el cual está indicada la estreptomycin general.

Se comienza el tratamiento con estreptomina general cuando aún hay nódulos humor acuoso. Descemetitis Tn-1 VODI 1/10. 30 gramos estreptomina.

28-I-48. VODI 5/10p. persiste humor acuoso y ciclitis abundante.

31-I. Estado ocular igual.

11-III. VODI 5/1%. Tn-1. Sinequias totales, humor acuoso claro. Fondo papila rosada, vítreo claro, no hay lesión retinal. La enferma lleva 40 grs. de estreptomina.

31-III. VODI — 5/7,5 p. J1 con + 1,50 OD. J1 + 2 OI. Está sin estreptomina después de colocarse 150 grs.

17-V. VODI — 5/7,5 Tn — + II OD. Rocío en la descemet, humor acuoso ligeramente turbio. La enferma se queja de ver nublado.

2-VI. VODI — 5/1. Polvillo en la descemet, humor acuoso limpio.

23-VI. VODI — 5/7,5. J' c.s.l. Tn — 1. Se colocó 102 grs. de estreptomina.

Se suspende la segunda serie de estreptomina.

26-VI. Nuevamente ve nublado. Tn + 1. VODI 5/7,5. J3 csl. No hay proceso ocular inflamatorio. Schiotz OD — 26. OI — 24.

Se da inyecciones de urotropina y en seguida cytotropina.

16-VIII. Queratitis epitelial ODI. Rivo flavina. Tn — I.

VODI 5/7,5 p.

Esta enferma presenta muy mal estado general, en cuanto a peso y aspecto, su esclerodermia es tal que al comienzo del tratamiento era difícil levantarle los párpados para colocarle las inyecciones de estreptomina local. Parece que con estas inyecciones la piel se notó más flexible, y después, con el tratamiento general, mejoró su estado en el resto del cuerpo.

Como se puede ver, las inyecciones de estreptomina local hicieron desaparecer los nódulos y reducir un poco las placas de descemetitis, sin lograr dominar totalmente el proceso, lo cual se consiguió con el tratamiento general.

De todas estas observaciones se saca en limpio que la inyección local es suficiente para reducir los nódulos corneales, esclerales, y aún del iris, si no en su totalidad, en gran parte; pero como no actúa sobre el foco productivo, debe agregarse el tratamiento general y debe comenzarse lo más precozmente posible.



X

CASUISTICA OFTALMOLOGICA

Clínica Oftalmológica del Hospital San Borja
Director: Dr. René CONTARDO

Síndrome de Groenblad y Strandberg

Dres. Miguel Millán y Adrián Araya

Nos permitimos distraer la atención de la Soc. Chilena de Oftalmología para referir sucintamente el presente caso clínico, que a nuestro parecer se justifica, por no ser muy frecuente de observar. Esta ha sido la única razón de su presentación, ya que nada nuevo agregará a lo que todos Uds. conocen al respecto.

E. Z. Z. de 31 años, casado, con 3 hijos. Oficio soplador de vidrio. Nos consulta por disminución de la visión del ojo izquierdo.

No acusa antecedentes mórbidos personales ni familiares de importancia.

El examen ocular revela: visión del ojo derecho 5/15, visión del ojo izquierdo 5.30 que no mejora con agujero estenopeico.

Polo anterior de ambos ojos normal.

Fondo de ojo. Ambos ojos presentan estrias angioides, esto es, bandas café oscuras de grosor variable, la mayoría más anchas que las venas retinales, dispuestas algunas concéntricas y otras radiadas con respecto a la pupila, formando entre sí una curiosa red de forma de tela de araña, o mejor tal vez de fondo de canasto, ubicada en un plano posterior a los vasos retinales, pero sobre los coroideos. En el ojo izquierdo hay además, alteraciones maculares degenerativas del tipo de la degeneración disciforme. No se observan hemorragias.

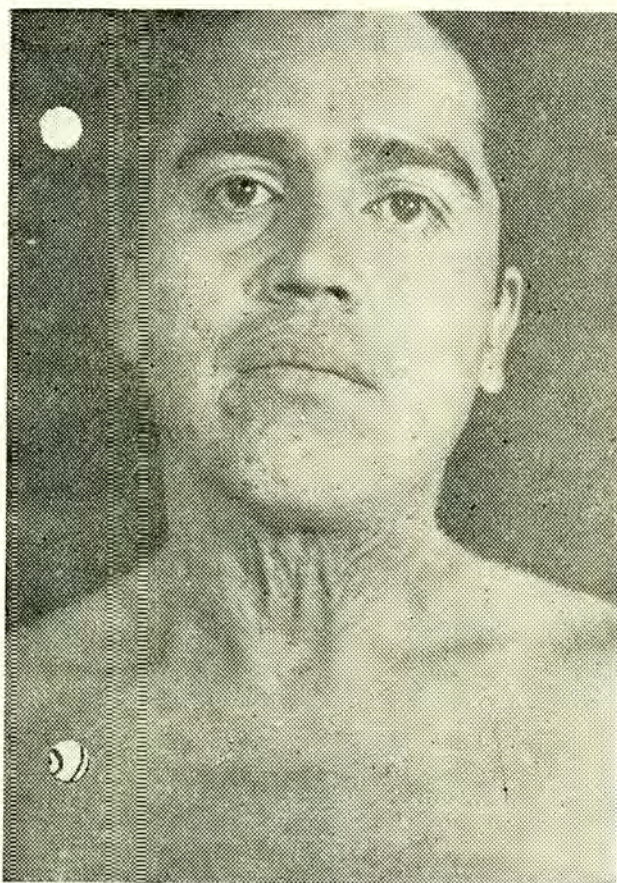
Gracias a la gentil y valiosa cooperación de nuestra colega, Dra. Echeverría, ha sido posible dejar dibujos de fondo de ojo que atestiguan lo dicho.

El examen clínico general descubre en la piel del cuello, axilas y pliegues inguinales, el cuadro descrito por Darier a fines del siglo pasado y denominado pseudo xantoma elástico, o sea la piel en esos sitios se muestra flácida, arrugada y con manchas amarillentas ligeramente le-

vantadas. Estas manifestaciones dérmicas han sido reveladas en fotografías que ilustran el presente relato.

El resto del examen y exploración clínica de laboratorio revela normalidad. Uremia 0.40, Glicemia 1.05, recuento y fórmula con ligera linfocitosis y eosinofilia, Wassermann y Kahn negativos, radioscopia pulmonar negativa, radiografía de cráneo negativa. metabolismo basal negativo, etc., salvo una eritrosedimentación elevada de 62 mm.

La asociación de estrias angioides y pseudo xantoma elástico, ha sido descrita profusamente en la literatura oftalmológica de estos últimos años con el nombre de síndrome de Groenblad y Strandberg, los dos autores que en 1929 hicieron notar por primera vez la incidencia de ambos cuadros.

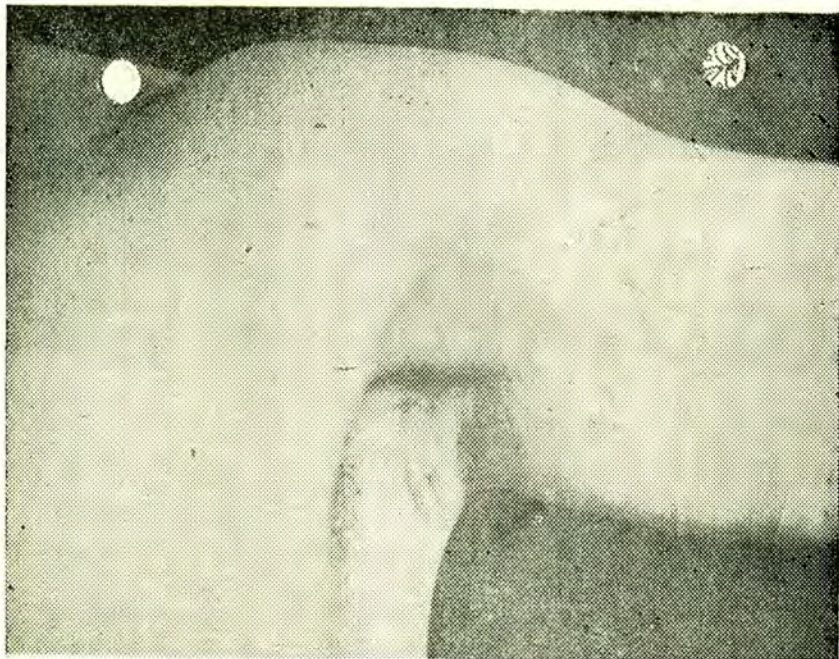


Doyne (1889) y Plangue, que fueron los primeros que observaron las estrias angioides, las atribuyeron a hemorragias intrasubcoroides, cuyos depósitos pigmentarios se acumularían en los espacios perivasculares, especialmente de los vasos ciliares posteriores. Sin embargo, es un

hecho perfectamente observado que si hay hemorragias estas aparecen tardíamente, teniendo, además, las estrias una disposición que no corresponde en absoluto al dibujo vascular coroideo ni retinal.

Menos aceptable aun es la teoría que considera las estrias como vasos anómalos trombosados.

Una tercera hipótesis aduce la formación de pliegues que serían producidos por exudación coroidea o retención fibrosa.



Por último, la explicación más aceptable es la sugerida por Kopler en 1917, que considera las estrias como fisuras de la lámina vitrea de la coroides o membrana de Bruch, secundarias a degeneración de sus fibras elásticas. La coexistencia de alteraciones de fibras elásticas de otros tejidos, como ser el pseudo xantoma elástico, da fuerza a esta teoría que por otra parte ha tenido confirmación histológica en los estudios anatómicos de Boeck y Hagedoorn en 1938/1939. Las hemorragias retinales frecuentes en estos casos se explican por alteración de las tunicas elásticas vasculares.

El hecho de encontrarse modificaciones de todo un sistema, da especial importancia a este síndrome, relacionándolo con otras afecciones sistemáticas, como la facomatosis. Boeck considera el síndrome de Groenblad y Strandberg como una elastosis distrófica y según Fran-

ceschetti tendría carácter familiar, otro aspecto que coincide con la facomatosis. Sería transmitida por herencia con un carácter recesivo, jugando por lo tanto un rol importante en su aparición la consanguinidad de los padres. Respecto al caso presentado, su padre, un hermano y sus tres hijos han sido examinados sin haberles encontrado nada patológico. Pero él personalmente es hijo de primos hermanos en segundo grado.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios
Director: Dr. Santiago BARRENECHEA

Úlceras tuberculosas del párpado

Curación con Estreptomicina disuelta en Novocaína, en infiltración local.

Dres. JUAN ARENTSEN y DAVID BITRAN

Al tratar el enfermo que presentamos, con infiltraciones intrapalpebrales de Estreptomicina disuelta en Novocaína, no lo hemos hecho en forma accidental, sino como consecuencia de la experiencia que hemos adquirido desde Agosto de 1945, o en los muchos cientos de procesos inflamatorios localizados, agudos y crónicos (no tuberculosos) tratados por nosotros con penicilina disuelta en Novocaína, según el método que hemos expuesto en nuestras presentaciones y publicaciones.

Desde el comienzo afirmábamos que la estreptomicina podría emplearse en la misma forma contra aquellos gérmenes que fueran sensibles a ella. Al hacerlo pensábamos en el Bacilo de Koch; pero no lo podíamos expresar claramente por cuanto no teníamos ninguna experiencia personal y además las publicaciones que existían sobre esta droga eran insuficientes e imprecisas.

Nos creemos ahora autorizados para presentar este caso porque, además de ser una localización muy rara de la tuberculosis, la observación de las diversas etapas de la curación ha sido realizada en condiciones excepcionales, nunca descrita hasta ahora, y que aporta una nueva luz sobre la forma de cicatrizar un proceso tuberculoso bajo la acción de la estreptomicina. Esto hemos podido lograrlo gracias al empleo de un instrumento corriente e indispensable en la práctica diaria oftalmológica: El Biomicroscopio.

C A S O

Victor Quezada Inostroza. 17 años.

Diagnóstico Ocular.— Úlceras tuberculosas del párpado superior izquierdo. Tubérculos solitarios del mismo párpado.

El tisiólogo Dr. Jorge Esbir nos envía el siguiente informe, el 13 de Julio de 1947: Enfermedad diagnosticada hace un año. En Octubre de 1946 fué internado en el Sanatorio de San José de Maipo. **Diagnóstico.** Tuberculosis hematógena bilateral y pleuritis marginal izquierda, post pleuresia en regresión. Las lesiones pleuropulmonares se encuentran en actividad por tener sedimentaciones en 20 y 15 milímetros a la hora. Inoculación positiva del contenido gástrico en Octubre de 1946.

Radiografías.— Pulmonares en Diciembre de 1946 y 25 de Junio de 1947 demuestran una paquipleuritis basal y marginal. Sombras pulmonares en forma de pequeños nódulos del vértice. No hay ninguna variación de una a otra.

Tuberculosis ocular.— Consulta por primera vez al Dr. Bitrán el 9 de Junio de 1947, manifestando que desde hace 6 meses siente pesado el párpado superior izquierdo y ligeramente caído. Desde hace un mes tiene secreción y sensación de cuerpo extraño. No ha tenido dolor.

Examen Objetivo.— Párpado superior engrosado, piel sana, ligera ptosis más marcada en la 1/2 externa. Se evierte con dificultad constatándose 2 úlceras de la conjuntiva tarsal de más o menos 7 milímetros de diámetro, una en el medio del párpado muy cerca del borde y otra en el extremo externo, de fondo sucio grisáceo, de bordes irregulares y de profundidad acentuada por el edema violáceo de la conjuntiva intermedia que se presenta cubierta de secreción grisácea y sembrada de pequeños puntos amarillentos.

Microscopio Corneal.— Aquí los síntomas se hacen muy evidentes. Los gránulos amarillentos se muestran como tubérculos miliares avasculares. Las úlceras se ven de fondo cubierto de secreción grisácea que deja entrever numerosos pequeños tubérculos miliares **avasculares**, pero sin que puedan apreciarse detalles.

El 15 de Junio se extrae una pequeña biopsia de la úlcera externa de parte de la cual se hace un cultivo (Dr. Héctor Corona) que resulta positivo a los 60 días, mostrando proliferación de Bacilos de Koch. De otro trocito se hace examen histopatológico y el Dr. Badinez del Hospital San Borja informa lo siguiente: **Diagnóstico. Tuberculosis productiva.** El corión de la conjuntiva tarsal se presenta intensamente infiltrado por tegido granulatorio tuberculoso rico en células epiteliales y gigantes tipo Langhans.

Con estos antecedentes y dada la benignidad del cuadro pulmonar, nos decidimos a emplear Estreptomina. Novocaina en infiltraciones

locales, para lo cual solicitamos la cantidad de 5 gramos al Dr. Horwitz, miembro de la comisión de racionamiento de Estreptomycin en Chile, la cual dados los caracteres del caso y del procedimiento nos fué concedida gentilmente.

Tratamiento.— Comenzó el 5 de Agosto de 1947.

Duró sólo hasta el 16 de Agosto.

Se dió por cicatrizado el proceso (Al biomicroscopio) el 17 de Septiembre. Es decir, el tratamiento duró sólo 11 días y la curación total se obtuvo en 1 mes 12 días.

Dosis total.— 1 gramo distribuido en 10 infiltraciones de 10 centigramos cada una disueltos en 2 cm³ de Novocaína al 4%. Una cada 24 horas.

Preparación de la solución.— En un frasco de 1 gramo de Estreptomycin, con tapón de goma se introdujeron 20 cm³ de Novocaína al 4%, sin adrenalina, con lo que la solución queda preparada.

Método de infiltración.— Se inyectó cada vez un cm³ subcutáneo de la solución en la 1/2 externa del párpado y 1 cm³ por debajo de la conjuntiva tarsal y fondo de saco superior sólo en la zona correspondiente a las úlceras tanto alrededor como en las úlceras mismas.

Accidentes.— Ninguno.

Tolerancia.— En los primeros días hubo un discreto aumento del edema conjuntival. Las inyecciones en la conjuntiva tarsal eran dolorosas por unos segundos a causa de la distensión de los tegidos. Pero en los días siguientes desapareció el edema y en ningún momento hubieron signos inflamatorios atribuibles a la Estreptomycin.

EVOLUCION

Macroscópica o a ojo desnudo.— En las primeras 48 horas se observó un aumento del edema conjuntival y palpebral, pero al tercer día las úlceras que no habían mostrado ningún signo de mejoría durante los dos meses que precedieron a la iniciación del tratamiento se limpiaron, presentando un fondo amarillo franco con estrias más claras. Al 4º día había disminuído considerablemente el edema de la conjuntiva vecina, con lo que los tubérculos solitarios se hicieron más visibles y los bordes de las úlceras menos sollevados y más regulares. En el fondo de éstas comenzaron a aparecer pequeños puntos rojos, que en los días siguientes se transformaron en líneas rojas que partían de los bordes de las úlceras y del fondo, correspondiendo a vasos de neoformación.

Al 8º día las úlceras tomaron un color francamente rosado, que se mantuvo hasta los 15 días, en que la conjuntiva entre las úlceras se presentaba de un color rosado un poco más oscuro que el normal, sin edema y con los puntos amarillos ahora de color rosado y más

aplanados. Las úlceras se presentaban rosadas, **mucho** menos profundas y reducidas a un tercio de su tamaño. A los 21 días se presenta un hecho aparentemente contradictorio; las úlceras se ven nuevamente de color amarillo blanquecino; pero reducidas a la mitad de su tamaño con su fondo al mismo nivel que la conjuntiva, con lo que prácticamente no hay ulceración. Esto se debe a que hay tejido cicatricial franco, como se comprueba al biomicroscopio. A los 42 días existen sólo dos pequeñas cicatrices en el sitio de las úlceras rodeadas de conjuntiva de aspecto normal. En este momento se considera al enfermo sano clínicamente, y se saca la segunda fotografía 50 días después de la primera que se obtuvo 8 días antes de iniciar el tratamiento.

Evolución al Biomicroscopio.— Modelo Comberg. Iluminación con lámpara nitra, de hendidura. Aumenta 16 veces la imagen a ojo desnudo.

Durante los primeros 20 días hicimos un cuidadoso control diario, tratando de apreciar hasta las más mínimas variaciones.

A las 48 horas las úlceras se presentaban limpias de color amarillo, permitiendo ver 11 tubérculos miliares (describiremos sólo la úlcera central), 3 centrales y 8 en corona, siguiendo el borde de la úlcera, separados unos de otros por bandas radiadas unidas entre sí por bandas más pequeñas transversales, todas ellas de tejido inespecífico. Todo el tejido se demuestra avascular. A los 4 días aparecen finos vasos de neoformación en las bandas intermedias, los cuales van engrosando rápidamente en los días siguientes, de estos vasos que vienen de la profundidad parten al 6º día pequeños vasos de neoformación sumamente irregulares en ovillo, los cuales en los días siguientes van tomando un trayecto rectilíneo y se dirigen hacia los tubérculos y hacia los bordes de la úlcera, de la cual a su vez han partido vasitos de neoformación de los vasos conjuntivales vecinos, superficiales, y dirigiéndose (por los surcos formados por las bandas) hacia el centro, fusionándose a los 15 días con los anteriores, para formar vasos largos radiados del centro al borde. Al 5º día apareció en cada tubérculo un vaso fino primero, y que en los días siguientes va engrosándose. llega desde la profundidad hasta la superficie del tubérculo y vuelve hacia adentro formando un asa. En algunos tubérculos hay 2 y tres asas entremezcladas. En los días siguientes aparecen vasos en ovillo que se hacen lineales, y a los 15 días tienen disposición radiada, tomando cada tubérculo el aspecto de rueda de carreta radiada. Estos vasos se fusionan en los días siguientes a los vasos de los surcos y bordes. En esta época, la úlcera está reducida en un tercio, las bandas que estaban a un nivel más bajo que los tubérculos se han adelgazado y levantando, estando casi al mismo nivel, y éstos al mismo nivel de la conjuntiva vecina que se presenta rosada, sin edema con sus vasos de disposición triangulan a los tubérculos que se presentan mucho más cerca unos de

A los 21 días la úlcera tiene un aspecto completamente distinto y nuevamente un color amarillento. Las bandas son más estrechas y estrangulan a los tubérculos que se presentan mucho más cerca unos que otros. Alrededor de los vasos radiados se han formado gruesas vainas blancas de tejidos conjuntivos que lo ocultan casi totalmente. Los vasos de los tubérculos han abandonado su disposición radiada y van del borde de la úlcera al centro sin presentar vainas conjuntivas. La úlcera misma está reducida a la mitad y aparece formada por tres triángulos de base externa separados por las bandas que están al mismo nivel de la conjuntiva, y al estrangular a los tubérculos los solevantan.

A los 42 días sólo se distingue una masa blanca de tejido conjuntivo con escasos vasos, y en la que difícilmente se distinguen algunos tubérculos totalmente rodeados y estrangulados por el tejido conjuntivo cicatricial. La conjuntiva vecina tiene aspecto normal salpicada de pequeños puntos cicatriciales.

COMENTARIO

Si bien el análisis aislado del caso presentado tiene, por sí solo, interés, creemos que éste será mucho mayor si lo relacionamos con los trabajos existentes sobre Estreptomina en tuberculosis, y el conjunto lo estudiamos desde el punto de vista de nuestra ya extensa experiencia en infiltraciones locales de penicilina-novocaína, en procesos inflamatorios; ya que, a nuestro juicio, existe una íntima relación entre todos estos hechos. Desde luego la mayoría de las ventajas anotadas para la penicilina novocaína pueden ser atribuidas, sin caer en error, a la mezcla de estreptomina novocaína empleada en la misma forma.

Aún más, dado que la Estreptomina se mide en unidades de peso, podemos afirmar que 10 centigramos infiltrados, saturando el proceso tuberculoso del párpado, dan a contacto con el bacilo de Koch, y en forma instantánea, una concentración que sólo podría obtenerse con más de 1 kilo de la droga colocada en un glúteo o en una vena distante. Con la infiltración local se obtiene una concentración mínima de 1 centigramo por gramo de tejido tuberculoso. (Ya que la zona afectada no tenía en ningún caso un peso mayor de 10 gramos), o sea, 10.000 U. En cambio, colocados estos 10 cgrs. en un glúteo deben repartirse por igual a todos los órganos y tejidos del organismo, y en ningún caso llega al párpado más de una unidad por gramo de tejido enfermo, como lo demuestran los trabajos publicados que se refieren a la distribución de la Streptomina de Heilman y Coll, y otros, que dan 6 unidades en la sangre una hora después de la inyección, y menos de 1 unidad en los tejidos. Estas cantidades aumentan en forma proporcional a la cantidad inyectada. Esto significa que para alcanzar las 10.000 U. que da la infiltración local se necesitaría una inyección

intramuscular 10.000 veces mayor que la de 10 cgrs., o sea, de 100.000 cgrs. —1.000 gramos—, 1 kilo. Esta diferencia puede ser aún mucho mayor, pues en el párpado podemos inyectar 20, 30 o más centigramos sin inconveniente. Este mismo razonamiento puede aplicarse a cualquier proceso tuberculoso localizado, pues se pueden lograr estas mismas concentraciones colocando una cantidad de estreptomina proporcional al tamaño de la zona tuberculosa. Sin embargo, es lógico pensar que iguales resultados podrán obtenerse con concentraciones mucho menores. Este razonamiento no se aplica a las inyecciones subconjuntivales y retrooculares para tratar TBC intraoculares, pues debe absorberse.

No hemos hecho determinaciones sobre el tiempo que se mantiene una concentración superior a la bacteriostática en la zona infiltrada; pero si en la sangre desaparece totalmente recién a las 12 horas de inyectada en el músculo, es lógico pensar, de acuerdo con el razonamiento indicado, que en el sitio de la inyección que es el centro de distribución, existirá una concentración muchísimo mayor al cabo de estas 12 horas.

El resultado obtenido con la infiltración local de penicilina en procesos inflamatorios no tuberculosos ha confirmado ampliamente que este razonamiento es exacto para estos procesos, por esto no creemos estar muy lejos de la realidad si pretendemos que también lo sea con la estreptomina en la tuberculosis. Esto y el resultado obtenido en nuestro enfermo, si bien no son prueba suficiente para afirmarlo en forma absoluta, lo son, en cambio, para llamar la atención sobre este problema y para abrir un amplio camino para su estudio y perfeccionamiento clínico y bacteriológico, tal como lo hemos abierto con la penicilina novocaína.

En el momento actual son factores favorables para estas investigaciones:

1º—La toxicidad de la droga.— El tratamiento actual con dosis prolongadas de 2 a 4 gramos diarios, intramusculares, produce al cabo de 1 a dos meses lesiones vestibulares y sordera, no siempre reversibles, en un cierto porcentaje de casos, lo cual hace que por el momento, mientras se perfecciona su preparación, sólo sea aconsejable su empleo en casos de tuberculosis graves, en los que el riesgo de muerte quita importancia a estas complicaciones. La infiltración local permitirá el empleo de Estreptomina, sin riesgos de estas clases, en muchos procesos tuberculosos localizados, en los cuales no se emplea por esta razón.

2º—Escasez de la droga.— El empleo de 1 a 2 gramos, y quizá sólo 20 ó 30 cgrs. en infiltración local en procesos oculares, de piel, articulaciones, etc., permitirá hacer llegar, mucho antes de lo que se esperaba, este beneficio a muchos enfermos que actualmente no tienen derecho a ella.

3º—**La enorme economía** que significará el empleo del método, una vez que aumente la producción de Estreptomicina, tanto para el paciente como las instituciones sociales que se ocupan actualmente del problema, no sólo de la droga, sino también de personal, material de curaciones, posibilidad de tratar ambulatoriamente a muchos pacientes, dada la pequeña cantidad de droga y corto número de inyecciones.

4º—**No se aplican a la infiltración local ninguna de las siguientes causas de fracaso del tratamiento general:**

- a) Dosis insuficiente;
- b) Imposibilidad en ciertos casos de obtener en la sangre o tejidos concentraciones adecuadas para inhibir el bacilo;
- c) Desarrollo de resistencia a la droga, del bacilo de la lesión a tratar; y
- d) Localización del germen en sitios inaccesibles a la droga, como ser anfractuosidades, zonas avasculares, etc.

5º—**Perfecta tolerancia local** de la droga gracias a la acción anestésica y antiflogística de la Novocaína.

¿Por qué suspendimos las infiltraciones a los 11 días de iniciar el tratamiento?

Porque de acuerdo con nuestra experiencia en penicilina, en infiltración local; para nosotros, en la curación de cualquier proceso inflamatorio agudo o crónico, provocado por cualquier germen, y tratado por cualquier antibiótico efectivo, existen dos etapas que pueden y deben separarse netamente una de otra, a saber:

1º—**Destrucción o inhibición del germen patógeno por la droga.**

2º—**Reparación o cicatrización de la lesión provocada por el germen.**

1º—**Los antibióticos conocidos actúan destruyendo el germen y nada más que destruyendo el germen.** Cada microorganismo será destruido por el antibiótico, al cual es sensible en un período de tiempo de días, horas o minutos, según la potencia, concentración o vía de introducción del antibiótico o la sensibilidad de cada cepa. Una vez destruidos todos los gérmenes es absolutamente inútil seguir colocando el antibiótico en pequeñas o grandes dosis, y sólo habrá que evitar una reinfección.

2º—**La reparación y cicatrización la realiza el organismo, y sólo el organismo** mediante los diversos mecanismos de que puede hacer uso. El germen impide esta cicatrización y aumenta la destrucción. El antibiótico al destruir el germen permite al órgano o tejido **iniciar la reparación**, pero no lo ayuda para nada en esta reparación, y aún puede retardarla, como parece ocurrir con las sulfas, por lo tanto, lo lógico es suspenderlo cuando la lesión esté estéril.

Si una herida se infecta con cocos corrientes pasa un tiempo de

incubación entre la infección y la aparición de los síntomas inflamatorios, tiempo que necesita el organismo para reaccionar al estímulo y adoptar las medidas de defensa (que no analizaremos en detalle). Del mismo modo si el germen es destruido rápidamente en horas o minutos por una concentración masiva del antibiótico, hay también un periodo de tiempo entre la desaparición del estímulo provocador y la desaparición de la inflamación, tiempo durante el cual la herida es estéril pero continúa con signos inflamatorios agudos o crónicos. Otro tanto ocurre con un absceso, un flegmón o cualquier otro proceso inflamatorio. Los síntomas inflamatorios, salvo que sea un proceso muy pequeño y reciente no desaparecen nunca totalmente antes de 24 a 48 horas. Si un antibiótico destruye los gérmenes en seis horas y otro a otra concentración lo hace en dos horas la desaparición de los síntomas inflamatorios sólo se acortará en cuatro horas y si la destrucción se hace en minutos el acortamiento será de seis horas; pero nunca con la sola acción de un antibiótico desaparecerán los signos de inflamación aguda en unas pocas horas o minutos. Sobre ésta desaparición en cambio influirán las sustancias antiflogísticas, como la novocaina u otros métodos como los revulsivos, ultratermia y otros factores que favorecen la resolución de un proceso inflamatorio no microbiano.

Pero con la desaparición de la inflamación propiamente tal no ha curado totalmente el proceso. Si hay una herida debe cicatrizar, si hay una cavidad debe rellenarse, si hay células destruidas y exudados deben eliminarse o reabsorberse, si hay tejidos contundidos deben repararse y la región debe volver a su estado primitivo o ser reemplazada por una cicatriz. Si la inflamación tratada es muy reciente la destrucción será mínima y con predominio de fenómenos vasculares y exudativos por lo que la reparación será rápida y total. Si ha pasado un tiempo habrán cavidades y tejidos destruidos por lo que la reparación será más lenta y menos completa. Si el proceso es crónico la reparación será aún más lenta pues ya no sólo hay fenómenos vasculares y zonas destruidas rodeadas por tejidos normales, sino también reacción conjuntiva y profunda alteración de los tejidos vecinos de los cuales debe partir la cicatrización. Influirá también en ésta cicatrización, el grado de diferenciación del tejido u órgano, así en la piel y mucosas será mucho más rápida y completa que en coroides o en retina y en éstos más efectiva que en tejido nervioso, renal o en una glándula de secreción interna. En la piel la reparación puede ser total o casi total y con la misma clase de tejido, en cambio en un nervio o en la coroides no se volverá a formar el mismo tejido diferenciado. Hacemos éstas aclaraciones porque desde la aparición de los antibióticos la mayoría de los autores parecen tratar de que la droga mate el germen y cicatrice las lesiones y así se emplean enormes cantidades de éstas sustancias durante semanas o meses en abscesos oculares, panofalmitis, y en muchos otros pro-

resos de carácter agudo o crónico hasta que el proceso cura totalmente. Si ésto no ocurre se habla de fracaso de la droga.

Analícemos ahora éstos hechos separando la inhibición o destrucción del bacilo de Koch de los procesos de reparación de los tejidos. (Recordamos que éste análisis es sólo teórico y necesita de una mayor demostración sobre todo experimental). Sabemos que la tuberculosis humana es preferentemente productiva y destructiva, que evoluciona en forma muy lenta y que la curación según demuestran Hinschaw y Feldman se realiza, aún empleando Estreptomicina, por invasión y estrangulamiento de los tubérculos por tejido conjuntivo y hialina en un tiempo que ellos calculan de cinco a seis meses. En el caso que presentamos vemos que la cicatrización comienza por invasión de los tubérculos y tejidos intermedios por vasos que deben llegar de los tejidos vecinos, que éstos vasos se rodean lentamente de tejido conjuntivo es decir que éstos vasos traen los elementos de reparación que llevan a la cicatrización de la lesión lo que en total se ha demorado un mes y medio. Antes del tratamiento no existían vasos es decir existía un factor que impedía la vascularización de la lesión factor que no podía ser otro que el bacilo de Koch o sus toxinas. La aparición a los cuatro días de los primeros indicios de vascularización teóricamente. (Y decimos teóricamente hasta que existan mayores pruebas) indica que éste factor había desaparecido o había sido totalmente inhibido en éste período de tiempo. Esta fué una de las razones que nos indujo a no continuar el tratamiento más allá de un tiempo prudencial de once días (la continuación del proceso de cicatrización fortaleció nuestra idea). Si esto se confirma, indica que con grandes concentraciones en contacto con el Bacilo de Koch se puede obtener su destrucción en pocas horas; pero también será la confirmación de que la Estreptomicina sólo destruye el bacilo y que ella ni ninguna droga será la solución total del problema de la tuberculosis; pues aunque se descubra un antibiótico que destruya al bacilo en segundos, quedará siempre el enorme problema de la reparación y ésta siempre se demorará un mínimo de un mes y medio en tejidos poco diferenciados como piel y mucosas y muchos meses en grandes lesiones o en órganos muy diferenciados de cicatrización lenta; pues en las lesiones productivas deben llegar primero los vasos y después los elementos conjuntivos de cicatrización.

En resumen es necesario investigar en qué momento muere el bacilo de Koch, para suspender el tratamiento. Es necesario estudiar cuál es la dosis mínima necesaria para tener la seguridad de ésta destrucción (Ya que las dosis actuales calculadas para largos períodos de tiempo no logran la esterilización total del organismo en todos los casos, sobre todo en tejido nervioso y glandular a los cuales con éstas dosis llegan sólo indicios o nada de la droga). Es necesario pensar que la curación no se puede obtener sólo por la droga sino que el organismo mismo de-

be desempeñar un papel tanto o más importante que ella y por lo tanto hay que favorecer con todos los métodos actualmente conocidos, como: clima, alimentación, reposo del organismo y del órgano, los fenómenos de reparación.

Es necesario además realizar un diagnóstico, y por lo tanto un tratamiento, precoz, para que el organismo tenga el mínimo de reparación que realizar, sin importar si la curación se ha debido a la droga o si ha sido espontánea; pues en la clínica práctica lo que interesa es obtener una curación rápida y efectiva asociando todos los medios que puedan favorecerla sin preocuparse, sino en un grado relativo, de cual de ellos fué el más efectivo. Hay que pensar que por más efectiva que sea una droga el tejido destruido sólo podrá ser reemplazado por tejido conjuntivo absolutamente inútil para los procesos usuales. El mismo razonamiento es aplicable a cualquier órgano y es la razón del fracaso obtenido por los autores ya citados en algunos casos con la droga. Esto explica también el mayor éxito obtenido en meningitis y tuberculosis hematógenas pues en ellas por lo general hay numerosas lesiones; pero aisladamente cada una de ellas es pequeña y fácil de reparar en un tiempo relativamente corto. Si fracasa en un cierto porcentaje de éstos casos es sencillamente porque ya las lesiones son tan groseras que aunque se logre la esterilización total en minutos no habrá organismo capaz de repararlas.

Por último, es necesario recordar que un antibiótico puede esterilizar totalmente una colección purulenta, sea de un absceso vítreo, de una artritis o de un empiema pero no tiene ninguna acción sobre su eliminación, reabsorción u organización y si ésta colección se mantiene sin variación, no significa como muchos autores creen, un fracaso de la droga, sino un fracaso del órgano para reabsorberlo. Por lo tanto, toda colección purulenta y todo tejido necrótico debe ser eliminado por el médico tratante a la brevedad posible para acelerar la curación.

Hemos hecho todas éstas consideraciones para que no se piense que por el hecho de que con la infiltración local de estreptomycin-novocaína se obtienen enormes concentraciones locales a contacto con el bacilo, se ha de obtener una curación del proceso tuberculoso en pocos días. Tanto más cuánto creemos que el método puede ser empleado en otros procesos tuberculosos localizados, ya sea desde este momento o en un futuro cercano.

Procesos tuberculosos en que la infiltración local puede hacerse desde ya.—

Si comparamos la infiltración local de Estreptomycin Novocaína con todas sus ventajas, con otros tratamientos locales que se han hecho, como ser cauterizaciones, causticaciones, raspajes, intervenciones quirúr-

gicas de diverso orden, etc., creemos honradamente que no existe ninguna contraindicación para emplearla en procesos tuberculosos de la piel, mucosas ganglios, articulaciones, afecciones oculares, genitales y otras lesiones accesibles a la aguja de inyección de acuerdo con las técnicas, de inyecciones de otra clase, en cada especialidad. Si existe solamente la lesión local sin síntomas hematógenos o pulmonares evolutivos el tratamiento será solo local, en caso contrario se asociará el tratamiento local al general aprovechando de colocar una parte de las inyecciones en la lesión. Puede también emplearse en el transcurso de intervenciones quirúrgicas en procesos tuberculosos como anestesia y rodeando la zona afectada para evitar complicaciones y disminuir o eliminar recidivas.

Aplicaciones futuras.—

Con el tiempo y después de mayores investigaciones quizá la infiltración local alcance a una gran parte de los procesos tuberculosos de diversos órganos ya sea directamente o en el transcurso de intervenciones quirúrgicas. Esto en realidad no es ningún imposible si se toma en cuenta que actualmente se emplea penicilina inyectándola en la cavidad de abscesos pulmonares a través de la pared torácica y en la región renal y perirrenal, así como en los parametrios a través de los fondos de saco vaginales y en la pared uterina durante operaciones cesáreas. Sólo insistiremos en que de realizarse debe hacerse en el parenquima o en pleno tejido tuberculoso y no dentro de cavidades porque en éste último caso la estreptomycinina nunca alcanza en los tejidos concentraciones muy altas pues se reabsorbe lentamente y seguramente mucha de ella pasa directamente a la sangre, sin actuar sobre los tejidos vecinos.

Para terminar diremos una vez más que de nuestro trabajo no puede ni debe sacarse ninguna conclusión absoluta puesto que quedan aún muchos puntos a investigar y que el objeto de esta presentación es sólo de llamar la atención hacia este nuevo camino de investigación tan rico en posibilidades y lograr en la colaboración de otros investigadores para su más rápido desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

ARENTSEN, JUAN.— Un caso de Oftalmía Simpática curada con penicilina-novocaína subconjuntival.— Archivos Chilenos de Oftalmología, Julio 1946.

ARENTSEN, JUAN.— Penicilina Novocaína en Oftalmología traumatológica.— Revista de Cirujanos de Hospital. Septiembre de 1946.

ARENTSEN, JUAN, ORLANDO POBLETE, MANUEL ROSSELOT, DAVID BITRAN y BELISARIO LAGOS.— Ampliación del trabajo anterior. Día Médico, de Buenos Aires, 23-IX-46.

ARENTSEN, JUAN; BITRAN, DAVID.— Uso local de Penicilina Novocaína en Oftalmología.— Archivos Argentinos de Oftalmología.— Septiembre de 1946.

ARENTSEN, JUAN.— Infiltración "In Situ" de penicilina disuelta en Novocaína al 2% en los procesos inflamatorios microbianos localizados.— Día Médico. 9 de Diciembre de 1946.

ARENTSEN, JUAN; POBLETE, ORLANDO; ROSSELOT, MANUEL y EL-GUETA BERNARDO.— Infiltración local de Penicilina Novocaína. Su uso preventivo en heridas contaminadas e intervenciones quirúrgicas de los miembros.— Prensa Médica Argentina.— 25 de Abril de 1947.

ARENTSEN, JUAN; POBLETE, ORLANDO; ROSSELOT, MANUEL y EL-GUETA BERNARDO.— Resultados prácticos del empleo de Penicilina disuelta en Novocaína, en Infiltración Local.— Semana Médica Argentina.— 8 de Mayo de 1947.

ARENTSEN, JUAN.— Flegmón de la cara secundario a Carbunclo. Tratamiento con penicilina-novocaína local. Ingerito Precoz.— Día Médico Argentino.— Junio de 1947.

BITRAN, DAVID.— Penicilina local en Oftalmología.— Archivos Chilenos de Oftalmología.— Noviembre de 1946.

FELDMAN, W. H. and HINSHAW, H. C.— Chemotherapeutic testing in experimental tuberculosis.— Suggested outline of laboratory procedures for testing anti-tuberculosis substances in experimentally infected animals. Am. Rev. Tuberc. 51-582. 1945.

FELDMAN, W. H., and HINSCHAW, H. C.— Effects of Streptomycin on experimental tuberculosis in guinea pigs: A preliminary report, Proc. Staff Meet.— Mayo Clin., 19-593. 1944.

HEILMAN, DOROTHY; HEILMAN F. R., HINSHAW, H. C.; NICHOLS, D. R., and HERRELL, W. E.— Streptomycin: Absorption, diffusion, excretion and toxicity.— Am. J. M. Soc., 210, 476. 1945.

HINSCHAW, H. C., and FELDMAN, W. H.— Streptomycin in treatment of clinical tuberculosis.— A preliminary Report, Proc. Staff Meet, Mayo Clin., 20, 313. 1945.

HINSCHAW, H. C., and FELDMAN, W. H.— Streptomycin.— A summary of clinical and experimental Observations.— J. Pediat, 28-269. 1946.

HINSCHAW, H. C.; FELDMAN, W. H. and PFUETZE KARL.— Streptomycin in treatment of clinical tuberculosis.— Am. Rev. Tuberc. 54-190. 1946.

BAGGENSTOSS, A. H.; FELDMAN, W. H., and H. C. HINSCHAW.— Streptomycin in military tuberculosis.— *Am. Rev. Tuberc.*, 55, 54. 1947.

HINSCHAW, H.C.; FELDMAN WILLIAM; PFUETZE KARL.— Treatment of Tuberculosis with Streptomycin.— A summary of observation on one Hundred Cases.— *J. A. M. A.* —V. 132, pág. 778.

JEWELL and ANDERSON.— The absorption, excretion and toxicity of Streptomycin in man.— *New Eng'land. J. Med.* 233-845, 1943.

STEENKEN WILLIAM Jr. and M. EMANUEL VOLINSKY.— *Am. Rev. of Tuberc.* 54, 202. 1946.

WAKSMAN, S. A.; SHATZ, ALBERT and BUGIE ELISABETH.— Streptomycin a substance exhibiting antibiotic activity against gram positive and gram negative bacteria.— *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* 19, 537, 548. 1944.

Clinica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios

Director: Dr. Santiago BARRENECHEA

Tuberculosis Ocular tratada con Estreptomicina

Dr. DAVID BITRAN

C. G. M., es una niña de 17 años entre cuyos antecedentes familiares de importancia tiene a su padre con una tuberculosis pulmonar.

Su enfermedad actual se inicia el 20 de Julio de este año en Chillán, con ojos rojos y fotofobia especialmente marcada en O. I.

El 28 de Julio llega a la Clínica y el examen objetivo se constata ojo izquierdo: Blefaroespasma, fotofobia, e inyección ciliar.

En la córnea se ven cuatro o cinco formaciones nodulares de color gris amarillento que no toman fluoresceína.

Al microscopio corneal: Se observan grandes masas incluidas en el parénquima corneal, de bordes irregulares de color gris amarillentos avasculares, rodeadas de edema corneal. A través de los espacios claros intermedios se perciben gruesos depósitos en la Descemet en grasa de carnero.

El iris está edematoso con algunas sinequias y pupila miótica. En el ojo derecho sólo se aprecia una discreta inyección ciliar.

Con el examen clínico y los antecedentes de la enferma hacemos el diagnóstico de escleroqueratitis e iridociclitis tuberculosa.

Se instituye como tratamiento Atropina al 1% en colirio. Calcio a tomar.

Tres días después la enferma vuelve con una sintomatología más intensa aún y con el ojo derecho también comprometido en la misma forma que el izquierdo. Esta vez tienen que guiarla porque no se puede valer por sí misma, ya que su visión es de contar dedos a 20 cms. en ambos ojos.

EXAMENES PRACTICADOS

El examen general practicado por el Dr. Brodsky concluye. Hipotensión. Amígdalas Hipertróficas. Caries de 4-grado.

Examen de laboratorio.

R. de Kahn: (-).

Sedimentación; 10 m. a la hora.

Radioscopia de tórax: (-).

En el recuento y fórmula hay una discreta linfocitosis.

En vista de la agravación de la enferma, a pesar del tratamiento, decidimos tratarla con estreptomicina subconjuntival, ya que no teníamos suficiente dosis para su aplicación general.

Tratamiento.— Se colocó una inyección subconjuntival diaria de 1cc alternativamente en cada ojo de 0,10 de estreptomicina. A la segunda inyección se pudo comprobar una mejoría subjetiva notable, luego paulatinamente una mejoría objetiva de la sintomatología. Empezó a ceder el blefaroespasma y la fotofobia, la enferma veía mejor, los nódulos corneales se fueron aplanando y tomando un color gris blanquecino y empezaron a ser invadidas por vasos.

El 23 de Agosto de 1948, se suspende el tratamiento con estreptomicina después de una dosis total de 1,80 gr. y se deja a la enferma con atropina y colina 6 veces al día.

El estado actual de la enferma es el siguiente: Ha recuperado 8 kg. de peso que había perdido con su enfermedad.

Al M. C. se observa nubéculas diseminadas en ambas córneas que afectan a todo su espesor, con vascularización profunda y superficial.

Iris sin brillo, pupila de tamaño y forma y reacciones normales. Fondo de ojo y medio transparentes normales.

Visión: ojo derecho e izquierdo 5/20, con corrección 5/10.

COMENTARIOS

Pensamos que la estreptomicina es un arma de gran valor terapéutico en algunas afecciones oftalmológicas tuberculosas y que su uso para ser racional debe ser tanto general como local. Su aplicación debe ser lo más precoz posible, con el objeto que la mejoría no sólo sea anatomohistológica sino también funcional.

Clinica Oftalmológica del Hospital San Borja
Director: Dr. René CONTARDO

Un caso de TBC Ocular tratado con Estreptomicina

Dres. M. MILLAN y A. ARAYA

E. B. S., 20 años.

Antec. fam. y personales, negativos referentes a tbc. Sufre de cefaleas transitorias. Frecuentes periodos de amenorrea, que duran de 2 a 6 meses.

Resumen de enfermedad actual: Fué vista en Diciembre de 1947 y a principios de este año en el Seguro Obrero, consignándose el diagnóstico de esclero-queratitis. Como no mejorara con los tratamientos usuales fué enviada al Hosp. del Salvador para hacerle tuberculinoterapia. El examen tisiológico previo fué totalmente negativo. A la segunda inyección de solución 28 ceros, se agrava notablemente, perdiendo la visión en ambos ojos. En este estado se hospitaliza en San Borja, en donde continúa agravándose, lo que nos induce a usar estreptomicina.

El examen ocular revelaba, entonces, una clásica esclero-queratoiritis tuberculosa, con grandes nódulos, algunos caseificados, ocupando las capas posteriores de la córnea, el ángulo de la cámara anterior y el iris. Al microscopio se evidenciaba, además de las lesiones descritas, abundantes precipitados lardáceos en la Descemet. La visión era entonces de luz en OI. y mov. de manos a 20 cms. en OD. Examen tisiológico negativo. Radioscopia pulmonar negativa. Sedimentación globular, 48 mm. en la primera hora.

Mientras se consigue la droga en cantidad suficiente, se inicia un tratamiento con estreptomicina sub-conjuntival, usando los restos de otras enfermas en tratamiento en el hospital. Se colocó, así, 5 centigramos en cada ojo, día por medio, durante 12 días, apreciándose una notable mejoría, especialmente en OI. Después del asombroso cambio de los primeros días, el proceso parece estacionarse. El 6 de Junio se inicia tratamiento general con 2 gramos diarios (Inyección c/6 horas).

Estuvo en tratamiento continuo durante cuarenta días (80 grs.), suspendiéndose a esa altura por presentar la enferma una gran excitabilidad nerviosa con insomnio pertinaz y vahidos, y estar, por otra parte, en franca mejoría de su afección ocular. Se ha continuado, si con inyecciones sub-conjuntivales en OD, enterando 24 en ese ojo.

Actualmente se considera prácticamente sana:

La visión en OI es 5/5 parcial; el ojo presenta leucomas redondeados para centrales y periféricos de aspecto nacarado de queratitis esclerosans. Hay además zonas de atrofia escleral. En el iris no hay

huellas macroscópicas de los antiguos nódulos. Al microscopio se observa profusa vascularización exangüe en las capas profundas de la córnea. El fondo es normal.

El ojo derecho está todavía algo inyectado, pero las lesiones corneoesclerales tienen también aspecto cicatricial. La visión es de 5/15, debido a una nebulosidad difusa central de la córnea.

Un nuevo examen torácico, hecho después de veinte días de tratamiento con estreptomicina general, reveló un ganglio paratraquial calcificado, que no aparecía en el examen hecho dos meses antes. La sedimentación bajó en ese lapso de 48 a 19 mms. En la actualidad es de 9 mms. El estado general actual es muy satisfactorio, habiendo ganado 10 kilos de peso; desde el punto de vista ocular puede considerarse curada de todo proceso en actividad.

Noticiario Oftalmológico

El III CONGRESO PAN AMERICANO DE OFTALMOLOGIA realizado en La Habana, Cuba, entre el 4 y el 10 de Enero de 1948, eligió el siguiente directorio para el periodo de 1948 a 1952.

Presidente: Dr. Conrad Berens (U.S.A.); **Vicepresidentes:** Dr. Esteban Adrogué (Argentina), Dr. Aniceto Solares (Bolivia), Prof. Ivo Correa Meyer (Brasil), Dr. John MacMillan (Canadá), Dr. Santiago Barrenechea (Chile), Prof. Francisco Vernaza (Colombia), Dr. Alexis Agüero (Costa Rica), Dr. Miguel Branly (Cuba), Dr. J. M. Varas Samaniego (Ecuador), Dr. Miguel Medrano (Guatemala), Dres. Frederick Cordes y William Benedict (Estados Unidos). **Secretario Ejecutivo de los países al norte de Panamá,** Dr. Thomas D. Allen; **Secretario Ejecutivo para los países al sur de Panamá,** Dr. Moacyr E. Alvaro; **Secretarios Asistentes para la América Latina,** Dres. Jorge Balza y Manoel A. da Silva; **Secretario Asistente para los Estados Unidos,** Dr. Brittain F. Payne; **Secretario Asistente para América Central,** Dr. Feliciano Palomino Dena.

Los siguientes Comités fueron designados por el Consejo y aprobados por la Asamblea:

Federación Interamericana de Sociedades de Oftalmología: **Presidente:** Dr. William Benedict (U. S. A.); **Miembros:** Drs. Jorge Malbrán (Argentina), Aniceto Solares (Bolivia), y Sylvio Abreu Fialho (Brasil), Italo Martini (Chile), Carlos Mena (Costa Rica), Jorge Suárez Hoyos (Colombia).

Comité de Luminotécnica y Óptica: **Presidente:** Dr. Magin Diez (Argentina); **Miembros:** Drs. J. Pascal (U. S. A.), Roque Bellido Tagle (Perú), J. M. Penichet (Cuba), Rivas Cherif (México), A. Cowan (U. S. A.), Caretti (Argentina) y señor Tolman (New York).

Comité de Glaucoma: **Presidente:** Dr. Antonio Torres Estrada (México); **Miembros:** Drs. Peter Kronfeld (U. S. A.), Julio Raffo (Perú), Hilton Rocha (Brasil), Baudilio Courtis (Argentina), Esteban Adrogué (Argentina).

Comité de Fomento de la Investigación en Oftalmología. **Presidente:** Dr. Edwin Dunphy (U. S. A.); **Miembros:** Drs. Phillips Thygeson (U. S. A.), Paulo Filho (Brasil), Esteban Androgué (Argentina), Lech Junior (Brasil).

Comité de Productos Farmacéuticos. **Presidente:** Dr. Parker Hearsh (U. S. A.); **Miembros:** Drs. W. Highes (Chicago, U. S. A.), Kenneth Swan (U. S. A.), Roberto Pereira (Argentina).

Sociedades de "Amigos" de la Oftalmología: **Presidente Honorario:** Dr. Francisco Belgeri (Argentina); **Presidente:** Dr. Paulo Pimentel (Brasil); **Miembros:** Drs. William Crisp, (U. S. A.), Shaler Richardson (U. S. A.), Magin Diez (Argentina), Santiago Barrenechea (Chile), Abelardo Zertuche (México).

Comité de Establecimiento y Asesoramiento de Sociedades de Oftalmología. **Presidente:** Dr. Jesús Rhode (Venezuela); **Miembros:** Drs. Frederick Cordes (U. S. A.), Durval Prado (Brasil), Roberto Pereira (Argentina), Oscar Horstmann (Cuba).

La Asociación Panamericana de Oftalmología mantiene una Sección de Compras, destinada a facilitar la adquisición de instrumental oftalmológico a los oculistas de las tres Américas.

Presidente de esta Sección es el doctor René Contardo, representante para Chile, de esta importante creación de la Asociación Panamericana de Oftalmología, quien tiene a disposición de todos los colegas los catálogos de las diversas firmas que colaboran con la Asociación, en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Francisco de Borja, Alameda O'Higgins 160 y que son las siguientes:

Mr. Robert Blackwood-United Surgical Supplies-U. S. A.

Mr. George E. Halmilton-U. S. A.

Mr. George H. Loftus-Radium Chemical Co.-U. S. A.

Mr. Robin E. Amoss-V. Mueller y Co.-U. S. A.

Mr. H. C. Binstead-Inglaterra.

Mr. Theodore Hamblin-Inglaterra.

LIBROS

Ojo Linfogranuloma Venéreo

CRISTOBAL ESPILDORA L. y WALDEMAR E. COUTTS B.

Empresa Editora Zig-Zag - Santiago de Chile 1947.

Los Drs. Cristóbal Espildora Luque y Waldemar E. Coutts, profesores de Oftalmología y Urología respectivamente de la Universidad de Chile, han reunido su vasta experiencia sobre un tema de gran interés para los oftalmólogos, que viene a aclarar la etiología de muchos cuadros hasta ahora no clasificados.

El enorme aumento de las afecciones linfogranulomatosas en los últimos años y su relación evidente con diversas afecciones oculares, hacen que el libro tenga un interés excepcional, especialmente si se considera que los autores trabajan en este tema durante muchos años, lo que unido a su competencia y honradez científica, le dan un valor extraordinario.

En el capítulo primero analizan las diversas afecciones producidas por virus, para luego estudiar en el capítulo segundo el linfogranuloma venéreo en particular, desde el agente patógeno, hasta el diagnóstico y la epidemiología.

En el capítulo tercero se estudia el ojo y el linfogranuloma venéreo. El ojo puede presentar lesiones linfogranulomatosas, ya por inoculación directa del virus (conjuntivitis, queratoconjuntivitis, pterigión, etc.), ya por acción general del virus o de los factores tóxicos sobre sus distintas capas o estructuras (uvea, retina, etc.).

La infección linfogranulomatosa de la conjuntiva es demostrada como un hecho clínico real, así la conjuntivitis tipo Parinaud, cuya sintomatología, pruebas de laboratorio y biológicas como el éxito del tratamiento con sulfanilamida, dan apoyo para aceptarlas como infección linfogranulomatosa aguda.

El pterigión, la retracción crónica progresiva del saco conjuntival anoftálmico y las obstrucciones o estrecheces lagrimales, son debidas según los autores, en algunos casos, a una etiología linfogranulomatosa. En dos casos de retracción progresiva del saco conjuntival anoftálmico

la positividad de las pruebas biológicas y de laboratorio, hacen recomendar el estudio de un mayor número de casos, y, en las dacriocistitis sin causa que las explique, por el carácter estenosante de esta afección, semejante a la de los conductos urogenital y aparato digestivo de origen linfogranulomatoso, hacen pensar que su etiología sea de la misma naturaleza.

En cincuenta enfermos en los cuales se hizo reacción de Frei, fondo de ojo e investigación de la presencia de formas virales en el saco extirpado, se constató en un porcentaje apreciable la positividad de una u otra de estas investigaciones.

Afirman los autores que "ante una afección ocular rebelde a los tratamientos usuales o bien con características clínicas no habituales o ante procesos cuya anatomía patológica ofrezca puntos de contacto, con los conocidos y clásicos caracteres del linfogranuloma venéreo estamos en la obligación científica y moral de practicar las investigaciones necesarias capaces de probar o negar la existencia de la infección por el virus de esta afección u otros similares".

El síndrome de Sjogren talvez sea de naturaleza vírica, posiblemente linfogranulomatosa, hipótesis actualmente en estudio por los autores.

En el capítulo IV analizan el carácter, la frecuencia y el valor de las alteraciones observadas en el linfogranuloma venéreo, ya sean biomicroscópicas, oftalmoscópicas, tonométricas u oftalmodinamo-métricas.

En suma, se trata de un libro de gran interés para el oftalmólogo, en cuyas páginas obtendrá un nuevo caudal de conocimientos, de los muchos que le debemos los oculistas chilenos al profesor Cristóbal Espíldora Luque y que siempre le agradeceremos con la devoción de discípulos reconocidos.

Dr. René Contardo.

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.

2

CRITICAL STUDY OF THE INCISION INCATARACT EXTRACTION.— CANTONNET, F

Ann. d'Ocul.— V. 179-pp. 607-622-Dec. 1946

En una serie de 180 operaciones se analizan los méritos relativos de la incisión de catarata hecha con el cuchillo de Graete y con el queratomo agrandada con tijeras. La primera fué usada en 106 casos y la segunda en 74.

La principal ventaja de la incisión con el queratomo es que puede ser hecha siempre precisamente en el limbo.

El retardo en la curación se produjo en el 10% de los ojos abiertos con cuchillo de Graefe y en 4% de los incindidos con queratomo.

Después de seis semanas el porcentaje de astigmatismo post-operatorio fué el siguiente: Graefe, 3 dioptrías y queratomo, 2 dioptrías.

THE USE OF PENICILLIN AS A PREVENTIVE MEASURE IN CATARACT OPERATION.
SANCHEZ MOSQUERA M.

Arch. de la Soc. Oft. Hisp.-Amer.— V. 7—pp 48-51.—Jan 1947:

El autor recomienda el uso de penicilina antes de las operaciones de catarata, especialmente cuando se sospecha alguna infección. La penicilina se da intramuscular, 12 horas antes de la operación y se continúa por seis horas después, en dosis de veinte mil unidades cada tres horas. Relata siete casos, en los cuales se obtuvo buenos resultados.

CONTRIBUTION TO THE TREATMENT OF CENTRAL RETINAL VEIN THROMBOSIS.
MATTEUCCI P.

Rassegna Ital. d'Ottal.— V. 12—14—pp 394-404.—July 1943-Dec. 1945.

Relata tres casos de trombosis venosa retinal tratadas con satisfactorios resultados con inyecciones retro-bulbares de alcohol, previa inyección de 1 c. c. de novocaína al 2% y después de cinco minutos se inyecta 1 c. c. de alcohol al 70%, tratamiento que puede ser repetido en una semana si es necesario.

Los buenos resultados se atribuyen a una hipotensión transitoria del globo junto con dilatación de los vasos orbitarios, retinales y uveales. Una reacción similar se encontró en experiencias en animales.

Recomienda el tratamiento en el glaucoma doloroso hemorrágico, en el absoluto o en el secundario a iridociclitis.

OPHTHALMOLOGIC EXPERIENCES WITH PENICILLIN.—
KRUBY, K.

Wien. Klin. Wchnschr.—pp. 240-244.—V. 59—April 1947.

El autor relata su experiencia con el uso de la penicilina en la "Second Eye Clinic" de Viena, desde 1946.

Con instilación de gotas de penicilina conteniendo 250 unidades por c.c. cada 10 minutos durante tres horas, 32 de 37 pacientes de oftalmía neonatorum fueron curados, pero se recomienda la continua-

ción de este tratamiento por un total de 12 horas. En inflamaciones de más larga duración es aconsejable una concentración de 500 unidades por c.c. y cuando la córnea está comprometida, las inyecciones subconjuntivales de penicilina junto a algunos de los antiguos métodos de tratamiento están indicados.

La penicilina fué también valiosa en las infecciones post-operatorias piógenas, especialmente después de la extracción de catarata. Ningún ojo se perdió después que se introdujo el tratamiento con penicilina, en contraste con la experiencia pre-penicilínica. El autor recomienda inyecciones subconjuntivales precoces de penicilina, con 20.000 unidades por c.c. combinadas con punción de la cámara anterior, inyecciones intramusculares de leche, onda corta y sulfanilamidaterapia.

La penicilina fué usada también como profiláctico antes de la cirugía, instilando una solución de 500 unidades por c.c. por varios días. Cuando las complicaciones aparecen durante la operación, se inyecta una solución de 20.000 unidades de penicilina subconjuntival, al terminar la intervención, lo que mejora los resultados quirúrgicos considerablemente.

La penicilina fué también beneficiosa en las heridas perforantes, blefaritis, úlceras corneales y en un caso de oftalmía metastásica.

TREATMENT OF OCULAR TUBERCULOSIS.—

KNAPP, F. N.

Wisconsin M. J.-pp. 599-603.-June 1947.

El tratamiento primario de la tuberculosis ocular consiste en el régimen sanatorial o reposo en cama y dieta fuertemente vitaminada y de alto valor calórico.

El radium, los rayos beta, pueden ser usados para el segmento anterior y los rayos gama para las lesiones más profundas, semanalmente por tres o cuatro semanas, en cantidades que varían entre 10 a 40 % de la dosis eritema. El tiosulfato de oro y sodio es usado dos veces por semana, partiendo con 10 miligramos y aumentando hasta 50 miligramos, en 50 o 60 inyecciones que aumentan 5 mgs. cada vez. Puede usarse también el antígeno tífico H o la vacuna tífica.

El test de Mantoux y la tuberculina vieja son usados, haciendo hincapié en el uso de muy pequeñas dosis.

VITAMINS C AND K IN OCULAR HEMORRHAGE.—

GANDOLFI, C.

Rassegna Ital. d'Ottal.—V. 12-14-p. 504-515-July 1943-Dec. 1945.

El autor encuentra que las vitaminas C y K son de valor, en muchas formas, de hemorragias oculares. Cree que la vitamina C está in-

dicada cuando hay fragilidad vascular debida a relajación del endotelio. In vitro ayuda la coagulación probablemente por activación de la trombina e inhibición de la antitrombina. La vitamina K aumenta la acción de la protrombina y de este modo aumenta la coagulabilidad de la sangre. Hace hincapié en la necesidad de determinar por test de laboratorio cuáles son las vitaminas que hacen falta en cada paciente. Relata tres casos muy ilustrativos.

STABILITY OF PENICILLIN IN OPHTHALMIC SOLUTIONS.—
GROSSMANN, E. E.

Arch. of Ophth.—V. 37—pp. 167-174—Feb. 1947.

La estabilidad de la penicilina ha sido estudiada, cuando es disuelta en soluciones salinas isotónicas, agua destilada, ungüento blanco. Aquaphor, aceite de hígado de bacalao, aceite de oliva, plasma y suero sanguíneo. Se encontró que los ungüentos permanecen efectivos tanto como las soluciones, pero que la pérdida era rápida y antieconómica. El aceite de hígado de bacalao y especialmente las suspensiones en aceite de oliva, demostraron ser más efectivas que cualquiera de los ungüentos o de las soluciones salinas. Las soluciones de penicilina en plasma sanguíneo dieron los mejores resultados. La solución en suero, aunque no tan efectiva como las soluciones en plasma, demostraron ser mejores que cualquiera de los ungüentos, aceites o soluciones. En general los resultados clínicos han sido buenos con todas las mezclas de penicilina usadas en el tratamiento de enfermos seleccionados correctamente y cuando es aplicada con frecuencia.

INTRAOCULAR PENICILLIN IN SEVERE INTRAOCULAR
INFECTIONS.—

HAAS, L. R.

Jour. Amer. Med. Assoc.—p. 527.—V. 134—June 1947.

El autor relata un caso de perforación corneal con hipopión y exudado plástico, que respondió a la inyección de penicilina en dosis de 500 unidades por c.c., en la cámara anterior y también por vía intramuscular, junto a la instilación de atropina. La visión del ojo afecto fué restablecida hasta 20/25.

*SULFAMIDES AND PENICILLIN IONTOPHORESIS
IN OPHTHALMOLOGY—CLINICAL AND
EXPERIMENTAL STUDY.—*

RODRIGUEZ BARRIOS, R., FUSTER, B. and GHERARDI, J.

Arch. Urug. de Med. Cir. y especialidades.—V. 29—pp. 345-360— Oct. 1946.

La concentración de sulfamidas y penicilina en la cámara anterior son mucho mayores cuando se administran por iontoforesis que por otros métodos. Una mezcla de penicilina y sulfamidas es aconsejable cuando el factor etiológico es desconocido. Este método falla en las enfermedades resistentes a estas drogas y en las afecciones tóxicas y alérgicas.

APPLIED ANATOMY IN EYE SURGERY.—

WIENER, Meyer.

Surg. Gynec. and Obst.—V. 84—pp. 777-786—April 1947.

El autor analiza la importancia de diversos hechos anatómo-quirúrgicos. La delgadez de la piel del párpado y la atrofia de sus fibras elásticas en la vejez, la relación de la conjuntiva y el mayor espacio en el lado temporal del globo que en el nasal son discutidos. Revisa los mejores métodos para producir anestesia local. La parte más delgada de la córnea está en el centro, mientras que la esclera es más delgada inmediatamente por detrás de las inserciones musculares. Los vasos emisarios y los nervios son a menudo dañados en las intervenciones quirúrgicas. En las enucleaciones bien hechas los tendones musculares no necesitan ser suturados ya que lo hacen naturalmente. En la celulitis orbitaria una enucleación puede llevar a una meningitis, desde que la cápsula de Tenón se continúa con la dura. Los músculos pueden variar en tamaño, ancho y lugar de inserción. La hialoide anterior se alarga hacia adelante para estimular el vitreo. Cuando se secciona el iris hay que recordar que los vasos corren paralelos con las radiaciones.

EL EFECTO FISIOLÓGICO DE LA PROSTIGMINA.—

MORANO, M.

Rassegna Ital. d'Ottal.—V. 12-14—pp. 468-503—Jul. 1943—Dic. 1945.

El autor ha experimentado con la prostigmina intravenosa y oral en ojos normales y glaucomatosos. Administrada por vía paraentérica, causa miosis en los ojos normales y en aquellos en que se ha instilado adrenalina; pero no tiene efecto sobre los ojos atropinizados. La droga

es efectiva especialmente en el glaucoma complicado por cambios vasculares del fondo, aun en el tipo post-trombótico.

El uso endovenoso de la prostigmina baja la presión general y por tanto la presión retinal, habiendo probado tener un efecto benéfico en la embolia de la arteria central del retina.

Según Morano, una solución al 1% de prostigmina es igualmente efectiva como una solución de eserina al 1% o de pilocarpina al 3%.

VITREOUS TRANSPLANTATION.—

CUTLER, N. L.

Trans. Amer. Acad. Ophth.-pp. 253-259-March-April 1947.

El vitreo contiene más o menos 99% de agua, sin embargo tiene una viscosidad de 20 a 200 veces más alta que el agua. Es un solgel en estado inestable, sujeto a la sineresis bajo diversas condiciones.

Ha realizado 13 trasplantes de vitreo, de los cuales 8 fueron hechos por hemorragia vitrea y cinco por desprendimiento retinal. De los primeros se logró éxito en 4 y en uno parcialmente y de los segundos, en uno se obtuvo éxito. En los ojos con hemorragia la visión mejoró desde percepción de luz a 20/50 y desde 20/200 a 20/25. Todos los enfermos tenían antes de la operación percepción de luz y tensión normal.

La anestesia se hace con pentotal sódico y luego se realiza una incisión escleral de 2 mm. con un cuchillo de Graefe. Se colocan suturas en la esclera incindida y con una jeringa provista de una aguja de calibre 18 se extraen 1.5 c.c. de vitreo. Se deja la aguja en su lugar y con la jeringa que se retira se extraen 2 c.c. de vitreo claro obtenido de un ojo recientemente enucleado, el cual se inyecta en el vitreo del ojo enfermo. Se amarran las suturas, se instila atropina y se coloca un vendaje binocular.

EXPERIMENTAL OBSERVATIONS ON THE INTRA-VITREOUS USE OF PENICILLIN AND OTHERS DRUGS.—

DUGUID, J. P., GINSBERG, M., FRASER, I. C., MACASKILL, J.,
MICHAELSON, I. C., and ROBSON, J. M.

British. Journal of Ophthalmology.—V. 31-pp-193-210. April 1947.

Los autores presentan los resultados experimentales de la inyección intravítrea de penicilina y otras drogas. La penicilina comercial, la sulfacetamida sódica, el marfanil y el V. 335 (p-metil sulfonil benzilamina) introducidas en el vitreo fueron altamente dañinas para la retina, en tal

grado que excluye su uso clínico. La sulfacetamida sódica y la penicilina pura, ya juntas o separadas en el vítreo fueron difundidas rápidamente en todas partes del ojo, y el vítreo actúa como un depósito que provee la droga perdida en los otros tejidos. Se encontró que la penicilina sódica pura fué altamente efectiva en el control de las infecciones del cuerpo vítreo y que los niveles terapéuticos podían ser mantenidos por inyecciones intravítreas de 2.000 U. cada dos días. La penicilina sódica pura causa una destrucción retinal mínima y su uso parece indicado y justificado en ciertos casos de infección.

7

PERSISTENT HEMORRAHAGES IN THE ANTERIOR CHAMBER.

CRESPI G.

Arch. de la Soc. Oft. Hisp.-7pp. 23-32.— Jan. 1947.

Cuatro casos de hifema persistente con una lesión del iris con o sin intervención quirúrgica son relatados. En uno la hemorragia estaba asociada con una iridociclitis crónica, probablemente tuberculosa, habiéndose hecho una iridectomía un año antes. En un segundo paciente el hifema post-operatorio aumentó con una cicloterapia al producir esta intervención una hipotensión en un ojo con hipertensión debida a una antigua seclusión pupilar y a una degeneración del iris. En un tercer ojo con una iritis crónica sifilítica la hipertensión fué aliviada con mióticos, apareciendo un discreto hifema a nivel de la sinequia. En un cuarto ojo se produjo una hemorragia persistente después de una intervención quirúrgica con lesión del iris. En todos los casos se encontraron lesiones degenerativas del iris.

ON MENINGEAL REACTIONS IN SYMPATHETIC OPHTHALMITIS.—

CORCELLE, L.

Brit. Jour. Ophth.—V. 31-pp. 366-372-June 1947.

El autor presenta tres casos de oftalmía simpática con reacción meníngea. El examen del líquido cefalorraquídeo demostró una meningitis linfocitaria, variable en intensidad según la severidad de la afección ocular. En las inflamaciones oculares graves había una reacción menín-

gea más marcada, pero el pronóstico no guarda relación con la reacción meníngea.

Esta posible vía de transmisión de un virus filtrable de origen desconocido sugiere que la oftalmía simpática pueda ser una uveomeningitis linfocitaria.

8

THE OPERABILITY OF ADVANCED CHRONIC GLAUCOMA.—

GALLENDA, R.

Rassegna Ital. d'Oftal.—V. 12-14-pp. 516-528-July 1943-Dec. 1945.

El autor recomienda la Cirugía en todos los casos de glaucoma crónico, prescindiendo de la duración de la enfermedad o del estado del campo visual. Prefiere las operaciones fistulizantes. Cuando la tensión es muy alta se agrega una ciclodialisis a la operación fistulizante. Está de acuerdo con Lauber, en que existe una relación entre la tensión ocular y la presión arterial general y aconseja medidas para subir esta última cuando está por debajo de lo normal. Cuando no se puede bajar la tensión y subir la presión arterial, la operación produce una disminución de la visión y del campo visual. El autor da una fórmula para pronosticar los resultados quirúrgicos basado en la tensión ocular, la presión arterial retinal y la presión arterial general.

17

RUBEOLELLA DURING PREGNANCY AND CONGENITAL MALFORMATION OF THE INFANT.—

FRANCESCHETTI, A. and BOURQUIN, J.

Ann. d' Ocul.—V. 179-pp. 623-627-Dec. 1946.

Prácticamente cada madre que sufre de rubeola durante la primera parte del embarazo debe esperar un niño malformado. En 479 niños de madres que la tuvieron durante la primera parte del embarazo, hubo 274 casos de catarata y otras malformaciones oculares, 52 microftalmos, 215 de sordera y 181 de malformaciones cardíacas. Dos tipos de catarata fueron observados: una central con la periferia transparente y la otra total, habitualmente membranosa. Frecuentemente se presentaron cambios pigmentarios del fondo, especialmente en la mácula.

En las mujeres embarazadas en peligro debe usarse suero inmunizante. La conveniencia de un aborto terapéutico debe ser seriamente considerada.

Sociedad de Oftalmología de Córdoba

Córdoba, 16 de Agosto de 1948.

Sr. Secretario de Redacción de los
Archivos Chilenos de Oftalmología

Dr. René Contardo

Huérfanos 930

Santiago (Chile).

Distinguido colega:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. enviándole las crónicas de las tres últimas sesiones de la Sociedad de Oftalmología de Córdoba, a fin de que sean publicadas en las páginas de esa Revista.

Con tal motivo me complazco en saludar al distinguido colega muy cordialmente.

R. A. MAFFRAUD

Secretario

(Sesión ordinaria del 29 de Mayo de 1948)

Presidencia del Prof. Dr. Alberto Urrets Zavalía.

El Presidente Dr. Urrets Zavalía informa que, por encontrarse en condiciones reglamentarias, se ha resuelto designar Miembros Activos a los doctores Claudio Juárez Beltrán y Alberto Urrets Zavalía (hijo), y reincorporar en el mismo carácter a los doctores Alfredo N. Sattler y Luis Mitnik. En seguida da cuenta de su actuación en el IV Congreso Panamericano celebrado en La Habana (Cuba), en Enero del año en curso, ante el cual llevó la representación de la Sociedad.

Inmediatamente se dió comienzo a la sesión científica, presentándose las comunicaciones siguientes:

1.—Dr. Alberto Urrets Zavalía (h.): **Parálisis bilateral congénita del músculo oblicuo inferior.**

2.—Prof. Dr. Alberto Urrets Zavalía: **Consideraciones sobre la enseñanza de la Oftalmología en los países sudamericanos.**

Ambas comunicaciones fueron escuchadas con sumo interés por parte de los concurrentes, y, después de un breve cambio de ideas y opiniones al respecto, fueron aprobadas por unanimidad.

Asistieron a la reunión los doctores: R. Laje Weskamp, A. Urrets Zavalía, J. Remonda, C. Laje Weskamp, D. Yadarola, A. Urrets Zavalía (h.), R. A. Maffrand, R. Obregón Oliva, M. Catella y J. Richardson.

Sesión ordinaria del 23 de Junio de 1948

Presidencia del Prof. Dr. Rodolfo Laje Weskamp.

Esta sesión fué dedicada íntegramente a escuchar la comunicación del Dr. Jules Pierre Halberg, de Budapest, actualmente en nuestro país, titulada: **EXPERIENCIAS SOBRE INJERTO DE CORNEA POR EL METODO DE FRANCESCHETTI.**

La presentación del conferencista estuvo a cargo del Prof. Laje Weskamp.

El Dr. Halberg se ocupó extensamente del tema, demostrando amplia versación en el asunto. Su medulosa exposición fué escuchada por los asistentes con la mayor atención. Al finalizar fué calurosamente aplaudido.

Asistieron a la sesión los doctores R. Laje Weskamp, J. P. Halberg, R. Obregón Oliva, D. Yadarola, J. Remonda, R. A. Maffrand, L. Mitnik, C. Laje Weskamp, A. Gabrielli, M. De Anquín, F. Di Pinto, J. Richardson, M. Joisen, R. Bazet, S. Figueroa, M. Catella, C. Juárez Bletrán, E. Rigo, F. Ponce de León, L. Elisavetzky, J. Ferrer, R. Lange, A. Abarca y B. Kaleman. Excusó su inasistencia por encontrarse enfermo, el Dr. A. Urrets Zavalía.

Sesión ordinaria del 29 de Julio de 1948

Presidencia del Prof. Dr. Alberto Urrets Zavalía.

Esta sesión estuvo dedicada totalmente a la lepra, en sus relaciones con la Oftalmología, y se desarrolló el siguiente programa:

1.—Dr. Luis Arguello Pitt (por invitación): **ALGUNOS ASPECTOS DEL ESTADO ACTUAL DE LA LEPROLOGIA. SUS VINICULACIONES CON LA OFTALMOLOGIA.**

El autor se ocupó extensa y magistralmente del tema. Puso con gran claridad en conocimiento de los oculistas presentes los conceptos actuales de la materia y las modernas clasificaciones de la enfermedad, desde el triple punto de vista clínico, biológico y anatomopatológico.

Señaló la importancia de la colaboración del oftalmólogo en la orientación diagnóstica de las distintas formas clínicas. Habló, además de la herencia del contagio y de la profilaxis de la lepra.

2.—Dr. Roque A. Maffrand: MANIFESTACIONES OCULARES DE LA LEPROSIS.

El Dr. Maffrand hizo una breve, pero completa reseña de las diversas manifestaciones de la enfermedad de Hansen en las distintas partes y membranas del globo ocular y sus anexos, de acuerdo a su experiencia personal en el Dispensario Dermatológico del Patronato de Leprosos y en el Sanatorio Colonia J. J. Puente, de San Francisco del Chañar. Puso de manifiesto la importancia del examen ocular, especialmente del biomicroscópico, en el diagnóstico de la forma clínica.

3.—Dr. Alberto Urrets Zavalía (h.): RESULTADOS DEL EXAMEN GONIOSCOPICO EN LOS ENFERMOS DE LEPROSIS.

El autor expuso el resultado de sus observaciones personales en los pacientes del Dispensario del Patronato de Leprosos. El tema, realmente novedoso, llamó la atención de los oyentes, quienes siguieron la exposición del comunicante con especial interés. El Dr. Urrets Zavalía se refirió también al valor del examen oftalmológico en el diagnóstico de las formas clínicas de la enfermedad.

La discusión de los relatos dió lugar a un animado e interesantísimo cambio de opiniones.

Concurrieron a la sesión los doctores: D. J. Yadarola, R. Obregón Oliva, L. Mitnik, J. Richardson, L. Arguello Pitt, A. Urretz Zavalía, R. A. Maffrand, C. Laje Weskamp, B. Kaleman, A. Urrets Zavalía (h.) y Consigli. El Dr. R. Laje Weskamp excusó su inasistencia.

Sociedad Chilena de Oftalmología

Memoria del año 1947

Estimados consocios:

Antes de empezar la habitual reseña de nuestras actividades societarias durante el año 1947, debo rendir homenaje a la memoria de nuestro socio fundador, el doctor don Víctor Villalón cuyo fallecimiento en el curso del año constituyó una sensible pérdida en el elenco social. A su iniciativa se debió en 1912 el primer intento de agrupar a los oculistas chilenos en un núcleo social; lo que no fué posible entonces, se verificó en 1931 bajo el impulso creador del profesor Charlin y el doctor Villalón estampó su firma entre los fundadores casi veinte años después de su primera tentativa. Este mérito de nuestro consocio fallecido debe ser señalado con gratitud y al cerrar las actividades sociales de este año, rindo a su memoria un tributo afectuoso de reconocimiento.

Paño ahora a ocuparme del trabajo desarrollado en 1947, el que ha seguido incrementándose, como lo demuestran las 16 reuniones generales verificadas además de otras siete reuniones de Directorio, lo que da un total de 23 actas registradas en el libro correspondiente. Se ha debido este incremento a que la Sociedad ha cobrado plena personalidad en sus relaciones, de modo que los tratos para la participación al Tercer Congreso Panamericano de Oftalmología y la preparación para las visitas y conferencias de ilustres profesores extranjeros, se han verificado oficialmente por medio de su Secretaría y sus Asambleas.

Con relación al Congreso que se está realizando actualmente en La Habana, la Sociedad que ya con anterioridad había nombrado su relator oficial al profesor Dr. Juan Verdaguer en el tema "Desprendimiento Retinal", completó después su representación nombrando miembros de la delegación nacional al Dr. Santiago Barrenechea que la preside y al Dr. René Contardo.

Estamos ciertos que con la preparación y reconocida competencia de estos colegas, ha quedado muy ventajosamente representada la posición científica de la Oftalmología chilena. Aparte del tema oficial desarrollado por el profesor Verdaguer, el doctor Barrenechea dictará un curso sobre "Tratamiento quirúrgico del glaucoma" y el doctor Mario

Amenábar que también concurre personalmente al Congreso, presentará un trabajo libre sobre "Dispositivo localizador de desgarros retinales".

El doctor Contardo tiene a su cargo la discusión del tema oficial sobre Filtros de absorción y reflexión para cristales, y además lleva la representación de nuestra Sociedad al Comité de Sociedades Oftalmológicas que estudiará en conjunto los problemas comunes a las sociedades de oftalmología.

Como nuestra Institución recibió oficialmente de la Sociedad Oftalmológica de Valparaíso la conformidad para la representación y el tema del profesor Verdaguer, señaló con viva complacencia el hecho que todos los oculistas chilenos nos hayan entregado unidos la representación nacional. Nuestros delegados ostentan también la representación otorgada por el Supremo Gobierno y desempeñarán, sin duda con brillo y eficiencia, no sólo la labor técnica que les ha sido encomendada, sino muy especialmente, la de fraternal amistad que deseamos estrechar mayormente con todos los colegas del continente. Con Cuba tenemos especiales motivos de gratitud, que nuestra Sociedad en nombre de todos los oculistas de Chile expresará en la placa recordatoria a la obra eminente del doctor Finlay, placa que la delegación chilena con ceremonial adecuado colocará en el lugar de La Habana que la Sociedad Cubana de Oftalmología destine para el objeto. Muy significativo homenaje de solidaridad ha sido también el que hemos recibido de parte de la Sociedad Cubana de Oftalmología al nombrar espontáneamente a cuatro de nosotros, Miembros Correspondientes de su Institución y que hemos retribuido creando especialmente el rango de miembros correspondientes para honrar nuestro elenco con los nombres de los doctores Tomás Yanes, Miguel A. Branly, Gilberto Cepero y Lorenzo Comas, este último prestigioso Presidente de la Sociedad Cubana de Oftalmología.

También mediante la Secretaría hemos mantenido frecuente contacto con la Asociación Pan-Americana de Oftalmología, cuyo activo Secretario, nuestro amigo el profesor Moacyr Alvaro, además de muchos otros informes e iniciativas útiles, con oportunos avisos y sugerencias nos permitió organizar debidamente el rendimiento científico y social sobresaliente que significó la visita del profesor Daniel Kirby.

Todos nosotros fuimos testigos del brillo que alcanzaron esas jornadas en que la Sociedad vivió días de pleno éxito: la forma cómo venía preparado el material de exposición, el alto valor práctico de los temas, el indudable ascendiente personal y científico del conferenciante, la riqueza del equipo de demostraciones cinematográficas y de diapositivos y el interés general por asistir a tan importantes conferencias, confirió a esos jornadas un valor memorable de que dejo constancia con viva satisfacción.

Versaron ellas sobre cirugía del glaucoma, de la catarata y del estrabismo, es decir sobre técnicas operatorias de diaria aplicación y cuyo perfeccionamiento apasiona muy principalmente, ya que constituyen los triunfos más específicos y benéficos de la especialidad que ejercemos.

El profesor Kirby por su trato simpático y llano, su completo dominio de los temas, las eminentes condiciones de expositor y su franqueza y agrado para intercambiar opiniones, ha dejado entre nosotros, además del grato recuerdo de su visita, sentimientos de verdadera amistad.

El Directorio con ocasión de esta visita, recibió la valiosa cooperación de todos los miembros de la sociedad, de modo que el programa general se desarrolló con una perfección halagadora que llamó con justicia la atención del distinguido visitante. Expreso aquí a los colegas mis agradecimientos por la colaboración aportada que evidencia la cohesión amistosa de que disfrutamos.

A través de su Sociedad, los oculistas chilenos han tenido además la muy grata ocasión de conocer personalmente y escuchar la autorizada palabra del Profesor Esteban Adrogué, de Buenos Aires, que disertó sobre "Tumores encefálicos y sus relaciones ópticas". El eminente profesor argentino, a quien acompañaba el doctor Magin Diez el que a su vez habló sobre "Neuritis óptica epidémica", fué también objeto de especiales demostraciones de estimación y amistad; los doctores Adrogué y Magin Diez han contribuido con sus visitas a mantener la constante cordialidad de los vínculos que nos ligan con la oftalmología argentina.

Tuvimos también oportunidad de oír en nuestras sesiones académicas, dos brillantes disertaciones de médicos no oculistas que ocuparon nuestra tribuna con temas relacionados con la oftalmología. Me refiero a la conferencia del doctor Bauzá, pediatra del Hospital Roberto del Río, sobre "Coroiditis por sarampión" que despertó marcado interés por esta modalidad de coroiditis poco estudiada hasta ahora y a la conferencia del doctor Espinoza, cirujano traumatólogo del Hospital de San Vicente, sobre "Neuralgia del trigémino". Esta última conferencia, ilustrada con proyecciones cinematográficas y exhibición del instrumental, también aportó un notable contingente de informaciones sobre los medios de combatir tan terrible enfermedad, llevando a través del agujero oval la novocainización o la electrocoagulación al ganglio de Gasser. Reitero en esta oportunidad nuestra gratitud y nuestro aplauso a los distinguidos colegas que trajeron a este auditorio sus interesantes estudios y provechosa experiencia.

Las 23 reuniones sociales verificadas en 1947, número que como se vé demuestra una actividad muy apreciable, se distribuyen así: siete fueron de Directorio con fines administrativos de organización interna o de relación con otros organismos afines y 16 fueron reuniones generales académicas.

De estas 16, cinco fueron reuniones extraordinarias, cuatro dedica-

das a los conferenciantes extranjeros y una al trabajo de incorporación a la Sociedad del doctor Alfredo Villaseca. Dejo en este momento constancia de los relevantes méritos del trabajo de incorporación a miembro activo realizado por nuestro apreciado colega, trabajo que versó sobre "Ciclodiatermia no perforante en el tratamiento del glaucoma" y expreso a la vez la satisfacción con que estrecharé su mano al entregarle el diploma social.

De las otras once sesiones académicas, una fué la de clausura de las actividades sociales en 1946 verificada en 1947 y diez fueron las sesiones ordinarias, una por mes a partir de Marzo, en los diez meses hábiles del año; lo que representa como se vé una notable vitalidad social. La presente reunión no es computada en las cifras ya expresadas por verificarse en el año en curso.

Ademas de las tres conferencias del profesor Kirby y de las dos ya señaladas de los doctores Bauzá y Espinosa, se presentaron a la Sociedad otros 24 trabajos en el año 1947, es decir, más de dos por sesión, distribuidos en la siguiente forma: Profesor Espildora, 3; Profesor Verdaguer, 1; Doctor Barrenechea, 1; Doctor Contardo, 2; Doctor Amenábar Prieto, 2; Doctor Arentsen, 3; Doctor Bitrán, 1; Doctor Brucher, 1; Doctor Gormaz, 1; Doctor Lama, 1; Doctor Martini, 1; Doctor Olivares, 1; Doctora Pinticart, 1; Doctor Villaseca, 2; Doctor Schweitzer, 1; Y además uno de los doctores Barrenechea y Contardo en colaboración, uno de los doctores Bitrán y Arentsen y uno de los doctores Araya y Millán.

Los temas tratados han sido muy diversos, pero se advierte un mayor interés por la neurología ocular. La asistencia a sesiones se ha mantenido muy buena, apesar de su mayor frecuencia y ha sido para las ordinarias del 66% de los socios residentes en Santiago y con posibilidades de asistir; a las sesiones extraordinarias, particularmente a las de conferencias de especialistas extranjeros, la asistencia ha sido mucho mayor.

En la Secretaría se ha innovado estableciendo un servicio de circulares que se mandan a todos los socios dándoles anuncios o informaciones de interés con la oportunidad necesaria para que puedan ser aprovechados. Se han confeccionado así en 1947, en tres ocasiones, circulares de mucho provecho, sobre todo para mantener el enlace con los socios de provincia. A este respecto creo que será necesario ampliar este servicio y hacerlo metódico enviando cada mes a cada asociado un extracto del acta de las sesiones académicas ya que la publicación íntegra de los trabajos en nuestra revista oficial se verifica, por razones obvias, con considerable retardo.

El movimiento de Secretaría comprende este año, 36 comunicaciones recibidas y 42 enviadas, aparte de las circulares a que ya hice referencia.

Por estar ausente en La Habana nuestro tesorero el doctor Contardo, no podrá presentarse hasta su regreso un informe exacto sobre el balance. No obstante, antes de partir, el doctor Contardo me comunicó que la cobranza de cuotas procedía normalmente y que apesar del aporte de \$ 5.000.— para el sostenimiento de la revista, quedaba en caja un saldo de varios miles de pesos.

He hablado de la Revista y deberé referirme también a ella por la ausencia de su Director, el doctor Barrenechea actualmente representándonos en La Habana. Ya en la memoria del año pasado me extendí sobre la importancia que tiene la publicación para los fines sociales y la representación oftalmológica nacional; destaco aquí que los números publicados en 1947 han seguido manteniendo y perfeccionando la importancia de la revista. Debemos por eso aplaudir una vez más la constancia y la eficiencia del doctor Barrenechea y sus colaboradores que ejecutan para nosotros y para la oftalmología nacional ese trabajo tan lleno de dificultades y responsabilidad. Expreso con justiciero reconocimiento la gratitud personal y colectiva para estos colegas que con tanta generosidad entregan su valioso tiempo para realizar los ideales de perfección científica que anhelamos.

Han de tener presente los colegas socios que debido a la extraordinaria alza en los costos de los trabajos editoriales, el financiamiento de la publicación se ha hecho cada vez más difícil y que es este problema uno de los más importante que la Sociedad tendría pronto que afrontar y resolver, ya que precisamente por esas dificultades y no por falta de material científico, los números han aparecido con retardo. Si bien el Directorio, por razones de contabilidad, sólo limitó \$ 5.000.— en 1947 el aporte social que había sido autorizado en asamblea hasta \$ 8.000.—, habrá en lo sucesivo que ampliar esta contribución y seguramente crear alguna nueva fuente de ingreso para que la revista se mantenga con el decoro y en la eficiencia que debe tener y que nosotros deseamos conservar.

En esta memoria de tan sucinta estructura informativa no puedo como debiera extenderme en ponderar cuánto he seguido agradeciendo las demostraciones de benevolencia y estimación que he recibido de los miembros de la Sociedad, no sólo al designarme en el sitial de Presidente, sino además las que me prodigan en toda ocasión, tanto en los tratos privados como en los societarios. Estos cuatro años de Presidencia han sido para mí de abundante miez afectiva; hemos realizado juntos un hermoso trabajo y en él tanto cuánto los oftalmoscopios se han acercado también los más generosos sentimientos. Asimismo, de los miembros del Directorio he recibido una colaboración constante y abnegada, gracias a la cual se ha podido realizar en debida coordinación la labor social que

he esbozado en la presente Memoria. A todos, socios y colegas del Directorio, vayan las expresiones de mi calurosa gratitud.

Queda así terminada esta breve reseña panorámica de la marcha societaria en 1947, la que dejo entregada al benevolente juicio de los socios.

Dr. ITALO MARTINI Z.

Santiago. 7 Enero 1948.

SOCIEDAD CHILENA DE OPTALMOLOGIA

Memoria de Secretaría

Año Académico de 1948

Sesiones celebradas.—

Ordinarias..	9.—
Extraordinarias..	3.—
De Directorio	1.—
Conjunta	1.—
De Clausura	1.—
Total	18.—

Asistencia.—

En líneas generales, semejante al año pasado.

Nómina de Trabajos presentados.—

Dr. Arentsen.—(En sesión conjunta con la Sociedad Chilena de Tisiología).— Mecanismo de Curación de la Tuberculosis Ocular tratada con Estreptomina.— Control Biomicroscópico.

Dr. Bitrán.—Tuberculosis Ocular y Estreptomina.

Importancia de las pequeñas Ametropías que dan síntomas y su corrección.

Dr. Barrenechea.—Grave Traumatismo de la Orbita. (Caso clínico).

Dr. Brucher.—Tumor de la Orbita operando.

Dr. Contardo.—Ojo y Energía Radiante.

Dr. Charlín V.—Síndrome de Marfán.

Dr. Charlín y Dr. Gormaz.— Examen de Fondo de Ojos y Toxicosis Gravidica.

Profesor Espíldora.—Retinopatías Gravidicas no intervenidas.

Profesor Espíldora.—Catarata Congenita Bilateral y Desprendimientos Retinales.

- Profesor Espildora.—Edema Agudo Benigno de la Cara.
 Profesor Espildora.—Sincinesias Palpebrales en la Ptosis palpebral.
 Dr. Gormaz.—Caso de Queratitis de Origen Paranasal.
 Dr. Mehech.—Vainas perivenosas en la Esclerosis Multiple.
 Dr. Millán y Dr. Bernardt.—Algunos casos de alergia ocular.
 Dra. Kraus.—Protesis Oculares de Material Plástico.
 Dr. Santos.—Endoftalmitis Grave tratada con Penicilina.
 Dr. Schweitzer.—Tratamiento del Rodete Quemótico.
 Dra. Thierry y Dr. Hevia.—Tuberculosis Ocular y Tratamiento con Estreptomina.— (Presentado también a la Soc. Chilena de Tisiología).
 Dres. Millán y Araya.—Escleroqueratoiditis nodular Tuberculosa tratada con Estreptomina.
 Profesor Verdaguer.—Criogenides y sus Manifestaciones Oculares.
 Profesor Verdaguer.—Método de Lancaster y Regan para determinación del Astigmatismo.
 Dr. Villaseca.—Queratitis Epitelial Meibomiana.
 Dr. Contardo.—Queratitis Aurica.
 Dr. Lama.—Iridociclitis nodular tuberculosa y Estreptomina.
 Dres. Araya y Millán.—Escleroqueratoiditis Nodular Tuberculosa tratada con estreptomina.
 Dr. Araya y Sr. Eduardo González. (Secretario del Gabinete Psicotécnico Municipal).— Gabinete Psicotécnico del Tránsito.— Su funcionamiento.
 Dra. Pinticart.—Caso de intoxicación por sulfatiazol.
 Drs. Barnardt, Hevia y señor González, como no pertenecientes a la Sociedad, han colaborado en relatos.— La Dra. Kraus presentó un relato aparte.

RESUMEN.— Dra. Pinticart, 1; Dr. Bitrán, 2; Dr. Barrenechea, 1; Dr. Brucher, 1; Dr. Contardo, 2; Dr. Millán, 2; Dr. Araya, 2; Dr. Charlín, 2; Dr. Gormaz, 2; Profesor Espildora, 4; Dr. Santos, 1; Dr. Schweitzer, 1; Dra. Thierry, 1; Profesor Verdaguer, 2; Dr. Mehech, 1; Dr. Villaseca, 1; Dr. Lama, 1; Dr. Arentsen, 1.

Correspondencia.—

Recibida	26.—
Enviada	28.—
Circulares	2.—
Citaciones particulares	18.—
Por la Prensa	18.—
Copias de Reforma de Estatutos.	1.—

SESIONES CELEBRADAS EN EL AÑO 1948**SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO
12 DE MARZO**

- 1.—Viaje del Profesor Fuchs.
- 2.—Concurso ayudante Departamento del Tránsito.

SESION ORDINARIA DEL 17 DE MARZO

- 1.—Memoria del señor Presidente.
- 2.—Entrega de diploma al doctor Villaseca.
- 3.—Informe de los diversos componentes de la Delegación al Congreso de la Habana.

SESION ORDINARIA DE DIRECTORIO 1º DE ABRIL

- 1.—Venida del Profesor Fuchs.
- 2.—Delegado Chileno a la Federación de Sociedades de Oftalmología H. O.
- 3.—Nombramiento de Delegado Chileno al Comité de Prevención de la Ceguera.
- 4.—Nombramiento de Miembro Correspondiente.
- 5.—Nombramiento chileno del Comité de Censura.
- 6.—Nombramiento de representante de la Sociedad de Oftalmología de Valparaíso.
- 7.—Financiamiento de los Archivos Chilenos de Oftalmología.

SESION ORDINARIA DEL 14 DE ABRIL

- 1.—Elección de Directorio.
- 2.—Nombramiento del Profesor Moacyr Alvaro.
- 3.—Nombramiento Profesor Martini, Delegado Sociedad Oftalmología.
- 4.—Requisitos para ser Oftalmólogo.
- 5.—Board de Censura.
- 6.—Cartas de los Doctores Olivares, Gormaz y Villaseca, referente publicaciones oftalmológicas.
- 7.—Representante de la Sociedad Oftalmológica de Valparaíso (Dr. Araya).
- 8.—Financiamiento de los Archivos.

SESION ORDINARIA DEL 26 DE MAYO

- 1.—Dr. Brucher.— Tumor de la Orbita operado.
- 2.—Dra. Kraus.— Protésis oculares de material plástico.

**SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO
DEL 24 DE JUNIO**

Estatutos. Archivos Soc. Chilena de Oftalmología.

SESION ORDINARIA DEL 30 DE JUNIO

- 1.—Profesor Espildora.— Retinopatías Gravidicas no Intervenidas.
- 2.—Dres. Millán y Bernarth.— Algunos casos de Alergia Ocular.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 14 DE JULIO

- 1.—Dr. Barrenechea.— Grave Traumatismo de la Orbita. (Caso clínico).
- 2.—Dr. Villaseca.— Queratitis Epitelial Meibomiana.
- 3.—Dr. Contardo.— Ojo y Energía Radiante.

SESION ORDINARIA DEL 28 DE JULIO

- 1.—Dr. Gormaz.— Casos de Queratitis de Origen Paranasal.
- 2.—Prof. Verdaguer.— Criogenides y sus Manifestaciones Oculares.

SESION ORDINARIA DEL 25 DE AGOSTO

- 1.—Dr. Mehech.— Vainas Perivenosas en esclerosis múltiples.
- 2.—Dra. Thierry y Dr. Hevia.— Tuberculosis Ocular y su tratamiento con Estreptomina.
- 3.—Dres. Araya y Millán.— Escleroqueratoiritis tuberculosa nodular tratada con estreptomina.

SESION ORDINARIA DEL 29 DE SEPTIEMBRE

- 1.—Dr. Bitrán.— Tuberculosis Ocular y Estreptomina.

SESION ORDINARIA DEL 27 DE OCTUBRE

- 1.—Prof. Espildora.— Catarata Congenita bilateral y Desprendimientos Retinales.
- 2.—Prof. Espildora.— Edema agudo benigno de la cara.
- 3.—Prof. Espildora.— Sincinesias musculares en las Ptosis Palpebrales.

SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO DEL 17 DE NOVIEMBRE

- 1.—Carta de La Soc. Chilena de Tisiología.— (Invitando a Sesión conjunta).
- 2.—Estatutos de la Sociedad Chilena de Oftalmología.
- 3.—Situación financiera de la Revista.

SESION ORDINARIA DEL 24 DE NOVIEMBRE

- 1.—Dr. Bitrán.— Importancia de las Pequeñas Ametropías que dan síntomas y sus Correcciones.
- 2.—Dr. Santos.— Endoftalmitis grave tratada con penicilina.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 1º DE DICIEMBRE

- 1.—Reforma de los Estatutos.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 15 DE DICIEMBRE

Proyecciones Quirúrgicas sobre Extracción de Catarata, Estrabismo, Cuerpos Extraños Intraoculares, magnéticos y no magnéticos, y Reconstitución del Piso de la Orbita.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 16 DE DICIEMBRE.— (Sesión conjunta con la Soc. Chilena de Tisiología).

- 1.—Dr. Hevia.— Consideraciones del Tratamiento con Estreptomicina y Tuberculosis en General.
- 2.—Dra. Thierry.— Tuberculosis Ocular y Tratamiento con Estreptomicina.
- 3.—Dr. Arentsen.— Mecanismo de la Curación de la Tuberculosis tratada con Estreptomicina.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 22 DE DICIEMBRE

- 1.—Conclusiones sesión conjunta Soc. Ch. Tisiología.
- 2.—Dr. Araya y Sr. González.— Gabinete Psicotécnico.— Su funcionamiento.
- 3.—Dr. Serani.— Alcances presentación del Dr. Bitrán.
- 4.—Prof. Verdaguer.— Método de Lancaster.— Regan para determinar astigmatismo.
- 5.—Dr. Scheitzer.— Trat. quirúrgico del rodete quemótico.
- 6.—Dr. Charlín.— Síndrome de Marfán (pres. enferma).

SESION EXTRAORDINARIA DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1948

- 1.—Dr. Lama.— Iridociclitis nodular tbc. y estreptomycin.
- 2.—Drs. Charlín y Gormaz.— Ex. de fondo de ojos en tox. gravídicas.

SESION DE CLAUSURA DEL 5 DE ENERO DE 1949

- 1.—Memoria del Sr. Presidente.
- 2.—Cuenta de Tesorería.
- 3.—Dr. Contardo.— Queratitis aurica.
- 4.—Dr. Pinticart.— Caso de intoxicación por sulfatiazol.

SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO DEL 1º DE ABRIL

SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO DEL 12/3/48

A las 11.30 horas se reúne el Directorio bajo la presidencia del Dr. Martini y actuando de secretario el pro-secretario, por ausencia del titular, en la Clínica Oftalmológica del Salvador, para tratar los siguientes puntos:

- 1.—Comunicación del Prof. Moacyr Alvaro, sobre un viaje de conferencias a Chile del Prof. Adalberto Fuchs, viaje que la Sociedad debía costear desde Lima a Santiago, pagando además los días de la permanencia a razón de 16.50 dólares diarios. Se acuerda declinar el ofrecimiento, por no permitirlo los fondos sociales, ya destinados al presupuesto del año. Se comunicará así al Prof. Moacyr Alvaro, lamentando no poder adherirse al viaje del ilustre conferencista.
- 2.—Se toma conocimiento de un aviso de la prensa llamando a concurso por la Alcaldía para proveer un cargo de ayudante psicotécnico del Gabinete Psicotécnico del Departamento del Tránsito, en que sólo se exige al aspirante 5º año cursado de medicina. Se estima, en vista del importante papel que los completos conocimientos oftalmo-

lógicos desempeñan en la confección de las fichas psicotécnicas, solicitar del Sr. Alcalde se modifiquen las bases del concurso, en el sentido de exigir al aspirante, además de su título de médico, certificados hospitalarios de competencia oftalmológica.

Se levanta la sesión a las 12 hrs.

SESION ORDINARIA DEL 17 DE MARZO DE 1948

El Sr. Presidente abre la sesión a las 19.45 horas.

Asisten: Dras. Thierry y Candia, Dres. Amenabar, Bitran, Camino, Espildora Gormaz, Grant, Santos, Olivares, Wygnanki, Villaseca, Brucher, Brinck, Verdaguer, Barrenechea, Millán, Contardo e Inostroza.

Actúa el pro-secretario en ausencia del secretario.

ACTA.— Se aprueba la anterior de Directorio sin modificaciones.

TABLA.—

1.— Se da lectura a una carta enviada a esta Sociedad por un oculista alemán, el Dr. Wiren Cadena, solicitando remedios y alimentos en forma angustiosa. El Sr. Presidente solicita la venia de la sala para acudir en su ayuda. Se acuerda, por indicación del Dr. Espildora, una contribución de la Sociedad de \$ 500.—, más lo que cada uno de los socios pueda dar por propia iniciativa.

2.—El Sr. Presidente da lectura a un resumen de las actividades de la Sociedad durante el año 1947. Al terminarla, los miembros unánimemente, premian la brillante actuación del Sr. Presidente con un nutrido y sincero aplauso. Puesta en discusión esta memoria es aprobada.

3.— Entregado el diploma al Dr. Villaseca, previa lectura de un sentido homenaje, el Dr. Villaseca agradece emocionado las palabras que el Sr. Presidente pronunciara.

4.— El Dr. Barrenechea da lectura a un informe sobre la labor realizada por él y sus colegas en el Congreso de la La Habana.

El Sr. Presidente felicita la eficiente labor del Dr. Barrenechea y demás colegas en el Congreso, labor que tan en alto grado ha dejado la oftalmología chilena en ese importante certamen. Propone un voto de

aplausos para los integrantes de la comisión que tanto en el aspecto técnico, como en el social y representativo, nos representara tan magníficamente. Expresa que la valiosa y completa información recibida será materia de una próxima reunión de Directorio, para estudiar detalladamente las varias proposiciones que encierra, e informar a la asamblea en una reunión siguiente, para los fines de su aprobación.

A solicitud del Dr. Barrenechea, el Sr. Presidente propone nombrar miembros correspondientes de la Soc. Chilena de Oftalmología a los Profesores Valdeavellano de Perú y Penichet de Cuba, por sus destacadas actuaciones en el Congreso y la elevada situación profesional y social de que gozan en sus respectivos países. La Asamblea por unanimidad aprueba estas designaciones.

5.— El Prof. Verdaguer usa de la palabra para informar sobre su tema en el Congreso de La Habana, sobre desprendimiento retinal. Entre diversas consideraciones, dice que allá se opera casi con la misma técnica que se usa en Chile. El Dr. Pischel usa diatermia de poca carga y un electrodo de forma especial que consigue la coagulación de la coroides. Le teme a la electrocoagulación de grandes dosis.

Pischel evacua el líquido sub-retinal haciendo una serie de pequeñas punturas u orificios. Los micropin se dejan clavados en la esclera, lo que sirve para evacuar el líquido suavemente y localizar el desgarro por transiluminación.

—El Dr. Amenábar dice que el Dr. Pischel es el único que opera desprendimientos retinales en la costa Oeste de los EE. UU., según normas usadas en Chile. Dice que el Dr. Pischel elogió mucho al Dr. Verdaguer, especialmente por su libro. Agrega que en EE. UU. no se usa la imagen invertida. Manifiesta que sigue convencido que este examen es indispensable para la correcta ejecución de esta clase de intervenciones.

—El Dr. Olivares agrega algunas referencias ilustrativas relacionadas con el desarrollo del certamen y otras con diversos aspectos de su viaje por Sudamérica.

El Sr. Presidente dice que esta es la más interesante de las sesiones del año 1947 a 1948, y, reitera emocionado, a los miembros de la delegación chilena al Congreso de La Habana su brillante papel desempeñado y resalta la importancia, cada vez mayor, que adquiere la Soc. Chilena de Oftalmología con la solidaridad de sus socios, ya que

en estos Congresos Internacionales periódicos se está gestando una organización destinadas a dar a las Asociaciones Científicas características de mayor importancia y responsabilidad.

Por no haber otros asuntos pendientes, el Sr. Presidente levanta la sesión a las 21.40 horas.

SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO DEL 2 DE ABRIL DE 1948

Bajo la Presidencia del Prof. Martini, con la asistencia de la totalidad de sus miembros y del Dr. Barrenechea, especialmente invitado, celebra reunión el Directorio de la Soc. Chilena de Oftalmología en la residencia del Prof. Espildora.

El Sr. Presidente abre la sesión a las 20.20 hrs.

Se entra a considerar la siguiente tabla:

1.— Una carta del Prof. Moacyr Alvaro, fechada el 24 de Marzo, refiriéndose a la venida a Chile del Prof. Fuchs, en un próximo viaje de conferencias por la América Latina. Se acuerda responderle que ya, en su debida oportunidad, el 16 de Marzo, en respuesta a otra anterior carta de igual índole, la Soc. Chilena de Oftalmología lamentaba no poder adherirse a este viaje, por diversas consideraciones que aducía.

2.— Se lee otra comunicación del Prof. Moacyr Alvaro con el nombramiento del Prof. Martini como delegado chileno a la Federación de las Sociedades de Oftalmología del Hemisferio Occidental, por el período 1948-1952.

El Prof. Martini dice que contestó agradeciendo esta honrosa designación y agrega que dará cuenta a la Asamblea para los fines pertinentes. Al mismo tiempo solicita reglamentos de una o dos Sociedades, Brasileñas de Oftalmología para compararlos con los nuestros.

A continuación se abre un pequeño debate sobre la cuestión formulada por la Asociación Panamericana de Oftalmología sobre los requisitos exigidos para ser considerado oftalmólogo en Chile. Se acuerda responder que, por el momento, no existe reglamentación al respecto; únicamente la hay para ser miembro activo de la Soc. Chilena de Oftalmología que, prácticamente, supervisa el ejercicio de la especialidad.

3.— El Prof. Espildora comunica haber recibido una nota nombrándole delegado chileno en el Comité de Prevención de la Ceguera. El Directorio se congratula de su nombramiento.

4.— El Prof. Martini formula la indicación de nombrar miembro correspondiente de la Soc. Chilena de Oftalmología al Prof. Moacyr Alvaro, por el importante papel desempeñado en pro de la Oftalmolo-

gía Panamericana. El Directorio hace suya esta designación y solicita en la Asamblea su confirmación.

5.— El Dr. Barrenechea da cuenta de una carta del Dr. Allen sobre la formación del Board de censura de la Asociación Panamericana de Oftalmología, referente a la ética profesional y el nombramiento como delegado por Chile del Dr. Contardo. Se da lectura a una nota que este último envía al Presidente de la Soc. Chilena de Oftalmología, comunicando ese nombramiento recaído en su persona, para que la Sociedad determine.

6.— Para los fines de un buen entendimiento en cuanto a las relaciones con otras Sociedades de Oftalmología, especialmente la de Valparaíso, se acuerda solicitar del secretario de esa Sociedad que solicite de ella el nombramiento de un delegado permanente que la represente en la Soc. Chilena de Oftalmología. El Dr. Barrenechea se encarga de este asunto.

7.— **Financiamiento de los Archivos de la Soc. Chilena de Oftalmología:** El Dr. Barrenechea, director de ellos, hace una exposición completa del estado actual y posibilidades de financiamiento para el presente año, estimando que un total de 4 revistas anuales publicadas, alcanzará un valor de más o menos \$ 32.000.

Abierto el debate el Sr. Presidente propone la formación de los Amigos de la Sociedad, con participación activa en sus actos, para que ayuden económicamente a su publicación.

Por otra parte, el Dr. Barrenechea agrega que este financiamiento se podría entregar al Sr. E. Lagos, experto en la materia, quien, en principio, podría aceptar publicarlos a su entera responsabilidad, sin costo para la Soc. Chilena de Oftalmología. Se le encarga apersonarse a este señor e indagar condiciones concretas para darlas a conocer en la próxima asamblea.

El Sr. Presidente desea y se acuerda, que la próxima sesión ordinaria de la Sociedad sea el miércoles 14 del presente, con la siguiente tabla: Elección de Directorio, Asuntos relacionados con el Congreso, Archivos Chilenos de Oftalmología, y Asuntos Varios.

No habiendo otras cosas que considerar, el Sr. Presidente levanta la sesión a las 21.40 hrs.

SESION ORDINARIA DEL 14 DE ABRIL DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 20.10 hrs.

Asisten: Dra. Pinticart y Dres. Arentsen, Barrenechea, Bitran, Brinck, Brucher, Charlin, Contardo, Espíldora, Jasmen, Gormaz, Jaluff, Inostroza, López, Lama, Olivares, Mehech, Santos, Wygnanki, Millán, Peralta, Villaseca, Pazols y Araya.

ACTAS.— Se aprueban las 3 últimas sin modificaciones.

CORRESPONDENCIA.— Comunicaciones de los Dres. Espildora y Barrenechea, agradeciendo condolencias enviadas por la Soc. Chilena de Oftalmología por fallecimientos de su señor padre y señora madre, respectivamente. Una carta del Prof. Moacyr Alvaro, con el nombramiento al Prof. Martini como delegado chileno en la Federación de Sociedades de Oftalmología.

Cablegramas de los Dres. Yanes, Cepero y Branly, agradeciendo sus designaciones de miembros correspondientes.

Comunicación del Dr. Contardo al Sr. Presidente, dando cuenta de su nombramiento como miembro del Comité de Censuras en Chile y delegándolo en la Soc. Chilena de Oftalmología.

Carta firmada por los Dres. Olivares, Gormaz y Villaseca, felicitando a los miembros chilenos al Tercer Congreso Panamericano de La Habana y comentando la aparición en la Prensa de artículos referentes a ese certamen.

Una comunicación nombrando al Prof. Espildora miembro del Comité de Prevención de la Ceguera.

Una nota del Prof. Moacyr Alvaro, solicitando reglamentación para ser considerado oftalmólogo en Chile.

TABLA 1.— Elección de Directorio. Se procede a votación, resultando la actual mesa reelegida por gran mayoría. Ella da, en un total de 24 votantes, los siguientes resultados: Presidente, Prof. Martini, 19 votos; Vicepresidente, Prof. Espildora, 15 votos; Secretario, Dr. Araya, 22 votos; Prosecretario, Dr. Brinck, 15 votos; y Tesorero, Dr. Contardo, 22 votos.

Acto seguido el Prof. Martini, en emocionadas palabras, agradece su reelección, que estima gran deferencia y cariño a su persona. Declina seguir presidiendo la Soc. Chilena de Oftalmología por diversas razones, entre otras, por haber dejado el ejercicio activo de la profesión. Reitera sus deseos que se elija a otra persona para este cargo.

El Dr. Gormaz manifiesta estar en desacuerdo total con las razones expuestas por el Sr. Presidente, para no aceptar su justa reelección. Interpretando el sentir general, cree que el hecho que el Prof. Martini disponga de mayor tiempo, de ahora en adelante, redundará en positivos beneficios para la Sociedad, que seguirá contando con la gran dedicación, experiencia y eficacia del Prof. Martini.

Dr. Olivares se adhiere a las palabras del Dr. Gormaz y recuerda que igual situación se produjo en Cuba en la elección del Directorio de la Soc. de Oftalmología.

Aplausos prolongados de la Asamblea rubrican estas palabras.

Prof. Martini egrega que esta nueva demostración lo hace desis-

tir de sus pretensiones y reconociendo que contará con la misma confianza y deferencia de siempre de parte de todos, acepta entonces seguir rigiendo sus destinos por el nuevo período.

Nuevos aplausos premian esta determinación.

2.— El Sr. Presidente propone el nombramiento de miembro correspondiente de la Soc. Chilena de Oftalmología, del Prof. Moacyr Alvaro, acordada por el Directorio en su última reunión.

La Asamblea lo aprueba por unanimidad.

3.— Respecto a su nombramiento como delegado chileno a la Federación de Sociedades de Oftalmología, el señor Presidente agrega que solicitará estatutos de alguna Soc. de Oftalmología para compararlos con los nuestros, en vista a modificaciones adecuadas. Propone se elija una comisión de estatutos constituida por la mesa directiva y asesorada por 3 miembros de la asamblea para que informe en un plazo de seis meses. Estos resultados se darán a conocer a cada socio en particular por circulares.

Se aprueba esta indicación, designándose al Dr. Millán, a propuesta del Dr. Barrenechea; al Dr. Gormaz, a indicación del Dr. Villaseca; y al Dr. Barrenechea a indicación del Dr. Contardo. El Dr. Barrenechea manifiesta que pondrá al servicio de esta comisión su experiencia recogida en el Congreso de La Habana y que acepta por esta razón integrar esta comisión.

4.— Requisitos para ser considerados Oftalmólogos.

Dr. Jasmen cree haber oído del Prof. Espíldora, hace 4 ó 5 años que para el efecto era necesario haber desempeñado la especialidad en un Servicio Hospitalario durante 3 años.

Prof. Espíldora le responde que eso constituye actualmente uno de los requisitos exigidos para ser miembro activo de la Soc. Chilena de Oftalmología. Agrega, también, que la Facultad de Medicina tiene un proyecto de transformar los cursos para médicos de post-graduados en cursos de especialización y considera muy oportuno que la Soc. Chilena de Oftalmología preste su cooperación en caso necesario. Piensa que esta idea podría extenderse a otras especialidades. Constituiría una condición, entre otras, para ser considerado miembro de la Asociación Panamericana de Oftalmología. El Dr. Barrenechea hace presente haber recibido una carta del Dr. Allen agradeciendo la colaboración de los oculistas latinoamericanos frente a los deseos de organizar el Board de Oftalmología.

El Sr. Presidente, referente al problema planteado por el Prof.

Espíldora, dice que el *modus operandi* sería el siguiente: 1º Una comunicación al Sr. Decano; 2º Una al Sr. Presidente del Comité Panamericano de Oftalmología, Dr. Jorge Valdevellano; y 3º Cooperación posterior de la Sociedad al Proyecto que la Facultad elabore.

5.— **Board de Censuras.**— Se comunica el nombramiento del Dr. Contardo al respecto y los deseos de éste de delegar en la Sociedad estas funciones.

Prof. Espíldora.— Cree que en este caso no procede determinación alguna, puesto que este nombramiento lo ha hecho la propia Asociación Panamericana de Oftalmología, semejante al nombramiento del Dr. Martini como delegado de Chile ante ella. Aplaudiva este gesto tan encomiástico del Dr. Contardo y se congratula de su designación. Propone que por su intermedio, la Sociedad solicite las normas y reglamentos para su conocimiento.

6.— Respecto a la carta de los Dres. Olivares, Gormaz y Villaseca, el Dr. Barrenechea cree que pudieran ser mal interpretadas algunas publicaciones referentes a su persona. Manifiesta que ellas han sido originadas por el interés del Director del Hospital San Juan de Dios, de enaltecer el Servicio de Oftalmología del Establecimiento, y le parece que no tienen otra significación.

El Dr. Millán manifestó estar de acuerdo con las ideas vertidas en la carta y es partidario que, de ahora en adelante, las publicaciones científicas que aparezcan deben ser previamente conocidas por la Sociedad Chilena de Oftalmología. Cree que la propaganda particular que ellas contienen, a la larga sólo traen un desprestigio de la especialidad.

Prof. Espíldora propone que la Sociedad tome el acuerdo de prohibir estas publicaciones de carácter científico, antes de darlas a conocer a cada socio en particular.

Dr. Contardo, referente a que pudiera estar complicado él en algunas de estas publicaciones, hace hincapié que personalmente no sabe nada de esto. Por lo demás, cree que estas publicaciones caen dentro del Comité de Censura, debiendo oírse previamente los descargos.

El Sr. Presidente. Se enviará Circular a los Socios con el acuerdo redactado en este sentido.

Dr. Barrenechea lee algunos acuerdos del Board de Censura. Considera que ellos afectan a los miembros de la Sociedad sobre los cuales esta debe intervenir. Sobre los otros, los no miembros, no hay jurisdicción.

Dr. Gormaz cree que los culpables podrían ser afectados por contra-publicaciones de la Asociación Panamericana.

El Sr. Presidente solicita se redacte el acuerdo respecto del asunto. Este quedará así: La Soc. Chilena de Oftalmología prohíbe a sus

miembros publicaciones en la Prensa profana de artículos que estén en referencia o estén en relación con asuntos técnicos de la especialidad.

Prof. Espíldora, se refiere a cierto tipo de publicaciones de divulgación científica que periódicamente, y con un fin digno de aplaudir el Dr. Paulino Díaz, recientemente fallecido, publicara en "El Mercurio".

El **Dr. Barrenechea**, es partidario del siguiente acuerdo: "La Soc. Chilena de Oftalmología prohíbe la publicación de artículos científicos que signifiquen propaganda personal".

Dr. Olivares solicita saber el parecer de la asamblea respecto de las entrevistas en general.

El **Prof. Espíldora** es partidario de negarse a ellas, por provocar, la mayoría de las veces, malas interpretaciones.

Dr. Brucher, pide que sea el Directorio quien lo redacte con calma y en debida forma.

Dr. Espíldora, de acuerdo con esta idea.

El Sr. Presidente. Este acuerdo será incluido en los estatutos una vez que se hayan reformado, y cada socio estará obligado a acatarlos.

Dr. Brucher se refiere a una situación particular. Como jefe del Departamento Psicotécnico de la Dirección del Tránsito, muchas veces debe aconsejar, con miras de evitar accidente, y teme que algunas de estas publicaciones puedan ser mal interpretadas.

7.— Representante de la Soc. Oftalmológica de Valparaíso ante la Soc. Chilena de Oftalmología respecto de la Asociación Panamericana.

El **Dr. Barrenechea** dice haber conversado al respecto con el Dr. Oyarzún, secretario de la Sociedad Porteña, quien solicitará de ella se nombre al Dr. Araya como su delegado. Contestará definitivamente en fecha próxima.

8.— Financiamiento de los Archivos Chilenos de Oftalmología.

Dr. Barrenechea, dice que el Sr. Edmundo Lagos de la Central de Publicaciones acepta la publicación y distribución de la Revista, bajo su responsabilidad con ciertas condiciones: \$ 200 a los socios que tendrían que adquirirla aparte, y \$ 10 dólares para el extranjero. Del total se deduciría un 30% y él mismo conseguiría los avisos convenientes. **Dr. Barrenechea** cree que sólo cuotas extraordinarias podrían cubrir este problema.

Dr. Contardo, es partidario de subir algunas cuotas; por ejemplo, las de los socios jefes de Servicios y profesores, manteniendo invariables las restantes.

El Sr. Presidente recalca que, prácticamente, los socios deben hacer doble desembolso, y en este sentido, los de provincias serían los más perjudicados.

Dr. Barrenechea, sin embargo, sabe del interés en provincias para estas publicaciones.

Dr. Olivares hace ver que la Revista es independiente de la Sociedad misma y las suscripciones pueden ser totalmente voluntarias.

Dr. Gormaz considera subido el costo de la Revista, especialmente para el extranjero.

Dr. Barrenechea, hay exigencias de algunos colegas del extranjero que piden se les cobre la Revista que se les envíe.

Prof. Espíldora, cree que la Sociedad particularmente tiene pocos gastos, por lo que estima que sus fondos deben dedicarse especialmente para esta publicación, manteniendo las cuotas actuales y cubriendo los primeros, en caso necesario, con cuotas extraordinarias.

Dr. Contardo, recuerda que más o menos la Tesorería arroja entradas que fluctúan alrededor de \$ 16.000.— al año, a los que había que sumar los \$ 10.000.— que aporta el Sr. Saval. Insiste en subir algunas cuotas, de las que ya hizo mención.

Dr. Brucher no es partidario de cuotas extraordinarias.

Dr. Brinck, sugiere la idea de solicitar de la Universidad de Chile ayuda económica al respecto.

A continuación intervienen varios socios en el debate, finalizando el Prof. Espíldora con la siguiente idea: "Destinar los fondos de la Sociedad para la Revista, deduciendo de ellos un 10% para sus gastos de secretaría".

Dr. Arentsen, de su reciente estada en Buenos Aires, recuerda que tuvo oportunidad de conocer detalles de la Revista de Oftalmología de esa ciudad y, entre ellos le pareció importante el intercambio de Revistas y gran participación en su financiamiento por medio de avisos. Incluso, agrega, existe una bibliotecaria pagada, para que se preocupe de estos asuntos.

El Sr. Presidente, a su parecer, el financiamiento podría estar constituido por \$ 10.000.— proporcionados por el Sr. Saval; \$ 14.000.— en avisos por intermedio del Sr. Lagos, y un máximo de \$ 12.000.— aportados por la Sociedad. Agrega que es conveniente que la contabilización sea entregada a la Sociedad misma.

Dr. Barrenechea, precisamente el Sr. Lagos entregará los fondos al Dr. Contardo para su administración.

Sr. Presidente, solicita autorización para que la mesa pueda formalizar el trato.

Acordado.

Dr. Barrenechea, manifiesta que ha habido atrasos en la entrega del primer número del año 1947, por haber salido con 2 ó 3 páginas mal impresas, las que hubo necesidad de repetir. Respecto a los otros números pendientes de este año, cree que el Sr. Lagos no se haría cargo de ellos, en forma retrospectiva, sin embargo, solicitará esto al Sr. Lagos.

Sr. Presidente, siempre recordando a los socios de provincia, cree que para incrementarles el interés por la Sociedad, debe enviárseles copias a roneo, de sus actas y de toda noticia importante por conocer.

Esta indicación se aprueba por unanimidad.

Fuera ya de tabla, el **Dr. Jasmen** solicita la palabra para invitar a la Soc. Chilena de Oftalmología para que se haga representar por algunos miembros a jornadas oftalmológicas que se celebrarían próximamente en Antofagasta. En esas sesiones se podría llegar a interesantes conclusiones sobre algunas afecciones oculares, preferentemente locales y de altura. Para el éxito de ellas existe espíritu de ayuda de algunas Compañías mineras y salitreras y de la Caja del Seguro.

El **Sr. Presidente** agradece esta invitación, dejándola para un mayor estudio.

El **Sr. Presidente** avisa, por intermedio del Dr. Wygnanki, que el Dr. Germán Stolting vive actualmente en Gotenburg, Alemania, y que la Sociedad le enviará afectuosos saludos por tal motivo, y un paquete con comestibles hasta un valor de \$ 500.

Se aprueba.

Por no haber otros asuntos que tratar, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.45 P. M.

Sociedad Chilena de Oftalmología

SESION ORDINARIA DEL 26 DE MAYO DE 1948.

El Sr. Presidente abre la sesión a las 7.40 P. M.

Asisten: Dras. Kraus, Pinticart, Thierry y Tobar, y Dres. Arentsen, Brücher, Camino, Contardo, Charlin, Espildora, Mehech, Moya, Mercy, O'Reilly, Peralta, Santos, Verdaguer, Lama, Olivares y Araya.

Acta. Se aprueba sin modificaciones.

Asuntos varios. El Sr. Presidente solicita el parecer de la asamblea para ratificar nombramiento del Dr. Barrenechea como delegado de Chile ante el Consejo de la Asociación Panamericana de Oftalmología solicitado por el Prof. Moacyr Alvaro en reciente comunicación.

Se aprueba.

Correspondencia. Una comunicación del Prof. Moacyr Alvaro agradeciendo su nombramiento de miembro correspondiente de la Soc. Chilena de Oftalmología.

Providencia del Ministerio de Relaciones Exteriores transcribiendo copia de un informe de nuestro Embajador en los EE. UU. referente a las actividades oftalmológicas del Dr. Santiago Barrenechea en ese país, enumerando las distintas Clinicas y Hospitales que conoció en su reciente estadía.

El Sr. Presidente hace notar la importancia de esta nota, por cuanto es un documento que enaltece a la Soc. Chilena de Oftalmología, y que deja testimonio de la brillante actuación de nuestro consocio, Dr. Santiago Barrenechea.

Tabla.

1.— **Dr. Brücher** presenta el siguiente caso clínico con la enfermedad presente: Se trata de una paciente de 9 años, con exoftalmo del ojo derecho de 4 años de antigüedad, el cual se hace más manifiesto con el ejercicio físico y se reduce con el reposo, con una fluctuación de 5°. El examen oftalmológico, salvo este exoftalmo, es totalmente negativo. Igualmente sus antecedentes personales y familiares. Los exámenes practicados, entre ellos, radiografía de cráneo, agujeros ópticos y órbita, reacción de Kahn, examen de orina, tiempo de coagulación y sangría, etc., todos normales.

El Dr. Brücher, pensando en un posible tumor orbitario retro-

ocular y aprovechando la estadía del Dr. Kirby entre nosotros, le presenta el caso el 26 de Agosto de 1947 y este piensa que se trata de un posible tumor vascular, probable un angioma de la órbita, proponiendo orbitotomía exploradora, la que se efectúa el 24 de Septiembre de ese año, debiendo hacer una cantotomía previa y sección del recto externo. Ella revela una tumoración que ocupa el vértice orbitario, semejante a una pelota de goma, no adherente a los tejidos vecinos ni al globo ocular. Una biopsia manifiesta tratarse de fibromixoma, informe erróneo, como pudo verse después.

La enferma hace un post-operatorio feliz, quedando con sólo estrabismo paralítico del ojo derecho por compromiso muscular.

El 3 de Diciembre de ese año se procede a la operación para extirpar esta tumoración, intervención que practica el Dr. Brücher asesorado por el Dr. Latorre y bajo anestesia general. El relator abunda en detalles muy completos de ella, destacando de paso las enormes ventajas que establece la técnica que ellos siguieron, tanto por el amplio campo operatorio como también por evitar cualquier compromiso ocular, nervioso y vascular de la órbita y, aun más, dejar posibilidades para una craneotomía si fuera necesaria. La tumoración se extirpa sin mayores dificultades, resultando ser un quiste dermoide, confirmado ampliamente por un nuevo informe anatomopatológico. Tras un post-operatorio sin complicaciones se la da de alta en buenas condiciones, con reducción del exoftalmo y una cicatriz poco visible.

A continuación analiza los quistes dermoides en general, hace consideraciones sobre el exoftalmo de la enferma y finaliza recomendando esta operación para otros casos similares, operación que tuvo la oportunidad de ensayar previamente en varios cadáveres.

La asamblea, con nutridos aplausos, felicita al Dr. Brücher por su brillante disertación.

Discusión

Dr. Olivares. Se pregunta si pudo ser la misma la vía exploradora como la vía por la cual se extirpó el tumor.

Dr. Brücher. Precisamente debió ser la misma y en cuanto a ésta, la que uso para extirpar al tumor, por sus ventajas innegables.

El Sr. Presidente desea saber sobre el volumen del tumor.

Dr. Brücher responde que era más o menos redondeado, liso, del tamaño de un huevo de paloma.

El Sr. Presidente desea saber si estaba colocado dentro o fuera del embudo muscular.

Dr. Brücher responde que dentro y en el vértice. Luego agrega que la intervención segunda no provocó compromiso muscular alguno.

2.— **Dr. Olivares** pide disculpas para no hacer la presentación, por no estar completa aun la investigación de laboratorio complementaria por motivos ajenos a su voluntad. Sólo se pudo observar los micelios al examen directo. A su parecer esta situación le resta interés.

3.— **Dra. Kraus** ocupa la tribuna para relatar su experiencia de 2 años en ojos protésicos de material plástico, acrílico, en un total de 148 casos.

Agradece primeramente la eficaz cooperación prestada por el Prof. Panatt y ayudantes para la elaboración de este trabajo.

Recuerda en seguida que fueron dentistas norteamericanos los inventores por escasez de los ojos standard con motivo de la segunda guerra mundial. Luego analiza las numerosas ventajas que, a su parecer tiene este nuevo ojo protésico, entre ellas: fabricación individual, mejor aspecto, mayor movilidad e irrompibilidad. Se extiende en detalles sobre la confección de ellos y las modificaciones por ella introducidas, haciendo hincapié de que en ciertos casos es indispensable la colaboración del oculista y en otros una etapa de adaptación, especialmente en enfermos con párpados retraídos o aflojados.

Finaliza su exposición mostrando algunos casos clínicos, que ponen de manifiesto las ventajas que acaba de enumerar.

El **Sr. Presidente** felicita cordialmente a la **Dra. Kraus** por su exposición, que encuentra sumamente interesante y abre un nuevo campo en esta clase de experiencias.

Terminada la tabla el **Sr. Presidente** desea referirse a la situación de los Archivos Chilenos de Oftalmología, con motivo del estado creado por la extraordinaria alza de los precios en la impresión, lo que obliga a tomar resoluciones presupuestarias.

Según cálculos muy aproximados, la publicación de cada número cuesta más o menos \$ 8.000.—, lo que en total de 4 números al año resultan \$ 32.000.—. Para este financiamiento es necesario contratar avisos, lo que naturalmente no es del resorte de los médicos que están actualmente dirigiendo la Revista. Fué preciso entenderse con un empresario comercial que tomara a su cargo no sólo este rubro, sino también el de distribución de la Revista y cobranzas de las subscripciones. Esta empresa comercial, o sea el **Sr. Edmundo Lagos** precisamente, se encargaría de estos trabajos con un honorario del 30% de lo encomendado a su cargo, es decir, cobranza y contratación de avisos.

El **Sr. Presidente** somete a la aprobación de la Sociedad los siguientes puntos:

- 1) Fijación en \$ 200.— el valor de las subscripciones anuales de la Revista en el país, y en US\$ 8.— en el extranjero.

- 2) Aprobación del convenio con el señor Lagos.
- 3) Aporte de la Soc. Chilena de Oftalmología de la suma que se necesite para el financiamiento total.

La Asamblea aprueba estos distintos puntos por unanimidad.
El Presupuesto anual de 4 números quedaría entonces así:

Entradas:	Subscripciones chilenas	\$ 8.600.—
	Aporte del señor Saval.. . . .	10.000.—
	Avisos	10.000.—
	Aporte de la Sociedad.. . . .	8.880.—
	TOTAL	\$ 37.480.—

Gastos:	Impresión	\$ 32.000.—
	Comisión del 30% sobre avisos, impresión y distribución .. .	5.480.—
	TOTAL	\$ 37.480.—

En este presupuesto no han sido consideradas las subscripciones del extranjero y otras entradas eventuales.

La Asamblea aprueba este presupuesto.

No habiendo otros asuntos, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.20 P. M.

Sesión del Directorio del 24 de Junio de 1948

Con asistencia de todos sus miembros menos el pro-secretario, Dr. Binck, se reúne a las 11.30 A. M., en la Clínica Oftalmológica del Hospital del Salvador.

El Presidente informa que tomando en consideración las nuevas obligaciones contraídas por la Sociedad, en vista que las subscripciones a la Revista "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA", serán en lo sucesivo pagadas aparte de las cuotas sociales, y en vista también del aporte regular que conforme al presupuesto aprobado tendrán que hacer los fondos sociales para el mantenimiento de la misma, ha estimado necesario confeccionar un estatuto para establecer el funcionamiento de la nueva actividad editora de la Sociedad.

Somete al estudio del Directorio el siguiente estatuto, que ya fué

también discutido en detalle con el Director de la revista, Dr. Barrenechea:

1º—La Revista Archivos Chilenos de Oftalmología es Órgano Oficial de la Sociedad, y estará bajo la tuición de un Comité de Redacción nombrado cada año por elección junto con el Directorio.

2º—Dicho comité estará formado por un Director, un Secretario y un grupo de 3 ó 4 miembros en representación de los principales servicios de Oftalmología.

3º—El Director de la Revista es Presidente del Comité de redacción, quien dispone sobre los trabajos que deben publicarse y la forma en que han de aparecer, tiene todas las atribuciones necesarias para el progreso y perfeccionamiento de la publicación. Incluso podrá exigir del Comité financiero asesor, los excedentes eventuales del presupuesto anual, si lo considera necesario para el mayor realce de ella.

4º—Se publicarán 4 números de la Revista cada año, uno por cada trimestre, pero el Director podrá fundir dos números sucesivos en uno si el contenido del número doble equivale a dos números corrientes.

5º—Para las finalidades financieras contará con la colaboración de un Comité asesor formado por el Presidente y el Tesorero de la Sociedad Chilena de Oftalmología, con el que resolverá todo lo relacionado con entradas y gastos, incluso los precios y condiciones de los avisos.

6º—Para los trabajos de índole técnica tendrá la cooperación del Comité de Redacción, al que convocará a reunión a lo menos una vez al principio de cada trimestre para oír sus sugerencias y distribuir el trabajo entre sus miembros.

7º—Tratará directamente con los impresores de su confianza todos los detalles tipográficos, de tiempo y de precio que considere útiles. Podrá objetar o suspender la publicación de avisos cuando juzgue que su redacción no es apropiada al espíritu de la Publicación.

MOVIMIENTO FINANCIERO

El Tesorero Social formará con el Presidente de la Sociedad el Comité Asesor Financiero del Director de la Revista.

1º—El Tesorero llevará aparte la contabilidad de la Revista, velando porque cada número que aparezca esté previamente financiado con los recursos consultados en el presupuesto.

2º—Pondrá a disposición del Director, o de quien él señale, los fondos necesarios para los pagos.

3º—Llevará el control de la distribución de la Revista y de la exacta publicación de los avisos en las fechas convenidas.

4º—Confeccionará cada año un presupuesto financiero de la Re-

vista, que presentará a la aprobación de la Asamblea en la última sesión anual. Si esa sesión no se verificara por falta de quorum (un quinto de los socios inscritos) se considerará el presupuesto en vigencia hasta la sesión en que se discuta.

Oído el Estatuto el Directorio lo acepta y acuerda someterlo al estudio de la Asamblea en la próxima reunión, para su definitiva aprobación. También considera al Directorio los convenios existentes con el actual distribuidor, señor Edmundo Lagos, en gran parte en vigencia, y acuerda que en general cualquiera que sea el distribuidor, los convenios en las actuales condiciones deberán tener presente los siguientes puntos que también han sido informados favorablemente por el Director de la Revista:

1º—El distribuidor se encarga de la cobranza de las subcripciones en general y de los avisos contratados por él.

2º—Se encarga de la distribución de la Revista conforme a las instrucciones del Director, y asumirá todos los gastos de embalaje y franqueo. Garantizará en lo posible un minimum de rendimiento anual neto de los avisos con el fin de poder confeccionar los presupuestos.

3º—Comunicará en los 5 primeros días de cada trimestre la nómina de subscriptores nuevos y avisadores antiguos y nuevos, con sus respectivos pagos.

4º—Recibirá por estos servicios un honorario del 30% de las subcripciones y del 15% de los avisos.

5º—Se confeccionará una lista de los avisadores probables para que él gestione su adhesión.

6º—Para los fines de la contabilidad, se hará liquidación periódica de entradas y egresos; el distribuidor pagará el total de lo recaudado y recibirá en cheque del Tesorero la comisión correspondiente.

7º—La tarifa de avisos y subcripciones podrá ser alterada por la Sociedad.

8º—Para todas las operaciones referentes a la Revista deberá entenderse con el Director.

9º—Para el cooperador nato de la Revista, señor D. Francisco Saval, y los productos que expende, la Sociedad se reserva sin comisión el espacio publicitario que considere necesario en su Revista.

10º—De estos convenios se dejará constancia por carta.

A las 12.15 M., no habiendo otro asunto que tratar, se levanta la sesión.

SESION ORDINARIA DEL 30 DE JUNIO DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 7.40 P. M.

Asisten: Dras. Tobar y Thierry, y Dres. Amenábar, Arentsen, Bistrán, Brinck, Camino, Contardo, Charlin, Espíldora, Gormaz, Inostroza, López, Martini, Millán, Peralta, Santos, Schweitzer, Verdaguer, Villaseca, Wignanky, Lama y Araya.

Actas: Se aprueban sin modificaciones las del 26 de Mayo, ordinaria, y la del 24 de Junio extraordinaria de Directorio.

El señor Presidente solicita el parecer de la Asamblea respecto a los Estatutos de los Archivos Chilenos de Oftalmología, contenidos en la sesión de Directorio última.

La Asamblea los aprueba sin objeciones y por unanimidad.

Correspondencia: Una carta del Dr. Penichet, cubano, agradeciendo su nombramiento de miembro correspondiente de la Soc. Chilena de Oftalmología.

Asuntos Varios: El señor Presidente felicita cordialmente, en su nombre y en el de la Soc. Chilena de Oftalmología, al Prof. Espíldora, por su reciente libro titulado "Ojo y Linfoganuloma Venéreo", y se congratula de que obra tan importante y novedosa haya sido publicada.

Tabla: El Dr. Villaseca solicita la venia de la mesa para presentar un enfermo con queratitis epitelial meibomiana, en plena evolución. Así, el examen de su ojo derecho, en la mirada hacia abajo, se le encuentra blanco, pero hacia arriba se aprecia la lesión corneal. Además, es posible demostrar el compromiso de las glándulas de Meibomio.

El relator cree que se trata de un cuadro aún no descrito en la literatura.

Seguidamente, el Dr. Lama presenta un enfermo del Seguro Obrero, afecto de quiste dermoide queratolimbar del ojo izquierdo, en que es posible ver, a simple vista, pequeños pelitos que irritan constantemente la córnea.

Se presenta como curiosidad clínica.

En primer lugar de la tabla, el Prof. Espíldora hace uso de la palabra para relatar un interesante trabajo clínico, analizando un grupo de 15 enfermos con Retinopatias gravidicas no intervenidas, con el objeto de señalar un criterio médico de gran importancia para el oculista y el tocólogo.

Comienza con breves comentarios sobre la conducta seguida ha-

bitualmente en esta clase de enfermos, citando autores y estadísticas diversas, todas en general muy pesimistas sobre la vida y visión de las afectadas. Agrega que él, personalmente y conjuntamente con otros oculistas, difiere de conceptos considerados casi clásicos, siendo precisamente el presente trabajo destinado a demostrar, a través del análisis cuidadoso de cada enferma particular, este nuevo criterio.

Resumiendo, de 15 enfermas observadas, 12 alcanzaron una restitución completa, funcional y anatómica retinal, con recuperación total de la visión, quedando tan sólo 3 con un defecto visual de poca monta. Por lo demás, estas últimas eran nefritis preexistentes reveladas por una esclerosis retiniana, conjuntamente con su retinopatía.

El relator cree que el oculista no debe sobrepasar ni desfigurar el criterio clínico del tocólogo, pues desde el punto de vista oftalmológico la retinopatía resulta ser una complicación reversible, que no amenaza en extremo ni la visión ni la vida de la enferma. Por otra parte, numerosos otros factores clínicos deben decidir la conducta del tocólogo, siendo sólo de carácter informativo y descriptivo la colaboración del oculista, en estos casos.

Discusión: Dr. Amenábar Prieto: felicita al Prof. Espíldora por su trabajo y desea puntualizar algunos puntos que él tuvo oportunidad de observar cuidadosamente hace algunos años, a raíz de un trabajo publicado por él sobre "Retinopatías Gravídicas". Entre ellos, manifiesta que el embarazo, en el 90% de los casos evoluciona en forma normal, y que sólo en el 2% da complicaciones de toxicosis gravídicas o eclámpicas. Estas se manifiestan por los siguientes síntomas: hipertensión, insuficiencia hepática, alteraciones del fondo de ojo y nefropatías gravídicas. Ahora bien, en este 2% de eclámpicas, el 93% de ellas acusan un fondo de ojo normal, presentando el 7% restante la retinopatía gravídica, la cual, como característica no presenta alteración de los vasos retinianos. Según Duke Elder, estas enfermas quedan con su vida y visión limitadas, y observadas posteriormente son posibles de hacer lesiones vasculares, no observándose muchas de estas últimas porque probablemente mueren antes.

A su parecer, la interrupción del embarazo en los casos indicados, tiene gran importancia para defender su sistema vascular.

Dr. Gormaz: le parece raro el hecho de que Duke Elders encuentre el 93% de los fondos de ojos negativos. Conjuntamente con Charlín Vicuña, en un grupo de 200 enfermas eclámpicas examinadas, difiere en líneas generales de Amenábar, pues en el 60% de los casos encuentran alteraciones que los hacen pensar en ellas aún sin ver sus papeletas clínicas. Sin embargo, la retinitis gravídica, a su parecer, es rara.

Prof. Espíldora recalca que su comunicación pretende ubicar al

oculista en el lugar en que debe estar, puesto que la comprobación de una retinopatía gravídica no lo autoriza para desviar, o transfigurar, el criterio general formado por el tocólogo, e indicar la interrupción del embarazo. Insiste que el obstetra no debe alarmarse en cegueras con fondo de ojo normal y con discretas lesiones, y ser más cauteloso respecto de lesiones retinianas de mayor intensidad.

El señor Presidente aplaude el significado de esta presentación clínica, porque abre nuevos criterios, tanto al oculista como al obstetra; personalmente él ha sido testigo de numerosos casos que mejoraban no quedando ciegos a pesar del embarazo. Agrega que este estudio podrá extenderse a interesantes capítulos de la hipertensión, por el enorme papel que desempeñan en las retinopatías, nefritis y lesiones cerebrales.

Dr. Contardo: Muy interesante el trabajo, y recalca que el informe del oftalmólogo sólo debe ser informativo. Hace resaltar también su impresión de que generalmente el obstetra no hace una buena interpretación de un informe de fondo de ojo, posiblemente por las múltiples clasificaciones existentes, y que es necesario uniformar.

Los Dres. Millán y Bernarth desarrollan el trabajo titulado "Algunos casos de Alergia Ocular".

Primeramente el Dr. Millán en su exposición sobre alergia ocular insiste en la necesidad de tener presente esta etiología, a la luz de la cual pueden explicarse muchos cuadros oculares de causa ignorada, que por su aparición brusca, su periodicidad y su desaparición, a veces sin que podamos atribuirlos a la aplicación del tratamiento, son propiamente manifestaciones alérgicas. El relator agrega que muchas de las manifestaciones oculares llamadas corrientemente focales, son en realidad reacciones patológicas debidas a una hipersensibilidad adquirida, pudiendo explicarse mejor entonces las curaciones espectaculares y casi inmediatas con la remoción de los focos responsables.

A continuación el Dr. Millán analiza rápidamente los cuadros oculares considerados como alérgicos, y relata algunos muy interesantes observados por él, en que esta etiología puede ser demostrada fehacientemente.

Luego después el Dr. Bernarth entra a desarrollar este tema desde el punto de vista alérgico. Manifiesta que el ojo y anexos son a menudo asiento de afecciones alérgicas, y que el ojo del animal se presta admirablemente para observar las distintas modificaciones provocadas experimentalmente.

Explica detalladamente lo que conocemos por enfermedad sérica en el hombre, analizando cuidadosamente el experimento "Modelo de Wessely", practicado en la córnea del animal. En líneas generales, lo explica como una reacción antígeno-anti-cuerpo, con liberación de una

substancia H. de acción muy semejante a la Histamina, y desencadenante de estados alérgicos.

En seguida analiza numerosas otras experiencias de esta naturaleza, en especial el signo de Arthus, la reacción de Prausnitz-Kustener, etc., etc. Por último, refiriéndose a la sintomología la divide en "sintomología probable" y "sintomología segura", extendiéndose en esta última en los test cutáneos, comúnmente conocidos.

En cuanto al tratamiento, también lo divide en tratamiento local (baños con sueros y gotas de adrenalina-efetonina) y tratamiento general. Este último, es inespecífico (régimen alimenticio, calcio, magnesio, etc.) y específico o desensibilizante en general. Respecto a este último, agrega también algunas palabras sobre las sustancias anti-histamínicas, de acción desensibilizante, entre ellos la pyribenzamine.

Discusión: El señor Presidente desea manifestar su complacencia por esta clase de relatos tan ilustrativos por su alto sentido práctico. Agrega que, todos seguramente han observado ciertos casos inexplicablemente rebeldes a nuestros tratamientos, y que podrían ser estados alérgicos. Agradece y felicita a los relatores por esta interesante contribución científica.

Dado lo avanzado de la hora se levanta la sesión a las 9.40 P. M., acordándose celebrar una sesión extraordinaria el 14 de Julio, para considerar algunos trabajos pendientes de la tabla.

SESION EXTRAORDINARIA 14 DE JULIO DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 7.40 P. M.

Asisten: Dres. Barrenechea, Bitrán, Brucher, Contardo, Charlin, Espildora, Gormaz, Martini, Millán, Villaseca, Wignanki y Araya.

Acta: Se aprueba sin modificaciones.

Correspondencia: 1.º—Una carta del Prof. Moacyr Alvaro comunicando que el próximo Congreso Panamericano de Oftalmología será en la ciudad de México, en Enero de 1952, y solicitando además el relator de la Soc. Chilena de Oftalmología y de otro de sus miembros, que intervengan en la discusión de un tema notificado oportunamente. Estos nombramientos deben ser enviados antes del 31 de Diciembre de este año.

Se acuerda dejar pendientes estas designaciones.

2.º—Una carta del señor Sais, técnico en Cristales de Contacto, solicitando colaboración de los oculistas chilenos para ejecutar estos trabajos durante su estadía en Chile.

El Secretario da a saber el descontento de algunos colegas por la aparición en la prensa de algunos artículos de propaganda, que estiman deben ser considerados por la Soc. Chilena de Oftalmología.

A solicitud del señor Presidente, la Asamblea acuerda que el contenido de la carta no da lugar a determinación alguna.

Tabla: 1º—El Dr. Barrenechea presenta un curioso y raro caso clínico. Se trata de un muchacho ciego de su ojo derecho, que recibe fuerte traumatismo oculo-orbitario-izquierdo, que le provoca una migración del globo, por fractura orbitaria hacia la fosa nasal de ese lado, dejando totalmente vacía la órbita. El ojo conserva su visión.

El Dr. Barrenechea muestra las radiografías del caso y anuncia que operará en fecha próxima, reponiendo el ojo en su verdadero sitio con la ayuda de la prótesis de Paladón, confeccionada por el Prof. Panatt.

A continuación se extiende relatando algunos casos descritos en la literatura médica, especialmente en el de una señora a quien se le produjo esta situación al practicarle un vaciamiento etmoidal por neuritis óptica. En este caso se produjo ceguera en el ojo por obstrucción de la oftálmica, siendo años después extraído por otra causa.

El Prof. Espíldora, que tuvo oportunidad de conocer este caso, considera algunos detalles de gran interés.

2º—Dr. Villaseca entra a considerar un interesante trabajo titulado "Queratitis epitelial meiboniana", analizando un grupo de enfermos con queratitis rebeldes a diversos tratamientos, y en los que fué posible asociar etio-patogénicamente lesiones palpebrales, precisamente, lesiones inflamatorias de las glándulas de Meibonio, y que sanaron radicalmente una vez tratadas intensamente estas afecciones, injustamente menospreciadas, o no identificadas.

Señala sus características, a saber: situación de preferencia en la parte inferior de la córnea, y cuyo diagnóstico se confirma al comprobar secreción, preferentemente purulenta, de la glándula de Meibonio con la expresión del párpado.

Revisando cuidadosamente la literatura, el relator sólo encuentra descrito por Filatow, en 1930, úlceras corneales microscópicas, de tipo catarral, originadas por meibonitis, por lo tanto, las queratitis, motivo del presente trabajo, no han sido descritas.

Discusión: Dr. Gormaz. A su parecer no sabe hasta qué punto esta queratitis no ha sido descrita antes, pues recuerda que años atrás el Dr. Wygnanki trataba eficazmente casos similares, casos que deben estar inscritos en numerosas papeletas de la Clínica.

Dr. Wygnanki, recordando los casos de que hace mención el Dr. Gormaz, dice que las afecciones meibonianas dan lugar a pequeños engrosamientos locales que actúan como verdadera lija sobre la córnea, considerándolas como un factor meramente mecánico.

Dr. Villaseca manifiesta que fué el Dr. Gormaz quien le sugirió los primeros casos, que, a su parecer, son bastante numerosos. Agrega que si bien el Prof. Verdaguer, en su clasificación de las Queratitis superficiales reconoce muchas secundarias a blefaritis y conjuntivitis, no enuncia, sin embargo, a las glándulas de Meibonio, que constituirían las causas más frecuentes.

Dr. Barrenechea dice que el Prof. Charlín, años atrás, en ciertas queratitis rebeldes, a la exploración de los párpados encontraba algunas glándulas infartadas, cuerpos calcáreos tarsales, etc., y cuyo tratamiento radical resultaba eficaz para las lesiones corneales. El los interpretaba como factores mecánicos.

Prof. Espildora cree que el trabajo del Dr. Villaseca tiene el mérito de reconocer y destacar queratitis producidas por alteraciones de las glándulas de Meibonio, señalando además la necesidad de hacer la expresión palpebral como una maniobra rutinaria en oftalmología.

Dr. Villaseca, a una pregunta del Dr. Barrenechea, si existe compromiso del párpado superior, en algunos casos, dice que por lo general se compromete el inferior.

Sr. Presidente señala que la enseñanza práctica del trabajo es que debe examinarse también a la expresión los párpados aparentemente sanos para investigar posibles alteraciones inadvertidas.

3º—**Dr. Contardo** da lectura a un documentado trabajo de grandes proyecciones prácticas sobre la energía radiante en sus diversas formas, en relación con el ojo. Describe primeramente las diferentes radiaciones conocidas, por sus características más definidas. En seguida pasa revista a la acción de cada una de ellas en los tejidos, y en especial en los del globo ocular, analizando de paso las frecuentes lesiones que éstos sufren por absorción. Avanza explicaciones muy interesantes sobre algunos cuadros patológicos de esta naturaleza: por ejemplo, la catarata de los vidrieros, la eritropsia, el escotoma por eclipse, etc. Da detalles importantes de la penetración de las distintas radiaciones en el ojo, y recalca sobre la conveniencia de una dosificación terapéutica cuidadosa de los rayos X y radium, en sus distintas aplicaciones clínicas, tales como: "Neoplasia difusa de los párpados, exenteraciones orbitarias por neoplasias, blefaritis y dermatitis diversas, adenomas hipofisiario, orzuelos recidivantes, iridociclitis y coroiditis, especialmente tuberculosas, trombosis venosas retinianas, retinoblastomas, etc.

Nutridos aplausos premian esta brillante exposición.

Discusión: Dr. Millán felicita al Dr. Contardo por su trabajo, que considera sumamente interesante por las enormes proyecciones prácticas que encierra, fáciles de apreciar, especialmente en grandes empresas; por ejemplo, los Ferrocarriles del Estado, con gran personal de obre-

ros, en donde muchos casos son difíciles de dilucidar como accidentes del trabajo. Conoce muchos casos de blefaritis crónicas en obreros que trabajan en medios calurosos, que muy bien podrían ser debidos a la acción de los rayos infrarrojos.

Respecto a la ceguera por eclipse, manifiesta que ha sido muy discutida. Experimentalmente Birch-Hirschberg, trabajando con todas las radiaciones, ha llegado a la conclusión que las afecciones retinales observadas en esa afección se deberían a excesiva concentración de rayos luminosos más una acción térmica por transformación de parte de estos rayos al penetrar la capa pigmentaria. Por otra parte, en aquellos casos sometidos a la acción del arco voltaico o a la lámpara de mercurio, en donde hay excesiva producción de rayos ultravioletas, no se observan corrientemente lesiones retiniales. Aún más, en los casos de ceguera por eclipse, no se observan alteraciones queratoconjuntivales actínicas, como sería de esperar si fueran los rayos ultravioletas los causantes de este cuadro patológico.

Como dato curioso, el Dr. Millán recuerda los trabajos de Sorsby, quien hacía mediciones del diámetro anteroposterior del ojo, valiéndose de la extraña cualidad de la retina de hacerse sensible con cierta concentración de rayos X de periodicidad, tanto mayor y de longitud, tanto menor que los rayos luminicos.

Se pregunta también cómo podrían eliminarse las radiaciones gamma, que siempre actuarían, por tener mayor penetración que la beta. Manifiesta, por último, que la acción de los rayos infrarrojos es antagónica respecto de los ultravioletas. Oftalmias generadas por rayos ultravioletas mejorarían más rápidamente con aplicaciones posteriores de rayos infrarrojos. Hace un año que apareció un trabajo de Witenet, en que hacía estas consideraciones y terminaba aconsejando que los obreros que estuvieran sometidos a grandes radiaciones ultravioletas deberían ser sometidos también a los infrarrojos, economizándose, por consiguiente, muchos gastos de recuperación.

Dr. Contardo sabe de numerosas experiencias, algunas muy importantes, sobre radiaciones relacionadas con el ojo, pero que no pueden detallarse en un trabajo. Agrega que, prácticamente, el ojo está bien defendido de ellas, pero cuando existe una excesiva cantidad de radiación o falta de cristalino, entonces existe cierto peligro.

Respecto a los rayos X, aún hay mucho que decir.

En terapéutica oftalmológica se tiende en lo posible a eliminar a los rayos ultravioletas.

Prof. Espíldora. En el trabajo del Dr. Contardo le llama particularmente la atención, entre otras cosas, por la gran cantidad de especificaciones que es necesario dar a los radio-terapeutas en cada caso particular.

Dr. Contardo. A lo dicho por el Prof. Espíldora insiste en que a veces es notoria la falta de conocimientos sobre una buena dosificación.

Dr. Millán. De las radiaciones beta, que antes prácticamente se despreciaban y que, por el contrario, ahora se utilizan mucho en afecciones oculares superficiales, motivo de algunos trabajos de reciente publicación, pregunta cómo se las puede utilizar sin que intervengan las radiaciones gama, que son las más penetrantes.

Dr. Contardo le responde que existen, para el objeto, diversos aparatos, como el diseñado por Burman.

Por no haber otros asuntos que tratar, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.10 P. M.

SESION ORDINARIA DEL 28 DE JULIO DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 7.40 P. M.

Asisten: Dra. Tobar y señorita Moukarzel, y Dres. Charlin, Espíldora, Gormaz, López, Martini, Mehech, Millán, Santos, Verdaguer, Villaseca, Wagnanski, Lama, Olivares, Zafra, Ziemend y Araya.

Acta: Se aprueba con la siguiente enmienda, a solicitud del Dr. Millán: Experimentalmente Birch-Hirbreg, trabajando con todas las radiaciones solares..., etc.

El Dr. Villaseca solicita la palabra para hacer un alcance a su presentación de la sesión pasada. Manifiesta haber conocido recientemente un trabajo similar al suyo, publicado por Phillis Stygeson, sobre blefaro conjuntivitis estafilocócicos, en que hace notar la importancia del estafilococo sobre ese tipo de afecciones, el cual preferentemente existe en los bordes palpebrales, actuando por medio de una toxina descubierta por Allen. Esta última se la reconocería por el test de la coagulasa, provocando coagulación del suero humano bajo ciertas condiciones. La afección se reproduciría experimentalmente, y su tratamiento sería la anatoxina.

Termina con una reseña de su propio trabajo para los que no tuvieron oportunidad de escucharlo.

Correspondencia: Una nota del prof. Moacyr Alvaro, del 15 de Junio, anunciando un curso de perfeccionamiento oftalmológico para Octubre de este año en la ciudad de New York, y dando los detalles completos de inscripciones y resumen de los temas que considerará.

Dr. Mehech, le llama la atención de la fecha del curso, pues para el 10 a 12 de Octubre, anualmente, se reúnen también unos 3.000 a 3.500 oculistas en Chicago, en reuniones de carácter científico.

A solicitud del señor Presidente se toma nota de esta carta y se pedirá al Prof. Alvaro que aclare algunos detalles confusos.

Asuntos Varios: El señor Presidente anuncia que el Gynergeno se ha agotado en el comercio, y que a sugerencia del representante de Sandoz, su fabricante, debería hacerse una solicitud al Comercio Exterior, solicitando divisas. Ofrece la palabra.

Prof. Espildora. Considera muy oportuna esa solicitud, en la que debe incluirse a los mióticos en general, que también faltan, y que son indispensables en la terapéutica antiglaucomatosa, afección de sumo interés, ya que causa el 33% de las cegueras en Chile, dato que pudo conocerse a raíz del Segundo Congreso Panamericano de Oftalmología de Montevideo, en 1945.

Referente a determinaciones sobre el próximo Congreso Panamericano de Oftalmología, a celebrarse en México en 1952, la Asamblea, a solicitud del señor Presidente, acuerda dejarlas para una próxima sesión.

Tabla: 1º—Dr. Gormaz presenta dos interesantes casos de queratitis de origen paranasal, haciendo primero un recuerdo de diversas afecciones órbito-oculares en concomitancia con inflamaciones sinusoidales y óseas. Se explaya únicamente en las complicaciones corneales. Pasa también revista a los diversos casos que se conocen en la literatura médica.

El primer caso de que trata su trabajo es una enferma de 27 años, que consulta por diversas molestias oculares de 1 año de duración, con pequeños intervalos de mejoría. Comprueba queratitis subepitelial, y pensando en un síndrome del nasal, solicita la cooperación del otorrinólogo, quien diagnostica sinusitis maxilar. El tratamiento mixto de sulfa per os y punciones produce óptimos resultados, tanto en la sinusitis como de la queratitis, dándose de alta a la enferma 2 meses después.

El segundo enfermo es una señora de unos 45 años, quien primeramente sufre una escleritis pasajera del ojo derecho, y luego después de una intensa queratitis sub-epitelial, provocada por una ósteo perioritis maxilar supurada secundaria a una alveolitis por extracción de piezas dentarias afectadas. Su evolución y tratamiento son similares al primer caso.

El Dr. Gormaz avanza una explicación muy lógica respecto a la forma de constituirse esta asociación patológica, y hace el diagnóstico diferencial con el síndrome del nasal, la queratitis punctata superficial de Fuchs y la querato conjuntivitis epidémica.

Discusión: Dr. Lama dice que 5 días atrás, en la Policlínica del Seguro Obrero, conjuntamente con el Dr. Santos, tuvo oportunidad de ver una queratitis punctata que comprometía especialmente el centro de la córnea. Existía rinorrea, pero no recuerda el lado. La trató eficazmente con Colirio de Sulfatiazol y pomada de Penicilina, cediendo el cuadro en 2 días.

Dr. Gormaz. Supone que el caso del Dr. Lama fué una queratitis de Fuchs, por la rapidez en reaccionar al tratamiento empleado y por ser preferentemente central en vez de marginal, como eran sus casos.

El señor Presidente manifiesta que, a su parecer, el cuadro descrito por el Dr. Gormaz, no guarda relación con el síndrome del nasal, y constituiría un cuadro aparte.

2º—Prof. Verdaguer. Relata un importante trabajo, que titula "Criogenides y sus Manifestaciones Oculares", con el objeto de llamar la atención sobre este cuadro de tipo alérgico, debido a la ingestión de Criogenina preparada en Chile.

Revisa la sintomatología a través de algunos casos clínicos, sumamente interesantes, preferentemente vistos por los dermatólogos. Los principales síntomas son: queratitis epitelial con edema palpebral, edema labial y producción de bulas, que dejan ulceraciones muy dolorosas, tanto en la cavidad bucal como en los genitales, placas eritematosas de los tegumentos de las extremidades, etc. Por la sintomatología, su diagnóstico es fácil, pudiendo, sin embargo, haber confusión con una queratitis herpética o con lesiones luéticas.

El Prof. Verdaguer recalca la importancia de buscar esta etiología en toda queratitis epitelial, afección que también podría ser producida por la ingestión de otros medicamentos similares.

Ofrecida la palabra al Dr. Olivares, éste relata 2 recientes casos por él observados, en todo muy similares a los del trabajo del Prof. Verdaguer, y en los que fué evidente esta causa etiológica. Es importante agregar que en uno de ellos había la característica familiar de alergia.

El señor Presidente desea saber si hubo temperatura en los casos descritos, y si hubo ingestión de otros antipiréticos de la serie félica.

El Prof. Verdaguer dice que por el cuadro gripal si la hubo, pero no se investigó el segundo punto. Agrega que en cuanto al tratamiento, debe suspenderse en lo posible todo calmante local, permitiéndose a lo sumo instilaciones de tetracaína.

Dr. Lama, de cuando era estudiante de medicina recuerda el caso de un amigo que periódicamente hacía cuadros de amigdalitis que trataba con sulfatiazol, observando siempre al día siguiente escozor ocular y edema conjuntival y del prepucio. En una oportunidad, en este último lugar, se produjo una bula que al retraerse y eliminarse dejó un verdadero chancro. Los exámenes en este sentido resultaron negativos, y el dermatólogo consultado en ese entonces no diagnosticó alergia al sulfatiazol.

Dr. Villaseca pregunta si estos fenómenos pueden considerarse tóxicos, alérgicos o mixtos.

Prof. Verdaguer dice existía en todos los casos una sensibilización por ingestión previa del medicamento.

Agrega que los dermatólogos han hecho una presentación a la Dirección General de Sanidad para que investigue la preparación del medicamento, pues en Francia, igual fórmula prácticamente no produce accidentes, existiendo conocimiento de tan sólo un caso publicado hace 10 años.

Fuera de tabla, el Dr. Olivares solicita la venia de la mesa para presentar al Dr. Arturo Zafra, médico oculista y otorrinólogo colombiano, de paso en Chile, en viaje de estudio, actualmente radicado en la Clínica del Prof. Verdaguer.

El señor Presidente saluda cordialmente al colega que nos visita y le brinda la hospitalidad de la Soc. Chilena de Oftalmología, complaciéndose de tenerlo entre nosotros, le desea éxito en sus proyectos.

El Dr. Zafra agradece al señor Presidente sus palabras. Da cuenta del motivo de su viaje a Chile y su deseo de trabajar en su estadía, en colaboración con oculistas chilenos, algunos de ellos muy conocidos en su patria. Hace un recuerdo cariñoso de los Profesores Charlín, Espíldora y Verdaguer.

Solicita además al Secretario la lectura de un documento oficial firmado por el señor Ministro de Higiene de Colombia, pidiendo de las diversas clínicas que recorra, una buena acogida para el logro de sus aspiraciones científicas.

Por no haber otros asuntos pendientes, el señor Presidente levanta la sesión a las 8.50 P. M.

SESION ORDINARIA DEL 25 DE AGOSTO DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 7.40 P. M.

Asisten.— Dras. Candia, Thierry, Tobar y Drs. Bitrán, Charlín, Espíldora, Gormaz, Hevia, Inostroza, Martini, Mehech, Millán; Santos, Verdaguer, Ziemend y Araya.

Acta.— Aprobada.

Correspondencia.— Una nota del doctor Contardo agradeciendo condolencias enviadas por la Sociedad Chilena de Oftalmología, con motivo del fallecimiento de su señora madre.

Tabla:—

1º— Dr. Mehech.— Ocupa la tribuna para desarrollar un trabajo titulado "Vainas perivenosas en esclerosis múltiple". Primeramente se-

ñala la importancia del hallazgo de estas vainas perivenosas en el examen de fondo de ojo, en ausencia de toda otra significación patológica, extendiéndose particularmente en un reciente diagnóstico de esta naturaleza, hecho por él y que resultó ser una esclerosis múltiple. En seguida, agrega que se conocen numerosas estadísticas relacionando estos exámenes oftalmológicos con exámenes neurológicos, siendo de importancia al respecto una de Rendar, en que examina cuatrocientos casos de neuritis retrobulbares, encontrando cincuenta de esclerosis múltiple.

Termina sugiriendo exámenes neurológicos tendientes a precisar una esclerosis múltiple en presencia de un fondo de ojo con vainas perivenosas.

Discusión.— El señor Presidente pregunta al doctor Mehech sobre el diagnóstico neurológico del caso recientemente observado por él.

Doctor Mehech le responde que fué de esclerosis múltiple, pero no en forma categórica.

2º— **Doctora Thierry y Doctor Hevia.**— Entran a considerar en forma muy detallada el problema de la tuberculosis ocular y su tratamiento con Estreptomicina.

La Doctora Thierry, en primer lugar, desarrolla la parte clínica de esta presentación, analizando en forma minuciosa siete casos de tuberculosis ocular tratados en forma local y uno más cuyo tratamiento se completó en forma general. Establece en líneas generales que las tuberculosis oculares, nodulares, se limpian muy rápidamente y regresan en forma notable con la estreptomicina inyectada subconjuntivalmente, pero por las recidivas que pueden dar algunos casos se establece la necesidad de completar el tratamiento local con uno general, actuando este último directamente sobre el foco a distancia, del cual emanaría la diseminación patógena. A continuación explica la forma de hacer este tratamiento con estreptomicina, señalando la imposibilidad de sacar conclusiones definitivas por ser aún poca la experiencia clínica recogida. Agrega también que algunos de los casos relatados fueron tratados conjuntamente, algunos con tuberculina, otros con sales de oro y radioterapia.

Termina manifestando que trató en forma similar casos no tuberculosos como ser: uveitis, oftalmia simpática e iridociclitis cicatriciales, pero sin tener buenos resultados.

A continuación el Dr. Hevia relata en forma muy completa el estado actual del problema de la tuberculosis en general y su relación terapéutica con la estreptomicina, especialmente, sus diversas formas de aplicarla, complicaciones, resultados, etc., etc.

Comienza por hacer una reseña de los primeros casos de tubercu-

losis ocular conocidos y señalando que esta debe considerársela siempre, como una tuberculosis secundaria, de reinfección por vía hemática. Sin embargo, relata algunos casos en que pudo ser considerada primaria y entre ellos uno que tuvo oportunidad de estudiar con el profesor Charlin, hace seis años atrás, el cual presentaba una radiografía con nódulos calcificados pulmonares que provocó posiblemente, lo que se conoce como estado de Anergia positiva, en donde pueden originarse casos semejantes a la primera infección. Por lo demás, casos sumamente raros.

El doctor Hevia, para la diseminación hemática establece el siguiente orden decreciente: ganglios mediastínicos, paratraquiales, ganglios mesentéricos, focos tuberculosos cervicales supra claviculares y pulmonares.

Las lesiones tuberculosas oculares serían de tres tipos. a) **embolia microbiana**, con la producción de nódulos tuberculosos y posibles de reproducir experimentalmente; b) **tóxica a distancia**; y c) **por hipersensibilidad tisular**. Esta última debe ser tratada con tuberculina.

Los estados de bacilemias frecuentes en ciertos tipos de tuberculosis harían contraindicar el tratamiento con tuberculina, por la existencia de un foco que haría un verdadero bombardeo bacilar del ojo. En este caso la diseminación se favorecería.

En cuanto al tratamiento con estreptomycin, el doctor Hevia dice que a raíz de algunos tratamientos locales practicados fué consultado acerca de la posibilidad de completarlos con tratamientos en forma general y fué de opinión que este era necesario para doblegar estados de bacilemia, frecuentes en ciertas tuberculosis. Y en cuanto a la tuberculosis ocular nodular, este debería ser muy precoz para obtener buenos resultados.

Respecto del tratamiento mismo, dice que hace dos años, las dosis eran de cuatro a cinco gramos diarios, durante quince días, provocándose estados vertiginosos a veces intolerables. Posteriormente estas dosis se hicieron menores obteniéndose buenos resultados con $1\frac{1}{2}$ gramos diarios, en curas de hasta 250 gramos, sin mayores molestias. Señala la importancia de los vértigos, pues a veces estos quedan estables.

Añade que con 30 o 40 gramos se obtiene una rápida limpieza pero que esta debe prolongarse para evitar recidivas y reiniciar tratamientos por acostumbramiento del enfermo a la droga.

Como conclusión establece que toda tuberculosis ocular de tipo folicular debe ser tratada precozmente con estreptomycin local y general, evitando la formación de nódulos grandes, ya calcificados, en donde la droga no penetra prácticamente.

En el curso de estos tratamientos es necesario practicar al enfermo numerosos controles clínicos y de laboratorio, los cuales en forma

muy rigurosa y detallada, se practican actualmente en los servicios de tisiología. Como complicaciones de tratamientos anota los siguientes: vértigos, dolores de las extremidades inferiores, hiperglobulia roja e irritaciones renales que pueden marchar a la nefritis crónica. Terminada su exposición, como complemento muestra radiografías sucesivas de un caso clínico tratado con éxito con estreptomycinina en forma general. Se trataba de una granulía tuberculosa cuyas últimas radiografías revelan normalidad absoluta pulmonar.

3º— Drs. Millán y Araya.— Exponen a continuación un interesante caso clínico de una escleroqueratouritis tuberculosa bilateral, de tipo nodular, en una niña de veinte años, sin antecedentes bacilares personales ni familiares, en la que, a raíz de tuberculinoterapia se produce agravamiento marcado de su afección ocular que la obliga a hospitalizarse en el San Borja, donde es sometida a tratamiento de estreptomycinina, primeramente local, subconjuntival, por escasez de la droga, y luego completado con estreptomycinina general hasta enterar 80 gramos. Con este tratamiento mixto, se consiguió óptimos resultados, con rápida regresión cicatricial de sus lesiones y notable recuperación de la visión, casi totalmente perdida y notoria mejoría del estado general. Los relatores añaden que el tratamiento se suspendió en vista del buen resultado obtenido y no se prolongó por la aparición de vértigos y mareos, que se interpretaron como fenómenos de intolerancia.

Discusión.— Prof. Espíldora, considera que es prematuro sacar conclusiones sobre este tema, prácticamente nuevo, puesto que la casuística aún escasa no permitiría establecer resultados honrados. Estos deben dejarse pendientes por el momento. Sin embargo, opina en forma muy personal, que el tratamiento debe ser mixto, a pesar de los buenos resultados que se obtengan con los exclusivamente locales, pues en general evitarían recidivas y posibles acostumbramientos a la droga. Sobre este último, agrega que debe ser precoz, en lo posible.

La doctora Thierry, añade que la literatura sobre terapéutica ocular con estreptomycinina es muy escasa, y que ella se basó para indicar el tratamiento, en un trabajo que indica trece casos de úlceras corneales tratadas exclusivamente con instilación de gotas de estreptomycinina. Recalca la necesidad de hacer un tratamiento mixto en lo posible desde el primer día para conseguir buenos resultados.

El Dr. Millán recalca que el último caso relatado quedó con buena visión porque se consiguió buena dilatación pupilar desde un principio por haber sido observada cuando recién comenzó su afección.

Agrega que en el curso del tratamiento se le hizo una amigdalectomía, pero por no haberse hecho una investigación tuberculosa en estas amígdalas extraídas desea saber del doctor Hevia si éstas constituyen un foco tuberculoso de importancia.

El doctor Hevia, responde que el rol de las amígdalas en la diseminación tuberculosa es considerado actualmente de gran importancia y un estudio realizado al respecto, últimamente, ha demostrado un alto porcentaje de lesiones tuberculosas en las amígdalas. Aún más existe la posibilidad de tentar un tratamiento biológico en lugar del quirúrgico, en estos casos.

El profesor Verdaguer, hace consideraciones interesantes referentes a las formas alérgicas de la tuberculosis y a las formas de tipo nodular, formulando algunas indicaciones respecto al tratamiento con tuberculina o con estreptomycin según el caso. Agrega que el examen histológico del nódulo ocular no ha revelado presencia del bacilo de Koch.

El doctor Hevia, a su parecer, la presencia del folículo organizado debe indicarnos prácticamente la certeza de la existencia del bacilo, aún cuando este no pueda ser demostrado.

El señor Presidente, por no haber otros asuntos que considerar, levanta la sesión a las 9.25 P. M.

SESION ORDINARIA DEL 29 DE SEPTIEMBRE DE 1948

El señor Vicepresidente abre la sesión a las 7.25 P. M.

Asisten: Dra. Candia y doctores Arentsen, Barrenechea, Bitrán, Brinck, Espildora, Gormaz, Inostroza, Mehech, Millán, Moya, Jaluff, Santos, Schweitzer, Verdaguer, Wagnanski, Pazols y Araya.

Acta.— Se aprueba sin modificaciones.

Correspondencia.— De la Sociedad Oftalmológica del Litoral (Argentina) con la nómina del directorio para el periodo 1948-1950. Se acusará recibo.

2º— Del Comité organizador del Cuarto Congreso Argentino de Oftalmología a celebrarse en Diciembre del presente año en Mar del Plata, invitando a participar en él. El Profesor Espildora, a pesar de invitar la nota a profesores de Oftalmología, exclusivamente, supone que debe ampliarse a los miembros de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

Asuntos varios.— Dr. Millán comunica a la Asamblea que un artículo publicado en "La Nación", titulado "Desaparición de los ojos azules", en el que figuraba su nombre, ha sido un hecho periodístico totalmente ajeno a su voluntad.

Tabla. 1º Dr. Bitrán.— Presenta un interesante caso de una niña de 17 años con una tuberculosis ocular bilateral, tratada exitosamente con estreptomycin, exclusivamente en forma subconjuntival. Entre sus antecedentes, su padre actualmente enfermo de tuberculosis pulmonar.

El doctor Bitrán relata que el 28 de Julio del presente año, ocho días después de haber empezado su enfermedad, con intensa sintomatología subjetiva, se constatan cuatro o cinco formaciones nodulares gris amarillentas, avasculares, de borde irregular, en la córnea izquierda; además, depósitos en la Descemet y sinequias posteriores, o sea una escleroqueratoiridociclitis tuberculosa de ese ojo. Tres días después, esta sintomatología se ha hecho más intensa y bilateral, por compromiso del otro ojo anteriormente sano. La visión bilateral era sólo de sólo de contar dedos a veinte centímetros.

Con un total de 1,80 gramos de estreptomina repartida en inyecciones de 0,10 gramos subconjuntivales diarios, se obtiene una rápida evolución favorable, a partir de la segunda inyección, mejoría que se hace total, recuperándose la visión a 5/20, con corrección a 5/10, formándose exclusivamente tenues máculas corneales y apreciándose evidente mejoría del estado general.

Discusión.— Dr. Arentsen hace ver que el doctor Bitrán ha sido sumamente modesto al exponer este caso. Recuerda que más que nódulos corneales eran verdaderos abscesos con gran sintomatología objetiva y subjetiva que la invalidaron prácticamente. El tratamiento hecho evidenció una mejoría espectacular, y aconseja que la estreptomina debe usarse, aunque sea exclusivamente subconjuntival, en casos que no exista para un tratamiento general. Recuerda un caso similar que conoció antes de emplearse la estreptomina, en que se produjo la dujo la fusión total de los ojos, con el objeto de recalcar estas diferencias actuales.

El Profesor Espildora, pregunta al doctor Bitrán a cuántos días de iniciada la afección comenzó el tratamiento con estreptomina.

El doctor Bitrán, a los quince días de haber empezado la afección en el ojo izquierdo, y en forma inmediata en el derecho.

El Profesor Espildora, cree que el éxito de la estreptomina depende de la precocidad de su administración. Considera el caso presentado un éxito completo.

El doctor Arentsen, agrega que los buenos resultados, se deberían a que en los primeros períodos, la tuberculosis ocular presenta exclusivamente fenómenos exudativos, y sólo posteriormente aparece vascularización y organización que retardarían enormemente la curación iniciada a este nivel.

El Profesor Espildora, totalmente de acuerdo con el doctor Arentsen, sucediendo iguales fenómenos de una artritis antigua que evolucionaría hacia la anquilosis.

Por no haber otros asuntos pendientes, el señor Vicepresidente levanta la sesión a las 8,55 P. M.

SESION ORDINARIA, DEL 27 DE OCTUBRE DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 7.40 P. M.

Asisten: Dra. Tobar y doctores Amenábar, Arentsen, Bitrán, Brucher, Contardo, Charlín, Espíldora, Gormaz, Inostroza, López, Martini, Millán, Moya, Jaluff, Schweitzer, Verdaguer, Wygnanki, Lama, Olivares, Ziemend y Araya.

Correspondencia. — Agradecimientos a la Sociedad Chilena de Oftalmología por condolencias enviada por esta a la señora Sara Arrate vda. de Prieto, con motivo del fallecimiento de su esposo.

Tabla, 1º— El Profesor Espíldora presenta un interesante caso clínico de un enfermo con catarata congénita bilateral, operado de sus dos ojos y que hizo como complicación desprendimientos retinales, los cuales, a su vez, operados, lo han dejado apto para desempeñar sus labores. El resumen de su historia clínica es: enfermo de veinte años, que a los tres se le diagnostica catarata bilateral congénita. A los 16 es operado del ojo izquierdo con extracción lineal, comprobándose, cinco meses después, desprendimiento retinal superoexterno, operado exitosamente poco después. En Diciembre de 1947 se le opera de catarata del ojo derecho, haciendo, en Agosto de 1948, también desprendimiento retinal superoexterno, que fué operado también exitosamente. Con corrección, ha quedado con visión de 5/7.5.

El profesor Espíldora lo presenta para plantear el problema de estos desprendimientos en un ojo afáquico en el que la intervención de la catarata fué la más simple, la menos traumatizante. Se pregunta el mecanismo de estos desprendimientos y piensa qué relaciones podrían tener con el de los ojos afáquicos seniles. En estos últimos, con todos los métodos de extracción de cataratas, incluso el con ventosa, posiblemente, se producen desprendimientos. Solicita la opinión de los doctores Verdaguer y Amenábar.

El doctor Amenábar, felicita al profesor Espíldora por el doble éxito obtenido en el enfermo, tanto en las cataratas como en el desprendimiento. Particularmente tiene 100% de fracasos en esta clase de desprendimientos. Cree que estos desprendimientos se producen por una excesiva movilidad del vítreo en un ojo afáquico, que produciría una verdadera retinodonesis. Considera que el caso del profesor Espíldora debe ser publicado.

El Profesor Verdaguer considera el caso asombroso, como pocas veces se observa. La mayor parte de las veces son fracasos. Para su mecanismo de producción opina en igual forma que el doctor Amenábar, agregando que la cauterización diatérmica también produce retracción del vítreo. Algunos cirujanos en desprendimientos retinales

hacen cauterizaciones, tanto perforantes como profundas, con lo que dicen obtener algunos éxitos.

El doctor Millán desearía saber si los desgarros eran iguales y si tenían opérculos. Comparte la misma opinión de los doctores Amenábar y Verdaguer respecto de la producción de desprendimientos.

Dr. Arentsen desea preguntar al Prof. Verdaguer sobre si existen diferencias de desprendimientos retinales en afáquicos jóvenes y en afáquicos de edad.

El Profesor Verdaguer cree que posiblemente deben existir diferencias entre ambos tipos de ojos.

2º— Profesor Espildora.— Relata un interesantísimo caso que denomina "Edema agudo benigno de la cara". Era un muchacho de doce años, que presentaba su cara enormemente hinchada, tumefacta, especialmente a izquierda. Este edema, intenso, fuera de la cara, se extendía hasta el cuello. El examen ocular, muy difícil de hacer es negativo. Mal estado general y temperatura de 36,8º. Se hospitaliza de urgencia haciéndole tratamiento a base de penicilina y sulfadiazina, sin especificar ningún diagnóstico. A las 48 horas, el cuadro comienza a regresar para hacerse total en el plazo de una semana. Revisando las posibles etiologías se descarta la pústula y el edema maligno carbuncloso, una osteosperiostitis, erisipela, meibomitis, picadura de algún insecto o araña, la enfermedad de Chagas, quedando como posible suposición diagnóstica una posible dacrioadenitis aguda localizada en la porción palpebral de la glándula. Relata un caso similar de la literatura médica, descrito por la doctora Nicolau en 1933, en Rumania, que fué a su vez similar a otros observados en Argelia y en el pueblo de Mouzanville. La sintomatología de estos cuadros observados por esos autores es muy semejante a la del muchacho.

Discusión.— El señor Presidente lo considera como un caso excepcional y muy bien observado.

El doctor Millán desea saber la etiología de los casos extranjeros.

El Profesor Espildora. Posiblemente son virus desconocidos. En ciertos casos habría relación con la parotiditis urliana.

El doctor Lama, agrega que debe recalcar el aspecto objetivo del enfermo presentado por el profesor Espildora: a su parecer era impresionante, e incluso la fotografía no revela la magnitud de la enfermedad en su comienzo.

El doctor Amenábar, pregunta sobre si había transtorno de la voz.

El Profesor Espildora responde que no.

El doctor Millán, hace valer la importancia que desempeñarían en algunos casos las arañas de las habitaciones y roperos.

El doctor Arentsen.— El caso presente la recuerda uno visto el año 1940, con el doctor Contardo, de gran similitud. Se trataba de una

enferma de más o menos 28 años de edad, muy abatida, con un edema considerable que abarcaba los párpados, frente, mejillas, cuello, y parte superior del torax. Se trataba de un orzuelo.

Relata otros casos, por picaduras de abejas.

El Dr. Amenábar.— El caso presente le recuerda uno visto el estudiante de medicina y cree que pudo ser un caso de la enfermedad del "litre", pues el edema se manifestó dos a tres horas después de haber dormido la siesta debajo de este árbol.

El doctor Contardo personalmente tuvo la oportunidad de ver otro caso en 1939, a raíz de una dacrioadenitis que se complicó de celulitis orbitaria.

3º— Profesor Espíldora.— Hace un interesante relato de lo que se conoce por sincinesias musculares en ptosis palpebral, o sea, cambios, a veces muy notables en la posición del párpado descendido con ocasión de contracciones musculares en otro territorio de la cara, siendo el más conocido de ellos el fenómeno de Marcus Gum. Villard, de los 93 casos de sincinesia reunidos encontró en 83 casos este fenómeno. A veces se aprecia en los lactantes con la succión.

Marín Amat ha descrito también una sincinesia particular, la cual Coppéz ha denominado síndrome inverso de Marcus Gum.

A continuación relata un caso de ptosis congénita en una joven de 16 años, la cual se opera haciéndose un Mottais Kirby, provocándose, a los dos meses después de la intervención, una nueva sincinesia contralateral, fenómeno que se mantiene a los diez meses de la intervención.

El Profesor Espíldora, intercala en su exposición fotografías de la enferma, sumamente interesantes.

Discusión.— El señor Presidente felicita al Profesor Espíldora, por los diferentes casos presentados, todos sumamente interesantes y muy ilustrativos.

Acta.— Pospuesta por deferencia al Profesor Espíldora, se aprueba sin modificación.

Asuntos Varios.— El señor Presidente desea que se designe la presente sesión la nómina de los que compondrán la delegación de la Sociedad Chilena de Oftalmología al próximo Congreso de Mar del Plata.

Queda constituida así: Profesor Verdaguer y Dres. Barrenechea, Arentsen, Contardo, Camino, Moya, Brucher y Amenábar.

El señor Presidente, referente a la reforma de los Estatutos comunica que habrá una próxima reunión de Directorio dedicada a ellos, discutiéndose en particular el informe de la Comisión nombrada para su estudio.

Posteriormente se darán a conocer a los socios en una sesión extraordinaria.

Referente al próximo Congreso Panamericano de México, el señor Presidente insta a que se designe el tema, en fecha próxima. Ofrece la palabra.

Después de un intercambio de ideas, se acuerda que la persona designada oficialmente, como representante de la Sociedad de Oftalmología sugiera el tema.

El doctor Contardo, recuerda que los relatos son presentados a nombre de la Sociedad científica respectiva.

El Profesor Verdaguer opina que podían nombrarse varios relatores para un mismo tema.

El Profesor Espíldora sugiere como tema: "La Neuritis Retrobulbar".

El doctor Amenábar, cree que cualquier tema quirúrgico siempre es interesante y sugiere el de "La Catarata".

El señor Presidente, a su vez, "La Terapéutica de Aminoácidos en los cuadros degenerativos de fondo de ojo".

El Profesor Verdaguer: "Metabolismo proteico de los operados de Oftalmología".

El doctor Arentsen, considera que esto debe dejarse para otra ocasión.

El Profesor Espíldora, manifiesta que en El Salvador se han creado servicios especiales para estudiar algunos síndromes; por ejemplo, la cefálea entre ellos, pudiendo el oftalmólogo tomar como base esta clase de estudios.

El doctor Amenábar, agrega que lo anterior podría sumarse a los resultados obtenidos con la tuberculina.

Por no haber otros asuntos de que tratar, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.5 P. M.

SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO, DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1948

En la residencia del profesor Espíldora, a las 19.30 horas, el señor Presidente abre la sesión. No asiste el Prosecretario por estar ausente de la capital.

TEMARIO. 1º— Se da lectura a una carta de la Sociedad Chilena de Tisiología invitando a participar en sesión conjunta, el 16 de Diciembre, en el local de la Sociedad Médica, para tratar el problema de la Tuberculosis y el tratamiento con estreptomycin. Se acuerda aceptar esta invitación y enviar a cada socio una citación especial para el mejor éxito de ella.

2º—Proyecto de Estatutos de la Sociedad Chilena de Oftalmología. Se analiza en detalle cada uno de los artículos que contiene el Proyecto elaborado por la comisión designada, y se acuerda dar cuenta de ellos en una sesión general extraordinaria que se verificará el 1º de Diciembre.

3º—Situación financiera de la Revista.— El doctor Barrenechea, incorporado a la reunión, especialmente invitado, solicita que se comience por cancelar el último número recién publicado, que abarca de Marzo a Diciembre de 1947. Tras un debate, el Directorio acuerda efectuar esta cancelación utilizando la totalidad de los fondos en caja, por cuotas correspondientes a la Revista y además el aporte del señor Saval, con quién el doctor Barrenechea hablará en su oportunidad.

Por no haber otros asuntos pendientes, se levanta la sesión a las 9.25 P. M.

SESION ORDINARIA DEL 24 DE NOVIEMBRE DE 1948

El señor Presidente abre la sesión a las 7.30 P. M.

Asisten: Dra. Candia, Echeverría y Tobar y doctores Arentsen, Bitrán, Brucher, Contardo, Charlín, Espildora, Gormaz, Inostroza, López, Martini, Moya, Santos, Verdaguer, Lama, Olivares, Ziemendt y Araya.

Acta.— La de la sesión anterior se aprueba, con el siguiente agregado del Profesor Espildora: las sincinesias que presentaba la enferma tenían la particularidad de desaparecer espontáneamente cuando dirigía la mirada hacia la izquierda.

Correspondencia.— Carta de la Sociedad Chilena de Tisiología invitando a sesión conjunta, el 16 de Diciembre, en la Sociedad Médica, para tratar el problema de la tuberculosis ocular y la estreptomycin. Oportunamente se enviará citación para esta sesión.

Asuntos Varios.— El señor Presidente comunica que habrá una reunión general extraordinaria, el 1º de Diciembre, para tratar de la Reforma de los Estatutos. Por ser necesario un 70% de asistentes para su aprobación, invita para que concurran a esta sesión. Se hará citación especial.

Tabla.— El doctor Bitrán da lectura a un documentado trabajo, que titula "Importancia de las pequeñas ametropías que dan síntomas, y sus correcciones". A través de los diversos capítulos en que lo divide, analiza cuidadosamente cada detalle de este importante problema clínico general y oftalmológico. Hace resaltar lo que dice Duke-Elder

en la práctica de la refracción referente a la variada sintomatología que las pequeñas ametropías, en especial, producen, tanto en niños como en adultos. Explica también la patogenia de estos trastornos.

El Dr. Bitrán, a continuación muestra interesantes cuadros estadísticos de pequeñas ametropías examinadas en servicios de importancia social, tales como el Seguro Obrero y la Protección de la Infancia, dando un juicio exacto a la concurrencia de la gran proporción de estos vicios de refracción.

En seguida da lectura a algunos casos de ametropías, en forma completa, recalcando en especial los buenos resultados obtenidos por la prescripción de lentes, resultados que en algunos casos fueron sorprendentes. En un total de 60 casos controlados se obtuvo un éxito de 88%.

Termina con la siguiente conclusión: 1º.— Las ametropías pequeñas con síntomas constituyen la cuarta parte de las refracciones; 2º.— La agudeza visual es normal, o vecina a ella; 3º.— Todo enfermo que acusa sintomatología debe ser sometido a un examen oftalmológico minucioso; 4º.— El éxito corresponde a un 90%, en general; y 5º.— El tratamiento de estos enfermos es tanto más importante que los que acusan grandes ametropías, por influenciar desfavorablemente el rendimiento de trabajo.

DISCUSION.— **Prof. Verdaguer** encuentra sumamente interesante el documentado trabajo del Dr. Bitrán. Dice que todos están de acuerdo en que las pequeñas ametropías son causantes de grandes molestias, pero en ciertos casos el diagnóstico de ellas es difícil, pues las cifras que da el Javal o la esquiastopía no son concluyentes. Refiere que Lancaster y Regán, en Estados Unidos, preconizan un nuevo método de refracción, y si la asamblea se interesa él podría dar detalles en la próxima sesión.

El **Sr. Presidente**, a solicitud de la asamblea, agradece y acepta esta sugerencia del Prof. Verdaguer. Felicita, además, cordialmente al Dr. Bitrán por plantear este gran problema de las ametropías, en forma tan completa, problema que todos reconocían pero que nadie había tenido el gran trabajo de condensarlo en forma tan especial. Por lo demás, a su parecer, estos vicios abundan tanto que el ojo emетроpe puede considerarse prácticamente en minoría. Por lo demás, hay personas ametropes que no acusan molestias.

Dr. Moya agrega que el trabajo del Dr. Bitrán, a quien felicita efusivamente, constituye un esfuerzo, que califica de titánico.

El **Sr. Presidente**: efectivamente, el Dr. Moya ha cristalizado la opinión de todos y aplaude al Dr. Bitrán por su notable esfuerzo.

Dr. Bitrán desea agregar que en una sesión pasada de la Soc. Médica, el Dr. Serani, del Servicio del Prof. Armas, y a cargo del estudio de las cefáleas, dió el siguiente porcentaje de ellas: 50% de origen psicógeno; 24% como jaquecas y sólo un 5% por vicios de refracción, lo que él cree que no corresponde a la realidad, ya que fueron eliminados los pequeños vicios de refracción.

Dra. Echeverría.— Manifiesta que el Dr. Serani, para determinar estos porcentajes, se ha basado exclusivamente en informes proporcionados por oculistas, en un total de 200 casos examinados. Por lo demás, al oculista le llegan a consultar cefaleas seleccionadas, por lo que este último encuentra un mayor porcentaje.

Dr. Bitrán sólo deseaba hacer un comentario general: reconoce que el material del médico internista es diferente al del oculista, pero en todo caso cree que el porcentaje es bastante alto de los que acusan molestias.

Dra. Echeverría añade que respecto de las jaquecas, las hay con síntomas oculares y otras no, consultando al oculista las del primer grupo.

Prof. Espíldora piensa, probablemente igual que todos, el por qué se producen molestias tan acentuadas con vicios de refracción tan pequeños. Revela que en los tiempos de Javal, éste decía que muy bien podrían privarlo de los lentes de la caja de prueba siempre que le dejaran los menores a 1 dioptría. Sugiere que el problema expuesto por el Dr. Bitrán podría abarcar un punto de vista más amplio; por ejemplo, con el estudio del simpático y para-simpático y sus posibles relaciones con esta clase de síntomas, y considera que tratar los trastornos que pudieran hallarse podría en muchos casos evitar los lentes, resultando, por consiguiente, un procedimiento menos oneroso.

Dr. Gormaz recuerda que muchas veces las cefáleas por ametropías no siempre están relacionadas con el esfuerzo visual sino que son permanentes y sólo exacerbadas en esta circunstancia. Agrega que en el periodo de la pubertad se producen diversos trastornos de origen astenópico que mejorarían con tratamiento general. De igual pensamiento que el Prof. Espíldora, propicia tratamientos médicos en los casos pertinentes.

Dr. Bitrán, recordando lo que dice Duke-Elders se refiere a la patogenia de estas molestias por ametropías que considera debidas a fatiga muscular mantenida casi permanentemente en los vicios pequeños. En todo, de acuerdo con los Dres. Gormaz y Espíldora en caso de un tratamiento médico general que esté indicado, y mejore esas molestias. Es partidario de un tratamiento mixto: médico y de refracción en algunos casos.

2º—**Dr. Santos.**— Presenta un interesante caso clínico que titula:

"Endoftalmitis grave tratada con penicilina". Lamenta que la enferma no haya podido concurrir por razones de salud. Se trata de una señora de 48 años de edad que consulta el 27 de Septiembre, del presente año, por una grave afección ocular izquierda que le provoca intensos dolores y pérdida casi total de la visión. El examen revela tumefacción palpebral intensa, hiperhemia y quemosis conjuntival; córnea totalmente opalescente, pupila miótica, irregular sin reacciones. Hipopión que ocupa la mitad de la cámara anterior. El microscopio corneal revela infiltración total de la córnea, formando un absceso en la mitad inferior. Abundantes exudados fibrino-purulentos en la cámara anterior y sobre la cristaloide, sinequias múltiples; visión-luz dudosa.

Por la gravedad del cuadro ocular y pensando una probable evolución hacia la panoftalmitis, se inicia el siguiente tratamiento: penicilina-procaína, 300.000 U., cada 24 horas; penicilina subconjuntival, 20.000 U. diarias, instilaciones de penicilina cada 5 minutos en solución de 2.000 U. por c. 3. Instilación de atropina al 1% varias veces al día y sulfadiazina, 2 comprimidos cada 4 horas, medicamento que tomaba desde hacía 2 días.

La evolución es rápida en sentido favorable, declinando paulatinamente la grave sintomatología, y a los 10 días de él, el cuadro está totalmente apagado y la visión recuperada de luz-dudosa a 5/7,5 parcial.

El estudio clínico sólo reveló una diabetes.

Presenta el caso porque tiene la impresión de que si no se hubiera contado con la penicilina se habría perdido la función del ojo y, posiblemente, habría sido necesario sacrificarlo.

Prof. Verdaguer señala que el Dr. Arentsen, años atrás, le había tratado cuadro parecido en el otro ojo; eso sí, afección de menor intensidad.

Prof. Espíldora desea saber si se pesquísó fenómenos urinarios o articulares.

Dr. Santos: toda la investigación clínica resultó negativa salvo esa ligera diabetes de que hizo mención.

Dr. Gormaz. Por el hecho de constituir un posible caso de iritis recidivante a hipopión, el pronóstico es sumamente malo.

El Sr. Presidente manifiesta que él ha visto procesos oculares sumamente graves en terrenos diabéticos.

Fuera de tabla, el **Dr. Inostroza** solicita la palabra para referirse a un tema que por guardar cierta relación con el trabajo del Dr. Bitrán debe aprovecharse esta oportunidad. Se refiere a solicitar de la Dirección General de Sanidad, por intermedio de la Soc. Chilena de Oftalmología, que derogue la autorización a ciertos ópticos para recetar cristales de presbicia, por diferentes fundamentos, a saber: que en toda

prescripción de lentes debe hacerse un examen oftalmológico completo, para descartar algunas afecciones oculares concomitantes; puede tratarse de otros vicios de refracción; los años de práctica no bastan como garantía; existen numerosos consultorios, incluso para gente modesta, etc.

Abierto el debate, el Profesor Espildora manifiesta estar de acuerdo con este oficio. Referente a los cursos de optometristas que menciona el Dr. Inostroza, existía la idea de crear carreras universitarias nuevas en este sentido.

Dr. Contardo. En 1940 se constituyó una comisión que reglamentó la prescripción de cristales, de la cual él formó parte, prohibiéndose a los ópticos esta facultad, pero posteriormente este reglamento se modificó autorizando a los ópticos con más de 10 años de práctica dar lentes de presbicia.

Dr. Moya solicita que la prohibición sea absoluta y total, en Santiago y en provincias.

Dr. Bitrán, refiriéndose a los enfermos de provincias, podrían perfectamente acudir a consultar a los oculistas que hacen jiras periódicas.

Dr. Arentsen, agrega que en una de sus jiras vió errores groseros, que atribuye, en ciertos casos, a espíritu comercial.

El **Sr. Presidente**, cerrando el debate, manifiesta que enviará oportunamente esta solicitud a la Dirección General de Sanidad.

No habiendo otros asuntos de que tratar, el señor Presidente levanta la sesión a las 21.15 horas.

Sesión Extraordinaria del 1º de Diciembre de 1948.

Habiendo quorum necesario, el Sr. Presidente abre la sesión a las 20.15 horas.

Asisten: Dras. Candia y Tobar y Dres. Amenábar, Arentsen, Bitrán, Brücher, Contardo, Charlín, Espildora, Gormaz, Inostroza, Martini, Millán, Santos, Verdaguer, Lama, Olivares, Pazols y Araya.

Correspondencia.— Comunicación del Comité del 4º Congreso Argentino de Oftalmología, manifestando que los Certificados que adjunta darán facilidades a los que deseen concurrir.

Asuntos varios.— El **Sr. Presidente** encarece la asistencia de los socios para sesión extraordinaria del 15 del presente en que se proyectarán Films Quirúrgicos proporcionados por la Embajada de los Estados Unidos, quedando encargado el Prof. Verdaguer de ultimar los trámites necesarios, y para la sesión conjunta con la Sociedad Chilena de Tisiología, en la Sociedad Médica, el 16, para considerar el problema tuberculoso ocular y su tratamiento con estreptomycin.

Acto seguido, el Secretario da lectura al Proyecto de Reforma de

los Estatutos de la Sociedad Chilena de Oftalmología, anotando las modificaciones sugeridas y aprobadas por la asamblea.

Finalizada la lectura, el Sr. Presidente solicita el asentimiento para enviar copias a roneo a los socios, Sociedades afines, Federación de la Sociedad de Oftalmología del Hemisferio Occidental y Secretaría de la Asociación Panamericana de Oftalmología.

Se aprueba esta indicación.

Fuera de tabla, el Dr. Contardo comunica que el Prof. Meyer, reputado radiólogo vienés, recién radicado entre nosotros, desea hacer un curso sobre radiología del ojo y órbita, curso que deberá ser reducido y que abarcará 3 a 4 sesiones, una por semana.

Prof. Espíldora.— Hace indicación de que estos Cursos sean pagados, tal como sucede en Europa, en cuotas fijadas por el Prof. Meyer.

Se acuerda comisionar al Dr. Contardo para que, por intermedio del Dr. Viviani, arregle con el Prof. Meyer los detalles de este curso que, a sugerencia del Dr. Millán, debe ser para el próximo año.

Se acuerda también comunicar previamente a todos los socios para que tengan la posibilidad de inscribirse con tiempo.

Se levanta la sesión a las 21.20 horas.

Sesión Extraordinaria del 22 de Diciembre de 1948.

El Sr. Presidente abre la sesión a las 19.30 horas.

Asisten: Dras. Echeverría, Thierry y Tobar, Dres. Arentsen, Bistrán, Brücher, Charlín, Espíldora, Gormaz, Inostroza, Martini, López, Peralta, Schweitzer, Verdaguer, Lama, Pazols, Serani, Uribe, Ziemend, Araya y Sr. González.

Acta.— Se aprueban las del 24 de Noviembre y 1º de Diciembre con algunas pequeñas correcciones, deslizadas en su redacción.

Cuenta.— El Sr. Presidente comunica la llegada a Santiago, el 24 del presente, del Profesor Velter. Oportunamente se dará a conocer lo que se determine al respecto.

El Sr. Presidente anuncia el pleno éxito alcanzado por la Dra. Thierry y el Dr. Arentsen en relatos hechos en la sesión conjunta con la Sociedad Chilena de Tisiología el 16 del presente. Ofrece la palabra a la Dra. Thierry, quien hace un breve resumen de los 25 casos que expuso, de afecciones oculares tratadas con estreptomycin, en forma local, general y mixta.

También ofrece la palabra al Dr. Arentsen, quien declina hacer un comentario por estar completamente de acuerdo con las conclusiones que se establecieron, que a continuación se exponen y aprobadas por la asamblea, a solicitud del Sr. Presidente:

- 1º La tuberculinoterapia continúa siendo tratamiento de elección en las formas inflamatorias puras;
- 2º El empleo de los antibióticos queda reservado para las formas nodulares hematógenas;
- 3º Tratamiento local con antibióticos se recomienda en todo caso de tuberculosis ocular como poderoso coadyuvante del tratamiento general específico, propio de cada tipo lesional;
- 4º Para diagnosticar precozmente las localizaciones hematógenas oculares, se recomienda a los especialistas afinar los exámenes para llegar a un diagnóstico de tratamiento precoz;
- 5º El éxito visual dependerá de la precocidad con que se inicie el tratamiento;
- 6º El tratamiento general deberá ser hecho sin interrupción y a dosis suficientes, a fin de evitar el riesgo de resistencia del germen a la droga;
- 7º Considerando la evolución clínica insidiosa de las formas hematógenas, se recomienda la necesidad de intensificar su búsqueda, a fin de lograr el diagnóstico lo más temprano posible. La forma de realizarlo sería por medio de exámenes oculares preventivos;
- 8º Cuando el proceso es exclusivamente exudativo y sobre todo si es reciente, la curación será total y rápida, como ocurrió en los casos de queratitis plástica; y
- 9º La fibrina, tal como sucede en otras iridociclitis no tuberculosas, tratadas con drogas eficaces, como la penicilina, no se reabsorbe sino en mínima parte, y el resto se organiza. Esto no constituye un fracaso de la droga sino de la incapacidad del organismo de reabsorberla.

TABLA.— 1º.— El Dr. Araya y el Sr. González, este último Secretario del Departamento Psicotécnico del Tránsito, relatan un trabajo en que explican detalladamente el significado del Gabinete, su forma actual de funcionamiento y la manera de corregir sus defectos existentes para un mejor aprovechamiento. Terminan dando una nómina de las diferentes causas de rechazo que habitualmente se observa.

Ofrecida la palabra por el señor Presidente, el Dr. Brücher manifiesta que felicita a los relatores por la presente comunicación a la Sociedad Chilena de Oftalmología, que considera de interés por tra-

tar verdaderos aspectos de medicina preventiva, que califica "Medicina del Porvenir", como es la selección de conductores de vehículos actualmente. Le extraña que no se mencione a España como un país de mucha importancia en esta clase de exámenes, pues cuenta con Centros de esta naturaleza sumamente completos; por ejemplo, el de Barcelona.

Aprovechando su reciente estada en Buenos Aires para asistir al 4º Congreso Argentino de Oftalmología de Mar del Plata, constató que en una semana ocurrieron 63 muertos por accidentes del tránsito, sin contar numerosos heridos, existiendo, prácticamente, un gran desorden en la selección de conductores, viéndose a veces el caso de enviar por correspondencia el Carnet de Competencia.

Referente a la labor del Gabinete de Santiago manifiesta que, si bien es cierto que esta selección previa elimina gran porcentaje de accidentes pre visibles, también lo es que el problema del alcoholismo es una cosa seria, problema aun no resuelto y causante de la mayor parte de los accidentes actuales del tránsito.

Insiste en la gran labor que el Gabinete cumple, la cual sería mejor si se subsanaran las deficiencias que los relatores hacen ver en su trabajo.

El Sr. Presidente dice que en 1930, en la ciudad de Génova, le tocó visitar un Gabinete de Orientación pro vocacional, de gran importancia, especialmente para la biotipología, dirigida por Pende.

Agrega que la estadística de rechazos que presentan el Dr. Araya y Sr. González reconoce 6 daltónicos en un mes. Hace ver que estas personas consideran que no deben ser excluidas, por disponer de otros medios para suplir el defecto. Recuerda que para el objeto y también para evitar el deslumbramiento por la luz del sol, de los semáforos actuales, propuso en otra ocasión algunas modificaciones complementarias fáciles de hacer.

El Dr. Brücher, respondiendo al Sr. Presidente, dice que en su oportunidad envió una nota a quien corresponde, solicitando esas modificaciones, pero manifiesta que en Chile cuesta mucho hacer las cosas. Recuerda que 12 años atrás los exámenes psicotécnicos no existían en absoluto, incluso era frecuente observar que muchas veces eran practicados por el portero del Departamento del Tránsito. Señala también, a Muller como el verdadero creador del Gabinete actual, ya que sugirió los aparatos con que cuenta actualmente.

Volviendo al problema de los accidentes del tránsito, revela que una estadística de 100 casos demostró que sólo 10 de ellos ocurrieron en Santiago y los 90 restantes en Provincias, tanto que se llegó a prohibirles a estas extender Certificados de competencia temporalmente.

2.— A continuación el Dr. Serani, aludido por el Dr. Bitrán en su trabajo leído en la sesión anterior, ocupa la tribuna para aclarar algu-

nos conceptos que pudieran estar confusos a lo manifestado por ambos, tanto en la Sociedad Chilena de Oftalmología como en la Sociedad Médica, referentes a ametropías y cefáleas.

Comienza por establecer la diferente calidad del consultante, del médico internista y del oculista; detalla la forma de constituirse la hoja clínica de cefáleas en su servicio y luego analiza las diversas etiologías encontradas, para terminar manifestando que las que reconocían un origen ocular fueron establecidas exclusivamente a bases de informes de especialistas.

DISCUSION.— El Dr. Brücher cree que es difícil, prácticamente inútil, tratar de sacar porcentajes de cefáleas, según sus diversas etiologías, ya que muchas veces reconocen múltiples causas, incluso concomitantes.

El Dr. Arentsen agrega que las estadísticas no tienen valor absoluto dado el distinto grupo de enfermos que consultan: unos al oculista y otros al internista, y tiene la impresión que los resultados aparentemente son contradictorios.

3.— El Prof. Verdaguer entra a considerar la determinación del astigmatismo por el Método del foggy, que considera de interés puesto que es un método coadyuvante muy eficaz para este tipo de refracciones, a veces muy difíciles de establecer por los medios corrientes de examen. Da una explicación muy completa de los cuadrantes astigmáticos que preconizan Lancaster y Regán de los Estados Unidos, que utilizan el Foggy, que consiste primordialmente en miopizar ligeramente el ojo a examinar. Luego revisa cuidadosamente las clases de astigmatismos existentes en el ojo, la patogenia de la acomodación astigmática y el conoide de Sturm, a través de un gráfico muy ilustrativo. Termina la narración con las ventajas e inconvenientes que este método tiene, aconsejando usarlo como examen complementario, no desestimando en manera alguna los otros exámenes de control, como ser la Queratometría y la Esquiascopia.

4.— El Dr. Schweitzer se refiere al tratamiento quirúrgico del roquete quemótico, con suturas de Snellen, preconizado por Laval y Schneider en los diferentes casos en que se presenta; como ser: traumatismos o heridas de las vecindades de la órbita en casos de intervenciones orbitarias, y los secundarios a ligaduras de la carótida para tratar aneurismas arterio venosos intracraneanos. Explica el *modus operandi* y los buenos resultados obtenidos en la evolución de los casos tratados, que muestra gráficamente evolución que se acorta considerablemente. Termina indicando algunos consejos prácticos para que estas intervenciones aseguren éxitos.

5º.— El Dr. Charlín muestra a los presentes un interesante caso de una mujer con el Síndrome descrito por Marfán en forma inconfundible.

Acto seguido el relator hace una descripción de este cuadro que fué descrito primeramente por Marfán en 1896 con el nombre de Dolicoctenamelia. Pasa revista a los síntomas más frecuentes, como ser: ectopía bilateral del cristalino, iridodónesis, megalocornea, anomalías de párpados y pestañas, nistagmus, miosis, elongación de los huesos largos, especialmente de las manos y pies, que se conoce como aracnodactilia, curvaturas anormales de la columna vertebral, dolicefalia, pie plano, infantilismo, amiotrofía, alteraciones glandulares, etc.

Luego analiza las probables patogenías, aun en estudio, y respecto del tratamiento dice que fuera de uno general indicado por el internista y endocrinólogo, el ocular es prácticamente nulo en la edad adulta, siendo posible la discisión en la infancia.

Respecto del caso que él presenta, detalla los diversos análisis clínicos, de laboratorio y de radiología, que hicieron posible su individualización como un típico caso de un Síndrome de Marfán.

Por no haber otros asuntos pendientes, el Sr. Presidente levanta la sesión a las 21.20 horas.

Sesión Ordinaria del 29 de Diciembre de 1948.

El Sr. Presidente abre la sesión a las 19.40 horas.

Asisten: Dras. Pinticart, Thierry, Tobar; Dres. Amenábar, Arentsen, Barrenechea, Bitrán, Brücher, Camino, Contardo, Gormaz, Espildora, Inostroza, Lama, Olivares, Pazols, Peralta, Martini, López, Wygnanki, Verdaguer, Schweitzer, Vidal, Uribe y Araya.

El Prof. Velter, especialmente invitado, asiste para desarrollar una conferencia y participar en los debates.

El Sr. Presidente saluda al Prof. Velter, manifestando que su presencia prestigia esta sesión de trabajo, recordando que pertenece a la Sociedad Chilena de Oftalmología por su calidad de Miembro Honorario. Se muestra muy complacido que su segunda visita a Santiago sirva para profundizar y amplificar las relaciones oftalmológicas con Francia, ya muy firmes por su anterior viaje. Añade que es innecesario resaltar los méritos científicos del visitante, por ser demasiado conocidos y estimados por todos.

Profesor Velter, acto seguido, agradeciendo las palabras del Sr. Presidente, manifiesta su complacencia de estar nuevamente con nosotros cumpliendo una formal promesa de su viaje anterior. Su actual visita será sumamente breve y le servirá para estrechar —aun más—

los lazos de amistad que tiene con nosotros, considerándose un amigo sincero, y de ahí su gran satisfacción de participar en esta sesión científica de la Sociedad Chilena de Oftalmología, con la que se siente muy vinculado.

Dicho lo anterior, comienza por desarrollar el tema que denomina: "Ensayo del tratamiento de la Retinitis Pigmentosa con inclusiones subconjuntivales de placenta fresca", deseando que los asistentes participen en su discusión.

Primeramente da una idea general de lo que es esta enfermedad y los diversos tratamientos empleados sin resultados evidentes, tales como: medicación vaso dilatadora; inyecciones subconjuntivales de sueros hipertónicos; inhalaciones de nítrito de amilo; inyecciones de acetilcolina y atropina; paracentesis repetidas de la cámara anterior; intervenciones del tipo antiglaucomatosos; resección del simpático pericarótideo; terapia pluriglandular y vitamínica, especialmente de A. De la tuberculinoterapia dice que algunos autores han obtenido resultados funcionales apreciables.

A continuación revela los experimentos de Filatow y otros autores, a base de inclusiones subconjuntivales de placenta humana, con una preparación previa y conservada a la heladera, y luego las modificaciones preconizadas por Renard y Bregeat, que usan placenta fresca.

El **Profesor Velter** explica la técnica de esta clase de intervenciones que considera sumamente sencillas y sin complicaciones, pues ni siquiera provocan una reacción local intensa. Se practican generalmente en el cuadrante superoexterno del ojo, por diversas consideraciones.

Personalmente, en estos últimos meses, ha operado cuatro casos con esta técnica, obteniendo mejorías funcionales apreciables.

Los autores anteriormente nombrados señalan que la mejoría es evidente al adaptómetro de Hass y al Campímetro, especialmente de la parte temporal. Respecto a los signos oftalmoscópicos, no se modifican; sin embargo, consideran que es muy poco el tiempo transcurrido para sacar alguna conclusión estable.

El **Prof. Velter** termina su brillante exposición con tres observaciones clínicas tratadas con inclusiones placentarias y solicita además que los ensayos que puedan hacerse en Chile se los comuniquen, si fuera posible.

Nutridos aplausos de la concurrencia recibe el **Prof. Velter** por su presentación.

El **Sr. Presidente** ofrece la palabra.

El **Prof. Espíldora** dice que próximamente, en una paciente de retinitis pigmentosa iniciará el tratamiento con inclusión placentaria.

Dr. Amenábar pregunta si existen contraindicaciones para re-intervenciones.

Prof. Velter responde que, prácticamente, ninguna, pues queda una pequeña cicatriz fibrosa, sin compromiso ocular, en el sitio de la primera intervención. Recalca la sencillez de estas operaciones.

Prof. Espildora desea saber si las inclusiones placentarias se utilizan en otro grupo de afecciones oculares.

Prof. Velter: precisamente, por el momento se han empleado en afecciones degenerativas de la córnea, con relativos buenos resultados.

Dr. Gormaz: en cuanto al sitio de elección operatoria, desea saber si se puede cambiar sin que signifique inconveniente.

Prof. Velter: no hay inconveniente alguno y si recomienda el cuadrante superoexterno es por su mayor comodidad.

El **Sr. Presidente** agradece al **Prof. Velter** su brillante participación en la sesión al darnos a conocer este trabajo tan importante.

A continuación, el **Prof. Velter** analiza los próximos Congresos Oftalmológicos Internacionales, a desarrollarse los próximos años, especialmente la organización y la importancia que sin duda alcanzarán.

2º.— **Dr. Lama.**— Presenta una enferma de Iridociclitis Nodular Tuberculosa que fué motivo de una reciente presentación, también, en la sesión conjunta de nuestra Sociedad con la Sociedad Chilena de Tisiología.

Se trata de una mujer joven que consulta al policlínico del Seguro Obrero, por ver nublado con el ojo derecho, comprobándose visión de 5/15 y abundantes precipitados en la Descemet. Pensando en un origen focal, fué tratada con penicilina subconjuntival, a razón de 20.000 U. diarias, sin buenos resultados, pues, un segundo control, días después, reveló un franco empeoramiento de su lesión ocular, apreciándose edema corneal del tercio inferior, descemetitis más intensa con precipitados más gruesos y densos y zonas tapizadas con un polvillo abundante y sucio. Además, en la región iridiana limbar, a las 6, un tubérculo grande redondeado, y entre las 8 y 9, cerca del área pupilar, dos formaciones similares; sinequias iniciales y visión de 5/30. En vista de este giro, y considerando la afección como tuberculosa, se le trata 2 días con estreptomycin subconjuntival, 2 veces al día, colocando 1 cc. de la solución de 1 gramo disuelto en 10 cc. de suero fisiológico, con atropina al 1%. Con esto se consigue rápido aclaramiento del humor acuoso, visualizándose mejor los tubérculos del iris; uno de ellos ya algo más pequeño. Posteriormente este tratamiento se amplía completándolo con inyecciones intramusculares de estreptomycin cada 8 horas, enterando 1 gramo de droga diario. Cinco días después, se comprueba mejoría de la visión a 5/7,5; a los 8 días desaparecen los tubérculos ubicados entre las 8 y las 9, y a las 12, la gonioscopia permite tan sólo ver un solevantamiento a las 6. Posteriormente la evolución sigue favorable, dándosele de alta del policlínico después de ha-

berle administrado 26,5 gramos de estreptomina, con su lesión ocular totalmente desaparecida, éxito que la concurrencia tiene oportunidad de apreciar examinando a la enferma, presente en la sala.

3º.— Los Dres. Charlín y Gormaz, presentan a la Sociedad Chilena de Oftalmología un acabado estudio sobre exámenes de fondo de ojos en embarazadas gestósicas e hipertensivas pertenecientes a la Clínica Obstétrica del Hospital del Salvador, y cuyas conclusiones presentaron previamente a la reunión anual del Hospital, del presente año, trayéndolas ahora a consideración de la asamblea por suponer que tengan algún interés por tratarse de una estadística de más de 200 fichas de tóxicosis gravídica.

Los relatores pasan revista sumaria a los síntomas más frecuentes, como ser, en orden progresivo: vasoconstricción arterial, edema retinal, aumento del brillo arteriolar, visualización de diversos cruces arteriovenosos, el cuadro oftalmoscópico denominado "retinopatía gravídica" y el edema papilar.

Hacen una revisión de la literatura, tanto extranjera como nacional, de este problema oftalmológico y obstétrico.

A continuación revisan el material clínico que motiva el trabajo, bajo diversos aspectos estadísticos referentes a los síntomas en relación con la hipertensión, encontrando muy frecuentes la vasoconstricción y el edema, y de la nefritis crónicas agravadas por el embarazo, o sea, aumento del brillo arteriolar, cruces positivos y retinopatías. Creen que ante una retinopatía del embarazo, el diagnóstico diferencial basado sólo en ella, es a menudo imposible, constituyendo el examen del fondo de ojo un guía para el tratamiento de la tóxicosis gravídica.

Agregan algunas consideraciones de importancia sobre el desprendimiento retinal de origen eclámpico.

Por no haber otros asuntos pendientes, el Sr. Presidente levanta la sesión a las 21.10 horas.
