

H. Salvador
C. V. D

2
1946-48
Nº 10-21

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



Prof. Dr. JORGE L. MALBRAN

*Sub-Director del Hospital Oftalmológico
"Santa Lucía" - Buenos Aires.*

El Prof. Malbrán dió dos interesantes conferencias — una de las cuales publicamos en este número — en la Sociedad Chilena de Oftalmología, la cual le otorgó el título de Miembro Honorario en su sesión del 26 de marzo de 1946.



SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

Fundada en 1931.

DIRECTORIO 1944-1945

Presidente: Prof. Dr. Italo Martini Z.
Vice-Presidente: Prof. Dr. Cristóbal Espíldora Luque.
Secretario: Dr. René Brücher Encina.
Tesorero: Dr. René Contardo Astaburuaga.

SOCIOS HONORARIOS

Prof Dr. Carlos Charlín Correa (+)
Prof Dr. Harry S. Gradle.
Dr. Jean Thierry
Dr. Hermenegildo Arruga.
Dr. Ramón Castroviejo.
Dr. Adrián Thuyt.

SOCIOS FUNDADORES

Prof. Dr. Italo Martini Z.
Prof Dr. Cristóbal Espíldora Luque.
Prof. Dr. Juan Verdaguer Planas.
Prof. Dr. Germán Stolting (+)
Dr. Santiago Barrenechea Acevedo.
Dr. Heberto Mujica.
Dra. Ida Thierry.
Dr. Daniel Amenábar Ossa.
Dr. Luis Vicuña Vicuña (Valparaíso).
Dr. Adriano Borgoño Donoso (Punta Arenas).
Dr. Abraham Schweitzer.
Dr. Víctor Villalón.
Dr. Daniel Prieto Aravena.
Dr. Raúl Costa Lennon.

SOCIOS ACTIVOS

Dr. Román Wagnanski.
Dr. René Contardo Astaburuaga.
Dr. Alberto Gormáz.
Dr. Mario Amenábar Prieto.

Dr. Guillermo O'Reilly Fernández (Concepción).
Dra. Laura Candia de Alba.
Dr. Carlos Camino Pacheco.
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).

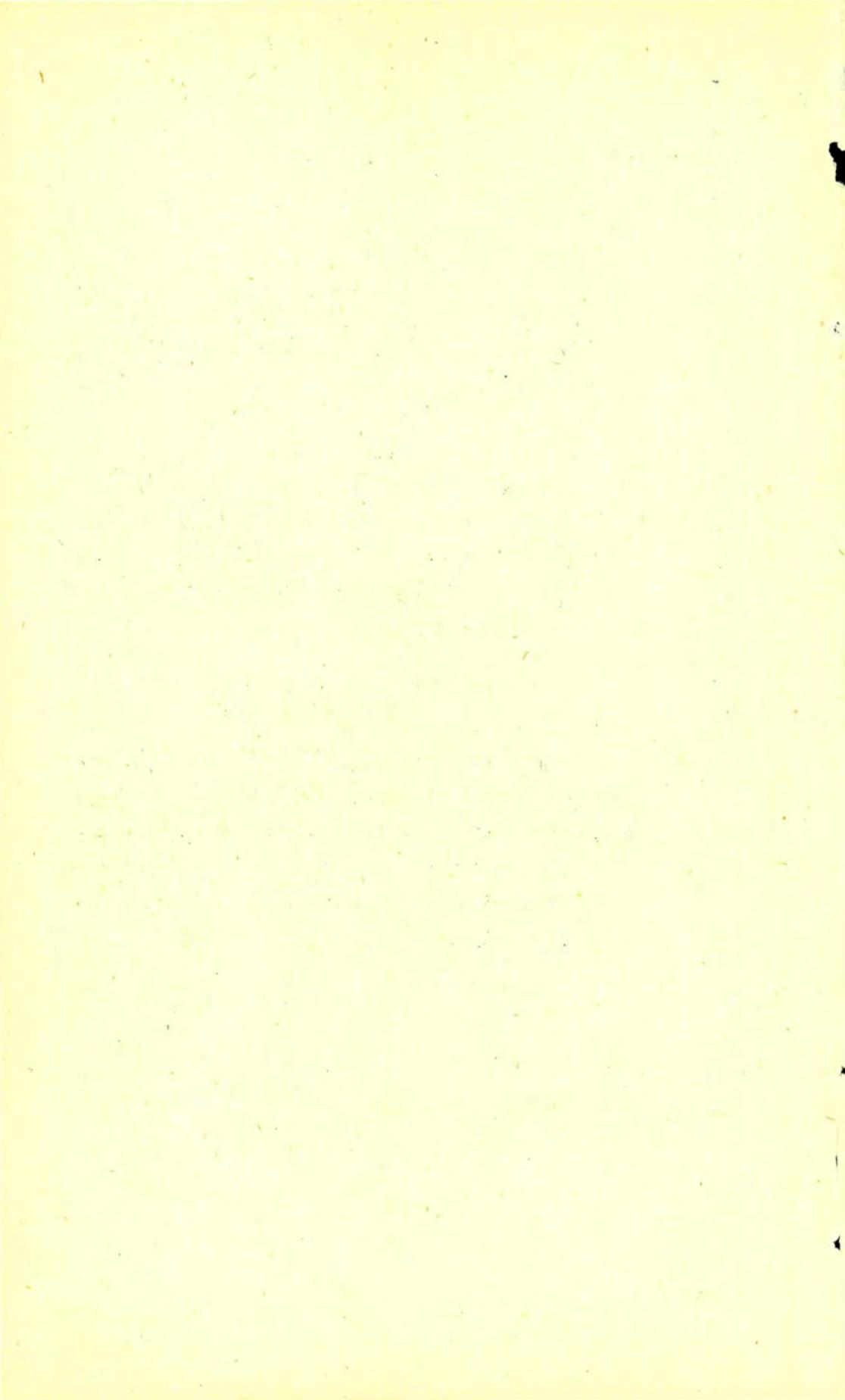
SOCIOS ADHERENTES

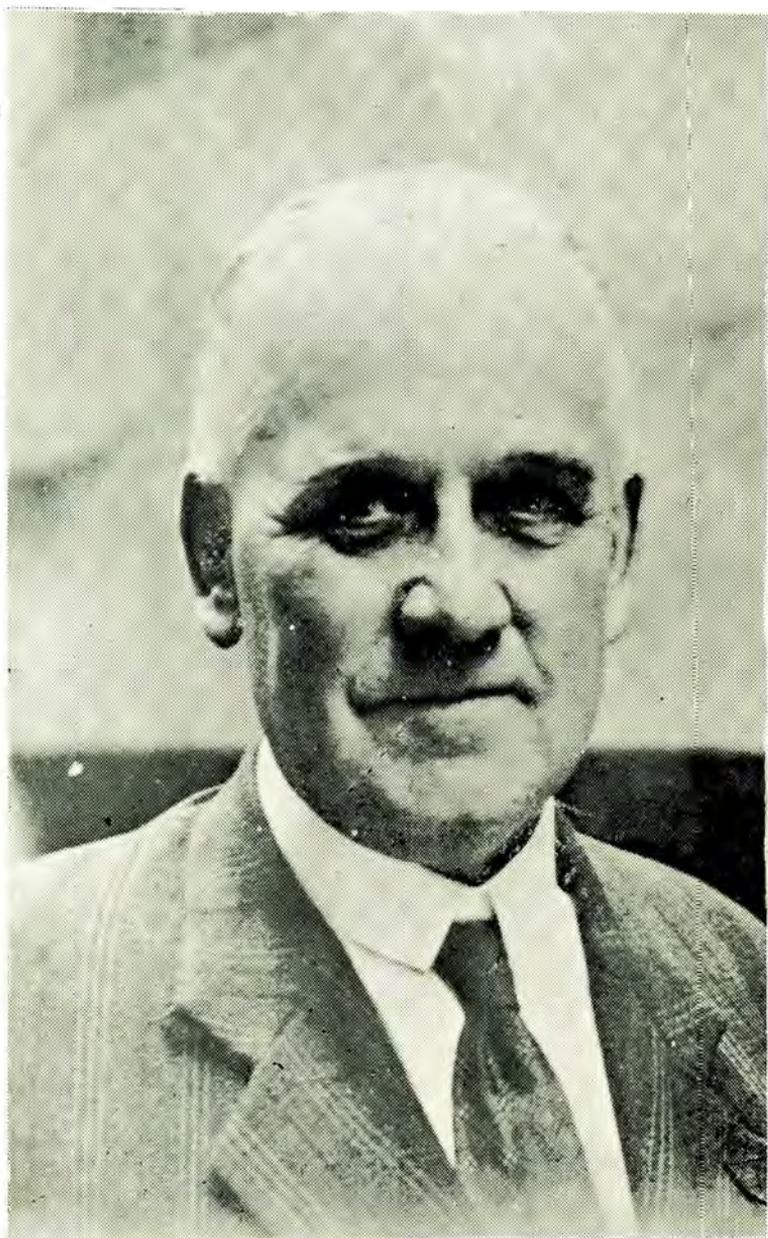
Dr. Miguel Millán Arrate.
Dr. Juan Garafulic.
Dra. Elcira Pinticart de W.
Dra. Margot Moreira.
Dr. Francisco Bernasconi (Talca).
Dr. Juan Francia Pérez (Iquique).
Dr. Carlos Charlín Vicuña.
Dr. Hernán Brink.
Dr. Adrián Araya.
Dr. Michel Merech.
Dr. Gabriel Moya.
Dr. Fernando González Simón (Concepción).
Dr. David Bitrán.
Dr. Guillermo Mena Saavedra (Antofagasta).
Dr. Daniel Santander Guerrero (Valdivia).
Dr. Miguel Luis Olivares.
Dr. Alfredo Villaseca.
Dr. Raúl Morales Rodríguez (Temuco).

Damos en este número de "Archivos Chilenos de Oftalmología" una reseña del 2.º Congreso Pan-Americano de Oftalmología, realizado en Montevideo en el mes de Noviembre último.

No hemos incluido resúmenes de los trabajos presentados tanto por los Oftalmólogos de los demás países de América, como por los miembros de la Delegación Chilena, por no anticiparnos a la publicación de las Actas del Congreso, ya en prensa.

Deseamos sólo tributar nuestro homenaje de admiración y gratitud a los Miembros del Comité Uruguayo organizador del Congreso, y, en especial a su Presidente el Profesor Alberto Vazquez-Barrière, homenaje que hacemos extensivo al Secretario General para la América Latina, Dr. Moacyr E. Alvaro, por la labor desarrollada y por las especiales atenciones de que hicieron objeto a la Delegación Chilena.





Prof. Dr. EDMOND VELTER



I

L'Ophthalmologie et la Neurologie en France de 1939 a 1945

Par le Professeur EDMOND VELTER (de Paris)

Pendant une longue période de près de six années, qui s'écoula depuis le début de la guerre en Septembre 1939 jusqu'à la fin de l'occupation allemande en France, les cliniciens et les travailleurs français eurent à lutter contre des difficultés considérables qui entravèrent dans une large mesure leurs recherches. Les conditions créées par la mobilisation et l'occupation déterminèrent une dispersion du personnel hospitalier et du personnel des laboratoires, dispersion à laquelle s'ajouta l'impossibilité de se procurer les appareils, les instruments, les produits chimiques et les matières colorantes, les animaux de laboratoire et leur nourriture; les restrictions de gaz et d'électricité rendirent impossible le fonctionnement de la plupart des appareils, en particulier des étuves; et le manque de chauffage rendit les locaux inhabitables pendant les longs mois d'hiver.

Les Sociétés scientifiques virent leurs membres dispersés, et traqués par les autorités ennemies; leurs séances, dont beaucoup restèrent clandestines, ne furent autorisées que très tardivement avec des conditions telles que leur activité en fut considérablement réduite; pour beaucoup de publications scientifiques et de périodiques, les exigences des autorités et les restrictions firent que beaucoup cessèrent de paraître: la libération de la France a heureusement permis la reprise de la plupart d'entre elles, malgré des difficultés encore réelles résultant du manque de main d'oeuvre et des restrictions de papier; mais ces difficultés diminuent de jour en jour, et dans un avenir très prochain, sociétés et périodiques auront repris leur rythme normal.

OPHTHALMOLOGIE.—

Les conditions dans lesquelles se sont trouvés les ophtalmologistes français expliquent le petit nombre de travaux de recherche scientifique pure qui ont vu le jour en France pendant la période de guerre.

En Anatomie et en physiologie, il y a lieu de signaler particulièrement: une excellente étude clinique et physiologique de l'oeil sénile (Thèse de Joly, Paris 1941); les travaux de Dejean, Rosso et Guerrier sur la Structure Caverneuse du corps ciliaire, plusieurs travaux sur le cristallin: le p H du cristallin par Nordmann (de Strasbourg) et les constituants protéiques du cristallin par Jayle, Derrien et Ourgaud; enfin le

magnifique ouvrage de Rochon-Duvigneaud sur l'oeil et la vision des vertébrés (Paris 1943), qui est le couronnement de tout une vie de travail et d'observation anatomique et physiologique hors de pair.

En pathologie oculaire, il y a lieu de signaler particulièrement: des "Studies sur les Greffes de la Cornée", par Bonnet et Paufigue (de Lyon) — "le Syndrome de Harada", par Dollfus, Garcin, Guillaume et Troché (Paris) — "La cataracte noire" (Dejean et Rosso, Montpellier) — "L' Hypertension oculaire dans les uveïtes et son traitement" (Rodier, thèse de Paris 1945) — "Le Glaucome sans hypertension" (Kedslob, de Strasbourg) — "Les lésions Chorio-rétiniennes congénitales de l'enfance", par Dejean, Ferrié et Lafon — "Le pronostic des Gliomes de la rétine", qui a provoqué à la Société d'Ophtalmologie de Paris une intéressante discussion (Bruneau, Begue) — de nombreuses observations sur le diagnostic et la localisation des œdèmes rétiens (Bonnet, Paufigue, etc.) — "les tumeurs du nerf optique", par Guy Offret (Paris).

Diverses affections orbitaires ont été étudiées, soit du point de vue clinique et anatomo-pathologique ("Les myosites chroniques orbitaires", par Guy Offret (thèse, Paris 1939), soit du point de vue chirurgical (nouvelle voie d'accès chirurgical du sommet de l'orbite et de la région orbito-sphénoïdale, par Guillaume, et par Guillaume et Dollfus; les exophtalmies malignes non tumorales et leur traitement chirurgical, par Weiti et Offret).

Jayle a publié en 1941 un ouvrage très documenté et très complet sur les mouvements associés des yeux et le nystagmus.

La tuberculose oculaire a donné matière à de nombreuses études cliniques et thérapeutiques, spécialement de Dejean et de Dollfus, sur les rapports de la Kerato-conjontivite phlycténulaire avec la tuberculose et sur les tuberculoses chorio-rétiniennes (Bonnet et Paufigue). Toutes ces recherches ont été synthétisées dans le rapport présenté par Bailliart et Dollfus à la Société d'Ophtalmologie de Paris dans sa séance plénière de novembre 1945.

Le traitement chirurgical des traumatismes de l'oeil s'est attaché surtout à la localisation et l'extraction des corps étrangers intra-oculaires (rapport de Prosper Veil à la Société d'Ophtalmologie de Paris en 1939; travaux de Mélanowski (corps étrangers non magnétiques); et de Dollfus et Troché).

La thérapeutique par les sulfamides a donné de bons résultats dans les gonococcies oculaires (Josseran et Morard), et surtout dans les trachomes aigus contagieux (Cuénod et Nataf, Vancéa). Un Sulfamide nouveau, la Solufontamide, a été employé avec succès en injections sous-conjonctivales dans les ulcères infectieux de la cornée, les ulcères à Hypopyon, les irido-cyclites suppurées, les débuts de panophtalmie (Renard).

Les complications toxiques de la sulfamido-thérapie ont été étudiées par Monbrun (névrite optique) et par Desvignes et d'autres auteurs (Myopie transitoire). De nombreuses observations de botulisme ont été rapportées, et ont donné lieu à un exposé très remarquable du Pr. Legroux, de l'Institut Pasteur, sur les diverses formes du botulisme.

Enfin de nombreux cas d'accidents graves (cécité totale et définitive) et souvent mortels par intoxication par l'alcool méthylique ont été

rapportés à la Société d'Ophthalmologie de Paris, à la Société de Nancy, et rassemblées dans la thèse de Rohr (Nancy 1945).

Il y a lieu en outre de signaler divers travaux sur des sujets variés d'ophtalmologie étudiés dans les thèses de doctorat, en particulier les suivants : "Complications oculaires de la spirochétose ictéro-hémorragique", par Me. Pérol (Paris 1939) ; "Extirpation du sac lacrymal à l'électrocoagulation", (Stork, Paris 1939) ; "Gliomes primitifs du Chiasma" (Brégeat, Paris 1942) ; "Troubles visuels consécutifs aux grandes pertes de sang" (Sénéchal, Paris 1943) ; "Sarcomes choroïdiens du pôle postérieur et de la région papillo-maculaire", (Boudon, Paris 1944) ; "Relativité de la valeur localisatrice du Syndrome de compression directe du nerf optique intracranien" (Burette, Paris 1945) ; "Le glaucome sans hypertension" (Milaras, faculté de Strasbourg, 1940) ; "Iridectomie et extraction du Cristallin" (Me. R. Duverger, faculté de Strasbourg 1944).

NEUROLOGIE

Comme en Ophthalmologie, ce sont surtout des travaux cliniques et des investigations thérapeutiques et de neuro-chirurgie qui ont vu le jour pendant la période de guerre et d'occupation.

En mai 1940, une réunion de la Société de Neurologie de Paris et de l'Académie de Chirurgie groupa les travaux d'André Thomas, Sorrel et Me. Sorrel Déjerine sur les traumatismes des nerfs; de Barré, sur les traumatismes de la moëlle; de de Martel et de Clovis Vincent, sur les traumatismes cranio-cérébraux; de Leriche, sur la conduite à tenir dans les troubles nerveux des amputations.

La réunion de 1941 entendit un rapport d'André Thomas et Lhermitte sur le Schéma Corporel et l'Image de soi. Des sujets de rapports pour les réunions futures sont actuellement à l'étude: la soif et la polydipsie, et la Contribution apportée par la Neuro-chirurgie à la physiologie du système nerveux.

Le Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de langue française ne put se réunir qu'une seule fois, en 1942, à Montpellier; il y fut présenté un rapport de Schmitt et Sigwald (de Paris) sur les Séquelles des traumatismes Cranio-cérébraux, et des travaux de Delmas-Marsalet (de Bordeaux) sur l'Electro-choc. Parmi les travaux publiés, soit isolément, soit sous forme de communications et de présentations à la Société de Neurologie de Paris, il convient de citer spécialement les ouvrages de: André Thomas, "L'Equilibrie et l'Equilibration", Paris 1940; Lhermitte et Ajuriaguerra "Physiopathologie de la vision" (Paris 1943); Cossa, "Physiopathologie du système nerveux" (Paris 1942), et "Thérapeutique neurologique et psychiatrique" (Paris 1945); Aubry, "Otoneurologie" (Paris 1945); Mollaret et Yvan Bertrand, "L'hypertonie de décébration chez l'homme"; les travaux de Delay, "Les dissolutions de la mémoire"; de Garcin et Guillaume, "Traumatismes craniaux-cérébraux"; de Thurel, sur le même sujet; et enfin les recherches d'Yvan Bertrand et Lacape sur l'Electro-Encéphalographie (Paris 1943), et de Baudoin, sur le même sujet, au Centre de recherches d'Electrophysiologie à la Faculté de Médecine de Paris.

Les Ecoles de province n'ont pas cessé leurs activités avec Roger, à Marseille; Riser, à Toulouse (Circulation cérébrale); Delmas Marsalet, à Bordeaux; Froment, à Lyon; Barré, (à Clermont-Ferrand et Strasbourg, "Troubles nerveux réflexes progressifs d'origine traumatique").

En Neuro-ophtalmologie, dans les services de Clovis Vincent et de Guillaume, en collaboration avec les services d'Ophtalmologie, il y a lieu de signaler des études sur le Syndrome de Compression du Nerf Optique intracranien (Desvignes, thèse de Paris 1937 et Communication au Congrès de Montevideo de 1945 —David et Sourdille; Burette (thèse de Paris 1945); sur les méningiomes supra-sellaires (Guillaumat); et sur les Gliomes du Chiasma (Brégeat 1942, déjà cité plus haut).

En neuro-chirurgie, le regretté Thierry de Martel, si tragiquement disparu en 1940, nous a hereusement laissé son élève Guillaume, qui à continué les traditions de prudence, d'habilité opératoire et de conscience de son maître.

Petit-Dutaillis, avec de Sèze, s'est attaché à la neuro-chirurgie médullaire, au traitement des sciatiques et des lombalgies par hernies des disques intervertébraux. Et la brillante école de Clovis Vincent, à la Pitié, nous a donné par ses élèves David et Puech, Klein et Thiébaud, un traité de technique neuro-chirurgicale, et un traité de neuro-chirurgie d'urgence.

La collaboration oto-neuro-ophtalmologique, si caractéristique du besoin de synthèse de la culture médicale latine, a rencontré du fait de la guerre des obstacles presque insurmontables. La revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie n'a pu paraître; les congrès annuels n'ont pu avoir lieu, sauf en 1942, où il fut possible de réunir à Clermont-Ferrand les fidèles de cette discipline, qui entendirent un rapport de Delmas Marsalet, de Bordeaux, sur les Dystrophies et les dysmorphies craniennes en oto-neuro-ophtalmologie. Dans un avenir prochain, le regroupement des oto-neuro-ophtalmologistes pourra être effectué, la Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie, éditée à Strasbourg, reverra le jour, et rétablira la liaison avec sa soeur sud-américaine, pour resserrer davantage encore les liens de travail en commun.

Estudio Clínico de la Hipovitaminosis A en el Lactante. Test de Queratinización Conjuntival *

Dr. ADRIAN ARAYA C.

Me permito presentar a la Sociedad Chilena de Oftalmología el presente trabajo acerca de un estudio clínico de la carencia de Vitamina A practicado en lactantes y la manera de reconocer las formas atenuadas e inaparentes por un sencillo procedimiento del resorte nuestro. ocular, y que denominaremos test de queratinización conjuntival.

Tratándose de algo que entre nosotros todavía no se había verificado, las informaciones de nuestro trabajo representan sólo una investigación inicial que aporta, sin embargo, datos para futuras y más extensas observaciones.

Lo hemos hecho sin inconvenientes en 70 lactantes hospitalizados en el Arriarán, todos en el servicio que dirige el Profesor Baeza Goñi y en estrecha colaboración de los Servicios de Oftalmología y de Anatomía Patológica, a cargo de la Dra. Candia y del Dr. Espinoza, respectivamente. En forma más detallada, naturalmente, y abarcando otros aspectos, constituirá la base de la memoria de prueba del señor Maffioletti. En la presente comunicación sólo explicaremos lo concerniente al ojo, especialmente, enunciado al comienzo, sin pretender sacar conclusiones definitivas.

Así, a manera de introducción, diremos que desde el descubrimiento de la vitamina A por McCollum y Davis, en 1914, las investigaciones sobre lesiones o modificaciones histo-patológicas por carencia de este factor han sido preferentemente experimentales.

Al respecto, existen trabajos tan importantes como los efectuados por Blackfan y Wolbach en 13 autopsias de niños; el estudio anatómico clínico de Sweet y Káng en 203 enfermos y 17 autopsias y, recientemente, investigaciones de alteraciones oculares por medio de raspaje de la conjuntiva, efectuado por diversos autores norteamericanos, los que no dan detalles sobre sus experiencias.

(*) Presentado en la sesión del 17 de Octubre de 1945, de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

La población china, tan numerosa y mal nutrida, ha facilitado el mejor y más variado material para estos estudios, y es así cómo la mayor parte de las observaciones hechas allá provienen de los trabajos ya citados, de Sweet y Káng, de Pillat y otros.

En Norte América, Funk, Dubin y Taub declaran que el porcentaje de niños deficientes en vitamina A alcanza un 25% en las comunidades rurales y un 80% en los distritos pobres de las ciudades.

En cuanto a nosotros, nos asiste el convencimiento que en Chile, por circunstancias derivadas de la pobreza en que viven las clases obreras, que constituyen la clientela hospitalaria, por una parte, y la incultura a ella inherente, por otra, hacen que nuestro pueblo se alimente en pésimas condiciones, siendo su régimen habitual de gran predominio hidrocarbonado, constituyendo, por lo tanto, la Avitaminosis, o mejor dicho, la hipovitaminosis un factor casi obligado presumiblemente, que debe presentarse en forma constante en nuestros niños pobres, pudiendo compararse esta situación, desde muchos puntos de vista a la existente en la China.

Estas consideraciones nos han inducido a emprender este trabajo como contribución al estudio de la hipovitaminosis A en el lactante, dándole especial importancia al test de queratinización, recomendado por muchos autores como un buen método en el diagnóstico precoz de estos cuadros.

El concepto de avitaminosis pura tiende a ser abandonado actualmente por la mayoría de los pediatras, pues como bien lo subraya Aria Vallejo, es muy raro observar a la luz de nuestros actuales conocimientos, un caso en que el organismo se halle privado en absoluto de una determinada vitamina. Es más propio hablar de hipovitaminosis, entendiéndose por ello los estados patológicos causados por un déficit más o menos acentuado, de uno o de varios de los diversos factores vitamínicos conocidos, que producen cuadros manifiestos, o bien, formas latentes o inaparentes.

Haciendo un poco de historia, el factor hiposoluble, vitamina A ha llamado la atención, a través de sus manifestaciones de carencia, desde los tiempos primitivos. La Hemeralopia fué ya descrita por Hipócrates y en el papiro de Eber y en los escritos post-hipocráticos, se cita el hecho de que la ceguera nocturna puede curar por la ingestión de hígado. En un antiguo libro chino sobre enfermedades de los ojos, correspondiente al período de la Dinastía Tang 620-907 A. C.) se recomienda para los casos de esta enfermedad la ingestión de hígado pulverizado de murciélago, cerdo o cordero.

El estado más avanzado de la avitaminosis ocular, como es la queratomalacia, no fué descrita hasta comienzos del siglo pasado, siendo, al parecer, Brown, en 1827, Ran en 1836 y Fischer, en 1846, los primeros en describir este grave cuadro. Posteriormente Arlt, en 1851, también lo describe. Y en 1862, Bitot, relaciona la Hemeralopia con la xerosis de la conjuntiva.

Descripciones más completas de la enfermedad sólo fueron dadas a conocer algunos años después, primero por Ginia Solo, en 1864 y luego por Von Graefe, en 1866.

Un paso más adelante lo resuelven McCollum y Davis, en 1914, con el descubrimiento de la vitamina A. Por último, hace pocos años, Block demuestra, en forma concluyente, la relación que existe entre deficiencia en Vitamina A y queratomalacia, siendo también uno de los primeros en establecer que la deficiencia de la ingestión de esta sustancia produce trastornos generales en el organismo, entre los cuales, los síntomas oculares sólo constituyen una parte.

Entre nosotros, los primeros estudios fueron hechos en los hospitales de niños. Así, en Junio de 1923, el Prof. Baeza Goñi describe un caso observado en el Arriarán, caso que es publicado en los Archivos Chilenos de Pediatría. En 1931, el Prof. Scroggie presenta al Primer Congreso Latino Americano de Oftalmología un trabajo titulado: "Xerofthalmia y Queratomalacia" en el cual relata dos observaciones detalladas: una de 1928 y otra de 1929, y cita otras más del año 1930 del Prof. A. Ariztía, de la Casa Nacional del Niño.

Entre las funciones específicas de la Vitamina A, que son numerosas, destacamos las siguientes:

1.— *Como protectora de los epitelios*, tanto glandulares como de revestimiento, actuando como biocatalizadora de ciertas funciones metabólicas o simplemente regulando las funciones celulares. Su carencia provoca exageración de los depósitos de queratina en las membranas que normalmente los tienen, y aparición en aquellos que normalmente no lo poseen.

2.— *Relación con la visión*.—De todos nosotros es conocido el papel que desempeña en la formación del púrpura visual, o rodopsina de los conos y bastoncitos. La ausencia de Vitamina A hace que la resíntesis de ella sea muy lenta o incompleta, constituyéndose la hemeralopia o nictalopia.

3.— *En el crecimiento*.— La disminución de su ingestión, provoca disminución del peso pondoestatural en los animales de experimentación jóvenes.

4.— *Relación con las glándulas de secreción interna*.— Se ha comprobado que las glándulas endocrinas experimentan alteraciones cuando falta la Vitamina A. Se ha determinado que la secreción tiroidea y el factor A se influyen mutuamente, actuando éste último, en sentido antagonista de la tiroxina. Tal vez la coloración especial de los tegumentos de los mixedematosos sea influenciada por la hipercarotinemia, que corrientemente en ellos se presenta. Además, en algunos hipertiroideos se ha obtenido buenos resultados con la administración de grandes cantidades del factor A.

El adulto necesita, por término medio, 0.1 a 0.3 miligramos de Vitamina A diariamente. El niño necesita mucho más: alrededor de 100 U. internacionales por kilo y por día según Jaso. El lactante de pecho las recibe normales, no así el alimentado con leche de vaca u otros alimentos que la substituyen (babeurre, leches modificadas, etc.).

El niño, al nacer, posee abundantes reservas vitamínicas aportadas por la circulación materna, que sólo se agotan el 3º ó 4º mes de vida extrauterina.

Respecto de estos datos se deducen algunos factores que intervienen en la etiología de hipovitaminosis A.

En cuanto a la edad, Blegrard, y otros, establecieron que la Queratomalacia se produce en los primeros años de la vida, y es muy rara en los adultos. Sweet y Káng estudiaron 64 niños menores de 5 años con manifestaciones de hipovitaminosis A, de los cuales, 30 tenían menos de 1 año y de éstos, 22 eran menores de 6 meses, sin predominancia de sexo.

El régimen alimenticio constituye el factor más importante; así, hasta los 6 meses depende de la calidad de la leche que ingiere y, después, del suministro adecuado o no, de zanahorias, espinacas, mantequilla, huevos, plátanos, etc., por su contenido en caroteno, constituyente de la Vitamina A. Sin embargo, a pesar de un régimen normal, si hay utilización insuficiente (perturbaciones digestivas), o aumento exagerado de su consumo (crecimiento demasiado rápido o enfermedades graves), puede llegarse a la carencia.

Sintomatología Clínica.— Conocida la complejidad de funciones que la vitamina A tiene a su cargo y las interrelaciones existentes entre ellas y otros factores, incluso hormonales, no es fácil determinar cuadros clínicos bien definidos. Sin embargo, para el más fácil estudio es preciso su descripción en tres grupos separados, a saber: 1º) Daños generales, resultantes de una alimentación insuficiente y que caracterizan a los cuadros carenciales; 2º) Repercusión en el globo ocular mismo, con todas sus manifestaciones progresivas y 3º). Diversos trastornos de la epitelialización del organismo.

1.— *Distrofia.*— *Disergia.*— La deficiencia de la Vitamina A, sola o asociada a otras deficiencias alimenticias, determina trastornos en el desarrollo ponderal del niño y una disergia caracterizada por baja de la inmunidad y resistencia a las infecciones en general.

Jaso dice que se produce una distrofia con hipotrofia estatural acentuada o sea, adelgazamiento acompañado de detención del crecimiento, anemia, leucopenia e hipoplasia del tejido linfoide. Glauzman dice que se produce un verdadero colapso en la actividad ósteopoyética periostal y endocondral con mantención, en cambio de la actividad destructiva de los osteoclastos (Kalbath la denomina "alteración aplástica consuntiva"), teniendo intervención además en la osteogénesis un nuevo factor vitamínico concurrente indispensable y que sería el H-6.

La disergia no sería sino el resultado de la disminución de la resistencia antiinfecciosa local de los epitelios (piel, aparato respiratorio y tubo digestivo, preferentemente) por un proceso de disqueratosis.

2.— *Manifestaciones oculares.*— Las más conocidas, y que integran el denominado "síndrome de Bitot", son hemeralopia, xerósis conjuntival y queratomalacia.

Entre los niños es más frecuente apreciar este síndrome completo a partir del segundo semestre de su vida, que en el adulto debido a que la hemeralopia (1ª fase), aun la xerósis (2ª fase), pasa desapercibidas para las personas que las rodean; en cambio, los adultos recurren al médico antes de llegar a la xerósis, por pérdida de la visión crepuscular. Además, en los primeros las diferentes fases se suceden mas rápidamente.

te, proporcionalmente, que en los segundos, ya que su dieta es más reducida y menos variable.

La xerósis conjuntival pura consiste en una desecación muy especial de la conjuntiva bulbar, con producción de exudado secundario formado por masas blanquecinas que semejan, al decir de algunos autores, a la espuma de jabón desecada o a trozos pequeños de barquillos (Scroggie). Las llamadas "manchas de Bitot" son, generalmente, triangulares, pequeñas y localizadas en la conjuntiva bulbar interpalpebral, en el borde de la córnea sin enrojecimiento alguno, careciendo en absoluto de síntomas inflamatorios subjetivos y objetivos. Sin embargo, lo frecuente es observar los estados denominados por W. Steep, de prexerósis conjuntivales, caracterizados por una sequedad córneo-conjuntival que se manifiesta al tener abiertos los párpados medio minuto por la presencia de islotes o manchas ("signo de la desecación") acompañado de la pérdida de su brillo característico y de disminución de su sensibilidad normal. A veces se añade un fino engrosamiento de la conjuntiva bulbar. Todo esto, repetimos, con ausencia de fenómenos inflamatorios. El examen bacteriológico, en estos casos, sólo anota algunos bacilos xerósis, *Morax-Axenfeld. neumococos*, etc.

La Queratomalacia, episodio más avanzado, tercer síntoma clásico del síndrome de Bitot, ataca preferentemente también a los niños de corta edad, desde los 2 a 4 meses hasta los 2 a 4 años y a decir de los diversos tratadistas, su aparición en esta edad es casi súbita, o mejor dicho, quema sus etapas para establecerse como tal.

Se presenta como un enturbiamiento lechoso, difuso, de la córnea, seguido, rápidamente, de zonas de reblandecimiento que constituyen una ulceración sucia que comienza, por lo general, en el centro y avanza luego hacia la periferia y, sin respetar el limbo, puede llegar aún a comprometer la esclerótica. En profundidad, también compromete la córnea en su totalidad. La evolución posterior lleva, en la mayoría de los casos a la ceguera, por su tendencia a la perforación espontánea y vaciamiento.

Si el tratamiento es oportuno, queda en cambio, en el sitio de la ulceración una cicatriz blanquecina o leucoma que, desgraciadamente compromete igualmente la visión. Felizmente, en la mayoría de los casos, esta afección es unilateral, o, por lo menos, así comienza, dando tiempo a detener sus daños con la terapia adecuada. En algunos de ellos, sin embargo, es bilateral; así, tenemos en nuestra casuística dos casos de estos últimos (fotografías N° 1 y 2).

También se han descrito otras manifestaciones oculares ya más escasas y raras. Pillart anota, entre ellas: a) Pigmentación de la conjuntiva; b) Disminución de la secreción lagrimal por falta de su excitación refleja normal o por disminución de la sensibilidad en la conjuntiva y córnea, por queratinización progresiva de las células epiteliales (signos de la desecación y de llanto sin lágrimas, positivos); c) Alteraciones palpebrales especialmente blefaritis anodina, del cristalino y del desarrollo "in toto" del globo ocular. etc.

3.—*Otras alteraciones en el organismo.*

a) *De la piel*, como ser, modificaciones del color, poniéndose ama-

rillenta sucia, gris o ceniza, o gris oscura, especialmente visible a nivel de las sienes y frente, primero, antebrazos y piernas, después y, por último, esternón, espalda y regiones glúteas; sequedad provocada por doble causa: una la hiper y paraqueratosis y la otra hipofunción de las glándulas sudoríparas y sebáceas; queratosis pilar o sea, eflorescencias epidérmicas de 1 mm. más o menos, córneas, localizadas en la desembocadura de los folículos pilosos o de las glándulas sudoríparas, especialmente en los brazos, cadera y tronco, y que se observa, por lo general, por encima de los 15 años; acné, comedones, forúnculos, etc.

b) *De los pelos y uñas.*—Tales como pérdida del brillo y sequedad, caída precoz, canicie, coloración mate, sequedad y alteraciones del grosor de las uñas, etc.

c) *Del aparato respiratorio.*— Motivados por alteraciones epiteliales, tales como desplazamiento del límite de separación de la piel y de la mucosa de las alas de nariz la sequedad, engrosamiento y formación de costras en la pituitaria: disfonía que, según Pillat, Blackfan y Wolbach, se deben a metaplasias epiteliales de la faringe y laringe; bronquitis y bronconeumonía con alteraciones, incluso del mismo alvéolo pulmonar, etc.

d) *Del tubo digestivo.*— Como frecuentes diarreas y deposiciones mucosanguinolentas provocadas por modificaciones globales de las mucosas bucal, gástrica e intestinal.

e) *Del aparato urinario,* va que es más probable que muchas piurias sean debidas, en gran parte a esta carencia. Así, Peyer ha disminuído la mortalidad infantil por esta causa de un 30% a un 3-4% con la administración vitamínica A y C.

ANATOMIA PATOLOGICA

La descripción de lesiones histológicas en la hipovitaminosis A, en su mayoría son el resultado de investigaciones experimentales. Goldschmidt y Krank, después Stephenson, Clark, Cramer, Drew, Davis Outhouse, Wason, estudian ojos de ratas sometidas a regímenes deficientes en vitamina A que presentaron manifestaciones evidentes de xeroftalmia y queratomalacia, sin encontrar alteraciones específicas, salvo queratinización de las capas epiteliales superiores de la córnea. Estudios en otros órganos dieron resultados negativos.

El primer estudio minucioso y completo fué hecho por Navia, en 1922, en ratas carenciadas y sostuvo que lo característico consistía en las alteraciones xeróticas de la córnea y conjuntiva y en metaplasia y queratinización del epitelio de las glándulas salivales, tráquea y bronquios. En otros órganos (hígado, páncreas, intestino, riñón y tiroidea) fueron negativos los resultados.

Wolbach y Howe poco después, confirman estas experiencias y luego después, éstos, a su vez, lo son por Blackfan y Wolbach, en estudios practicados en 7 autopsias infantiles, encontrando, evidentes alteraciones epiteliales.

Las lesiones más frecuentes se encuentran en el globo ocular. Se inician en forma de queratinización de la conjuntiva y córnea. Así, las

manchas de xerosis son focos de paraqueratosis e hiperqueratosis, en que las capas superficiales carentes de núcleo contienen gránulos de queratohialina en grandes trayectos. La prexerosis se caracteriza por la desaparición de las células caliciformes de la conjuntiva y el aumento del número de capas del epitelio. En la queratomalacia se encuentran focos de necrosis progresivos de la córnea, estando separados estos del tejido sano por una barrera leucocitaria. El epitelio corneal primero presenta edema y después necrosis, con ulceración e infección secundaria finalmente, siendo frecuente la perforación.

La pigmentación conjuntival y las otras diversas alteraciones producidas en los anexos, glándulas lagrimales y párpados, se deben a la queratinización epitelial progresiva también.

En cuanto a las otras modificaciones producidas en los diversos aparatos y órganos, reconocen igual causa.

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Las pruebas propuestas para el diagnóstico de los estados de carencia del factor A, son de tres clases:

1.—Exámenes oftalmológicos; 2.—Dosificación en la sangre; 3.—Test de queratinización.

1.— Entre estos exámenes, los más empleados para poner de manifiesto los trastornos visuales inaparentes, podemos citar *primero la biofotometría o test fotométrico*, el cual se basa en el principio de que cuando la retina está sometida a la acción de la luz, el púrpura visual se transforma, mientras que en la oscuridad se regenera y esto depende en rapidez de la mayor o menor cantidad de vitamina A que posee el organismo. Al medírsele con los distintos fotómetros o adaptómetros conocidos, permite determinar la capacidad de adaptación y de percepción de la luz, y al mismo tiempo de la agudeza visual con iluminación escasa. Este método no es practicable en niños, pues para que sus resultados sean realmente de valor, se necesita que éste tenga suficiente edad para colaborar con el médico, condición que raramente se puede obtener debajo de los 10-12 años. Sin embargo es necesario destacar que existe, al respecto un trabajo muy interesante del Dr. Correa, hecho hace pocos años entre nosotros.

En segundo término, citamos el *método del minimum reflexible*, ideado por Friderischen y Edmund, y que consiste en medir, en los lactantes, la irritabilidad refleja del ojo a la luz. Para el objeto se coloca al niño, durante media hora, en un cuarto oscuro y a 10 cms. de sus ojos una fuente luminosa a la cual se le ha adaptado un cristal fotométrico número 6.5. Entonces se enciende la lámpara durante 1-2 segundos durante 10-12 veces hasta encontrar la intensidad que produzca reflejos nímicos o reflejos óculo-motores, u otros similares. En el lactante normal el minimum reflexible no es nunca menor de 6. En los deficientes, se acusan valores más bajos, los cuales suben hasta normalizarse con la administración de la vitamina A. Como resulta ser un método de difícil interpretación, no ha sido difundido, y nosotros, particularmente, no lo hemos averiguado.

2º.—Entre éstos, se usan los *distintos métodos calorimétricos*, siendo el más conocido el de Carr y Price, que consiste en determinar la coloración azul característica que *da en sol. clorofórmica con el tricoloruro de antimonio, por el colorímetro de Loviland.*

Los resultados se leen en unidades amarillas y azules que están aproximadamente en la relación de 0,4 a 1. Entre nosotros, el Dr. Agrela Gienza del Servicio del Prof. Scroggie, ha hecho determinaciones en 73 niños y establecido escalas que han variado naturalmente, entre los sanos y los distróficos. Las cifras dadas como normales son de 8,6 unidades amarillas y 1,4 unidades azules, por 10 cms. de suero, equivalente a 0,134 mgls. % de vitamina A en la sangre.

Esta reacción ha servido de base para otros métodos, como el de Claussen y McCoord, el del Prof. Wolf, el de Josephus, etc., siendo el primero el más adecuado para aplicar en el niño, por emplear solamente 2c-cc. de plasma o suero. Sin embargo, estos métodos han sido objeto de muchas observaciones y no han alcanzado la difusión que sus autores desearon.

3º.—Entre los últimos está el que nosotros detallaremos más, por ser el método que hemos estudiado y el que constituye el propósito de este trabajo: nos referimos *al test de queratinización.*

Blackfan y Wolbach, al presentar, en 1933 su completo trabajo sobre el examen anatómo-patológico de 13 niños muertos a consecuencias de carencias del factor A, sugieren como útil el examen de orina, secreciones traqueales y el raspaje de la nariz y de los ojos, para investigar la presencia de células epiteliales cornificadas como un signo de evidencia presuntiva de hipovitaminosis A, especialmente en niños con afecciones crónicas y debilitados.

En fecha posterior Sweet y Káng, al presentar un estudio clínico y anatómico de 203 enfermos con manifestaciones de carencia A y 17 autopsias, dicen en lo referente al diagnóstico precoz de la hipovitaminosis A, que:

1º.—El hallazgo de elementos cornificados en la orina es poco frecuente y su ausencia no permite excluir la existencia de una avitaminosis.

2º.—El examen de la secreción traqueal es difícil y poco seguro, ya que en estos casos, por la misma alteración de la mucosa, ésta tiene escasa secreción y también es difícil asegurar que tales secreciones no hayan sido contaminadas con células cornificadas normales en la cavidad bucal.

3º.—Respecto del raspaje nasal que hacen en 17 enfermos con signos oculares de deficiencia vitamínica A, encuentran en 14 de ellos células cornificadas, deduciendo, entonces, que el método ofrece una oportunidad útil para un diagnóstico precoz. Refiriéndose a priori, al raspaje de la conjuntiva, que no han realizado, concluyen: creemos que este procedimiento ofrece uno de los métodos más seguros para el diagnóstico precoz de la hipovitaminosis A, aún cuando esta afección es tan variada en sus manifestaciones que ningún procedimiento será suficiente para todos los casos.

Por otra parte, Brennemann, en su Tratado de Pediatría, recomienda el método de tinción con el violeta de genciana, y de coloración con alcohol ácido para diferenciar las células queratinizadas de las células normales obtenidas del raspaje de la conjuntiva; no describe la técnica a seguir pero cita, al efecto, a Farber y Sweet quienes, en el American Journal of Disease of Children, del año 1931, recomiendan la tinción de las células queratinizadas con el método de Gram, según técnica de Schmorl.

Nosotros para nuestro estudio, hemos escogido lactantes que, en su mayoría, estaban hospitalizados con el diagnóstico de diatrofia con antecedentes de alimentación inadecuada o deficiente, y, en lo posible, con signos manifiestos de carencia de vitamina A. Algunos habían ingresado por trastornos agudos, pero al examen clínico se comprobaba, además de un escaso desarrollo pondoestatural, un grado de disergia más o menos acentuado.

Al pretender hacer controles del test de queratinización en niños sanos, tropezamos con varias dificultades, haciéndonos desistir, finalmente, la oposición tenaz de sus madres. Sin embargo, pudimos elegir, entre los niños hospitalizados, 7 con caracteres que los acercaban a la normalidad, y aunque algunos de ellos ingresaron con trastornos que pudieron producir mayor consumo de las vitaminas almacenadas en su organismo el tiempo de estado en el Hospital, sometidos a una alimentación normal, acompañado de la administración de vitaminas en forma adecuada, permitió suponer un grado de recuperación suficiente para los fines que se perseguían.

El material utilizado para nuestras investigaciones está constituido por 63 niños que, según las consideraciones clínicas anotadas anteriormente, se estimaron distróficos y 7 niños más que, según estas mismas apreciaciones, se manifestaban clínicamente sanos. En todos estos niños, o sea, en total de 70, se procedió a efectuar el raspaje conjuntival, con la siguiente técnica: se separan los párpados manteniendo el globo ocular en exposición al aire durante 5 minutos, al cabo de los cuales se procede a hacer el raspaje suavemente con el borde de una lanceta esterilizada. Previamente se instilan 2-3 gotas de cocaína al 5%.

El raspado se deposita en un porta-objeto y se extiende hasta hacer un frótis lo más homogéneo posible.

El procedimiento descrito es muy sencillo y es inocuo para el ojo.

Posteriormente, el frótis se tiñe con una solución especial de aceite de anilina y violeta de genciana, que no es del caso detallar como se prepara, durante cinco minutos. Después, sin lavar en agua, se pasa a solución de Lugol clásico por 1 a 2 minutos. En seguida, sin lavar también, se pasa a alcohol absoluto; rápidamente a alcohol-ácido durante 5 a 10 segundos y nuevamente a alcohol absoluto. Por último, se deja secar al aire, se coloca bálsamo y cubre-objeto.

INTERPRETACION

Con este método, las células queratinizadas se presentan teñidas intensamente y sin núcleo. Las células normales pierden el colorante con

el alcohol-ácido y se presentan claras y con su núcleo central visible. Brennemann dice que la deficiencia en vitamina A prede razonablemente ser diagnosticada solamente si se encuentran 1 y 2 células bien teñidas por campo de potencia baja. Sin embargo, como los fróttis que hemos observado presentan diversos grados, ya sea en cuanto a la intensidad con que toman el colorante las células queratinizadas, o al número de ellas, hemos optado por informar casos positivos con 1, 2 ó 3 cruces. (Microfotografías 1, 2 y 3).

RESULTADOS OBTENIDOS

En 63 niños sospechosos de carencia:

Fróttis positivos+ = 26 casos.

Fróttis positivos++ = 21 casos.

Fróttis positivos+++ = 3 casos.

Fróttis negativos — = 13 casos.

En 7 niños, tomados como controles:

Fróttis negativos— 3 casos.

Fróttis positivos+ 4 casos.

En el primer grupo, los resultados demuestran que el 79% aparece con signos precoces de hipovitaminosis A. De este 79%, corresponde un 41% a los débilmente positivos, un 33% a los positivos francos y un 4,7% restante a los intensamente positivos.

En el segundo grupo los 4 fróttis positivos + indican un porcentaje de 57% con signos de carencia latente, que sólo ha sido revelada por el test de queratinización. Clínicamente eran normales.

Para terminar, pasaremos una breve revista a lo encontrado clínicamente en nuestras 70 observaciones, para luego esbozar algunas conclusiones. Conjuntamente daremos el resultado del estudio histopatológico de 22 necropsias, de niños muy enflaquecidos, o francamente caquécticos clasificados como distróficos avanzados o descompuestos mientras vivieron, los cuales nos garantizaban un déficit cierto de vitamina A.

Signos oculares.— La xerósis conjuntival, desecación conjuntival bulbar, acompañada del axudado conocido por "manchas de Bitot", sólo en una ocasión (Obs. 387-45), pudimos verla completa. En varias otras, sólo era positiva la sequedad conjuntival pura. Esto está de acuerdo con lo observado por Pillat y que hace decir a W. Steep: "Debido a que los niños tienen casi todo el día cerrados los ojos, no se desarrolla el cuadro de la xerósis epitelial en la forma antes dicha, con las manchas espumóideas, sino que se presenta el cuadro de la prexerósis y un plegamiento fino, seco y muy característico de toda la conjuntiva bulbar, el cual se forma en unas horas o en unos días. Los síntomas generales están por el contrario, bien desarrollados y serán los dominantes. Particularmente hemos comprobado en varias ocasiones, la prexerósis, en especial dos de sus componentes: la pérdida del brillo y el signo de desecación positivo, pues el otro, la disminución de la sensibilidad, no pudimos establecer nada concreto.

La queratomalacia la observamos en 4 niños, dos de ellos con lesiones bilaterales. (Obs. 83011-44; obs. 85555-44; obs. 86401-44 y obs. 02332), 2 fallecieron a los pocos días de su ingreso, haciéndoseles protocolo de autopsia correspondiente.

Manifestaciones en la piel.— Las modificaciones del color y la sequedad son frecuentes en los niños hospitalizados y las hemos observado en varios casos, pero a nuestro entender no se puede determinar con exactitud la etiología, puesto que otros factores, como ya lo hemos dicho, producen iguales cambios. La queratosis pilar no la observamos clásica sino con aspereza y desecaciones, pues se presenta generalmente después de los 15 años (según Frazier y Hu sólo se presenta el 6% por debajo de los 15 años). En cortes histológicos de piel, hechos en 20 autopsias, dieron por resultado que en todos ellos había hiperqueratosis de grados variables, tanto de las capas más externas de la epidérmis como en los mismos folículos pilosos siendo en 5 casos intensa, en 14 regular intensidad y en 1, ligera.

Manifestaciones en los aparatos respiratorio, digestivo y urinario.— Las alteraciones histológicas descritas de metaplasia y queratinización de los diferentes epitelios, citados por Blackfan y Wolbach, nosotros no los encontramos en cortes practicados en bronquiolos terminales de 14 autopsias y en cortes practicados en páncreas en otras 6 autopsias.

Así pues, considerando que:

1.—La hipovitaminosis A no se presenta aislada sino formando parte de cuadros de carencias múltiples, en los cuales desempeña, seguramente, uno de los papeles más importantes; de ahí el valor de su diagnóstico precoz.

2.— Conociendo la deficiente alimentación del lactante, en los medios pobres, creemos que la hipovitaminosis A debe ser una de las causas más frecuentes de distrofias.

Podemos afirmar:

1.—El test de queratinización es un método fácil, inocuo, y de resultados bastante seguros para investigar los estados de carencia, aun inaparentes.

2.— Los resultados obtenidos demuestran la gran frecuencia de estos estados y la contribución diagnóstica que el test de queratinización aporta influyendo así en la oportunidad de la vitaminoterapia en muchos casos que de otro modo quedarían dudosos.

BIBLIOGRAFIA

NACIONAL. —

1. — AGRELA GIEMZA, E. — "Determinación de la Vitamina A en la sangre humana". Tesis de prueba, 1935.
2. — BAEZA GOÑI, A. — "Un caso de queratomalacia". Arch. Chilenos de Pediatría, N° 1-1923.
3. — MORANDE, S. M. — "Contribución al estudio de la disqueratosis del primer trimestre de la vida". Tesis de prueba, 1944.
4. — SCROGGIE V. A. — "Síndromes policarenciales en la infancia". 1942
5. — SCROGGIE V. A. — "Xeroftalmia y Queratomalacia". Revista Chilena de Pediatría. T. III. 1931.
6. — VALDIVIESO, D. R. — "Terapéutica".
7. — VIDELA R., FRESIA. — "Pelagra en el niño". Tesis de prueba. 1944

EXTRANJERA. —

8. — ARIA VALLEJO, E. — "Clínica de las hipovitaminosis". 1941.
9. — ARIA VALLEJO, E. — "Alimentación y síndromes carenciales". 1943.
10. — BARLARO, P. M. — "Vitaminas".
11. — BRENNEMANN. — "Practice of Pediatrics". T. I. : 32.
12. — CASTELLANOS, A. y BEATO, J. — "Carotinoídes y Vitamina A.". 1941.
13. — CAUSSADE y otros. — "Ocular test of A. hypovitaminosis in Children". The J. A. M. A. 1939.
14. — FARBER, S. and SWEET, L. K. — "Amiotic sac contents in the lungs of infants". Am. J. of Dis. of Child. 1931. 42 : 1372.
15. — JASO, ENRIQUE. — "Las vitaminas en la alimentación del lactante". 1942.
16. — SCHMORL. — "Die pathologisch-histologischen unter su chungsmethoden". 1921, pág. 1995.
17. — SWEET WILHELM. — "Fisiología, patología, terapéutica y política sanitaria de la alimentación. Las vitaminas". 1942.
18. — SWEET, LEWIS K. y H. J. KANG. — "Clinical and anatomic Study of avitaminosis. A. among the chinese". Am. J. of Dis. of Child. Septiembre 1935.
19. — WEECH, A. A. — "Association of Keratomalacia with other deficiency diseases". Am. J. of Dis. Child. Junio 1930.
20. — YOUMAS, JOHN B. — "Deficiencias nutritivas". 1943.
21. — ZIELER, K. — "Tratado y Atlas de las Enfermedades de la piel y venéreas. 1940

Hemorragia Masiva de la Coroides

Dr. O'REILLY

Hospital Clínico de Concepción

J. M. S., de 15 años tiene un dolor violentísimo en su ojo derecho, que ha ido en aumento desde hace cinco días, pérdida completa de la visión de ese lado y ojo rojo.

Examen: OD: Edema palpebral y de las vecindades, inyección ciliar intensa, exoftalmía discreta y conservación de los movimientos, turbidez cornea y ligero aplastamiento de la cámara anterior, iris edematoso, pupila en midriasis media, inmóvil con ectropión pigmentario, cristalino transparente, por detrás de él una masa amarillenta con coágulos sanguíneos en la superficie, ocupa aproximadamente las tres cuartas partes de la cámara vítrea. Visión: luz en la retina nasal perisférica. Tensión: más tres. Ojo izquierdo normal.

Dignóstico: OD: Ojo de gato amaurotico en período hipertensivo. Glioma de la retina.

Comentario: Un glioma a los 15 años es excepcional.

Comienzo brusco.

Tratamiento: OD: Eucleación.

Evolución: Hematoma orbitario. Reabsorción rápida.

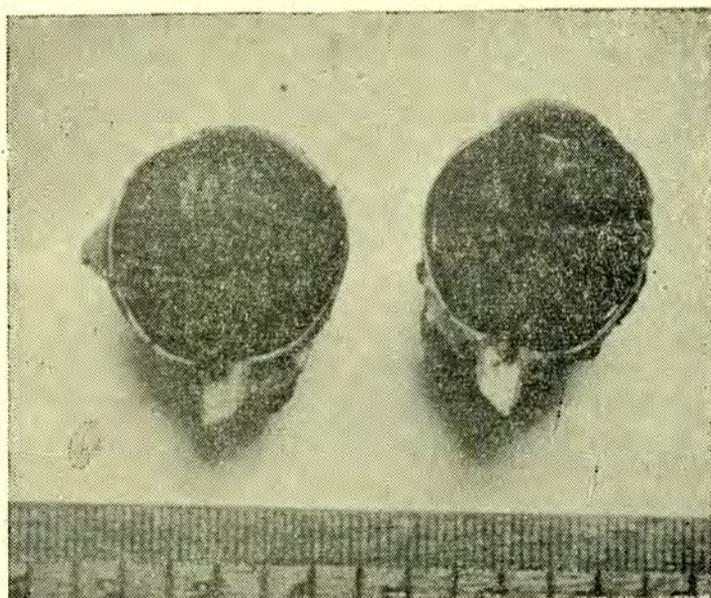
Examen anatómo-patológico: Aspecto externo nada de especial, nervio óptico indemne. Al corte llama la atención la firmeza del cuerpo vítreo, de color negro-verdoso. Por detrás del cristalino la retina desprendida y plegada. Microscópicamente no se encuentra en ninguna parte neoplasma. Marcada hiperemia y al parecer pequeñas hemorragias de la coroides. Diagnóstico: Intensa hemorragia intra-ocular con inundación del cuerpo vítreo y desprendimiento de la retina. En ninguna parte se ven síntomas inflamatorios (Dr. Herzog).

Comentario: Hemorragia masiva de la coroides que simula un glioma de la retina.

Etiología:

Kahn: Negativo.

Uremia: Normal. 0,20.



Aspecto macroscópico. Corte sagital.

Glicemia: Normal. 1, %

Orina: Normal.

Radioscopia Tórax: Normal.

Otorino: Normal.

Dentista: Focos dentarios. Extracción.

Hemograma: Normal. Basof: 0. Eosinof: 1. Juveniles: 0. Bacilif:

5. Segment: 74. Linfo: 19. Monoc. 2.

Tiempo de coagulación: 2,50 minutos.

Tiempo de sangría: 1,40.

Sedimentación: 1ª hora: 7 mm.

2ª hora: 11 mm.

Resorcina: positiva +

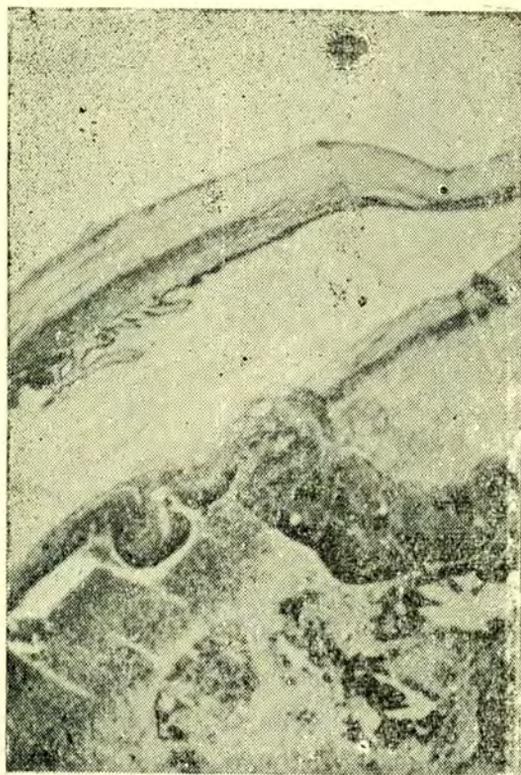
Tuberculina: Mantoux: 1 x 1000 + 24 horas.

Examen médico general: normal.

Examen urológico: negativo.

Comentario: Mantoux 1 x 1000 positivo + a las 24 horas. Resorcina positiva + Presunción de Tbc.

La hemorragia espontánea masiva de la coroides es una afección muy rara. Duke-Elder cita tres casos de otros autores en los que había: ojo estafilomatoso, discrasia sanguínea, y diabetes, respectivamente.



Microfotografía. Retina plegada y rechazada hacia la parte anterior. Hemorragia retroretiniana.

Revista de Revistas

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

1

DIBUTOLINE SULFAT: A NEW MYDRIATIC AND CYCLOPLEGIC DRUG.**KENNETH C. SWAN, M. D., AND NORMAN G. WHITE, M. S.****A. of O. Vol. 33-N. 1-pág. 16.**

El sulfato de dibutolina ha sido sintetizado por los autores, quienes lo consideran como el primer sustituto de la serie activa de la atropina. Produce paresia de los músculos lisos inervados por el parasimpático (esfínter del iris, músculos ciliares), sin actuar sobre la musculatura lisa inervada por el simpático (músculos lisos del párpado, fibras dilatadoras del iris). Su acción puede ser aumentada por la epinefrina y elementos análogos que también estimulan las fibras dilatadoras. Comparada con la homatropina, ambas en solución al 5%, produce igual midriasis, pero la dibutolina es de mayor efecto ciclopléxico. La midriasis y cicloplegia producida por la nueva droga se producen y terminan simultáneamente de tal modo que el tamaño de la pupila y su reactivación dan un índice seguro sobre el grado de cicloplegia que produce. El comienzo de la midriasis y de la parálisis de los músculos ciliares aventaja a la homatropina en 10 a 15 minutos, su efecto dura de 3 a 8 horas. La cicloplegia de la homatropina permanece en su máximo en un período más corto pero desaparece en un tiempo considerablemente más largo y la sensibilidad a la luz también dura más al instilar homatropina. En cuanto a la elevación de la tensión es menos probable que aumente con la dibutolina que con la homatropina. Produce menor acción irritan-

te local (congestión de vasos conjuntivales y epiesclerales) que la homatropina pero instilada en forma repetida en sol. al 5% cada 5 a 10' produce congestión conjuntival y alteraciones punctatas corneales perceptibles sólo al microscopio corneal. Su uso prolongado no ocasiona hipersensibilidad, idiosincrasia, conjuntivitis ni dermatitis, motivos por los cuales puede substituir con éxito a la atropina en enfermedades oculares que necesiten midriasis prolongadas e incluso se estima que tiene una acción antibacterica sinérgica con la de los antisépticos mercuriales. Además facilita la penetración corneal de compuestos sulfamidados.

La acción midriática máxima de la dibotulina y su acción cicloplégica pueden ser mantenidas por dos a cuatro instilaciones diarias y desaparecen totalmente 24 horas después de haber sido suspendida. No se le debe emplear para efectuar exámenes de fondo por su acción cicloplégica pero si para refracciones. No actúa sinérgicamente con la atropina sobre los músculos oculares, pero facilita la penetración corneal de ella y su efectividad. Pacientes relativamente retractorios a la dibotulina parecen responder mejor a la atropina y vice versa. La acción general de la dibotulina es prácticamente nula.

Dr. A. PERALTA.

ISOLATION AND IDENTIFICATION OF THE CAUSATIVE AGENT IN EPIDEMIC KERATOCONJUNCTIVITIS (SUPERFICIAL PUNCTATE KERATITIS) AND HERPETIC KERATOCONJUNCTIVITIS.

ALFRED E. MAUMENEE, GUY S. HAYES, AND THOMAS L. HARTMANN.

American Journal of Ophthalmology-V28— N.o 8 — P. 823
August 1945

Sanders en 1943 identificó el virus específico de las queratoconjuntivitis epidémica, mediante inoculación intracerebral en ratones, denominándolo virus E. K. Estableció su especificidad comprobando su atenuación por el suero de convalescientes y la aparición de anticuerpos específicos. La posibilidad de que fuera una forma aberrante del herpes simple se descarta por los siguientes hechos:

1.— No fué posible neutralizarle con sueros antiherpéticos humanos o de conejo; 2, en el cerebro de los ratones muertos no se encontraron inclusiones; 3, la queratitis no pudo ser producida en los conejos con el agente y 4, el tamaño del virus E. K. es mucho más pequeño que el del herpes (25-50 milicrones respecto a 150).

En un grupo de 31 enfermos, aislaron el virus en 6 casos, uno de ellos semejante al virus de Sanders y los otros del tipo del virus del herpes simple.

Concluyen diciendo. 1, Que el virus del herpes simple puede dar lugar a una queratoconjuntivitis que clínicamente es casi idéntica a la producida por el virus E. K. 2, A pesar de la semejanza en el cuadro clínico y de las reacciones inmunológicas cruzadas de los dos virus se piensa que

son entidades distintas, pero probablemente son muy próximas, del mismo género. 3, Han comprobado experimentalmente y por primera vez, la existencia de cuerpos de inclusión intranuclear y producidos por el virus E. K. 4, El tratamiento del herpes y de la queratoconjuntivitis epidémica con azul de metileno, parece tener algún valor en los primeros estadios de estas enfermedades.

EL VALOR ACTUAL DE LA GONIOSCOPIA

Dr. JORGE MALBRAN

Arch. de Oftalmología de Buenos Aires - T. XX. N.º 10-12 p. 371 — Cct.-Dic. 1945.

El examen del ángulo de la cámara anterior puede y debe ser empleado como método diagnóstico en las más variadas condiciones patológicas del ojo humano, sin que ello signifique que vaya a resolver todos los problemas.

El autor considera en su trabajo:

- 1.—Material de examen.
- 2.—El ángulo camerular normal.
- 3.—La gonioscopia en casos patológicos.

En el primer punto detalla los cristales de contacto de Koeppe, Barkan, Friedman, Goldmann y Allen, como también la iluminación y el microscopio a usar, mostrándose partidario del método de Goldmann, gracias a las ventajas que proporciona la lámpara de hendidura de Haag-Streit.

El ángulo camerular normal, se halla limitado por la pared escleral, la superficie anteromedial del cuerpo ciliar y la raíz del iris. Hace hincapie sobre algunos errores debidos a deficiente conocimiento anatómico o a la gonioscopia monocular con técnica deficiente, como la descripción de los espacios de Fontana, que no existen en el hombre y la descripción de vasos que aparecen sobre el anillo de Schwalbe, como si estuvieran en pleno ángulo, cuando en realidad son ramas recurrentes de los vasos ciliares anteriores que se ven por transparencia del otro lado de la córnea.

Los elementos normales del ángulo a la observación gonioscópica, mirando de la córnea hacia el iris, son los siguientes:

1, Cara posterior de la córnea; 2, Una tenue línea blanca que lo limita y que marca la terminación de la Descemet: el anillo de Schwalbe; 3, Una zona más oscura, que corresponde al trabeculado escleral, por donde pasa el canal de Schlem, en su parte más inferior; 4, Una línea blanca, que corresponde al espolón escleral; 5, Trabeculado uveal, entre cuyas mallas aparece el cuerpo ciliar; y 6, La raíz del iris y después la zona del iris vecina al borde pupilar.

La gonioscopia en casos patológicos, es de gran utilidad en el estudio del glaucoma, de todos los procesos que interesen el ángulo de la cámara anterior (tumores, estados inflamatorios, cuerpos extraños) y como control pre y post-operatorio en muchas intervenciones.

En el glaucoma, la gonioscopia nos permite distinguir con precisión los casos de glaucoma con ángulo amplio de aquellos con ángulo estrecho y la existencia de sinequias u otras alteraciones, comprobaciones que

proporcionan valiosos elementos de juicio para la aplicación de determinadas reglas quirúrgicas.

En los procesos inflamatorios, neoplásicos y traumáticos que afectan el ojo en el ángulo de la cámara anterior se benefician en grado sumo con la observación gonioscópica, que permite su mejor individualización e interpretación.

El control gonioscópico pre y post-operatorio debe ser un procedimiento sistemático en intervenciones que interesen dicho ángulo (catarata, glaucoma, etc.). Permitirá, entonces, desechar la elección de ciertos procedimientos quirúrgicos en beneficio de otros y abre una nueva era en la terapéutica quirúrgica y explica el porqué de ciertos fracasos operatorios, especialmente en el glaucoma.

Es poco apropiado recurrir a la ciclodíalisis en casos de glaucoma de ángulo estrecho si se acepta la génesis mecánica del mismo.

La observación post-operatoria de pacientes sometidos a fistulizaciones por los procedimientos de Lagrange y Elliot, comprueba las grandes probabilidades que existen de herir el cuerpo ciliar o el cristalino, a más de otros graves inconvenientes, lo que lo hace preferir la variante de Holt, por ser la menos peligrosa de todas esas intervenciones.

En la operación de catarata está justificado el examen preoperatorio para evitar la presencia de vasos gruesos que expliquen tal vez los hifemas post-operatorios, así como también es de interés el estudio post-operatorio, para controlar sus resultados.

2

GONORREAL CHOROIDITIS TREATED WITH PENICILLIN. H. KRIEGER.

Archives of Ophthalmology-V. 33-N. 5-pág. 406-May 1945.

La penicilina ha sido usada en 5 nuevos casos de coroiditis en los cuales la causa era probablemente tuberculosa. No hubo mejoría sino en un caso cuyo agente etiológico parecía ser el gonococo, obteniéndose un resultado espectacular.

Esta respuesta puede relacionarse con la reacción específica de otras formas de infección gonocócica a la penicilina.

La penicilina no debe ser usada en el tratamiento de la coroiditis a menos que la lesión sea presumiblemente debida a la gonorrea.

THE TREATMENT OF TRACHOMA WITH SPECIAL REFERENCE TO LOCAL SULFONAMIDE THERAPY SORSBY, ARNOLD

British Journal of Ophthalmology — V. 29 — P. 98 — Feb. 1945

El autor relata una serie de 200 observaciones tratadas en condiciones ideales por su continua observación.

Las sulfonamidas son usadas primero por vía oral y por último en aplicación local. En esta forma, junto con usar otros agentes terapéuti-

cos, el tracoma llega a ser no infeccioso en tres meses y puede ser clínicamente curado en seis meses.

El estadio 1 (tracoma activo, con fornices engrosados y formación de folículos) puede ser convertido en estadio 2 (conjuntiva tarsal engrosada, sin folículos y ligera hinchazón de los fornices) en quince días por la administración de fuertes dosis de sulfapiridina, sulfatiazol o sulfametazina, durante 10 días, junto a la expresión mecánica de los folículos y de los fórnices, repetida si es necesario después de 7 ó 14 días y tocaciones de la superficie conjuntival, inmediatamente después de la expresión con soluciones saturadas de quinina, repitiéndolas diariamente por tres veces, durante 7 a 14 días.

El estadio 3 (de curación) es igual al 2, pero sin engrosamiento de la conjuntiva tarsal, siendo lento el pasaje del estadio 2 al 3.

Durante el estadio 1 el uso del cobre debe ser rigurosamente evitado. En el estadio 3 no hay necesidad de tratamiento, pudiendo usarse pomada de sulfacetamida que ayuda favorablemente.

El pannus disminuye con el tratamiento. El masaje con una varilla lisa de vidrio es un procedimiento útil, especialmente en el estadio 2. La atonina está indicada en las lesiones corneales activas y la impregnación con una solución de sulfacetamida al 30% da buen resultado en las úlceras corneales.

La varilla de cobre es un procedimiento bárbaro que debe ser abandonado, pues en el tratamiento moderno del tracoma el cobre no ocupa ningún lugar, ya que cuando es aplicado sólo provoca daños.

No hay razones teóricas para dudar de la especificidad de las sulfonamidas contra el virus del tracoma.

SULFONAMIDOTERAPIA EN EL TRACOMA

VICTORIA. V. A. Y ARTIGAS M.

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires — V. 18 — P. 155 - 1943

Del estudio de 26 casos de tracoma los autores llegan a las siguientes conclusiones: el uso local de las sulfonamidas está indicado en todos los casos de tracoma, siendo preferible el colirio por la facilidad de su administración. La aplicación local de la droga tiene la misma acción que la administración oral, sin el riesgo de la intolerancia. Pese al valor de este tratamiento no debe considerarse como la única forma de medicación.

7

SOBRE LA UVEO-PAROTIDITIS SUB FEBRIL (SNDROME DE HEERFORDT).

Dres. C. COSTI Y G. MARAÑÓN

Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana — T. V. — N.º 12 — P. 1122 - 1945.

El síndrome de Heerfordt se caracteriza por una uveítis uni o bilateral con parotiditis, al cual se agregan estado subfebril o no, y en ocasiones

parálisis nerviosas, principalmente facial uni o bilateral o bien polineuritis, abolición de reflejos, paresias de los miembros inferiores, parálisis recurrencial, etc., y finalmente el síndrome uveoparotideo puede acompañarse de adenopatías diversas, de orquitis, mastitis, alteraciones pulmonares o cardíacas y diversas lesiones cutáneas.

Respecto a su patogenia se han emitido muchas hipótesis y se ha invocado la tuberculosis, la sífilis, la infección focal, el beri-beri, la difteria, lasseudoleucemias, la alergia tisular específica o no, etc. Los autores creen que se trata de una variedad de una reticulo-endoteliosis protiforme o síndrome de Besnier-Boeck-Schaumann.

Relatan a continuación un caso muy típico.

8

NERVOUS FACTOR IN THE ORIGIN OF SIMPLE GLAUCOMA OTTO LOWENSTEIN AND MARK SCHOENBERG

Archives of Ophthalmology — V. 31 — N.º 5 — P. 384 — May 1944

En todos los casos estudiados de glaucoma primitivo simple se encuentran características constantes del reflejo pupilar a la luz en ambos ojos.

En los estadios iniciales se encuentra una desproporción entre la primera fase de contracción, que está más o menos preservada y las fases secundaria y terciaria, que están disminuídas o ausentes, lo que es debido a una condición central de origen simpático.

En todos los casos de glaucoma simple avanzado y frecuentemente en casos del estadio inicial, se encuentra que la primera fase de contracción es perezosa y es precedida por un simple período de latencia más largo.

En los casos de glaucoma simple unilateral, el ojo no afectado muestra características de glaucoma simple, lo que plantea la presencia de un glaucoma latente, precedido por trastornos pupilares de origen central.

La hipertensión intraocular es sólo un síntoma de un síndrome en el cual la hipertensión ocular es una expresión de una lesión central, aunque no hay certeza si las lesiones del sistema nervioso central tengan un rol importante en la génesis del glaucoma simple, lesiones ya primarias o secundarias a otros factores etiológicos, como trastornos nutritivos o intoxicaciones.

10

CONSIDERACIONES PATOGENICAS Y TERAPEUTICAS SOBRE EL DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA

H. ARRUGA.

II Congreso Panamericano de Oftalmología. — Montevideo 1945.

La retina en el desprendimiento idionático, está muy alterada, con lesiones atróficas y degenerativas, que reducen su espesor hasta un tercio de lo normal, a veces en grandes extensiones.

El factor que determina el desprendimiento es la adherencia de la retina al armazón del vítreo, que con ocasión de sacudidas o movimientos levanta la retina y hay cierto número de casos en que la retina no se desprende, quedando un agujero en ella, que comprende todas las capas retinales. lo que ha observado el autor en más de 40 casos en los últimos 18 años. La retina se desprende si los bordes del agujero hacen ligera prominencia hacia el interior del ojo, con los movimientos del globo, choca contra el vítreo se destruye su armazón y pasa detrás de la retina.

Los procesos inflamatorios intensos de la corioretina no son los que frecuentemente acarrearán el desprendimiento, sino más bien los procesos degenerativos crónicos, debido a la adherencia que se produce en los procesos inflamatorios entre la armazón del vítreo y la corioretina.

Los traumatismos como causa determinante del desprendimiento han perdido importancia: 1.— Porque la retina no se desprende si no está enferma, salvo en los grandes traumas; 2.— Muchas veces no existen antecedentes traumáticos; 3.— Los traumatismos oculares son relativamente escasos, como causa de desprendimiento, más bien se trata de golpes sobre la caja craneal, caídas sobre los talones, estornudos, tos y sobre todo agacharse exageradamente (frecuente en operados de catarata).

Respecto a la patogenia se afianza la idea de los movimientos del ojo como factor que inicia y aumenta el desprendimiento, junto a otros factores capitales, tales como el tamaño de los desgarros (reabsorción lenta del líquido subretinal en desgarros grandes o desinserciones) y la rapidez en desgarrarse la retina (la formación rápida de grandes desgarros indica friabilidad de la retina o extensas adherencias con el vítreo).

El factor tiempo para intervenir se ha ido desestimando en los últimos años, pues es más fácil de curar un desprendimiento de uno o dos meses con desgarró pequeño que otro de pocos días con gran desgarró en igualdad de condiciones de extensión y prominencia. Lo urgente no es la operación sino el reposo y el vendaje.

Otro de los factores que más influyen en la evolución del desprendimiento de la retina y en su curación es el estado de la coroides, del cual nos informa el fondo de ojo y la evolución clínica; así un desprendimiento que se reaplica con el reposo es de buen pronóstico, ya que la coroides está en buenas condiciones para la reabsorción.

En líneas generales la tensión muy disminuída es de mal pronóstico y la buena tensión un signo favorable, lo que depende de la forma como reacciona la coroides.

Si hay grandes desgarros recientes, la tensión suele ser baja ya que por mucho que reabsorba la coroides, no es capaz de absorber todo el vítreo que pasa detrás de la retina y al cabo de algunos meses, aunque continúen los grandes desgarros la tensión sube a lo normal, porque la coroides no reabsorbe más, ya que va atrofiándose. Si los desgarros son pequeños y hay poca tensión, frecuentemente el pronóstico es benigno, pues la coroides al reabsorber el líquido retinal hace bajar la tensión, pero si los desgarros son asimismo pequeños y la tensión se mantiene

alta, al contrario de lo que parece, el pronóstico puede ser menos favorable, pues demuestra la poca capacidad de reabsorción de la coroides. Estas relaciones pueden variar por la irritación del cuerpo ciliar, ya que las ciclitis pueden ir acompañadas de hiper o hipotensión.

Los desprendimientos de retina de más de dos años de antigüedad se acompañan de atrofia completa de la coroides, porque el vítreo actúa como un cuerpo extraño irritando la coroides, lo que acaba por destruirla.

La coroides reacciona también de diferente manera al ataque térmico-quirúrgico, por esto si en los primeros días después de la intervención el ojo no está hiperemiado, el iris se dilata bien y el paciente no tiene ningún dolor el pronóstico es mucho más favorable que si el paciente siente dolores, no se produce midriasis con la atropina y el ojo está hiperemiado, todos ellos síntomas de uveítis.

En conclusión, debe procurarse localizar la acción diatérmica lo más posible.

La repetición de la operación es sólo aconsejable cuando se presentan desgarros a los que no alcanzó la acción diatérmica precedente, dejando pasar por lo menos 20 días, siempre que no haya síntomas de iridociclitis.

En los casos de recidiva en los dos primeros meses después de la operación si no se ven desgarros, o los que se ven radican en la zona sometida a diatermia no es aconsejable operar de nuevo; es preferible el reposo y el vendaje, ya que la acción de la operación puede persistir todavía.

El tratamiento da el máximo porcentaje de éxito si está basado en los siguientes puntos:

1.—Exploración concienzuda de toda la retina, a imagen recta e invertida, con midriasis máxima.

2.—Reposo del paciente con vendaje binocular y si pasados 15 ó 20 días no mejora el estado del ojo puede intentarse la operación, aunque con pronóstico grave, pues es peligroso esperar más tiempo por el compromiso de la visión macular, especialmente en los desprendimientos superoexternos.

3.—Acción diatérmica lo más limitada posible, basada en una buena localización de los desgarros, utilizando poca intensidad al coagular y fulgurando lo menos posible, ya que esto quema los tejidos y deja productos tóxicos que constituyen una causa de irritación para la coroides.

4.—Control oftalmoscópico durante la operación.

5.—Reposo ocular general del paciente, lo más perfecto posible en las primeras semanas después de la operación, en decúbito supino la mayoría de los casos, semisentado en los casos de desinserciones inferiores y en los enfermos viejos.

6.—Tratamiento tónico general, investigando la presencia de causas generales o focales concomitantes de la lesión ocular.

7.—Si sobreviene una recidiva durante las primeras semanas, especialmente al levantarse el enfermo, reanudar el reposo ocular y gene-

ral. Intervenir sólo si se encuentran nuevos desgarros o hay desgarros preexistentes, fuera de la zona sometida a diatermia.

17

DIABETES OCULAR

Dr. A. GARCÍA MIRANDA

Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana.— Tomo V-N. 12-p. 1041.— Diciembre 1945.

Las manifestaciones oculares en la diabetes son múltiples en su localización y características, ocupando el primer plano la retinitis y la catarata.

La frecuencia de las afecciones oculares en la diabetes mellitus es distintamente valorada según los autores. Son más frecuentes en el sexo masculino y aparecen de preferencia en las edades avanzadas de la vida.

Las alteraciones retinianas diabéticas plantean el problema fundamental en la diferenciación de las lesiones meramente diabéticas de las consecutivas a afecciones renales o vasculares intercurrentes. Unos aceptan la retinitis puramente diabética y otros creen que las alteraciones retinianas en la diabetes son consecuencia de la hipertonia y de las alteraciones vasculares, aunque casi todos los autores están de acuerdo en que en la mayoría de las ocasiones el cuadro oftalmoscópico no es sino la repercusión en la retina de un proceso mixto, en el cual se encuentran entremezcladas alteraciones vasculares, hipertensión arterial y alteraciones renales, aparte de los trastornos metabólicos de la diabetes.

Se puede admitir que una diabetes, en un período variable entre uno y cuatro años no suele producir alteraciones retinianas. No existe relación entre la gravedad de la diabetes y la extensión de las alteraciones retinianas, las que se observan tanto en los casos benignos como en las formas graves.

Las manifestaciones oftalmoscópicas diabéticas se clasifican en 4 grupos.

1.—Formas hemorrágicas, caracterizadas por hemorragias puntiformes profundas únicas o múltiples. No hay alteraciones papilares ni exudados. La forma más frecuente parece ser la de puntos hemorrágicos dispuestos en la zona macular o en las proximidades de la papila.

2.— Manifestaciones de retinopatía, a las cuales corresponde la retinitis centralis punctata de Hirschberg.

3.—Retinopatías mixtas, en las cuales a más de los exudados y hemorragias se encuentran signos de arterioesclerosis e hipertensión de los vasos retinianos.

4.—Retinitis proliferantes, con formaciones membranosas y alteraciones vasculares neoformativas, proliferando en el cuerpo vítreo, acompañadas de hemorragias y en los períodos finales de desgarraduras y desprendimientos de retina (formas malignas o hialoretinitis).

El pronóstico de la retinitis diabética, en tanto no aparezcan manifestaciones de hipertensión maligna es relativamente benigno, la supervivencia oscila entre 5 y 10 años. Desde el punto de vista ocular la retinitis es un proceso eminentemente crónico.

En la diabetes los trastornos metabólicos, las alteraciones vasculares y la hipertensión actuando sobre la retina, van a producir una gama de alteraciones que varía desde aquellas formas típicamente diabéticas, tales como la retinitis centralis punctata hasta aquellos tipos de retinopatía mixtas indiferenciables de los debidos a procesos hipertensivos puros o renales. A partir del trastorno metabólico diabético se originan en ocasiones lesiones renales de tipo maligno que afectan a la retina, motivándose cuadros verdaderamente hipertensivos, con edema papilar, que es ajeno al trastorno diabético.

Las afecciones retinianas diabéticas constituyen un difícil problema terapéutico. La insulina al prolongar la vida, favorece la aparición de manifestaciones retinianas, sin que esto signifique sean consecuencias del tratamiento insulínico, ya que la insulina carece de efectos nocivos para la retina y los vasos, si se evitan los descensos bruscos de la glicemia.

El régimen es parte fundamental del tratamiento.

En los casos hemorrágicos muy marcados es aconsejable la proteínoterapia suave y aplicación prudente de calor local. Las manifestaciones arterio-escleróticas y hipertensivas requieren el uso local de pilocarpina para tratar de evitar el glaucoma secundario.

Las afecciones del nervio óptico como la neuritis retrobulbar o la neuritis óptica, son casi exclusivas del sexo masculino y aún no se ha aclarado si son una consecuencia de la alteración metabólica o bien efectos del alcohol y del tabaco o bien su causa es mixta. Se presentan en la edad avanzada, en las diabetes que se acompañan de acidosis, siendo brillante el resultado del tratamiento insulínico. Más rara es la aparición de una atrofia óptica, de origen diabético, arterioesclerótico o de otras intoxicaciones.

En relación con las afecciones del cristalino, en general puede admitirse que toda opacidad cristaliniiana que aparece después de los 50 años, incluso en el diabético no es sino una catarata senil que ha sido precipitada en su desarrollo por la diabetes, aunque existen alteraciones diabéticas cristaliniianas que conservan caracteres clínicos especiales en la edad avanzada, pero son casos muy raros que al cabo de corto período de tiempo pierden sus signos de especificidad.

La catarata diabética del joven se caracteriza por su bilateralidad y asiento subcapsular, apareciendo acentuado el dibujo de las fibras cristaliniianas, tendencia a la impregnación acuosa y opacidades finas, blancas, de forma variable (puntos, copos, masas algodonosas y a veces hay formación de cristales y vacuolas).

La gravedad de la diabetes no tiene influencia en la aparición de la catarata, pero sí su duración. La evolución es rápida, sobre todo en el niño.

Las alteraciones diabéticas del cristalino son susceptibles de regresión mediante tratamiento con régimen e insulina, siempre que la terapéutica sea precoz y existan sólo procesos de inbibición.

La patogenia es desconocida. La operación hace necesario procurar una regulación metabólica, disminuyendo la glucemia y haciendo desaparecer la acidosis.

La diabetes ocasiona a consecuencias de modificaciones del cristalino, trastornos de la refracción, en forma de alteraciones de la visión consecutivas a la rápida aparición de una miopía o hipermetropía. En términos generales la miopía es característica de las diabetes insuficientemente tratadas en tanto que la hipermetropía se manifiesta en el curso del tratamiento. La explicación de estos procesos es teórica, aunque los hechos clínicos parecen confirmar la idea de Granström, quien cree que el cristalino debido a la retención salina por la eliminación de grandes cantidades de agua, daría lugar a una elevación del índice de refracción del cristalino y por tanto a una miopía en tanto que la absorción de agua ocasionaría la hipermetropía por un descenso de dicho índice.

La diabetes influye sobre la tensión ocular, así en el coma diabético se produce una hipotonía muy acentuada del globo ocular (signo de Krause-Heine) que desaparece una vez que la insulina regulariza el cuadro. El glaucoma primitivo se presenta en el diabético a una edad más temprana que en el individuo normal y se caracteriza por su malignidad, siguiendo su curso progresivo a pesar de la normalización de la glucemia. En el diabético son frecuentes las cifras bajas de tensión ocular. La insulina al regularizar los trastornos metabólicos y producir un cambio rápido en el recambio líquido tisular da lugar a la aparición de manifestaciones glaucomatosas en aquellos ojos predispuestos al glaucoma, sin que esto quiera decir que ella los origina.

La iritis diabética no parecer tener un signo característico; es rara y con toda probabilidad es consecutiva a procesos infecciosos metastásicos debido a la disminución de resistencia para las infecciones que tienen los diabéticos.

Una alteración diabética típica del iris está constituida por una degeneración especial de la capa epitelial del iris (consistente en edema de las dos capas epiteliales de la cara posterior del iris, que pueden dar lugar a la formación de vesículas y formaciones quísticas como también a necrosis de las células y a diseminación de pigmento. Estos procesos se acompañan de infiltración del glicógeno del epitelio pigmentario.

La rubeosis del iris (Salus) es un cuadro característico constituido por una proliferación vascular dispuesta en la superficie anterior del iris (zona del esfínter y ángulo de la cámara anterior) de carácter no inflamatorio y acompañada de glaucoma. Se acompaña casi siempre de hipertensión arterial y lesiones renales. Su origen principal es vascular y trae un glaucoma consecutivo muy maligno, que no cede a los mióticos ni a las intervenciones (sólo hay un caso de éxito de Carreras usando diatermo punción del cuerpo ciliar). El pronóstico es sombrío, la muerte sobreviene en un período nunca superior a dos años,

Es frecuente en los diabéticos sometidos a la acción de la insulina la existencia de una miosis debida a la acción tónica que tiene este cuerpo sobre el esfínter pupilar. Se observa también rigidez pupilar, unido a resistencia a la acción de los midriáticos, lo que se atribuye a una impregnación del epitelio pigmentario por el glucógeno y en ocasiones se llegaría a la producción de una paresia del reflejo luminoso, que puede tomarse erróneamente por un Argyll-Robertson.

Las parálisis oculares diabéticas son raras, la más frecuente es la del VI par, pero hay también numerosos casos de lesión del motor ocular común, casi siempre parciales, pero bilaterales.

Se describe en la diabetes una tendencia a padecer frecuentes orzuelos, meibonitis, blefaritis, etc., y otras alteraciones como la dilatación del asa vascular arteriovenosa del limbo esclerocorneal un tipo especial de distrofia epitelial, pigmentación de la superficie posterior corneal (Kraupa), etc.

La diabetes es la consecuencia de un predominio de los factores diabetógenos, procedentes de la hipófisis, tiroides y suprarrenales, sobre los antidiabetógenos. Se trata de un trastorno de un complejo sistema de regulación, siendo de la mayor importancia el precisar si el proceso es consecuencia del predominio de unos o de un fracaso de los otros o ya de ambos mecanismos.

El Tracoma en Chile

Contribución oficial de la Sociedad Chilena de Oftalmología al Comité de Tracoma del II Congreso Pan-Americano de Oftalmología.

Dr. RENE CONTARDO

Las estadísticas en que se basa este trabajo han sido obtenidas en la Dirección General de Beneficencia, que controla todos los hospitales del país, la Dirección General de Sanidad, de quien dependen los servicios antitracomatosos existentes en Chile, y de la consulta privada de los oculistas de las diversas provincias; ello equivale prácticamente a tener el control de la totalidad de los casos que pueden presentarse en cada provincia.

Pese a ello, es tarea difícil hacer una estadística completa y exacta de esta afección, por el hecho de ser varios los organismos asistenciales que controlan a estos enfermos, pues a los ya citados anteriormente hay que agregar la Caja de Seguro Obligatorio, que atiende a los trabajadores y obreros de todo el país, pero éstos en totalidad son también atendidos por Sanidad o Beneficencia, por lo que sus estadísticas no han sido tomadas en cuenta, ya que se habrían repetido los casos y falseado la nuestra.

Por otra parte, la falta de medios adecuados para luchar contra el tracoma, tanto en lo que se refiere a personal como a medios económicos en la Zona Sur donde esta enfermedad constituye un problema, hace posible que cierto número de casos quede fuera de nuestro control estadístico. Sin embargo, las cifras que expondremos a continuación, pese a todas estas dificultades, corresponden a la realidad o están muy cerca de ella.

La república de Chile se divide en 4 zonas: Norte, Central, Sur y Austral.

La *Zona Norte* comprende desde el paralelo 17 al 32, el clima es subtropical y comprende 4 provincias:

Tarapacá	...	104.097 habitantes	}	579.165
Antofagasta	...	145.147 "		
Atacama	...	84.312 "		
Coquimbo	...	245.609 "		

Desde 1935 a 1942 se han presentado los siguientes casos de tracoma:

Tarapacá	...	8 casos	}	31
Antofagasta	...	12 "		
Atacama	...	10 "		
Coquimbo	...	1 "		

No constituye el tracoma un problema en la *Zona Norte*, ya que para un total de 579.165 habitantes, en 8 años sólo se han presentado 31 casos, muchos de ellos que han sido importados al país por extranjeros por el puerto de Antofagasta.

La *Zona Central* se divide en Norte y Sur. La *Zona Central Norte* comprende desde el paralelo 32 hasta el 35-36. El clima es templado seco, pero más o menos lluvioso a medida que se avanza hacia el Sur. Comprende 7 provincias, incluyendo la capital de la República, a saber:

Aconcagua	...	118.049 habitantes	}	2.381.490
Valparaíso	...	425.065 "		
Santiago	...	1.261.717 "		
O'Higgins	...	200.297 "		
Colchagua	...	138.036 "		
Curicó	...	81.185 "		
Talca	...	157.141 "		

En la *Zona Central Norte* con un total de 2.381.490 habitantes se han presentado desde 1935 a 1942, 184 casos de tracoma distribuidos así:

Aconcagua	...	1 caso
Valparaíso	...	79 casos
Santiago	...	98 "
O'Higgins	...	1 caso
Colchagua	...	0 "
Curicó	...	1 "
Talca	...	4 casos

Valparaíso, por ser el principal puerto de la República y al cual llegan la mayoría de los extranjeros que entran al país, tiene un porcentaje mayor, como también Santiago, capital de Chile, que, pese a tener la mayor población del país, presenta en relación escasos casos de tracoma y los que se ven en los diversos servicios son enfermos de las provincias que acuden a la capital por ser ésta

una zona de atracción médica o bien extranjeros, generalmente sirio-palestinos, en quienes el tracoma adquiere caracteres de gravedad.

La Zona Central Sur comprende desde el paralelo 34-35 hasta el 38-39. Su clima es templado lluvioso y comprende 7 provincias:

Maule	70.497 habitantes	}	1.104.484
Linares	...	...	134.968 "
Ñuble	...	...	243.185 "
Concepción	...	...	308.241 "
Arauco	...	...	66.107 "
Bío-Bío	...	...	127.312 "
Malleco	...	...	154.174 "

En esta zona con un total de 1.104.484 habitantes se han presentado 46 casos de tracoma distribuidos así:

Maule	...	...	0 casos
Linares	...	...	3 "
Ñuble	...	...	17 "
Concepción	...	...	10 "
Arauco	...	...	0 "
Bío-Bío	...	...	3 "
Malleco	...	...	13 "

La Zona Central con 3.485.974 habitantes ha presentado 230 casos de tracoma en 8 años. No constituye pues, un problema el tracoma en esta zona, ya que un gran porcentaje de los casos son extranjeros o gente de las provincias de la Zona Sur.

La Zona Sur comprende desde el paralelo 38-39 hasta el 44 y es donde el tracoma adquiere caracteres de gravedad. En esta zona aumentan las lluvias y comprende cinco provincias:

Cautín	374.659 habitantes	}	892.573
Valdivia	...	...	191.642 "
Osorno	...	...	107.341 "
Llanquihue	...	...	117.225 "
Chiloé	...	...	101.706 "

En la provincia de Cautín se han registrado 1.075 casos de tracoma o sea que existe un porcentaje de 2,86 por mil. No hay personal del Estado que controle la diseminación y el tratamiento del tracoma, los casos que existen son controlados por el oftalmólogo de la provincia y por su intermedio por la Caja de Seguro Obligatorio y la Beneficencia.

En la provincia de Valdivia se han registrado 174 casos de tracoma o sea que existe un porcentaje de 0,90 por mil. Tampoco existen servicios que controlen la diseminación y el tratamiento del tracoma por intermedio del Estado; su control se hace por el oculista de la provincia y por su intermedio por la Caja de Seguro Obligatorio y la Beneficencia.

En la provincia de Osorno, desde el año 1935 al 42 se han registrado 378 casos de tracoma, o sea que hay un porcentaje de 3,52 por mil. Existe un policlínico anti-



Una parte de los Congresales asistentes a la Sesión Inaugural, al abandonar el Palacio Legislativo.

II Congreso Pan-Americano de Oftalmología

Reunido en Montivideo bajo el alto patrocinio del Gobierno del Uruguay (decreto del 9 de Mayo de 1945), en el Hotel Miramar de Carrasco, desde el 26 de Noviembre al 1.º de Diciembre de 1945.

Reunido en Montevideo, bajo el alto patrocinio del Gobierno del Uruguay (decreto del 9 de Mayo de 1945), en el Hotel Miramar de Carrasco, desde el 26 de Noviembre al 1.º de Diciembre de 1945.

La sesión inaugural fué celebrada el 26 de Noviembre a las 10 horas en el recinto de la Cámara de Representantes, en el Palacio Legislativo, con asistencia del señor Presidente de la República, Dr. D. Juan José Amezaga, del señor Vicepresidente, Dr. D. Alberto Guani, del señor presidente de la Cámara de Representantes, D. Luis Batlle Berres, del señor Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social, Dr. D. Daniel Castellanos, del señor Ministro de Salud Pública, D. Francisco Forteza, del señor Ministro de Industrias y Trabajo, Dr. D. Rafael Schiaffino, del señor Ministro de Defensa Nacional, General de División D. Alfredo R. Campos, del señor Ministro de Obras Públicas, D. Tomás Berreta, de los señores Embajadores y Ministros de los países americanos, del señor Intendente de Montevideo, ingeniero D. Juan P. Fabini y autoridades nacionales, municipales y universitarias.

Habló en primer término, en nombre del Gobierno uruguayo, el señor Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social, Dr. D. Daniel Castellanos; en seguida fué leído en inglés y castellano por el Dr. Moacyr E. Alvaro, el discurso del Presidente del Comité Permanente del Congreso Panamericano de Oftalmología Dr. Harry S. Gradle; a continuación el presidente del II Congreso Pan-Americano de Oftalmología, Prof. Dr. Alberto Vásquez Barriére; luego el Dr. Conrad Berens, en representación de los congresales de habla inglesa, y el Prof. Dr. J. Pereira Gomes, en representación de los congresales de habla portuguesa; y por último el Prof. Dr. Cristóbal Espíldora Luque, en representación de los congresales de habla castellana.

DISCURSO DEL SR. MINISTRO DE INSTRUCCION PUBLICA
Y PREVISION SOCIAL, DR. D. DANIEL CASTELLANOS, EN
NOMBRE DEL GOBIERNO DEL URUGUAY

Señor Presidente de la República.
Señor Vicepresidente,

Señor Presidente de la Cámara de Representantes,
 Señores Ministros, Secretarios de Estado y altas autoridades,
 Señores Miembros del Cuerpo Diplomático,
 Señores Delegados,
 Señoras, señores:

El primer Congreso Oftalmológico de Cleveland tomó la decisión —muy honrosa para nosotros— de que su segunda reunión se celebrase en el Uruguay, y es así como hoy, eminentes nombres de ciencia se han dado cita en nuestra Capital, para ofrecernos el valioso aporte de su saber.

Están aquí presentes —y yo cumplo con el grato deber de darles la más cordial bienvenida en nombre del Gobierno de la República— delegados oficiales de la Argentina, de Bolivia, de Brasil, de Colombia, de Costa Rica, de Cuba, de Chile, de la República Dominicana, de Ecuador, de Estados Unidos de América, de Guatemala, de Méjico, de Nicaragua, de Paraguay, de Perú y de Venezuela.

Todos ellos son para nosotros, como el pensamiento vivo de nuestro Continente en la disciplina en que se especializaron.

Con ese afán que amengua distancias, se reúnen hoy en este Congreso —el primero de su especialidad que se realiza en nuestra América Latina— tan preclaras personalidades, con el noble propósito de someter a examen y debate, no sólo el resultado de sus investigaciones y experiencias, sino la orientación de sus esfuerzos en el campo de la oftalmología social.

Cada día más, la Medicina, en múltiples ramas se ve atraída a la órbita de los problemas sociales, y es en este aspecto tal vez que le están reservadas sus más altas funciones rectoras.

Tanto en la previsión y prevención de los accidentes de esas enfermedades que disminuyen la capacidad misma del individuo, como en aquellas más graves aún, que dan por resultado raleas las filas del acervo humano por inhabilitación total de un porcentaje de sus componentes útiles.

En una de sus odas inmortales, Píndaro nos presenta a Quirón, enseñando a Esculapio “el arte de curar con mano leve”.

Y añade, que los que acudían al Centauro sabio eran curados, “ya con dulces encantamientos, ya mediante pocimas o bálsamos aplicados a sus miembros o —en fin— por medio de incisiones”...

¡He aquí resumido diáfano el repertorio místico de la cura, que —si bien se analiza— constituye una prefiguración del método sugestivo, de la medicina vulgar y de la cirugía!

Pero ese triple camino terapéutico se refiere siempre a la cura del hombre como simple individualidad.

Ni abarca otra proyección ni sigue otra trayectoria.

De él está ausente el concepto social.

Y sin embargo, éste es en la ciencia moderna el más importante ángulo de mira.

Ese concepto social supone un inmenso ensanche que marca nuevas áreas posibles donde ejercer una acción conjunta de franco matiz cooperador, en que el hombre de ciencia actúa sin reparar en límites ni fronteras.

¡Con un sentido más alto y exacto de valoración, en cuanto al capital humano, con un sentido que yo me animaría a decir que es de neto perfil democrático, se busca extender la protección de todos en beneficio de todos, mediante entendimientos basados en la uniformidad de criterios científicos y en la uniformidad también de los medios de acción, todo ello, con el respaldo de los acuerdos internacionales!

Específicamente, la zona de la oftalmología social, abarca amplios sectores. No es por cierto, el menos importante, aquel que tiene por finalidad la prevención de la ceguera, ese terrible mal que pone a quien lo hiere bajo el signo ineluctable de la desventura.

En lo que concierne al Uruguay he de decir que no ha permanecido indiferente ni ocioso.

Desde hace muchos años sus autoridades sanitarias sienten la más viva preocupación por cada problema y trabajan en ellos con ahinco.

Poseemos un cuerpo legislativo muy nutrido, que abarca, desde las disposiciones preventivas sobre enfermedades oculares y accidentes del trabajo, hasta aquellos sobre higiene industrial.

Asimismo, se han creado organismos de lucha contra enfermedades o vicios capaces de llevar a la pérdida de la visión.

En este particular, desarrolla una proficua labor, el Centro de Lucha contra el Tracoma. También desde 1935, funciona con éxito innegable, el Centro de Profilaxis de la Ceguera.

Señores:

Yo tengo la certeza de que este Congreso ha de ser fecundo para el progreso de la ciencia.

La presencia de las personalidades científicas que aquí nos honran, basta para afirmar que el éxito ha correspondido ampliamente a la esperanza de sus organizadores.

El Gobierno de la República, siente viva satisfacción al ver que el Uruguay se constituye en sede de tan importante asamblea, y saluda en los representantes de cada uno de los países que concurren, a los mensajeros de esa fraternidad que —más hondamente que otras— sabe establecer la unidad en el pensamiento y la comunidad en la acción, desinteresada y altruista.

En nombre del Poder Ejecutivo, declaro inaugurado el II Congreso Pan-Americano de Oftalmología.

DISCURSO DEL PRESIDENTE DEL COMITE PERMANENTE, DR. HARRY S. GRADLE

Esta, la segunda reunión del Congreso Panamericano de Oftalmología, marca una era importante en la historia de la oftalmología de las Américas. Fué pospuesta por dos años consecutivos, no solamente por las condiciones precarias de traslado impuestas por la guerra, sino por los "handicaps" que sobre la ciencia produjo la brutalidad desencadenada. Pero podemos ahora reunirnos con tranquilidad y paz, para describir y discutir la mejor manera por la cual, nosotros los oftalmólogos del hemisferio oeste, podemos ayudar al pueblo. Es solamente por este propósito que existe el Congreso Panamericano de Oftalmología.

hemisferio oeste, podemos ayudar al pueblo. Es solamente por este propósito que existe el Congreso Panamericano de Oftalmología.

Pero un "forum" de este carácter debe ser más que un simple lugar de reunión para el intercambio de ideas científicas. Para que tenga un valor real para todos sus miembros, tiene que haber efectos constructivos que tiendan hacia el avance de la oftalmología en todas partes del mundo donde habitan los miembros del Congreso Panamericano de Oftalmología. La fase constructiva de la Sociedad, no puede ser confinada a las reuniones solamente, pues debe vivir con sus miembros día a día. Debe ser una potencia, una fuerza, cuyo solo objeto será el adelanto de la ciencia oftalmológica, y hacia la cual todos y cada uno de sus miembros, debe poder acudir si es necesario. Nosotros los "Officers" del Congreso Panamericano de Oftalmología, tratamos de aportar esa fuerza por la Oftalmología Iberoamericana, por el Kellogg-Pan-American Fellowships in Ophthalmology, y por el trabajo de sus varios comités, cuyos informes van ustedes a oír en estos días.

Por experiencia práctica en los Estados Unidos de Norteamérica y Brasil, se sabe que el factor más reponderante en la elevación de los standards de la oftalmología, es la existencia de una Comisión para definir tales standards y para el examen voluntario de los hombres que deseen ser reconocidos como miembros calificados de Oftalmología, dedicados a la elevación de los standards de training y práctica en Oftalmología. A tal fin, propongo la fundación del Consejo Sudamericano de Oftalmología, dedicado a elevar, estandarizar y al entrenamiento de la práctica de la Oftalmología. Tal Comisión debería ser, naturalmente, una institución independiente, originada por los educadores en Oftalmología y sostenida por todas las Sociedades locales y nacionales de Oftalmología. Cada país debería estar representado por representantes elegidos en la proporción de 1 por cada 100 oftalmólogos. La Comisión debería reunirse una vez por año y determinar cuáles de los aspirantes de todas las regiones, pueden ser seleccionados para el examen.

El examen debe ser resuelto de inmediato y al regreso será tomado por el representante electo, acompañado por tantos oculistas como lo crea necesario.

Únicamente los candidatos aprobados por el Comité General, son elegibles para el examen. Una vez aprobado el examen, se debería extender un certificado, el cual eventualmente debería ser requerido para cualquier designación hospitalaria o universitaria.

Es uno de los más grandes pesares de mi vida, el no poder estar personalmente con ustedes en esta reunión, pero mis pensamientos y mis esperanzas estarán con ustedes constantemente. Que sus trabajos sean de valor e interés y que sus frutos traigan aparejados el adelanto en los conocimientos de la Oftalmología mundial, son mis deseos.

DISCURSO DEL PRESIDENTE DEL II CONGRESO
PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA
PROF. DR. ALBERTO VASQUEZ BARRIERE

Señor Presidente de la República,
Señor Vicepresidente,

Señor Presidente de la Cámara de Representantes,
Señores Ministros del Poder Ejecutivo,
Señores Embajadores y Ministros de los países amigos,
Señores Delegados y Congresales,
Señoras y señores:

El señor Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social, que nos ha honrado abriendo este acto inaugural, ha expresado en frases galanas y elocuentes la complacencia del Gobierno del Uruguay al prestigiar con su alto patrocinio esta asamblea de hombres de ciencia, que de todos los ámbitos del Continente americano se dan cita en nuestro solar nativo, el que, siempre hidalgo y acogedor les brinda, junto con su cordial bienvenida, la expresión de su íntima gratitud.

Quiero que mis primeras palabras sean de agradecimiento al señor Presidente de la República y a los señores Ministros del Poder Ejecutivo, que han propiciado esta reunión, y nos han querido honrar con su presencia en este acto. Todos ellos son universitarios de la más pura cepa, y como tales, inspirados en el más alto de los ideales humanos: el de la fraternización de todos los pueblos, de todas las razas, de todos los hombres, en la suprema aspiración de una humanidad pacífica y feliz, dedicada al estudio y al trabajo, al amparo de la libertad. De la libertad de pensamiento y de expresión, consagrada por la constitución republicana y democrática de todos los pueblos de nuestra libre América.

Empieza apenas el mundo a querer reponerse de la terrible catástrofe que, como pesadilla de horror todavía oprime nuestro espíritu; aun no se ha acallado el estrépito de las armas que aniquilaron el último baluarte de la barbarie medioeval en su pretensión insensata de anular los altos valores morales atesorados por veinte siglos de Cristianismo. Y he aquí que la joven y pujante América, apenas depuestas las armas victoriosas, se apresura a recoger la antorcha caída de las manos trémulas del Viejo Mundo, para continuar iluminando el camino a la humanidad: el camino de la conquista de la verdad científica, por el estudio paciente, por la investigación desinteresada y silenciosa, por la meditación desapasionada y serena.

Tal es el significado simbólico de este acto, en el que, por primera vez en suelo latinoamericano, con gesto fraterno y además cordial, se reúnen los hombres de ciencia, los investigadores, que en las tres Américas cultivan una de las finas y complejas ramas de la Medicina: la Oftalmología.

El objeto de su estudio es una de las más asombrosas maravillas que la observación de la vida ofrece a la curiosidad del sabio: el ojo y la visión.

Nada hay en la inteligencia, decía la antigua filosofía griega, que no haya entrado por los sentidos. Podría casi haber dicho que el intelecto se nutre por los ojos; que de ellos recibe la materia prima del pensamiento.

¿Nos es posible acaso imaginarnos cuál sería nuestra concepción del universo, cuál nuestro concepto filosófico del mundo y de la vida, si nuestro organismo no dispusiera de esa tenue capa de células sensibles a una ínfima fracción de la energía radiante que llamamos luz? ¿Habría-

mos llegado de algún modo a sospechar que sobre nuestras cabezas se extiende la bóveda inmensa del firmamento donde millones de mundos trazan sus sabias curvas siderales?

Ni siquiera somos capaces de concebir el abismo a cuyo borde se detendría nuestra imaginación, y en cuyas profundidades naufragaría nuestra mente.

Desde que en el hombre se despertó la curiosidad por observar su propio cuerno, esbozándose los primeros albores de la Ciencia Médica, la misteriosa llama de vida que fluye del ojo humano, cautivó su atención, lo llenó de sorpresa, y hasta de temor. ¿No se materializa en la expresión de la mirada el echo asombroso de la vida animando a la materia, del espíritu asomando de su cárcel corpórea por los diáfanos ventanales de los ojos?

¿No irradia en su fulgor la chispa del genio, la energía de la voluntad, la penetración del pensamiento?

En los más antiguos documentos escritos que conoce la Historia, en los jeroglíficos y papiros egipcios, la imagen del ojo humano figura al lado de los más sagrados atributos de la religión egipcia. El Sol y la Luna son los dos ojos de Dios velando sobre el Mundo: el derecho es el Sol, que vela de día amenazado por los espíritus malignos de las nubes; el izquierdo es la Luna, que vela de noche envuelta en la conspiración de las sombras, que cada mes la secuestran, sin vencerla. Y las viejas estampas nos muestran al Faraon ofertando a Horus, con el gesto hierático de sus brazos extendidos, un par de ojos, como símbolo de que la Luz de Dios brillará eternamente sobre el Mundo.

Y encargados de su cuidado, una casta de sacerdotes médicos, los primitivos oftalmólogos, cuyas figuras perduran en las columnas milenarias de los templos, rodeados de imágenes de ojos, de potes de ungüentos, de primitivos instrumentos quirúrgicos. Y he aquí como el rancio abolengo de la Oftalmología, consagra su nobleza en los papiros, los más viejos pergaminos de la Heráldica.

Saltando sobre treinta siglos de la historia de nuestra ciencia, lleguemos a nuestra América.

Fué hace tres siglos, en 1638, y en suelo brasileño, en Recife, donde el sabio médico del conde de Nassau, Wilhelm Pies, realizó las primeras observaciones oftalmológicas en el Nuevo Continente, consignándolas en su libro, escrito en latín "De Medicina brasiliensis" en el que dedica algunos capítulos a describir ciertas enfermedades de los ojos, con la misma precisión que muchos tratados modernos. Es asombroso como relaciona la ceguera nocturna de los soldados y la plebe miserable, con la mala alimentación, tratándola por la ingestión de hígados de peces. No hemos avanzado mucho hoy, diciendo que es una avitaminosis.

En aquellos tiempos, como dice Herminio Conde en un interesante bosquejo histórico, la capital pernambucana en poder de Holanda era un gran centro de cultura, superior en importancia a las pequeñas aldeas de puritanos que en la América del Norte, fueron la cuna de las estuendas metrópolis actuales.

Entre las contribuciones efectivas que nuestra América aportó al progreso de la Oftalmología, citaremos en primera línea la de un hombre de genio que no fué oftalmólogo, ni siquiera médico, pero que se in-

teresó por todas las ramas del saber humano dejando en ellas la huella de su talento enciclopédico. Me refiero a Benjamín Franklin que allá por 1770, inventó para su propio uso los lentes bifocales.

La operación del Estrabismo, practicada por primera vez en Europa por Dieffenbach en 1839, parece que lo fué 20 años antes en América, por William Gibson, de Pennsylvania; y que Ingell, de Boston, fué su precursor, demostrando que la sección de un músculo del ojo, desvía a éste en sentido contrario.

El llamado "músculo de Horner" en el ángulo interno del ojo, fué descubierto por un americano, William Horner, de Filadelfia, en 1824.

La transmisión hereditaria del daltonismo, fué descrita por Earle en 1845, en su propia familia.

Aunque no directamente vinculada a la Oftalmología, la anestesia general por el éter, fué obra de un dentista americano, Green Morton, de Boston, en 1846; y las primeras operaciones oftálmicas practicadas con ello, lo fueron por Warren en el Massachusetts General Hospital, en el mismo año.

El estudio de los desequilibrios del aparato motor de los ojos, fué iniciado por los norteamericanos, y la clasificación y terminología actual de las heteroforias es obra de Stevens, continuada por Savage, Howe, Duane, Edward Jackson y otros.

La Aniseikonia, como causa de "eye strain", es la última conquista de la Oftalmología norteamericana.

Si de la gran democracia del norte volvemos a nuestros lares latinos, surge imponente la figura del maestro Lagleyze, el fundador de la actual escuela argentina, que es el mejor monumento a su memoria. En 1883 fundó la primera Revista Oftalmológica de Sudamérica, y en 1889 sucedió en la cátedra a su maestro el Dr. Cleto Aguirre.

Su obra sobre Estrabismo es clásica, habiendo descrito una variedad especial que lleva su nombre. Su operación de acortamiento muscular con plegamiento ha perdurado en la práctica; lo mismo que su ingeniosa operación de Entropion.

Describió y figuró la Angiomatosis retineana en 1883, veinte años antes que von Hippel, cuyo nombre lleva en la literatura europea.

Al evocar la ilustre figura de Lagleyze, cumplo con un acto de justicia recordando los nombres de los doctores Teodoro Alvarez, Pedro Roberts, Cleto Aguirre y Otto Wernicke, fundador del Hospital Santa Lucía, escenario hoy de una brillante escuela.

En el Brasil, la Oftalmología inició sus progresos de muy antigua data, cuando en 1856 se instaló en Río de Janeiro, el Dr. Carron du Villard, oculista italiano, graduado en Turín y discípulo de Scarpa. Fundó la cátedra de la Universidad de Río, dejando una brillante pléyade de discípulos: Gama Lobo, Moura Brasil, Hilario de Gouvea, Guedes de Mello, Correa, Bittencourt, etc., que desde 1888 dejaron en la Revista Brasileña de Oftalmología, las huellas de su labor.

Ellos llevaron a las clínicas europeas el tratamiento brasileño del pannus tracomatoso por el jequerity, divulgado en Europa por de Wecker.

En los tiempos modernos se destaca con singular relieve por el impulso que dió a la Oftalmología brasileña desde la cátedra de Río, el

profesor José Antonio de Abreu Fialho, de sobresaliente actuación científica, literaria y social.

A un sabio brasileño corresponde el mérito de haber descubierto el germen y modo de propagación de una enfermedad que suele tener sus primeras manifestaciones en la región ocular: la enfermedad de Chagas, llamada así por el nombre del ilustre sabio Dr. Carlos Chagas.

En Chile, después de los nombres ilustres de los doctores Cienfuegos y Manuel Barrenechea, llena por más de veinte años el escenario de la Oftalmología chilena, el nombre del profesor Carlos Charlín, cuya reciente pérdida todos lamentamos profundamente, no sólo por lo que ella significa para la Ciencia, sino por las excepcionales dotes morales que adornaban su atrayente y noble personalidad. Fué el fundador de la escuela que ha dado renombre a la Clínica del Salvador. Describió el llamado "síndrome del nervio nasal" que ha sido caracterizado con su nombre; insistió en múltiples trabajos sobre la importancia del estado general en las afecciones internas del ojo; se interesó profundamente por el problema de la tuberculosis ocular, emitiendo ideas propias y originales.

La Oftalmología en Cuba, tiene también una larga y honrosa tradición: antes de su viaje al Brasil, Carron du Villard permaneció en la isla durante los años 1850 y 51, dejando en pos de sí discípulos entusiastas.

La Calle, discípulo de Desmarres, fué el primero en traer a América el oftalmoscopio que poco años antes inventara Helmholtz, y sobre el cual escribió su tesis de París. La ilustre familia de los Finlay, se inicia con el doctor Eduardo Finlay en 1831. Su hijo fué el gran sabio Dr. Carlos J. Finlay que también ejerció la Oftalmología, pero cuyo gran título a la inmortalidad fué su descubrimiento del modo de transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito, que hizo posible su profilaxis, salvando millones de vidas. El nieto fué el profesor Carlos E. Finlay, primer titular de la cátedra en La Habana.

De relieve singular fueron también las figuras de los doctores Juan Santos Fernández, Enrique López, y Francisco M. Fernández, de vasta y destacada actuación, como fundadores de revistas oftalmológicas y cultores de la investigación.

A México le cabe el honor de haber sido la cuna de la primera Sociedad de Oftalmología en la América hispana, fundada por los doctores Uribe Troncoso y Vélez en 1893; y de haber sido también la primera nación latinoamericana que formó una Asociación para la Prevención de la Ceguera, por iniciativa de los doctores Izquierdo y Terres, en el año 1917.

Si no temiéramos abusar de la bondad de tan distinguido auditorio podríamos citar infinidad de hombres de ciencia meritorios y modestos que en nuestro Continente han descollado por su brillante labor científica.

Hemos llegado a una etapa de nuestra evolución científica, en la que América ha tomado conciencia de su propio valer, y de la responsabilidad que le incumbe en el concierto de la ciencia universal; etapa en la que ha aprendido no sólo a controlar los resultados de la investi-

gación en otros centros ya consagrados, sino también a abrir rumbos por propia iniciativa.

Reuniones como ésta, marcan jalones en estas etapas.

Cúmpleme rendir homenaje en este acto y dedicar un recuerdo de gratitud al iniciador y promotor del Congreso Panamericano de Oftalmología, al Dr. Harry S. Gradle, de Chicago, entusiasta emisario de buena voluntad de los hermanos del Norte, que por razones de salud se ha visto privado de asistir a esta reunión con tanto cariño por él programada, privándonos también a nosotros del placer de ver su simpática figura al frente de esta asamblea. Creo interpretar fielmente el sentir de todos nosotros al formular fervientes votos por su salud.

A los colegas y amigos que de todos los ámbitos del Continente americano han acudido a nuestro llamado, y que, junto con el honor y el placer de su compañía, nos aportan la valiosa contribución de su colaboración científica, y nos brindan generosos los frutos de su estudio y su experiencia; a los gobiernos de todos los países americanos que, obediendo deferentes a nuestra invitación, nos han honrado con tan brillantes delegaciones; y a las damas y niñas que, acompañando a esposos y padres en este torneo de la ciencia, lo transforman por el encanto de su gracia, en torneo de belleza, elegancia y distinción. A todos y a cada uno, nuestra bienvenida más cordial, y la más sentida expresión de nuestra gratitud.

DISCURSO DEL Dr. CONRAD REHRENS EN REPRESENTACION DE LOS Sres. CONGRESALES DE HABLA INGLESA

Although I am honored by the opportunity to say a word on behalf of my North American colleagues and specially for the organization of which I am saddened by the realization that the man who has inspired the development of this Congress and who should be making an address in person is not here and I naturally refer to our beloved friend and president, Harry S. Gradle.

It is encouraging to see such a splendid gathering of ophthalmologists of the Western Hemisphere so shortly following the cessation of international hostilities. It has long been my belief that the only way to world peace lay through the closer association of groups interested in the same fields of endeavour. With this in mind, I was happy to assist in the organization and to be the first executive secretary-treasurer of the Pan American Medical Association. After we had our first meeting in Cuba, we realized the great importance of developing interested groups devoting their time to the study of special fields and sections were formed including a section of ophthalmology.

When Doctor Gradle first approached me concerning the Pan-American Congress of Ophthalmology, I felt that this was the proper thing to do for ophthalmology in the Western Hemisphere, but I hope in the years to come, that our meetings may be held coincidentally with other groups devoting their attention to special fields, e.g., surgeon, internists and pathologists.

It is deeply to be regretted that the conditions of travel prevented more of the colleagues of North America from attending this second

meeting of the Pan-American Congress of Ophthalmology. I had many letters from friends and colleagues who said they have given up the trip to Montevideo only when it was impossible to obtain passage to South America. They have all expressed great interest in the work of this international congress and they are certain that through our combined efforts the scientific advancement of ophthalmology in the Western Hemisphere will go forward with new impetus, and that through these meetings and new broader understanding of the meaning of international cooperation and good fellowship will be established.

As a director of the National Society for the Prevention of Blindness, I know that our representative, Mrs. Merrill, will bear me out in saying that this Congress has the full support of the National Society and that we look to this and future congresses to do great things in forwarding the movement for the prevention of blindness in the United States and other countries in the Western Hemisphere. It is possible that our work will serve as a pattern for future international congresses.

In closing, I am happy to have been able to bring the deep regard of so many of the ophthalmologists in North America to our colleagues in the Western Hemisphere, especially from our famous president, Doctor Gradle, from our vice presidents doctors McMillan and Cordes. We in the United States of America are certain that this will be only one of a long series of successful international meetings which will demonstrate the importance of the meeting of minds in special fields, in promoting the highest order of international education, not only in ophthalmology but also in the more important field of international friendship for the preservation of world peace.

DISCURSO DEL PROFESOR J. PEREIRA GOMES, EN REPRESENTACION DE LOS Sres. CONGRESALES DE HABLA PORTUGUESA

Excmo. Sr. Presidente da Republica do Uruguay, Dr. don Juan José Amezaga.

Excmos. Srs. Ministros de Estado e demais representantes do Governo Uruguayo.

Excmos. Srs. Membros do Corpo Diplomático.

Excmo. Sr. Professor Vásquez Barriere, Presidente do Comité Central Uruguayo.

Excmas. senhoras-Meus senhores:

A realização desta imponente solenidade, a que hoje assistimos, a da sessão inaugural do II Congresso Panamericano de Oftalmología, constitui, incontestavelmente, um espetáculo confortador para os nossos olhos extasiados e para os nossos corações fraternizados.

Nos dias que correm, já não são somente os estadistas, os diplomatas e os juristas que promovem estas elevadas pugnas do entendimento humano. Nos congressos atuais reúnem-se com frequência os cientistas, os profissionais de todas as categorias, os educadores, os técnicos de todos os ramos de atividade, os médicos nas suas diferentes especialidades, e agora, mais uma vez, os oftalmologistas de toda a América, uns aureolados pelas suas qualidades do professorado, outros simples mas

não menos dignos practicos ansiosos de saber. Se os professores vêm para ensinar e doutrinar, e ois mais modestos especialitas para aprender ou aperfeiçoar conhecimentos, todos, em comprensivel harmonia, aqui comparecem desejosos de generalizar e assentar as mais modernas e uteis aquisições scientificas, com o fin de, polindo a educação tecnica individual, concorrerem para o bem estar e o progresso de toda a coletividade.

Nada ha mais belo e nobre do que estos congressos livres, sem censuras, sem reservas mentais, sem interesses particularissimos. Aqui se debatem, em esfera elevada e impessoal, sem atritos nem mal entendidos, os assuntos de alcance humanitario e os problemas da higiene e da saúde, na procura de solucoes proporcionadas pela ciencia, baseada na pesquisa e na observação clinica.

Vimos de todos os recantos da America, de todos os seus paises, prodigiosos de riqueza e progresso uns, mais modestos outros, todos, entretanto, irmãos, e nós todos seus delegados, trazendo os corações repletos da simpatia e afeto por este grande povo, civilizado e altivo, hospitaleiro e generoso, culto e progressista, que é o povo uruguaio, de que se orgulha a comunidade americana.

Costuma-se dizer que os congressos medicos nada realizam de pratico. Puro engano. Muitas das suas conclusões, mais cedo o mas tarde, são aproveitadas pelos clarividentes responsaveis dos governos, e applicadas em beneficio da higiene em geral.

Não se deve alegar, para menosprezar estas reuniões, que a ciencia progide sem cessar, e que o postulado de hoje venha a ser o engano verificado e provado de amanhã. Porisso mesmo, devemos estar em dia com os conhecimentos atuais, e aproveitar os congressos scientificos para o debate dos problemas que se nos antolham. Pugnando pela liberdade amplia de expressões, livrando-nos de preconceitos aferrados, sujeitando-nos a uma disciplina mental para não querernos impor os nossos pontos de vista, concorrendo cada qual com o seu cabedal de conhecimentos, oriundos da pratica profissional, tudo se resolverá dentro da razão e da concordia.

O que se quer é que estas aproximações, que são tambem as da amizade panamericana, se realizem pelo intercambio intelectual de homens experientes e observadores, cujos trabalhos venham refletir-se nos mais elevados aspectos da comunhão social.

As amizades que em congressos como este se iniciam, ou as que, já existentes, se consolidam, as mãos amigas que se apertam, serão tambem os vinculos que concorrerão para a harmonia e o bom entendimento entre os povos, nao só da America, como tambem entre os demais que conosco comungam nos mesmos sentimentos de ideal confraternizador.

Não sabemos se os trabalhos que vamos a emprender serão realmente proficuos; não sabemos se os debates relativos á oftalmologia social e aos outros temas do congresso nos darão a solução definitiva desses problemas complexos; não sabemos se as controversias animadas que se vão travar virão estabelecer uma obra perduravel; mas sabemos que, arrostrando todas as dificuldades da hora presente, muitos a custa de sacrificios respeitaveis e desinteressados, aqui viemos á esta magnifica cidade de Montevideo com o fim de congregarnos esforços pelo desen-

volvimento do progresso humano e pelo desejo de concorrermos para a saúde e a valorização dos povos da America.

Já passaram os dias torvos desta impiedosa, brutal e tremenda guerra mundial; já passaram as horas tenebrosas e inquietas em que vivemos durante mais de cinco anos; já passaram as lagrimas e as angustias inenarráveis de povos inteiros, que lutaram, sofreram e mereceram pela ansia de liberdade. Estamos agora no dealbar de um mundo que se reorganiza penosamente para arredar de si os ultimos vislumbres da opressão; e desejamos que a nova madrugada que desponta seja o marco inicial e definitivo de uma organização estavel de paz democratica, para que possamos trabalhar pelo ideal da felicidade universal.

Esta é a hora difícil da cooperação, da compreensão, e da solidariedade americana. Se conseguirmos esses objetivos, os povos deste continente poderão beneficiar-se das conquistas que cada qual fôr adquirindo no domnio da ciencia, da civilização e da cultura.

Meus senhores. Tenho á homra de falar pelos congressistas de lingua portugueza, por designação da comissão organizadora do II Congresso Panamericano de Oftalmología. Em nome deles saúdo todos os colegas aqui presentes; em nome deles lamento a ausencia, nesta solenidades, do professor Gradle, nosso presidente, almejando cordialmente e fervorosamente o restablecimento de sua saúde; e ainda em nome dos congressistas que represento, auguro para esta reunião fraternal dos mais notaveis oftalmologistas americanos o mais completo e merecido exito.

DISCURSO DEL PROFESOR C. ESPILDORA LUQUE EN NOMBRE DE LOS Sres. CONGRESALES DE HABLA HISPANA

Como el invitado al banquete bíblico, la Delegación de Chile sólo esperaba ocupar un oscuro y modesto sitio, en esta Sesión inaugural del II Congreso Panamericano de Oftalmología. Ni su cantidad, ni su calidad permitían otra aspiración ni justificaban mayores derechos.

Pero, como también sucedió en la escena que la parábola relata, ha querido, quien organizara esta fiesta grandiosa, que el que nada vale, ni nada pretende, sea elevado a un sitio de honor inmerecido.

Qué más honor para nosotros el que en estos momentos, en los que la solemnidad y trascendencia del acto que celebramos, acentuadas por la excelsitud de los ideales científicos y humanitarios que nos unen, se haya distinguido a los oculistas de Chile, en la alta misión de ser ellos, quienes alcen su voz, en representación de los oftalmólogos de Hispano América.

Yo creo adivinar, por qué la fina delicadeza de nuestro Presidente Ejecutivo, el ilustre profesor Vásquez Barriere, ha puesto en nuestras manos tan honrosa tarea. Creo que no es propiamente a los miembros de la Delegación chilena, ni mucho menos a mí, a quien él decidió conceder tamaña distinción.

Su elevado espíritu, generoso y noble, quiso seguramente, que el duelo que enluta a nuestro emblema patrio, por la muerte del que fué gloria y prestigio de la Oftalmología chilena, el profesor Carlos Charlín, tenga en estos instantes esta compensación emocionante y halagado-

ra, para que el orgullo que ello nos produce y los sentimientos que despierta en nuestras almas, desvíen y aligeren el dolor de nuestros corazones, ante lo que interpretamos como un homenaje que se rinde al maestro que se fué para siempre.

¡Gracias, profesor Vásquez Barriere! La flecha certera y voladora de vuestra gentileza, ha dado en plena terna...

Pero, si esto es así, ya no soy yo quien habla, pues no tengo méritos para hacerlo, había él, el maestro luchador e incansable, el apasionado por su ciencia y por su arte, el que llenó su noble y laboriosa vida con la pasión irrenunciable de hacer de la Oftalmología de habla hispana, una Oftalmología fuerte y grande, de perenne vigoroso y rotundo, muy nuestra, amasada con nuestros propios trabajos y experiencias, que habrá de llenar de luz y savia nuevas al viejo tronco de la Oftalmología europea.

Sólo el espíritu del profesor Charlín podría hablar en vuestro nombre, colegas de Hispanoamérica, aunque no fuese más que por haber sido el iniciador y el alma de la Primera Reunión Latinoamericana de Oftalmología, hace 14 años, de la cual este Congreso, como el primero de Cleveland, no es, si bien se mira, sino la culminación panamericana de aquel ideal generoso y humano de confraternidad, colaboración y camaradería.

Con qué emocionada voz habría él saludado en vuestro nombre a esta amada República Oriental del Uruguay, que hoy tan brillante y generosamente nos recibe, luciendo ante nuestros ojos admirados, el valer y grandeza de sus hombres de Gobierno, el prestigio mundial de sus hombres de ciencia, la belleza y donaire de sus mujeres, la placidez y hermosura de sus cielos y sus playas.

Con qué rendida pleitesia habría saludado a las ilustres personalidades de la Oftalmología americana y europea que con tanto sacrificio acuden a esta cita fraternal, buscando tan sólo el calor de sentimientos purísimos como los son la amistad, el cultivo de la ciencia y el amor a los enfermos.

Yo sé muy bien con cuánta exactitud se habría compenetrado el profesor Charlín con vosotros y cómo su voz no sería sino el cauce y el eco de la vuestra alborozada, vibrante de fe y de esperanza, porque hoy, desde el Canadá hasta el Cabo de Hornos, en estas horas solemnes de la historia del mundo, en que el Sol de la Victoria y de la Paz, alumbró nuestras tierras colombinas, nos une a todos un mismo amor y un mismo afán por el progreso y engrandecimiento de la Oftalmología americana.

Aquí, en este recinto o lejos de él, los que hasta aquí llegaron y los que debiendo hacerlo, no pudieron, no habrá un solo oculista de habla hispana que no sienta en su alma el mismo calor de esa esperanza y de ese anhelo, esa misma pasión que aun debe vibrar en el bondadoso corazón del que fué alma de este Congreso, Mr. Harry S. Gradle, cuya ausencia y enfermedad a todos nos conduele.

América, señores, está llamada a ser, lo es sin duda ya, la cuna de un nuevo y glorioso renacimiento. Durante siglos, la cultura de Europa germinó silenciosa y fecunda en sus entrañas, como en otros tiempos lejanos, la de Grecia y la de Roma, buscaron recóndito y anónimo refugio en los conventos medioevales.

¡Y ha llegado ya, como llegó entonces, el instante de la floración radiante y milagrosa que inundará la tierra de luz, de bondad y de belleza, de ciencias y de artes!

¡América, señores, está a punto de renovar el milagro!

Para hacerlo posible, para que puedan verlo pronto nuestros ojos mortales, hemos venido aquí, colegas de América, llenos de cordialidad, de entusiasmo y optimismo.

Se levantó la sesión, retirándose el Sr. Presidente de la República, el Sr. Vice-presidente, los ministros de estado, el Cuerpo Diplomático y las damas asistentes.

Acto seguido se realiza la primera sesión plenaria preparatoria, en la cual se aprobó el proyecto de reglamento del Congreso propuesto por el Comité Ejecutivo Uruguayo y se nombraron diversas comisiones:

1.— Comisión para proponer la lista de candidatos a constituir el Nuevo Comité Permanente del Congreso Pan Americano de Oftalmología. La Mesa, presidida por el Prof. Dr. Alberto Vásquez Barrière, propone a los miembros del Consejo o delegados del mismo en los diversos países de América, quedando entonces constituida en la siguiente forma:

Argentina: Dr. Rodolfo Laje Weskamp.

Bolivia: Dr. Aniceto Solares

Brasil: Dr. Moacyr E. Alvaro

Chile: Dr. Santiago Barrenechea

Colombia: Dr. Alejandro Posada

Costa Rica: Dr. Alexis Aguero

Cuba: Dr. René Hernández Arias

Ecuador: Dr. J. M. Varas Samaniego

Estados Unidos: Dr. Conrad Berens

Guatemala: Dr. R. Pacheco Luna

México: Dr. A. Torres Estrada

Paraguay: Dr. Gustavo Vásquez

Perú: Dr. Jorge Valdeavellano

República Dominicana: Dr. G. Morillo y De Soto

Uruguay: Dr. Carlos M. Berro

2.— Comisión para proponer sede y fecha del próximo III Congreso Pan Americano de Oftalmología. Para constituir esta Comisión la Mesa propone a los presidentes de delegaciones oficiales de los Gobiernos de América, y en caso de no existir el cargo de presidente en la delegación, a uno de sus miembros caracterizados.

La Comisión quedó constituida en la siguiente forma:

Argentina: Dr. R. Laje Weskamp.

Bolivia: Dr. L. Landa Lyon

Brasil: Dr. Ivo Correa Meyer

Chile: Dr. C. Espíldora Luque

Colombia: Dr. A. Posada

Costa Rica: Dr. A. Aguero

Cuba: Dr. T. Yanes

Ecuador: Dr. Varas Samaniego

Estados Unidos: Dr. C. Swanson
 México: Dr. M. Puig Solanes
 Paraguay: Dr. Cudas Thompson
 Perú: Dr. J. Valdeavellano
 República Dominicana: Dr. G. Morillo y De Soto
 Uruguay: Dr. A. Vásquez Barriére

3.— Comisión para proponer las bases de una Federación de Sociedades de Oftalmología del Continente Americano, para la cual la Mesa propone que se designe a los Presidentes de Sociedades de Oftalmología presentes en el Congreso; y en el caso de no estar presentes, que los miembros de las mismas elijan un delegado por cada país. Son designados para constituir dicha Comisión:

Chile: Dr. C. Espíldora Luque
 Brasil: Dr. J. Vidal
 Bolivia: Dr. L. Landa Lyon
 Cuba: Dr. G. Cepero
 Estados Unidos: Dr. C. Berens
 México: Dr. M. Puig Solanes
 Paraguay: Dr. G. Vásquez
 Perú: Dr. J. Valdeavellano
 Uruguay: Dr. H. Barbot

4.— Comisión para proponer al futuro III Congreso Americano de Oftalmología, un reglamento fijando los cometidos y modos de elección de las autoridades de la organización permanente llamada hasta hoy Congreso Pan Americano de Oftalmología; y para la organización y funcionamiento de los futuros Congresos Pan Americanos.

Para constituir esta comisión, la Mesa propone se designe un número muy limitado de personas, pues han de entenderse por correspondencia para la redacción del Reglamento. Se propone a los países que ya han sido sede de Congresos (Estados Unidos y Uruguay) y al que será la sede del próximo.

5.— Comisión de propaganda y publicidad, constituida por los directores y redactores de revistas Oftalmológicas del Continente. Su constitución permanece invariable, salvo los cambios que se produzcan en la Redacción de las Revistas. Su constitución es la siguiente:

Presidente: Dr. J. Lijó Pavía (Argentina); Vocales: Dr. R. Argañaraz y Dr. C. Weskamp (Argentina); Dr. Moacyr. E. Alvaro. Dr. J. Penido Burnier, Dr. W. Belfort Mattos, Dr. Hilton Rocha, Dr. Colombo Spinola (Brasil); Dr. Santiago Barrenechea (Chile); Dr. Tomás Yanes (Cuba); Dr. Arnold Knapp, Dr. Derrick Vail y Dr. W. Benedict (Estados Unidos); y Dr. A. Torres Estrada (México).

6.— Comisión para discutir los problemas de enseñanza de la Oftalmología en los países del Continente, la cual queda constituida por todos los profesores de Oftalmología asistentes al Congreso.

7.— Designación de Jurado para las exposiciones de obra social e industrial. Se designa al Dr. Luis de Mora (Perú) como presidente, al Dr. Joaquín Vidal (Brasil) como secretario y al Dr. Luis A. Barriére (Uruguay) como vocal. Se les encarga la visita y estudio de los stands de ambas exposiciones con el objeto de proponer los premios a discernir.

El profesor Tomás Yanes a nombre de la delegación de Cuba, rinde un sentido homenaje a la memoria del Prof. Carlos Charlín C., al cual adhieren las delegaciones de todos los países concurrentes al Congreso.

Se acuerda enviar un cable de saludo al Dr. Harry S. Gradle.

Se levanta la sesión.

A las 15 horas se realiza en el Hotel Miramar la primera sesión de trabajos, sobre Oftalmología Social.

Se lee el informe del Comité de Prevención de la Ceguera del Congreso Pan Americano de Oftalmología y luego comunicaciones del Dr. C. A. Swanson (E. U.) sobre "Causas de la ceguera uni y bilateral en la Marina de Guerra de los E. U."; del ing. D. Salvador Masson (Montevideo), sobre "Bases para la formulación de un Código de la luz" y del profesor Alberto Vasquez Barrière, sobre "Fundamentos para una codificación interamericana de las medidas de prevención de la ceguera".

El Prof. Dr. Ivo Correa Meyer (Porto Alegre; Brasil), lee el informe del Comité de Lucha contra el Tracoma del Congreso Pan Americano de Oftalmología, y en seguida se escuchan las comunicaciones sobre el mismo tema del Prof. R. Pacheco Luna (Guatemala), sobre "El Tracoma en Guatemala"; del Dr. Sylvio de Almeida Toledo (Sao Paulo; Brasil), sobre "Organización del Servicio del Tracoma en el Estado de Sao Paulo" y del Prof. F. Figueredo y del Dr. A. Vantura, sobre "El Tracoma en Pernambuco".

A las 19 horas se realiza el cocktail ofrecido por la delegación oficial de Cuba en homenaje de los congresistas, en el Hotel Miramar.

El Martes 27 de Noviembre, a las 9 horas se efectúa la 1a. sesión científica.

Previamente los delegados de los Gobiernos y de diversas instituciones médicas y médico-sociales de los países americanos, presentan sus credenciales respectivas, que los acreditan como tales.

ARGENTINA

Delegados de la Dirección de Sanidad del Ejército Argentino: Dr. Rodolfo G. Olle y Dr. Rodolfo Laje Weskamp.

Del Consejo Nacional de Educación de Buenos Aires: Dr. Raimundo A. Tartari.

Del Patronato Nacional de Ciegos de Buenos Aires: Sr. Emilio Rodríguez M.

BRASIL

Delegados Oficiales: Prof. Dr. Ivo Correa Meyer, Dr. João Tavares y Dr. Herminio Conde.

Facultad de Ciencias Médicas de Rio de Janeiro: Prof. Dr. Linneu Silva.

Prefectura del Distrito Federal: Dr. Joaquín Vidal Ribeiro.

Asociación Médica del Instituto Penido Burnier: Dr. José Martins Rocha y Dr. Lech Junior.

Departamento de Salud de Pará: Dr. José María Lobato Abreu.

Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo: Dr. Plinio de Toledo Piza.

Departamento de Salud Pública y Educación de San Pablo: Dr. Silvio de Almeida Toledo.

Estado de Santa Catarina: Dr. Savas Lacerda.

Universidad de Minas Gerais: Prof. Dr. Hilton Rocha, Dr. Antonio Isidoro da Silva y Dr. Alvaro de Magalhaes Brandão.

Facultad de Medicina de Porto Alegre: Prof. Dr. Ivo Correa Meyer y Dr. Luiz de Assunção Osorio.

BOLIVIA

Delegado oficial: Prof. Dr. Luis Landa Lyon.

Rectorado de la Universidad Autónoma "Simón Bolívar": Dr. Félix Sánchez Peña.

Facultad de Ciencias Médicas de Sucre: Dr. Aniceto Solares, Dr. Armando Solares Arroyo y Dr. José Aguirre T.

CUBA

Delegados Oficiales: Dr. Tomás Yanes, Dr. Gilberto Cepero García, Dr. René Hernández Arias, Dr. Miguel Angel Branly y Dr. Manuel Antón.

Sociedad Cubana de Oftalmología: Dr. Gilberto Cepero.

COSTA RICA

Delegados Oficiales: Dr. Alexis Agüero y Dr. Consyantino Herdocia.

COLOMBIA

Delegados Oficiales: Dr. Jorge Díaz Guerrero y Dr. Alejandro Fosada.

Sociedad Colombiana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología: Drs. Alejandro Posada y Jorge Díaz Guerrero.

CHILE

Delegados Oficiales: Prof. Dr. Cristóbal Espíldora Luque, Prof. Dr. Juan Verdaguer, Dr. Santiago Barrenechea, Dr. René Contardo y Dr. René Brücher.

Sociedad Chilena de Oftalmología: Prof. Dr. Cristóbal Espíldora Luque, Dr. Santiago Barrenechea, Prof. Dr. Juan Verdaguer, Dra. Ida Thierry, Dr. René Contardo, Dr. René Brücher, Dr. Raúl Costa, Dr. Mario Amenábar y Dr. Carlos Charlín Vicuña.

REPUBLICANA DOMINICANA

Delegado Oficial: Dr. Gilberto Morillo y de Soto.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Delegados Oficiales: Coronel Derrick T. Vail, Capitán Clifford A. Swanson y Dr. Walter P. Griffey.

American Colleg of Surgeons (Chicago): Prof. Dr. Conrad Berens.
 New York Society for clinical Ophthalmology: Dr. Joseph I. Pascal.
 American Ophthalmological Society, de New York: Dr. Ramón
 Castroviejo.

ECUADOR

Delegado Oficial: Dr. José M. Varas Samaniego.
 Facultad de Ciencias Médicas de Guayaquil: Dr. José M. Varas Sa-
 maniego.

ESPAÑA

Sociedad Oftalmológica Hispano Americana: Dr. Hermenegildo
 Arruga.

GUATEMALA

Universidad de San Carlos de Guatemala: Dr. Rafael Pacheco
 Luna.

MEXICO

Delegado Oficial: Dr. Magin Puig Solanes.
 Secretaría de Salubridad y Asistencia: Dr. Antonio Torres Estrada.
 Asociación para Evitar la Ceguera en México: Dr. Daniel Silva.

PERU

Delegados Oficiales: Dr. Luis E. de Mora, Dr. Jorge Valdeavellano,
 Dr. Roque Bellido Tagle, Dr. Enrique Cipriani y Dr. José Eduardo
 Rivera.

Sociedad Peruana de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología: Dr.
 Jorge Valdeavellano, Dr. Enrique Cipriani, Dr. Roque Bellido Tagle y
 Dr. Luis E. de Mora.

PARAGUAY

Ministerio de Salud Pública y Previsión Social: Dr. Gustavo A.
 Vásquez.

Universidad y Facultad de Medicina de Asunción: Dr. Jorge Cudas
 Thompson, Dr. Armindo Riquelme y Dr. Gustavo A. Vásquez.

Sociedad de Oftalmología y Oto-Rino-Laringología: Dr. Honorio
 Campuzano, Dr. Jorge Cudas Thompson, Dr. Gustavo A. Vásquez y Dr.
 Vicente Cabrera Cardús.

URUGUAY

Universidad de la República y Facultad de Medicina: Prof. Dr. Al-
 berto Vásquez Barriére, Prof. Dr. Alejandro Schroeder, Dr. Washing-
 ton Isola y Dr. Raúl Rodríguez Barrios.

Servicio de Sanidad Militar: Dr. Aroldo Paiva.

A continuación el Dr. Julio A. Sicardi (Montevideo) lee el trabajo del Dr. Enrique Bertotto (Rosario; Argentina) sobre "Estudio estereofotogramétrico del segmento anterior del ojo" y se proyecta la película sobre "Cristales de Contacto", del Prof. Baudilio Courtis, relator del tema oficial sobre este asunto.

A continuación se trata el segundo tema oficial sobre "Gonioscopía y Goniometría", del cual era relator el Dr. H. Saúl Sugar (EE. UU.), que es leído por el Dr. C. A. Swanson.

El Prof. Arquímedes Busacca (Sao Paulo) presenta un trabajo sobre "Movimientos del cristalino y cuerpo ciliar bajo el efecto de la atropina y de la eserina" y el Prof. Rodríguez Barrios (Montevideo) proyecta varias fotografías del ángulo irido-corneal tomadas con el biomicroscopio de Haag-Streit y el cristal de contacto de Goldman. A continuación el Dr. Ramón Castroviejo (Nueva York) presenta un trabajo sobre "Gonioscopía y Goniofotografía" y luego proyecta varias películas sobre diversas operaciones anti-glaucomatosas.

Almuerzo en el Hotel Miramar ofrecido por "The National Society for the Prevention of Blindness.

A las 15 horas se realiza la segunda sesión científica, para tratar primeramente el tercer tema oficial: "Estado pre-glaucomatoso", a cargo del Dr. Harry S. Gradle (Chicago) y luego el cuarto tema oficial "Nuevos puntos de vista sobre glaucoma derivados de la investigación gonioscópica", del Dr. Peter Kronfeld, que fueron leídos por el Prof. Moacyr E. Alvaro, en ausencia de ellos.

Abre la discusión el Prof. Dr. Jorge Valdeavellano (Perú) sobre el segundo de estos temas.

El 28 de Noviembre, a las 9 horas, se efectúa la tercera sesión científica sobre trabajos de investigación en Oftalmología, presentándose los siguientes trabajos:

Prof. Clemente Estable (Montevideo): "Funciones no visuales de la retina".

Prof. Washington Isola (Montevideo): "Cronaxia de los músculos extraoculares.

Prof. Clemente Estable y Prof. Rodríguez Barrios (Montevideo): "Sobre mecánica circulatoria del iris".

Prof. Z. M. Baq y Prof. Washintong Isola (Montevideo): "Inervación adrenérgica de la musculatura lisa del párpado inferior".

Prof. C. Espíldora Luque (Santiago de Chile): "Linfogranulomatosis ocular".

A las 15 horas demostraciones en la exposición científica.

A las 18 horas se realiza la fiesta criolla y cocktail ofrecidos por el presidente del II Congreso Panamericano de Oftalmología y señora de Vásquez Barriére, a los miembros del Congreso.

A las 20 horas, asado criollo, ofrecido por la Sociedad Uruguaya de Oftalmología, a los congresistas.

El jueves 29 de Noviembre, a las 9 horas, se efectúa la cuarta sesión científica sobre comunicaciones de tema libre, presentándose los siguientes trabajos:

Prof. Carlos Charlín † (Santiago de Chile): "Etapas de una investigación clínica sobre tuberculosis ocular", leído por el Dr. Carlos Charlín Vicuña.

Dr. J. Pascal (EE. UU.): "La unidad acomodativa en las ametropías corregidas".

Prof. Dr. Moacyr E. Alvaro (Sao Paulo): "Notas sobre la historia de la Oftalmología en la América Latina".

Dr. R. Laje Weskamp (Córdoba): "La operación de Damel en la reconstrucción del fondo del saco conjuntival".

Dr. A. Posada (Bogotá): "Extracción de cuerpos extraños con auxilio de la lámpara de hendedura".

Dr. R. Bellido Tagle (Lima): "Nueva técnica operatoria del injerto conjuntival en el pterigión".

Prof. Dr. R. Pacheco Luna: "Oncocercosis guatemalteca".

Dr. M. Antón Pérez (México): "250 operaciones intracapsulares de catarata".

Dr. Siqueira de Carvalho (Río de Janeiro): "Alteraciones oculares en el mal de Hansen".

Dr. M. Puig Solanes (México): "Estado actual de la clínica de la oncocercosis".

A las 15 horas se reanudan las sesiones de tema libre, con las siguientes comunicaciones:

Prof. Archimede Busacca (Sao Paulo): "Alteraciones de la retina desprendida observadas con la oftalmoscopia estereoscópica".

Dr. J. Díaz Guerrero (Bogotá): "El queratocono en Colombia".

Dr. J. Martins Rocha (Campinas): "Microfaquia con glaucoma secundario".

Dr. Raúl Costa (Santiago): "Injertos esclerales".

Dr. J. Taveres (Río de Janeiro): "Avitaminosis A. y ceguera infantil".

Prof. B. Paula Santos Filho (Sao Paulo): "Tumor del nervio óptico".

Dres. A. Posada y J. Díaz Guerrero (Bogotá): "La operación de la catarata con nudo de seguridad".

Dr. René Brücher (Santiago de Chile): "El Gabinete Psicotécnico del Departamento de Tránsito de Santiago".

Dr. M. Puig Solanes (México): "Relación entre la tensión ocular, la tensión arterial, la presión venosa y la velocidad circulatoria".

Dr. E. Salerno: "La penicilina en Oftalmología. Su uso local".

A las 20 horas recepción en el Parque Hotel de Montevideo, en honor a los delegados, ofrecida por el Ministro de Salud Pública, en nombre del Poder Ejecutivo, con asistencia del Sr. Presidente y del Sr. Vicepresidente de la República y ministros de Estado.

Comida en el Hotel Miramar y luego presentación de un espectáculo coreográfico a cargo del Servicio Oficial de Difusión Radioeléctrica de Montevideo.

El viernes 30 de Noviembre, a las 9 horas, se realiza la sexta sesión científica para tratar el tema oficial "Oportunidad de la intervención quirúrgica en el glaucoma. Hasta cuando puede continuarse el tratamiento médico", a cargo del Prof. Hilton Rocha (Bello Horizonte), abriendo la discusión el Dr. Santiago Barrenechea (Santiago de Chile).

A continuación se presentan varias comunicaciones sobre glaucoma:

Prof. A. Torres Estrada (México): "La hemicyclodialisis es una operación que restablece la circulación fisiológica de los líquidos intraoculares".

Prof. A. Torres Estrada (México): "Glaucoma funcional y glaucoma degenerativo".

Prof. R. Rodríguez Barrios (Montevideo): "Plasmoterapia en el glaucoma".

A las 15 horas se efectúa la séptima sesión científica para tratar los temas oficiales números 7 y 8, que versaban sobre "Tratamiento quirúrgico de las exoforias y exotropias", y "Tratamiento quirúrgico del estrabismo concomitante". El primer tema, a cargo del Dr. Guibor (EE. UU.) es leído por el Dr. Tisher y el Dr. Thomas Allen (Chicago), trata el segundo de los temas citados, abriendo la discusión el doctor Tomás Yanes (Cuba).

En este momento se incorpora a la sesión el Dr. Hermenegildo Arruga (Barcelona), después de un largo y difícil viaje en avión, siendo recibido con grandes aplausos y pasa a presidir la sesión, desarrollando luego su tema sobre "Consideraciones patogénicas y terapéuticas sobre desprendimiento de la retina".

A continuación se presentan las comunicaciones sobre estrabismo:

Dr. R. Contardo (Santiago de Chile): "Tratamiento quirúrgico del estrabismo concomitante".

Dr. E. Semeraro (Barbacena; Brasil): "Detalles de mi técnica para la operación del estrabismo".

A las 22 horas banquete ofrecido por las delegaciones americanas a la delegación del Uruguay, en el que hicieron uso de la palabra delegados de todos los países para agradecer las múltiples atenciones recibidas en tierra uruguaya.

El sábado 1º de Diciembre se realiza la sesión administrativa y la de clausura del Congreso, bajo la presidencia del Prof. Alberto Vásquez Barriére, actuando como vice-presidentes los profesores Moacyr Alvaro y Conrad Berens y de secretarios el Dr. R. Rodríguez y el Dr. Luis A. Barriére.

Las comisiones designadas en la sesión inaugural dan cuenta de su labor.

La comisión designada para proponer la lista de candidatos para constituir el nuevo Comité Permanente del Congreso Pan Americano de Oftalmología, se reunió el 28 de Noviembre, actuando como secretario el Dr. R. Rodríguez Barrios. Se propone la nueva constitución, que fué aprobada en sesión administrativa, en la forma siguiente:

Reelección del Presidente Dr. Harry S. Gradle y de los Secretarios Dres. Conrad Berens y Moacyr E. Alvaro.

Designar como presidente honorario al Dr. A. Vásquez Barriére.
Designar nueve vice-presidentes (tres por la América del Norte, tres por la América Central, comprendiendo México y Cuba; y tres por la América del Sur).

Argentina: Dr. F. Belgeri.

Brasil: Dr. J. Pereira Gomes.

Chile: Dr. C. Espíldora Luque.

Canadá: Dr. J. A. Mac Millian.

Estados Unidos: Dres. F. Cordes y F. Brawley.

Costa Rica: Dr. Alexis Aguero.

Guatemala: Dr. R. Pacheco Luna.

México: Dr. A. Torres Estrada.

La Comisión designada para proponer sede y fecha del próximo III Congreso Pan Americano de Oftalmología, se reunió el día 27 de Noviembre, actuando como secretarios los Dres. Berens, Puig Solanes y Garbino. A propuesta del delegado del Uruguay, la Comisión vota por aclamación que sea la ciudad de La Habana, capital de la República de Cuba, la sede del próximo Congreso Pan Americano de Oftalmología; y después de oír las consideraciones del Dr. Yanes, con respecto a la fecha conveniente, se fija la de Febrero de 1948.

La Comisión designada para proponer las bases de una Federación de Sociedades de Oftalmología del Continente Americano, se reunió el día 29 de Noviembre y resolvió:

Prononar a la Asamblea Plenaria la constitución de una Federación Panamericana de Sociedades de Oftalmología, constituida por todas las sociedades en funcionamiento activo actualmente, una de cuyas finalidades será servir como Consejo consultivo a los futuros Congresos Pan Americanos de Oftalmología, debiendo ser consultada con respecto a la elección de temas y relatores para los mismos. Tendrá también como finalidad la intensificación del intercambio cultural entre los oculistas de América.

En los países donde existieran varias sociedades la Comisión sugiere la conveniencia de formar Federaciones Nacionales de las mismas.

En las asambleas de la Federación Panamericana de Sociedades de Oftalmología, éstas estarán representadas por un delegado por cada Sociedad, si éstas están constituidas por menos de cien socios; y un delegado más por cada 100 socios, si pasan de dicho número.

La Asamblea de Delegados se reunirá en ocasión de los Congresos Pan Americanos para elegir su Consejo Directivo. Este Consejo estará constituido por un Presidente con mandato hasta el próximo Congreso y seis consejeros con mandato por tres períodos entre Congresos. En la primera elección se elegirán dos consejeros con un mandato de un período, dos con mandato de dos períodos y dos con mandato de tres períodos. Estos últimos desempeñarán las funciones de secretario y tesorero de la Federación.

Para su financiación, cada Sociedad de Oftalmología contribuirá con una cantidad fija de 10 dólares americanos por año y una cuota proporcional de diez centavos dólar por socio y por año.

Estas sumas serán remitidas anualmente al tesorero de la Federación.

La Comisión sugiere que la Federación fije un mínimo de condiciones requeridas para el ejercicio activo de la especialidad, y para ser aceptado como miembro de las Sociedades de Oftalmología.

Estos acuerdos fueron aprobados en pleno en sesión administrativa y por unanimidad.

La Comisión designada para proponer al futuro III Congreso Pan Americano de Oftalmología, un reglamento, fijando los cometidos y modo de elección de las autoridades de la Organización permanente llamado hasta hoy Congreso Pan Americano de Oftalmología; y para la organización y funcionamiento de futuros Congresos Panamericanos, nombró al Dr. C. Berens, por los Estados Unidos; al Dr. A. Vázquez Barriére, por Uruguay y al Dr. T. Yanes, por Cuba, lo que fué aprobado en sesión administrativa por el Congreso en pleno.

La Comisión encargada de discutir los problemas de enseñanza de la Oftalmología en los países del Continente, se reunió el 30 de Noviembre, actuando como secretarios los Dres. Thomas Allen y R. Rodríguez Barrios.

Asistieron los profesores Valdeavellano (Perú); Espíldora Luque (Chile). Pacheco Luna (Guatemala), Pimentel (Brasil), Solares (Bolivia), Alvaro (Brasil), Allens y Berens (EE. UU.). Branly (Cuba), Vázquez Barriére y Rodríguez Barrios (Uruguay).

Se acordó obtener facilidades para estudiantes, graduados y post-graduados en la instrucción oftalmológica, y se encarga al Presidente de la Comisión un estudio detallado de información al respecto en los países del Caribe y sudamericanos.

Fuó considerado favorablemente el intercambio de profesores, docentes, asistentes y estudiantes entre los diversos países de América. Se instituirán cursos por correspondencia en determinados hospitales y clínicas.

Se decide constituir dos Boards o Consejos Sud Americanos de Oftalmología; uno para los países de la zona de América Central y Caribe y otro para Sud América, que se reunirán una vez al año, coincidiendo con reuniones oftalmológicas de importancia.

Se designó presidente al Dr. Jorge Valdeavellano, y tres secretarios regionales: Dr. Thomas Allen, para los Estados Unidos; Dr. M. A. Branly para la región centroamericana y Caribe; y Dr. R. Rodríguez Barrios para la América del Sur.

El Jurado para las exposiciones de obra social e industrial, acuerda los siguientes premios, consistentes en diplomas y medallas a las siguientes instituciones:

a) En Exposición de Obra Social en Oftalmología.

Diploma de Honor al Patronato de Ciegos de Buenos Aires, por su acción social en la obra de prevención de la ceguera y protección a los ciegos.

Diploma de Honor al Consejo Nacional de Enseñanza de Buenos Aires, por su acción social en Higiene visual de las escuelas.

Diploma de Honor al Departamento de lucha contra el tracoma del Ministerio de Educación y Salud, de Río de Janeiro.

Diploma de Honor a la sección Tracoma del Departamento de Salud del Estado de Sao Paulo.

Diploma de Honor al Banco de Seguros del Estado (Uruguay), por sus medidas de prevención de accidentes oculares del trabajo.

b) En exposición industrial.

Diplomas con mención honorífica a las siguientes firmas:

Bausch y Lomb, de Rochester (EE. UU.) por su presentación de aparatos de óptica y oftalmología.

American Optical (EE. UU.), por su presentación de aparatos de óptica y oftalmología.

Haag y Streit, de Berna (Suiza), por su presentación de aparatos de óptica y oftalmología.

Pablo Ferrando S. A., de Montevideo, por su presentación de aparatos de óptica e instrumentos de cirugía.

Andrés Fornio y Cía., por su presentación de aparatos de óptica e instrumentos de cirugía.

Abbott Laboratories, de Chicago, por presentación de productos farmacéuticos.

Laboratorios Galien, de Montevideo, por presentación de productos farmacéuticos.

E. Márquez Castro y Cía., por presentación de productos farmacéuticos.

Laboratorios Aster, por presentación de productos farmacéuticos.

Laboratorios Lilly, por presentación de productos farmacéuticos.

Laboratorios Farmaco-Argentina, por presentación de productos farmacéuticos.

Laboratorios Parke Davis, por presentación de productos farmacéuticos.

Ch. Richardson, por los Laboratorios Glaxo, por su presentación de productos farmacéuticos.

MOCION SOBRE CAMBIO DE DENOMINACION DE LA ENTIDAD PERMANENTE "CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA"

Firmada por 34 miembros del Congreso se presenta a la sesión administrativa una moción en el sentido de modificar la denominación de "Congreso Panamericano de Oftalmología", sustituyéndola por la de "Consejo Panamericano de Oftalmología".

El Presidente hace presente que la palabra Congreso se refiere a una asamblea reunida ocasionalmente con una finalidad determinada o por un plazo fijado de antemano, y no es correcta su aplicación a una entidad de carácter permanente. Ha dado, además, lugar a confusión de esta entidad con las reuniones periódicas o Congresos que dicha entidad permanente tiene por función organizar.

Los Profesores Espíldora Luque y Varas Samaniego proponen se designe a dicha entidad permanente con el nombre de "Asociación Panamericana de Oftalmología", pues ella está constituida por todos los oftalmólogos del Continente que se inscriban como asociados y abonen la

cuota fijada de cinco dólares anuales; mientras la palabra "Consejo" se refiere más bien a un número limitado de personas que desempeñan una función dirigente.

El Presidente hace presente que la denominación de Consejo podría ser aplicada al Comité permanente que dirige la Asociación y tendría la ventaja de designar una institución análoga al Consejo Internacional de Oftalmología, que organiza en Europa los Congresos internacionales.

Se pone a votación la moción de cambio de denominación tal como fué propuesta por los miembros del Congreso que la firman, resultando negativa.

Se pone luego a votación si se adopta la denominación de Asociación, resultando afirmativa por 41 votos a favor y 9 en contra.

El Presidente aclara que, aceptada la denominación de Asociación para la entidad permanente que reúne a todos los oftalmólogos del Continente que se inscriban como asociados, corresponde la denominación de "Consejo" sea aplicada al Comité que dirige dicha Asociación, lo que estaría de acuerdo con los conceptos expresados en la Asamblea.

MOCION SOLICITANDO DE LOS GOBIERNOS DE AMERICA SE PROPICIE LA CONCURRENCIA DE DELEGADOS A LOS CONGRESOS PANAMERICANOS DE OFTALMOLOGIA

Firmada por 27 miembros del Congreso se presenta a la sesión administrativa una moción en el sentido que se solicite de los gobiernos de América, que por todos los medios a su alcance, se propicie y facilite la concurrencia de delegados a los Congresos Panamericanos de Oftalmología.

Esta moción es apoyada por la totalidad de los asistentes, expresándose, además, la aspiración de los miembros del Congreso de que para la designación de delegados oficiales se consulte previamente a las Sociedades de Oftalmología, como medio de que, además de su jerarquía oficial ostenten la jerarquía científica correspondiente.

MOCION PROPONIENDO LA CREACION DE UNA DISERTACION (LECTURE) QUE LLEVARIA EL NOMBRE DE HARRY S. GRADLE

En homenaje al fundador del "Congreso Panamericano de Oftalmología" se propone la creación de una disertación (lecture) Harry S. Gradle, que sería dictada en la sesión científica inicial de cada Congreso Panamericano de Oftalmología por un oftalmólogo que en el transcurso de los tres años intermedios entre los Congresos se hubiera distinguido por sus trabajos de investigación.

El próximo Congreso determinará las normas que regirán su elección y el premio a otorgarse a quien la dicte.

VOTOS EMITIDOS POR EL II CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA Y APROBADOS POR ACLAMACION

1.— El Segundo Congreso Panamericano de Oftalmología considera que la obra social de Prevención de la Ceguera debe ser motivo de es-

pecial atención por todos los gobiernos de América, dado que la Ciencia demuestra que el 70% de los casos de ceguera son evitables, y la intervención del Estado es fundamental para alcanzar dicha finalidad.

2.— El Segundo Congreso Panamericano de Oftalmología considera que es conveniente condensar en un Código Sanitario para la Prevención de la Ceguera todas las medidas que la Ciencia aconseja para llegar a tan noble finalidad.

Y que para alcanzarla es conveniente que los delegados del Comité de Prevención de la Ceguera del Congreso Panamericano en los diversos países, reúnan toda la documentación de leyes, ordenanzas y reglamentos vigentes o proyectados, en cada uno de ellos, con el fin de facilitar al Comité Central la documentación necesaria para proponer al próximo Congreso Panamericano de La Habana un proyecto de Código Sanitario de Prevención de la Ceguera.

3.— El Segundo Congreso Panamericano de Oftalmología considera conveniente que los diversos países de América procedan a un acuerdo para unificar los medios de prevención de accidentes del trabajo y para uniformar los criterios por adoptar para evaluación de incapacidades profesionales e indemnizaciones correspondientes.

4.— El Segundo Congreso Panamericano de Oftalmología considera aconsejable se dicten reglamentaciones especiales sobre iluminación racional de locales para trabajos en común (escuelas, talleres, fábricas, oficinas, etc.), recomendando al Comité de Prevención de la Ceguera la determinación de los principios que han de servir de base a dicha reglamentación.

El Sábado 1.º de Diciembre a las 13 horas almuerzo ofrecido a los congresistas por la firma "Dódero" y en la Embajada de Chile para sus delegados oficiales, por el embajador señor Sergio Montt Rivas y señora.

A las 22 horas, banquete de despedida ofrecido por el Comité Ejecutivo Uruguayo del II Congreso Panamericano de Oftalmología, en honor de los congresistas, en el cual habló un delegado de cada país, rindiéndosele un cariñoso homenaje al Uruguay y al Presidente del Congreso, Prof. Dr. Alberto Vázquez Barriére.

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL PRESIDENTE DEL II CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA. Dr. A. VAZQUEZ BARRIERE, EN SU SESION DE CLAUSURA

Señores Delegados, Señoras:

Temo que sea interpretada como jactancia de mi parte, la afirmación de que este Congreso ha sido un éxito, y de que al despertar del día de hoy en que hemos de clausurarlo, he tenido la sensación de que en mi existencia se había cumplido un destino al tener el honor de presidirlo.

Pero el éxito es un hecho, que se nos presenta innegable, evidente, incontrastable; un hecho que todos hemos visto y sentido con honda satisfacción. Y lo digo así, porque el mérito es de todos, porque todos hemos colaborado. Nosotros los uruguayos, con el gesto amistoso de abrir los brazos fraternos para esperaros. Vosotros todos, hijos de las patrias hermanas, con todo el resto, que implica sacrificios, fatigas y trabajo; habéis abandonado el calor de vuestro hogar, habéis resuelto el problema

de asegurar el cuidado de vuestros enfermos, habéis emprendido largos viajes con las molestias consiguientes, y habéis aportado a este certamen vuestra valiosa cooperación científica cuya alta calidad y originalidad me complazco en destacar.

Tal es la honda emoción que deja en mi alma, el ambiente de cordialidad fraterna y de amistosa camaradería que ha reinado en este Congreso, que ella me inhibe para asumir la solemne actitud del Presidente que clausura su labor, para adoptar la del padre que despide con un abrazo a sus hijos, para una larga ausencia de tres años. Hemos constituido, en efecto, una gran familia que, al separarse, espera ansiosa la nueva oportunidad para renovar en otra patria hermana, sus expansiones amistosas, y para estrechar cada vez más sus vínculos de afinidad espiritual.

Vuestras esposas e hijas os han acompañado en proporción nunca alcanzada en reuniones de esta índole. Y debía ser así, pues a medida que avanzan las sociedades en civilización y cultura, es más amplia y necesaria la colaboración de la mujer en la vida social, cultural y política de las naciones. La participación de la mujer y de la familia en la vinculación de los hombres y de los pueblos, ahonda y ennoblece el sentido de la amistad, y la unge de un encanto que ellas sólo pueden infundirle. Gracias a todas vosotras, señoras y niñas, que habéis embellecido esta reunión y la habéis perfumado de vuestra gracia.

Gracias a todos vosotros, queridos amigos, que desde los más remotos confines del Continente americano, habéis acudido presurosos a nuestro llamado: colaborando así, dentro de nuestras actividades, a la realización del más alto ideal humano, el único que puede salvar al mundo: el de la fraternización de todos los hombres de buena voluntad a base del mutuo respeto, de la mutua comprensión, de la mutua tolerancia. Es ya tiempo, señores, que la humanidad comprenda que sólo por ese camino llegará a cumplir sus altos destinos, y no por el de la fuerza, que sólo lleva a la ruina y a la destrucción.

No ignoro que en la organización de este Congreso hemos cometido errores, explicables por nuestra falta de experiencia, y por no existir aún una reglamentación que fije a estas reuniones una orientación definida. Rogamos a los buenos amigos que los excusen y nos perdonen. Llevo una lista de ellos, y pienso que será el mejor regalo que ofreceré a los queridos amigos cubanos para que los subsanen y eviten en la organización del próximo certamen que tendrá por sede su bella capital.

Quedamos todos citados para La Habana.

Adiós y muchas gracias.

CORRESPONDENCIA

"Valparaíso, 26 de Enero de 1946. — Sr. Director de los "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA". — Santiago.

Estimado colega:

La "SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE VALPARAISO" acordó en su última sesión, felicitarlo por la fructífera labor desarrollada por Ud. al hacer revivir los "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA", recomendando a sus asociados que colaboren a su obra.

También en esta sesión se acordó que la "SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE VALPARAISO" se subscribiera a un número de dichos "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA".

El suscrito le agradecería a Ud. le enviara, si es posible, los números anteriores de estos Archivos para la Biblioteca de la Sociedad.

Saluda a Ud. atentamente — Dr. JORGE OYARZUN, Secretario de la "Sociedad Oftalmológica de Valparaíso".

AMBASSADE DE FRANCE

(AU CHILI)

"Santiago, le 26 Février 1946. — M. le Dr. BARRENECHEA. — Agustinas 641.

Santiago.

Mon cher Docteur,

Je vous adresse ci-joint quelques photos du Professeur Velter pour votre revue d'Ophtalmologie, comme vous avez bien voulu me le demander. S'il vous faut les clichés, veuillez me le faire savoir; je vous les procurerai aussitôt que possible.

Je suis heureux de saisir cette occasion pour vous dire combien le Professeur Velter, M. l'Ambassadeur et moi-même avons été sensibles à l'accueil que vous avez bien voulu réserver au premier représentant de la France médicale au Chili, depuis la libération de mon pays.

Je serais très heureux d'obtenir pour vous les revues que vous voudrez bien me signaler pour les numéros manquants à vos collections. Dès que vous m'aurez donné les détails nécessaires je les demanderai à Paris.

Croyez, je vous prie, mon cher Docteur, à mes vifs remerciements et à mes salutations les meilleures. — ALPHONSE CREAC'H, Attaché Culturel".

"P. S. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir exprimer au Prof. Espíldora Luque nos sentiments de reconnaissance et de sympathie".

Sociedad Chilena de Oftalmología

SESION EXTRAORDINARIA DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 1945

Bajo la Presidencia del Dr. Italo Martini se abrió la sesión a las 12.45 y con asistencia de los Profesores Espíldora y Verdaguer, de las Dras. Thierry y Candía y de los Dres. Barrenechea, Contardo, Araya, Costa, Charlín V., Moya, Yaluf, Wygnanki, Lama, Villaseca y Brücher.

Se leyó el acta de la sesión anterior, la que fué aprobada.

En seguida el Presidente da cuenta de una carta que ha recibido del Comité del II Congreso Panamericano de Oftalmología en la que se solicita el nombramiento de delegados de la Sociedad Chilena de Oftalmología a dicho Congreso.

Después de un debate en que el Dr. Barrenechea indica que el Gobierno ha nombrado también 5 delegados, la Sociedad acuerda por unanimidad nombrar como sus representantes a estos Delegados, que son: Prof. Espíldora, Prof. Verdaguer, Dr. Barrenechea, Dr. Contardo y Dr. Brücher y además a la Dra. Thierry, Dr. Costa, Dr. Amenábar y Dr. Charlín V. Se acuerda también nombrar Presidente de esta Delegación al Prof. Espíldora y Vice-presidente al Dr. Barrenechea.

El Presidente Dr. Martini presenta su renuncia con el objeto que el Presidente de esta Delegación sea el Presidente de la Sociedad. Se acuerda, por unanimidad, rechazar esta renuncia.

Sobre colocación del busto del Profesor Charlín

La Sociedad acuerda comisionar al Prof. Espíldora para que estudie la posibilidad del financiamiento de este busto con la cooperación de amigos personales del Prof. Charlín.

Siendo las 13.30 se levanta la sesión.

SESION ORDINARIA DEL 26 DE SEPTIEMBRE 1945

Presidencia: Dr. Italo Martini.

Asistencia: Profesores Espíldora, Verdaguer y Dras. Thierry y Moreira y Dres. Barrenechea, Araya, Arentsen, Bitrán, Contardo, Costa, Yaluff, Inostroza, Peralta, Villaseca, Wygnanki, Lama y Brücher.

Leída el acta de la sesión anterior es aprobada.

Se da cuenta de una carta enviada por la Dra. Penticart, desde Río de Janeiro en que comunica que durante las jornadas oftalmológicas del Brasil, los asistentes, de pie, guardaron un minuto de silencio como un homenaje a la memoria del Prof. Charlín Correa.

En seguida el Dr. Costa presenta cuatro enfermos con afecciones graves oculares que fueron tratados con Penicilina.

El primero es un niño que presentaba una herida perforante y que el ex-radiográfico revelaba un cuerpo extraño intraocular alojado en el vítreo; a los 3 días después del accidente el ojo estaba muy doloroso y con una opacidad amarillenta que indicaba un comienzo de Panoftalmi-

tis. Se colocó de inmediato Penicilina 20.000 cada tres horas, lográndose la curación de la infección. Posteriormente se extrajo el cuerpo extraño.

En la actualidad hay una clara atrofia de este ojo y el fondo comprueba una retinitis proliferante.

En un segundo caso se trataba de un hombre de 30 años, que se clavó una astilla en la córnea. Presentaba una herida perforante con hernia del iris; a los pocos días, la cámara anterior aparece ocupada por una masa purulenta. La radiografía comprobó un cuerpo extraño alojado en el Polo posterior cercano al nervio óptico. La visión de este ojo, que era de luz, perdió su proyección. Se procedió a la extracción del cuerpo extraño y a la colocación de 20.000 U. O. de Penicilina cada tres horas, lográndose con esto dominar totalmente el cuadro infeccioso, en cambio la visión quedó reducida a visión de luz con mala proyección, comprobándose, al ex. de fondo, una retinitis proliferante y un desprendimiento retinal.

El tercer caso trata de un hombre que tuvo un traumatismo fronto-orbitario con hundimiento del macizo fronto nasal; el ojo estaba exoftálmico, con gran quemosis, exudados amarillentos en el acuoso y reflejo amarillento del vítreo; gran edema del párpado superior. Al tercer día de este accidente se inyectó Penicilina 20.000 U. O. cada 4 horas, observándose al décimo día de este tratamiento una franca mejoría, no sólo del estado local sino que también general.

Como en los casos anteriores, a pesar de haberse dominado el cuadro infeccioso, la visión queda reducida a 1/100.

El cuarto caso se refiere a una tromboflebitis del seno cavernoso, en el cual la administración de Penicilina obtuvo un franco éxito, lográndose en dos semanas dominar completamente esta grave afección.

El Dr. Barrenechea, junto con felicitar al Dr. Costa manifiesta que la Oftalmología debe de congratularse de poder mejorar la trombo flebitis gracias a la Penicilina.

El Dr. Contardo expresa que él ha obtenido numerosos éxitos con la Penicilina, incluso en otras afecciones como la Iritis en las cuales se había pensado que esta droga no tendría efecto. Manifiesta que las dosis empleadas son bajas y que a su juicio deben emplearse dosis más altas ya que no se han observado nunca síntomas de intolerancia. Al mismo tiempo recomienda el uso local de la Penicilina, ya sea en gotas, pomada, inyecciones subconjuntivales, o retrooculares o en la cámara anterior.

El Dr. Arentsen manifiesta haber obtenido un franco éxito en el tratamiento de un obrero que a raíz de un traumatismo presentaba un absceso corneal con hipopion y en el que inyectó Penicilina en la cámara anterior.

El Dr. Verdaguer obtuvo muy buen resultado en una iritis purulenta secundaria a una herida perforante y en la que inyectó 400 mil unidades en total de penicilina.

A continuación, el Dr. Barrenechea lee un interesante trabajo sobre la atrofia papilar post glaucomatosa, que se incluye in extenso en los Archivos de la Sociedad.

Manifiesta que existen dos tipos de excavación, uno en forma de copa y otro en forma tubular y que esta última tendría la posibilidad

de normalizarse totalmente. Expresa que la histología ha comprobado que la amaurosis glaucomatosa no siempre es de causa mecánica y debida a la excavación, sino que también debido a las alteraciones vasculares que producen la anosmia del nervio óptico. Los casos con graves alteraciones vasculares serían siempre de mal pronóstico, en cambio aquellos en que el sistema vascular está sano se puede esperar siempre éxito con el tratamiento operatorio.

El Dr. Espíldora está de acuerdo con lo expresado por el Dr. Barronechea y manifiesta que el factor vascular produce en el nervio óptico focos de reblandecimiento, que generalmente se unen para formar una gran zona de atrofia y en estos casos se hace imposible toda futura reparación.

Siendo las 13.30 se levanta la sesión.

SESION EXTRAORDINARIA DEL DIRECTORIO DEL 11 DE OCTUBRE DE 1945

Se abre la sesión a las 7.45 horas bajo la presidencia del Dr. Italo Martini, con asistencia del Prof. Cristóbal Espíldora y de los doctores René Contardo y Hernán Brinck.

El Presidente Dr. Martini se refiere a la colocación del busto del Prof. Carlos Charlín C., en la Clínica de Oftalmología del Hospital del Salvador. El busto será colocado en un pedestal de piedra que llevará esculpidas en letras de bronce lo siguiente: "Homenaje de gratitud de la Sociedad Chilena de Oftalmología a su socio fundador y Presidente honorario Prof. Carlos Charlín Correa".

Respecto de la ubicación del busto se acuerda consultar a la familia del Prof. Charlín y se designa a los doctores Martini y Contardo para llevar estas ideas a la realidad.

Se comisiona a los Profesores Martini, Espíldora y Verdaguer para hablar con el Director del Hospital del Salvador para el cambio de nombre de la Clínica de Oftalmología por el de "Clínica de Oftalmología Prof. Carlos Charlín", lo que será colocado en el frente de la Clínica, junto con lo siguiente: "Fundada en 1925, por D. Carlos Edwards".

La ceremonia inaugural de la Clínica y del busto se efectuará en las reuniones anuales de clausura.

El Dr. Martini presenta un proyecto para la creación del Curso de post-graduados, el cual es aprobado por el Directorio y se acuerda someterlo al estudio y aprobación de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

El Prof. Espíldora propone que este proyecto lo haga suyo la delegación chilena al Congreso Pan Americano de Oftalmología, que se realizará próximamente en Montevideo, presentando un voto para la creación de una pauta para la formación de especialistas.

El Dr. Contardo propone que la iniciación de estos cursos se haga en el año 1946, aunque sea en forma restringida, uno para médicos generales, y otro para especialistas. El primero preparará al médico general a reconocer afecciones oculares comunes y a relacionar las afecciones oculares con los trastornos generales. El curso especial será para oculistas o candidatos a oculistas.

Se levanta la sesión a las 9.15 horas.

SESION ORDINARIA DEL 17 DE OCTUBRE DE 1945

Presidencia: Dr. Italo Martini.

Asistencia: Profesores Espíldora y Verdaguer; Dr. Alexis Agüero, de Costa Rica; Dr. Guillermo Münich, de Valparaíso; Dras. Thierry, Moreira y Candia, y Dres. Barrenechea, Inostroza, Gutmann, Amenabar, Araya, Arentsen, Bitrán, Brücher, Contardo, Costa, Charlín V., Yaluff, Villaseca, Villalón. Wygnanki, Lama y Olivares.

Se abre la sesión a las 12 A. M., dándose lectura al acta de la sesión anterior, la que es aprobada.

El Dr. Martini pide a los asistentes que la cuenta sea leída en la próxima sesión con el objeto de ser oída una exposición sobre discromatopsia y Tránsito, que hace el Dr. Guillermo Münich, de Valparaíso.

El Dr. Münich hace uso de la palabra manifestando que ha leído el informe de la Comisión sobre esta materia, concordando él en varios puntos con este informe, pero a su juicio la cifra de Daltónicos alcanza a un 4%; termina proponiendo cuatro conclusiones, que son:

1.— En la señalización del tránsito por medio de signos luminosos o de colores debe tomarse en cuenta la frecuencia del daltonismo (4%). Con este objeto, el rojo debe tener un tinte anaranjado y el verde un tinte azulejo, dejando el amarillo como signo de atención entre ambos.

2.— Para controlar la selección de estos colores debe emplearse una persona que padezca de daltonismo, quien podría distinguir fácilmente el verde del rojo, sabiendo que el primero tiene un tinte azulejo y que el rojo es anaranjado.

3.— En los exámenes oftalmológicos para obtener autorización para conducir no debe considerarse el daltonismo como impedimento, siempre que la agudeza visual sea buena y el interesado pueda distinguir el verde del rojo en las condiciones arriba mencionadas.

4.— Sería conveniente divulgar estos acuerdos para que fuesen aceptados y seguidos en los demás países, ya que cada día se hace más intenso el tránsito movilizado y más extensa la señalización en colores.

5.—La Sociedad aprueba estas cuatro conclusiones agregándole una quinta a petición del Dr. Martini, en el sentido de que cada color, en las semáforas tenga una forma diferente.

Se acuerda enviar estas conclusiones a la Dirección del Tránsito de Santiago y una copia al Presidente de la Delegación que va al Congreso de Montevideo, con el objeto de que las dé a conocer en este torneo.

Igualmente se comisiona al Dr. Brücher para que estudie con los daltónicos la intensidad necesaria para el cambio de colores de las semáforas del tránsito.

A continuación, el Dr. Martini lee un interesante proyecto sobre curso de Post-Graduados.

A petición del Prof. Espíldora se acuerda sacar copias de este proyecto y repartirlas a todos los oculistas con el objeto de ser considerado en una sesión especial.

A continuación el Dr. Araya lee un interesante trabajo de incorporación como Socio Activo, titulado: "Estudio Clínico de la Hipovitaminosis A en el lactante. Test de queratinización conjuntival". Este tra-

bajo ya había sido aprobado por una comisión especialmente designada, para su revisión, de acuerdo con los estatutos.

El Dr. Martini felicita al Dr. Araya por su brillante exposición, congratulándose de su ingreso como Miembro Activo de la Sociedad.

Se publica "in extenso" en este número de Archivos Chilenos de Oftalmología.

El Dr. Alexis Agüero muestra una interesante fotografía de un queratocono bilateral operado con injerto de córnea, según el método de Castroviejo, y en que se obtuvo una mejoría notable de la visión de 1/10 a 7/10.

Siendo las 13.30 P. M. se levanta la sesión.

SESION ORDINARIA DEL 31 DE OCTUBRE DE 1945

Presidencia: Dr. Italo Martini.

Asistencia: Profesores Espíldora y Verdaguer; Dras. Thierry y Moreira y Dres. Barrenechea, Contardo, Camino, Amenabar, Araya, Arentsen, Charlín Vicuña, Moya, Santos, Peralta, Villaseca, Lamas y Brücher.

Se abre la sesión a las 7.45 P. M., dándose lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada.

En seguida se procede a colocar la fotografía del Profesor Carlos Charlín Correa en la sala de clases y de sesión de la Sociedad, acto que realiza el Profesor Cristóbal Espíldora, quien a continuación expresa lo siguiente: "Aquí no había podido hacerse una mejor elección que colocar el retrato del gran maestro en la sala de clases, donde su persona se mostró en toda su magnífica amplitud de educador. Con esta sencilla ceremonia la Sociedad reafirma ante su memoria, de seguir el brillante camino que nos señaló, ya que el Profesor Charlín es para nosotros, nuestro gran orgullo, y nos deja la enorme responsabilidad de mantener la especialidad ante los ojos del mundo, en un pie de esplendor tan firme como él la dejó".

A continuación, el Dr. Villaseca presenta un interesante caso de Menigitis luética, trabajo que se incluirá in extenso en los Archivos de la Sociedad. Se trataba de una enferma en que había compromiso del segundo par, tercer par, cuarto par y en todas las ramas del quinto par. El Dr. Villaseca explicó perfectamente la total sintomatología de esta enferma, que fué mejorando con el tratamiento específico correspondiente. El Dr. Verdaguer, junto con felicitar al Dr. Villaseca, por su brillante exposición, dice que el hecho de que la enferma tuviera una queratitis, habiendo ptosis palpebral hablaría en contra de la teoría de los microtraumatismos y en favor de los que opinan que estas queratitis se originan por alteraciones del metabolismo celular, debido a la falta de elementos nerviosos.

El Dr. Espíldora explica por que no hubo compromiso del sexto par, lo que se debe a que éste se hundió de inmediato, quedando fuera de la fosa media cerebral.

A continuación el Dr. Espíldora habla sobre un caso de Oftalmía simpática, que se produjo en un enfermo que sólo había tenido una ruptura traumática escleral subconjuntival sin compromiso del iris, y sin

alteraciones del cristalino. Este enfermo perdió totalmente la visión del ojo traumatizado y quedó con visión de bultos en el ojo simpatizado. Este trabajo se incluyó in extenso en los Archivos de la Sociedad. N.º 9, pág. 26.

Siendo las 8.45 P. M. se levantó la sesión.

SESION ORDINARIA DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 1945

Presidencia del Prof. Cristóbal Espíldora L. y con asistencia de las Dras. Thierry, Candia y Moreira y Dres. Barrenechea, Verdaguer, Amenabar, Araya, Brinck, Richard, Camino, Moya, Santos, Villaseca, Lama, Brücher y Villalón.

La Dra. Thierry presenta un caso de Uveitis tuberculosa. Se trataba de una niña de 14 años, con disminución de la visión de O. I. de 1/30. Al examen se comprueba pupila miótica, irregular, grandes precipitados en la Descemet, reflejo amarillento vítreo, los exámenes de Wass y Kahn son negativos.

La enferma era pálida, delgada; hacía 5 años tuvo una afección pulmonar. Actualmente la radioscopia del Tórax es negativa.

Se hace un tratamiento con Tuberculinoterapia obteniéndose un éxito; la cámara anterior se limpia, desaparece el reflejo amarillento vítreo y la visión mejora a 5/30. Se trataba, en resumen, de una Uveitis Tbc., que respondió bien al tratamiento tuberculínico.

A continuación el Dr. Richard presenta un importante trabajo sobre tratamiento tuberculínico, recalcando la importancia de un examen completo, averiguación prolija de los antecedentes hereditarios y personales de la enferma y estudio del síndrome tóxico que es característico de la Tuberculosis oculta.

A continuación, el Dr. Espíldora manifiesta que él tuvo un enfermo de 28 años, que presentaba una hemorragia vítrea no absorbible. No había antecedentes pulmonares ni luéticos.

Se hizo primero tratamiento anti-sifilítico sin ningún resultado, secundariamente se dió Penicilina y por último se empleó Tuberculina, obteniéndose un éxito franco, con mejoría de la visión a 5/20.

A continuación, el Dr. Villaseca recalca el hecho de que en la enferma que presentó en la sesión anterior, pudo observarse en detalle las distintas etapas de su queratitis neuro paralítica. Primeramente observó un edema epitelial, secundariamente zonas de queratitis epitelial, la que se hizo generalizada, observándose una exfoliación de todo el epitelio corneal y posteriormente se presentó la infección con sus respectivas úlceras. Manifiesta que en el ojo ocluido hubo mayor gravedad de esta queratitis.

El Dr. Espíldora manifiesta que el Prof. Velter irá a Montevideo y que él ha recibido encargo de la Facultad para invitarlo a Chile; se acuerda también invitarlo a nombre de la Sociedad.

Siendo las 20.30 se levanta la sesión.

SESION DE DIRECTORIO DE 27 DE DICIEMBRE DE 1945

Se abrió la sesión a las 20.30 horas con asistencia del Presidente, Dr. Italo Martini, del Vice-presidente, Dr. Cristóbal Espíldora Luque y

del Tesorero, Dr. René Contardo Astaburuaga. Asistió también el Dr. Santiago Barrenechea, invitado por el Directorio.

Se acordó realizar el 2 de Enero de 1946, la sesión en la cual la Delegación Oficial al Congreso Pan Americano de Oftalmología de Montevideo, dará cuenta de su misión, encargándose de ello el Prof. Espíldora Luque.

El 9 de Enero de 1946 se realizará la sesión de clausura de la Sociedad en la que se dará cuenta de la labor científica y administrativa del año 45 y se entregarán los diplomas de la Sociedad a los Dres. Adrián Araya y Abel Jarpa, que han cumplido los requisitos para incorporarse como miembros activos.

Se acordó activar los acuerdos tomados por la Sociedad, como homenaje a la memoria del Prof. Carlos Charlín Correa.

Se levanta la sesión a las 21.40 horas.

SESION ORDINARIA DEL 2 DE ENERO DE 1946

Se abre la sesión a las 7.30 P. M. bajo la presidencia del Dr. Martini y con asistencia de las Dras. Candia, Moreira, Echeverría y Thierry; y de los Dres. Espíldora, Barrenechea, Verdaguer, Mujica, Camino, Villaseca, Moya, Araya, Arentsen, Santos, Charlín Vicuña y Brinck, que actuó de Secretario.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Se da cuenta:

1.—De una nota de la Sociedad Chilena de Transfusión y Hematología, invitando a su reunión anual. Se acuerda contestar, agradeciendo esta invitación.

2.—De una nota del Doctor Moacyr Alvaro, en que se pide nombrar relator oficial único al próximo Congreso Pan Americano que se celebrará en La Habana, señalando el tema que tratará. Se designa al Prof. Juan Verdaguer, sobre el tema "Desprendimiento de retina".

3.—De una nota, también del Doctor Moacyr Alvaro, explicando la formación de la nueva entidad "Asociación Pan Americana de Oftalmología", sus finalidades, representación y financiación. Se acuerda contestar adhiriendo.

A continuación el profesor Espíldora Luque, en su calidad de Presidente de la Delegación Chilena al Congreso de Montevideo, da cuenta en una detallada exposición, del trabajo y enseñanzas que se obtuvieron a raíz de este Congreso.

Se produce acuerdo unánime para publicar esta interesante exposición en la Prensa y en la Revista Chilena de Oftalmología.

El Profesor Espíldora manifiesta que tiene dos trabajos muy crudos, para publicar en la prensa, con el objeto de hacer ver al público la importancia que realmente tiene nuestra especialidad Oftalmológica y que desgraciadamente es la Cenicienta para la Dirección de Beneficencia y otras reparticiones.

Insiste con vehemencia el Dr. Espíldora en la gran importancia que tiene el hecho de mejorar las actuales clínicas hospitalarias.

Hay acuerdo en que la mesa de la Sociedad de Oftalmología haga peticiones que tiendan a mejorar el instrumental de trabajo.

En seguida, el Dr. Villaseca presenta un interesante trabajo sobre un caso de "Miastenia grave", que se incluye in extenso de los Archivos de la Sociedad.

A continuación el Dr. Moya presenta un caso sobre herida corneal tratada con penicilina, y en que obtuvo un franco éxito.

Siendo las 20.45 se levantó la sesión.

SESION ORDINARIA DEL 9 DE ENERO DE 1945

Presidencia del Dr. Italo Martini.

Asistencia: Profesores Espíldora y Verdaguer; Dres. Barrenechea, Mujica, Santos, Amenábar, Moreira, Charlín, Yaluff, Brinck, Thierry, Peralta, Candía, Inostroza, Villaseca, Araya, Arentsen, Camino, Contardo y Brücher.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Se da cuenta de una carta del Dr. Moacyr E. Alvaro, en que solicita cooperación para la formación de la Federación Pan-Americana de Sociedades de Oftalmología; se acuerda acceder a lo solicitado.

Tabla: 1.— Discurso pronunciado por el Profesor Espíldora en la sesión solemne de Delegados al Congreso de Oftalmología de Montevideo, en el Senado de la República y bajo la Presidencia del Excmo. señor Amézaga, Presidente de la República Uruguaya. El Profesor Espíldora pronuncia su discurso, el cual es aplaudido por todos los asistentes, acordándose publicarlo íntegramente en la Revista de la Sociedad.

2.—Memoria Anual del Sr. Presidente, Dr. Italo Martini.

El Sr. Presidente da lectura a la Memoria correspondiente al año 1945, que es aprobaba por unanimidad.

MEMORIA DEL PERIODO 1945-1946, LEIDA POR EL PRESIDENTE DR. ITALO MARTINI Z.

Estimados colegas:

El fallecimiento de nuestro recordado fundador y Presidente Honorario Prof. D. Carlos Charlín Correa ha marcado para la Sociedad Chilena de Oftalmología, el año de 1945, como aciago. En él perdimos a' guía y consejero y, huérfanos de su dirección nos agrupamos fieles a su recuerdo alrededor de su enseñanza y su doctrina para continuar, inspirados en su memoria, la obra que le fué predilecta. La consternación producida por su fallecimiento y que continúa embargándonos, fué compartida por la ciudadanía chilena, haciéndose patente en la solemnidad y sentimiento de las honras fúnebres y en muchas otras manifestaciones de condolencia, tanto del país como del extranjero. La tribuna parlamentaria, la Universidad, la prensa y muchas instituciones dejaron público testimonio del pesar que tan grande pérdida significaba para la oftalmología y para la Patria. Sobre el ascendiente de su figura oftalmológica, universitaria y humana en el extranjero dan fe las muchas manifestaciones de solidaridad en el duelo efectuadas por las asociaciones oftalmológicas del continente, rendidas colectivamente y en sesión. Ellas

culminaron en el homenaje que le fué rendido en el Congreso de Montevideo en que los asistentes de pie escucharon las emocionadas palabras del Secretario General, Doctor Rodríguez Barrios. Una vez más, en este recinto que fué el engaste preferido para el brillo de su alma de elección, reunidos fraternalmente invocamos su espíritu para que proteja el favorable desarrollo de nuestras actividades científicas y societarias. Reunidos en sesión general en esta sala el 12 de septiembre de 1945, tomamos acuerdos para celebrar su memoria: se daría su nombre a esta clínica, se instituiría un premio periódico para la mejor publicación científica, se colocaría su retrato en salón de sesiones y se propiciaría que todos los servicios oftalmológicos del país colocaran su efigie en lugar preferente en sus respectivos locales: se publicaría un número especial de nuestra revista, se erigiría un busto en medio del jardín. —frente al edificio de la Clínica. Se están cumpliendo estos acuerdos: el número especial de la revista, de severo aspecto y conteniendo lo más selecto de la literatura necrológica, está ya desde hace tiempo en vuestras manos: el retrato está ya entre nosotros rememorando la suave y benévola mirada del Maestro. Una solicitud dirigida al Señor Director General de Beneficencia, tramitada por el favorable conducto del señor Director de este Hospital, se encuentra en vías de acuerdo para dar su nombre a este plantel de labor oftalmológica. Por fin, en sesión especial, el Directorio, usando las facultades que se le otorgaron, se ocupó del monumento, usando las facultades que se le otorgaron, se ocupó del monumento: el busto en bronce, obscurio de la familia del Prof. Charlín, será colocado sobre un pedestal de material noble, según el modelo que presento y ubicado en medio del prado frente a la puerta de la galería sur del piso bajo. La propuesta de construcción del pedestal fué estudiada por el Directorio en otra sesión especial, en la que se resolvió esperar nuevos informes antes de decidir al respecto, tratándose de una obra que ha de ser digna y duradera.

Fruto del ascendiente moral y de la influencia de las doctrinas del Maestro extinto, fué la determinación de un grupo de fisiólogos, que reunidos en esta misma sala y con la cooperación nuestra, fundaron un centro de estudios médicos que lleva su nombre. De preferencia se seguirá en este Centro el camino abierto en el estudio y aplicación de la tuberculino terapia. Si en el desarrollo de sus labores se sigue aplicando el entusiasmo y actividad que prodigaron sus iniciadores, los Doctores Abásolo y René Miranda, se erigirá así otro monumento espiritual que perpetuará en el tiempo la obra inspirada por nuestro Presidente Honorario.

De gran significación afectiva es la placa recordatoria que la Delegación Cubana al Congreso Pan Americano de Oftalmología, quiso dejar a su paso por Santiago colocada en el local que fué la obra material más importante del Prof. Charlín. Los Doctores Tomás Yanes y Miguel Branly, en conceptuosos discursos de dedicación, expresaron el sentir de la Universidad y de los oftalmólogos cubanos, dando así una prueba de la solidaridad americana a través de sus hombres de estudio. La ceremonia de entrega adquirió carácter oficial por la presencia del Señor Embajador de Cuba y de las autoridades de la Beneficencia y de la Dirección del Hospital, del Señor Decano de la Facultad, y de la numerosa y representativa concurrencia de jefes de sección y de servicio de este y

otros hospitales. Fué para mí un gran honor que se me entregara la representación del Director de este Hospital y la del personal de este servicio para que agradeciera a la Delegación Cubana su noble gesto de afecto y de respeto al ilustre desaparecido. La placa, hermosa en su severa sobriedad, fué colocada en la galería que conduce a la sala de clase, sitio escogido por ser paso obligado de los alumnos a la sala de clases.

Si el año 1945 ha sido un año aciago para la Sociedad Chilena de Oftalmología: ha sido también un año crucial; privada de la dirección de su fundador y maestro, se encuentra ahora sola frente a su destino. Ahora es cuando ha de demostrar su capacidad de supervivencia y desarrollo, su aptitud para afrontar sólidamente cohesionada el nuevo rumbo y significación que van tomando las Sociedades de especialistas. Desde luego declaro con orgullo y satisfacción que ha comenzado bien: lo demuestra la actuación de sus delegados al Congreso de Montevideo y el rendimiento científico del año pasado, de que pronto daré cuenta.

Bajo el peso de la pérdida sufrida con la muerte del Prof. Charlín, la Sociedad no obstante continuó su obra y nombró la delegación que había de representarla, constituida por los doctores Espíldora, como Presidente; Barrenechea, como vice-presidente y de los colegas Dra. Thierry, doctores Contardo, Brücher, Costa y Charlín Vicuña. Sobre cómo desempeñó su cometido esta Delegación, ya tenéis conocimiento por el informe leído por su presidente, el Prof. Espíldora, leído en la última sesión. En él se deja constancia de la gran consideración de que goza la oftalmología chilena, expresada al entregar a la elocuente palabra del jefe de nuestra Delegación la representación de los oculistas de habla española, en la sesión inaugural del Congreso. Señalo al aplauso y a la gratitud de vosotros la forma brillante como el Prof. Espíldora desempeñó su representación, confirmando en el ánimo del numeroso público asistente, en tan solemne ocasión el efectivo valer de nuestros exponentes oftalmológicos y la confianza con que rica de tales hombres puede mirar el porvenir la Oftalmología Chilena. He pedido en mi nombre y en el de los demás socios que no fuimos a Montevideo, que el Profesor Espíldora leyera en esta sesión el discurso que pronunció entonces, permitiéndonos así al escucharlo reunidos, revivir mentalmente esos momentos de exaltación para nuestra Patria.

No me extiendo sobre el mérito de los trabajos presentados por los oculistas chilenos, porque ya se ha hecho elogiosa referencia a ellos en la relación del Prof. Espíldora; pero yo he de agregar en nombre de la Sociedad el agradecido reconocimiento por la valiosa demostración de eficiencia en la que hicieron evidente su preparación y las severas normas de nuestra escuela.

Vaya también la expresión de nuestra gratitud a la doctora Thierry y al Dr. Barrenechea, que en sus respectivos puestos contribuyeron con su dinamismo e influencias a que los oftalmólogos chilenos acudieran en número considerable a realzar el éxito del importante concilio científico.

En el Congreso de Montevideo se tomaron determinaciones importantísimas para el futuro de las Sociedades Oftalmológicas, las que asumirán funciones representativas de tal importancia que las llevarán mucho más allá de las que actualmente tienen como agrupaciones particu-

lares de especialistas para convertirlas en organismos públicos de acción social y colaboradoras reconocidas de la función educacional del Estado. Reunidas además en una organización internacional sus acuerdos producirán efecto y beneficios amplios y de trascendencia: A esto me refería hace poco, al decir que el año 1945 era también un año crucial: nuestra sociedad debe prepararse a contribuir con su trabajo, su prestigio y sus hombres a la realización de este vasto programa.

Otra decisión importante del Congreso, es la relativa a los cursos de post-graduados, en los que las sociedades de especialistas están llamadas a desarrollar de acuerdo con las Universidades una extensa e importantísima obra educacional.

Con viva satisfacción constato que van camino de realizarse las aspiraciones que dejé expuestas el año pasado, en las palabras que pronuncié al entregar los diplomas de socios y en las que hacía resaltar la significación del diploma exaltando la jerarquía y las responsabilidades que representa. Vamos viendo como las sociedades de oftalmología, reconocidas ya para el próximo Congreso de La Habana, como representantes exclusivas de la oftalmología de cada país, van ampliando su importancia, al punto que la dignidad de socio de ellas significa una situación profesional expectable y ambicionada.

En cuanto a los cursos de post graduados es también motivo para mí de complacencia el que nuestra sociedad haya prestado su atención al proyecto que tuve el honor de presentarle el año pasado antes del Congreso de Montevideo y que ha quedado en estudio. No estamos pues rezagados en la consideración de esta importante materia, ya que posteriormente los acuerdos de Montevideo, a los que Chile adhirió, nos encontraron con trabajo preparado y prevenidos para abordar el problema. Como lo preveía en mi exposición, estos cursos pueden transformarse en un vehículo de entendimiento intelectual internacional de provechosísimas proyecciones.

El camino ascendente que nuestra sociedad tiene que recorrer y los horizontes que se le abren, quedan en estas sumarias consideraciones claramente señalados y es nuestro deber y será nuestro orgullo recorrerlo con el celo, la fe y la constancia que caracterizan la escuela en que nos hemos formado.

Pasaré ahora a dar cuenta de las actividades sociales ordinarias durante el año 1945. Empezaré recordando la visita que nos hizo el Prof. Harry Gradle, que dejó entre nosotros tan simpáticos recuerdos. Sus conferencias, en especial la que versó sobre el glaucoma, despertaron sumo interés y gracias a la gentileza del autor se pudo una de ellas publicar en nuestra revista. El nombre del ilustre Profesor enaltece nuestro elenco de honorarios por acuerdo tomado en asamblea; el diploma correspondiente le fué entregado en una sesión especial en la que se oyeron conceptos muy promisorios para la coordinación de las actividades ofmatológicas continentales; al recordar en esta ocasión la estada del Profesor Gradle entre nosotros, hago votos por el pronto restablecimiento de su salud quebrantada.

Aunque las sesiones ordinarias empezaron con la celebrada el 25 de Abril, el Directorio actual fué elegido en la del 12 de Mayo de 1945 y quedó constituido por el que habla como presidente, el Profesor Cris-

tobal Espíldora, como vice-presidente; el Dr. Miguel Millán, como secretario; el Dr. René Contardo, como tesorero y el Dr. Hernán Brink, como pro-secretario. Director de la Revista, el Dr. Santiago Barrenechea y Secretario del Comité de redacción de la misma, el Dr. Juan Arentzen. No hubo más cambio en el curso del año que el del Secretario, cargo que debió dejar el Dr. Millán, por motivo de su viaje de estudios a Europa. Fué designado para reemplazarlo el Dr. René Brücher, actualmente en funciones.

Se verificaron en 1945 hasta hoy, 9 de Enero de 1946, 15 sesiones, con una asistencia media de 21 miembros por sesión, más de los 2/3 de los asociados residentes en Santiago. La disminución del porcentaje de asistencia en comparación con el año 1944, se debe a que, además del fallecimiento del Prof. Charlín, asiduo asistente, hay tres asociados en el extranjero y otros tres de los que siempre concurrían, en provincias. En cambio, a pesar de las interferencias, aumentó en uno el número de sesiones y en 6 el número de trabajos leídos en reunión. Además el Directorio ha celebrado tres sesiones especiales de que hay acta, para resolver cuestiones administrativas de importancia y algunas otras reuniones no oficiales para resolver cuestiones de detalles secundarios. Se han leído en el año 29 trabajos, cuya distribución es como sigue: Prof. Carlos los Charlín, 2; Profesor Espíldora, 3; Profesor Verdaguer, 1; Dr. Barrenechea, 2; Dres. Barrenechea y Contardo, 2; Dr. Contardo, 1; Dra. Thierry, 1; Dra. Candia, 1; Dr. Costa, 1; Dr. Brücher, 1; Dr. Bernasconi, 1; Dr. Charlín Vicuña, 1; Dr. Moya, 1; Dr. Villaseca, 3; Dr. Araya, 3 y Dr. Olivares 1. Cuento también las interesantes comunicaciones del Dr. Guillermo Münche, de Valparaíso, del Dr. Alexis Aguero, de Costa Rica; Contreras Strak, que disertó sobre transiluminación dentaria y la del Dr. Richard, todos ellos concurrentes a nuestras sesiones, a quienes agradezco que nos hayan traído la contribución de sus experiencias.

En cambio no cuento en esta enumeración los cinco trabajos presentados por nuestros delegados al Congreso de Montevideo y a los que ya me he referido. Tampoco se computa en esta reseña el trabajo mío sobre creación de cursos de especialización para post-graduados, que aunque no de carácter técnico propiamente dicho es, no obstante, de importancia general oftalmológica y significa también aporte de estudio y de trabajo.

Del análisis de este conjunto de trabajos se pueden hacer las siguientes observaciones:

1.— Aunque buen número de trabajos estén constituidos por el comentario metódico de casos difíciles o con peculiaridades de interés, ha habido este año incremento en la presentación de temas de conjunto, todos ellos de gran utilidad práctica de observación y crítica científica.

2.— Siguen nuestras sesiones despertando interés entre los socios residentes en provincia o en el extranjero, los que se mantienen por correspondencia en contacto con nosotros. Pero también médicos que no forman en nuestras filas oftalmológicas y dedicados a otras especialidades, como los Dres. Münich, Richard y Contreras Stark, llegan a nuestro auditorio a establecer y mantener con la sociedad provechosas y alentadoras relaciones.

3.— Los temas preferidos han sido los de la tuberculinoterapia y la Penicilinoterapia. De tuberculina se han ocupado en trabajos exclusivos 6 de nuestros socios. De Penicilina, hay 2 trabajos de conjunto y 3 referentes a casos aislados.

No me referiré extensamente en esta Memoria a la marcha de la publicación de nuestro órgano oficial "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA", porque lo hará en sus detalles administrativos su Director, el Dr. Barrenechea. Destacaré si la satisfacción con que constatamos su progreso y la forma como mantiene la seria actitud científica que le corresponde. El esfuerzo que significa, tanto en el orden técnico cuanto administrativo y financiero, debemos reconocerlo con gratitud e indico a vuestro aplauso caluroso la labor que el Dr. Barrenechea y Don Francisco Saval desarrollan, cada cual en su órbita de acción, con entusiasmo y sacrificio. Recibirán este año su diploma de miembros activos el Dr. Abel Jarpa, actualmente en provincia y el Dr. Adrián Araya. Este último presentó en el curso del año su trabajo de ingreso que versó sobre "Test de queratinización". El Dr. Jarpa que ya tenía su trabajo presentado cumplió el tiempo reglamentario para obtener su calidad de miembro activo. A ambos mis más cordiales felicitaciones.

Se han seguido manteniendo con las sociedades afines las amistosas relaciones habituales, con lo que ya se ha hecho rutinario consultar a las respectivas entidades especializadas las cuestiones de mútuo interés.

Termino esta reseña, agradeciendo la confianza y estimación que me habéis dispensado al designarme para el cargo de Presidente; mi labor ha sido facilitada por el inteligente, constante y benévolo apoyo de los demás miembros del Directorio a quienes expreso también mi más profunda gratitud. Su ayuda me ha sido preciosa en este año, en que la representación social ha debido ser particularmente activa.

Confiado en vuestro benévolo juicio termino esta reseña esperando que él merezca vuestra aprobación.

Dr. Italo Martini Z.

Santiago, 9 de Enero de 1945.

4º. — CUENTA DEL TESORERO

El Dr. Contardo da cuenta del movimiento habido en Tesorería, que es aprobado por unanimidad.

Durante el año 1945. la Sociedad de Oftalmología ha reunido un total de entradas de \$ 7.200, por concepto de las cuotas de socios fundadores, activos o adherentes.

Los gastos han ascendido a la suma de 5.558.90, distribuídos en la siguiente forma:

- a) Envío de los Archivos Chilenos de Oftalmología, órgano oficial de la Sociedad, tanto en el país como en el extranjero, gastos que por acuerdo del Directorio, han corrido por cuenta de la Sociedad, tanto en lo que se refiere a franqueo postal como a los sobres, lo que suma \$ 716.40

b)	Gastos de Secretaría	\$ 806.—
c)	Homenajes de la Sociedad en los fallecimientos del Prof. Carlos Charlín Correa y del señor padre del pro-secretario Dr. Hernán Brink	\$ 1.562.—
d)	Gastos originados por la ceremonia de la colocación de la placa recordatoria del Prof. Carlos Charlín C., en la Clínica Oftalmológica del Hospital del Salvador, por la delegación cubana al 2º Congreso Pan Americano de Oftalmología y homenaje rendido a los miembros de esta delegación	\$ 1.967.50
e)	Comisión de la cobranza de la cuota de los socios	\$ 492.—
f)	Gastos de la cuenta bancaria, ya que este año la Sociedad ha abierto una cuenta para guardar los fondos sociales	\$ 15.—

Queda un saldo a favor del año 1945, de \$ 1.641.10, que unidos al remanente del año 1944, que alcanza a \$ 4.763.60, dan un total a favor de la Sociedad de \$ 6.404.70, a lo que hay que agregar las cuotas de socios cobradas en Enero del presente año, que ascienden a \$ 756, descontada la comisión de cobranza, lo que hace un total favorable de pesos 7.160.70.

Quedan numerosas cuenta por cobrar, atraso debido a la ausencia de mucho de nosotros en el Congreso de Oftalmología de Montevideo, lo que hará aún más favorable nuestro balance y permitirá que la Sociedad de Oftalmología lleve a la realidad el homenaje prometido y que merece la memoria del Prof. Carlos Charlín.

La experiencia de dos años en el cargo me hacen insinuar la idea de cobrar una cuota más equitativa, en el sentido de cobrar mayores cuotas a los oculistas de más años de profesión, profesores y jefes de servicio y una cuota menor a los oftalmólogos jóvenes, con pocos años de profesión.

En esta ingrata labor de tesorero hay que soportar muchas incomprendiones, sin embargo el apoyo y el estímulo que me ha significado la aprobación del directorio y de muchos de mis colegas me han alentado para sobrellevar esta tarea. A todos ellos, muchas gracias.

ESTADO ACTUAL DE LA TESORERIA 1945

Entradas por cuotas de socios durante 1945.	\$ 7.200.—
Gastos durante 1945	" 5.558.90
	<hr/>
Saldo a favor	\$ 1.641.10
Saldo a favor de 1944	\$ 4.763.60
	<hr/>
Total al 31 de Diciembre de 1945	\$ 6.404.70
Cuotas de socios pagadas en Enero de 1946	\$ 756.—
	<hr/>
Dinero en caja en la actualidad	\$ 7.160.70

Dr. RENE CONTARDO ASTABURUAGA
Tesorero

Santiago, 9 de Enero de 1946.

5° — REVISTA DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

El Dr. Barrenechea da cuenta del estado de la publicación de la Revista, la que se ha mantenido con regularidad, a excepción del N° 8, que fué de carácter extraordinario. Termina solicitando de los señores socios, mayor colaboración para la Revista.

Manifiesta que la Revista ha sido repartida a todas las Sociedades Oftalmológicas extranjeras y que ha tenido el agrado de recibir felicitaciones de eminentes Oftalmólogos.

Se mantiene también un intercambio permanente con numerosas Revistas Oftalmológicas, las cuales están a disposición de los señores socios.

5°— Entrega de diplomas.

El señor Presidente hace entrega de Diplomas a los Doctores Adrián Araya C. y Abel Jarpa V., entregándose este último en ausencia del interesado, al Dr. Contardo.

Siendo las 20.45 se levantó la sesión.

SESION DE DIRECTORIO DE 15 DE FEBRERO DE 1946
A LAS 7.30 P. M.

Con asistencia de todos sus miembros se reúne el Directorio y toma conocimiento por informe del señor Presidente, que según informe verbal que ha recibido personalmente del Señor Embajador de Francia, llegará a Chile, en la noche de hoy el Profesor Edmundo Velter, Profesor titular de Oftalmología de la Universidad de París.

El Prof. Espíldora y el Dr. Barrenechea, como también el Presidente, dicen haber recibido sendas cartas del Profesor francés anunciándoles su venida, con el propósito de establecer relaciones directas con los Oftalmólogos chilenos, dar a conocer las condiciones de trabajo científico en Francia durante la guerra y coordinar el intercambio de informes y publicaciones.

Dada la alta situación científica y decente y los lazos que se mantienen con la Oftalmología francesa, se acuerda por unanimidad cooperar al éxito de la misión del ilustre Profesor para lo cual se le invitará a visitar los servicios hospitalarios y a exponer sus ideas en una sesión extraordinaria de la Sociedad, que se verificará el día 20 de Febrero.

Como un homenaje a la personalidad científica del Profesor Velter y a la oftalmología francesa que representa, se acuerda también, por unanimidad otorgarle el título de miembro honorario de la Institución, entregándole el diploma en la misma ya referida sesión extraordinaria.

Se levanta la sesión a las 8 P. M.

SESION EXTRAORDINARIA DEL 20 DE FEBRERO DE 1946

Se abre la sesión a las 11.50 A. M. en el Auditorio del Salvador, con la asistencia de los Profesores Constant, Asenjo, Espíldora, Martini y Verdagner, Dras. Thierry, Moreira, Candia y Echeverría y Dres. Mujica, Camino, Moya, Villaseca, Santos, Arentsen, Araya, Brinck, Charlín V., Wygnanki, Contardo, Roca, Contreras y Brücher.

El Vice-Presidente, Prof. Espíldora, toma la palabra y presenta al Prof. Velter, cuyas actividades científicas y docentes enumera en una clara y elogiosa exposición.

Usa luego de la palabra el Prof. Velter, quien relata las difíciles condiciones extraordinarias, tanto morales cuanto materiales, a que dió lugar la guerra europea.

En Francia, la división del territorio en dos porciones, hizo precarias las comunicaciones del Norte con el Sur y en la zona ocupada hubo interferencias en las reuniones científicas y dificultades en las publicaciones por las restricciones impuestas por la organización militar ocupante. Había también escasez de material quirúrgico, de curación y de laboratorio.

Actualmente, aunque no totalmente normalizadas las condiciones, se pueden considerar ya restablecidas; se han reanudado las publicaciones que fueron suspendidas y se pueden obtener los números de las que siguieron publicándose. Anuncia el Profesor la próxima llegada a Chile de libros nuevos y la publicación inminente de muchos otros; así mismo señala que la Librería Francesa tomará a su cargo el servicio de suscripciones.

Al terminar su exposición, el Profesor fué aplaudido y felicitado.

A continuación, tras una breve alocución del Presidente, éste le entrega el Diploma de Miembro Honorario, con renovados aplausos de la concurrencia, y manifestaciones cordiales de estimación por el nuevo Miembro Honorario.

Se levanta la sesión a las 12.55 M.

Curso de Especialización Oftalmológica para Post-Graduados

Del Prof. Dr. ITALO MARTINI

EXPOSICION PRELIMINAR

Estoy cierto, estimados colegas, que todos Uds. en más de una ocasión habrán pensado en las ventajas que para la formación de oftalmólogos podría significar un completo y ordenado estudio básico de comienzo, en vez de la auto directiva a que queda entregado hoy día el principiante. Abandonado sólo a su iniciativa, sin dirección adecuada en sus esfuerzos, confía, en general, para ordenar sus estudios en el reposo de un viaje al extranjero; éste no llega siempre a realizarse o llega tarde, aportando tal vez conocimientos muy completos, pero polarizados en determinadas direcciones.

Atraído el principiante por la parte práctica y espectacular de la especialidad, sus estudios resultan con frecuencia disparejos; brillantes tal vez en la parte clínica y aplicada, detallados y precisos en numerosos capítulos, lo son mucho menos en otros que no cautivan su simpatía. Y esta disparidad inicial de conocimientos básicos va, sin embargo, a tener proyecciones que abarcan toda la vida; el desorden al captar los conocimientos fundamentales no podrá ser remediado después, cuando las ocupaciones profesionales impidan el estudio sistematizado y coherente de materias que necesitan tiempo y dedicación exclusiva para ser asimilados con la debida perfección. En resumen, creo que sería de gran provecho ofrecer a la juventud estudiosa una organización capaz de transmitirle en forma metódica "la cultura oftalmológica básica global" de la especialidad. Las pruebas de control que habrían de exigirse, serían una garantía de eficiencia que redundaría en provecho y prestigio, tanto del que recibió la instrucción, como de quien la impartió.

El proyecto que someto a la consideración del Directorio para su estudio y eventual patrocinio ante la Sociedad reunida, implica, sin duda, grandes responsabilidades, pero también grandes ventajas.

Las responsabilidades son las inherentes a toda iniciativa docente; esto es, pesar bien hasta qué punto es posible garantizar con los medios de que la Sociedad dispone en personal de enseñanza y en influencias ante las autoridades pertinentes, el exacto cumplimiento del programa trazado y ofrecido. Esto con tanta mayor razón cuanto que, según se verá, más adelante, el curso lleva como objetivo, no sólo instruir a médicos nacionales, sino y en modo especial, a médicos extranjeros. Estos últimos tendrán que afrontar gastos de viaje y permanencia en Santiago; es por tanto indispensable que estemos bien seguros de poder darles todo cuanto vamos a ofrecerles y en proporción a los gastos y sacrificios que ellos habrán de imponerse.

La aprobación, aunque sea extra-oficial de las autoridades universitarias, la considero indispensable. Estoy cierto de que este ensayo nuestro ha de despertar la simpatía universitaria, ya que constituirá una experiencia para los cursos oficiales que algún día habrán de organizarse. También estimo indispensable la anuencia y hasta la colaboración de las autoridades de la Beneficencia, dado que gran parte de la enseñanza habrá de impartirse en los servicios hospitalarios. Estas condiciones previas son, pues, indispensables.

Por lo que toca al personal docente, estoy seguro de que el entusiasmo y abnegación no habrán de faltar.

Las ventajas del curso son:

a) *Para el alumno.*— Encontraría hecho lo que nosotros hemos tenido que improvisar poco a poco en el transcurso de muchos años; comenzaría sus estudios con un guía de derecho y no meramente ocasional, como acontece con frecuencia y, al término de su curso, con sus exámenes y sus notas, obtendría un certificado de competencia prestigiado por la firma de todo un cuerpo de profesores consagrados por largos años de experiencia.

b) *Para la Sociedad.*— Las ventajas morales para ella serían considerables si pudiera afrontar con éxito la creación del curso. Desde luego, con esta prueba de vitalidad y fuerza, agregaría al mérito de la prioridad sobre otras instituciones afines, el de dar a conocer favorablemente en el extranjero la capacidad organizadora y docente chilena con todas las proyecciones de amistoso intercambio y conocimiento que le son inherentes. Porque, y esto es esencial repetirlo, el proyecto que presento, no sólo tiende a formar oculistas para Chile, sino también de atraer a las aulas chilenas a estudiantes de toda América latina. No me refiero a Estados Unidos y Canadá, porque allá los cursos de post-graduados son ya desde hace tiempo un ideal realizado.

Para este curso nuestra Sociedad habría de preparar el campo antes de abrir el curso, poniéndose en comunicación con todas las universidades y centros oftalmológicos del continente, informándolos de su alcance y del programa por desarrollar a fin de obtener con tiempo la inscripción de los candidatos.

Pero, perfeccionando y ampliando más las finalidades del proyecto, creo sería de mucha utilidad y significación, aprovechar la inminencia del próximo Congreso Oftalmológico Pan-Americano, para hacer de nuestra iniciativa un vehículo de entendimiento y vinculación científica internacional. Para el efecto, la Sociedad Chilena de Oftalmología, podría comisionar especialmente a su delegación a ese Congreso para que patrocinara oficialmente la creación de estos cursos en todos aquellos países que quisieran organizarlos. Dichos cursos se abrirían sucesivamente en cada país, pudiendo así los candidatos inscribirse en la fecha que les acomodara mejor. Demás está decir que si a esto se agregara la obtención de becas o subvenciones especiales para los jóvenes médicos patrocinados por cada nación, el resultado oftalmológico y de confraternidad científica internacional sería todavía de mayores proporciones.

Por último, si el éxito nos acompaña en todo o en parte, las demás sociedades de especialistas, siguiendo nuestras normas y posiblemente mejorándolas, darían lugar a un movimiento científico-pedagógico de

proyecciones tan vastas que imprimirían a nuestra iniciativa el carácter de un acontecimiento trascendental en la formación de técnicos médicos especializados.

Dejo entregadas estas ideas a la consideración del Directorio, para que, en su forma original o con las modificaciones que crea oportuno sugerir, me autorice para llevarlas a la Sociedad en pleno con el fin de obtener su aprobación.

Dr. Italo Martini Z.

Santiago, 9 de Octubre de 1945.

PROYECTO

La SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA, siguiendo el rumbo señalado por su Presidente Honorario recién fallecido Profesor Don CARLOS CHARLIN, dirigido en el sentido de perfeccionar y encauzar la enseñanza y el aprendizaje de la especialidad oftalmológica y estimular su desarrollo, acuerda

1º.— Fundar y sostener una organización llamada "CURSO DE ESPECIALIZACION OFTALMOLOGICA PARA POST-GRADUADOS", destinado a proporcionar a los médicos nacionales o extranjeros, que así lo deseen, los medios de adquirir ordenadamente los conocimientos teóricos y prácticos fundamentales, necesarios para el completo y correcto ejercicio de la especialidad.

2º.— El curso empezará a funcionar el 1º de Abril de 1946 y durará 24 meses consecutivos, de los que al menos 12 lo serán en calidad de ayudante ad-honorem en un servicio de oftalmología universitario o de Beneficencia.

3º.— Nombrará para cada curso, o cuando el caso lo requiera:

a) Un Director de curso;

b) Los Profesores de Anatomía y Embriología, de Fisiología, de Patología y de Clínica Oftalmológica, de Cirugía Ocular y de Oftalmología social.

Este cuerpo administrativo y docente, integrado por derecho propio por los profesores de Oftalmología de la Facultad, fijará el programa de estudios.

4º.— Cada profesor podrá nombrar como ayudantes otros especialistas que lo secunden.

5º.— La Sociedad fijará al comienzo de cada curso los derechos por pagar. Al terminar el curso, el médico que haya rendido satisfactoriamente los exámenes teóricos y prácticos y cumplidos los plazos de trabajos clínicos, recibirá un certificado que testifique los estudios efectuados.

6º.— La Sociedad, en beneficio de los médicos que sigan los cursos, procurará obtener para ellos algún medio de reconocimiento oficial, especialmente en lo que se refiere al trabajo ad-honorem en los servicios oftalmológicos hospitalarios.

7º.— El Director-Delegado, los profesores y ayudantes renunciarán a todo emolumento y se comprometerán a impartir sus clases dentro del horario y de los plazos fijados en el programa.

8º.— El Director delegado podrá ser uno de los Profesores. Los ayudantes podrán ser eventualmente médicos no oftalmólogos, pero espe-

cialmente preparados en el ramo particular que se les confíe.

Director.— Sus funciones son: administrativas, de coordinación y de representación.

- a) *Administrativas.*— Efectuará las inscripciones, recibirá su importe, extenderá los recibos correspondientes, llevará una pequeña contabilidad de los gastos que efectúe y de las entradas que reciba. Atenderá la correspondencia oficial, llevará un registro de inscritos, estadística de asistencia y notas, archivos, índices, etc.
- b) *Coordinación.*— Reunirá a los Profesores o conferenciará con cada vez que lo estime necesario para el estudio de los horarios, de las fechas de interrogaciones, exámenes, trabajos prácticos y ayudantes ad-honorem.
- c) *Representación.*— A la vez del Curso y de la Sociedad en sus tratos con los Profesores, con los alumnos, con la Sociedad reunida, ante quien será responsable, y con las autoridades hospitalarias u otras con quienes deben tenerse convenios.

Profesores.— Cada Profesor presentará un programa de su enseñanza encuadrado dentro de las normas generales establecidas en el consejo general que se celebrará al iniciarse el curso, indicando la duración probable de sus clases, distribución de su personal de ayudantes, medios de enseñanza de que disponga, controles que crea indispensables, etc., etc.

ESQUEMA DEL PROGRAMA DE ENSEÑANZA

Profesor.— Anatomía macro y microscópica de la órbita, cráneo, ojo y sus anexos, cavidad nasal y senos, sistema vascular y linfático de la cabeza, sistema nervioso central y periférico de la cabeza, sistema simpático. Embriología del ojo, anexos y sistema nervioso central, anatomía comparada.

Profesor.— Fisiología del ojo y anexos. Óptica fisiológica. Fisiología muscular. Fisiología nerviosa, matriz sensitiva, sensorial simpática y para-simpática central y periférica. Fisiología general de la visión.

Profesor.— Patología ocular metódica. Medios de examen y diagnóstico (Oftalmoscopia, microscopia, radiografía e interpretación radiográfica). Bacteriología oftálmica. Refracción, anteojos y cristales. Clínica oftalmológica. Neurología ocular. Medicina oftalmológica. Terapéutica médica (farmacodinámica, farmacología). Fisioterapéutica (Rayos diatermia, radium terapia). Tuberculinoterapia).

Profesor.— Anestesia. Cirugía ocular teórica metódica. Práctica quirúrgica oftalmológica en el cadáver, en ojos de animales y en el hombre enfermo. Traumatología ocular.

Profesor.— Oftalmología social. Higiene oftalmológica, Epidemiología. Prevención de la ceguera. Oftalmología escolar, militar, del tránsito. Legislación, medicina legal, accidentes del trabajo, indemnizaciones. Deontología. Historia de la oftalmología. Organización oftalmológica nacional. Relaciones oftalmológicas internacionales. Sociedades y publicaciones nacionales y extranjeras. Informaciones de libros e instituciones oftalmológicas.