

SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

Fundada en 1931.

DIRECTORIO 1945 - 1946

Presidente: Prof. Italo Martini Z.
Vice-Presidente: Prof. Dr. Cristóbal Espíldora Luque.
Secretario: Dr. Adrián Araya Costa.
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.
Prof. Jorge L. Malbrán.

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).
Dr. David Bitrán.
Dr. Adrián Araya Costa.

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. Michel Mehech.
Dr. Gabriel Moya.
Dr. Fernando González Simón (Concepción).
Dr. Guillermo Mena Saavedra (Antofagasta).
Dr. Daniel Santander Guerrero (Valdivia).
Dr. Miguel Luis Olivares.
Dr. Alfredo Villaseca.
Dr. Raúl Morales Rodríguez (Temuco).
Dr. Ernesto Oliver Schneider.

I

CATEDRA DE OFTALMOLOGIA

Profesor Dr. **C. Espíldora Luque**

El fondo de ojo en 78 cardio-vasculares autopsiados (1)

Prof. Dr. C. ESPILDORA LUQUE y Dr. A. SCHWEITZER

(Clínica Oftalmológica del Salvador)

Hemos creído de interés llevar a cabo un estudio del examen de fondo de ojo en enfermos cardio-vasculares fallecidos y autopsiados en el hospital.

Nadie en la actualidad discute el valor del examen de fondo de ojo en los enfermos cardio-vásculo-renales, puesto que de esa exploración se obtienen, indudablemente, datos que completan, tanto el diagnóstico, como el pronóstico del proceso clínico general. Sin embargo, y a pesar del prestigio de que goza el examen oftalmoscópico entre los internistas, nos ha parecido de real utilidad llevar a cabo esta investigación dirigida a establecer sobre bases todo lo objetivas posibles, hasta qué extremos y en qué medida podemos confiar en el fondo de ojo y el aspecto de sus lesiones, como un elemento de juicio para deducir el grado de gravedad y compromiso general de los enfermos.

Nada más indicado, entonces, que hacer un estudio en aquellos casos en los que la autopsia podía darnos una base cierta e indudable de la realidad que pudiéramos confrontarla con los hechos clínicos observados antes de la muerte.

Con este objeto hemos reunido 78 casos de enfermos cardio-vasculares fallecidos y autopsiados en el hospital, cuyas observaciones han sido obtenidas gracias a la gentileza del servicio del Profesor Alessandri.

En primer lugar, importa establecer ciertos puntos generales que nos parecen dignos de ser considerados. Por ejemplo, la edad, el tiem-

(1) Ponencia de la Sección de Oftalmología a la Reunión Clínica Anual del Hospital del Salvador. Noviembre de 1946.

FONDO DE OJO NORMAL EN
CARDIO - VASCULARES MENORES DE 40 AÑOS

SEXO	EDAD	T. DE ENF.	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO ANAT. PAT.	CAUSA DE MUERTE
1.—M.	36	6 m.	Glom. nefr. subaguda. Pericarditis brightica. Prurigo.	Glom. nef. subag. Miocard. flegm. Hidrotórax.	Coma urémico
2.—M.	36	1 a.	Glom. nef. cr. de evol. sub-cr. con part. nefros. Ins. renal. Amigdal cron.	Glom. nefr. subcron. Anasarca. Caquexia. Amigd.	Caquex. renal.
3.—M.	37	meses	Glom. nefr. subag. irrevers. Insuf. aórtica. ¿Endocarditis lenta?	Endocard. cron. mitroaort. Glom. nefr. subcron. intracapilar.	Insuf. renal.
4.—M.	24	3½ a.	Secueia reum. Insuf. aort. y mitral. Glom. nefr. cron. subaguda. Asistolia.	Linfoaden. caseosa tbc. tráqueobronq. Pericard. adh. Endocard. cron. mitroaort. Glom. nefr. de evol. subcron.	Sepsis e intox. por endo card. maligna.
5.—M.	29	1 a.	Icter. hemol. congen. Glom. nefr. cron. III faz. Hemorrag. cerebral. Lúes.	Glom. nefr. cron. Hemorragia meningea basal.	Uremia y hemorragia mening.
6.—M.	34	2 a.	Lúes. Etilismo cron. Hemorr. cerebral. Enf. hipertens.	Hemorr. cereb. Arterioescl. de grado mayor en las silvianas, menor aort. y coron. Nefroesclerosis.	Hemorr. cerebr.
7.—M.	39	5 m.	Lúes 3ª Aneur. aórt. destruc. del esternón. Enf. hipert. benigna.	Gran aneur. roto del cayado. Hipertr. card. Nefroescler.	Rupt. de aneur.

po de enfermedad, ¿ofrecen cierta influencia en la calidad de las lesiones oftalmoscópicas?

En lo que se refiere a la edad, podríamos deducir que de nuestros 78 casos, 22 tenían menos de 40 años.

Estos 22 enfermos, que llamaremos jóvenes, dieron 7 veces, o sea un 32%, fondo de ojo normal.

En los 15 restantes, la esclerosis vascular, la retinopatía, y la neuroretinopatía se observaron con intensidad variable, pero por lo general lo que dominaba era un mínimo de alteraciones oftalmoscópicas. Sin embargo, en 3 casos de Hipertensión maligna, nunca faltó la máxima alteración. En cambio, en 10 casos de glomérulo-nefritis crónica, el fondo se caracterizó por una mayor intensidad de los elementos exudativos y hemorrágicos de la retina que por la esclerosis vascular retinal. Hubo casos de éstos en que junto al cuadro de una neuroretinopatía franca y bien constituida, el oftalmoscopio no encontró esclerosis arterial retinal.

Siempre en este grupo de enfermos jóvenes, otros 7 casos de glomérulo nefritis crónica y 2 casos de Hipertensión simple o benigna, se presentaron sin esclerosis arterial retinal a excepción de un caso de un hombre de 36 años, muerto de hemorragia cerebral, con nefroesclerosis arterioesclerótica y ateroma aórtico.

De este somero examen podríamos deducir que en los sujetos cardio-vasculares jóvenes, la esclerosis vascular retinal no existe o es discretísima, y que carecería por lo tanto de valor interpretativo para juzgar la benignidad mayor o menor del compromiso vascular, el encontrarse con un fondo de ojo libre de alteraciones retinales. Harían excepción a esta conclusión general, los 3 casos de Nefroesclerosis maligna. En efecto, si comparamos los casos con fondo de ojo normal en estos enfermos jóvenes, con los protocolos de las autopsias realizadas en ellos (ver cuadro 1), veremos en algunos que la negatividad del examen ocular difiere considerablemente del hallazgo positivo del anatómo-patólogo.

Típico ejemplo de estos casos es el de un joven de 24 años, que soportó 11 años de enfermedad y tenía con fondo de ojo libre de esclerosis, hipertensión arterial, altas uremias, insuficiencia cardíaca, y en el que la autopsia reveló una glomérulo-nefritis crónica con gran esclerosis.

Si la ausencia de esclerosis retinal, tan frecuente en los cardio-vasculo-renales jóvenes no nos permite inclinarnos hacia la benignidad del proceso, no parece haber duda, en cambio, de que la presencia de elementos exudativos, hemorrágicos y del edema papilar y retinal, son

por el contrario un apoyo de mucho mayor alcance pronóstico por coincidir con la gravedad del hallazgo anátomo-patológico.

El tiempo de enfermedad, cuya autenticidad es por lo demás muy difícil de establecer, no parece jugar papel decisivo en la intensidad o frecuencia de las lesiones oftalmoscópicas, en este grupo de casos menores de 40 años.

Los casos extremos son el enfermo de 24 años, recién citado, que llevaba 11 años de glomérulo-nefritis crónica y cuyo fondo no presentaba esclerosis, pero que murió con neuroretinopatía, y otro de 28 años, con tres meses de evolución y que muere de Hipertensión maligna con intensa esclerosis arterial retinal y neuroretinitis.

Si relacionamos la causa clínica de la muerte con el estado del fondo de ojo en los cardio-vasculares jóvenes, veremos que en el grupo de nuestros 22 casos, nadie podría haber pronosticado el desenlace, en la mayoría de ellos, por el examen oftalmoscópico. El coma urémico, la caquexia renal, la insuficiencia renal, la hemorragia cerebral, la intoxicación urémica, la endocarditis maligna, coinciden en casos con fondo de ojo normal o mínima esclerosis. En cambio, la neuroretinopatía ha coincidido siempre y especialmente con la muerte por asistolia aguda o crónica del miocardio.

Si consideramos ahora los casos de cardio-vásculo-renales autopsiados, mayores de 40 años, en su relación con el estado del fondo de ojo, vemos que sólo en un 12,3% de ellos, el examen oftalmoscópico fué negativo (7 en 56 casos).

El 87,7% restante presentaba alteraciones oftalmoscópicas que se repartían en cifras variables entre lesiones de mínima esclerosis vascular retinal, los grados francos y avanzados y aquéllos en los que existía la retinopatía, con o sin edema papilar.

La normalidad absoluta del fondo de ojo, por lo tanto, puede considerarse como excepcional en los cardio-vásculo-renales mayores de 40 años, lo que permite, en líneas generales, adelantar que la positividad del fondo de ojo a estas edades es ya indicio suficiente para deducir una extensión apreciable y una gravedad evidente del proceso general.

Pero esto no quiere decir, ateniéndonos a los protocolos de autopsia, que la negatividad del fondo de ojo implique ninguna o sólo ligera extensión de las lesiones generales, puesto que en los 7 casos de nuestras observaciones se encontró en ellos constantemente la neofroesclerosis arterioesclerótica, la ateromasia aórtica y coronaria, la arterioesclerosis cerebral, el infarto del miocardio. (Cuadro N.º 2).

Por esta razón, la normalidad del fondo no permitiría en estos casos descartar la posibilidad de un desenlace fatal a breve plazo,

FONDO DE OJO NORMAL EN
CARDIO - VASCULARES MAYORES DE 40 AÑOS

SEXO	EDAD	T. DE ENF.	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO ANAT. PAT.	CAUSA DE MUERTE
1.—M.	68	17 a.	Glom. nefr. cron. Arterioescl. Bronconeumonia.	Glom. nefr. cron. Broncon. Ate- roma aort. Ca. gastr. recien. Gran compr. arterioescl. del riñón.	Bronconeum.
2.—M.	54	9 a.	Bronq. cron. enfisem. Arter. es- cler. Nefroesclerosis.	Nefroescl. Arterioescl. Inf. mioc. Aterom. aort. abdominal.	Asistolia
3.—F.	65	10 a.	Enf. hipert. benigna. Bronco- neum.	Arterioescl. aort. y coron. Nefro- escl. arterioescl.	Bronconeum.
4.—M.	50	3 a.	Nefroescl. Neumonia.	Arterioescl. cereb. y coronaria. Nefroescl. Pleuroneumonia.	Neumonia
5.—M.	60	9 a.	Lúes 3ª. Hodgson. Aneur. aór- tico.	Aortit. Aneurism. dif. aorta Ar- terit. tronco braq. cef. Nefro- escl.	Insuf. ag. miocard.
6.—F.	59	1 a.	Hipert. art. Arterioescl.	Arterioescl. gener. aort. coron. Nefroescl. Inf. miocard.	Insuf. ag. miocard.
7.—M.	68	¿días?	Etilismo cron. Hemorr. cereb. Enf. hipert.	Hemorr. cereb. Fuerte escler sil- viana, aort. coron. Nefro- escler.	Hemorr. cereb.

pues, 4 de los 7 casos con fondo negativo murieron de causa genuinamente cardio-vascular: 2 insuficiencias agudas del miocardio, 1 asistolia por enfermedad hipertensiva y 1 hemorragia cerebral. Los 3 restantes fallecieron a causa de una neumopatía intercurrente.

También es curioso anotar que la antigüedad del padecimiento y la edad de los enfermos no parece influir en absoluto en la normalidad del fondo. En los 7 casos con fondo negativo, el tiempo confesado de enfermedad oscilaba entre 1 y 7 años, y la edad entre 54 y 68 años.

En conclusión, clínicamente, el hallazgo de un fondo de ojo normal en los cardio-vasculares mayores de 40 años parece ser excepcional (12,3%). Esta normalidad de fondo de ojo no significa en modo alguno una benignidad correspondiente en otros territorios orgánicos, no implica en general pronóstico vital favorable ni guarda relación con la edad del paciente ni el tiempo de enfermedad.

Dentro del 87,7% de fondos oculares anormales, anotado en los cardio-vasculares mayores de 40 años, las lesiones oftalmoscópicas, en general, sin relacionarlas con los diversos tipos de enfermedad, se caracterizan, a diferencia de lo observado en los jóvenes, por la fuerte proporción de la esclerosis arterial retinal de grado avanzado, ya que entre 56 enfermos de este grupo, 41 la ofrecían manifiestamente: 20 veces como alteración exclusiva y 21 combinada a la retinopatía y a la neuroretinopatía. Sólo 8 veces se anotó esclerosis leve o discreta.

En este grupo de enfermos, por lo tanto, y en el mayor número de los casos, la positividad del fondo hace presumir la gravedad y extensión de la enfermedad general y es por lo tanto, un apoyo pronóstico de no despreciable alcance clínico.

Podría pensarse que esta frecuencia de la esclerosis arterial retiniana fuese sólo un hecho accidental, impuesto por la circunstancia de tratarse en su mayoría de ancianos. Pero parece no ser así, puesto que la esclerosis retinal adquiriría grados notables en sujetos de 45-48 y 50 años que no son edades de senilidad, y en cambio hubo fondos con leve y mínima esclerosis en enfermos de 68 y 70, y aún los hubo, como lo hemos dicho, de esta misma edad con arterias aparentemente sanas en fondos de ojos calificados de negativos.

La esclerosis vascular retinal no parece ser, pues, un hecho fortuito y paralelo, sino un elemento incluido en el proceso patológico general.

Esta conclusión se refuerza si tomamos en cuenta el número apreciable de casos en los que la esclerosis se combinaba con los elementos retinianos que delatan la llamada por Gans, toxemia vásculo-hipertensiva, es decir la presencia de exudados, hemorragias y de edema

papilar y retinal que vimos aparecer en 21 casos, entre los 41 que tenían esclerosis franca.

Al igual de los jóvenes, tampoco en este grupo de enfermos parece influir el tiempo de antigüedad del padecimiento, en el grado de las lesiones. Así como hubo casos con fondo normal y 8 años de evolución, así también hay fondos con franca esclerosis y retinopatía con sólo meses de enfermedad.

Igual contradicción se halla entre el estado del fondo y la causa clínica de la muerte, puesto que no pocas fueron debidas a insuficiencias agudas o crónicas del miocardio, a hemorragia cerebral, infartos del miocardio, uremia, con lesiones muy discretas del fondo ocular.

Enfocando ahora las relaciones entre el estado del fondo de ojo y los diversos tipos de enfermedades cardio-vásculo-renales establecidos por los protocolos de autopsias recogidos entre los casos mayores de 40 años, vemos confirmados muchos hechos ya clásicamente proverbiales. Entre ellos destaca el que se refiere a la Nefroesclerosis maligna: de 10 casos llegados a la mesa de autopsias, 9 tenían un fondo de ojo típico, la neuroretinopatía con esclerosis arterial de grado variable. En un sólo caso existía únicamente esclerosis, sin exudados ni hemorragias. La causa de muerte en este caso fué un síncope cardíaco.

En 2 casos de glomérulo-nefritis aguda autopsiados, 1 de 43 años, cuya causa de muerte fué una neumonía, presentaba en el fondo de ojo fuerte esclerosis arterial y retinopatía, lesiones que no corresponden clínicamente al proceso renal agudo. La autopsia confirmó el diagnóstico y explicó el por qué de la esclerosis arterial y de la presencia de exudados: existía una nefroesclerosis y una ateromatosis de la aorta y de las coronarias. El otro caso, de 47 años, muerto en insuficiencia cardíaca sin esclerosis arterial retiniana pero con edema y una hemorragia, reveló a la autopsia sólo un proceso renal agudo sobre fondo crónico, hidrotórax bilateral, neumonía e hipertrofia cardíaca.

Anotemos de paso que entre el grupo de enfermos jóvenes no falleció ninguno con glomérulo-nefritis aguda.

En 3 casos de glomérulo-nefritis sub-aguda, el fondo de ojo sólo reveló esclerosis arterial de grado mediano, es decir, el mismo hecho observado en los jóvenes. Dos de éstos sufrían al mismo tiempo de endocarditis crónica y ambos fallecieron en asistolia.

En la glomérulo-nefritis crónica, la positividad del fondo fué la regla: 4 veces neuroretinopatía, 3 veces esclerosis y sólo 1 vez, normalidad.

Con referencia a la tan debatida relación entre la arterioesclerosis y ateromasia cerebral y coronaria, y el estado de las arterias del fondo de ojo, de los protocolos de autopsia revisados en el grupo de mayores de 40 años, se deduce que la coincidencia de la esclerosis arterial retiniana establecida por el oftalmoscopio corresponde casi siempre a idénticas lesiones en el encéfalo y en el miocardio.

Así por ejemplo, en 15 casos en que el anátomo-patólogo encontró arterio-esclerosis cerebral, 14 veces el fondo de ojo fué positivo.

En la ateromatosis coronaria con o sin infarto del miocardio, de los cuales encontramos 26 casos, 22 veces el fondo de ojo reveló lesiones de las arterias retinianas, siendo sólo 4 negativos.

Por último, en los 13 casos en que el examen anátomo-patológico encontró lesiones vasculares seguramente sifilíticas, especialmente aórticas, el fondo de ojo reveló en todos, lesiones de esclerosis arterial retiniana de grado variable.

CONCLUSIONES

1. En 78 casos de enfermedades cardio-vasculares de diverso tipo, el examen oftalmoscópico fué negativo en un 18% de los casos.

2. En los casos cuya edad era inferior a 40 años, la negatividad del fondo ocular se elevó a 32%. En los mayores de 40 años, en cambio fué de 12%.

3. La normalidad del fondo ocular en ambos grupos de enfermos coincidió en todos los casos con lesiones graves del aparato cardio-vascular renal, predominando en los jóvenes la lesión renal y en los de mayor edad, las lesiones aórticas, miocárdicas, cerebrales y también renales.

4. En los cardio-vasculares jóvenes las lesiones oftalmoscópicas son generalmente muy discretas y no permiten por ello deducir igual moderación para las alteraciones generales ni benignidad pronóstica. Hace excepción a ello la angio-nefroesclerosis maligna que siempre se acompañó de francas y graves alteraciones del fondo ocular.

De este modo y a pesar de la relativa normalidad y escaso compromiso del fondo de ojo, la muerte de los cardio-vasculares jóvenes sobreviene por causas que sólo son posibles gracias a un gravísimo compromiso general. La asistolia aguda o crónica, el coma urémico, la hemorragia cerebral, la intoxicación urémica y la sepsis por endocarditis lenta fueron muy frecuentes.

II

EL EXAMEN GONIOSCOPICO

Su técnica con el cristal de contacto de Goldman

Dres. ESTEBAN ADROGUE Y JORGE ANTONIO WOLF

Propósitos:

Frente a las dificultades que se presentan para el que desea efectuar gonioscopia, tratar de allanarlas e indicar una técnica precisa que facilite este examen, es el propósito de este trabajo. Quien va a iniciarse en este método encuentra ideas sumamente dispares sobre cual es el mejor procedimiento para efectuar la gonioscopia.

En efecto, en el moderno libro de Berens y Zuckermann (1) del año 1946 sobre los métodos de examen diagnóstico del ojo, no menciona el procedimiento propuesto por Goldman (2) y que seguido por Bussaca (3) ha demostrado algunos de los errores de interpretación en que se incurrían utilizando los otros procedimientos, especialmente con el cristal de Koeppel y sus derivados. Sin embargo, muchos de los errores no dependieron tanto de la observación como de la ignorancia de los notables trabajos anatómicos descriptos por Salzmann (4). En nuestro país, Sená (5), se ha ocupado en forma general, también sobre este tema. Nuestro primer interrogante, o sea que método debe ser el empleado, está resuelto: es la técnica de Goldman. Ella permite el examen del paciente sentado, utilizando como fuente de iluminación la lámpara de hendidura regulable que permite efectuar verdaderos cortes ópticos de las estructuras semitransparentes, el trabeculado escleral y el uveal, del seno iridocorneano, así como determinar con bastante exactitud la posición relativa de los distintos planos observados.

Técnica del examen — Elección del paciente:

Previo examen del segmento anterior del ojo a observar, por la biomicroscopía, se procederá al examen gonioscópico teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1.º) La presencia de nubéculas ó leucomas, que cuando son centrales pueden molestar o impedir el examen, sin embargo es bueno intentarlo casi siempre, pues muchas veces es posible quedar sorprendido de la buena visibilidad. En casos de arcos seniles muy grandes, así como en un caso nuestro de gran embriotoxon, la gonioscopia fué factible en forma perfecta debido a que los rayos luminosos utilizados son centrales, en donde la cornea aún permanecía transparente.

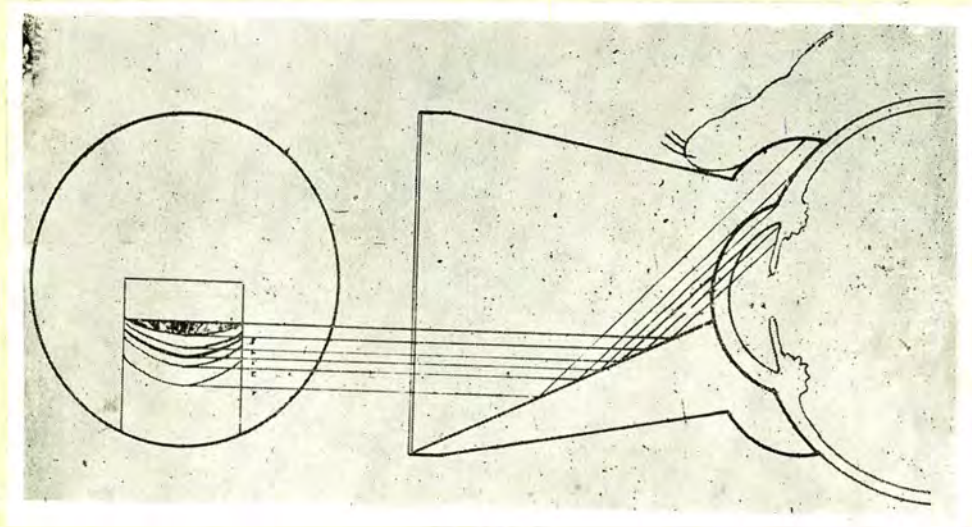


FIGURA 1.

A la derecha de la figura, el ojo con la lente de contacto aplicada y las líneas que demuestran el trayecto de los rayos luminosos. A la izquierda la proyección frontal con la visualización del ángulo cameralar.

Entre 1 y 2: conjuntiva palpebral; entre 2 y 3: conjuntiva bulbar; 3: menisco obscuro; entre 3 y 4: espesor de la córnea; 4: menisco corneano; entre 4 y 5: cara anterior del ángulo; 5: iris.

2.º) En casos de nistagmus puede ensayarse el método sin temor a los desplazamientos debido a que el cristal al adherirse generalmente impide los movimientos del ojo. Por esa razón pudimos estudiar un caso de aniridia bilateral con nistagmus pendular, en forma casual, pues lo habíamos desechado para el examen gonioscópico.

3.º) En los niños es un poco más difícil el examen, requiriendo casi siempre una previa preparación psíquica del pequeño paciente.

Reglaje previo de la lámpara:

Habiéndose procedido en primer término al examen del segmento anterior del ojo con la lámpara de hendidura, ésta, así como el microscopio ya se encuentran a la altura requerida para el rápido examen

del paciente sin necesidad de nuevas regulaciones de los instrumentos.

Convendrá tener el brazo de la lámpara en un ángulo mínimo en relación con el eje óptico del microscopio. Utilizando la lámpara de Goldmann este ángulo será de 30° aunque ocasionalmente podrá ser aumentado de acuerdo a las circunstancias. Nosotros preferimos colocar el brazo de la lámpara del lado temporal y efectuar la observación del lado nasal. Para el examen de las partes laterales del ángulo de la cámara anterior se interpondrá el doble prisma.

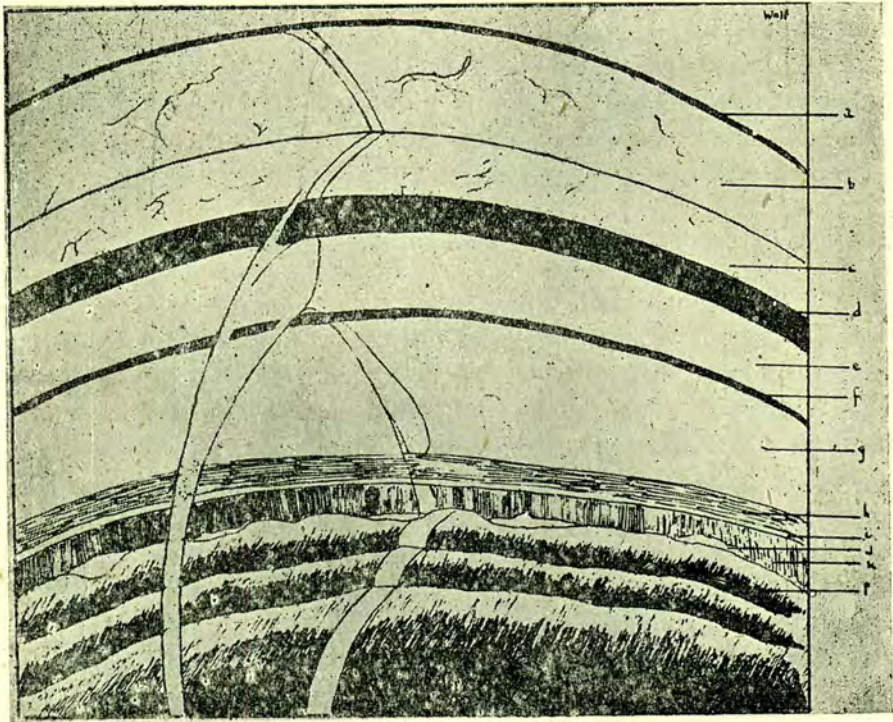


FIGURA 2.

Imagen conjunta de las secciones ópticas al efectuar la gonioscopia:

- a: borde del lente
- b: conjuntiva palpebral
- c: conjuntiva bulbar
- d: menisco obscuro
- e: espesor de la córnea
- f: menisco corneano
- g: sección de la córnea
- h: zona del canal de Schlemm
- i: espolón
- j: banda de los procesos iridíacos
- k: sombra muscular
- l: iris con sus crestas.

Colocación del cristal de contacto:

Sentado el paciente frente a la lámpara, se instila previamente dos gotas de clorhidrato de cocaína al 2% en el ojo a observarse. Luego se le hace inclinar la cabeza hacia adelante y abajo, manteniéndose el cristal con su copita llena de suero fisiológico tibio (detalle importante) y se procede a su colocación, primero en el fondo de saco conjuntival inferior y rogando al paciente que mire hacia arriba sin mover la cabeza, se aplica rápidamente el cristal sobre la cornea haciendo cerrar los ojos al paciente. Esta maniobra es fácil de efectuar después de practicarla unas cuantas veces. Una vez colocado el cristal se lo sostiene para evitar que se separe de la superficie de la cornea, aunque en algunos casos adhiere tan firmemente que al hacer girar el cristal, rota ligeramente también el globo ocular.

Se coloca la cabeza del paciente en la mentonera de la lámpara y se procede a la observación.

Como debe efectuarse la observación gonioscópica:

Como habíamos dicho, el dispositivo para la observación, lámpara y microscopio, ya estaban a la altura debida para el examen, si fuera necesario se corregirá el nivel por medio del tornillo de la base.

Es imprescindible la concordancia de los niveles. El observador, si examina el ojo izquierdo del paciente, mantendrá el cristal de contacto con la mano derecha mientras que con la izquierda maneja la palanca de control remoto de la lámpara que le permite el desplazamiento simultáneo del microscopio y el haz luminoso sin cambiar la iluminación de la parte observada. No se usará el tornillo de enfoque micrométrico del microscopio pues desplaza lateralmente la zona lineal iluminada dificultando la observación. Se comenzará con la observación del ángulo inferior de la cámara anterior colocando la zona espejeante del cristal de contacto en la parte superior. Invitando al paciente mirar al frente podremos visualizar fácilmente el seno inferior. Es necesario que el paciente mire ligeramente hacia abajo para ver más profundamente el seno inferior y para arriba cuando es el seno superior. Desplazando el cristal ligeramente en el sentido del ángulo observado podemos ver mejor la parte uveal o esclerocorneal del ángulo de la cámara anterior del ojo. Las partes laterales, nasal y temporal del ángulo camerular, son más difíciles de observar por la cuña escleral. Sin embargo interponiendo en el haz luminoso un doble prisma, como el que acompaña a la lámpara, enderezaremos la iluminación permitiendo la observación en conjunto del ángulo lateral ya que este medio no permite que se efectúe el corte óptico. También

se puede observar por la luz indirecta iluminando directamente el limbo.

Interpretación de la imagen en conjunto en sección óptica:

Para la interpretación en conjunto de la imagen que es posible observar con el microscopio, debemos efectuar su exámen bajo la forma de un corte óptico, cosa que conseguiremos cerrando casi al máximo la hendidura de la lámpara. En primer término tenemos el reflejo de la luz en la cara plana del cristal de contacto y que desecharemos para no inducirnos a errores, luego enfocamos más profundamente sobre la cara del espejo comprobaremos lo siguiente. Teniendo la entrada del haz luminoso por la izquierda o sea el temporal, vemos como puede observarse en la figura 1 y 2 la sección óptica de la córnea, representando la primera línea (fig. 2, a la izquierda) la superficie de intercepción entre el cristal de contacto y la córnea que casi sin interrupción puede seguirse hasta la imagen de la conjuntiva bulbar y palpebral. La segunda línea correspondiente a la cara posterior de la córnea sobre la cual a menudo observamos las líneas de doble contorno del edema de la córnea, se profundiza para luego reflejarse y darnos la imagen de la cara posterior de la córnea en forma de línea anterior (a la derecha de la figura 2-g) y teniendo detrás de ella otra línea que representa la superficie anterior de la córnea hasta la cuña escleral. En el momento de la reflexión de la luz se produce un menisco de sombra sensiblemente delgado (fig. 2-f). Luego hacia abajo sigue el ángulo iridocorneano del que no nos ocuparemos en este trabajo. Por encima del primer menisco oscuro (corneano) se ve una franja ancha, clara, que corresponde al espesor de la córnea inmediatamente antes de su reflexión, es el espacio comprendido (fig 2-e) entre el menisco f y el menisco d. Sobre esta banda clara es posible ver en algunos pacientes, en su profundidad, una zona luminosa arqueada.

Por encima de la banda blanca observamos un menisco de sombra más oscuro y más ancho que el anterior correspondiendo posiblemente al limbo (fig. 2-d). Luego viene la línea de iluminación de la conjuntiva bulbar ligeramente arqueada hacia atrás hasta una zona lineal, límite de la copita del cristal, donde se refleja con curva de concavidad hacia adelante para seguir con la conjuntiva palpebral. Tanto en una como en otra conjuntiva es posible ver los vasos conjuntivales.

Cuando uno de los párpados se invierte sobre el cristal se ven aparecer las pestañas sobre el segundo menisco oscuro (d).

Principales dificultades en el examen gonioscópico:

Muchas veces a pesar de haberse seguido correctamente la técnica de la colocación del cristal de contacto no es posible la observación o se tiene la aparición de imágenes incorrectas que son debidas a las siguientes causas:

Cuando el paciente tiene la hendidura palpebral pequeña (hipermetropía o enoftalmía) o el segmento anterior del bulbo (conjuntiva o cuerpo ciliar) está irritado, será conveniente, a fin de facilitar el examen, instilar varias veces la solución de clorhidrato de cocaína al 2%. Habrá dificultad cuando el paciente una vez colocado el cristal de contacto levanta o retira la cabeza. Deberá observarse no haber invertido los párpados, pues aparecen las pestañas por encima del menisco *d* en la imagen gonioscópica. En tal caso conviene retirar la lente y volverla a colocar. Una vez colocada la cabeza del paciente en la mentonera, si no podemos ver por el microscopio el ángulo de la cámara, generalmente es debido a los siguientes factores:

1.º) Al enfocar sobre el espejo comprobaremos un campo turbio, se trata de la ausencia de la capa líquida que debe existir entre la lente y la córnea. Se retira la lente y previo llenado con suero se repone.

2.º) Al enfocar, el campo de observación no está iluminado o lo está en forma deficiente, ello es debido generalmente a la demasiada oblicuidad de la luz o sea gran ángulo entre el brazo de la lámpara y el microscopio. Otras veces es debido a que el cristal de contacto no es sostenido en el plano frontal.

Finalmente se tendrá cuidado de no tapar el campo de la visión del objetivo del microscopio o de interrumpir el haz luminoso con los dedos que sostienen el cristal de contacto.

3.º) En ciertos ojos cuando se produce un edema de la córnea aparecen las líneas de doble contorno en la vecindad de su cara posterior.

Estas líneas pueden ser tan abundantes que a veces impiden la observación gonioscópica del ángulo. Sin embargo por quedar en un plano más anterior, al profundizar el enfoque desaparecen en gran parte permitiendo reconocer el detalle de los planos más profundos.

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

- 1.—Berens y Zuckermann. — Diagnostic examination of the Eye. 1946.
 - 2.—Goldmann H. — Acta Oftalmológica; vol.: 96, pág. 91. 1938.
 - 3.—Bussaca A. — Eléments de Gonioscopie. 1945.
 - 4.—Salzmann. — Zeitschrift fuer Augenheilkunde; vol.: 34, pág. 26. 1915.
 - 5.—Sená J. A. — Archivos de oftalmología; vol.: XXI, N.º 1-3. 1946. Bs. Aires.
 - 6.—Bangerten und Goldmann. — Acta Oftalmológica; vol.: 102, pág. 321. 1941.
-

III

CLINICA UNIVERSITARIA DE OFTALMOLOGIA

Cátedra Extraordinaria del Prof. Juan Verdaguer

Hospital Clínico de San Vicente de Paul

Consideraciones sobre el tratamiento de la Ulcera Corneal Serpiginosa

Dr. EVARISTO SANTOS G.

Hemos creído interesante dar a conocer a la Sociedad Chilena de Oftalmología, algunos hechos que se derivan de la revisión de cerca de una treintena de casos de Ulceras Serpiginosas graves tratadas en el Hospital San Vicente en estos últimos tres años.

El interés de esta presentación reside, a mi modo de ver, no tanto en las conclusiones que puedan derivarse, sino más bien en el debate que quizás podría suscitar y que al expresar la valiosa experiencia de los distintos colegas nos permitiría seguramente perfeccionar nuestras normas terapéuticas contra esta afección que, por su gravedad y su frecuencia en nuestros medios populares y especialmente campesinos, sigue constituyendo una preocupación constante en los Servicios Oftalmológicos y un factor importante de ambliopía.

Concebimos la idea de este trabajo en una visita a la Sala, impresionados por la evolución extraordinariamente favorable de cuatro casos de úlceras serpiginosas graves que se encontraban hospitalizadas. En todos ellos se estaba haciendo tratamiento con polvos microcristalinos de sulfa como tratamiento local exclusivo a excepción de la atropina que en estos casos puede estimarse un medicamento de rutina.

El comentario de estos casos nos indujo a revisar las observaciones de todos los casos similares tratados en el Servicio en los últimos tres años y logramos reunir 28 observaciones.

En 22 de nuestros enfermos se ha utilizado la sulfamidoterapia per os, pues estimamos, y creo que sobre ello no habrá discrepancia, que en cuadros infecciosos graves provocados por gérmenes sensibles a las sulfas, no nos está permitido escatimar una terapia de tan reconocida eficacia. Desgraciadamente la administración de esta droga en los medios hospitalarios no se hace con la periodicidad y regularidad que este tratamiento exige para obtener concentraciones san-

guíneas de la droga que le permitan ejercer su acción microbiciada en los tejidos amagados por la infección. La escasa colaboración del personal de veladores encargados de administrar las dosis nocturnas de la droga, le resta, indudablemente, valor a este tratamiento.

Conviene hacer notar al respecto que en 6 de nuestros enfermos en los cuales no se utilizó la sulfamidoterapia per os, la evolución fué sin embargo bastante favorable. (Obs. 3, 9, 10, 12, 15, 22 y 23).

Otro hecho que nos había llamado la atención antes de iniciar este trabajo, era la casi absoluta desaparición del Saemisch en nuestro libro de operaciones, intervención antaño tan socorrida y el estudio de nuestras observaciones demuestra la disminución considerable de las intervenciones quirúrgicas en las úlceras serpigíneas tratadas en estos últimos tres años y la pobreza de sus resultados que se deduce de los 5 casos en que se recurrió a la cirugía.

Demás está decir que se trataba de casos gravísimos en los cuales la cirugía actuó en última instancia justamente ante el fracaso del tratamiento médico. De los 5 casos operados 3 quedaron con grandes leucomas y visión de luz o bultos. En un caso se produjo glaucoma secundario que obligó a practicar iridencleisis y el otro caso llegó a la exenteración por panofalmitis.

Todas nuestras observaciones corresponden a úlceras serpigíneas graves de más de 4 mm. de diámetro y acompañadas de hipópion. En 18 de nuestros enfermos se usó como tratamiento local exclusivo polvos microcristalinos de sulfa. Hemos utilizado este tratamiento inspirados en algunos trabajos norteamericanos que recomendaban la aplicación local de la droga en polvo por su gran eficacia, su absoluta inocuidad y la gran comodidad de administración. Por otra parte los patrocinantes de este tratamiento habían sido inducidos al uso local de la droga en polvo por su marcada acción bactericida "invitro" y por la dificultad de obtener colirios con concentraciones útiles de la droga, dada su escasa solubilidad. Además las instilaciones debían repetirse con una frecuencia que en la práctica era difícil de conseguir. De estos 18 casos tratados localmente con polvos microcristalinos de sulfa, en 6 casos la enfermedad evolucionó entre tres días y una semana. En cuatro casos la enfermedad evolucionó dentro de un plazo de dos semanas. En tres casos la enfermedad evolucionó dentro de un plazo de tres semanas. En cinco casos la enfermedad evolucionó en un plazo que fluctuó entre tres semanas y 41 días.

De estos enfermos tratados localmente con sulfa en polvo, en 6 casos se obtuvo visión final que fluctuaba entre 5|10 y 5|15. En tres casos 5|20, en un caso 5|40, en otro 5|50 y en otro 1|50.

En seis enfermos se hizo tratamiento local mixto con polvos de sulfa y penicilina en inyecciones subconjuntivales de 5.000 U por cc.

En todos ellos la evolución fué más larga por tratarse de casos muy graves y fué justamente este factor lo que nos obligó a utilizar todas las armas terapéuticas y asociar la sulfa y la penicilina.

En los 4 casos en los cuales se utilizó como tratamiento local exclusivamente la penicilina en inyecciones subconjuntivales de 5.000 U. por cc., los resultados obtenidos pueden estimarse muy satisfactorios, pues, en uno de ellos (Obs. 10), la visión mejoró de luz a 5|50. En otro (Obs. 11), la visión mejoró de bultos a 5|7,5 después de una iridectomía óptica y a pesar de haber ingresado con un descemetocele. En un tercer caso (Obs. 25), la agudeza visual mejoró de bultos a 3|50. En el caso restante (Obs. 8), se trataba de una úlcera serpiginosa injertada sobre un glaucoma absoluto. De estos 4 enfermos, en dos la enfermedad evolucionó en el plazo de una semana; en uno la enfermedad evolucionó en 17 días, y en el otro, en 34 días.

CONCLUSIONES.

Del conjunto de los casos revisados, nos parece que se puede deducir las siguientes conclusiones:

1. La terapéutica médica de la úlcera serpiginosa a base de sulfamidoterapia y penicilinoterapia tiende a desplazar al tratamiento quirúrgico. Creemos que la intervención debe diferirse lo más posible dando tiempo a que actúe el tratamiento médico, y sólo en última instancia recurrir a él. Desgraciadamente del estudio de nuestras observaciones parece deducirse que aquellos enfermos que no se benefician con el tratamiento médico, tampoco obtienen ventajas apreciables con el tratamiento quirúrgico (Obs. 7, 15, 4, 19 y 20).

2. El tratamiento con sulfa en polvo microcristalino, sólo o asociado con sulfa (per os) ha mostrado ser de eficacia indudable.

Por otra parte, ante la eficacia probada de la Penicilinoterapia local, estimamos que sería aconsejable asociar ambos tratamientos.

3. El tratamiento local con polvos de sulfa tiene la ventaja de su fácil aplicación ya que bastan dos curaciones diarias para actuar eficazmente.

4. Hemos constatado que en 19 de nuestros enfermos (64%), existía vía lagrimal permeable.

Breves consideraciones sobre Retinopatía Diabética (*)

Dr. MICHEL H. MEHECH

No existe otra enfermedad general, que tienda más a comprometer todos los órganos relacionados con la visión, como la Diabetes, desde las funciones de los músculos extraoculares hasta el nervio óptico mismo.

Jaeger fué el primero en describir los cambios retinales en Diabetes.

Volhard, en 1921 dice: no hay retinopatía diabética sin hipertensión.

Nuestro material comprende la revisión de 195 enfermos inscritos en Mayo Clinic cuyo examen oftalmoscópico fué hecho por Henry P. Wagener y el suscrito. Estos enfermos, sean o no hipertensos presentan lesiones características, pero de diferentes tipos que en la opinión de los autores americanos presentan fases de un mismo proceso. Estas son:

1. Hemorragias solas; 2. Hemorragias puntiformes y exudados; 3. Hemorragias y exudados en copos de algodón; 4. Hemorragias y exudados agregados de visibles cambios venosos; 5. Lesiones venosas con hemorragias recurrenciales en el vitreo, proliferación de vasos nuevos y tejidos de conexión.

Las hemorragias están ubicadas muy a menudo en el curso de las venas, cerca de la región macular, de ahí el nombre de retinopatía "punctata central".

Algunos datos de interés en este estudio: dió igual porcentaje en cuanto a sexo. Había sólo 8 enfermos de menos de 40 años de edad. Un 65% tenía presión arterial por encima de 140/90.

En cuanto a la severidad de la diabetes y la terapéutica, hemos observado que diabetes leves presentaban lesiones retinales progresivas, y en casos en que la glucosuria no era controlada, el cuadro reti-

(1) Presentado a la Sociedad Chilena de Oftalmología en la sesión ordinaria del 26 de Diciembre de 1946.

nal no mostraba empeoramiento. El caso más antiguo de retinopatía visto fué de 13 años de duración.

El 17% de estos 195 diabéticos presentaba retinopatía D, contra un 13% que acusan estadísticas hechas en otro lugar. Este aumento se debe indiscutiblemente a la mayor vida que hoy tienen los diabéticos, ya que mientras más viven, más oportunidad tiene para desarrollar un Retinopatía D.

También este estudio revela que la Retinopatía se desarrolla en casos que no presentan ninguna otra lesión vascular. Esto explicaría el por qué la diabetes sólo afecta a las arteriolas finas y venulas.

No podemos decir cómo la D daña los vasos retinales; si por la hiperglicemia o hipercolesterinemia o por la presencia intermitente de productos quetógenos.

Las lesiones se observan en D leves o severas, en los que se usa insulina como en los que se controlan sin insulina.

Aspecto Oftalmoscópico. — Las hemorragias en los D se pueden reabsorber totalmente sin dejar huellas. Se presentan en el 80-90% de los casos. Los exudados son también profundos y se presentan con alta frecuencia. De los 195 casos, 117 eran exudativas, 48 eran hemorrágicas, 18 circinadas y 12 proliferantes.

El tipo exudativo se puede diferenciar de la retinopatía hipertensiva en que en ella falta la tendencia a la edematización de la papila.

Relaciones causales entre las hemorragias retinales y la diabetes. — Gray piensa de que se trata de endoarteritis que daría lugar a cambios aneurismáticos con ruptura de la pared vascular.

Würdeman piensa que la aumentada tendencia de la capacidad coagulante es los D provoca formación de trombos y ruptura de las venulas.

Etiología y patogenia debe hoy considerar tres factores: Disturbios del Metabolismo; condición renal; arterioesclerosis y cambios vasculares.

Disturbios del Metabolismo. — Glucosuria e hiperglicemia deben ser factores de Diabetes, pero hay pocos diabéticos con Retinopatía diabética.

Tampoco la retinopatía diabética ocurre en D graves. Los 80 graves que hemos observado, no tenían R. D.

Los D tienen gran tendencia a Lipemia. Sin embargo no hemos podido establecer relación útil entre glicemia y colessterina. No olvidemos que la colessterina tiene afinidad por los órganos oculares. Los D tienen tendencia a la hipercolesterinemia, pero no los R. D.

Condición renal. — Muchos D tienen albuminuria constante. Hemos encontrado albúmina en 82 enfermos con R. D. Von Noorden, de 650 D encontró 22% que tenía alb.

Este insulto renal sería causado o facilitado por aumento de la excreción del agua, la acción dañina de cuerpos cetógenos y la acidez de la orina.

Bessiere dijo que todo D que tiene una R exudativa es en realidad un renal ignorado.

Hipertensión. — Volhard dijo que la R. D. es imposible desarrollarse sin hipertensión. Nosotros hemos encontrado un 55% con hipertensión.

La arteriolo esclerosis se presenta con más frecuencia a medida que aumenta la edad del enfermo y *no* en proporción a la gravedad de la R. D.

Insulina. — No sólo no mejora, sino que empeora. Todo D antes de la Insulina se nos enviaba para Oftalmoscopia con midriático.

De nuestros 195 enfermos, 21 hicieron cataratas, 4 neuritis retrobulbares; 1 pàresia muscular, 12 retinopatías arterioescleróticas, 2 irido ciclitis y 1 glaucòma hemorrágico.

La mortalidad fué de 2,5 veces más alta en hombres, y de 1,6 más alta en los enfermos con R. D., que en los sin esta complicación.

De ningún modo la R. D. es una complicación indiferente. Debe ser considerada como un signo de mal pronóstico. La vida del enfermo se va a reducir de más o menos años. (Steen Haum).

CASUISTICA OFTALMOLOGICA**OFTALMIA SIMPATICA CURADA**Dr. **DAVID BITRAN**

Se trata de un hombre de 32 años, buen aspecto general, albañil; cuyos antecedentes hereditarios, enfermedades anteriores, hábitos, antecedentes venéreos y antecedentes oculares, no revelan nada de interés.

El 6 de Septiembre, mientras buscaba sus herramientas de trabajo se cae de tal manera que golpea su ojo izquierdo contra un fierro. Se le envía al Hospital de Illapel, donde es tratado por un médico no especialista durante 39 días, al cabo de los cuales nos lo envían a Santiago, con el diagnóstico de: Herida contusa superficial y marginal externa del globo ocular izquierdo con disminución de la agudeza visual.

El 15 de Octubre vemos por primera vez a este enfermo, quien al examen ocular presenta: O. I. Ptosis palpebral inflamatoria. Inyección ciliar intensa. Herida perforante corneoescleral de 2 cm. que abarca toda la córnea de 1 a 5, con hernia del iris y cuerpo ciliar. Iridodialisis superior. Iris de dibujo borroso, edematoso, con abundantes sinequias posteriores y exudados pre-pupilares. Además hifema. Tensión digital — 2. Visión O. I.: Luz, buena proyección con espejo plano a 1 metro.

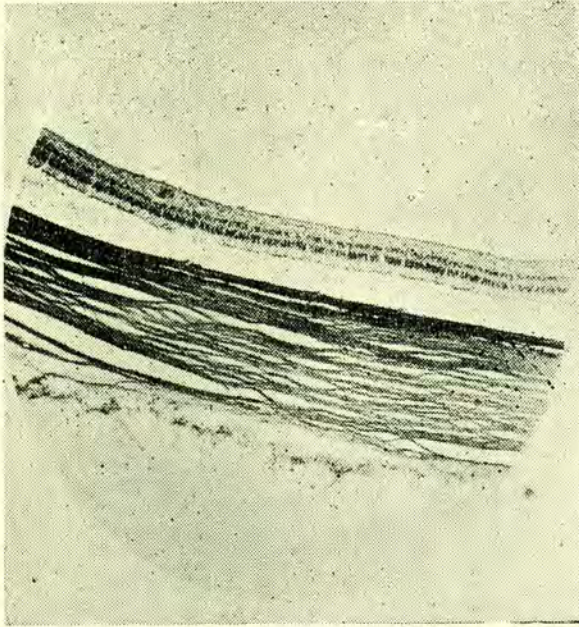
Visión O. D.: 1, ojo normal.

Diagnóstico: O. I. Herida perforante corneoescleral con hernia del iris y cuerpo ciliar. Iridodialisis e hifema.

Se instituye el siguiente tratamiento: Atropina 2 veces al día. Ultratermia. Penicilina subconjuntival 10.000 U. diarias.

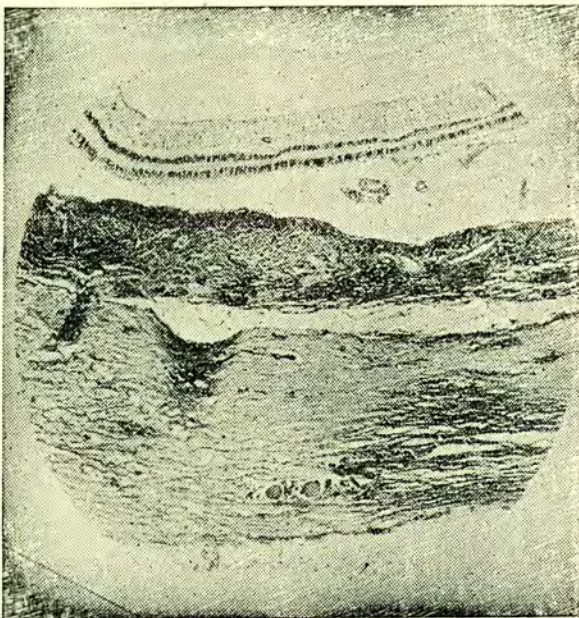
(*) Presentado en la sesión del 27 de Noviembre de 1946, de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

1.—Corte de pared normal 1/3 posterior



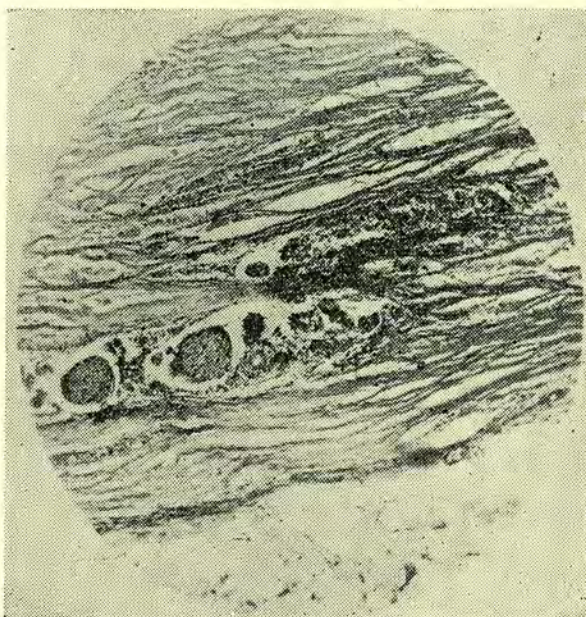
Retina
Coroides
Esclera
Epiesclera

2.—Corte de pared ocular del enfermo 1/3 posterior.



Retina
Coroides
muy engrosada
e infiltrada
Esclera
Epiesclera

El 18 de Octubre, 3 días después, el enfermo fué visto en Junta con el Dr. Barrenechea, quién después de examinarlo detenidamente, estuvo de acuerdo en continuar con el mismo tratamiento en el ojo enfermo. Respecto al O. D. sano se encontró una inyección conjuntival sospechosa, por lo que se insistió en controlar diariamente el estado de este ojo. El estudio biomicroscópico en esta oportunidad fué negativo.



3.—Nódulos inflamatorios esclerales con mayor aumento.

El 24 de Octubre, 4 días después, el enfermo se queja que no vé bien con su ojo derecho y que siente dolor. El examen de su ojo derecho demuestra discreto edema conjuntival. Inyección ciliar tenue. Al microscopio corneal se ve la pupila irregular, en miosis con sinequias posteriores. Iris con pérdida del brillo, dibujo borroso. Depósitos finos y escasos en la descemet.

Se diagnostica clínicamente Oftalmía Simpática del ojo derecho, 48 días después del accidente inicial.

Tratamiento: Se decide enuclear inmediatamente el O. I.

Ojo derecho: Atropina 2 veces al día; sulfadiazina 1 gr. cada 4 horas; Penicilina-novocaína, subconjuntival 10.000 U. diarias.

Para eliminar otras posibilidades etiológicas se practican los siguientes exámenes: Radiografía dentaria: Incisivo central superior izquierdo coronado; Línea periodontal apical engrosada.

Reacción de Kahn: negativa.

Recuento y fórmula: Conclusión leucocitosis neutrófila discreta.

El examen histo-patológico del ojo enucleado, realizado por el Profesor Héctor Rodríguez, dice así: "Microscópicamente se vé una intensa y difusa infiltración inflamatoria que engruesa la coroides, más o menos unas cuatro veces su espesor, siendo mucho más intenso este proceso hacia el polo anterior a nivel de los procesos ciliares. La infiltración es a base de elementos mononucleares, especialmente linfocitarios, pudiendo verse también elementos aislados histiocitarios y plasmáticos. La esclera se ve también infiltrada por esta inflamación que disociando las fibras colágenas, forma pequeños focos, especialmente perivasculares a base de igual calidad de elementos y alcanzando muy a menudo hasta las capas más externas por debajo de la conjuntiva. La retina se ve sin alteraciones de importancia.

No existen lesiones tuberculoideas.

Diagnóstico: La localización inflamatoria y su calidad confirman el diagnóstico de Oftalmía Simpática, a pesar de la ausencia de lesiones tuberculoideas. (Véase Microfotografías).

El 28 de Octubre, a 4 días de la enucleación del ojo simpatogénico (izquierdo), el simpatizado (derecho), presenta inyección ciliar intensa acompañada de dolores. Pupila miótica a pesar de la atropina. Sinequias posteriores y precipitados más gruesos en la descemet.

Visión ojo derecho: Bultos.

El 30 de Octubre la visión mejora a un sexto.

Hay midriasis media. Depósitos pigmentarios en la cristaloides anterior.

El 6 de Noviembre la visión del ojo derecho es de $1/2$. Como el enfermo presenta cefaleas y vómitos se suspende la sulfadiazina, habiendo ingerido un total de 40 grs. de la droga.

El 17 de Noviembre, 24 días después de iniciado el cuadro, se coloca la última (17ª) inyección de penicilina-novocaína, que el ojo ha tolerado muy bien. Subjetivamente no tiene molestias. Muy buena midriasis de su O. D., blanco.

Se coloca prótesis en la cavidad orbitaria izquierda, que ha evolucionado bien de su enucleación.

El 20 de Noviembre la visión llega a $2/3$. Ojo blanco. Buena midriasis. Observándose sólo pigmentos en la cristaloides anterior y escasos precipitados en la descemet.

22 de Noviembre: V. O. D. igual 1. Ojo blanco. Fondo normal. Sólo resta precipitados pigmentarios en la cristaloides anterior.

RESUMEN. — Se trata de un individuo de 32 años, sano, que a raíz de un traumatismo tiene una herida corneoescleral en el ojo izquierdo con hernia del iris y cuerpo ciliar. Tratada en forma deficiente en provincia durante 39 días y que recibió 80.000 U. de Penicilina en total durante nuestro tratamiento.

A los 48 días del accidente se produce una oftalmía simpática grave, en el ojo izquierdo, tratada con: atropina, sulfadiazina en un total de 40 grs. y penicilina 170.000 U. localmente.

Como resultado de este tratamiento el ojo simpatizado ha recuperado su normalidad, llegando de visión bultos a visión 1.

COMENTARIOS

1º El caso que presentamos es sin duda alguna una oftalmía simpática como lo demuestra las características del cuadro clínico y el estudio histo-patológico.

2º Queremos dejar constancia que en este caso la penicilina (80.000 U.), no sirvió de preventivo para evitar el compromiso del otro ojo.

3º Pensamos que este caso va en apoyo de la etiología infecciosa de la oftalmía simpática.

4º Creemos que éste es un magnífico ejemplo de curación total de una oftalmía simpática, que alcanzó grave intensidad y que fué tratada con sulfadiazina y penicilina local.

Revista de Revistas

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

1

VALUE OF CULTURES BEFORE OPERATIONS FOR CATARACT.—

DUNNINGTON J. H. and LOCATCHER-KHORAZO, D.
Archives of Ophthalmology. —Vol. 34.— p. 215 — Sept. 1945.

Los autores estudian una serie de 2.508 extracciones de catarata para determinar el valor de los cultivos preoperatorios en el pronóstico de las infecciones postoperatorias y la influencia de la quimioterapia.

Han encontrado el estafilococo albo en 1.705 casos; y el estafilococo dorado en 529 casos. Concluyen que el estafilococo dorado es el responsable de la mayoría de las infecciones postoperatorias.

En 730 casos en los cuales no se hizo cultivo preoperatorio, pero se instiló una solución al 25% de proteinato de plata, tres o cuatro veces al día durante las 24 horas antes de la operación, se produjo infección postoperatoria en 13.

En 663 casos se usó unguento de penicilina con 1.000 a 2.000 unidades Oxford o pomada de sulfatiazol sódico al 5%, antes de la operación, no produciéndose infecciones.

En 104 casos, la operación se realizó una vez que se hizo tratamiento con penicilina o sulfatiazol, para combatir gérmenes patógenos conocidos, sin producirse infecciones.

Los cultivos preoperatorios deben hacerse en todos los casos de extracción de catarata, teniendo en vista el tratamiento profiláctico.

ENSAYO CLINICO DE UN MIDRIATICO SINTETICO.—
RIDELL W. J. B.

British Journal of Ophthalmology. — Vol. XXX — N° 1 — 1946.

Debido a la escasez de homatropina al terminar la guerra se estudiaron varias substancias sintéticas de acción midriática. Entre ellas sobresalió la designada con el nombre de E-3 (éster bencílico del cloruro de hidroxietildimetiletilamina), cuya acción es la que se analiza. Empleando la solución al 1% se instilaron dos gotas de ella en el ojo derecho de 15 pacientes, en tanto que en el ojo izquierdo se instiló homatropina-cocaína en diez y atropina en cinco. Además se instiló E-3 en 51 enfermos.

Se llega a las siguientes conclusiones: E-3 alcanza su máximo efecto midriático en más o menos una hora y comienza a disminuir a las 5 ó 6 horas; para trabajo de refracción es un sustituto satisfactorio de la homatropina, ya que su acción ciclopéptica es más o menos igual a la de ésta, en cambio, es menos enérgica que la atropina. No produce alteraciones del epitelio corneal ni de la piel en aquellos pacientes con irritación atropínica.

2

SOBRE EL EFECTO DE LA MODIFICACION QUIRURGICA
DE LA ALTURA DE LA INSERCIÓN DEL RECTO EXTERNO.—

John FOSTER y PEMBERTON E. C. (Leeds).

British Journal of Ophthalmology — 1946.

En su trabajo el autor trata de determinar el efecto elevador o depresor que tiene sobre el globo el traslado quirúrgico de la inserción del recto externo hacia arriba o hacia abajo.

Los autores han operado 26 casos de estrabismo, llegando a la conclusión de que el ojo se desplaza en la dirección vertical donde se trasiada su inserción.

Se justifica este procedimiento cuando la desviación vertical es constante, es decir, en todos los ángulos horizontales y de menos de 11 Δ

Cuantitativamente la corrección conseguida depende del tipo de operación de estrabismo, a la que la elevación del recto externo se asocia así:

Elevación de un ancho muscular con resección y avanzamiento:
11.2 Δ

Elevación de un ancho muscular con resección sola: 7 Δ

Elevación de medio ancho muscular con resección y avanzamiento:
9 Δ

Elevación de medio ancho muscular con resección sola: 5.4

Elevación de medio ancho muscular: 2.75 Δ

Las mediciones se realizaron con sinoptóforo.

La conjuntiva no parece desempeñar rol alguno en el efecto de la elevación o depresión de los rectos.

*EL MECANISMO DE ACCION DE LAS
OPERACIONES ANTIGLAUCOMATOSAS.—
Angel MOREU.*

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. —
Tomo VI — N° 5 — p. 479 — Mayo 1946.*

El autor analiza los diferentes factores curativos de las operaciones antiglaucomatosas.

El canal de Schlem funciona como una válvula de seguridad y en el glaucoma falla primero intermitentemente y secundariamente en forma permanente. Al abrir un nuevo y amplio drenaje se mejora el funcionamiento del ángulo camerular, pero el problema del extasis circulatorio sigue en pie, en otras palabras, las operaciones antiglaucomatosas actuarían de un modo paliativo sobre las máximas tensionales.

Las operaciones que no producen fistulizaciones ni aumentan los drenajes, como la iridectomía, que no libera el ángulo iridocorneal, la cicloñálisis, que no crea ningún túnel, las punturas diatérmicas, la goniocicloñálisis y la goniotrabelotomía, se muestran sin embargo de indiscutible utilidad.

La goniotrabelotomía serviría, según Barkan, para abrir ampliamente las paredes del canal de Schlem esclerosadas o para dislacerar las cutículas, que según Reese, se forman en algunas variedades de glaucoma, pero se produce cierre absoluto en muy poco tiempo.

Hay casos de operaciones fistulizantes en que no se observa ampolla de filtración y sin embargo actúan sobre la tensión.

Las operaciones antiglaucomatosas que actúan sobre el iris o el cuerpo ciliar (zonas ricamente inervadas y vascularizadas), produ-

cen traumatismo seguido de una reacción más o menos violenta, capaz de modificar las condiciones circulatorias de la úvea anterior y de transformar la hiperemia pasiva en activa si existe permeabilidad venosa, gracias a la cual se activa la circulación y se favorecen los cambios nutritivos, que por otra parte se encuentran modificados, gracias a la hipotensión que se produce en el acto operatorio. La desaparición de esta extasis circulatoria sería quizás el efecto más importante que se produce en toda intervención antiglaucomatosa. A esta fase sigue una de degeneración y atrofia, con exclusión fisiológica de la zona traumatizada, con lo que se disminuye la superficie de producción del acuoso.

La observación gonioscópica después de operaciones antiglaucomatosa permite ver un aspecto de franca hiperemia activa en la región ciliar.

Sobre lo que la operación no suele tener una acción evidente es sobre las alteraciones de la permeabilidad parietal capilar; más aún, en los primeros momentos aún se hace mayor. En el glaucoma la permeabilidad capilar aumentada se produce a expensas de los capilares venosos y en los casos operados o en los procesos de hiperemia activa tiene lugar en los capilares arteriales.

La operación no lo resuelve todo y es necesario mantener los efectos de ella con un tratamiento médico adecuado.

El control del resultado del tratamiento está en la curva de tensión en la prueba de fluoresceína y en la gonioscopia. Si estas pruebas y exámenes siguen siendo patológicos, el trastorno circulatorio persiste, con grave peligro para la integridad del globo ocular.

3

EL LENTE DE CONTACTO PLASTICO EN LA ACTUALIDAD.—

Eduardo AMORETTI.

Ophthalmologia Ibero Americana. — Vol. VII — N° 4 — p. 287 — 1946.

El autor llega a las siguientes conclusiones:

1. El lente de contacto es el mejor medio para corregir exactamente la gran mayoría de los vicios de refracción.
2. Para satisfacer su necesaria difusión, el lente de contacto plástico moldeado es el que, hasta el presente, reúne las mejores condiciones.

3. El éxito de su aplicación está estrechamente vinculado con las impresiones perfectas y con el ajuste apropiado.

4. Con la cubeta de Anderson y la técnica correspondiente se consiguen hasta el momento actual, las mejores impresiones.

5. Dentro de las reglas establecidas en la técnica de ajuste, debe recordarse por su fundamental importancia, lo siguiente: las áreas muy ajustadas producen zonas flojas y éstas provocan frecuentemente, contactos corneanos.

6. Los lentes de contacto plásticos de revolución esférica y los tóricos pueden emplearse con indudable eficacia, en determinados casos.

7. Cuando estos dos tipos de lentes intervienen eficazmente, lo hacen, no sólo porque la estructura del globo ocular lo permite, sino también por ser plásticos, condición ésta que posibilita los ajustes necesarios.

8. La importante cuestión referente a las soluciones oculares apropiadas, sigue sin resolverse, en forma totalmente satisfactoria, a pesar de los adelantos conseguidos.

9. Debe divulgarse el recurso para corregir el astigmatismo inducido de Obrig.

10. El médico oculista está obligado a conocer y a aplicar el lente de contacto en los pacientes afectados de queratocono.

APORTACION AL ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE LA MIOPIA.—

F. PEREZ TORIL.

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. —
Tomo VI — N° 6 — p. 562 — Junio 1946.*

Del estudio de una población escolar de 1.800 escolares llega a las siguientes conclusiones:

1. La causa esencial y única de la miopía está en la herencia, sin cuyo factor no hay tal ametropía; bien entendido que este factor herencia puede manifestarse o permanecer latente, según determinadas leyes.

2. El trabajo de cerca, con la mirada sobre objetos pequeños, muy prolongado, con mala iluminación y otras causas consideradas por unos como causa primordial de la miopía y por otros como factores desencadenantes de la misma, sólo influyen en la forma de progresar, acelerándola, hasta que llega al punto en dondê hubiese llegado más tarde sin que ellos hubiesen actuado.

5

*ESTUDIO BACTERIOLOGICO DE LA
CONJUNTIVA (Nota preliminar).—*

Enrique GOMEZ QUIÑONES.

*Archivos de la Asociación para evitar la Ceguera en México. —
Vol. IV — p. 443 — 1946.*

El autor practicó el estudio bacteriológico en 100 enfermos que padecían diversas afecciones conjuntivales, encontrando estafilococos de diferentes especies en 49 de los casos estudiados: en 22 casos de conjuntivitis catarrales agudas, 12; en 46 casos de conjuntivitis crónicas, 23; en 7 casos de conjuntivitis folicular crónica, 4; en 2 casos de blefaroconjuntivitis aguda, 2; el mismo número en dos casos de blefaroconjuntivitis crónica; en 3 casos de queratoconjuntivitis flictenular, 1; en 5 casos de conjuntiva normal, 3; en 2 estudios preoperatorios, 1; en 2 casos en conjuntivitis lagrimal, 1; y en 1 caso de conjuntivitis primaveral el mismo número

Corynebacterium xerosis en 17 casos, siendo respectivamente los siguientes; 2 en conjuntivitis catarrales agudas; 11 en las crónicas; 2 en las conjuntivitis foliculares crónicas; 1 en las conjuntivitis flictenulares, y 1 en las conjuntivas normales.

Streptococcus pneumoniae de diferentes tipos en 15 casos, a saber: 2 en conjuntivitis catarrales agudas; en las crónicas 9; 1 en las conjuntivitis foliculares crónicas; 1 en las flictenulares; 1 en las conjuntivitis lagrimales, y 1 en los estudios preoperatorios practicados.

Neisseria catarrhalis en los siguientes casos: 4 en conjuntivitis catarrales agudas; 4 en conjuntivitis crónica, y 2 en 4 casos de conjuntivitis folicular aguda estudiados, siendo, por lo tanto, 10 en total.

Bacterium granulosus en 9: 2 en conjuntivitis agudas; 6 en conjuntivitis crónicas, y 1 en conjuntivitis foliculares crónicas.

Bacillus Lacunatus (*Morax Axenfeld*) y bacilo licuefaciens en 9 casos: 3 en conjuntivitis agudas; 5 en las crónicas, y 1 en las flictenulares.

Bacilo subtilis en 7: 2 en conjuntivitis agudas; 3 en las crónicas; 1 en las flictenulares, e igual número en las queratoconjuntivitis flictenulares.

Hemophilus influenzae en 5 casos: 1 en conjuntivitis agudas; 2 en las crónicas, y 2 en las foliculares crónicas.

Sarcinae en 5: en las conjuntivitis agudas 1; en las crónicas 2; y el mismo número en las foliculares agudas.

Corynebacterium hoffmanii en 3 casos: 2 en conjuntivitis crónica y 1 en conjuntiva normal.

Pseudomona pyociania en un caso único estudiado en úlcera anular de la córnea con gran hipopión.

Fueron pocos los casos en los cuales se aisló una sola cepa de gérmenes. En 3 casos no hubo desarrollo.

Se lograron encontrar cuerpos de inclusión en tres de los casos que correspondían a cuadros de conjuntivitis foliculares agudas.

Se trataron varios enfermos con tirotricina, habiendo obtenido resultados satisfactorios en algunos frente a los cuales parecía estar indicado el uso de esa substancia en el tratamiento y habiendo sido observado fracasos en otros.

8

DESPLAZAMIENTO TANGENCIAL DEL IRIS EN EL GLAUCOMA CRONICO.—

RIDELL, W. J. B.

British Journal of Ophthalmology. — Vol. XXX — N^o 2 — p. 74 —
Febrero 1946.

El autor se refiere a un trastorno que sufre la disposición radial normal del estroma iridiano en el glaucoma crónico, consistente en que el estroma corre tangencial al borde iridiano, como si la pupila hubiese rotado sobre su eje. Esta alteración puede ser segmentaria o total; acompaña generalmente glaucomas de larga evolución, pero puede hallarse en casos de poca duración.

En un caso, Ridell, diagnosticó un glaucoma basándose sólo en la positividad de este signo en un sector del ojo y en la dilatación de un vaso perforante ciliar anterior. El diagnóstico se vió confirmado posteriormente.

El autor examinó 70 ojos de 35 glaucomatosos, hallando desplazamiento tangencial en 18 de ellos. No parece tener relación con el sexo o la edad. Es más frecuente en etapas avanzadas del glaucoma, pero puede ser un signo temprano.

Ridell avanza la hipótesis que el fenómeno se deba a zonas rígidas cerca del margen pupilar.

9

*CATARATA ZONULAR CONGENITA —
CATARATA TETANICA Y RAQUITISMO.—*
José AGUILAR MUÑOZ.

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano Americana. —
T. VI — N° 3 — p. 252 — Marzo 1946.*

El autor ha estudiado una familia de la cual el padre y seis hijos de nueve, tenían cataratas zonulares, éstos últimos con alteraciones dentarias, pero sólo un hijo tenía deformaciones óseas que pudieran achacarse a raquitismo y sólo una hija se puede considerar como afecta de espasmofilia, precisamente la que no tenía catarata.

El padre y un hijo eran emetropes, tres hijos eran hipermetropes y otros dos eran miopes.

Los cristalinos no tenían el eje anteroposterior acertado como se admite para los cristalinos tetánicos.

La calcemia fué en todos normal (más o menos 9 miligramos por ciento).

De los 9 hijos hay cuatro mujeres y cinco hombres, éstos últimos afectados en totalidad, mientras que una sola de las mujeres padece de catarata. Hay herencia dominante del padre que transmite su enfermedad a hembras y varones y casi en proporción de 3 : 1, y el carácter hereditario ligado al sexo, que está expresado por la salud de la madre, puesto que ella que es normal, ha sido capaz de transmitir el estado fisiológico sólo a las mujeres pero a ningún varón.

En esta familia se puede eliminar la posibilidad de haber padecido ninguno de sus miembros ni espasmofilia ni tetania ni aún raquitismo y sólomente aceptar que en el período fetal de calcificación dentaria padecían de hipocalcemia.

La catarata zonular congénita tiene una evidente relación con el raquitismo fetal que a su vez es provocado por la pobreza en calcio de la madre.

10

SINDROME DE GROENBLAD Y STRANDBERG.—
J. ARJONA.

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. — Vol.
VI — N° 3 p. 277 — 1946.*

Presenta tres casos en mujeres (las estadísticas acusan mayoría en los hombres) con estrías angiodes muy discretas en dos de ellas,

que son hermanas, y muy marcados en otra, en la que ya está afectada la zona macular.

El proceso se inicia simultáneamente en ambos ojos en forma lenta e insidiosa limitándose al polo posterior y sin fenómenos subjetivos en un principio. Alrededor de la papila se ve como un anillo moreno irregular, más o menos circular, que la rodea a mayor o menor distancia; del que salen de modo radiado prolongaciones periféricas, como estrías rojizas o morenas que pueden anastomosarse entre sí formando un mosaico, primero estrechas y que se ensanchan mucho más tarde, sobrepasando 3 ó 4 veces el calibre de los vasos, con los cuales tienen un remoto parecido.

La evolución es lentísima pudiendo aparecer lesiones hemorrágicas, sobre todo en la zona macular, que al reabsorberse dejan masas blancas exudativas, que dan el aspecto de la degeneración disciforme (Junius Kuhnt).

El proceso ocular es debido a rupturas de la lámina elástica o vitrea de Bruch con fragilidad general del tejido elástico, dermis, tunicas vasculares, etc. La piel muestra las fibras elásticas del corión hinchadas, hendidas y fragmentadas (estas lesiones se encuentran en la elastosis senil, proceso que se ve con las estrías angioides). Las arterias muestran lesiones degenerativas del mismo tipo y por su mayor fragilidad se producen frecuentes hemorragias en diversas partes del organismo y en el polo posterior del ojo.

Junto con las estrías angioides se ve el pseudo xantoma elástico de Darier, que se caracteriza por la aparición en la piel de manchas amarillas semejando, las xantomatosas, que asientan de preferencia en el cuello, axila, ingles y piel del abdomen.

Las osteítis deformante o enfermedad de Paget, suele presentarse en un 10% de los casos, lo que lleva a pensar en la posibilidad de estar ante un síndrome más amplio.

El síndrome es una distrofia sistematizada del tejido elástico de la piel y su representación en el ojo (membrana elástica de Bruch) con lesiones en la elástica de los vasos, dando lugar a hemorragias que pueden ser maculares o en cualquier sitio. Distrofia de carácter familiar hereditario recesivo y que va muchas veces acompañada de una perturbación del metabolismo del calcio, que se exterioriza por la llamada enfermedad de Paget.

El tratamiento es muy pobre, sólo se puede hacer menos graves las hemorragias con calcio, vitamina B1 y C., con lo que se logra muchas veces reabsorción de la sangre derramada.

RETINITIS PUNCTATA ALBESCENS.—

B. CARRERAS MATAS.

Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. —
Vol. VI — N° 3 — p. 269 — Marzo 1946.

La retinitis punctata albescens se presenta a veces con caracteres tan afines a la retinitis pigmentaria, que se impone considerarla como una simple variante de esta última enfermedad y otras veces la retinitis punctata albescens se presenta sin ninguno de los síntomas que caracterizan la retinitis pigmentaria, siendo la hemeralopia el único signo común en ambas.

Por ésto Lauber distingue dos formas clínicas: una congénita, sin tendencia a la progresión, cuyos únicos síntomas son las manchas blancas y la hemeralopia y otra progresiva, acompañada de manchas pigmentarias y atrofia del nervio óptico (retinitis punctata albescens).

Presenta un caso interesante por su fuerte carga hereditaria (de 19 hermanos, de los cuales 10 viven, casi todos han padecido la enfermedad), por haber desaparecido en la mayoría de los hermanos al alcanzar los 20 años de edad, y por otra parte, por el campo visual poco o nada alterado pero con agudeza visual muy deficiente (O. D. 0.1 dif. y O. I. 1/20).

No existe parentesco entre los ascendientes inmediatos del enfermo.

Como tratamiento se recomienda vitaminoterapia, inyecciones retrobulgares de sustancias vasodilatadoras (acetilcolina, atropina, ácido nicotínico, etc.).

EL DESPRENDIMIENTO DE LA COROIDES SIMULTANEO CON EL DE LA RETINA DESPUES DE LA EXTRACCION DE CATARATA.—

H. ARRUGA.

Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. —
Vol VI — N° 2 — p. 119 — Febrero 1946.

El desprendimiento coroideo no acentuado no da síntomas, sólo cuando reduce el campo visual hay falta de visión en un sector que partiendo de la periferie termina en una línea curva de convexidad central. Frecuentemente son dos sectores, uno a cada lado, de límites

curvados que se aproximan, sin alterar generalmente la visión central.

El examen oftalmoscópico demuestra la existencia de uno o más abombamientos, semejando un tumor de la coroides, pero la masa no es opaca, sino que transparente, por lo general, con un reflejo más o menos rojizo.

La cámara anterior está vacía casi siempre por falta de cicatrización de la herida operatoria, coincidiendo normalmente el cierre de la cámara anterior con el regreso del desprendimiento coróideo.

Causas predisponentes son la senilidad acentuada, la tendencia pre-operatoria a la hipertensión y las discracias, especialmente la diabetes.

La evolución es casi siempre muy favorable, curan sin dejar huellas en pocos días a 2 ó 3 semanas.

Es probable que sea la congestión ex-vacuo de la coroides la que produzca la exudación serosa de dicha membrana vascular.

El autor ha controlado los operados que no tenía cámara anterior a los 4 días y en 242 casos ha observado 9 desprendimientos de la coroides, de los cuales en 3 había también desprendimiento de la retina, que desaparecieron entre 4 y 14 días después de la operación. Ambos desprendimientos tienen carácter benigno y desaparecen juntos.

El desprendimiento retinal es contiguo al de la coroides, lo que hace creer que en una zona la exudación en vez de ser externa y ocupar el espacio supracoróideo, es interna y levanta la retina. Su patogenia es probablemente la misma.

11

CLINICAL STUDY OF EFFECT OF TOBACCO ON THE NORMAL ANGIOSCOTOMA.—

Agustín I. FINF.

Archives of Ophthalmology. — Vol. 35 — N° 1 — p. 15 — January 1946.

El autor estudia el efecto del tabaco sobre la angioscotometría, o sea el método usado para la representación gráfica de los campos visuales centrales.

El angioscotoma significa un defecto de los campos visuales que resulta de la mancha ciega de Mariotte y en relación a la distribución del árbol retinal vascular. Las sombras han sido interpretadas como provenientes de las modificaciones en la función de los espacios retinales perivasculares y en las uniones sinápticas retinales.

La nicotina produce vasoconstricción periférica generalizada por la estimulación del simpático por aumento de la epinefrina en el cuerpo. En la esfera ocular produce un ensanchamiento del angioescotoma, por alteraciones en la función de los espacios retinales perivasculares. Este ensanchamiento del angioescotoma es menor con cigarrillos de bajo valor en nicotina, así como la inhalación controlada no produce cambios del angioescotoma.

13

PERFORACIONES DOBLES DEL GLOBO OCULAR EN ACCIDENTES DEL TRABAJO.—

José CASANOVAS.

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. —
Tomo VI — N° 6 — p. 523 — 1946.*

Las perforaciones dobles del globo ocular son más frecuentes en los accidentes de caza y en los traumatismos de guerra que en los accidentes del trabajo.

El autor ha observado 12 casos, cuyo diagnóstico se comprobó por la enucleación, la radiografía o por el examen oftalmoscópico secundado por el radiográfico.

La frecuencia de las perforaciones dobles oscila entre el 3 al 24 por ciento de todas las heridas perforantes del globo.

La puerta de entrada se encuentra con mayor frecuencia en el limbo o sus inmediaciones. El tamaño del orificio de salida es a menudo mayor que el de entrada, por la pérdida de velocidad que sufre el cuerpo extraño al vencer las resistencias que halla en su trayecto; la segunda perforación se halla por lo común en las inmediaciones del polo posterior.

Son síntomas de perforación doble los siguientes: hipotonía más acentuada que en los casos de perforación simple, cierto grado de reacción orbitaria (ligera exoftalmía, ligero trastorno de la motilidad del globo), equimosis conjuntivales alejadas de la herida o palpebrales de aparición tardía y quemosis de la conjuntiva bulbar con acusada inyección vascular, pero el diagnóstico seguro lo dan el examen oftalmoscópico, si es posible, la prueba del electroimán, y el examen radiográfico. (Anillo metálico, ortoradiografía cinética, inyección de aire o de sustancias opacas a los rayos).

Cuando el fragmento vulnerante es de gran tamaño, aunque se trate de una doble perforación, la visión se pierde y aún el globo ocu-

lar debe enuclearse, pero si es pequeño, interesa saber la localización exacta, ya que los pequeños cuerpos extraños orbitarios son bien tolerados, incluso con buena visión.

15

ERRORES EN EL DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES INTRA-OCULARES — UN ESTUDIO CLINICO E HISTOPATOLOGICO.

Berta A. KLIEN.

Archivos de la Asociación para evitar la Ceguera en México. —
Vol. IV — p. 527 — 1946.

Basada en el estudio histopatológico de 55 ojos y 2 casos clínicos estudiaba los errores de diagnóstico en los melanomas malignos de la 3^avea. De los 55 ojos estudiados histológicamente, 41 presentaban melanomas malignos, 10 de los cuales no fueron diagnosticados clínicamente y los 14 restantes fueron enucleados debido a diagnósticos erróneos.

Un análisis de los hallazgos clínicos e histopatológicos en estos ojos demuestra las faltas más frecuentes en estos diagnósticos erróneos.

1. *Melanomas malignos no diagnosticados clínicamente:*

El diagnóstico clínico de estos 10 ojos fué:

- a) Uveitis crónica con glaucoma secundario (dos casos);
- b) Glaucoma secundario con catarata glaucomatosa (dos casos);
- c) Oclusión de la vena central de la retina (un caso);
- d) Catarata unilateral de origen desconocido (un caso);
- e) Glaucoma crónico bilateral (un caso);
- f) Glaucoma agudo (un caso);
- g) Quiste macular (un caso); y

h) Buftalmía de origen desconocido (un caso). En un buftalmo no producido por antecedentes traumáticos, inflamatorios o cirugía, existe la sospecha de tumor, que indica la enucleación.

2. *Fadecimientos erróneamente diagnosticados como tumores intra-oculares:*

El diagnóstico histológico en estos 14 ojos fué:

- a) Retinitis exudativa externa de Coats (dos casos);
- b) Hipotonía aguda (4 ojos en 3 pacientes);

- c) Oclusión de la vena central de la retina (dos casos);
- d) Luxación del cristalino;
- e) Desinserción de la retina (un caso);
- f) Uveitis tuberculosa y periflebitis de la retina (un caso); y
- g) Coriretinitis diseminada y nevus de la coroides cerca de una lesión coróidea activa (un caso).

OCURRENCE OF GLIOMA OF RETINA AND BRAIN IN COLLATERAL LINES IN SAME FAMILY GENETICS OF GLIOMA.—

Andrew RADOS.

Archives of Ophthalmology. — V. 35 — N° 1 — p. 1 — January 1946.

La tendencia familiar del glioma está bien establecida. El autor relata 2 casos en niños cuyas madres eran hermanas, de glioma doble del mismo tipo histológico; neuroepitelioma en uno y astrocitoma del cerebro en otro.

Las hembras no afectas son las transmisoras a un varón (primer caso), y a una niña (segundo caso).

El retinoblastoma pertenece aparentemente a lesiones de desarrollo como la neurofibromatosis y la esclerosis tuberosa, condiciones éstas que tienen una base hereditaria y se originan de lesiones intermedias entre disturbios del desarrollo y verdaderos neoplasmas.

17

COMPROMISO DE LOS PARES CRANEANOS EN LA CISTICERCOSIS CEREBRAL.—

Alfonso ASENJO y Esteban D. ROCCA.

Revista Médica de Chile — Año LXXIV — N° 9 p. 605 — Stbre. 1946.

Se hace un análisis de 36 enfermos con diversos tipos de cisticercosis cerebral para evaluar el compromiso de los nervios craneanos. Los nervios más afectados son: en 31 oportunidades el óptico; en 22 el facial, y en 18 el auditivo.

Los síntomas referentes a los pares craneanos corresponden a procesos de encefalitis, hidrocefalia, edema cerebral, proceso irritativo de las meninges blandas y acción tumoral local del cisticerco.

La toxina derivada de la desintegración del cisticerco provoca una encefalitis y edema cerebral, ocasionando una alteración de los centros corticales de los pares craneanos. Otras veces el edema actúa a distancia por medio de las hernias cerebrales, dando lugar a una compresión directa en el trayecto del nervio.

La toxina produce una inflamación crónica de la aracnoides, determinando lesiones inespecíficas de los nervios craneanos en su trayecto extracerebral-intracraneano.

El compromiso de varios pares craneanos a la vez nos habla a favor de una cisticercosis racemosa.

En los casos de cisticerco quístico único, el tratamiento quirúrgico tiene un 100% de curación.

LAS TUBERCULOSIS OCULARES EN EL CUADRO DE LAS TUBERCULOSIS ATÍPICAS.—

JACQUELIN, TURIAF y DURAN.

Annales D'Oculistique — T. CLVIII — p. 514 — 1945.

Las tuberculosis oculares típicas son raras en Oftalmología y es frecuente la comprobación de procesos inflamatorios desprovistos de toda especificidad, que muchas veces pasan desapercibidas, ya que nunca se producen en el curso de una tuberculosis pulmonar típica, sino en las formas benignas o latentes.

Los autores le dan valor a la reacción sindrómica a la tuberculina.

Consideran superior el resultado de la tuberculina al de las sales de oro o el antígeno metílico.

Noticiario Oftalmológico

NECROLOGIA

DUPUY - DUTEMPS

El 16 de Marzo del año en curso ha fallecido a la edad de 76 años esta figura destacada de la Oftalmología francesa.

Fué presidente de la Sociedad Francesa de Oftalmología y Director del Hospital Oftalmológico Fondation Rotschild.

Entre sus trabajos destacan los dedicados a la dacriocistorrinostomía publicados en 1921 en colaboración con el Dr. Bourget.

Los Archivos Chilenos de Oftalmología se asocian a este duelo de la Oftalmología Francesa.

ANTONIO GARCIA MIRANDA

A la edad de 36 años ha fallecido el Prof. García Miranda, una de las figuras más brillantes de la Oftalmología española, a la cual la chilena se siente tan ligada, por ello este duelo lo es también nuestro.

Recibido en 1932 en la Facultad de Madrid, se inició en la Oftalmología en la clínica del Dr. Mata y luego con el Prof. Díaz Caneja, para después trasladarse a Alemania a las clínicas del Prof. Schieck y del Prof. Loehlein.

De regreso en España fué catedrático por oposición en Granada, para pasar después a Salamanca, siendo también oftalmólogo del Instituto Nacional de Higiene y del Instituto Oftálmico Nacional.

Su muerte se produjo al regreso de Estados Unidos, donde había sido designado en Comisión para visitar las Clínicas Oftalmológicas.

Su labor científica que conocíamos y admirábamos, nos hace sentir como algo propio esta prematura desaparición de un valor de la Oftalmología española, de quién se esperaba tanto, dadas sus grandes dotes intelectuales y morales, que lo habrían llevado a uno de los más altos sitios de la Oftalmología Mundial.

Dr. René Contardo.

HENRI COPPEZ

En Agosto ha fallecido el Prof. Henri Coppez, a la edad de 77 años, la figura más representativa de la Oftalmología belga.

Sociedad Chilena de Oftalmología

SESION ORDINARIA DEL 27 DE NOVIEMBRE DE 1946

Se abre la sesión a las 7.35 P. M., bajo la presidencia del Dr. Italo Martini.

Asistencia. — Dras. Thierry, Pinticart y Tobar; Dres. Barrenechea, Contardo, Bitrán, Espíldora, Gormaz, Mehech, Moya, Peralta, Santos, Verdaguer, Villaseca, Wygnanski, Lama, Olivares, Grant, Jumemann y Araya.

Acta. — Se aprueba el acta de la sesión anterior, sin modificaciones.

El señor Presidente pide el asentimiento general para celebrar la próxima sesión ordinaria el Jueves 26 de Diciembre, en atención que el día anterior, el oficial, es feriado. Solicita, además, dejar para la sesión de clausura, a principios de Enero del próximo año, la resolución de la Tabla pendiente de la Sesión Extraordinaria de Directorio del 29 de Octubre. Ambas indicaciones son aprobadas.

Tabla. — 1º) *Profesor Espíldora.* — Presenta un interesante caso clínico. Se trata de un enfermo, de unos 40 años, que desde hace dos años sufre de bléfarokeratoconjuntivitis del ojo derecho, a repetición, con intensas molestias subjetivas, con breves períodos de latencia y prácticamente resistente a los diversos tratamientos ensayados. Ingresa a su Servicio en Octubre de este año, comprobándose este cuadro ocular de apariencia poco clara. Se emplea esta vez, fuera de otros tratamientos, la autohemoterapia con iguales resultados, de sólo mejorías temporales. El 9 de Noviembre, la Dra. Thierry, conjuntamente con él, lo somete a un minucioso examen, encontrándosele esta vez, al microscopio corneal, algo brillante que semejaba cuerpo extraño endocular, ubicado en la cámara anterior, parte inferior, y que oscilaba en su extremo superior con los movimientos del enfermo. El Profesor Espíldora recalca que externamente sólo le llamó la atención una fina estría oblicua de la córnea, que vista con aumento revelaba la presencia de un fino vasito que la surcaba. Resultó ser la secuela de una antigua herida perforante corneal, de un accidente sufrido siete años atrás, en 1939, a raíz de habársele quebrado sus lentes. Operado, después de haber sido comprobado por otros colegas este hallazgo, se le practica una paracentesis, extrayéndosele un pequeño trocito de vidrio parcialmente recubierto de pigmento, que muestra a la concurrencia. El Profesor Espíldora lo presenta por

haber permanecido, este cuerpo extraño intraocular, tantos años sin provocar otras molestias que las anotadas. Cree que la atropina, que a veces se le instilaba y que le producía mayores molestias, sin duda tendrían su explicación por el enclavamiento que se producía por la midriasis.

Discusión. — Dra. Thierry. Recuerda otro caso similar. Se trataba de un interno del Hospital Arriarán, hoy médico, que se quejaba igualmente de molestias conjuntivales, a repetición. Al examen, únicamente discreta inyección ciliar, revelando, al microscopio corneal, secuelas de una pequeñísima herida perforante corneal, detrás de la cual se apreciaba un puntito que brillaba. Operado, resultó ser una fina partícula metálica. El accidente lo había sufrido muchos años atrás, a los 4 ó 5 años de edad. Actualmente bien.

2º) *Dr. Bitrán.* — A continuación presenta un caso de Oftalmía simpática. Se trata de un enfermo que se accidenta el ojo izquierdo el 6 de Septiembre del presente año. El 15 de Octubre, trasladado del Hospital de Illapel, donde primero ufé tratado, a la Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios, se comprueba: ojo izquierdo, herida perforante extensa, córneo escleral, con hernia del iris y cuerpo ciliar, iridodialisis, abundantes sinequias posteriores e hifema, tensión de — 2 y visión de luz con buena proyección. Ojo derecho, normal. Como tratamiento se le indica atropina y penicilina subconjuntival, 10.000 Unidades diarias, hasta completar 80.000. A los 48 días, oftalmía simpática grave del ojo derecho, que lo lleva a visión 0. Como conducta terapéutica, se hace la enucleación del ojo izquierdo y atropina, sulfadiazina hasta un total de 40 gramos y penicilina subconjuntival hasta 160.000 Unidades del ojo derecho. El examen anátomo patológico confirmó el diagnóstico. El cuadro evoluciona favorablemente y así, el 17 de Noviembre, o sea, 24 días después, se coloca la última inyección de penicilina. El 22 del mismo mes, al control ocular se comprueba visión de 5|5, restitución ad integrum, observando sólo precipitados pigmentarios en la cristaloides anterior.

Discusión. — *Prof. Espíldora.* — Sugiere no confiar mucho en los éxitos de la penicilina, pues son, a veces, traicioneros, a igual que los sulfa, produciéndose recidivas que él ha observado en su Servicio. Cree conveniente una larga observación de este caso, que él considera curado, por no presentar sino restos pigmentarios sólo en la cristaloides anterior.

3º) *Dr. Santos.* — Presenta a la consideración de la Sociedad Chilena de Oftalmología, un estudio comparativo del tratamiento efectuado en 28 casos de úlceras corneales serpiginosas graves, observadas en los tres últimos años en la Clínica del Hospital San Vicente. Deja constancia que en 19 casos, o sea el 64%, existía vía lagrimal

permeable. El relator considera conveniente la sulfamidoterapia, per os y local, a base de polvos y pomadas, que son muy bien tolerados, asociada a la penicilina local, a razón de 5.000 Unidades por centímetro, lo cual, últimamente, ha dado sorprendentes buenos resultados. La evolución la reduce enormemente, y generalmente la visión mejora hasta alcanzar 5|10 ó más, dejando uno que otro leucoma con mala visión. Cree que este tratamiento médico ha desplazado al quirúrgico, especialmente la operación de Saemich, antes tan socorrida. Actualmente se la deja reservada como complemento de tratamiento médico, y para aquellos casos de suma gravedad. En general, sus resultados son deficientes, pues, de 5 casos, en uno se produjo un glaucoma secundario, en otro panofthalmitis que marchó a la exenteración y en los otros 3 dejó grandes leucomas.

Discusión. — *Dr. Barrenechea.* — Felicita al Dr. Santos por su interesante contribución al estudio del tratamiento de la úlcera serpigiosa. Particularmente, él es testigo, especialmente del buen éxito de los sulfas en general, en este tipo de afecciones corneales, y en otras, también microbianas, del saco lagrimal, párpados, etc. Agrega que todos los operados de saco lagrimal en su Servicio, reciben abundante aplicación de Mexilal, habiéndose evitado, prácticamente, toda complicación posterior.

Sr. Presidente. — Pregunta al Dr. Santos qué clase de sulfa, hecho polvo, usa, respondiéndole éste que prefiere el mexilal, espolvoreado sobre la misma córnea. Señor Presidente sugiere que el exceso de concentración local que podría provocar el polvo in situ, podría dañar la córnea.

Prof. Verdaguer. Cree que no hay tal peligro. El, casualmente, viendo que los operados de desprendimiento de la retina, debían permanecer varios días con los ojos vendados, y que por tal motivo acumulaban, a veces, bastante secreción, ha usado estos polvos, en estos casos, con muy buen resultado.

Por analogía sugiere su empleo en los operados de catarata, tal como lo han hecho algunos autores norteamericanos.

Dr. Barrenechea. — Concuerta con lo dicho por el Prof. Verdaguer. El ha obtenido buenos resultados en casos similares. Cree que la pomada de mexilal es algo dolorosa.

Sr. Presidente. — Manifiesta que él emplea mucho la pomada de mexilal, sin ningún inconveniente, salvo este pequeño dolor, que él también ha comprobado.

Dra. Pinticart. — Refiere que en Chillán, en el verano pasado, hubo una verdadera epidemia de úlceras serpigiosas. Las trató, con buen resultado, con colirio de sulfatiazol, cuatro veces al día, y con pomada en la noche. Evolucionaron en el curso de 1 mes a 20 días.

Conoció una úlcera serpigínea grave, de 20 días, de evolución con media cámara anterior ocupada por hipopión, a la que le practicó Saemich, seguido de 3 lavados sucesivos a través de la incisión quirúrgica de penicilina, completando el tratamiento con inyecciones subconjuntivales a razón de 2.500 Unidades por cc. En una semana, la úlcera se redujo a la mitad, sanando luego, con la formación de un pequenísimu leucoma, sin adherencias, y que le permitió buena visión.

Prof. Espíldora. — Recuerda que otros tratamientos que se han utilizado también para las úlceras serpigíneas, han dado igualmente buenos resultados. Para el Dr. Morales, de Temuco, estos casos no revelan gravedad, pues con atropina local y penicilina parenteral, en un total de 300.000 Unidades, los domina fácilmente. Autores españoles han hablado maravillas de la Colina. En el Hospital de San Vicente se hizo una memoria con colirio de penicilina al 1/500 con buenos resultados. Agrega que muchos tratamientos son buenos si las cepas microbianas obedecen a determinada terapéutica.

Sr. Presidente. — Encuentra interesante que el trabajo del doctor Santos haga que se venga abajo el hecho antiguo de extraer los sacos lagrimales enfermos, en caso de úlceras serpigíneas.

Dr. Barrenechea. — Considera que el saco lagrimal ya no constituye problema en la úlcera serpigínea.

Dr. Lama. — Refiere que en el Policlínico del Seguro Obrero él ha observado numerosos casos y cree que en la evolución de una úlcera serpigínea, se pueden apreciar 2 etapas: una rápida, influenciada por la acción bactericida del tratamiento, y otra más lenta, que es individual y constituye un proceso orgánico de reparación. Refiere el caso clínico de un enfermo de 60 años, con un verdadero absceso intracorneal, a quién se le colocó penicilina subconjuntival, observando que éste permaneció enquistado.

Dr. Gormaz. — En general, los tratamientos en sí son buenos, pero se malogran, a veces, por incompetencia o decidia de los empleados subalternos encargados de aplicarlos, en el día y noche, fuera de la vigilancia del médico. Cree que lo ideal sería que existiera un interno, en el Servicio correspondiente, que se preocupara de estas cosas. Finalmente, manifiesta estar de acuerdo con lo dicho por el doctor Lama, y agrega que en Inglaterra usan mucho la Vitamina C. para apresurar la reabsorción del hipopión.

Dr. Contardo. — Se refiere al uso de la Colina, y dice que, a veces, el efecto es espectacular.

Sr. Presidente. — Manifiesta que en su Servicio del San Borja, el Dr. Millán está preocupado de estos asuntos y en una fecha próxima dará a conocer la experiencia que se ha formado al respecto.

4º *Dr. Contardo.* — A continuación presenta dos observaciones clínicas de retinitis central serosa. Comienza por hacer una reseña histórica de los diversos autores que se han preocupado de esta cuestión. Conjuntamente señala las diversas etiologías que se han pensado al respecto, tales como la tuberculosis, la lúes, trastornos circulatorios y nerviosos, toxemias, alergias, etc. En seguida relata con detalles las dos observaciones clínicas, explayándose principalmente en el tratamiento empleado. Así, en una de ellas, usó Complejo Vitamínico B. ultratermia y antígenometílico agregando posteriormente, Calcio coloidal y Acido Nicotínico y practicando defocación dental. A los 58 días se apreció un aspecto casi normal de la mácula, con visión de 0,9 parcial, y a los 7 meses, mácula completamente normal, con visión de 1. Para el otro caso, tomando en consideración antecedentes de un lupus de 12 años atrás, y accesos repetidos de asma bronquial, emplea Antígeno Metílico constatando, al mes 12 días de empezada la cura, mejoría de la visión, de 5|30 a 5|10. Posteriormente sigue con antígeno metílico y Acido nicotínico, comprobando a los 10 y medio meses después, visión de 0,9 con corrección y mejoría evidente de su mal estado general habitual, y desaparición, casi total, de su asma bronquial. Luego después hace una breve síntesis de la sintomatología de la retinitis central serosa y de la evolución, haciendo recalcar la tendencia a recidivas, que se produce en la tercera parte de los casos, siendo generalmente la curación total, provocándose sólo en personas de edad y arterioescleróticas, estados degenerativos irremediables. Como tratamiento, preconiza el empleo de anti-espasmódicos antialérgicos, antígeno metílico y Acido nicotínico.

Discusión. — Prof. Espíldora. — Felicita al Dr. Contardo por su interesante trabajo, que contribuye al mejor diagnóstico de esta afección, en general, bastante difícil. Agrega que cuando no se observa el punteado característico es frecuente la confusión con neuritis retrobulbares. Sólo a veces se observa el anillo en círculo que contournea la región macular. Refiere haber visto 6 a 7 casos, uno de ellos conjuntamente con el Dr. Contardo, típico de alergia tuberculosa. Todos han sido tratados con tuberculina y no han recidivado, salvo uno que ha tenido 4 a 5 pousées y que ha rehusado esta terapia.

Sr. Presidente desea saber si se ha seguido la pauta clínica corriente, de aplicación del antígeno metílico.

Dr. Contardo. — Responde que sí y llega a colocar el antígeno puro en inyección subcutánea.

Dr. Gormaz. — En 1943 conoció un caso: un dentista compañero de trabajo del Hospital Militar que refería ver azul, lo que no se ha descrito.

Prof. Espíldora. — Considera corriente ver rojo.

Dr. Contardo. — Añade que la pantalla hace el diagnóstico.

5º) *Dr. Mehech.* — Relata, por último, lo que observó personalmente en los Estados Unidos, referente a las queratoplastías, en un total de 82. Pasa revista a las indicaciones de estas intervenciones y da algunos detalles importantes de la técnica propiamente tal. Da a conocer los distintos aspectos que va presentando un injerto en los días de evolución y agrega que, corrientemente, al enfermo que está con vendaje binocular se le descubre al 7º día. Revisa igualmente aquellos factores predisponentes a la opacificación del injerto, y dice que la infección es el principal de ellos. De porcentajes aún no se puede manifestar nada concreto, dado que es indispensable una observación de largo tiempo para contemplar un éxito o un fracaso. En todo caso, son bastante bajos. En cuanto a la conservación del material, dice que el ojo donante se coloca en cámara húmeda y a 2 ó 3º Celsius, si va a ser usado después de 24 horas, y se sumerge en solución de suero fisiológico si va a ser usado dentro del primer día. Ha observado los mejores resultados de injertos de córneas en los queratóconos que han tolerado mal los cristales de contacto: en 3 de éstos casos la visión ha llegado a 5/5. Por último, manifiesta que los ojos afáquicos dificultan enormemente la intervención.

El trabajo se incluye, in extenso, en los Archivos.

Discusión. — Sr. Presidente. — Desea saber si la sutura es la misma ya conocida o se ha modificado últimamente.

Dr. Mehech. — Responde que al respecto no ha habido cambios: es corrida, con agujero de 2/3 cm. de circunferencia y con hilo de 6 ceros. Es más fácil y más usada la queratoplastía cuadrada que la redonda.

Por no haber otros asuntos de qué tratar, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.25 P. M.

SESION ORDINARIA DEL 26 DE DICIEMBRE DE 1946

A las 7.38 P. M. el Presidente, Prof. I. Martini, abre la sesión.

Asistencia. — Dras. Echeverría, Thierry, Pinticart y Tobar. Dres. Bitrán, Brinck, Contardo, Charlín Vicuña, Espíldora, Jasmén, Junemann, Grant, Gormaz, Mehech, Millán, Peralta, Verdaguer, Villaseca, Wagnanski, Lama, Olivares y Araya.

Acta. — Se aprueba el acta de la sesión anterior dejando bien establecido lo siguiente: En la Memoria hecha en el Hospital San Vicente de Paul, en 1945, sobre afecciones oculares, el autor empleó con buenos resultados colirio de penicilina, en solución baja, al 1 por 500.

Correspondencia. — Se lee una nota de la Sociedad Médica de Santiago, comunicando que el premio "Laboratorio Wyntrop Ltda."

que debió ser otórgado en 1946, fué postergado para Abril de 1947, permaneciendo el concurso abierto todo el mes de Diciembre.

Cuenta. — El señor Presidente hace saber a la concurrencia que en Marzo del próximo año, vendrá a Chile el señor Juan Sais, técnico argentino de prótesis oculares y cristales de contacto.

Tabla. — 1. Prof. Espíldora relata un interesante caso clínico. Se trata de un joven de 16 años, que desde Agosto del presente año nota tumefacción progresiva, algo dolorosa, de la región pre-auricular izquierda. Conjuntamente afección palpebral inferior del ojo del mismo lado, caracterizada por: engrosamiento con rigidez de los tejidos, presencia de una multitud de granulaciones nodulares, rojizas, del tamaño de la semilla de mora en el tarso y fondo del saco inferior y una úlcera superficial de 5 mm. lineal y grisásea, ubicada en la parte externa del fornix inferior. Igualmente algunas granulaciones en el fondo del saco superior. En resumen síndrome óculo-ganglionar, que fué interpretado como linfogranulomatosis conjuntival con Frei positivo. Los exámenes practicados hacían rechazar una tuberculosis, sin embargo la inoculación de raspado conjuntival en el cual resultó positiva posteriormente. El tratamiento mixto de sulfa y penicilina fracasó totalmente. La biopsia que se tomó entonces fué informada como típica de una lesión tuberculosa, por lo tanto se trataba de una conjuntivitis tuberculosa primitiva, por inoculación directa. El proceso ha ido sanando lentamente con tocaiones y frotos de una solución de ácido láctico al 1 y 2% y reconstituyentes generales.

El trabajo se incluye en los archivos.

Discusión. — La Dra. Thierry desea saber si se hizo control del Mantoux y la sedimentación.

Prof. Espíldora responde que no se hizo.

2. Dr. Lama presenta a la Sociedad Chilena de Oftalmología el siguiente y raro caso clínico: Se trata de una niña de 14 años que consulta al Servicio del Salvador por presentar algunas molestias oculares del ojo derecho, acompañadas de cefalea y hemicranea. Al examen encuentra: ojo derecho: Nistagmus, fotofobia, ausencia total de iris, persistiendo sólo algunos tractus café amarillentos radiados de la periferia al centro sobre la cara anterior del cristalino; coloboma inferior del cristalino y cataratas polares anterior y posterior; visión de 3/30. parcial y tensión de 40 mm. Ojo izquierdo: buphtalmus y visión de luz con mala proyección.

En resumen: un caso de glaucoma injertado en una aniridia.

Experimentalmente ensayo primero la pilocarpina y en seguida la eserina al 1%. Observo que la pilocarpina producía un descenso paulatino y progresivo de la tensión ocular a partir de los 5 minutos

y que la eserina era más tardía en manifestarse, normalizando la tensión 20 minutos más tarde que la primera. Para terminar hace algunas referencias sobre la acción de los mióticos sobre la presión intraocular del ojo normal, manifestando en general que ésta aumenta.

El trabajo se incluye en los archivos.

Discusión. — El señor Presidente desea saber la concentración de los mióticos que instiló en total.

El relator responde que fué un total de 12 gotas de eserina al 1%.

El Dr. Gormaz le interesaría saber si fué posible observar espasmo posterior a los mióticos.

3. Dr. Arentsen (relator Dr. Bitrán), expone un extenso y documentado trabajo sobre la experiencia recogida por él, y algunos colegas de otras especialidades en afecciones inflamatorias locales, de origen microbiano, tratadas por el método preconizado por él, de penicilina-novocaína al 2% en infiltración "in situ".

Tras una breve reseña de las diversas ventajas que el método involucra, pasa revista primero a las distintas afecciones en que éste ha sido ensayado y luego sugiere algunas otras en las cuales supone tendría acción curativa y otras en las que tendría un objeto preventivo. Como dato de importancia señala que actualmente se ensaya, en inyecciones de los distintos parenquimas, tales como el hepático, renal, pulmón, etc. En seguida enumera los distintos casos tratados y los resultados obtenidos, que fueron muy halagüeños y destaca la participación de algunos médicos chilenos, tales como Poblete, Rossetot, Lagos, Bitrán, y algunos argentinos, entre ellos Arrechea y Zubillaga.

Para terminar da unos detalles que estima importantes para la aplicación misma de la penicilina-novocaína con el objeto de que rinda los mejores resultados.

El trabajo se incluye en los archivos.

No hubo discusión.

4. A continuación el Dr. Mehech nos da a conocer un novedoso trabajo sobre retinitis diabética, basado en una extensa estadística de 968 casos observados en la Clínica Mayo de Los Estados Unidos. El relator comienza por decir que el mayor conocimiento de los estragos de esta afección en el órgano visual, son debidos gracias al descubrimiento del oftalmoscopio, siendo Jaeger uno de los primeros que se interesó en esta investigación.

En general, el examen de fondo de ojo reveló: 1) hemorragias exclusivas; 2) hemorragias más exudados puntiformes; 3) hemorragias, exudados puntiformes y en copos de algodón; 4) alteraciones venosas sumadas a las lesiones anteriores, y 5) presencia de hemo-

rragias recurrenciales en el vítreo, con proliferación de nuevos vasos. A veces presencia de exudados típicos de algodón de la retinitis hipertensiva con angiospasmos arteriolares. De 195 retinitis, 117 eran exudativas, 48 hemorrágicas, 18 circinadas y 12 proliferantes.

La retinitis diabética se presenta en general sobre los 40 años, sin que predomine sexo, siendo bilateral en el 95 a 98%. En el 65% existe hipertensión. Constituye el 17% en los diabéticos.

El relator, respecto de las hemorragias retinales que se observan, cree que se trata de endoarteritis que dan lugar a cambios aneurismáticos con ruptura de la pared vascular. Cree también que el aumento de la capacidad coagulante en los diabéticos sería uno de los causales de la formación de trombos y rupturas venosas que con mucha frecuencia se observan. Agrega que la retinitis diabética no ocurre en los diabéticos graves y que éstos presentan tendencia a la hipercolesterinemia, no así los que tienen retinitis. En éstos últimos la albuminuria alcanza un porcentaje del 20%, y la hipertensión un 55%. En cuanto a la arterioesclerosis, proporcional a la edad del enfermo, no constituye un signo de gravedad de la diabetes.

Entre las complicaciones concomitantes de la retinitis diabética, él encontró: cataratas, neuritis retrobulbares, pareasias musculares, iridociclitis, etc.

La mortalidad es en un 2.5% más alta en el hombre que en la mujer y aumenta en un 1,6% cuando existen estas complicaciones. Respecto a la insulina, dice que no sólo no mejora, sino que empeora, por cuanto hace prácticamente mayor el período vital de los enfermos y por consiguiente su observación.

El trabajo se incluye en los archivos.

Discusión. — Prof. Espíldora recuerda que el problema de la retinitis diabética en Chile ha sido motivo de interesantes investigaciones, especialmente de otras especialidades, en las que se destaca la urología, con el Prof. Lobo Onedl, a la cabeza. Al igual que nosotros, en Estados Unidos también se preguntan si existe como tal la retinitis diabética, distinguiéndola de la retinitis que se presenta en un diabético. Cree que la clave está en el estudio anatomopatológico de la corioretina, siendo los casos de retinitis diabéticas aquéllos sin alteración del epitelio pigmentario, siendo los otros las retinitis de los cardiovasculares.

El Prof. Espíldora se pregunta por qué la retinitis es independiente de la gravedad o antigüedad de la diabetes. Recalca que hay dos tipos de retinitis diabética: una a base de exudados cereos, espesos, y otras especialmente hemorrágicas, primero retinales exclusivas, después vítreas y con tendencia a la retinitis proliferante.

Encuentra muy interesante que la diabetes, tal como la tabes, cuando ciega retrocede, habiendo observado muchos casos de este tipo en el ejercicio de su profesión. Les gustaría saber si estas observaciones suyas coinciden con lo observado en la Clínica Mayo.

Dr. Gormaz, manifiesta que, tratándose del estudio de la diabetes, es muy difícil dejar a un lado los interesantes trabajos de Ballantine, por el hecho de basarse en comprobaciones anatomopatológicas interesantes. Este autor, en 1943, especialmente, dejó establecido que la retinitis diabética fuera de las alteraciones ya conocidas retinales presenta al examen de fondo de ojo microaneurismas, especialmente en la región intermaculopapilar, que persisten después de muchos años de observación. El, personalmente, tuvo la oportunidad de ver algunos casos mientras estuvo en Inglaterra.

Dr. Contardo dice que la retinitis diabética es una entidad clínica bien definida, sin tener que ver nada con la arterioesclerosis ni la hipertensión. Sin embargo, actualmente hay muchas confusiones al respecto.

Dr. Millán recuerda que en Oxford tuvo oportunidad de ver y oír a Ballantine, llamándole la atención una tendencia especial a las trombosis de rama de los diabéticos, por alteraciones de las propias paredes vasculares.

Prof. Espíldora señala que es interesante observar la coincidencia de las retinopatías diabéticas con alteraciones de la pupila, semejando un pseudo Argyll Robertson.

Dr. Brinck. A lo dicho por el Prof. Espíldora agrega que con la dilatación pupilar del diabético es fácil observar con relativa frecuencia, una fina catarata periférica radiada, llamada en aguja. Agrega además que la insulina prolongando la vida de un diabético permite que se produzca la sintomatología que lo lleva a la ceguera aumentando el porcentaje de ésta por poder así observarla.

Dr. Millán dice que la diabetes de los niños en general son graves.

Prof. Verdaguer desea que de esta exposición se saquen algunos hechos prácticos; así, considera sospechable una retinitis diabética cuando al examen del fondo de ojo se observa lo que se conoce como la retinitis punctata centralis, es decir, un anillo anular de exudados amarillentos con ausencia de edema de la retina y papila sana; la presencia de los micro aneurismas de Ballantine aún cuando el diagnóstico diferencial entre un aneurisma y una hemorragia a veces es difícil, igualmente la presencia de flebosclerosis con abollonamientos en rosario. En general, la retinitis diabética corresponde a personas con hipertensión, habiendo comprobado el Dr. Mehech en exámenes repetidos, un 15% sin hipertensión. Por otro lado, los fondos atípicos

de retinitis en diabéticos son útiles, porque ayudan a dilucidar complicaciones. Al respecto recuerda que una mañana vió una retinopatía con edema retinal y exudados, que resultó ser, tal cual lo sospechó, un nefropata.

Dr. Mehech se alegra de que el Prof. Espíldora insista en la existencia de los dos tipos de retinopatías diabéticas: la exudativa y la hemorrágica, actualmente bien definidas. En cuanto a la observación del Dr. Gormaz, sobre los microaneurismas, él los observó en numerosos de los 195 casos de retinopatías diabéticas, pareciéndole un signo característico de diabetes. En cuanto a las hemorragias puntiformes, cree desaparecen con cierta facilidad y rapidez. En cuanto al Dr. Millán, dice que él vió 5 casos de retinitis diabética en menores de 25 años, generalmente graves, o mejor dicho, malignas, desde el punto de vista ocular.

Al finalizar la reunión, la Dra. Pinticart pone en conocimiento del señor Presidente que ha recibido una nota del Prof. Moacyr Alvaro, diciendo que el libro de Conrad Berends, 'El Ojo y sus Enfermedades', será publicado en castellano, patrocinado por la Asociación Panamericana de Oftalmología, con un valor de 300 cruzeiros para los socios y 350 en la venta común, debiendo los que quieran tener esta franquicia, enviar la suma dicha al Prof. Moacyr Alvaro antes del 31 de Enero del presente año.

Por no haber otros asuntos de qué tratar, se levanta la sesión a las 9.20 P. M.

MEMORIA DEL PRESIDENTE DURANTE EL PERIODO 1946 - 1947

Estimados colegas:

Al hacer la reseña de las actividades de nuestra Sociedad durante el año 1946, deseo llamar la atención sobre la idea expuesta en la Memoria anual del año pasado, en la que decía textualmente: "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". Así dije entonces y creo que las actividades del año 1946 per-

miten en su conjunto afirmar que nuestra institución inspirada por el recuerdo y rica de las normas legadas por el Profesor Charlín, ha superado la crisis manteniendo su ritmo de trabajo y afianzado su personalidad en el ambiente médico-científico nacional y extranjero.

Aparte de la labor académica y administrativa de que daré cuenta después, hay dos demostraciones halagadoras de vitalidad que debo hacer resaltar especialmente. Una de ellas es la inauguración del monumento al Profesor Charlín: no sólo cumplió así la Sociedad un voto de gratitud solemnemente pronunciado, sino que lo cumplió en brevísimo plazo y mediante el uso exclusivo de sus propios recursos. Todos ustedes concurren al acto y no es necesario, por tanto, que rememore los detalles de la emocionante ceremonia efectuada puntualmente el 31 de Agosto, fecha aniversario del fallecimiento del querido Maestro. Pero cabe sí subrayar cómo en esa ocasión, frente a la numerosa y selecta concurrencia, en la que figuraban muchas personalidades destacadas, los discípulos agradecidos se presentaron como núcleo organizado capaz de mantener vivas las fundaciones del Maestro, de llevar a cabo obras de aliento y de merecer la consideración moral y científica que se le ha estado acordando. La prensa, que se ocupó de la ceremonia con más extensión de la acostumbrada en estos casos, tratándose de un homenaje a la eminente figura del Profesor Charlín, al referirse en elogiosos términos a nuestra Sociedad, contribuyó a darla a conocer mejor, tanto en Santiago como en provincias.

La otra prueba de vitalidad social de particular significación a que hice referencia, es la publicación de la Revista "Archivos Chilenos de Oftalmología" que ha distribuido ya su 11º número y tiene en prensa el 12º.

Sobre los detalles administrativos y financieros de la publicación se ocuparán en breve su Director, el Dr. Barrenechea, y nuestro Tesorero, el Dr. Contardo; pero yo he de puntualizar la significación de la revista para la Sociedad y señalar al aplauso y gratitud de todos el esfuerzo y el entusiasmo de los colegas que la tienen a su cargo. Sin la revista, nuestra Sociedad sería una entidad puramente local, conocida en un círculo muy reducido, y su labor, concretada a las sesiones académicas, pasaría inadvertida fuera de ese círculo, sin dejar estela ni provecho general, sin despertar emulación ni derramar los beneficios que significa dar a conocer el progreso y la experiencia obtenidos en los centros oftalmológicos de la capital. Sin la revista, quedaríamos totalmente desconectados con los colegas de provincia, todos ellos buenos amigos y estimados profesionales, para quienes, imposibilitados para concurrir a las sesiones, ningún pro-

vecho significaría formar parte de nuestra Sociedad si no recibieran periódicamente informaciones extensas sobre sus actividades. Es halagador a este respecto hacer constar que precisamente por intermedio de la revista recibimos constantemente muestras de adhesión de parte de los colegas de provincia.

Otro tanto, y en una esfera más considerable, ocurre con el extranjero: gracias a la revista, personera de la Sociedad Chilena de Oftalmología, es nuestra Sociedad misma la que se presenta como entidad fuertemente constituida en el concierto de las Instituciones Oftalmológicas de los demás países. También en ese campo las intercomunicaciones son por demás demostrativas como pronto lo hará ver el Dr. Barrenchea.

El trabajo que significa editar un número de la revista, no siempre se presenta al espíritu del que, atraído por la substancia de un hermoso artículo científico, se limita a leer con provecho y agrado su contenido. Si gratitud nos merecen los autores que ceden sus trabajos a nuestra publicación, también y muchas hemos de manifestarle a los que distraen gran parte del tiempo de su activa vida profesional para entregarnos con una correctísima presentación exterior, la valiosa y variada colección de informaciones que cada número nos trae. Es difícil apreciar al leer una publicación el mérito de quiénes reúnen y captan los artículos, resumen los trabajos extranjeros, leen todo un libro para darnos extratactada su esencia y repasan revistas para escogernos las mejores informaciones; la ingrata labor del que corrige las pruebas, trata con los impresores, distribuye los ejemplares y lleva el control de los gastos, queda eclipsada por el brillo del hermoso ejemplar que un día, sin ruido y con la mayor naturalidad, llega a nuestras manos como si hubiera germinado espontáneamente. Para ese Comité de redacción y en especial para su activo y eficiente Director pido yo a la reunión un voto de aplauso y reconocimiento. Para la conservación y el incremento de la revista invoco la más activa colaboración y el más decidido apoyo; en ella va reflejada nuestra vida, se nos juzga a través de ella, es por decirlo así, nuestro doble, en cuanto a entidad social, y es por eso que he querido subrayar su actual vigor como un índice lisonjero de superación y afianzamiento social y científico.

Paso ahora a reseñar las actividades ordinarias del año 1946.

No han sido pocas. El Directorio celebró siete reuniones con acta, en las que se trataron diversos asuntos de carácter administrativo con el fin de traer ya estudiados a las sesiones generales los problemas o cuestiones por resolver. La Sociedad celebró catorce sesiones, sin contar la presente, tres de ellas extraordinarias y once ordina-

rias. Las extraordinarias fueron dedicadas a escuchar las conferencias de los Profesores Edmundo Velter, de París, y Jorge Malbrán, de Buenos Aires, las que ustedes recordarán constituyeron brillantes éxitos académicos, no sólo por el interés de los temas tratados y la especial preparación de los conferenciantes, sino también por el número y calidad de los asistentes. Nuestro local de reunión fué prestigiado con la presencia de muchos destacados médicos y cirujanos especialistas, particularmente en el ramo de neuro-cirugía, con el que nuestra especialidad tiene tan estrechas relaciones. Ambos Profesores, por acuerdo de Asamblea, son ahora nuestros miembros Honorarios y han contribuído con sus escritos al realce de nuestra revista.

De las once sesiones ordinarias, dos fueron dedicadas a cuestiones administrativas, entre ellas la que se dedicó a elegir la Mesa Directiva para 1946, que quedó constituida como sigue: Presidente, el que habla. Viespresidente, el Prof. Cristóbal Espíldora; Tesorero, el Dr. René Contardo; Secretario, el Dr. Adrián Araya, y Prosecretario, el Dr. Hernán Brink. Esta Mesa ha seguido en su cargo sin variaciones durante todo el año.

El Comité de Redacción de la Revista quedó constituido en la siguiente forma: Director, el Dr. Santiago Barrenechea; Secretario, el Dr. René Contardo; Redactores, el Prof. Dr. Juan Verdagner, Dr. G. O'Reilly y Dr. Miguel Millán.

Las otras nueve sesiones fueron de trabajos científicos y se verificaron puntualmente una cada mes en los nueve meses hábiles del año, con una asistencia media de 20,5 miembros por sesión, asistencia este año levemente inferior a la de 1945, que fué de 21. Dado que los socios residentes en Santiago han sido este año 33, la asistencia de 20,5 por sesión representa la asistencia de casi el 65% de ellos en cada reunión. Muchas instituciones desearían esta asiduidad para las suyas. Entre los asistentes distinguidos a nuestras sesiones debo recordar con especial agrado aquélla con que nos honró el Dr. don Aniceto Solares, Canciller de Bolivia, quien, revestido de la dignidad de Embajador Extraordinario a la transmisión del mando presidencial de la República de Chile, dedicó a sus colegas chilenos en la especialidad, una visita cordial durante su reunión de trabajo, en la que con brillante improvisación vertió calurosas frases de afecto y confraternidad en respuesta a la bienvenida que el Prof. Espíldora le tributó en elocuentes frases a nombre de la Sociedad, y en general de los oculistas chilenos.

El rendimiento de trabajos también ha sido satisfactorio este año: en sesiones académicas se han leído 30 comunicaciones, distri-

buidas por autor de la siguiente manera: Prof. Espíldora, 4; Prof. Verdaguer, 1 (en colaboración con el Dr. Olivares); Dr. Barrenechea, 5 (1 en colaboración con el Dr. Contardo); Dr. Arentsen, 2; Dr. Bitrán, 2; Dr. Brucher, 3; Dr. Contardo, 3 (1 en colaboración con el Dr. Barrenechea y otra con el Dr. Peralta); Dr. Charlín Vicuña, 3; Dr. Gormaz, 2; Dr. Mehech, 3; Dr. Peralta, 1 (en colaboración con el Dr. Contardo); Dr. Santos, 1; Dr. Olivares, 1 (en colaboración con el Dr. Verdaguer); Dr. Lama, 2.

De estos trabajos, varios se han referido a la descripción y comentario de casos de interés por la rareza o singularidad en su evolución. Más numerosos han sido los que han abordado un tema aportando el correspondiente estudio general de casuística propia y bibliográfica; entre éstos he de recordar en particular el del Dr. David Bitrán, sobre "Penicilina local en Oftalmología", porque constituyó su trabajo de ingreso a la Sociedad como miembro activo.

La Penicilina dió también este año tema para cuatro trabajos, algunos de considerable extensión y detalle; la maravillosa droga manejada con técnicas originales y valientes ha proporcionado éxitos inesperados que han sido muy bien expuestos en las comunicaciones pertinentes. Las flebitis y arteritis retinales, el síndrome de Sjögren, el edema macular recidivante y el síndrome óculo ganglionar fueron materia de valiosos estudios de conjunto.

Cabe señalar, como un mismo tema ha ocupado a distintos autores, cuyos trabajos se han complementado formando serie de provechosas enseñanzas. Aún el tema difícil y hasta ahora poco atendido de los síndromes pupilares, ha despertado a pesar de su complejidad el interés de varios relatores; vemos pues, que, además de la parte práctica y aplicada de la especialidad, también los temas de observación pura encuentran buen lugar en las tablas de nuestras reuniones.

La labor que acabo de resumir, demuestra que el año de 1946 no ha desmerecido a los anteriores en cuanto a rendimiento científico y que podemos mirar con confianza y optimismo el porvenir.

Cada miembro del Directorio ha contribuido en su puesto al funcionamiento armónico de nuestro organismo social. El Prof. Espíldora desde la Vicepresidencia me ha asistido con sus valiosos consejos e importante ayuda, comprometiendo una vez más vuestra gratitud y en particular la mía.

El Tesorero dará pronto cuenta de la próspera situación financiera; yo sólo he de referirme a él para agradecer efusivamente su eficaz colaboración y para realzar ante los socios la discreción y meticulosidad con que cumple su delicada misión.

El Secretario nos ha presentado en cada sesión actas completísimas y detalladas, como conviene para que la historia de la Sociedad quede fielmente reflejada en ellas. La correspondencia, debido al incremento cada vez más acentuado de las intercomunicaciones con las sociedades afines nacionales y extranjeras, ha sido atendida con toda puntualidad.

Gracias a la eficacia y prontitud de la colaboración de los miembros de la Mesa y de todos vosotros que aportáis los frutos de vuestro trabajo y de vuestra experiencia, he tenido la gran satisfacción de poderme presentar a esta sesión de clausura con un balance moral que estimo muy favorable. No me resta sino agradeceros la confianza que me habéis dispensado y dejar sometido a vuestro benévolo juicio las apreciaciones y las obras consignadas en la presente Memoria.

Santiago, 8 de Enero de 1947.

Dr. ITALO MARTINI Z.

MEMORIA DE TESORERIA 1946

Al cumplir tres años en el cargo de Tesorero, me es grato presentar a Uds. un saldo muy halagador para nuestra Sociedad, pese a que los gastos del año 1946 han superado con creces a los de años anteriores, en tal forma que el ejercicio del año dejó un ligero déficit, pero los saldos favorables de los años 1944 y 1945 nos permiten disponer de un remanente en Caja de \$ 5.722.90.

La Sociedad ha tenido que afrontar durante el año 1946 ingentes gastos que han permitido llevar a la realidad una aspiración de todos nosotros, cual era la erección del busto del Prof. Carlos Charlín Correa por cuenta nuestra sin tener que recurrir a ayuda extraña.

Ello se ha podido realizar gracias al nuevo sistema de cuotas, aprobado por Uds. en la sesión del 5 de Abril de 1946, en tal forma que las entradas han alcanzado a \$ 17.440, cantidad que es necesario comparar con los ingresos de los años 1944 y 1945, que llegaron a \$ 7.920 y \$ 7.200, respectivamente, que demuestra en forma fehaciente las ventajas del nuevo sistema, que por otra parte es también más equitativo.

Los gastos han ascendido a la suma de \$ 18.121.80, distribuidos en la siguiente forma:

- a) Pedestal del busto del Prof. Carlos Charlín Correa en la Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador \$ 11.950.—
 - b) Gastos en la ceremonia inaugural del busto del Prof. Carlos Charlín \$ 370.—
 - c) Adquisición de 18 fotografías del Prof. Charlín para ser colocadas en los diversos Servicios de Oftalmología del país, con gastos de embalaje y envío a provincias de 10 de ellas \$ 2.880.—
- Esta partida fué reintegrada en totalidad por los Servicios adquirentes de las fotografías.
- d) Plancha metálica grabada para el retrato del Prof. Charlín, colocado en el auditorio Oftalmológico del Salvador \$ 60.—
 - e) Homenaje de la Sociedad a la Embajada de Francia, a raíz de la visita del Prof. Velter \$ 200.—
 - f) Homenaje a la memoria de los señores padres del Doctor Miguel Millán \$ 350.—
 - g) Comisión de cobranza de las cuotas de socios de Santiago \$ 1.118.—
 - h) Gastos de secretaría \$ 730.—
 - i) Envío de "Archivos Chilenos de Oftalmología" a 46 socios, 10 Sociedades Científicas o revistas chilenas y 92 sociedades, revistas y oculistas de países europeos o latinoamericanos \$ 823.80

El año financiero de 1946 nos deja un déficit de \$ 681.80, pero como el año 1944 nos dejó un saldo a favor de \$ 4.763.60 y el año 1945 un saldo favorable de \$ 1.641.10, tenemos en caja a nuestro haber un remanente de \$ 5.722.90.

Quedan por cancelar cuotas que ascienden a un total de \$ 1.520, lo que hace más favorable nuestro balance, ya que así desaparece nuestro déficit del año 1946.

Entrego este balance a la consideración de Uds. para lo cual está a vuestra disposición el libro de Caja y los comprobantes de entradas y salidas.

No me resta sino agradecer la colaboración de todos Uds. a la vez que la reiterada muestra de confianza con que me han distinguido al honrarme durante tres años con el cargo de tesorero, en el

desempeño del cual he puesto todo mi entusiasmo para que nuestra Sociedad sea cada año más grande y floreciente.

ESTADO DE LA TESORERIA

Total Entradas 1946	\$ 17.440.—
Salidas	18.121.80
Déficit	\$ 681.80
Saldo año 1944-1945	\$ 6.404.70
Saldo a favor	\$ 5.722.90

Dr. René Contardo Astaburuaga,
Tesorero.

Santiago, 9 de Enero de 1946.

MEMORIA DEL DIRECTOR DE LA REVISTA "ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA".

"Archivos Chilenos de Oftalmología" han continuado su publicación con la regularidad que las circunstancias lo han permitido.

Han llevado la producción científica de los oftalmólogos chilenos a 10 Sociedades científicas o Revistas chilenas y a 92 Sociedades, Revistas y oculistas de países europeos o americanos y a una Sociedad Oftalmológica hindú, que la solicitó expresamente, además de haberse distribuido a 46 socios de la Sociedad Chilena de Oftalmología.

Sus páginas han estado ampliamente abiertas para recibir la colaboración de todos Uds. y se han visto honradas, además, con trabajos de oftalmólogos de otros países: el 1º fué del Prof. H. S. Gradle, se ha publicado después uno de los Drs. Ibáñez Puigari y Jorge Mal-

brán, y otro solo de este último; en el número actualmente en prensa colabora el Dr. Benito Just Tiscornia, y tenemos en carpeta una colaboración del Prof. Dr. Moacyr E. Alvaro. El Prof. Dr. Jorge L. Malbrán en carta de fecha 24 de Diciembre ppdo. me anuncia para pronto el envío de su trabajo sobre "Síndrome quiasmático", leído en la Sociedad Chilena de Oftalmología.

En el curso de este año hemos recibido el estímulo de colegas distinguidos de otros países, entre los cuales quiero mencionar al Dr. Arruga, de Barcelona; al Dr. Crisp, de Norte América; al Prof. Cavara, de Roma; al Prof. Vila Ortíz, de Rosario; a la Asociación Médica del Instituto Penido Burnier de Campinas; al Prof. Pereira Gómez, de Sao Paulo.

Sólo debo lamentar, junto con Uds., el relativo atraso con que hemos llegado al final del año. Diferentes factores lo justifican, entre los que no es despreciable el hecho de residir la total responsabilidad de la publicación en el Dr. Contardo y en el que habla. Además de agradecer al Dr. Contardo su colaboración, quiero hacerlo también al Dr. A. Peralta y últimamente al Dr. Gormaz, quienes han contribuido con su actividad a mantener el carácter de la Revista en la importante sección Revista de Revistas.

Debo, por último, referirme al factor económico, ya mencionado por el Sr. Presidente. "Archivos Chilenos de Oftalmología" ha podido aparecer en la forma en que lo ha hecho hasta ahora, única y exclusivamente gracias a la generosidad de nuestro amigo don Francisco Saval. Comprendo, y Uds. lo comprenderán conmigo, que esto no puede mantenerse en forma indefinida, y que deberemos arbitrar medios para conseguir la independencia económica de nuestra Revista. Quiero dejar en manos del Directorio primero y de la Sociedad después la solución de este problema, asegurando que por mi parte aportaré mi colaboración de toda especie para que la publicación continúe como hasta ahora.

Dr. Santiago Barrenechea A.
Director.

