

# ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

## SUMARIO:

1. NOTA EDITORIAL.—HARRY S. GRADLE	
2. IDEAS FUNDAMENTALES EN TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GLAUCOMAS. Prof. Dr. Harry S. Gradle .....	PAG. 5 ✓
3. LA PENICILINA EN OFTALMOLOGIA. Dres. Santiago Barrenechea y René Contardo .....	.. 12 ✓
4. PRACTICA OFTALMOLÓGICA.—CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA TRATADA CON PENICILINA LOCAL. Dr. Francisco Bernasconi S. ....	.. 18 ✓
5. II CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA .....	.. 20 ✓
6. SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA .....	.. 23
7. NOTICARIO OFTALMOLOGICO.	.. 27
8. REVISTA DE REVISTAS .....	.. 29
9. LIBROS .....	.. 37
10. NOTAS TERAPÉUTICAS .....	.. 41

DIRECTOR: DR. SANTIAGO BARRENECHEA A.

JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

## REDACTORES HONORARIOS

PROF. C. CHARLIN C.

PROF. C. ESPILDORA LUQUE

PROF. I. MARTINI Z.

DR. JEAN THIERRY

PUBLICACION BIMENSUAL

AÑO I — N.º 4

ENERO — FEBRERO DE 1945

SANTIAGO DE CHILE



## COMITE DE REDACCION

PROF. DR. J. VERDAGUER

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL SALVADOR

DR. A. SCHWEITZER

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL SAN VICENTE

DR. A. ROBERT

CLINICA REGIONAL DE OFTALM., VALPARAISO

DR. R. CONTARDO A.

JEFE DEL SERVICIO DE OFTALM. DEL B. LUCO

DR. RAUL COSTA L.

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

DRA. LAURA CANDIA

HOSP. DE NIÑOS MANUEL ARRIARAN

DR. G. O'REILLY

HOSP. CLINICO - CONCEPCION

DR. M. MILLAN

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL HOSP.  
SAN FRANCISCO DE BORJA

DR. M. AMENABAR P.

CLINICA OFT. DEL SAN VICENTE

SECRETARIO DE REDACCION: DR. JUAN ARENTSEN S.

CLINICA OFTALMOLOGICA DEL HOSP. SAN JUAN DE DIOS

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

Agustinas 641 Santiago.

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

AÑO I - N.º 4

ENERO - FEBRERO DE 1945



Con ocasión de la jira de acercamiento oftalmológico inter-americano y de preparación del II Congreso Panamericano de Oftalmología, realizada a principios de este año por el Profesor Harry S. Gradle, los oftalmólogos chilenos tuvimos oportunidad de escucharlo a través de tres conferencias que dictó en su corta estadía entre nosotros: dos en Santiago y una en la Clínica Regional de Valparaíso.



ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA se honra publicando breves datos biográficos del ilustre visitante y la primera de sus conferencias "Ideas fundamentales en tratamiento quirúrgico de los Glaucomas" que él tuvo la gentileza de enviarnos desde Chicago, apenas regresó a su patria.

## HARRY S. GRADLE

El profesor Harry Searls Gradle nació en Chicago, Illinois, el 31 de Diciembre de 1883.

Su educación la realizó en la Escuela Preparatoria de Chicago, Universidad de Michigan A. B. (1906), Facultad de Medicina de Rush, egresado en 1908, y luego interno del North Chicago Hospital. Fué asistente de la Clínica de Fuchs en Viena durante un año y de la Clínica de Elschnig, en Praga por dos años, realizando estudios de post-graduado en Londres, París y varias clínicas alemanas durante un año.

Ha sido profesor asistente de Oftalmología de la Universidad de Illinois desde 1921 a 1929, profesor extraordinario de Oftalmología en la Universidad de Northwestern desde 1929 a 1943 y profesor de Oftalmología y jefe de departamento en la Universidad de Illinois desde 1943 hasta la actualidad.

Fué jefe de Clínica del Cook County Hospital desde 1922 hasta 1927 y desde 1919 hasta ahora, oculista jefe del Michael Reese Hospital.

Ha sido presidente de la Academia de Oftalmología y Otorrinolaringología en 1938, presidente de la Sección de Oftalmología de la Asociación Médica Americana en 1939, regente del Colegio Americano de Cirujanos desde 1937 hasta ahora.

Desde 1940 es presidente del Congreso Pan Americano de Oftalmología que se realizará este año en Montevideo.

Es miembro honorario de la Sociedad Brasileña de Oftalmología, miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Venezuela, socio honorario de la Sociedad Chilena de Oftalmología, vicepresidente de la Sociedad de Illinois para la prevención de la Ceguera, editor asociado y director del American Journal of Ophthalmology, consultante civil de Oftalmología y médico jefe del Servicio de Salud del Ejército de los Estados Unidos y presidente del Comité de Oftalmología del National Research Council.

Harry S. Gradle, M. D

April 16, 1945

Dr. Santiago Barrenechea

Augustinas 641

Santiago, Chile

My dear Doctor Barrenechea:

I arrived home a few days ago, and as I promised, I am sending you herewith my paper on IDEAS FUNDAMENTALES EN TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GLAUCOMAS.

I have made a complete recovery from the illness which kept me in Buenos Aires two months, and will resume my professional work this week.

It was good to have the opportunity to see you, and the other colleagues in Santiago, and I do deeply appreciate all the courtesies shown me on my too brief visit there.

Cordially yours,  
Harry S. Gradle

# Ideas Fundamentales en Tratamiento Quirúrgico de los Glaucomas

Prof. Dr. HARRY S. GRADLE, M. D.

El problema del tratamiento quirúrgico del glaucoma es de la mayor importancia, ya que un elevado porcentaje de casos requiere la intervención operatoria. No es aquí el momento oportuno para discutir las indicaciones de la intervención operatoria, sino más bien para hablar acerca de qué procedimiento quirúrgico debe ser usado en los diversos tipos de glaucoma y por qué.

Fundamentalmente, el problema queda resuelto, si pensamos que el ojo está constituido por una envoltura esférica, rígida e inextensible que contiene en su interior:

- a) tejidos cuyo volumen varía únicamente con la cantidad de sangre en los vasos;
- b) una sustancia gelatinosa (el vítreo) cuyo volumen no varía normalmente siendo prácticamente incompresible, y
- c) un fluido (el acuoso) que con una constante entrada y salida, actúa como una delicada válvula reguladora de la tensión intraocular normal.

En condiciones ordinarias la tensión intraocular no experimenta variaciones mayores de tres a cuatro milímetros de mercurio, siendo mantenida en equilibrio por un sistema regulador extremadamente complicado. Es cuando ese mecanismo no funciona ya propiamente, que la presión empieza a subir, y cuando el cirujano debe tratar de restaurar ese equilibrio, antes que la hipertensión haya causado lesiones irreparables en el ojo.

Resulta obvio decir, que es imposible intervenir quirúrgicamente sobre ese sistema regulador, así como que los tejidos intraoculares no pueden ser manipulados para establecer de nuevo presiones normales. El vítreo es inerte y desempeña únicamente un papel secundario. De aquí que la única posibilidad que nos queda es intervenir sobre el acuo-

so. Modificar la entrada de acuoso dentro del ojo, está más allá de las capacidades humanas, con una sola excepción, cuando se practica la operación llamada ciclodiatermia. Por consecuencia, la única posibilidad de intervención quirúrgica sobre el problema de la hipertensión radica en tratar de elevar la cantidad de salida de acuoso del ojo.

De aquí que sea necesario considerar el ángulo de la cámara anterior, área por la cual ocurre la salida del acuoso en mayor cantidad. No es necesario repetir aquí la descripción anatómica del susodicho ángulo, ya que todos los clínicos deben tener una imagen mental indeleble de esa porción del ojo si ellos han de abordar los problemas de la hipertensión. Es suficiente con recordar que ese ángulo, formado por la raíz del iris y la superficie posterior de la córnea, varía en ojos normales, de seis a veintiséis grados, dependiendo en parte del grado de ametropía del ojo. La porción llamada trabecular, radica a una distancia variable del vértice del ángulo, y su anchura no es la misma en todos los ojos. En las inexactas apreciaciones de los cortes histológicos, existe aparentemente variación en la profundidad del trabéculum; es decir, la distancia que existe entre la abertura en la cámara anterior, y la abertura en el canal de Schlemm. Aunque nunca se han hecho medidas precisas, ni histológicas ni gonioscópicas de la malla trabecular, es probable que mucho se añadirá al conocimiento del glaucoma crónico, cuando esas medidas en ojos normales y en ojos glaucomatosos en su primer estadio, sean comparadas.

El estudio de la causa de la hipertensión está fuera de los límites de esta discusión, así como también el control de ella por otros procedimientos que no sean quirúrgicos. Es necesario tratar de establecer una relación entre los distintos aspectos del ángulo en los diferentes tipos de glaucoma con los procedimientos operatorios disponibles.

En glaucoma de ángulo estrecho agudo, es bien sabido que la presión es ejercida primitivamente detrás del iris y que la raíz de él es empujada hacia adelante, en tal forma que su superficie anterior se pone en contacto con la parte periférica de la superficie posterior de la córnea. En esta forma el trabéculum queda cerrado. En un principio, las relaciones existentes entre el iris y la superficie posterior de la córnea, son únicamente de contacto, pero posteriormente, adhesiones fibrinosas se constituyen entre esas dos estructuras bloqueando completamente el trabéculum. El más importante aspecto del proceso es considerar el tiempo que transcurre desde que esas dos estructuras se ponen en contacto, hasta que se forman las susodichas adherencias. Ese tiempo es variable de acuerdo con la severidad del ataque, el grado de reacción congestiva, la idiosincrasia del individuo y muchos otros factores; pero en general se puede decir que oscila entre cuarenta y ocho y noventa y seis horas. El tiempo transcurrido desde el principio del ataque es de capital importancia, ya que de él depende el tipo de intervención que ha de escogerse en esta condición de glaucoma agudo con ángulo estrecho. Si las adherencias no se han formado aún, la liberación mecánica del



trabéculum por medio de la clásica iridectomía será suficiente para combatir la hipertensión. Pero si el iris ha empezado a formar adherencias con la superficie posterior de la córnea, la iridectomía fallará y deberá recurrirse a otro tipo de operación, por ejemplo una operación fistulizante. Luego, en casos de glaucoma agudo con ángulo estrecho que no han respondido al tratamiento médico, el cirujano tiene que decidir entre si las adherencias no se han formado aún y la condición puede ser tratada con iridectomía, o si el iris está adherido a la superficie posterior de la córnea en cuyo caso estará indicada una operación fistulizante. El puede guiarse en su decisión por los siguientes conceptos:

- a) El tiempo transcurrido desde el principio del ataque. Esto fué ya discutido a propósito del tiempo requerido para la formación de adhesiones entre la superficie posterior de la córnea y la anterior del iris, pero podemos establecer que después de cuarenta y ocho y noventa y seis horas la simple iridectomía no será suficiente.
- b) El grado de congestión de los vasos esclerales y conjuntivales. Esta representa el grado de carencia en la compensación del sistema vascular del ojo sometido a hipertension y cuanto más grande sea la congestión, más extensa y más rápida será la formación de adherencias.
- c) La profundidad aparente de la cámara anterior. La cámara anterior es siempre tan poco profunda, que aunque sea posible la gonioscopía, no se encuentra ningún dato de valor con ella. No obstante, pequeñas variaciones en la profundidad de la cámara anterior son visibles a simple vista, y en general puede decirse que cuanto menos profunda sea la cámara anterior, más íntimo será el contacto del iris con la periferia de la córnea y más rápida será la formación de adherencias. Cuando la córnea está tan edematosa que no permite la observación de la profundidad de la cámara, puede obtenerse transparencia pasajera instilando una gota de glicerina o de solución salina al veinte por ciento.
- d) La presencia de células y fibrina en la cámara anterior. El examen biomicroscópico con iluminación focal del acuoso mostrará siempre la existencia de células y fibrina como resultante de la reacción edematosa de los tejidos intraoculares. Si ellas, las células y la fibrina existen en mayores cantidades, la formación de adherencias será acelerada.
- e) La edad del paciente. A medida que más viejo es el paciente, más tiempo tardan en formarse las adherencias iridocorneales.
- f) El tamaño de la pupila. En casos de pupila ampliamente dilatada, la periferia del iris aumenta su espesor en sentido antero-posterior, por consecuencia, más

Íntimo será el contacto con la superficie posterior de la córnea y mayor será la tendencia hacia la formación de adherencias.

**Glaucoma agudo con ángulo amplio** es más bien raro. Como regla general se acompaña de alguna otra condición intraocular que produce un súbito bloqueo del trabéculum y una rápida elevación de la presión intraocular con igual valor en las dos caras del iris. La presión en la cámara anterior es en todo momento igual a la presión en la posterior y por consecuencia no existe ninguna diferencia que pueda forzar la raíz del iris hacia adelante y producir el bloqueo mecánico del ángulo de la cámara como se encuentra en el glaucoma agudo de ángulo estrecho. Resulta obvio decir que la extirpación de la parte periférica del iris no podrá tener efecto permanente en la reducción de la hipertensión intraocular y que otros procedimientos para drenar el acuoso deben ser buscados.

**Glaucoma crónico de ángulo amplio** es la forma más comúnmente observada. Es la forma primitivamente conocida como glaucoma crónico no congestivo, glaucoma simple o glaucoma compensado. La presencia de un ángulo no cerrado tiene las siguientes significaciones:

- a) La condición no ha existido durante un tiempo suficientemente largo como para producir extensas adhesiones en la periferia del ángulo de la cámara anterior.
- b) La hipertensión se estableció de una manera lenta, no brusca, y como resultado de ello la presión en las dos caras del iris fué siempre igual.
- c) La interferencia en la salida del acuoso radica con toda probabilidad en la disminución en tamaño de la malla del trabéculum.

Con estos principios en consideración es obvio que cualquier procedimiento operatorio que se proponga suprimir el bloqueo mecánico del trabéculum está destinado a fracasar. En consecuencia, es necesario en estos casos decidirse por algún procedimiento que abra nuevas vías de drenaje cuando el tratamiento médico se ha mostrado insuficiente para controlar la hipertensión.

No está fuera de lugar considerar en este momento que es lo que debe considerarse como tensión patológica. No es la tensión patológica un factor numérico que pueda ser medido en milímetros de mercurio. Debe ser estimada por sus efectos en la función del ojo, ya que la tensión que puede ser tolerada sin producir lesiones varía de un individuo a otro. La tensión que es normal para un ojo puede ser francamente patológica para otro, y viceversa. La medida de la función del ojo es dada por supuesto por el estudio de los defectos centrales del campo, de las depresiones periféricas del campo, y por la medida de la agudeza visual central, así como por la evolución de ellas durante el curso de la enfermedad. Cualquier grado de presión que produzca alteraciones patológicas en esas funciones, constituye hipertensión para el ojo en cuestión y

estará más allá de los límites de tolerancia de él. Por lo tanto, la tensión intraocular normal, puede ser definida como la presión intraocular que los tejidos del ojo pueden soportar sin sufrir alteración en su función

**Glaucoma crónico de ángulo estrecho.** Como regla general es el estado final del glaucoma crónico de ángulo amplio en el cual, de una manera lenta y progresiva, el ángulo se ha ido cerrando, comenzando por su parte periférica. Tales casos sufren al final una exacerbación aguda acompañada de congestión. En algunos casos, hipertensión se presenta en ojos fuertemente hipermetropes con ángulo estrecho de su cámara, así como en los llamados glaucomas secundarios que siguen a la extracción de catarata. En la mayoría de ellos no existe bloqueo mecánico de la zona trabécular hasta en una fase avanzada del progreso de la enfermedad; cuando el bloqueo se establece, aparece la congestión como resultante del desarreglo de la compensación vascular. De estos hechos se desprende que cualquier intervención que tienda a liberar el trabéculum no resolverá el problema; en otras palabras, una operación del tipo de la iridectomía está destinada a fracasar. En consecuencia, nuevas vías para la salida del acuoso deben realizarse.

Como ya se mencionó anteriormente, existe únicamente una operación contra la hipertensión cuyo propósito no es abrir nuevas vías de drenaje del humor acuoso. Esta operación es la ciclo-diatermia, que constituye un tipo por sí sola y cuyo mecanismo de acción consiste en disminuir la producción de acuoso por el cuerpo ciliar.

Todas las operaciones antiglaucomatosas quedan incluidas en uno de los tres grupos siguientes:

- 1) Operación que se propone librar a la zona trabécular del bloqueo mecánico que está produciendo la hipertensión, y permitir al acuoso pasar nuevamente a través de la malla de esa zona hasta el canal de Schlemm. En otras palabras, con esta operación se busca restaurar las vías normales de salida del acuoso. La operación característica de este tipo es la clásica iridectomía de von Graefe.
- 2) Operación que abre un nuevo canal intraocular para el drenaje del acuoso. Característica de este tipo de operación es la Ciclodíalisis de Heine. Por medio de este procedimiento se establece una comunicación entre la cámara anterior y el espacio supracoroideo, separando el cuerpo ciliar de la esclera en una extensión que varía de tres a once milímetros del limbo. A través de esa hendidura operatoria, el acuoso pasa al espacio supracoroideo de donde es absorbido por las grandes venas del plexo ciliar.
- 3) Operación que abre vías extra-oculares para el drenaje del acuoso. Son las operaciones fistulizantes que establecen una fistula entre la cámara anterior y la parte exterior del ojo por donde el humor acuoso es drenado. De este tipo tres de operaciones, iridencleisis y trepanación son las más frecuentemente empleadas, aunque irido-esclerectomía e iridotasis tienen aún sus partidarios.

Las ideas anteriores pueden conservarse gráficamente en el siguiente cuadro:

Glaucoma congénito			○	○	§
Glaucoma crónico con ángulo amplio	Tardío		○	○	+
	Inicial		○	+	○
Glaucoma crónico con ángulo estrecho	Tardío		○	§	+
	Inicial		○	§	+
Glaucoma agudo con ángulo amplio	Tardío		○	○	+
	Inicial		○	○	+
Glaucoma agudo con ángulo estrecho	Tardío		○	○	+
	Inicial		+	○	§
			Tipo I	Tipo II	Tipo III

+ Probablemente se obtendrá éxito.

○ Fracasaré definitivamente.

§ Puede obtenerse éxito pero no es la operación de elección.

Haciendo resumen se puede decir que prácticamente todas las medidas encaminadas a bajar la hipertensión intra-ocular llevan la finalidad común de realizar un drenaje del humor acuoso. El se puede lograr restaurando las vías normales de desagüe, abriendo nuevas vías intra-oculares o estableciendo nuevos tractus extra-oculares para la derivación del acuoso. Para cada tipo de ellos existen numerosas operaciones con las que el cirujano debe estar familiarizado. Para cada operación existe un número de indicaciones bien definidas, que el cirujano debe buscar en el cuadro clínico del ojo en cuestión. Los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la hipertensión, dependen de la habilidad diagnóstica del oculista, del conocimiento y comprensión de las alteraciones anatómo-patológicas, y del modus operandus de las distintas intervenciones, así como de su técnica operatoria. En general, puede decirse, que noventa y cinco por ciento de los casos de glaucoma pueden ser controlados, con tal de que no sean vistos muy tarde y con la condición de que se siga un criterio quirúrgico juicioso.

## II

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

Director: Dr. **Santiago Barrenechea**

**Clínica Oftalmológica del Hospital Ramón Barros Luco**

Director: Dr. **René Contardo A.**

# La Penicilina en Oftalmología

Drs. SANTIAGO BARRENECHEA Y RENE CONTARDO

El uso de la penicilina en oftalmología no ha alcanzado aún la difusión que en Medicina General, pese a que, con su uso, se obtienen éxitos muy halagadores en diversas afecciones de nuestra especialidad.

Salida ya de la etapa experimental oftalmológica, a la cual han contribuido brillantemente VON SALLMAN (14), STRUBLE y BELLOWS (13), ARRUGA (2), LEOPOLD (9-10-11), HOLMES (9), LA MOTTE (9-10), SCOBEE (12) y otros autores, ha entrado de lleno en la práctica oftalmológica, como lo ha demostrado ARRUGA (2), BELLOWS (3), CASHELL (6), DUNNINGTON y VON SALLMAN (7), etc.; y entre nosotros BRÜCHER (4) y BERNASCONI (5).

Queremos dar a conocer nuestra experiencia con el uso de la penicilina, tanto local como general en nuestra especialidad.

Localmente la hemos usado en concentraciones de 500 a 1.000 unidades por centímetro cúbico, en suero fisiológico estéril, o en pomada con iguales concentraciones que han sido proporcionadas gentilmente por el Instituto Bacteriológico de Chile. Hay autores que han usado hasta 1.200 unidades por centímetro cúbico en conjuntivitis gonocócicas del recién nacido, sin inconvenientes.

La vía general ha sido la intramuscular, en dosis fraccionadas, cada 3 ó 4 horas, de 15 a 20.000 unidades, diluidas en suero fisiológico, usadas día y noche, ya que la penicilina se elimina rápidamente por el riñón.

Ambas vías, local y general, pueden asociarse, especialmente en afecciones oculares de carácter grave.

La penicilina penetra en los tejidos oculares pocos minutos después de su aplicación en la vena, en el siguiente orden decreciente de concentración: músculos extraoculares, esclera, conjuntiva, sangre, lágrimas, capas corioretinales, humor acuoso, humor vítreo y córnea. Nunca ha sido encontrada en el cristalino (BELLOWS).

La aplicación local de penicilina alcanza una alta concentración de la droga en los tejidos del segmento anterior del globo. Los baños cornea-

les, la iontoforesis y las inyecciones subconjuntivales producen altas concentraciones de penicilina en la córnea y humor acuoso.

STRUBLE y BELLOWS (13) demostraron que los niveles alcanzados en la córnea exceden siempre a los del humor acuoso al usar la penicilina localmente y que la concentración en la córnea es menor que la del acuoso cuando la penicilina se usa por vía endovenosa.

Ello condiciona la vía de empleo según sea el tejido ocular afectado.

LEOPOLD I. J., HOLMES L. y LA MOTTE W. O. (9) han demostrado que la penicilina local es superior a la usada por vía intramuscular en las inflamaciones corneales.

Por otra parte, experimentalmente, la penetración de la penicilina local o parenteral en el ojo con córneas alteradas es superior a la observada en ojos con córneas normales, así como también responden mejor a la penicilina las perforaciones corneales más grandes.

LEOPOLD y LA MOTTE (10) creen que la simple instilación conjuntival de una solución con 500 unidades de penicilina en solución isotónica de cloruro de sodio o pomada de penicilina con 500 unidades por gramo, dos veces al día, basta para dar altas concentraciones en el humor acuoso sin producir alteraciones corneales.

En lo que se refiere a la penetración de la penicilina en el vítreo, LEOPOLD (11) ha demostrado en experiencias hechas en conejos que la inyección intramuscular y la endovenosa no producen concentraciones dosificables en el vítreo de ojos normales, pero sí lo produce la inyección subconjuntival y dentro de la cámara anterior. La vía general no detiene las infecciones vítreas, pero sí la inyección subconjuntival y en la cámara anterior y con mayor efectividad la inyección intravítrea.

En las uveitis inespecíficas, SCOBEE (12) ha encontrado que la penicilina tiene un marcado efecto, sin llegar a ser la solución del problema, en un 75% de los casos, usada por vía endovenosa en dosis de 150.000 unidades diarias durante 5 a 12 días.

Respecto a lesiones del tractus uveal, nuestra experiencia con la penicilina se limita a un caso de iritis, de origen posiblemente focal.

SCOBEE (12), por trabajos experimentales, cree que el combinar la instilación de gotas en el saco conjuntival a la vía endovenosa es la mejor para controlar las infecciones oculares graves —superior a los lavados de la cámara anterior, las inyecciones subconjuntivales o a la inyección endovenosa o gotas en el saco conjuntival separadamente.

Estas ideas coinciden, en gran parte, con nuestra experiencia para la aplicación de la penicilina en oftalmología y aquí debemos agradecer su valioso concurso al Prof. Abraham Horvitz que nos ayudó en todo momento y en toda forma.

## B L E F A R I T I S

Hemos tratado 8 casos de blefaritis crónicas rebeldes a otros tratamientos, con pomada de penicilina conteniendo 500 unidades por gramo, obteniendo francas mejorías, contra la opinión de ARRUGA (2), que considera nulos sus efectos en esta afección, por darle más importancia como causa etiológica al estado general (insuficiencia hepática, linfatismo, alergia, irritabilidad de las mucosas, etc.) que al factor de infección local.

## CONJUNTIVITIS

### Conjuntivitis estafilocócicas:

En 3 casos de conjuntivitis estafilocócicas se logró éxito espectacular con el uso de penicilina en instilaciones conjuntivales, conteniendo 500 unidades por centímetro cúbico. El examen de la secreción conjuntival estaba de acuerdo con la mejoría subjetiva, ya que reveló la desaparición de los estafilococos a las 24 horas del uso de la penicilina, excepto en dos casos en que hubo desarrollo de estafilococos hemolíticos, en los cuales, pese a la rápida mejoría subjetiva, no se obtuvo la desaparición de los gérmenes dentro de las 24 horas de tratamiento.

En todos estos casos se ha hecho control bacteriológico previo de la secreción conjuntival y después del uso de la penicilina, por diversos laboratorios, comprobándose desaparición de los gérmenes al cultivo después de 48 horas.

### Conjuntivitis neumocócicas:

Dos casos fueron mejorados en 24 horas, pero ya a las 6 horas el estado subjetivo y objetivo había mejorado en un ciento por ciento, a la vez que el laboratorio revelaba la desaparición de los gérmenes.

### Conjuntivitis diplobacilar:

Es interesante consignar un caso de conjuntivitis angular producida por bacilos de Morax-Axenfeld, que mejoró en 3 días con instilaciones de penicilina de 500 unidades por centímetro cúbico, después de 3 meses de diversos tratamientos sin éxito, incluso sulfato de zinc al 2%, lo que es paradójal tratándose de un germen gram negativo, *insensible*

### Conjuntivitis gonocócica:

Un caso de conjuntivitis gonocócica tratado con solución de penicilina de 500 a 1.000 unidades por cc. mejoró en 24 horas con desaparición de los gonococos en la secreción conjuntival.

### Conjuntivitis secundarias a obstrucción lagrimal:

Los 4 casos en los cuales el examen bacteriológico reveló la presencia de neumococos, estafilococos, micrococcus catarralis, proteus vulgaris y cornebacterium cedieron en pocos días con el uso local de la solución de penicilina de 500 unidades por cc.

## ULCERAS CORNEALES

### Úlcera corneal serpinginosa:

Una úlcera corneal serpinginosa, con vía lagrimal impèrmeable y sucia y con un hipopion que llenaba totalmente la cámara anterior, fué tratada con penicilina en inyecciones subconjuntivales, con 500 unidades



por cc., lo que no dió resultado a más de ser muy dolorosa. Posteriormente, previa paracentesis, se vació y lavó la cámara anterior con la solución de penicilina en igual concentración. A los 4 días el cuadro había mejorado notoriamente y a los 13 días la úlcera estaba cicatrizada y el hipopion desaparecido.

ARRUGA (2) usa con éxito la inyección intracorneal de penicilina en estos casos, junto con inyectar el saco lagrimal con penicilina.

El tratamiento con gotas o pomada en úlceras corneales de otra naturaleza, no pareció ser de un valor tan efectivo en los dos casos en que lo hemos usado.

## HERIDAS PERFORANTES CORNEALES

En dos casos de heridas perforantes corneales, seguidas de compromiso vítreo, pese al uso de sulfamidados y de la intervención antes de las 12 horas de producido el accidente (sutura corneal y recubrimiento conjuntival), se hizo tratamiento local de gotas y pomada y general por vía intramuscular hasta alcanzar 800.000 unidades, dominándose completamente el cuadro.

En uno de los casos se usó inyección subconjuntival con 250 unidades por cc. y en el otro lavado de la cámara anterior con solución de penicilina de 500 unidades por cc.

## PANOFTALMITIS

Un caso de panoftalmitis seguido de celulitis orbitaria, tratado con sulfatiazol oral e inyectable, es tratado, en vista del fracaso de la medicación anterior, con penicilina por vía intramuscular en dosis de 5.000 unidades cada 3 horas e inyección retroocular de 3.000 unidades en suero fisiológico. Al día siguiente la mejoría es notoria, y franca al subsiguiente, siendo dado de alta el enfermo en buenas condiciones. Hay que hacer notar la perfecta tolerancia de la inyección retroocular de penicilina, en contraposición con las inyecciones subconjuntivales que son muy dolorosas. (\*)

Otro caso de panoftalmitis tratado con penicilina local en forma de pomada con 1.000 unidades por gramo y penicilina por vía intramuscular hasta alcanzar un millón de unidades, ha sido seguido de un franco éxito.

## IRITIS

En Octubre de 1944 un enfermo había sufrido una iritis aguda del ojo izquierdo que se atribuyó a un origen focal, ya que cedió en forma espectacular a la extracción del 2.º premolar superior izquierdo.

El 15 de Marzo de 1945 tuvo una iritis aguda del ojo derecho que fué tratada con atropina y sulfadiazina, extrayéndose también dos piezas dentarias sospechosas, lo que no mejoró el cuadro, el cual cedió al usar cytotropina, vacuna antipiógena y cibazol inyectable. Pasa tres días bien,

(\*) Ulteriormente hemos usado la Penicilina subconjuntival en la misma concentración de 500 unidades por cc. y debemos declarar que algunos enfermos la toleran sin experimentar notable dolor.

pero el cuadro se repite de nuevo, por lo que se usa penicilina en dosis de 120.000 unidades diarias intramusculares. A la segunda inyección (40.000 U.) el ojo estaba casi blanco e indoloro, lográndose mejoría definitiva con 300.000 unidades.

En los casos de heridas perforantes del globo y panoftalmitis se ha asociado la vía local con la general, incluso lavado de la cámara anterior, inyección subconjuntival e inyección retroocular de penicilina, dada la gravedad de la afección y para lograr concentraciones de penicilina en el interior del globo.

El tratamiento debe instituirse precozmente para lograr éxito.

## R E S U M E N

En suma, hemos tratado con penicilina local o general 32 casos de afecciones oculares, distribuídas así:

Blefaritis crónicas ... ..	8 casos
Conjuntivitis bacterianas ... ..	16 „
Ulceras corneales (serpiginosas) ....	3 „
Heridas perforantes corneales ... ..	2 „
Panoftalmitis ... ..	2 „
Iritis ... ..	1 caso

En todos ellos los resultados han sido espléndidos, dependiendo ello de la afección por tratar, la vía usada y la dosificación de la penicilina. La vía local está indicada en las afecciones de los párpados, vía lagrimal, conjuntiva y córnea.

Para actuar sobre el iris nos parece mejor la vía general y en el humor acuoso se puede combinar el tratamiento local con las inyecciones subconjuntivales o en la cámara anterior, al tratamiento general. En el vítreo deben usarse inyecciones subconjuntivales o en la cámara anterior y, aun mejor, en el vítreo mismo.

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

- 1.—ALESSANDRI, Hernán y GAZMURI, Renato.—Uso clínico de la penicilina. Rev. Méd. de Chile, N° 9, p. 813, Septiembre 1944.
- 2.—ARRUGA, H.—Ensayos experimentales y clínicos con la penicilina en Oftalmología. XXII Congreso de la Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana, 1944.
- 3.—BELLOWS, John, G. Use of Penicillin in Military Ophtalmology. A. of O., V. 33, N° 2, p. 162, 1945.
- 4.—BRÜCHER, René.—Endoftalmitis metastásica tratada con penicilina. Archivos Chilenos de Oftalmología. Año 1, N.º 2, p. 15, 1944.

- 5.—BERNASCONI, Francisco.—Conjuntivitis gonocócica tratada con penicilina local. Soc. Chilena de Oftalmología, Mayo 1945.
  - 6.—CASHELL, G.—Treatment of ocular infections with penicillin. Brit. Journ. of O., 1-420, 1944.
  - 7.—DUNNINGTON, John and VON SALLMAN, Ludwig. A. of O., Vol. 32, N° 5, p. 253, 1944.
  - 8.—FLOREY, M. E. and FLOREY, H. W.—General and local administration of Penicillin. Lancet, 1-387, 97, 1943.
  - 9.—LEOPOLD, I. H., HOLMES, L. and LA MOTTE, W. O.—Local versus Systemic Penicillin Therapy of Rabbitt Corneal Ulcers produced by Gram negative Rod. A. of O., 32, 193, 1944.
  - 10.—LEOPOLD, I. H. and LA MOTTE W.—Penetration of Penicillin in rabbitt eyes with normal, inflamed, and abraded cornea. A. of O. V. 33, N° 1, p. 43, 1945.
  - 11.—LEOPOLD, I.—Intravitreous penetration of Penicillin and penicillin therapy of infection of vitreous. A. of O., V. 33, N° 3, p. 211, 1945.
  - 12.—SCOBEE, R.—Penicillin in the treatment of perforating ocular injuries and in uveitis. Am. Journ. of O., V. 28, N° 4, p. 38, 1945.
  - 13.—STRUBLE, G. C. and BELLOWS, J. G.—Studies in the distribution of penicillin in the eye. J. A. M. A., 125, 685, 1944.
  - 14.—VON SALLMAN.—Penicillin and Sulfadiazine in the treatment of experimental intraocular infection with the pneumococcus. A. of O., V. 30, N° 4, p. 426, 1943.
-

# Práctica Oftalmológica

*Casos clínicos de interés*

## Conjuntivitis Gonocócica tratada con Penicilina Local

Dr. FRANCISCO BERNASCONI S.

**Servicio de Oftalmología del Hospital Regional de Talca**

Estimo de interés hacer llegar hasta la Sociedad Chilena de Oftalmología una observación de Conjuntivitis gonocócica en el recién nacido, tratada con colirio de Penicilina de 1.000 U. O. por cc. Es este el primer caso oftalmológico tratado con Penicilina en nuestro Hospital y ha sido coronado con el más franco de los éxitos.

Hasta ahora tratábamos las conjuntivitis gonocócicas con lavados de oxicianuro de mercurio al 1/5000 en suero fisiológico, cada 1/2 hora día y noche, instilaciones de colirio de sulfathiazol al 5% 6-8 veces diarias y Sulfathiazol o Sulfadiazina per os, en dosis de 0,15 grs. por kilo de peso al día. El promedio de duración del tratamiento era de 4 a 5 días, es decir, hasta la desaparición de todos los síntomas.

Creo inútil extenderme acerca de la literatura del uso de la Penicilina local en Oftalmología, ya que es de todos conocida. Me limitaré a dar a conocer la observación clínica de la enfermita que es bastante demostrativa.

Se trata de un recién nacido de 9 días, de 2.700 grs. de peso (Obs. 45-E-825), que presenta secreción purulenta en ambos ojos, a la cual se ha agregado edema palpebral. La madre perdía secreción purulenta por los genitales.

Al examen se constata en ambos ojos, edema rojo de los párpados, fluyendo secreción purulenta de color amarillo-verdoso por entre los bordes palpebrales. La córnea está sana.

El examen bacteriológico da a conocer la existencia de abundantes diplococos Gram negativos, intra y extracelulares.

Se hospitaliza y se indica instilar colirio de penicilina, con 1.000 unidades Oxford por centímetro cúbico, dos gotas cada hora en ambos ojos, y hacer control bacteriológico cada dos horas.

A las 7½ horas de iniciado el tratamiento el edema palpebral ha desaparecido y la secreción es escasa y de aspecto mucoso. A las 24 horas no hay secreción y la conjuntiva está blanca. Los párpados son normales.

En total se han gastado 5 c. c. de la solución de penicilina, para mejorar definitivamente y en breve plazo esta afección.

Es interesante seguir el resultado de los controles bacteriológicos efectuados durante las 24 horas por el Dr. J. Meyer, con intervalos de dos horas.

- 1) Abundantes diplococos Gram negativos intra y extra celulares.
- 2) Regular cantidad de diplococos Gram negativos intra y extra celulares.
- 3) Escasos diplococos Gram negativos intra y extra celulares.
- 4) Muy escasos diplococos Gram negativos intra y extra celulares. Gérmenes en vía de destrucción.
- 5) Muy escasos diplococos Gram negativos.
- 6) Uno que otro diplococo Gram negativo, completamente deformados.
- 7) No hay diplococos Gram negativos. Han desaparecido los leucocitos (pús). Aparecen células descamativas.
- 8) Negativo. Casi no se aprecian elementos celulares.
- 9) al 12) Negativo.

A las 12 horas no existen gonococos en la secreción conjuntival, lo que está de acuerdo con la mejoría subjetiva, que fué evidente a las 7½ horas de iniciado el tratamiento.

Como puede apreciarse a través de la observación, la mejoría ha sido espectacular, pues en 12 horas el cuadro estaba totalmente dominado, usando una cantidad exigua de penicilina, ya que sólo se usó 5.000 unidades, cantidad que en los casos futuros será menor, ya que los autores preconizan el uso del colirio con 500 unidades y en este caso se usó mil unidades por centímetro cúbico, debido al temor con que se hacen las cosas por primera vez, pero a pesar de la concentración alta no se produjeron alteraciones de la conjuntiva, córnea o párpados.

# II Congreso Panamericano de Oftalmología

## 2.º COMUNICADO DEL COMITE EJECUTIVO

Hemos recibido del Comité Ejecutivo del II Congreso Pan-Americano de Oftalmología la siguiente comunicación, que reproducimos gustosos:

Señor Director:

El Comité Ejecutivo del II Congreso Panamericano de Oftalmología se complace en remitirle su Segundo Comunicado, conteniendo el Programa y algunas noticias sobre la organización del Congreso, rogando al Sr. Director se sirva reproducirlo en la Revista de su digna dirección.

Le comunica asimismo que en la Exposición Científica a realizarse simultáneamente con el Congreso, se destinará un local a la PRENSA OFTALMOLOGICA de América, en el cual se exhibirán ejemplares de todas las Revistas de Oftalmología del Continente. La persona que estará a cargo de dicho "stand" aceptará y anotará suscripciones a las mismas por parte de los señores congresales. Sería conveniente que cada revista remitiera varias colecciones de los últimos años, con objeto de ser puestas a la venta y además cierta cantidad de ejemplares de los últimos números para ser regalados a los congresales en calidad de réclame. En dicho "stand" se exhibirá, asimismo, la producción literaria Oftalmológica de América, para lo cual se invita a los señores editores de libros sobre temas de Oftalmología, a remitir un ejemplar o dos de cada obra publicada, al señor Secretario del Subcomité de Exposiciones, Dr. Antonio Dabezies (Agrupación Universitaria), Av. Agraciada 1464, piso 13.

Rogamos al señor Director reproducir esta invitación a los señores editores para que llegue a conocimiento de los que no hubieren recibido la nuestra.

En la Sede del Congreso se realizará al mismo tiempo una Exposición de OBRA SOCIAL en Oftalmología, en la cual las entidades públicas o privadas, que en los países de América, se ocupan de divulgar y fomentar la práctica de las nociones de Higiene Visual para la Conservación de la Vista, expondrán su organización, métodos de acción y resultados obtenidos. Son invitadas a concurrir a ella todas las Asociaciones, Centros o Instituciones de Prevención de la Ceguera; Lucha contra el Tracoma; Educación de Ambliopes y Ciegos; Reeducción industrial de débiles visuales; Prevención de accidentes oculares del trabajo; Servicio Social en las Clínicas y Hospitales Oftálmicos; Iluminación racional de locales públicos, etc.

Saluda al señor Director muy atentamente.

Dr. R. RODRIGUEZ BARRIOS  
Secretario

Prof. Dr. A. VAZQUEZ BARRIERE  
Presidente

---

El II Congreso Pan-Americano de Oftalmología será patrocinado por el Gobierno del Uruguay, según dispone el Decreto del 9 de mayo de 1945, el que establece al mismo tiempo, que serán invitados todos los Gobiernos de América a enviar Delegados oficiales al Congreso.

Su sede será el Hotel Municipal "Miramar", en la playa de Carrasco, cedido por la Municipalidad de Montevideo y habilitado al efecto antes de la época habitual de la temporada veraniega. En él tendrán lugar las Se-

siones científicas y las tres Exposiciones proyectadas: Científica, Industrial y de Obra Social.

El Programa provisorio del Congreso ha debido sufrir algunas modificaciones, entre ellas, y a pedido de muchos colegas, la inclusión de una Sesión destinada a Comunicaciones de Tema Libre. La escasez del tiempo disponible exige la limitación del número de éstas, no pudiendo cada Congreso presentar más de una. Se evitarán en lo posible las Comunicaciones de simple casuística, prefiriéndose los trabajos de conjunto sobre temas generales de interés. Un resumen de 500 palabras debe ser enviado al Comité antes del 15 de septiembre.

Los temas oficiales serán ocho, pudiendo todos los señores Congresales tomar parte en su discusión, de acuerdo con las condiciones fijadas por el Reglamento. En las Sesiones destinadas a su discusión, los señores Congresales podrán presentar Comunicaciones referentes a los mismos temas, no pudiendo pasar de tres en total y sobre temas diferentes.

El Programa definitivo ha sido planeado en la siguiente forma:

- 1.er día.—Lunes 26 de noviembre: De mañana: SESION INAUGURAL SOLEMNE, con asistencia de los Poderes Públicos, Cuerpo Diplomático y Autoridades Municipales y Universitarias. A continuación: SESION PLENARIA PREPARATORIA. — Nombramiento de Comisiones. Discusión del Reglamento provisorio del Congreso. — De tarde: SESION DE OFTALMOLOGIA SOCIAL. Informes de las Comisiones PREVENCIÓN DE LA CEGUERA y de LUCHA CONTRA EL TRACOMA.
- 2.º día.—Martes 27 de noviembre: De mañana: I SESION CIENTIFICA.
  - 1.er Tema oficial.—CRISTALES DE CONTACTO. Relator: Prof. Dr. Baudilio Courtis (de Buenos Aires). Abre la discusión el Dr. Enrique Bertotto (de Rosario).
  - 2.º Tema oficial.—GONIOSCOPIA Y GONIOMETRIA. Relator: Dr. H. Saul Sugar (de Vancouver). Abre la discusión el Prof. Dr. Alberto Urrets Zavalía (de Córdoba). Presentación de Comunicaciones sobre los mismos temas.De tarde.—II SESION CIENTIFICA. Destinada a TRABAJOS DE INVESTIGACION EN OFTALMOLOGIA. (Experimentación y Laboratorio). — Demostraciones en la EXPOSICION CIENTIFICA.
- 3.er día.—Miércoles 28 de noviembre. De mañana.—III SESION CIENTIFICA. Tema: GLAUCOMA.
  - 3.er Tema oficial.—ESTADO PRE-GLAUCOMATOSO. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Relator: Dr. Harry S. Gradle (de Chicago.) Abre la discusión el Dr. Mendonça de Barros (de San Pablo).
  - 4.º Tema oficial.—NUEVOS PUNTOS DE VISTA SOBRE GLAUCOMA, DERIVADOS DE LA INVESTIGACION GONIOSCOPICA. Relator: Dr. Peter C. Kronfeld (de Chicago). Abre la discusión el Dr. Jorge Valdeavellano (de Lima).De tarde.—IV SESION CIENTIFICA.

5.º Tema oficial.—ESTIMACION Y MECANISMO DE LOS EFECTOS DESTRUCTORES DE LA HIPERTENSION OCULAR. Relator: Dr. Amadeo Natale (de Buenos Aires). Abre la discusión el Prof. Sylvio de Abreu Fialho (de Río de Janeiro).

6.º Tema oficial.—OPORTUNIDAD DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN EL GLAUCOMA. Relator: Prof. Hilton Rocha (de Bello Horizonte). Abre la discusión el Dr. Santiago Barrenechea (de Santiago de Chile). Presentación de Comunicaciones sobre los mismos temas.

4.º día.—Jueves 29 de noviembre.—V y VI SESIONES CIENTIFICAS. Presentación y discusión de Comunicaciones sobre TEMAS LIBRES.

5.º día.—Viernes 30 de noviembre.—VII SESION CIENTIFICA. Tema: CIRUGIA DEL ESTRABISMO.

7.º Tema oficial.—TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA EXOFORIA Y DE LA EXOTROPIA. Relator: Dr. George P. Guibor (de Chicago). Abre la discusión el Dr. J. M. Espino (de Caracas).

8.º Tema oficial.—CIRUGIA DEL ESTRABISMO CONCOMITANTE. Relator: Dr. Thomas Allen (de Chicago). Abren la discusión los Dres. Luis Sánchez Bulnes (de México) y Tomás R. Yanes (de La Habana).

6.º día.—Sábado 1.º de diciembre.—SESION DE CLAUSURA. Elección del nuevo Comité del Congreso Pan-Americano de Oftalmología. Proclamación de la sede y fecha del próximo Congreso.

Conjuntamente con este segundo comunicado del Comité Ejecutivo del Congreso, son distribuidas las Boletas de Inscripción para el mismo. El Reglamento establece tres categorías de Miembros del Congreso: **Honorarios** (que son los Delegados oficiales de los Gobiernos); **Titulares** (Médicos, Profesores e Investigadores en el dominio de las Ciencias Biológicas y afines) y **Adherentes** (familiares de los Srs. Congresales y personas que deseen tomar parte en los actos sociales del Congreso).

Los Srs. Miembros Titulares abonarán una cuota de \$ 20, que les dará derecho a recibir las Actas del Congreso, y los Adherentes una de \$ 10 (moneda uruguaya).

Debiendo conocer el Comité con la anticipación debida el número de concurrentes al Congreso, el plazo de inscripción se cierra definitivamente el 1.º de octubre. Se ruega a los Srs. Congresales soliciten antes de dicha fecha las comodidades que deseen les sean reservadas en el Hotel Miramar, o en cualquier otro de la ciudad.

Dr. R. RODRIGUEZ BARRIOS  
Secretario General

Dr. A. VAZQUEZ BARRIERE  
Presidente



# Sociedad Chilena de Oftalmología

Sesión extraordinaria del 3 de Enero de 1945.

**ASISTENCIA:** Prof. Charlín, Espíldora, Martini, Gutman, Verdager. Dras. Thierry, Candia, Pinticart y Moreira. Drs. Barrenechea, Schueitzer, Contardo, Moya, Wygnanki, Peralta, Amenábar, González, Olivares, Bitrán, Brinck, Arroyo, Jaluff, Lenon, Monasterio, Araya y Millán.

Acta de la Sesión anterior aprobada.

**TABLA:** Prof. Charlín.— Se refiere a la **Tuberculinoterapia** en la **Oftalmología**. Recalca principalmente las indicaciones de esta terapéutica que él resume como las mismas del tratamiento antisifilítico de ensayo: Frente a un enfermo ante el cual se han agotado todos los recursos terapéuticos, el médico piensa en una posible lúes e inicia el tratamiento específico de ensayo como una medida salvadora; las razones que lo inducen a tomar esta determinación son las siguientes: la lúes puede existir en individuos con aparente estado de salud, la lúes puede no tener caracteres propios, la afección luética cede a menudo al tratamiento. Pues bien, estas mismas razones — afirma el Prof. Charlín — son valaderas para la tuberculosis, con tanto más fuerza, cuanto que, como es sabido, todo adulto debe considerarse visitado por el bacilo de Koch: la afección tuberculosa existe también en aparente estado de salud, ofrece a veces un poli-morfismo aún mayor que las lúes y también suele ser influenciada por el trat. específico.

Por todas estas razones el Prof. Charlín aconseja recurrir a la Tuberculinoterapia, frente a toda afección rebelde de causa desconocida.

Relata en seguida una serie de casos que dan fuerza a este aserto:

Bléfaro-conjuntivitis rebeldes a todo tratamiento que han cedido a la tuberculina.

Un enfermo de queratitis herpética y otra con síndrome del nasal en los cuales se demostró ser la infección tuberculosa la causa común de sus respectivas y disímiles afecciones.

En otro enfermo que presentaba una parálisis del recto externo y posteriormente edema de las papilas, el estudio de los antecedentes personales y familiares lo indujo a hacer tuberculinoterapia antes de autorizar la craneotomía descompresiva. El cuadro es dominado, considerándose los síntomas pseudo tumorales como provocados por hipertensión intracraneana secundaria a una ependimitis.

Un niño con neuritis óptica sin lesión pulmonar activa, pero con signos de paquipleuritis antigua es curado también con tuberculina después de haber fracasado los tratamientos inespecíficos..., y así el Profesor piensa que han de ser muchas las afecciones hasta ahora llamadas idiopáticas que se influenciarían benéficamente con la tuberculina. Recuerda, por ejemplo, las irido-ciclitis secundarias a operaciones de catarata de marcha tórpida y desesperantemente rebeldes, muchas de las cuales

podrían ser afecciones de esta naturaleza, despertadas por el trauma operatorio.

Sugiere por último perseverar en la investigación de este interesante tema y discutirlo en algún próximo Congreso de Oftalmología.

Los oftalmólogos presentes reciben con interés la sugerencia del Profesor Charlín.

---

En seguida el Profesor Verdaguer expone un trabajo sobre **tratamiento de las queratitis superficiales**. Recalca el marcado interés que tienen estas afecciones relativamente frecuentes y a menudo indóciles a toda terapéutica. Recuerda las clasificaciones clásicas basadas en conceptos histopatológicos, y recomienda una clasificación etiopatogénica que dividiría las queratitis superficiales en:

Queratitis secundarias a afecciones conjuntivales.

Queratitis infecciosas; alérgicas; avitaminósicas; degenerativas y traumáticas y medicamentosas. Esta clasificación tendría la ventaja de orientar, en cierto modo, hacia la terapéutica adecuada.

Cita a continuación las experiencias de Grütter, que demostraron la etiología infecto contagiosa de las queratitis dentríticas y menciona la eficacia del tratamiento local con tintura de yodo en estos casos. Las sulfanilamidas según el Prof. Verdaguer, no tienen ninguna acción sobre la afección y sólo serían recomendables en casos de infección sobre agredada. El "chauffage" con gálvano cauterio al rojo es también un recurso, estimándolo superior al cauterio de Wessely que deja nubes indelebles.

El tratamiento local no excluye el tratamiento general, especialmente con vitaminas, ya que la baja de las defensas orgánicas sería un factor determinante en estas afecciones, cuyo agente causal existiría a menudo de manera inofensiva en individuos sanos.

Después el Prof. Verdaguer se refiere a las queratitis epiteliales, subepiteliales o puntactas, a las que se les supone también la misma etiología. Siguiendo los consejos de Corván de Filadelfia él las ha tratado con éxito con yoduro de potasio al 2%.

Más adelante, entre las queratitis degenerativas, da especial relieve a la queratitis sicca o síndrome de Sjögren recordando el sencillo método de Schirmer para pesquisarlas. Muestra dos enfermos que curaron de su penosa afección ocular después de obstruírseles con diatermo-coagulación los puntos lagrimales. Esta medida fué aconsejada por Beethan en 1935, pero es muy poco difundida.

Por último el Prof. Verdaguer da cuenta de la eficacia de la autohemoterapia sub-conjuntival en ciertas queratitis degenerativas, tales como la erosión recidivante de la córnea y los leucomas degenerativos, eficacia ampliamente comprobada en su experiencia personal.

El Prof. Verdaguer es muy felicitado por su interesante trabajo.

Se levanta la sesión.

---

Sesión extraordinaria del 4 de Enero de 1945.

ASISTENCIA: Dras. Thierry, Candia, Pinticart, Moreira. Profesores: Charlín, Espíldora, Martini, Verdaguer. Dres.: Tuyl, Barrenechea, Schweitzer, Contardo, Costa Wagnanski, Camino, Amenábar, González, Moya, Charlín, Monasterio, Peralta, Olivares, Brink, Jaluff, Lamas, Araya, Cortés y Millán.

CUENTA: El Presidente agradece la visita del Dr. Tuyl que ha venido de Valparaíso a honrar con su presencia las sesiones de clausura de nuestra Sociedad.

TABLA: **Cirugía del Glaucoma**, Prof. Espíldora y Dr. Barrenechea. **Cirugía del estrabismo concomitante**: Dres. Contardo y Peralta.

El Prof. Espíldora establece un paralelismo entre las operaciones de Elliot y la Iridencleisis. Lamenta las deficiencias de nuestras estadísticas hospitalarias por la falta de control periódico de los enfermos operados, lo que resta valor a las conclusiones que de ellas pueda sacarse. Un estudio de conjunto hecho sobre todos los operados de glaucoma crónico en su Servicio, no muestra ventaja evidente para uno u otro método, evidenciándose quizá a la larga un estrecho margen a favor del Elliot en cuanto a la conservación de la visión central se refiere. El Profesor estima sí que la superioridad de la iridencleisis es evidente en ciertos glaucomas secundarios, considerados hasta hace algún tiempo intocables; refiere, así, haber practicado con éxito iridencleisis en iridociclitis hipertensivas y aún en un caso de glaucoma absoluto muy doloroso, secundario a una trombosis de la vena central de la retina, en este caso se combina la operación con inyección de alcohol y punción vítrea, lográndose dominar el dolor y normalizar la tensión.

En seguida el Dr. Barrenechea da cuenta de su experiencia personal sobre la operación de Elliot y exhibe las observaciones de 50 enfermos particulares, estrechamente controlados a través de varios años que demuestran las bondades de esta intervención.

El Dr. Barrenechea combina la trapanación de Elliot con una ciclodíalisis circunscrita practicada a través del orificio escleral utilizando una espátula muy fina. Hace resaltar la importancia que tiene tallar un colgajo amplio y profundo como garantía futura contra la infección.

A continuación el Dr. Arturo Peralta da lectura a un interesante trabajo realizado en conjunto con el Dr. Contardo sobre **tratamiento quirúrgico del estrabismo concomitante**. Este trabajo se incluye in extenso.

Se levanta la sesión.

---

Sesión extraordinaria del 5 de Enero de 1945.

ASISTENCIA: Profesores: Charlín, Espíldora, Martini, Verdaguer, Thierry y Tuyl. Dras.: Thierry, Candia, Pinticart y Moreira. Dres.: Ba-

rrenechea, Schweitzer, Contardo, Costa, Wygnanki, O'Reilly, Camino, Amenábar, González, Moya, Charlín, Monasterio, Peralta, Olivares, Brinck, Jaluff, Lamas, Araya, Cortés y Millán.

CUENTA: El Presidente da la bienvenida a los Dres. Jean Thierry y Tuyl, miembros honorarios de la Sociedad y representantes de la Oftalmología porteña. Los doctores Thierry y Tuyl agradecen con sentidas frases las palabras del Presidente de la Sociedad y el tributo que ésta les ha rendido al nombrarlos miembros honorarios.

En seguida el Presidente Dr. Italo Martini lee una acuciosa memoria sobre la labor desarrollada por la Sociedad durante el año 1944, bajo su presidencia. Al final de su exposición es muy aplaudido y felicitado.

A continuación el Dr. Contardo da cuenta del estado financiero de la Sociedad. Informa haberse reunido en 1944 la suma de siete mil novecientos veinte pesos (7.920), gastándose en el mismo período, en material de secretaría, confección diplomas, cables al extranjero, comisión de cobranzas, etc., \$ 3.156.40, lo que arroja un remanente de \$ 4.763.60 para el año en curso a más de deudas por cobrar que ascienden a \$ 480.

Al rendir cuenta de sus labores de tesorero, agradece la confianza y el espíritu de cooperación de sus colegas y en especial del Presidente, Dr. Italo Martini.

Antes de finalizar la sesión, el Presidente distribuye los diplomas a los socios honorarios, fundadores y activos, que han cumplido con los requisitos exigidos por los estatutos de nuestra Sociedad, esto es, tres años de práctica oftalmológica y haber presentado un trabajo inédito y de investigación en el seno de la Sociedad.

# Noticiario Oftalmológico

## MANIFESTACION AL PROF. DR. HARRY S. GRADLE

El Presidente del Congreso Pan Americano de Oftalmología, Prof. Dr. Harry S. Gradle, visitó Chile en los primeros días de Enero del presente año.

Fue recibido oficialmente por la Sociedad Chilena de Oftalmología, que le confirió el diploma de socio honorario, dándole la bienvenida en breves y elocuentes frases el vice-presidente de la Sociedad Chilena de Oftalmología, Prof. Dr. Cristóbal Espildora Luque.

---

El Prof. Dr. C. Espildora Luque saluda al Prof. Harry S. Gradle en nombre de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

---



El Prof. Gradle dictó tres conferencias, dos en Santiago y una en Valparaíso sobre Glaucoma y desprendimiento retinal, temas de actualidad siempre palpitante en el medio oftalmológico y que fueron acogidas con especial interés dada la autoridad mundial del conferencista.

La Sociedad Chilena de Oftalmología rindió un merecido homenaje al Prof. Gradle en un almuerzo en el Club de la Unión, que fue ofrecido por el Presidente de la Sociedad Chilena de Oftalmología, Dr. Italo Martini, homenaje al cual adhirieron en sentidas frases el Prof. Dr. Carlos Charlín C. y el Prof. Luis Vargas Salcedo, miembro de la Amer. Soc. of Surgeons.



Desde Buenos Aires, el Prof. Gradle nos envió la carta que reproducimos, por las expresiones que contiene para nuestros colegas de Santiago y Valparaíso.

**Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.**  
Charcas 2300 - Buenos Aires.  
Sunday, Jan, 28-45

My dear Barrenechea,

I am sure that you will be surprised to hear from me from here, but the fact is that I am still here. A day or so after I arrived in Buenos Aires, I was taken ill and my physician placed me in this Sanatorium. I have been here two weeks and it is probable that I shall have to remain here another two weeks before I may proceed home.

But I wanted to take this opportunity of thanking you for all the nice things you did for me during my stay in Chili. I was not able then to appreciate everything for my illness was just starting and I was rather dull mentally. But you especially and your colleagues were awfully good to me and have made me want to come back to Santiago again when I am feeling right. Then we can enjoy ourselves as I know you know how to do.

Will you express my thanks to all the colleagues in Santiago and Valparaíso who were so nice to me and express my hopes to see them all in Montevideo next November at the Pan-American Congress of Ophthalmology. Again my personal thanks to you and I am looking forward to the pleasure of seeing you soon again.

Cordially yours,  
**Harry Gradle**

---

#### MANIFESTACION AL DR. REMBERTO MONASTERIO

Fué despedido con un almuerzo en el Club Militar el Dr. Remberto Monasterio, distinguido médico boliviano, que ha hecho la práctica de oftalmología en la Clínica del Hospital Salvador.

El Prof. Carlos Charlín C., en elogiosos conceptos, le otorgó un diploma de la Clínica Oftalmológica que dirige, que atestigua su competencia, distinción que el festejado agradeció emocionado.

El Dr. Monasterio regresa a su patria a ejercer la especialidad en los últimos días de Mayo.

## 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

### GLAUCOMA-SCLERECTOMIA EXTERNAL AND SUPRACOROIDAL DRAINAGE

WOLFE, Otis R., WOLFE, Russell M. and  
GEORGARIOV, Pierre

Los autores describen un método de esclerectomía de Lagrange modificado combinado con ciclodialisis, para obtener junto con filtración externa un drenaje supracoroideo.

Se disecciona un amplio delantal conjuntival hacia el limbo, si es posible debajo de la episclera y la cápsula de Tenon. Se colocan dos suturas de seda primero a través de la conjuntiva y luego en la esclera muy cerca del limbo a las 11 y 1.

Se practica luego una incisión con queratomo en el limbo, la que se agranda por medio de tijeras de córnea, abarcando desde las 10.30 a la 1.30, la que se hace llegar de 9 a 3 si el cristalino va a ser también extraído.

Las suturas se pasan luego a través y por debajo del delantal conjuntival exactamente en la unión de la córnea con la conjuntiva y se anudan sin apretar, siendo dejadas a los lados.

---

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

Se practica una ciclodialisis de 10.30 a 1.30 en el lado escleral de la incisión practicada anteriormente por medio de una espátula, que puede llegar hasta 8 mm. hacia atrás, para estar seguro de llegar más allá de la ora serrata y encontrar así el espacio supracoroideo.

El labio escleral de la herida es tomado con un gancho y se practica una esclerectomía con el sacabocados de Holth.

Si se extrae el cristalino se hace una iridectomía total y se lo extrae intracapsular. Se amarran las suturas colocadas anteriormente y se colocan 4 a 6 puntos para unir la conjuntiva.

En 18 casos el método ha dado resultados satisfactorios, de los cuales 14 eran glaucomas crónicos con ángulo estrecho y cristalino transparente o casi transparente.

Los resultados son especialmente favorables al coexistir glaucoma y catarata o bien en glaucomas de ángulo estrecho con historia de evidencia clínica de enfermedad uveal.

#### THE TREATMENT OF CONCOMITANT STRABISMUS.

GIFFORD. S. R.

Nebraska State. Med. Jour. V 29, p. 136, May 1944.

El tratamiento del estrabismo debe empezar tan pronto como sea posible, así al año de vida.

En el estrabismo convergente debe darse la corrección total, encontrada bajo ciclopejia y el ojo ambliope debe ejercitarse por la oclusión.

Si el niño es muy chico para que se le pueda controlar la visión, se considera ambliope el ojo con estrabismo constante. Después de dos semanas se hace un control de la visión y si la visión ha mejorado, los períodos de oclusión pueden ser acortados.

En los casos de estrabismo alternante la oclusión es necesaria para la fusión, cubriendo cada ojo alternativamente.

Si los ojos no se enderezan debe hacerse tratamiento ortóptico y si éste fracasa, está indicada la intervención quirúrgica.

Para el estrabismo divergente, los ejercicios ortópticos y la oclusión son las únicas medidas terapéuticas posibles antes de la operación.

Como el retroceso del recto externo y el avanzamiento del recto interno producen un efecto más débil que cuando se practica en los músculos opuestos, el estrabismo divergente requiere un procedimiento quirúrgico tal como sería el proyectado para corregir un estrabismo convergente un 50% mayor.

#### ORTHOPTIC TREATMENT.

PUGH, MARY.

The Practitioner, V 152, p. 88, Feb. 1944.

Aproximadamente la mitad de los casos de estrabismo son debidos a errores de refracción y son mejorados por la corrección de ellos con cristales, a la edad más temprana que sea posible. El estrabismo es raras veces curado espontáneamente.



El traumatismo psicológico es causa en un 10 a 20% de los casos. En estos casos junto a los cristales correctores apropiados se debe controlar las dificultades psicológicas, tales como los celos y el carácter irritable, que juegan un papel más o menos importante en la desviación de los ojos.

El 30% restante de los casos de estrabismo son debidos a defectos en la fuerza de los músculos oculares, con o sin presencia de los otros dos factores.

El primer período del tratamiento ortóptico, el cual debe empezarse lo antes posible, es desarrollar la visión en el ojo ambliope, por la oclusión del otro ojo, la que debe ser observada a fin de que el ojo ambliope llegue a ser el dominante.

Raramente se obtienen buenos resultados después de los 8 años de edad con este método. La forma usual para empezar el segundo período, es desarrollar la visión binocular, debiendo ser la visión de 6718 en el ojo peor.

El número de pacientes que recuperan la normalidad por el tratamiento ortóptico es aproximadamente de 10 a 15%.

La cirugía es exitosa en un 50% de los casos.

El uso apropiado de los cristales correctores, el tratamiento ortóptico y la cirugía combinados dan resultados en un 80 a 90%.

#### Unsuccessful treatment of syphilitic interstitial keratitis with sulfanilamide—

SCHOLZ. R. O.

Arch. of. Ophth - V. 32 - p. 68 - July 1944.

Cuatro pacientes con queratitis intersticial congénita sifilítica fueron tratados en el John Hopkins Hospital con el tratamiento antisifilítico ordinario más altas dosis de sulfanilamida, sin obtener ninguna mejoría. A uno de los pacientes se le hizo una segunda cura con sulfanilamida y riboflavina sin resultados.

#### PENICILINA EN LAS INFECCIONES OCULARES.

BELLOWS, J. G.

American Journal of Ophthalmology, 27:1206, noviembre de 1944.

En este trabajo se describen las observaciones experimentales y las pruebas clínicas realizadas por el autor, en un Hospital General del Ejército, sobre el uso de la penicilina en el tratamiento de las infecciones oculares. Se pudo comprobar que la penicilina alcanza los tejidos oculares pocos minutos después de ser inyectada por la vía intravenosa. Después de la inyección intravenosa de grandes dosis, el medicamento aparece en las diferentes estructuras tisulares del ojo en concentraciones distintas y en el siguiente orden de mayor a menor: músculos extraoculares, esclerótica, sangre, lágrimas, capa coriorretiniana, humor vítreo, humor acuoso y córnea. La substancia no ha podido ser hallada en el cristalino y a este respecto la lente ocular se comporta como el líquido cefalorraquídeo, el

cerebro y los tejidos nerviosos. La aplicación local de penicilina produce una alta concentración del medicamento en el segmento anterior del globo ocular.

A continuación se mencionan, en el orden en que se recomienda su aplicación clínica, los diferentes ungüentos de penicilina cuya penetrabilidad fué puesta a prueba: Ungüento simple, emulsión de aceite en agua y jalea lubricante. Un cierto tipo de base de estearato, en la cual la penicilina parece tener su mayor poder de penetración corneal, no es recomendable a causa de la posible lesión del epitelio de la córnea; de todos modos esta base puede usarse en aplicaciones sobre la piel de los párpados, conjuntiva y córnea provocadas por gérmenes sensibles a su acción. Se comprobó, por otra parte, que la penicilina no tuvo eficacia en dos casos de coroiditis exudativa de origen indeterminado y en un caso de iridociclitis gonocócica. También se llegó a la conclusión de que las personas sensibles pueden volverse hipersensitivas a la penicilina.

**Prophylaxis in intraocular surgery**  
**ARCHANGELSKY. V. H.**

Viestnik Oft. V. 22 - 4 - 14 - 1943.

El autor preconiza el uso de un amplio colgajo conjuntival en la extracción de catarata junto al uso de las tijeras de córnea para tallar la incisión, lo que sirve como profiláctico para las infecciones intraoculares.

El colgajo conjuntival amplio complica algo la abertura de la cámara anterior, pero esta dificultad es compensada por la facilidad para hacer la incisión exactamente en el limbo, por tener un campo quirúrgico completamente aislado de la superficie conjuntival, por la completa oclusión, y por la firme coaptación de los bordes de la herida, por el aislamiento de la cámara anterior del saco conjuntival inmediatamente después de la operación, por la formación de una cicatriz delgada y por el menor astigmatismo post-operatorio.

## 6

**Evaluation of results in a series of corneal transplants.**  
**TOWNLEY PATON.**

New York Academy of Medicine, Section on Ophthalmology - Arch. of Ophth. V. 33 - - N.º 1 p. 82 - 1945.

La cirugía corneal ha sufrido todas las vicisitudes que tuvo en el pasado la operación de catarata, pero hoy en día la operación de injerto de cornea es una operación sencilla, fácil de realizar y a menudo de éxito para recuperar la función visual.

La intervención debe cumplir ciertos principios:

- 1.— El injerto donante debe ser trazado y cuidadosamente disecado, ya sea el injerto redondo o cuadrado o de otra forma.
- 2.— Un trazado exacto (nunca menor que el injerto donante) de la córnea receptora y una disección cuidadosa son esenciales, vigilando la integridad de las estructuras internas del ojo: iris, cristalino, etc.
- 3.— El bisel debe ser evitado tanto como sea posible, tanto en el ojo donante como en el receptor.
- 4.— Las suturas deben colocarse antes de penetrar en la cámara anterior y tan cerca como sea posible de los bordes trazados.
- 5.— Es preferible usar dos suturas en vez de una, porque son más fáciles de apretar, se obtiene una distribución más uniforme de la presión y hay menos peligro de complicaciones si una sutura se corta accidentalmente.
- 6.— El uso del delantal conjuntival lleva invariablemente a complicaciones.
- 7.— El ojo donante debe ser cuidadosamente seleccionado y son probablemente los ojos jóvenes mejores que los ojos de ancianos, debiendo usarse córneas sanas.
- 8.— Como aún se sabe poco sobre el problema de la vascularización corneal y su prevención, puede usarse la radioterapia uno o dos días antes de la operación, aunque la experiencia del autor se limita a unos pocos casos.
- 9.— El cuidado post operatorio de los injertos ofrece uno de los grandes caminos para la investigación en el futuro.

En 100 casos tratados por el autor se obtuvo mejoría de la visión en casi todos. En 3 casos el ojo se perdió, en sólo 2 casos se obtuvo una visión de 20/30. El porcentaje de mejoría fué de contar dedos a 60 cm. hasta una agudeza visual de 20/200.

#### PIGMENTACIONES ANORMALES DE LA CORNEA — EL HUSO DE KRUKENBERG

Laje Weskamp, Rodolfo y Laje Weskamp, Carlos

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires—T. XX—N.o 12, p. 1.—  
Enero-Febrero 1945.

Los autores presentan un enfermo de 36 años, emетроpe, de ojos pardos, que presentaba un huso de Krukenberg, pigmentación anormal de la córnea, poco frecuente, que Krukenberg calificó originariamente como una melanosis corneal congénita y que se presenta como una mancha parduzca de forma ligeramente ovalado-alargada situada sobre la cara posterior de la córnea, en la zona pupilar y de eje mayor vertical, coincidiendo casi siempre con el meridiano vertical, de 2 a 6 mm. de largo y 0.5 a 2,5 mm. de ancho.

Se observa entre los 30 y 50 años de edad y nunca en los niños, lo que va en contra de su origen congénito. Es más frecuente en el sexo femenino y la miopía tiene un papel preponderante en su producción (70% de los casos) lo que plantea la cuestión de que sea la miopía su factor causal.

La herencia no ha podido ser establecida como factor causal como tampoco las enfermedades generales o locales que favorezcan su producción.

FENOMENO DE MARCOS GUNN.—Contribución a su casuística.—  
Segundo caso presentado en el Uruguay.

GARBINO, Carlos.

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires-T. XX-Nº 1-2-p. 54-Enero-Febrero. 1945.

Presenta un caso de fenómeno de Gunn, tipo "b" de la clasificación de Sinclair, producido por el descenso del maxilar inferior. Se trata de una niña de seis años, de buen estado general, que al darle de comer trozos grandes de pan o al abrir la mandíbula se produce elevación del párpado superior izquierdo.

El autor aconseja tratamiento operatorio, ya sea por la operación de Grant (resección de la raíz motora de la tercera rama del trigémino) o bien la operación de Nida.

## 8

Almost complete retinal detachment after cataract extraction; complete reattachment after glaucoma attack—  
NELSON F.

American Journal of Ophthalmology - 27 - 876 - 1944.

El autor relata un caso de desprendimiento total de la retina en un hombre de 80 años, consecutivo a una extracción intracapsular de una catarata hipermadura. El desprendimiento persistió por varios meses, durante los cuales el ojo estaba prácticamente ciego, pero un ataque glaucomatoso agudo produjo una reaplicación total de la retina con restauración completa de la función visual.

## 11

Papilledema (choked disc) and papillitis (optic neuritis); their differential diagnosis—

CORDES F. C. y S. D. AIKEN.

Jour. Nervous and Mental Diseases. - V. 99 - p. 576 - May 1944.

Los autores describen las causas, síntomas, apariencia y patología del edema papilar y la papilitis.

El edema papilar se ve el 80% en los tumores cerebrales, pero puede presentarse con motivo de algún trastorno de las relaciones circulatorias tensionales en cualquier lado de la lámina cribosa, así la baja violenta de la presión intraocular puede ser seguida de edema papilar.

Las precoces evidencias oftalmoscópicas y la típica apariencia de la papila en el edema papilar, pueden desaparecer sin dejar secuelas o se instala secundariamente una atrofia papilar. Lo característico del campo visual es el agrandamiento de la mancha ciega.

En las papilitis hay reacción celular inflamatoria marcada, de habitual perivascular y no hay encorvamiento de la lámina cribosa como en el edema papilar. Clínicamente la neuritis óptica es usualmente unilateral, sin elevación marcada de la papila (ordinariamente no más de 2 dioptrías) y es anunciada por una baja violenta de la visión central y hay una tendencia marcada a la recuperación funcional.

Los puntos principales en el diagnóstico diferencial son la pérdida violenta de la visión central, con escotoma central y un cuadro oftalmoscópico menos marcado en la neuritis.

## 12

### OPTOCHIASMIC ARACHNOIDITIS.

HARTMANN, Edward. M. D.

*Archives of Ophthalmology* - Vol. 33 - N.º 1 - p. 68 - January 1945

Para el autor se trata de un proceso inflamatorio, localizado en la base del cerebro que afecta el quiasma y los nervios ópticos, como también las meninges que las rodean, consecuencia de infecciones diversas y posiblemente noxas tóxicas.

La afección es más frecuente en la edad adulta, el 60% de los casos ocurren entre los 20 y los 40 años.

Los factores etiológicos son los siguientes: infecciones nasales y de los senos, traumatismos craneanos, sífilis, enfermedades infecciosas, etc.

Los síntomas se manifiestan en el campo visual por defectos en el campo temporal hasta la hemianopsia bitemporal, que no es nunca tan regular como en el adenoma de la pituitaria o en el meningioma supraselar y no sigue su progresión usual. A menudo se presenta un escotoma central. En pocos casos se aprecia depresión nasal del campo visual y cuando existe hemianopsia homónima es a veces completa y otras de sólo un cuadrante, en general los defectos en el campo son atípicos.

La agudeza visual se reduce precozmente, contrariamente a lo que sucede en el adenoma hipofisiario, disminución de visión que en la mayoría de los casos es bilateral, afectándose un ojo primero que el otro. La agudeza visual disminuye lentamente como en los tumores periquiasmáticos o bien en forma rápida y aún violenta.

En el fondo la papila raramente es normal, generalmente se produce una atrofia papilar de tipo primario (más frecuente) o secundario.

Existe cefalea en más o menos un tercio de los casos, generalmente frontal o detrás de los ojos, que se irradia al cuello y hombros,

síntoma precóz, que a menudo aparece antes que los síntomas visuales. Hay muchas veces somnolencia, febrícula, náuseas y vértigos. El líquido cefalo raquídeo es normal. El examen radiográfico ayuda en cuanto no se encuentran los signos de los tumores selares o supraselares.

La aracnoiditis optoquiasmática es polimorfa en sus manifestaciones y su tratamiento debe ser etiológico si ello puede ser determinado y si esto no ocurre se usan inyecciones endovenosas de salicilato de sodio, yoduro de sodio, cianuro de mercurio, cloruro de tiamina, vacunas neurotrópicas, proteinoterapia inespecífica, medios que son ineficaces generalmente, y que deben asociarse a la radioterapia semipenetrante; si con esto no se obtiene mejoría, hay que decidir la intervención quirúrgica rápidamente.

## 14

Permeabilidad del canaliculo lagrimal.  
PRIOR GUILLEM.

Archivos de la Sociedad de Oftalmología Hispano Americana - V. 3 - p. 487 - 1943.

En 31 casos de obstrucción de uno o ambos canaliculos lagrimales, se obtuvo permeabilidad permanente, por medio de una sonda que es pasada a través de la obstrucción, haciendo pasar luego una corriente diatérmica de 80 a 100 miliamperes por la sonda, lo que crea una abertura a través de la cicatriz obstructiva. La operación es seguida por sondaje diario durante 8 a 10 días. En todos los casos se obtuvo permeabilidad permanente.

# Libros

## SINDROMES VASCULARES Y RETINOPATIAS

Dr. Héctor M. Nano.— Buenos Aires-1945.

En un libro de 127 páginas, ameno y práctico, el autor relata sus observaciones de casi un lustro, a la vez que los trabajos que dicen relación con el tema, de actualidad siempre palpitante en nuestra especialidad.

El material ha sido tomado del Servicio de Oftalmología del Hospital Salaberry (30.000 enfermos desde 1939).

El autor sigue en general las ideas de Duke Elder, con algunas modificaciones personales, lo que le ha permitido agrupar estas alteraciones del fondo de ojo en una forma tan clara, que ello constituye el mérito principal de su obra, ya que viene a terminar con la anarquía que existía en las denominaciones.

En el primer capítulo hace una reseña de las alteraciones de fondo en general (vasculares, retinales o vasculoretinales), y en el segundo capítulo la agrupación particular de todas estas alteraciones relacionando el estado clínico y el fondo de ojo.

La reunión de las diversas alteraciones vasculares y retinales condiciona la producción de los diversos síndromes clínicos: **síndromes vasculares**, cuando están alterados solamente los vasos y **retinopatías**, cuando junto a las alteraciones vasculares se observan alteraciones patológicas de la retina y de la papila.

Dentro de los síndromes vasculares incluye:

- a) De Hipertensión;
- b) De Esclerosis.
- c) De esclerosis hipertensiva.
- d) De Angioespasmo o angioesclerosis de las embrazadas.

El **síndrome vascular de hipertensión** comprende los estados de hipertensión arterial en los que aún no interviene la esclerosis vascular (hipertensos jóvenes, hipertensión esencial, hipertiroidismo, nefritis aguda, etc.). Sus síntomas fundamentales son la atenuación de las arterias y ausencia del reflejo luminoso de las venas próximo al sitio donde es cruzada por la arteria y la compresión de la vena por la arteria en los cruces arteriovenosos.

El **síndrome vascular de esclerosis** agrupa los cambios de arterias y venas que se observan en arterioesclerosis sin hipertensión arterial y que coincide frecuentemente con la esclerosis de los vasos cerebrales. Sus síntomas característicos se producen principalmente a nivel de los cruces arteriovenosos (ocultamiento, el más frecuente, y compresión, ectasia, ahusamiento, deflecciones y vainas vasculares en los cruces) y en las arterias que toman un reflejo más intenso y de color más claro y luego más obscuro, pero más intenso (arterias en hilo de cobre) y si el

proceso ocluye total o parcialmente la luz vascular se convierten en hilos blanquecinos (arterias en hilo de plata). Las venas pueden ser muy tortuosas, de calibre irregular y a veces los grandes troncos peripapilares tienen líneas blancas a lo largo de sus paredes.

El **síndrome de esclerosis hipertensiva** junta en diversas formas los dos cuadros anteriores. Se observa a partir de los 40 años de edad, pudiendo pasar con facilidad a otros cuadros patológicos de mayor gravedad.

En las arterias el reflejo arterial es irregular y más intenso (arterias en hilo de cobre o plata), existe atenuación arterial (relación arteriovenosa 3 por 1), tortuosidad de las arterias, pequeños aneurismas, irregularidad del lumen y flexuosidad de las pequeñas arteriolas, vainas arteriales en los grandes troncos y en los cruces, diferencias de calibre localizadas y mangos vasculares parciales.

En las venas se aprecian vainas vasculares, acentuadas en los grandes troncos cerca de la papila; venas muy tortuosas de brillo y calibre irregular, venas maculares muy tortuosas, pero la serpentificación venosa (Guist) es rara. Hay ausencia del reflejo luminoso en los segmentos venosos próximos a las arterias o reflejo muy irregular. Muchas veces se ven venas ingurgitadas en rosario o tirabuzón.

Las alteraciones más características se producen a nivel de los cruces arteriovenosos, en los cuales existen vainas vasculares periarteriales, que se van extendiendo con el tiempo a lo largo de las arterias, y ocultamiento, compresión, ahusamiento y deflecciones de la vena por la arteria. Los signos de Gunn (ocultamiento y compresión de la vena por la arteria con ahusamiento y dilatación del cabo periférico) y Salus (la vena comprimida forma un arco antes y después del cruce, apareciendo la vena atenuada y total o parcialmente invisible) son característicos de este síndrome vascular.

Hay ligero borramiento del borde papilar por hiperemia activa, palidez retinal y mácula oscura sin reflejos.

Este síndrome vascular es el peldaño previo a obstrucciones vasculares y retinopatías (Retinopatía esclerosa hipertensiva y renal).

En las **retinopatías** incluye:

- a) Retinopatía esclerosa hipertensiva.
- b) Retinopatía renal.
- c) Retinopatía hipertensiva maligna.
- d) Retinopatía toxémica del embarazo.
- e) Retinopatía diabética.

La **retinopatía esclerosa hipertensiva** es consecuencia o sigue al síndrome vascular escleroso hipertensivo, pero aquí la retina está enferma, lo que se traduce por hemorragias pequeñas, diseminadas, superficiales o profundas y exudados, pequeños, duros, brillantes, de bordes definidos. No hay edema. Su complicación son las obstrucciones vasculares. Puede pasar a retinopatía renal o hipertensiva maligna o aún complicar la retinopatía diabética.

La **retinopatía renal** coincide con algunas nefropatías, a saber A.— Glomérulo-nefritis difusas isquémicas (fase 1, sin insuficiencia renal; fase 2, insuficiencia renal latente o atenuada y fase 3, con insuficiencia renal descompensada). B.— Esclerosis renales vasculares, primitivas (hiperten-



sión esencial benigna e hipertensión esencial maligna) o secundarias post-nefrosicas y post-nefriticas). C—Nefrosis gravídica.

En los vasos lo más notable es la atenuación arterial, las arterias son de calibre y brillo irregular, las venas ingurgitadas y en los cruces arteriovenosos, la esclerosis muestra toda la gama de sus alteraciones peculiares (Signos de Gunn, y Salus, deflexiones, compresión, ahusamiento, ocultamiento, etc.).

El edema retinal es característico de esta retinopatía, desde el borramiento del borde papilar o la retina velada o deslustrada hasta el edema de todo el polo posterior. Las hemorragias generalmente son superficiales, en llama, en relación con los gruesos troncos vasculares, de preferencia peripapilares o papilo-maculares o en cualquier sitio del fondo, son por lo común superficiales en llama o pavesa estables y de evolución lenta. Los exudados son constantes y bilaterales, generalmente del polo posterior, algodonosos y coexistiendo con éstos, pero no siempre, hay pequeños, duros, confluentes y diseminados. Estrella macular, que puede o no existir.

La **retinopatía hipertensiva maligna** tiene su elemento fundamental en el gran edema y en la riqueza de exudados, en la primera etapa de esta afección domina el edema y en la segunda los exudados. Se observa en las hipertensiones malignas de adultos y jóvenes y en los últimos períodos de las glomérulo nefritis difusas y en las nefroesclerosis malignas.

En el fondo hay edema papilar y peripapilar, placa exudativa peripapilar, de bordes irregulares y exudados algodonosos y de tipo duro, algunas hemorragias y estrella macular. Las arterias son estrechas, brillantes y pálidas, compresión de las venas, vainas vasculares, a veces signos de Gunn y Salus, deflexiones, etc.

La **retinopatía toxémica del embarazo** es la repercusión en la retina de un estado tóxico general derivado del embarazo y su aspecto es el de la retinopatía renal y se produce como consecuencia de la toxemia hipertensiva del embarazo. En el 80% de los casos se produce en el último mes de embarazo. Los síntomas son vasculares (angioespasmos o angioesclerosis) o bien la retinopatía, y como complicación el desprendimiento retinal de buen pronóstico, ya que mejora con el parto o con la interrupción del embarazo, lo que también ocurre con las otras alteraciones de fondo, excepto la esclerosis si la hay.

La **retinopatía diabética** presenta un cuadro bien definido, de características inconfundibles si es puro. Las hemorragias son profundas, pequeñas, redondas, estables, de evolución lenta y más constantes y numerosas que los exudados, ya que no es raro observarlas como único elemento, desarrollándose posteriormente los exudados, que son duros, pequeños, brillantes, de bordes bien definidos, blancos o blanco nacarados (nunca los hay algodonosos) y se agrupan en el polo posterior, en la zona papilomacular, macular y perimacular (Retinitis central punctata).

No hay edema retinal ni papilar, y los elementos vasculares son normales o casi normales.

No es necesaria la presencia de hipertensión arterial, pero la esclerosis arterial es frecuente, ya que esta retinopatía se presenta entre los 50 a 55 años de edad, pero no está probado que sea imprescindible la esclerosis para la producción de la retinopatía. Si hay alteraciones vasculares, son del tipo del síndrome vascular de hipertensión y frecuentemente del tipo del síndrome de esclerosis, aunque de tipo atenuado.

Las complicaciones son de tipo hemorrágico: obstrucciones vasculares preferentemente venosas, hemorragias preretinianas, apoplejía del vitreo, lo que presupone un fondo de esclerosis vascular acentuada y también la existencia de infección focal.

---

La idea de Nano de separar los síndromes vasculares de las retinopatías, nos trae a la mente la clasificación de Gans, que hace intervenir dos factores patológicos en las lesiones del fondo de ojo: el factor A, responsable de la esclerosis vascular y sus consecuencias y el factor H, tóxico, causado por la toxemia hipertensiva, responsable de los exudados, hemorragias, edema, etc.

En el fondo ambos criterios son los mismos, el de Gans es más objetivo y sencillo y aplicable a la parte quirúrgica del tratamiento de la enfermedad hipertensiva, pero el de Nano está más de acuerdo con lo que vemos a diario en Clínica y permite que la cooperación del oftalmólogo con el internista sea más efectiva, ya que las variadas clasificaciones y nomenclaturas hacían perder valor a nuestra cooperación.

**Dr. René Contardo A.**

---

## Notas Terapéuticas

### ESTREPTOMICINA.

A las experiencias realizadas con la Diazona, Promizol y Promina y que han tenido muchos inconvenientes por su intolerancia, según afirman Henry Sweany, Feldman y Henschaw, se agregan ahora experiencias mucho más promisoras realizadas por Feldman y Henschaw con la estreptomycinina. Esta droga de la cual informamos en el número anterior de estas notas, tiene una acción intensa contra ciertos bacterios Gram negativos, Gram positivos y ácido-resistentes. Se obtiene de un hongo muy parecido al de la penicilina y su acción es muy parecida a ésta. Es completamente atóxica para los animales de experimentación, en los cuales no se ha encontrado ninguna alteración en la sangre ni en ningún órgano vital.

Feldman y Henschaw comenzaron sus experiencias "in vitro" demostrando la estreptomycinina una marcada acción bacteriostática y bactericida sobre el microbacterio tuberculoso. Posteriormente hicieron sus experiencias en animales de laboratorio, empleando de 3.000 a 6.000 unidades fraccionadas 5 veces al día (37 unidades por milígramo) durante 50 a 60 días, encontrándose en los animales de control un índice de 67 a 80 de infección tuberculosa macroscópica en los diferentes órganos y sólo 3 a 6 en los tratados con estreptomycinina (el índice máximo es 100 que indica el máximo teórico de infección tuberculosa en los órganos).

Dr. Héctor Orrego Puelma-Informe sobre Quimio y Bioterapia en Tuberculosis.— Revista de Medicina-Mayo 1945.

### GRAMICIDINA, S.

Es un nuevo cuerpo distinto a la gramicidina de Dubos y de la tirocidina, tanto en su peso molecular como en su punto de fusión, contenido en amino-ácidos, etc.

Gausl y Brazhnikova (Moscú) la obtienen de bacterios aerobios esporulados y la usan sin ningún peligro como tópico local o en cavidades. Belozersky (Moscú) la usó con éxito en 300 heridos de guerra con supuraciones de los tejidos blandos, osteomielitis, empiemas, peritonitis y

en 267 casos de infecciones de la piel, éstas últimas con pomada o con soluciones alcohólicas de gramicidina S.

No altera el proceso de cicatrización por lo que la emplean para preparar el campo a los injertos de piel.

#### **PROSTIGMINA ASOCIADA A ACETILCOLINA.**

El Dr. Rolando Pozo combina la prostigmina a la acetilcolina para prolongar la acción de ésta última (prostigmina 1 por 2.000 con 0.20 grs. de acetilcolina disuelta en 10 c. c. de suero glucosado en inyección lenta endovenosa) para tratar un caso de espasmo cerebral o pre-ictus en estado de semi-inconsciencia con apraxia, amnesia, hipertonia, Babinsky positivo, etc., con franco y dramático éxito. El efecto fué casi instantáneo, pues el enfermo recuperó por completo la conciencia y la normalidad a los 5 minutos de colocada la inyección. Agregamos este caso a nuestras notas por la importancia que tienen estos medicamentos en la terapéutica ocular.

**Dr. JAS.**

---