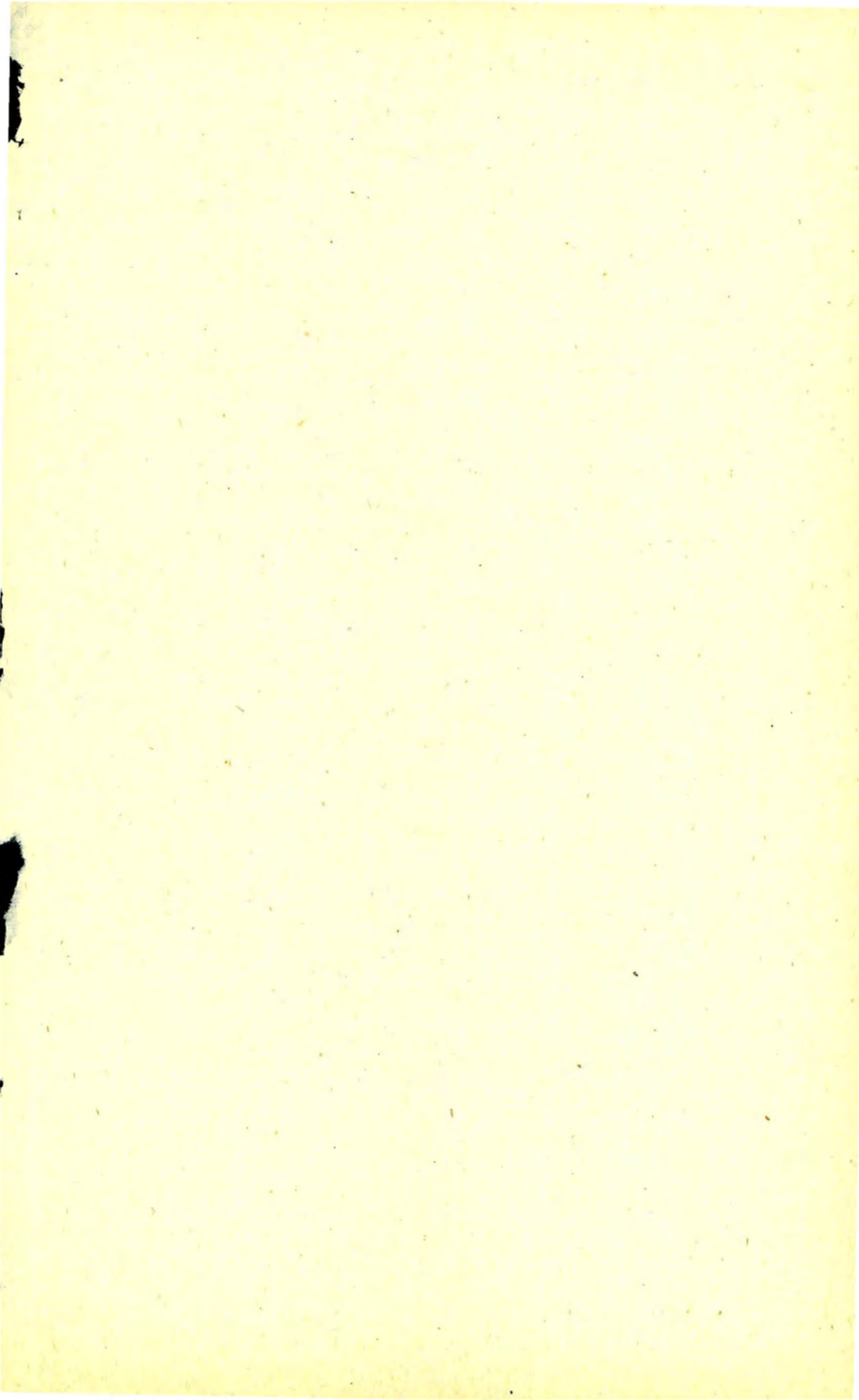


ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA  
ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

AÑO IV - N.º 16

ENERO - FEBRERO

1947



# 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.

## Estudio sobre alteraciones pulmonares y de la coroides en el período agudo del sarampión

Dres. JOSE BAUZA y ELSA DE CASTRO

Con la colaboración oftalmológica de los Dres. H. Mujica y R. Brucher

En una reunión de la clínica del Prof. Scroggie, del año 1945, hicimos una presentación de conjunto y una revisión de la literatura reciente sobre las meningoencefalitis morbilosas, llevando a ella una serie de 17 casos, algunos de los cuales tenían estudio anatomopatológico e histológico; fué publicada en los Archivos del Hospital Roberto del Río (1).

Allí mostrábamos cómo tales manifestaciones pueden aparecer en todos los períodos del sarampión, tanto en el período de incubación prodrómico, de estado y de declinación y aún algunas semanas después de pasada la enfermedad infecciosa fundamental. También hacíamos notar que en éstas, como en las manifestaciones nerviosas de las restantes enfermedades infecciosas, la localización de las lesiones varía de un caso a otro, así como la intensidad de ellas; de tal modo que el cuadro clínico no es uniforme, sino que por el contrario es esencialmente variable, desde una ligera somnolencia hasta un cuadro soporoso, meníngeo o paralítico; de allí que se describan innumerables formas clínicas: estuporosas, paralíticas, meníngeas, extrapiramidales, cerebelosas, endocrinas, etc.

El diagnóstico, fácil cuando se conoce el cuadro y se trata de manifestaciones acusadas, puede escaparse cuando no se piensa en él y no se buscan sus manifestaciones en los casos poco acentuados.

El diagnóstico etiológico, una vez reconocido el cuadro encefalítico, es relativamente sencillo cuando estas manifestaciones se presentan durante o pocos días después de la erupción morbilosa, no lo es tanto cuando aparecen en el período de incubación o prodrómico o algún tiempo después de pasada la afección.

Como decíamos, el cuadro de estas manifestaciones es por demás variable y puede por lo tanto en ocasiones hacerse difícil su diagnóstico diferencial con cuadros de una significación pronóstica mucho más grave, tales como tumores cerebrales o meningitis tuberculosas.

La meningitis tuberculosa, tan temida por todos, sabemos que también puede revestir las más diversas formas clínicas y su diagnóstico, tan fácil de hacer al leer los tratados de patología, puede no serlo tanto en la cabecera del enfermo; para ello el médico debe recurrir en ocasiones a una serie de ayudas diagnósticas, entre las cuales tenemos la radiología y el examen de fondo de ojo, entre otros; pero como veremos en este trabajo, si no son interpretados a la luz de los hechos aquí expuestos, pueden ser causas de error.

Para una mejor comprensión de las dificultades que se pueden presentar en las formas precoces de meningoencefalitis morbilosa, iniciaremos este trabajo con un caso clínico que mostrará el interés de la cuestión:

Se trata de dos hermanos de una familia, que siete días antes de consultar caen enfermos al mismo tiempo, con temperatura alta; al día siguiente aparecen en ambos signos catarrales oculares, tos y rubicundez de la mucosa bucal, y al tercer día aparece en uno de ellos el cuadro típico de un sarampión que evoluciona y mejora en la forma clásica; el otro niño sigue con temperatura, desaparecen los signos catarrales y el día antes de la consulta, sexto día de temperatura, aparece cefalea intensa, vómitos y signos meníngeos, que se mantienen hasta la mañana siguiente en que se agrega parálisis de la extremidad inferior izquierda y en la tarde de ese mismo día además parálisis de la extremidad superior del mismo lado. Estando en estas condiciones el enfermo nos toca atenderlo el 12 de Septiembre de 1945. Al examen se encuentra una niña muy irritable, que da gritos y se queja de cefaleas, que vomita todo lo que se le da, moderadamente decaída, sensorio lúcido, contesta claramente algunas preguntas. Cara nada de especial; boca ligeramente roja; el examen pulmonar sólo demuestra discreta disnea, siendo el resto negativo, taquicardia; hígado a 1 través, no se palpa el bazo; abdomen depresible e indoloro a la palpación, aunque se queja de dolores cólicos espontáneos antes de vomitar. Temperatura rectal de 38,5°. Al examen neurológico se encuentra ligera rigidez de la nuca, el brazo izquierdo paralizado cae inerte, sus reflejos, no obstante, están muy exagerados; la extremidad inferior izquierda presenta una hipertonia en extensión, carece de motilidad voluntaria, hay exageración de los reflejos, clonus y Babinsky positivos. El lado derecho está normal, así como su cara.

Por la epidemia reinante y la coincidencia de su hermano con sarampión se piensa en una meningoencefalitis morbilosa en período prodrómico, se indica punción lumbar, transfusiones, antiespasmódicos y se combate la acidosis. Al día siguiente la chica está aparentemente mejor, mueve un poco su extremidad inferior izquierda, aparece ligera hipertonia en la superior del mismo lado.

El examen de líquido céfalo raquídeo da el siguiente resultado:

Color: incoloro.

Aspecto: ligeramente opalescente.

Albúmina: 1 gramo.

Pandy: +++.

None Appelt: +++.

Rosse Jones: ++.

Weichbrodt: +.

Leucocitos: 128 por mmc.

Hematíes: 3 por mmc.

Monocitos: 1.

Linfocitos: 92.

Polinucleares: 7.

En la mañana de ese mismo día se le practica junto con la punción lumbar, una transfusión de 60 cc. de sangre; los vómitos han cesado, sentada en la cama habla y se alimenta haciendo uso de su extremidad superior derecha no paralizada, la temperatura se mantiene alrededor de 38°.

14 de Septiembre.—El cuadro se mantiene igual, se insinúa una paresia facial izquierda, la motilidad de la extremidad inferior izquierda es casi normal, ha mejorado la motilidad de la extremidad superior de ese mismo lado que se mantiene hipertónica.

15 de Septiembre.—Un hemograma practicado este día da el siguiente resultado:

Hematíes: 5.210.000.

Leucocitos: 4.400.

Hemoglobina: 70%.

Valor globular: 0,67.

Monocitos: 5%.

Linfocitos: 12%.

Segmentados: 57%.

Total neutrófilos: 83%.

Indice de desviación nuclear: 0,4%

Baciliformes: 12%.

Juveniles: 0.

Mielocitos: 0

Eosinófilos: 0.

Basófilos: 0.

Células plasmáticas: 0.

Hematíes: Discreta anisocitosis y moderada anisocromía y oligocromía.

Leucocitos: Discreta alteración degenerativa de los neutrófilos.

Al examen clínico llama la atención una mejoría de la parálisis de las extremidades izquierdas; la parálisis facial izquierda es ahora franca y muy notoria y además hay una discreta paresia facial derecha, junto a estos signos una moderada rigidez de la nuca, el carácter se ha hecho más irritable y gruñón que en días anteriores.

Fuera del sistema nervioso llama la atención rubicundez conjuntival, de la mucosa bucal y faríngea y en especial de la cara interna de las mejillas, rubicundez que no es uniforme, sino que irregular, como en los períodos que preceden a la aparición del Koplick.

Además ha comenzado un poco de tos seca y se observa disnea moderada, no obstante, al examen pulmonar no se ausculta nada anormal y el examen cardíaco solo revela una taquicardia discreta. Hígado aumentado, bazo no se palpa.

Ese día efectuamos una junta con un colega, quien confirma el diagnóstico de una meningoencefalitis y piensa que se debe eliminar una afección tuberculosa en la que cree firmemente por 3 razones: 1.º—Por antecedentes de probable contagio (una empleada de la casa que presentó una hemoptisis 6 meses atrás); 2.º—Por haber presentado nuestra enferma 4 meses atrás, cuadro febril catalogado como tifoidea, cuya realidad no se precisó por exámenes de laboratorio y 3.º—Por la disnea "sine materia" ya anotada en la descripción del cuadro clínico.

Tomada en consecuencia una radiografía ese mismo día tenemos el siguiente resultado:

Adenopatía paratraqueal derecha. Pequeñas sombras nodulares en ambos campos pulmonares, especialmente visibles en el lado izquierdo. Conclusión: tuberculosis, diseminación.

El cuadro paralítico se mantiene igual el día 16, pero ese día asciendo la temperatura, se acentúa el desasosiego y excitación de la niña, aumentan los signos catarrales y aparecen manchas de Koplick en la mucosa bucal.

El 17 de Septiembre se inicia el exantema morbiloso que se completa en los 3 días siguientes, pero junto con aparecer el sarampión se produce una brusca agravación de la niña que cae en profundo coma, es presa de contracciones tónicas y clónicas, gran intranquilidad excitación, delirio completamente incoherente.



La temperatura al tercer día del exantema desciende a 37° durante un día para volver a ascender nuevamente, siempre se mantiene el cuadro neurológico.

El día 21 de Septiembre se practica nuevamente una punción lumbar cuyo resultado es el siguiente:

Color: incoloro.

Aspecto: límpido.

Albúmina: 1,80 grs. por mil.

Pandy: ++++.

Nonne Appelt: +++.

Cloruros: 7 grs. por mil.

Leucocitos: 68 por mmc.

Monocitos: 1%.

Linfocitos: 87%.

Polinucleares: 12%.

Además un examen de fondo de ojo 4 días después de la aparición del exantema, da el siguiente resultado: Papilas de contorno borboso, más a izquierda que a derecha: Venas ligeramente ingurgitadas. En el ojo izquierdo pequeño foco de coroiditis de aspecto relativamente reciente (menor que un diámetro papilar, un poco por encima de la papila) no da la impresión de prominente. Conclusión: Edema papilar incipiente. Foco de coroiditis en el ojo izquierdo. (Tubérculo de la coroides).

El día 24 la enfermita está profundamente postrada en estado de coma, con gran excitación, contractura intensa, ahora en todo el lado derecho, parálisis facial derecha, gran midriasis bilateral sin reacción pupilar a la luz, no se alimenta ni reconoce a nadie, dice palabras incoherentes, disnea intensa, temperatura de 40°. Hígado grande, no tiene vómitos.

La auscultación pulmonar nos muestra una cantidad enorme de estertores de burbujas finos y crépitos en los 2 tercios superiores de ambos campos y condensación pulmonar de ambas bases.

A pesar de que se ha usado penicilina y transfusiones, fallece el día 25; la familia no accede a practicar una autopsia del cerebro.

Se da el diagnóstico de meningitis tuberculosa y bronconeumonía.

## RESUMEN.

Niña de 4 años con antecedentes de probable contagio tuberculoso 6 meses antes.

Junto con su hermano presenta cuadro febril, que en él evoluciona hacia un sarampión al tercer día, en ella desaparecen los signos

catarrales y al 5.º día aparece cuadro meningoencefálico progresivo y al 10.º día de evolución aparece el exantema morbiloso.

Como vemos, el cuadro encefalítico se presenta 5 días antes del exantema morbiloso, el primer día aparecen sólo signos meníngeos, el segundo día se agrega parálisis de la extremidad inferior izquierda, ya en la tarde de ese mismo día, parálisis de la extremidad superior de ese mismo lado, al 4.º día mejora en parte la parálisis de la extremidad inferior izquierda y se insinúa parálisis facial izquierda o sea del mismo lado, al 5.º día se hace franca la parálisis facial izquierda y se insinúa parálisis facial derecha, al 6.º día franca parálisis facial derecha y mejoría franca de la parálisis de las extremidades izquierdas y aparece el exantema morbiloso, agravación general con pérdida del sensorio, ataques tónico-clónicos, crisis de contracciones tónicas que se mantienen hasta su muerte causada por su lesión meningoencefálica y una bronconeumonía bilateral.

La radiografía tomada antes del exantema muestra imagen de diseminación y adenopatía hiliar. El fondo de ojo 4 días después del exantema muestra alteraciones papilares y elemento sospechoso de tubérculo coroideo; elementos ambos que unidos a los antecedentes de contagio tuberculoso probable hacen diagnosticar, no una meningoencefalitis morbilosa, sino que una meningitis tuberculosa. Desgraciadamente no se pudo practicar la autopsia.

Como vemos en este caso el diagnóstico diferencial entre una meningoencefalitis morbilosa y una forma anómala de evolución de una meningitis tuberculosa se hacía muy difícil, tanto más cuanto que todos sabemos la acción predisponente del virus morbiloso para las diseminaciones tuberculosas, en favor de las cuales pesaban poderosamente las radiografías y el examen de fondo de ojo.

Si examinamos en conjunto este caso, vemos que por una parte hablan en favor de una meningitis tuberculosa el probable contagio, el examen de fondo de ojo y radiografía; por otra parte la evolución clínica y su forma de comienzo, corresponden más bien a una meningoencefalitis morbilosa. El examen del líquido tampoco es decisivo, por que si por una parte muestra reacciones más altas que las habituales en las meningoencefalitis morbilosas, por otra parte no muestra el habitual descenso de los cloruros.

Es esta impresión y discordancia entre cuadros clínicos y las manifestaciones oculares y radiológicas lo que nos indujo a estudiar si las bases de este diagnóstico de tuberculosis eran certeras, investigando posibles alteraciones de fondo de ojo, y manifestaciones radiológicas pulmonares en el curso del sarampión normal, por que era dable la posibilidad de que estos fenómenos ocurrieran, ya que han

sido demostrados hechos análogos en otras enfermedades infecto-contagiosas.

Por ello nos trasladamos con la venia del Prof. Scroggie, a quien planteamos el problema, al policlínico de enfermedades infectocontagiosas y con la colaboración de los oftalmólogos Dres. H. Mujica y R. Brücher, procedimos a hacer exámenes de fondo de ojo.

Desgraciadamente para nuestros fines la epidemia ya tocaba a su fin y solamente pudimos reunir 15 casos, en que se hizo examen oftalmoscópico. Los hallazgos confirmaron nuestra hipótesis y los resultados fueron positivos, ya que en el sarampión no complicado pudimos comprobar la presencia de focos de coroiditis.

Como sabemos por los trabajos hechos en la clínica del Prof. Scroggie, por el Dr. H. Mujica, recolectados y publicados en su tesis por el Dr. Kinast, en el tifus exantemático se presentan en todos los casos y en forma regular focos de coroiditis, cuyo número es variable pero que siempre existen. En el sarampión en cambio, por lo menos a través de nuestra modesta encuesta, los hallazgos no son tan constantes y hemos tenido 5 casos positivos sobre un total de 15.

En los casos positivos estos focos de coroiditis aparecen precozmente, 24 a 36 horas antes del exantema y se pueden mantener hasta 48 a 72 horas después de aparecido éste, como vemos su presentación es precoz y su duración es fugaz.

En los 5 casos hemos encontrado focos de coroiditis franca que se revelan al examen de fondo de ojo como pequeñas manchas blanco amarillo anaranjado, de bordes nítidos colocadas en la vecindad de los vasos (como frutas en un tallo), algunas veces prominentes sobre un fondo de retina limpia. Su número es variable, de una o dos manchas visibles hasta numerosísimas que simulan un árbol cuajado de frutos.

Además de estos elementos de coroiditis puede haber durante el primer día de exantema gran congestión papilar, que en un caso presentó al día subsiguiente pequeño punto hemorrágico. Además en 2 casos junto a los elementos de coroiditis, se encontró un piqueteado rojo finísimo y muy abundante que recordaba al enantema bucal, con el cual coexistía.

Insistimos en que estas manifestaciones son precoces y sobre todo en que son fugaces, esto último es a nuestro juicio importante para en los casos dudosos diferenciarlo de un tubérculo verdadero, que persiste.

Estas manifestaciones de coroiditis en el sarampión no las hemos encontrado especialmente descritas y sólo son mencionadas por G. M.

Bruce (2) juntó a otras manifestaciones oculares en las afecciones causadas por virus.

Pasamos enseguida a tratar de estudiar las manifestaciones pulmonares. Durante el período agudo del sarampión hay una serie de razones que nos hacen suponer que deben existir manifestaciones en el árbol bronquial y aún en el parénquima pulmonar. Tales manifestaciones en realidad han sido poco estudiadas, tanto radiológica como anatómicamente.

Nos hacen suponer la existencia de ellas, la tos intensa de estos pacientes y además la, no raramente observada, disnea "sine materia" que se presenta en el período agudo de esta afección.

H. Seckel (5) hace notar que más o menos en un 5% de los casos de sarampión, hay durante los días del brote del exantema gran taquipnea, disnea y cianosis de grado variable, en general ligera; estos fenómenos pasan al disminuir el exantema y él los interpreta como un enetema de los alvéolos pulmonares. En efecto, observando los enfermos de sarampión, encontramos aún antes del brote esta disnea, a la auscultación el examen es negativo o sólo hay algunos estertores bronquiales y ligero apagamiento del murmullo respiratorio.

Es de todos conocido, que la complicación más frecuente y temida es la bronconeumonía; bronconeumonía que al igual que en la grippe y coqueluche se caracteriza por las intensas infiltraciones peribronquiales y que pueden, en ocasiones dar imágenes radiológicas muy semejantes a las de las granulias tuberculosas. En la coqueluche no complicada, los estudios radiológicos nos muestran esta infiltración peribronquial de grado e intensidad variables, en especial hacia las bases.

Engel y Schall (4) hacen notar que en el sarampión normal, corrientemente el examen radiológico es negativo, a lo sumo hay un ensanchamiento o engrosamiento de la región hilar, así como un aumento de la trama, pero que en los casos con disnea y manifestaciones pulmonares más intensas, se puede encontrar un triángulo basal como en la coqueluche.

Por lo tanto, es dable preguntarse si es también propio del sarampión intenso, no complicado, una infiltración peribronquial de grado variable y que esta lesión pueda ser a su vez, por su intensidad, la causa predisponente o determinante de las complicaciones pulmonares.

De antemano pensábamos que el estudio radiológico del sarampión podía tener un escaso valor práctico, ya que sólo excepcionalmente se toma una radiografía o se hace una radioscopía durante el período agudo, salvo casos semejantes a aquel con que iniciamos nuestra



Fig. 1

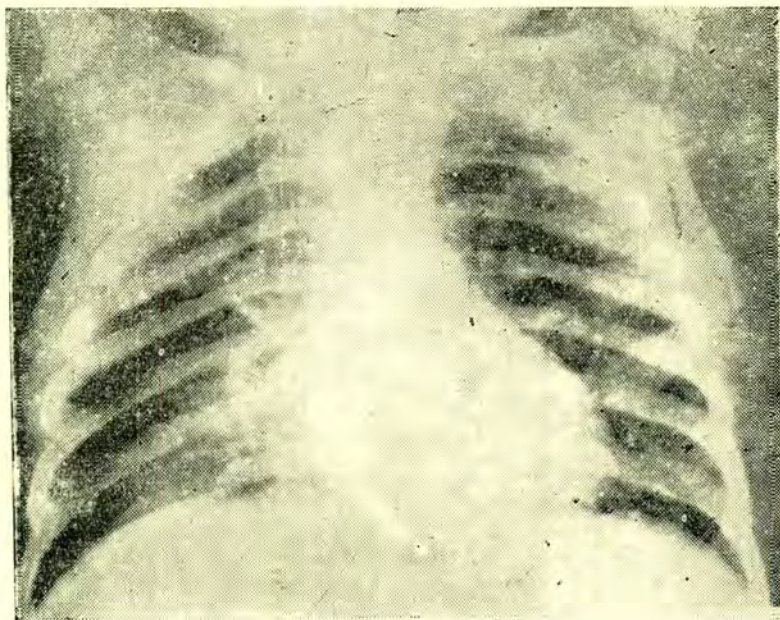


Fig. 2

presentación. No obstante su estudio, fuera de un mejor conocimiento de esta afección, creemos que puede servir para interpretar mejor aspectos radiológicos pulmonares post-morbilosos.

Nos planteábamos como programa tomar radiografías durante el período prodrómico y agudo, para en los casos en que hubiese alguna alteración significativa, continuar el estudio radiológico, pasada esta infección.

Desgraciadamente tropezamos con una serie de inconvenientes que no permitieron realizar nuestros deseos en la medida que esperábamos. Desde luego, iniciamos nuestro estudio en el período en que la epidemia tocaba a su fin; además el gran recargo de nuestro servicio de radiología, no nos permitía llevar cada día más de un caso, y en horas extraordinarias para evitar infecciones a otros niños, y finalmente los niños una vez pasado el sarampión no concurrían al servicio; quisimos citarlos por intermedio del servicio social, lo que resultó infructuoso. De tal modo que nuestro trabajo ha resultado escaso e incompleto y por lo tanto no exento de crítica.

Examinando en conjunto los resultados de esta modesta búsqueda debemos decir desde luego que no encontramos imágenes radiológicas que se puedan superponer con las de nuestros casos, sin embargo hemos podido anotar hechos que creemos de interés.

Desde luego los resultados han sido muy variables. En algunos casos la imagen radiológica de los enfermos no revela nada anormal; en otros se observa acentuación de las imágenes bronquiales y trama pulmonar de grado variable de un caso a otro; estas variaciones van desde aquellas que ocupan los lindes entre lo normal y lo patológico hasta casos que presentan imágenes bronquiales groseras unidas algunas veces a sombras de infiltración de aspecto no homogéneo, de bordes borrosos con discreto aumento de las sombras ganglionares del hilio pulmonar. De este tipo extremo presentamos 2 radiografías de las cuales la primera fué tomada en la iniciación de la erupción morbilosa y la segunda 5 días después en la que ya se observa una regresión casi total de las manifestaciones. Debemos hacer notar que ellas corresponden a un lactante menor de 1 año, con un sarampión intenso acompañado de gran disnea y que evolucionó hacia la mejoría sin tratamiento especial, solamente con los cuidados generales de higiene y alimentación. Al examen clínico pulmonar repetido no había signos de condensación sino ligero apagamiento del murmullo y signos catarrales discretos. Nos parece de importancia señalar que en este caso las reacciones tuberculínicas a diversas concentraciones y repetidas hasta 6 meses después dieron resultado negativo.

De tal modo que creemos útil hacer notar que aún en el sarampión no complicado la radiografía nos permite suponer infiltraciones peribronquiales de grado variable, que regresan espontáneamente después de pasada la afección. Sería esta infiltración, la que, alterando las condiciones locales, predispone para que en casos determinados se asocien otras infecciones y tengamos la bronconeumonía post-morbilosa, en que como sabemos predominan y destacan junto a otras alteraciones del parénquima pulmonar, las lesiones de peribronquitis que como ya hemos visto, dan imágenes radiológicas que pueden semejar a las de la granulía, el cuadro clínico en cambio es muy diverso.

Para completar nuestro estudio y comprobar la naturaleza y presentación de las manifestaciones respiratorias hemos reproducido artificialmente la afección en el conejo.

Numerosos investigadores, Moin y Bittman 1921, Duval y D'Anoy 1922, Scott y Simon 1924 y 1925 citados por Topley and Wilson (6) dicen haber transmitido el sarampión al conejo, otros han logrado producir lesiones testiculares, encefalitis o queratitis, empleando como medio de infección, materia tomada de la nariz o faringe de enfermos, siendo discutida tal posibilidad por otros autores que han fracasado en su obtención por medios similares.

Cuando hacíamos nuestro estudio sobre encefalitis morbilosa tratamos de estudiar el líquido del sarampión normal; de paso diremos que no encontramos alteraciones dignas de mención; entre otras cosas estudiamos si la inoculación del líquido céfalo raquídeo de sarampionosos en el animal era capaz de reproducir el sarampión, lo que demostraría la existencia del virus morbiloso en el líquido céfalo raquídeo del sarampión no complicado y si ello era positivo poder estudiar las alteraciones oculares y pulmonares en el período agudo.

Hemos inoculado 3 conejos con 2,5 cc. de líquido céfalo raquídeo de un mismo enfermo que tuvo un sarampión normal sin ninguna complicación nerviosa ni durante ni después de su afección y el examen de este líquido era totalmente normal. Después de inoculado no se observó ningún cambio en los primeros 5 días, a partir de esa fecha fué de notar una menor viveza en las reacciones habituales de estos animales a estímulos exteriores y además apareció un franco aunque no muy intenso exantema similar al del sarampión humano en las orejas de estos animales. Una biopsia de éstas demostró francas alteraciones de la piel. Los animales fueron sacrificados y en el examen histopatológico se pudo comprobar focos de coroiditis, lesiones de infiltración peribronquial sin participación alveolar, congestión renal y esplénica. (véase microfotografías).

Como curiosidad ilustrativa y que demuestra la difusión que alcanza el proceso morbiloso en sus primeras fases señalaremos que comprobaciones análogas a las nuestras por lo que a las lesiones pulmonares se refiere han sido hechas por E. Corbett (3) en un niño que falleció en medio de un estado convulsivo en el primer período del sarampión, además se encontró elementos análogos al Koplik en el íleon y colon.

Antes de presentar las conclusiones queremos hacer notar que tampoco los hechos encontrados por nosotros nos permiten dilucidar su verdadera etiología. Desde luego, la lesión sospechosa de tubérculo coroideo fué encontrada al 4.º día de erupción del sarampión, época en que no hemos encontrado lesiones en el sarampión normal. Por otra parte no hemos observado manifestaciones radiológicas similares a las de nuestra enfermita, aunque debemos recordar que ella presentó a continuación del sarampión una bronconeumonía bilateral. De tal modo que siempre aparece como más probable una lesión tuberculosa, meningitis o tuberculoma, o ambas. Útil hubiese sido estudiar en este caso la evolución de las lesiones radiológicas y del fondo de ojo.

Resumiendo podemos extraer del presente trabajo las siguientes conclusiones:

a) En el sarampión normal el examen de fondo de ojo da las siguientes alteraciones:

- 1) Hiperemia y repleción vascular de grado variable.
- 2) Durante el período pre-eruptivo rubicundez difusa con piqueado fino de rojo más intenso.
- 3) Puntos hemorrágicos.
- 4) Focos de coroiditis que se manifiestan por pequeños puntos blanco-amarillo-anaranjados, colocados a lo largo de los vasos de donde penden como frutas de un tallo. Su número es variable, de 1 a 2 hasta numerosísimos. En nuestro material fueron demostrables en 5 casos entre 15 enfermos. Aparecen en el período, pre-eruptivo y primer día del período eruptivo, su duración alcanza alrededor de 3 días.

Debemos recordar que los casos examinados no presentaron complicaciones neurológicas manifiestas.

b) El estudio de las radiografías tomadas en el período pre-eruptivo y en las fases iniciales del período eruptivo nos muestra exageración de la trama, acentuación de grado variable del dibujo bronquial y en ocasiones infiltraciones broncopulmonares que no dan lugar a



manifestaciones clínicas apreciables y que regresan espontáneamente junto con el sarampión.

e) El líquido céfalo raquídeo del sarampión no complicado se muestra infectante por vía endovenosa para el conejo.

d) En el examen histológico del conejo en pleno brote del sarampión se demuestran focos de coroiditis y de infiltración peribronquial.

---

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

1. **BAUZA y DE CASTRO.** — Encefalomyelitis morbilosa. Arch. R. del Río. Septiembre de 1945.
  2. **G. M. BRUCE.** — J. of Ped. Mayo 1941. 592.
  3. **E. CORBETT.** — Am. J. Path. 29. 905. 1945.
  4. **ENGELL y SCHALL.** — Handbuch der Röntgendiagnostik und Therapie in Kindessalter. G. Thieme. Leipzig. 1933.
  5. **H. SECKEL.** — Monatsbl. f. Kinderheilkunde Bd. 61. H. 4.
  6. **TOPLEY AND WILSON.** — W. Woods y Co. Baltimore. 1937.
-

N.o Obs.	Nombre	U. C.	U. C.	U. C.	Vía lagr.	Apósitos	Total	Bueno	Malo	Otro	Dominada
		Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Imperm.	Detalle	Apósitos			Tratam.	
107325	R. R. R.	/	---	---	---	1/10 cc. 1/10 cc. 1/10 cc. 1/10 cc. 2/10 cc.	5 Apósitos	/	---	Atropina ---	3 días
107197	P. C. C.	---	---	/	/		16 Apósitos 2/10 c u.	/	---	Resec. saco. Sulfa, a tomar.	7 días
107509	C. B. P.	---	---	/	/		10 Apósitos 2/10 c u.	/	---	Atropina ---	6 días
107008	T. C. C.	---	---	/	---		9 Apósitos 2/10 c u.	/	---	Atropina ---	6 días
107683	J. V. A.	---	---	/	---		5 Apósitos 2/10 c u.	/	---	Atropina ---	5 días
106098	F. A. E.	---	/	---	---	9 Iny. sub- conjunt. 5 000 U.	5 Apósitos 2/10 c u.	/	---	Atropina ---	3 días
109147	M. Y. O.	---	/	---	---		18 Apósitos 1/10 c u.	/	---	Atropina 72 grs. Sulfad.	7 días
109707	V. G. T.	---	/	---	---		7 Apósitos 1/10 c u.	/	---	Atropina	3 días
97024	A. R. C.	---	/	---	---		13 Apósitos 2/10 c u.	/	---		3 días



N.º Obs.	Nombre	U. C.	U. C.	Vía lagr.	Penicil.	Penicil.	Resultado	Resultado	Otro trat.	Observ.	Dominada
		Tipo 3	Tipo 4	Imperm.	subconj.	Total	Bueno	Malo	fracasado		P azo
97301	G. G. M.	---	/	/	2 500 U. 5 veces 5 000 U. 1 vez	17.500 U.	/	---	---	---	6 días
56527	A. V. B.	---	/	---	2 500 U. 4 veces	10.000 U.	/	---	---	Glaucoma absoluto.	27 días
100225	L. M. P.	/	---	/	10 000 U. 2 veces 5 000 U. 3 veces	35.000 U.	/	---	Paracenetesis. R. saco.	---	11 días
100821	H. C. F.	/	---	---	10 000 U. 1 vez	10.000 U.	/	---	---	---	5 días
97555	J. V. R.	---	/	---	2 500 U. 3 veces	7.500 U.	/	---	---	---	3 días
98426	V. G. A.	---	/	---	2 500 U. 1 vez	2.500 U.	/	---	Tratam. concomitante. Atropina	Pom. de Penicilina.	8 días
100840	J. P. C.	---	/	/	10 000 U. 10 veces	100.000 U.	/	---	---	---	12 días
97024	A. R. C.	---	/	---	2 500 U. 2 veces	5.000 U.	/	---	Paracenetesis.	---	11 días
103431	M. P. M	---	/	---	5 000 U. 2 veces	10.000 U.	/	---	Sulfath. a tomar.	---	8 días
102993	L L. G.	/	---	/	10 000 U. 10 veces	100.000 U.	/	---	Paracenetesis. R. saco. Corrección Entr.	Ojo único Entropión	30 días
104055	D. P. P.	---	/	---	10 000 U. 4 veces	40.000 U.	/	---	---	---	10 días
105144	F. V. R.	/	---	/	5 000 U. 11 veces	55.000 U.	/	---	---	---	3 días
105014	R. P. V.	/	---	/	10 000 U. 2 veces 5 000 U. 2 veces	30.000 U.	/	---	---	Sol. 20.000 U. x cc.	3 días
106098	F. A. E.	/	---	---	5 000 U. 9 veces	45.000 U.	/	---	---	---	3 días

## II

Hospital Clínico Concepción, 1946.

# Penicilina en el Tratamiento de las Ulceras Corneales Serpiginosas

Dr. G. O'REILLY

La gravedad extraordinaria que tiene desde el primer momento la Ulcera corneal serpiginosa, por pequeña que sea, justifica todo intento de obtener una terapia eficaz, que asegure una curación lo más completa posible, curación, quiere decir, restitución anatómica y fisiológica, la primera se hará con tejido cicatrizal, cuanto más reducida su área y cuanto menor su densidad, tanto mejor la calidad del proceso curativo. La restitución funcional no depende, en absoluto, de la cantidad de leucoma existente, hay fuera de él factores que intervienen produciendo bajas de visión, que el obstáculo mecánico, no justifica, probablemente factores tóxicos que dañan las estructuras coriorretinales, impidiéndoles recuperar su integridad funcional, una vez cesado el proceso bacteriológico corneal. La consecución de un leucoma pequeño y poco denso o si es posible la obtención de una simple mácula corneal constituirán, sin duda, la finalidad anatómica de la curación de una Ulcera serpiginosa corneal, generador y difusor de toxinas, tendrá indudablemente gran valor en la recuperación funcional.

En líneas generales, se puede decir que el resultado funcional será tanto mejor cuanto menor sea la extensión de la úlcera y cuanto menor sea su tiempo de evolución. Al hablar de extensión de la úlcera y que tener en cuenta que el factor principal es el de la *profundidad* del proceso, vale decir, qué hondura tiene en la córnea el proceso inflamatorio. En las ulceraciones superficiales, en que solamente se compromete el epitelio, la membrana de Bowman y las capas superficiales del parénquima corneal, o sea, las úlceras tipo uno y dos de las que hemos hablado en otra ocasión (1), se obtiene una buena curación empleando sulfadrogas como tópicos. En las ulceraciones que se extienden en profundidad acercándose a la Descemet, formando abscesos

y tomando un desarrollo francamente posterior, las sulfadrogas no dan resultado satisfactorio; es necesario ayudarse con cauterizaciones, que significan una gran destrucción de tejido corneal, que redundará posteriormente en una cicatriz más grande o más densa. En este tipo de úlceras profundas de la córnea, sin duda, las más graves y donde el problema restitución anatómica y funcional llega a grados extremos, es en los que hemos obtenido buenos resultados con la Penicilina. Sin duda en los casos de ulceraciones superficiales, su efecto es mucho más rápido y el resultado final muy superior, pero ya hemos dicho, que este grupo de ulceraciones no constituyen problema terapéutico ya que son dominadas efectivamente por las sulfadrogas en aplicación local. En cambio, en el grupo de las ulceraciones profundas, la Penicilina viene a resolver en forma promisoría un verdadero problema en la infección corneal.

Hay condiciones, todavía no precisadas, que determinan la modalidad morfológica del proceso ulcerativo, sin duda, el agente vulnerante, la resistencia corneal y la calidad del germen infectante, desempeñan su papel. Así, mientras unas se extienden, otras profundizan y otras combinan estas dos modalidades de propagación. El resultado es que unas son acequibles a un contacto fácil entre el nódulo microbiano y la droga y otras interponen barreras más o menos difíciles a este contacto, de tanta importancia en la terapéutica local por sulfadrogas o penicilina.

Los requisitos para toda terapéutica por antibióticos deben cumplirse: la gran frecuencia del neumococo en estas ulceraciones, aporta un germen susceptible en mayor o menor grado según sus capas; es necesario poner en contacto la droga con los gérmenes y mantener este contacto un tiempo suficiente y en cantidades suficientes. Estos requisitos no pueden cumplirse con la administración general de la penicilina, por vía intramuscular o endovenosa. Está demostrado que los niveles de concentración en los tejidos oculares ha de ser obligadamente local. Encontrar la mejor vía y el mejor procedimiento de aplicación local constituye el punto básico en la resolución del problema.

La solución de 5.000 U. por cc. es generalmente bien tolerada para usarla en instilaciones repetidas, esta concentración puede ser aumentada a 20.000 U. por cc. sin que se produzcan molestias y con buena tolerancia ocular, como hemos podido observarlo. En pomada se usa la concentración de 1.000 U. por gr. Estos dos medios de aplicación tienen especial indicación en afecciones externas y deben hacerse aplicaciones repetidas para mantener las concentraciones. Cuando se trata de obtener concentraciones bacteriostáticas en los tejidos

oculares mismos o en el interior del globo hay que recurrir a otros procedimientos de mayor rendimiento, ellos son: inyección subconjuntival, iontoforesis, aplicación de un apósito empapado en solución de penicilina en el fondo de saco inferior.

VON SALLMANN, experimentando en conejos ha encontrado que haciendo una inyección subconjuntival de 1|2 cc. de una solución de 5.000 U. por cc. el contenido en penicilina de la córnea, iris y cuerpo ciliar es alto, en cambio, la concentración en el acuoso es baja, y en el vítreo, despreciable. No se encontró retención de Penicilina por más de seis horas. Considera dudoso, que concentraciones mayores pueden inyectarse en el hombre sin fuerte reacción. Hemos podido inyectar soluciones hasta de 30.000 U. por cc. sin reacciones nocivas apreciables. El empleo de altas concentraciones tiene la ventaja de mantener por más tiempo el nivel mínimo efectivo. La penetración en el ojo humano es inferior a la obtenida en el conejo.

La iontoforesis da mejores concentraciones en el acuoso y mejores concentraciones en la córnea, iris y cuerpo ciliar, que la inyección subconjuntival.

Las más altas concentraciones en la córnea, iris, cuerpo ciliar y acuoso se obtuvieron con la aplicación de apósito en el fondo de saco, usando un algodón empapado en 1|10 cc. de solución de 20.000 U. por cc. durante una hora. La depleción de la penicilina es casi completa a las ocho horas, ya se haya usado la iontoforesis o el apósito en el fondo de saco.

En el cristalino las cantidades encontradas son insignificantes. y en el vítreo, son aún menores.

La instilación o la aplicación local en pomadas no produce niveles detectables en el acuoso. La aplicación en forma de baños consigue buenos niveles bacteriostáticos, que son mejores usando agentes depresores de la tensión superficial como el Aerosol o Penetrasol. La Iontoforesis da niveles bacteriostáticos muy superiores a los del baño ocular. La inyección intramuscular consiguió dar en el acuoso, treinta a cuarenta y cinco minutos después de efectuada ligeras manifestaciones de poder inhibitorio. El acuoso secundario contenía mayores cantidades. B. W. RYCROFT, experimentando en conejos encuentra que la inyección directa en el vítreo es la mejor manera de obtener una alta concentración y bacteriostásis en el vítreo. La inyección intravítrea única no causa daño y mantiene la bacteriostásis veinticuatro horas. La inyección intramuscular o intravenosa no produce niveles bacteriostáticos en el acuoso o en el vítreo y no controla la infección experimental por gérmenes susceptibles. La inyección subconjuntival de 4.000 U. produce niveles bacteriostáticos en el acuoso a los



treinta minutos y es probable que lo mismo suceda en el vítreo con algún retardo. La Penicilina en aplicación local no pasa al acuoso, excepto cuando hay lesión corneal. Se muestra partidario de las dosis grandes, para evitar la penicilinoresistencia, basado en la idea de FLÖREY de que la Penicilina debe ser mantenida en contacto continuo con el tejido infectado hasta que las defensas naturales hayan tenido tiempo de hacer frente a la infección.

A. SORSBY, experimentando en conejos ha encontrado que la tolerancia es buena a la instilación de solución de 5.000 U. por cc., y para la inyección subconjuntival de soluciones de 2.500 U. en 1|4 cc. en la cámara anterior: lavados con soluciones de 2.000 U. cc. en el vítreo 2.500 U. En el hombre: 5.000 U. en el vítreo. En el conejo la inyección intramuscular de 3.000 U. x kgr. peso produce una débil concentración en el acuoso, no bacteriostática. LEOPOLD no pudo encontrar Penicilina en el vítreo de conejos inyectados con 4.000 U. por Kg. por vía intramuscular o intravenosa. El nivel de Penicilina en los diferentes tejidos oculares es más alto después de la inyección subconjuntival que después de emplear la vía endovenosa o la aplicación local — se refiere, a la instilación. Las concentraciones en los diferentes tejidos oculares, en orden decreciente, después de la inyección subconjuntival son las siguientes: 1.º Esclera; 2.º Conjuntiva; 3.º Córnea, 4.º Iris y cuerpo ciliar, 5.º Vítreo. La concentración en el vítreo es superior con la inyección en la cámara anterior, que con la inyección subconjuntival. La mejor concentración se obtiene con la inyección directa en el vítreo, donde se mantiene la bacteriostásis, aún por dos días.

De los trabajos experimentales revisados, se deduce que la mejor forma de obtener una alta penetración ocular con la Penicilina es el apósito en el fondo de saco conjuntival con una solución de 20.000 U. por cc., método superior a la inyección subconjuntival y a la iontoforesis. En el vítreo aún este procedimiento es deficiente y debe recurrirse directamente a la inyección intravítrea. La aplicación sistémica, vía intramuscular o intravenosa deben ser rechazadas por inútiles.

Hemos tratado 14 úlceras purulentas de los tipos 3 y 4 (con excepción de una del tipo dos), con inyección subconjuntival de Penicilina, utilizando soluciones de 5.000 U. por cc. en un comienzo, para llegar posteriormente a la concentración de 20.000 U. por cc. Con la solución de 5.000 U. inyectamos 1|2 cc. hasta 1 cc. con la solución 20.000 U. 1|2 cc. diariamente o día por medio. Las reacciones locales, han sido insignificantes y se ha encontrado una marcada diferencia en el dolor producido por una y otra marca de Penicilina, habiendo algunas que no producen sino una ligera molestia, en cambio otras, un dolor in-

tensísimo. En los casos en que conocíamos de antemano la reacción dolorosa, se inyectaba previamente novocaína subconjuntival.

Los catorce casos fueron dominados con la inyección subconjuntival, en un plazo que varía desde tres a treinta días. En todos se consiguió dominar el proceso inflamatorio y llevarlo a la cicatrización. La variación en el tiempo hay que imputarla aparte de la calidad del germen que desconocíamos y a la extensión y gravedad del proceso, a una aplicación demasiado distanciada; la misma crítica se puede hacer a las aplicaciones en apósito. La administración cada veinticuatro horas en cualquiera de las dos formas permite descensos en dos niveles bacteriostáticos después de las seis u ocho horas, por bajo de lo efectivo y como consecuencia el desarrollo probable de una penicilinoresistencia o por lo menos una menor sensibilidad frente al agente bacteriostático. Actualmente remediamos este defecto, aplicando apósitos cada 8 horas en forma continua.

Se han tratado nueve enfermos con trozo de algodón empapado en solución de penicilina, colocado en el fondo de saco conjuntival inferior, durante una hora, empleando soluciones de 20.000 U. por cc. 2|10 cc. Cuatro úlceras tipo tres, cuatro, tipo cuatro y una tipo dos. Se obtuvo en todos ellos la regresión rápida del proceso inflamatorio, mucho más rápida, que con la inyección subconjuntival. El promedio de tiempo de curación en estos casos fué de 14,1 días en cambio con el apósito en el fondo de saco, de 4,4 días.

Los casos que aparecen con sulfa a tomar, son los que iniciaron su tratamiento local de penicilina después de no haber obtenido resultados con el tratamiento indicado.

En todos se colocó Atropina en pomada, generalmente cuatro veces al día y ningún otro tratamiento concomitante, salvo la extirpación o lavado del saco en casos de Dacriocistitis.

Hemos abandonado totalmente la inyección subconjuntival para continuar exclusivamente con el apósito en el fondo de saco, por ser un procedimiento más efectivo, más sencillo y cómodo para el enfermo, que no produce dolor, a lo más en algunos casos ligero escozor y quemosis pasajeros. Se hace necesario, eso sí, de perfeccionar su aplicación haciéndola en plazos que no permitan la depleción por bajo de los niveles bacteriostáticos, vale decir, aplicaciones cada ocho horas; lo que estamos ensayando actualmente con buenos resultados.

## RESUMEN

1.º—Las úlceras corneales purulentas profundas (tipo 3 y 4), que no son influenciadas favorablemente por las sulfas, lo son por la Pe-

nicilina local, en forma de inyecciones subconjuntivales o especialmente de apósitos colocados en el fondo de saco inferior.

2.º—El resultado terapéutico es mejor con el apósito que con la inyección subconjuntival.

3.º—Es probable que se pueda mejorar el resultado del apósito, aumentando su frecuencia y adaptándola a las condiciones oculares de depleción de la Penicilina.

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

**B. W. RYCROFT.** — Sub-conjunctival Penicillin and intra-ocular infection. Brit. Jl. Ophthalm. V. XXIX. 501. 1945.

**A. SORSBY.** — Penicilina en Oftalmología. Brit. Jl. Ophthalm. XXIX. 511. 1945.

**CECIL.** — Treatment of infection With Penicillin. Textbook of Medicine. Saunders. 1944.

**W. E. HERREL.** — Penicillin Methods of Administration and Dósa. The Medical Clinics of North America. Pág. 909. 1945.

**CRUZ COKE.** — Penicilina. Conferencia, Hospital Clínico Regional Concepción.

**F. JULER. M. Y. YOUNG.** — British Jour. of. Opht. V. XXIX N.º 6. 312. 1945.

**T. G. WYNNE PARRY. G. C. LAZZLO. J. L. PENISTAN.** Brit. Jl. Ophthal. V. XXIX. 479. 1945.

**M. E. FLOREY. A. M. MC FARLAN. I. MANN.** Brit. Jl. Ophth. V. XXIX. 333. 1945.

**R. E. WRIGHT. C. H. STUART-HARRIS.** Brit. Jl. Ophth. V. XXIX. 428. 1945. Penetration of Penicillin into the Eye.

**OTERO MORALES.** — La respiración bacterias no es afectada por la Penicilina. Boletín Asoc. Méd. Pto. Rico. V. 2. 45. 1945.

**A. L. BLOOMFIELD. L. A. EANTZ, W. M. KIRBY.** — The Clinical Use of Penicillin. The Journal of Am Med Assoc. 124. 10. 627. 1945.

**VON. SALLMANN LUDWIG.** — Penetration of Penicillin into the Eye. Archives of Ophth. P. 34. N.º 3. 195. 1945.

**IRVING H. LEOPOLD. A. NICHOLS.** — Intraocular penetration of Streptomycin following systemic and local administration. Arch of Ophth. 35. 33. 1946.

**RYCROFT B. W.** — Penicillin and the control of deep intraocular infection. Brit. Jl. Ophth. XXIX. 57. 1945.

**COMMITTEE ON MEDICAL RESEARCH.** — Penicilina fórmula empírica.

**VON SALLMANN LUDWIG and MEYER KARL.** — Penetration of Penicillin into the Eye. Arch of Ophthalm. 31. N.º 1. 1. 1944.

**O'REILLY. G.** — Clasificación y tratamiento de las Ulceras Corneales Serpiginosas. Arch. Ch. Oftalmología. 13. 14. 242. 1946.

### III

**Clínica Oftalmológica del Hospital San Borja**

**Director: Prof. Dr. Italo Martini**

## CASUISTICA OFTALMOLOGICA

### PUPILOTONIA O SINDROME DE ADIE

Dr. RENE BRUCHER E.

Ya en el año 1920, Behr S. describió esta alteración del reflejo pupilar; que consiste en una aparente ausencia del reflejo pupilar luminoso directo o consensual síndrome que se presenta de dos maneras: en una primera se produce con la luz una contracción pupilar muy lenta, que se mantiene largo rato, llamado tipo Sanger. Y en una segunda se produce una dilatación pupilar muy lenta hasta la midriasis intensa; es el llamado tipo Strasburger.

En el año 1932, Adie estudió en forma completa estos cuadros que desde entonces se conocen con su nombre; habiendo según este autor, asociación con alteraciones reflejas de los miembros inferiores.

El caso que presento a la Sociedad es el *síndrome tipo Sanger*. Es una enferma de 50 años que nos llama la atención porque al mirar sus pupilas, les observamos un anisocoria; la pupila derecha está en midriasis; en cambio, la izquierda es normal.

Los exámenes practicados nos revelan una hipertensión de 19 y arterioesclerosis generalizada. El resto del examen es negativo. Examen neurológico normal. Orina, Uremia, reacción de Kahn; Metabolismo basal, etc., normales.

La enferma nos relata que hace tres meses al mirarse en el espejo notó que la pupila derecha estaba muy grande, lo cual la alarmó enormemente.

Ha sido más bien sana; pero hace ocho años, nos cuenta que tuvo un accidente ocular; presentó bruscamente diplopia que cedió al mes y medio con tratamiento yodurado. Si mantenemos sobre esta pupila una luz fija, vemos a los 25 minutos producirse una miosis intensa, tanto que es mayor que la del ojo sano. Para demostrar la efectividad de esta contracción se procede a colocar una gota de colirio de pilo-

carpina al 1%, y a los 10 minutos la enferma presenta una miosis máxima. Respecto a la patogenia de este síndrome, aún se encuentra en estudio; para algunos como Bukin habría una alteración de la sinapsis neuro-muscular y para otros habrían alteraciones musculares radicadas en el núcleo propio del esfínter pupilar.

**Clinica Oftalmológica del Hospital Ramón Barros Luco**

Directór: Dr. **René Contardo A.**

## UN CASO INTERESANTE DE GLAUCOMA CRONICO SIMPLE

Dr. RENE CONTARDO A.

He creído de interés presentar a la Sociedad Chilena de Oftalmología un caso de glaucoma crónico, de características particulares, que fueron constatadas en su oportunidad por el Prof. Espíldora Luque.

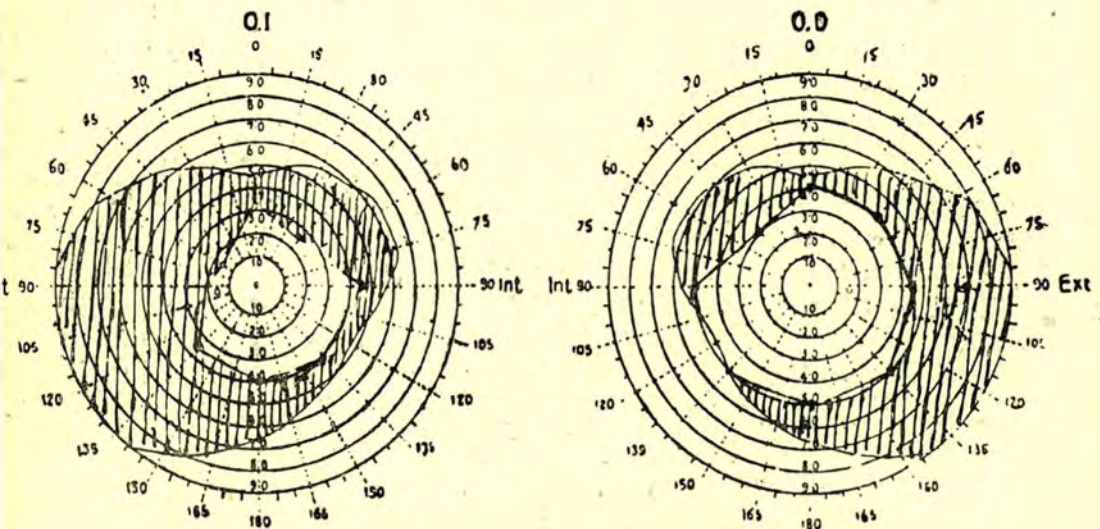
Se trata de una enferma de 39 años que consulta por un cambio de cristales, pues los que usa los lleva hace varios años.

Al examen se constata:

V. O. D. 0.3 difícil y con -1.50 esf. y -0.50 cil. a 90° : 0.9 parcial.

V. O. I. contar dedos a 50 cms.

Las pupilas son normales y en el fondo se aprecia una amplia excavación glaucomatosa atrófica. Vasos normales.



La tensión ocular al Schiötz es:

O. D. I. 1|7.5 : 56 mm. Hg.

El campo visual se presenta estrechado concéntricamente entre 15 y 30 grados en O. I. y en O. D. también es estrechado concéntricamente, pero predominando este estrechamiento en el sector temporal.

El examen general, estudiando con especial detenimiento el aparato cardiovascular, es enteramente negativo.

Se propone operar, pero previamente se da como tratamiento: mióticos, Gynergeno inyectable, régimen sin sal, abstención de té, café, licores; evitar la permanencia prolongada en sitios oscuros, etc.

Al mes se constata:

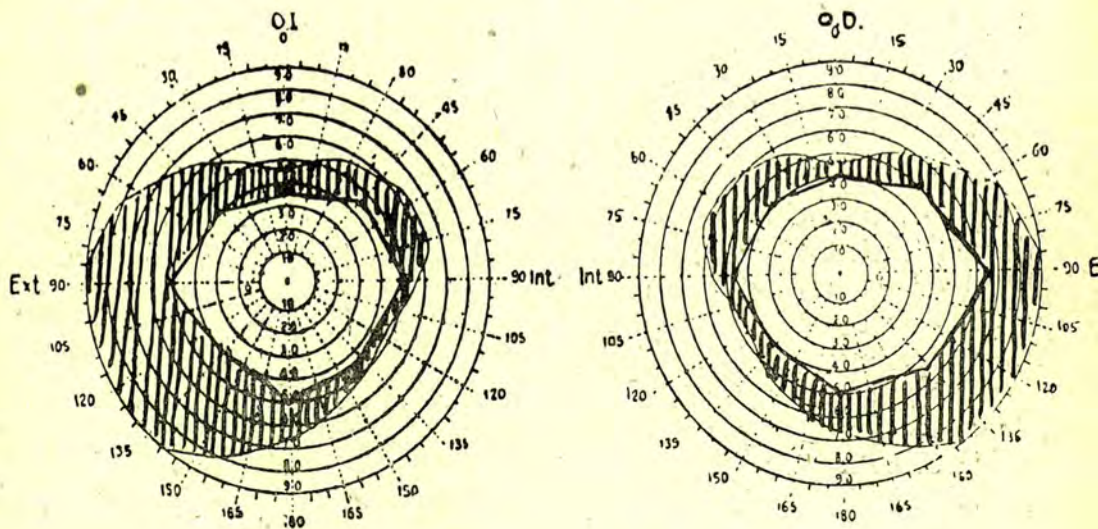
V. O. D. 0.4 parcial (sin cristales);

V. O. I., menos de 0.1.

La tensión ocular ha descendido en ambos ojos a 4|10:48 mm. Hg. al Schiötz.

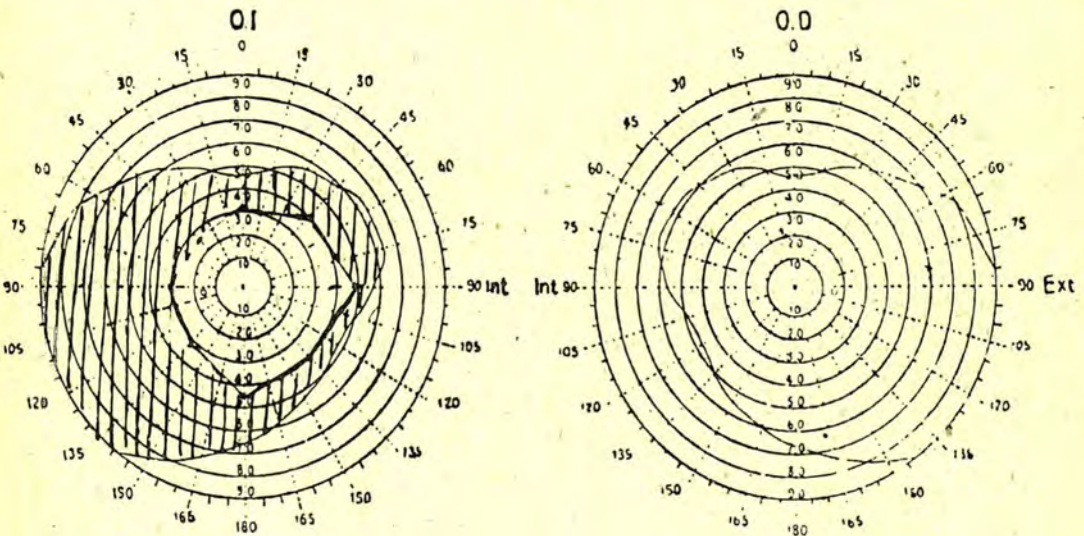
El campo visual ha mejorado notoriamente en ambos ojos, el derecho mantiene su reducción en el sector temporal y el izquierdo al aumentar, muestra una marcada reducción temporal, que lo hace muy semejante al de O. D. antes del tratamiento. Este estrechamiento bitemporal era especialmente notorio para los colores, por lo que se pide una radiografía de la silla turca, a insinuación del Prof. Espíndora con quien fué vista en junta, pero la radiografía fué normal.

Diez días después se practica una ciclodialisis inversa de Blaskovics en el ojo izquierdo, o sea en el de peor visión. La operación y el post-operatorio fueron sin incidentes y quince días después de la operación la visión es de 0.15 parcial en ese ojo y la tensión ocular de 9 mm. Hg.



A los 20 días de operado el ojo mantiene la visión de 0.15 parcial, el fondo es de muy buen aspecto y la tensión ocular de 16.5 mm. Hg., mientras que en el ojo no operado la tensión es de 35 mm.

El campo visual realizado al mes después de la intervención, ha mejorado notoriamente en el ojo izquierdo.



Tres meses después de la intervención la visión es:

O. D. 0.19 parcial, y O. I. 0.15 parcial con cristales.

La tensión ocular es de 40 mm. en O. D. y menos uno digital en O. I.

En el fondo de O. I. se constata que la excavación ha ido desapareciendo, en tal forma que la papila es plana y casi completamente rosada, aspecto que fué mejorando posteriormente cada vez más hasta llegar a ser completamente normal.

A los seis meses de la anterior intervención, se opera el ojo derecho practicando una ciclodialisis inversa de Blaskovics. Queda ligero hifema que ha desaparecido al día siguiente.

A los 20 días de la operación no se aprecia excavación en este ojo y la tensión ocular es de 16.5 mm. Hg. A los 40 días la visión es de 0,9 parcial en O. D. y de 0,2 parcial en O. I. con cristales. La tensión en ambos ojos es de 20 mm. Hg. al Schiötz, y en el fondo de O. D. I. no se aprecia excavación.

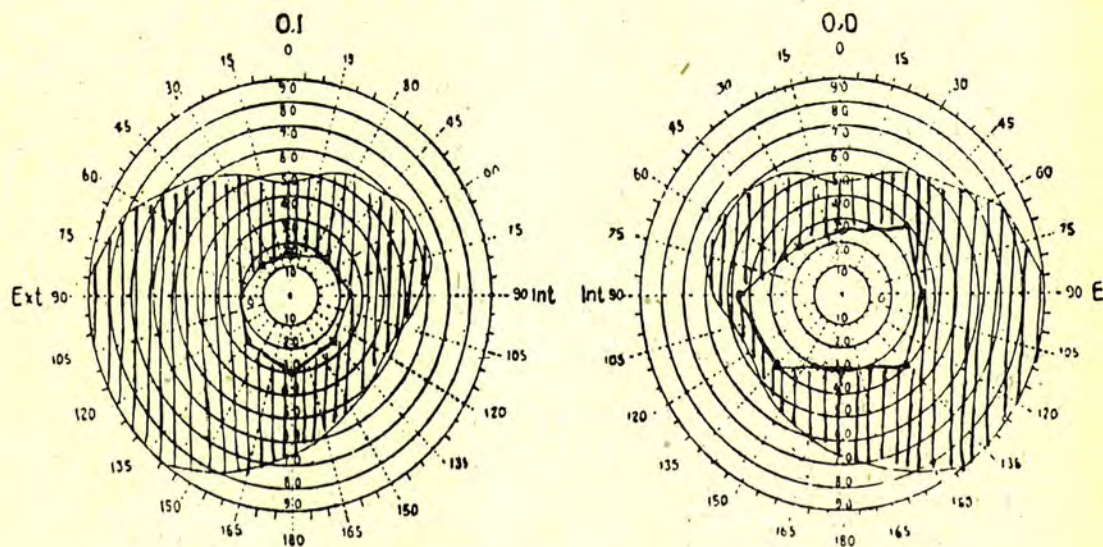
El control hecho al año y medio de operado el ojo izquierdo y al año de operado el derecho revela:

V. O. D. 0,9 parcial con sus cristales.

V. O. I. 0,2 parcial con sus cristales.

La tensión ocular en ambos ojos es de 20 mm. Hg.

El fondo de ojo es prácticamente normal y en el campo visual es ligeramente estrechado en el sector temporal, especialmente en O. I.



Estas condiciones de visión central y periférica como también la tonometría se han mantenido posteriormente sin variaciones y con cristales de contacto, que eran bien tolerados, se logra una corrección de 0,9 parcial en O. D. y 0,4 parcial en O. I.

En suma, el interés de esta observación está en los siguientes hechos:

1.º—La reducción del sector temporal del campo visual, en oposición a lo clásicamente observado en el glaucoma crónico simple, estrechamiento bitemporal que hizo pensar en un síndrome quiasmático.

2.º—La franca mejoría subjetiva y objetiva obtenida con régimen, mióticos, y Gynergeno, que permitió intervenir en mejores condiciones tensionales.

3.º—El buen resultado obtenido con la ciclodialisis inversa de Blaskovics, tanto en la visión central como en la periférica (la visión del ojo izquierdo subió de contar dedos a 50 cms. hasta 0,4 parcial), como en el aspecto del fondo de ojo y la estabilización de la tensión ocular en límites normales.

4.º—La desaparición total de la excavación glaucomatosa, que en el ojo derecho se produjo rápidamente, a los 20 días de intervenido. Las modificaciones de la excavación papilar, ya sean favorables o desfavorables, constituyen el signo objetivo de mayor importancia para juzgar el éxito obtenido en una operación antiglaucomatosa.



## Revista de Revistas

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

### 1

#### AN EXOPHTHALMOMETER FOR DIRECT MEASUREMENT

GORMAZ, A.

*British Journal of Ophthalmology* — Vol. XXX — Junio 1946.

El autor describe un nuevo modelo de exoftalmómetro metálico provisto de una platina semejante a la de los tonómetros y que se adapta sobre la córnea.

A juicio de su inventor, a más de ser más preciso que los modelos existentes, permite también medir el desplazamiento lateral del globo.

### 2

#### CICLODIATERMIA NO PERFORANTE EN EL TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA.

LUTMAN, Frank. C.

*American Journal of Ophthalmology* — Vol. XXIX — N.º 2 — p. 180  
Feb. 1946.

Ha usado la ciclodiatерmia no perforante en 28 casos de glaucoma de diferentes tipos.

La operación es especialmente adecuada a los casos de glaucoma en los que la vascularización del iris excluye la intervención sobre esta membrana y a los de glaucoma secundario a trombosis retinal.

La ciclodiatermia puede ser el método de elección para algunos casos desesperados, en los que han fracasado previamente otros tratamientos del glaucoma. Puede recomendarse para calmar el dolor glaucomatoso, en los procesos irremediables, con preferencia a la enucleación, inyección retrobulbar de alcohol o radioterapia.

## LA CIRUJIA TERMICA DEL CUERPO CILIAR EN EL GLAUCOMA.

*URIBE TRONCOSO, Manuel.*

*American Journal of Ophthalmology* — Vol. XXIX — N.º 3 — p. 269.  
Marzo 1946.

En experiencias hechas en conejos ha tratado de determinar la base fisiológica de los métodos diatérmicos, su efecto sobre la presión intraocular y las alteraciones que causan en las estructuras oculares.

El método de Vogt (perforaciones múltiples de la esclerótica en la región del orbículus ciliaris) no tiene ningún fundamento fisiológico, ya que el orbículus no toma parte en la secreción del acuoso. Se produce una grave inflamación que termina en la atrofia del orbículus y sólo tiene acción ligera sobre los procesos.

El método de Albaugh y Dumphy (diatermia no perforante) actúa también sobre el orbículus, pero tiene acción indirecta sobre los procesos y produce intensa inflamación que termina en la atrofia del orbículus. Experimentalmente con las perforaciones múltiples detrás del limbo ha obtenido resultados graves, que llevan a la destrucción del ojo, (reacción intensa con exudados, hemorragias, lesiones del cristalino y en algunos casos atrofia del globo).

La coagulación local directa de un pequeño número de procesos, que lleva a su destrucción, ya sea por la ruta posterior o escleral, a través de un túnel como el de la ciclodialisis por el cual pasa el electrodo diatérmico para coagular la base del cuerpo ciliar, o bien por la vía anterior, mediante una queratotomía e iridectomía amplia, para dejar al descubierto los procesos ciliares, no produce un descenso duradero de la tensión ocular, por lo que propone combinar la destrucción limitado de los procesos con una operación fistulizante procedimiento que denomina diatermia translímbica, en la cual el alambre diatérmico es introducido a través de la esclerótica, 2 mm. por detrás

del limbo y lo empuja oblicuamente en el cuerpo ciliar hasta que aparece en la cámara anterior, dejándolo unos segundos con lo que se logra una perforación de 2 mm. de ancho. Con este procedimiento ha obtenido en algunos conejos una considerable hipotonía, pero el orificio escleral después de 2 a 3 meses se cierra, sólo en algunos animales se obtiene una cicatriz filtrante.

## NUEVO TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA.

*LEOPOLD, H. Irving y COMROE H., Julius.*

*Sci. News. Letter* — 49 — 181 — Marzo 1946.

El fluorofosfato de di-isopropilo fué usado en 36 casos de glaucoma en los cuales habían fallado los procedimientos terapéuticos habituales, en 24 casos fué tan eficaz como los medios corrientes y no dió resultados en 16 casos.

La droga se administra por vía local una vez al día y no se registraron reacciones generales en 20 individuos normales a los cuales se les administró por vía oral o intramuscular, pero localmente produce dolor, inyección pericorneal, espasmo de la acomodación y empañamiento de la visión.

## CLINICAL EFFECTS OF THE LOCAL USE OF SULFONAMIDES.

*ALVARO, Moacyr E.*

*American Journal of Ophthalmology* — Vol. 28 — N.º 5 — May 1945.

Las sulfonamidas son casi inocuas para los tejidos oculares al ser aplicadas localmente y su fácil penetración, la casi completa ausencia de síntomas de intolerancia y la gran efectividad con que actúan en diversas enfermedades oculares hacen probable que esta forma de uso reemplazará a la administración oral.

La combinación del tratamiento local de inmediato efecto con el tratamiento general de efecto retardado, pero constante, es ventajoso. La asociación de la piretoterapia aumenta la penetración de la droga.

Las sulfonamidas tienen efecto bacteriostático, por lo que deben usarse en instilaciones repetidas, o ungüentos adecuados, pero la iontoforesis parece ser el método de elección.

Las indicaciones terapéuticas de la sulfonamida local en las enfermedades por virus son las conjuntivitis a inclusión y el tracoma. En esta última afección el masaje combinado simultáneamente a la iontoforesis de la conjuntiva palpebral con el electrodo, realiza la penetración de la droga y al mismo tiempo la destrucción de los folículos mecánicamente lo que ha dado buenos resultados.

En las conjuntivitis gonocócicas se han relatado buenos resultados con el uso local especialmente de sulfadiazina y sulfacetamida sódica. La gravedad de la afección justifica el tratamiento combinado local y oral. En los casos de inflamaciones por estreptococo y bacilo de Koch-Weeks, las sulfonamidas son efectivas, pero no han demostrado ser mejor que otros agentes terapéuticos, excepto en los casos de compromiso corneal, donde la iontoforesis es superior. Pero en las blefaritis, conjuntivitis y compromiso corneal debido al estafilococo el uso tópico de sulfonamidas es muy superior a cualquier otro tratamiento.

Las inflamaciones oculares por *B. pyocyaneus* han sido tratadas con éxito, especialmente con iontoforesis de sulfadiazina. Las inflamaciones debidas al *B. Coli*, *B. proteus* y *K. friedlaenderi* han respondido también favorablemente al uso local de la sulfonamida.

En la profilaxia, antes y después de operaciones oculares, el uso de colirio de sulfacetamida sódica es ventajoso.

Las inyecciones de soluciones de sulfonamida en la cámara anterior y en el vítreo han sido relatadas, aparentemente con buenos resultados.

## MI EXPERIENCIA ACERCA DE LA GONIOTRABECULOTOMIA Y GONIOCICLODIATERMIA.

*MOREAU, Angel.*

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana — T. VI — N.º 5 — p. 468 — Mayo 1946.*

El autor no está de acuerdo con la opinión de Barkan que afirma que en el glaucoma existe una esclerosis parietal del canal de Schlem, lo que impide drenar el acuoso, porque en un ojo normal el canal de Schlem actúa sólo como válvula de seguridad cuando hay hipertensión y porque el examen gonioscópico no le ha revelado la existencia de esclerosis de la pared del canal.

La sección pura del canal de Schlem, teniendo cuidado de no tocar el cuerpo ciliar, va seguida mucho más rápidamente de la vuelta a los fenómenos patológicos y a la hipertensión. Los casos de soldadura del iris a la esclera son los peores al usar esta técnica.

El autor ha hermanado la goniotrabeculotomía con las ciclopunciones diatérmicas de Vogt. Los casos peores con esta técnica son aquellos en los cuales existía una sinequia periférica total o casi total, no obteniendo mejoría del dolor ni de la tensión en enfermos con glaucoma absoluto. En estos casos obtuvo éxito gracias a las ciclopunciones diatérmicas de Vogt.

Los resultados de la goniociclodiatermia son buenos, obteniendo descenso permanente de la tensión, cuando existe suficiente región ciliar al descubierto donde poder actuar.

En suma: en los glaucomas absolutos con cierre del ángulo iridocorneal la goniociclodiatermia no debe ser empleada, pues se necesitan numerosas y muy profundas penetraciones, ciegas; la técnica de Vogt da mejores resultados.

En los casos de ángulo total o parcialmente abierto, con zonas edematosas del cuerpo ciliar, la goniociclodiatermia dará resultados muy buenos.

Ha operado cuatro casos de glaucoma escogidos con su técnica, obteniendo resultados halagüeños. La contraindicación formal es el cierre de los desagües venosos fisiológicos del ojo, ya que la hiperemia activa provocada por la intervención, por falta de salida produce un éxtasis venoso, que podría dar lugar a un glaucoma hemorrágico.

Recomienda la vigilancia tensional post-operatoria y precozmente el control gonioscópico.

#### NOTA ACERCA DE LA CIRUGIA DEL CISTICERCO LIBRE EN EL VITREO.

*PUIG SOLANES, M. y VERGARA ESPINO, L.*

*Archivos de la Asociación para evitar la ceguera, en México. — Vol. IV — p. 249. — 1946.*

El interior del ojo humano puede ser parasitado por larvas de cestodes (habitualmente *Taenia Solium*), en raras ocasiones por *Taenia equinococo* y de manera excepcional por *Taenia saginata*; de nematodes (filaria y áscaris), y de moscas (*hipoderma bovis*).

Lo más frecuente en México es la infección por *Taenia solium*, que desarrolla en la cavidad ocular su forma de resistencia: el *cisticercus cellulosa*.

En todo de prendimiento globuloso de la retina y en todo pseudoglioma ocular hay que tener en cuenta la posibilidad de una cisticercosis.

El cisticerco del vitreo constituye casi la cuarta parte de los intra-oculares. En la gran mayoría de los casos alcanza el vitreo por perforación de la retina y su acción sobre el ojo se deriva de su crecimiento que lo hace obrar como cuerpo extraño y porque su vesícula contiene proteínas, entre otras una leucomaina, muy tóxica para los tejidos ambientes.

La vida del parásito parece ser en el ojo de dos años por lo menos, siendo mejor tolerado, por el vitreo, que por el resto de los tejidos oculares, no produciendo reacciones patológicas hasta que su vesícula no alcanza un tamaño de 3 mm. Cuando ésto sucede da lugar a una reacción inflamatoria de las membranas oculares, que primero vierten exudados en el vitreo y después desarrollan verdaderas corioretinitis con desprendimiento retinal y ptisis bulbar final. El glaucoma secundario aunque posible es más frecuente en otras parasitosis de tipo semejante pero de crecimiento más rápido, como el quiste hidatídico.

El único tratamiento eficaz es el quirúrgico.

Relata dos casos operados con éxito, en los cuales se obtuvo una visión de 9/10 en uno, y de 6/10 en el otro.

## ENSEÑANZAS DEDUCIDAS DE 2000 OPERACIONES DE CATARATA.

Dr. J. ARJONA.

*Arch. de la Soc. Oftalm. Hispano Americana.* — Tomo VII — N.º 5, pág. 429.

El autor enfoca los hechos prácticos que no vienen en los libros y que constituyen serios obstáculos salvables sólo con la experiencia operatoria obtenida en 2000 cataratas bien controladas. Considera primero la pérdida de vitreo, preocupación constante en toda intervención y en cuya producción intervienen factores que dependen del cirujano y del propio enfermo. Entre los primeros hace resaltar: 1) la necesidad de no violentar al ojo en forma alguna, pues, cualesquier traumatismo provoca la llamada triple respuesta de Lewis (dilatación primaria de los pequeños vasos, aumento local de la permeabilidad de las paredes vasculares y una amplia dilatación de las paredes vecinas) que se explica por un mecanismo nervioso local (derivación antidrómica recurrente) y por un mecanismo humoral local (producción in situ de metabolitos del tipo de la histamina). El traumatismo "empurpura" el ojo trayendo como consecuencia la hipertensión operatoria, que se traduce enseguida por la pérdida de vitreo a conti-

nuación de la queratotomía o mas tarde al extraer el cristalino. Cuando se produce esta hipertonia se aconseja aplazar por unos minutos la intervención porque suele modificarse así cuando es discreta, pero cuando es intensa no se consigue nada y la pérdida de vitreo se produce de todas maneras. La hipertensión se produce con facilidad en casos de gran labilidad vegetativa (pinza de fijación que comprime más de lo debido el ojo para fijarlo, cuando el iris se monta sobre el eucillete, al pinchar involuntariamente la piel de los párpados); 2) Producción de un ligero hematoma en la inyección retroocular que, aunque mínimo, está empujando constantemente el ojo. 3) Cuando se rompe la cápsula en la extracción in toto y queda en la cámara anterior sin asomar nada de ella por la herida y el cirujano, al tratar de extraerla, rompe la hialoides. Como causas dependientes del enfermo: 1) Indocilidad; 2) Nerviosismo; 3) Glaucoma larvado o en potencia; con tensión normal pero con umbral vasodilatador tan bajo que hasta la emoción operatoria, la queratotomía o la deplección brusca para provocarlo y con él la hipertensión. La pérdida de vitreo no tiene consecuencias cuando es pequeña, pero si es mayor enclava el iris o disminuye la visión en forma tardía; en todo caso, el curso operatorio es más largo y suele persistir mucho tiempo un estado reaccional de vascularización con fotofobia marcada.

Aborda luego el problema de las cataratas juveniles o las traumáticas en personas jóvenes aconsejando efectuar una extracción extracapsular porque se presentan dificultades anatómicas (zónula juvenil de mayor resistencia, persistencia del ligamiento, fibras hialoides capsulares de Berger que llegan a romperse solas en la vejez) que obligan a una tracción violentísima del cristalino que se traduce en gran pérdida de vitreo (desgarro de la hialoides por sólida unión a la cristaloides posterior, reflejo axónico vasodilatador). Si el enfermo tiene menos de 25 años hace discisión completando la extracción de la cápsula con pinzas y si es de mayor edad intenta la extracción in toto con pinza pero si encuentra resistencia hace la extracción extracapsular.

En las cataratas morgánicas e intumescientes en general, a gran tensión, emplea la pinza de Elschmig, la de Arruga y si ésta falla, la de Kalt que es la que toma mejor, pero que puede desgarrar la cápsula o bien emplea la maniobra de Lindner puncionando la parte superior del ecuador con buenos resultados.

En las cataratas de la miopía elevada, de larga evolución y que aunque incipientes alteran enormemente la visión por su localización central, son operadas siempre que dificulten el trabajo profesional del enfermo (16 a 20 dioptrías), pues su extracción sólo trae benefi-

cios (supresión de anteojos y mejor visión) y no ofrece mayores dificultades con la pinza en los adultos; este criterio también lo aplica a cristalinos transparentes (operación de Desmonceaud o de Fukala). En casos de cataratas maduras en miopías elevadas que no dejan ver fondo a pesar de una buena proyección luminosa se debe ser muy cauto en el pronóstico visual porque no se sabe como se encuentra la retina (existencia de grandes placas atróficas maculares y en el polo posterior).

En las cataratas complicadas por irido coroiditis crónica a pesar de ser las más patológicas sus resultados suelen ser espléndidos siempre que el proceso esté frío y curado clínicamente más de un año, que haya buena proyección luminosa, que sea catarata blanca y que no existan tonos verdosos que hacen sospechar ataques a la integridad fisiológica del ojo. Aconseja iridectomía total, ruptura de las sinequias con espátula corriente, y extracción con pinza, siendo cauto en el pronóstico visual por la probable reactivación del proceso o ligera hipotonía que puede acentuarse.

En las cataratas en diabéticos, ya sea la catarata diabética propiamente tal (gente joven con glicemias de 40 a 70 gr. escasamente modificables por la insulina) o la catarata en un diabético, la operación no ofrece dificultades y no suele tener complicaciones siempre que no haya acidosis ni lesiones vasculares y se haga tratamiento insulínico adecuado.

En cuanto a técnicas operatorias reconoce la superioridad de la extracción in toto, admira la facoerisis de Barraquer aunque no tiene gran experiencia en ella y por último considera la extracapsular. En cuanto a pinzas prefiere la de Arruga y la de Elschmig y recurre a la de Kalt en casos de cataratas intumescientes.

Presenta estadísticas haciendo resaltar la mayor frecuencia de la extracción in toto en los últimos tiempos así como también el empleo reducido del asa, la menor infección operatoria (frotis y cultivo de la lágrima, vendage de prueba y empleo del colgajo conjuntival suturado), la menor frecuencia de las hemorragias expulsivas por el control tonométrico y la menor frecuencia de los enclavamientos del iris en las iridectomías amplias que en las periféricas (se recomienda efectuar dos y no una y mióticos).



## LA OPERACION DE CATARATA EN LAS MIOPIAS ALTAS.

Dr. G. LEOZ.

*Arch. de la Soc. Oftalm. Hispano Americana* — Tomo VII — N.º 5, pág. 445 — Mayo 1947.

Esta catarata es siempre una catarata complicada y entre todas ellas es talvez la miópica la más frecuente. Se parece mucho a la nuclear senil pero no es idéntica. Se inicia por lo general entre la juventud y la madurez, alrededor de los 50 años, como un ténue obscurecimiento central y posterior, en forma de disco, no en el cristalino mismo sino en su cápsula posterior, como finísimos exudados acumulados en el aparente espacio de Berger (catarata patelar). Esta opacidad se hace más densa, crece en superficie, produce el endurecimiento o esclerosis del núcleo embrionario y así puede quedar de un modo indefinido; posteriormente puede invadir el núcleo adulto (catarata nígra) y a veces se hace núcleo cortical permitiendo aún ver el fondo de ojo por su periferie. Sin embargo, puede principiar como una catarata cortical, pero es raro. Su evolución es muy lenta, se acompaña de lesiones coroides extensas y a veces de graves degeneraciones vitreas y su pronóstico es siempre reservado tanto por las dificultades del momento operatorio (fragilidad vascular y hemorragia expulsiva, infecciones) como las del post-operatorio (desprendimientos coroides y de retina). Por estos motivos la intervención debe retardarse lo más que se pueda y cuando se hace imprescindible aconseja efectuarla en dos tiempos: iridectomía total y un mes o mes y medio después extracción extracapsular. Acinesia enérgica (2 cc. como máximo para no exagerar la propulsión de los ojos en inyección retrobulbar o 1 cc. de novocaina al 4% junto al ganglio ciliar y luego 4 inyecciones yuxtapalbares o parietales de 1/2 cc. entre los 4 rectos), capsulotomía central y extracción de la lente y masas corticales en la forma habitual; sutura rápida con dos puntos esclerocorneales; eserina si ha sido necesario extraer la cápsula y atropina en el caso contrario; reposo postoperatorio prolongado para evitar los desprendimientos coroides (los más frecuentes) y retinianos.

## 3

## OCULAR DECOMPENSATION.

GALTON, E. M. G.

*British Journal of Ophthalmology* — Vol. XXX — Abril 1946.

El autor recuerda que antes de Mackenzie los soplos cardíacos eran considerados enfermedades en sí mismas, estado de cosas que varió fundamentalmente al establecer por el autor citado los conceptos de compensación y descompensación.

Propone adoptar los mismos conceptos al funcionalismo ocular en el caso de ametropías y heteroforias. En su concepto, esto tiene la doble ventaja de homologar dichas alteraciones a otras que ocurren en otros órganos mejorando así su comprensión por parte del estudiante y además implicar la posibilidad de compensación (mejorando el estado general y la higiene ocular en los ametropes que recién empiezan a dar molestias astenopicas, haciendo ejercicios ortópticos y mejorando el estado general en los pacientes con heteroforias).

Estima que la prescripción de lentes en estos casos debe dejarse para después que hayan fracasado las otras medidas.

## 5

## EPIDEMIC KERATOCONJUNCTIVITIS ASSOCIATED WITH SKIN LESIONS.

O'DONOVAN W. J. and MICHAELSON J. C.

*British Journal of Ophthalmology* — Vol. XXX — Abril 1946.

Los autores trataron 66 casos de queratoconjuntivitis epidémica durante 1944-45 en un Hospital del Cercano Oriente De ellos. 35 estaban asociados con lesiones cutáneas de la cara y cuero cabelludo y en 33 existía como entidades puramente locales oculares. La lesión cutánea que coexistía con mayor frecuencia era una dermatitis seborreica (en 18 enfermos) que afectaba generalmente el mismo lado del ojo enfermo y que precedía o era simultánea con la afección ocular.

Se procedió a comparar clínicamente estos casos de queratoconjuntivitis y lesiones de la piel con los casos de queratoconjuntivitis simple, llegándose a la conclusión de que sus características permiten suponer que se trata de la misma entidad nosológica. La queratocon-

juntivitis con lesión de la piel parece si evolucionar en mayor tiempo, tener mayor tendencia a la bilateralidad y a la uveitis.

Los autores emiten la hipótesis (hasta aquí no consignada en la literatura oftalmo o dermatológica) de que las lesiones cutáneas a que hacen referencia sean producidas por el mismo virus de la queratoconjuntivitis epidémica, tal como se ha sugerido en el herpes simple y herpes zoster.

## 8

### CONSIDERACIONES FISIOPATOLOGICAS SOBRE UN CASO DE HIPERTENSION OCULAR.

*Benito Just Tiscornia.*

*Hospital — p. 793 — Maio 1946.*

El autor presenta una enferma con astenia neurocirculatoria ocular (Vidal y Damel) con hipotensión arterial, oftalmotono bajo y labilidad vascular, marcada irritabilidad, que al iniciarse el climaterio perturba el sistema capilar ocular y se instala en el ojo izquierdo transtornos metabólicos con ligero aumento del oftalmotono del mismo lado y en forma más llamativa una astenopía retiniana y ciliar y la constatación en la campimetría del escotoma de Bjerrum.

En esas condiciones es operada del ojo izquierdo, haciéndose una trepanación de Elliot, produciéndose a los pocos días una crisis hipertensiva en ambos ojos, que cede con la instilación de colirio de carbaminoilcolina alternado con sulfato de benzedrina, para combatir la astenia neurocirculatoria ocular junto con reposo, régimen de alimentación ácida, insulina para regular el metabolismo hidrocarbonado y stilbestrol por vía oral.

El factor predisponente fué la astenia neurocirculatoria ocular y el factor desencadenante fué el climaterio, que explica la perturbación circulatoria y la instalación del escotoma de Bjerrum. En el ojo izquierdo fué la intervención quirúrgica la que provocó la crisis hipertensiva en ese lado.

El 80% de los enfermos glaucomatosos presentan transtornos vasculo nerviosos o neurovegetativos.

## INFLUENCIA DE LA ATROPINA ENDOVENOSA SOBRE LA TENSION OCULAR DEL GLAUCOMATOSO PRIMITIVO.

DE TORRES LUCENA, M.

*Archivos de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana* — T. VI  
— p. 446 — N.º 5 — Mayo 1946.

El autor estudia el sistema neurovegetativo en su doble aspecto general y local en un grupo numeroso de glaucomas primitivos que tenían sus órganos visuales en relativas buenas condiciones funcionales a los cuales se les inyectó atropina endovenosa, la que actúa sobre la tensión ocular elevándola unas veces, bajándola otras de manera elocuentísima, sin que el tipo reaccional esté relacionado con la variedad clínica de glaucoma o con la fórmula vegetativa general del glaucomatoso. Estos resultados los interpreta como la expresión de una distonía neurovegetativa del ojo glaucomatoso primitivo, a lo que se añade la constante distonía general de estos sujetos, lo que hace admitir como constantemente necesaria la coexistencia de una distonía local y general para que se origine el síndrome glaucomatoso.

## 9

### CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA CATARATA CONGENITA.—1. MODIFICACION DE LA DISCISION PARA EL GRUPO DE EDAD PRE-ESCOLAR.—

MONCREIF, W.

*American Journal of Ophthalmology.* — Vol. XXXIX. N. 12. P. 1513.  
Dic. 1946.

Propone para el tratamiento de la catarata congénita una variante de la discisión que ha usado en 6 ojos de 3 pacientes, con espléndidos resultados. Con midriasis máxima, se introduce el cuchillete de Ziegler en el limbo, en el extremo temporal del diámetro horizontal y luego se incide la cristaloides en el meridiano vertical e incisiones profundas en múltiples y radiadas direcciones en toda la amplitud del campo pupilar; al aparecer el núcleo se fragmenta con el cuchillete; sección de la corteza posterior sin llegar a la cristaloides. Retirada la aguja-cuchillete, se introduce por el mismo agujero el extremo de un irrigador tipo Goldstein y se inyecta hacia el centro pupilar y cáp-

sula posterior, desplazando las masas. Si sale mucho acuoso se rehace la cámara anterior con el irrigador. Se intilan midriáticos en el post-operatorio.

No es necesario retrasar la operación, como norma general más allá de los dos años de edad, ni en los casos bilaterales, interponer un espacio entre las intervenciones del primero y segundo ojo.

## 14

### RESTAURACION DE LA PERMEABILIDAD DEL CONDUCTO NASOLAGRIMAL CON UN TUBO DE VITALLIUM.

*American Journal of Ophthalmology* — Vol. XXVIII — N.º 12 — P. 1340 — Dic. 1945.

El Vitallium es una aleación de cobalto, croma y molibdeno, que carece de acción química y electrolítica en el suero y que soportan los tajidos sin protesta al cuerpo extraño.

Ha usado un tubo de vitallium en 4 casos del estrechez del conducto nasal el cual es colocado, previa exposición del saco lagrimal, se incinde su cara anterior y a través de la pequeña incisión se introduce un tubo de 18 por 3 mm. con una aleta en el extremo superior para que no resbale y que debe quedar hacia fuera.

## 16

### ACID BURNS OF THE EYE.

*FRIEDENWALD J. S.*

*Archives of Ophthalmology.* — Vol. 35. — N. 2 — p. 98 — 1946.

Las quemaduras por ácidos del ojo son esencialmente no progresivas y las recaídas tardías son excepcionales.

La severidad de la lesión corneal producida por los ácidos está directamente en relación con la afinidad proteica del anión. Los aniones con una alta afinidad proteica y capacidad para precipitar las proteínas producen lesiones corneales a un Ph más alto que los aniones con baja afinidad a las proteínas, pero éstos aniones grandes (con alto poder de precipitación de las proteínas), muestran pobre penetración a través del epitelio corneal y pobre difusibilidad en el estroma. Se ha sugerido que las características clínicas y patológicas de las quemaduras ácidas de la córnea puedan ser explicadas por tal precipitación y desnaturalización de las proteínas de la córnea.

## 17

## QUERATOMALACIA.

*Dr. Gallego Asorey.*

*Arch. de la Soc. Oftalm. Hispano Americana.* — Tomo VII — N.º 5 — Pág. 469.

La avitaminosis A, afección generalizada del ectodermo y caracterizada por hemeralopia (retardo o incapacidad regenerativa del púrpura retiniano), xerosis conjuntival (hiperqueratosis y paraqueratosis del epitelio y glándulas anexas), y queratomalacia (déficit vitamínico y nutricio de la córnea que llega hasta la necrosis) tiene distinta evolución en el niño y en el adulto pues en el primero, de metabolismo más intenso, se producen en forma más rápida e intensa las consecuencias de carencia ya que las exigencias vitamínicas corren paralelas a la intensidad metabólica. Se admite que el metabolismo basal del adulto es de 1 caloría por kilo de peso y por hora en cambio en el niño es mayor, respondiendo al impulso dado por el sistema endocrino al crecimiento (en el lactante es de 3,3 a 4 cal y en el niño de 6 años de 2,5 por K. y por hora) y a todas aquellas exigencias que lo intensifiquen (exceso de trabajo físico, enfermedades febriles, mayor actividad hormonal, etc.). El niño puede morir a consecuencia de una intensa hipoavitaminosis A en cambio en el adulto, antes de presentarse modificaciones en las células y tejidos, se produce una lesión bioquímica (alteraciones del metabolismo celular que modifican su fuente de energía) que da lugar a la hemeralopia, que dura meses, y en el curso de la cual suelen presentarse las manchas de Bitot. En la literatura se citan casos de ausencia de hemeralopia, pero el autor estima que no se ha encontrado por exploración inadecuada. Este primer período "prodrómico" de hemeralopia no puede evidenciarse en el niño; el segundo período de xerosis puede sospecharse (síntomas carenciales en la madre; síntomas generales carenciales del niño: gran disminución de la resistencia a las infecciones, piel reseca y marchita por la queratinización, por la hipofunción sebácea y sudorípara y por la desaparición de la grasa subcutánea dando lugar al rostro de "niño viejo" o "piel de sapo"; queratinización de las mucosas en su zona de vecindad con la piel; deposiciones diarreicas; lloriqueo ronco especial, etc.). El tercer período de queratomalacia se presenta generalmente en forma lenta en el adulto y en forma súbita e nel niño especialmente desde los dos a 4 meses hasta los 4 años; sin embargo, esta queratomalacia brusca es más bien rara y con frecuencia se aprecian más bien grados discretos de hipoavitaminosis A en las clínicas for-

mando parte de otras enfermedades por hiponutrición motivadas por mala reglamentación de la alimentación del niño. La xerosis y queratomalasia se acompañan, accesoriamente, del ataque microbiano, inevitable cuando las defensas biológicas de los epitelios han disminuído.

Presenta el caso un niño de dos años, con pésimo estado general y que al examen presentaba intenso edema palpebral, secreción espesa con aspecto de grumos de sebo, infartos preauriculares, ausencia de reflejo corneal y secreción lagrimal, córneas de tinte opalino, el examen microscópico de la secreción conjuntival revela una gran proliferación de los saprofitos habituales y abundantes neumo y estreptococos; temperatura de 38 a 40° que disminuye con la administración de vit. A y que Pillat la explica por modificaciones de la respiración cutánea ocasionadas por la falta de vit. A. Como tratamiento se efectuó lavados de suero fisiológico, instilaciones de vogan, hemoterapia, envolturas de aceite de hígado de bacalao y dosis intensivas de Vogán.

#### KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA AND BUCCOGLOSSOPHARYNGITIS SICCA WITH ENLARGEMENT OF PAROTID GLANDS.

LUTMAN C. Frank and FAVATA, V. Benedict.

*Archives of Ophthalmology* — Vol. 1946.

Los autores describen dos casos de síndrome de Sjögren. Ambos habían sufrido de parotiditis aguda y en uno de ellos la glándula parótida derecha había permanecido aumentada de tamaño por 7 años.

El síndrome de Sjögren ha sido considerado por algunos investigadores como el resultado de una función endócrina baja, acompañando a la menopausa, pero en los casos relatados el cuadro se presentó a una edad más temprana.

La extirpación de las glándulas salivales en las ratas produce un aumento de las caries dentarias, que está directamente en relación con la proporción de saliva serosa suprimida. En ambos casos se produjeron caries dentarias a edad temprana, lo que llevó a la total extracción de las piezas dentarias a los 28 años de edad en un caso y a los 35 en el otro, lo que sugiere que existía una disminución de saliva en grado suficiente para producir caries dentarias, antes que la sequedad de la boca fuera manifiesta.

En las glándulas parótidas se produce infiltración de células linfocíticas con cambios en el tejido conectivo y destrucción del parénquima glandular, sin que se encuentre un agente etiológico.

Las glándulas sublinguales, palpebrales, las lagrimales accesorias, las de la mucosa nasal, faríngea y boca, presentan el mismo proceso.

Si existieran similares anormalidades en el epitelio y estructuras glandulares del tracto intestinal, no habría digestión normal y no existiría absorción alimenticia normal. Se produce también inflamación crónica de la mucosa del sistema respiratorio superior, la cual está cubierta por una secreción mucosa, de la cual probablemente participan los senos accesorios y sus vías de drenaje.

Los casos tratados corresponden a mujeres de temperamento nervioso y excitable.

No se encontró evidencia clínica de deficiencia de vitamina A y en general la avitaminosis A es insconstante en el síndrome de Sjögren.

En las dos enfermas era clínicamente notoria una deficiencia de los componentes del complejo vitamínico B., con muchos de los síntomas de arriboflavinosis, pero el tratamiento con levadura de cerveza, complejo B concentrado y riboflavina no dió resultados, probablemente por mala absorción de la riboflavina en el intestino o inhabilidad para aprovecharla.

## ARACNOIDITIS.

*KRAVITZ, DANIEL.*

*Archivos de la Asociación para evitar la ceguera, en México. — Vol. IV — p. 55. — 1946.*

El autor relata 9 casos de aracnoiditis, o sea, la inflamación de las leptomeninges, que puede ser localizada o difusa e incluso envolver por completo el sistema nervioso central; cuadro que no es una entidad rara, así en el Hospital de Post-graduados de Nueva York, hubo entre los años 1935 a 1940, 118 casos de sospechosos de neoplasia, de los cuales 67 se diagnosticaron con precisión de tales, o sea, el 14% del total de casos diagnosticados.

Aún es difícil el criterio diagnóstico, lo que hace que en muchos casos no se haga el tratamiento quirúrgico necesario, por la dificultad en el diagnóstico diferencial entre la aracnoiditis y el gran número de afecciones que afectan directamente los nervios ópticos.

Los síntomas son cefaleas intensas. Objetivamente se comprueba atrofia papilar primaria, secundaria, o en sector o aún grados normales de estasis papilar o cualquiera combinación de lo anterior. El escotoma central es un hallazgo bastante común y a veces se observan defectos típicos del campo bitemporal, pero más a menudo estos defectos del campo tienen propensión a ser raros por la extensión de las adherencias que complican a los nervios y a los vasos sanguíneos circundantes. El síntoma más saliente es la precoz y ordinariamente rá-



pida pérdida de la visión, afectando un ojo a veces antes que el otro, a menudo muy rápida y extensa, debida a presión sobre los nervios ópticos y el quiasma, sino también a complicación inflamatoria de estas estructuras y aún interviene la dificultad del riego sanguíneo. Con los síntomas visuales se pueden observar todos los síntomas típicos del adenoma cromóforo de la glándula pituitaria o de un quiste supraselar: polidipsia, poliuria, hipertermia, obesidad de tipo Frolich y dispituitarismo. Si la aracnoiditis es más anterior puede simular los tumores del lóbulo frontal: anosmia y síndrome de Foster-Kennedy más o menos típico. En las otras formas de aracnoiditis los síntomas varían mucho, siendo frecuentes las parálisis motores oculares, a veces hay estasis papilar, o da el cuadro de un tumor cerebral.

El diagnóstico entre aracnoiditis de tipo quiasmático y los tumores pituitarios, lo da la radiografía que aparece normal en las primeras, y además, raramente se observan los defectos típicos del campo bitemporal, así también la rapidez de la aparición de los síntomas visuales habla en favor de la aracnoiditis y en contra de un tumor. Además las papilas muestran en lugar de una atrofia primitiva, una mezcla especial de atrofia primitiva y secundaria a menudo con edema moderado.

Las enfermedades de los senos, nariz y amígdalas, son su causa en un 13%, la sífilis en 9%, la otitis en 5%, y la T. B. C. en 4%, y el resto repartido entre reumatismo, influenza, infecciones dentales, embarazo, alcoholismo, traumatismos.

El tratamiento es principalmente quirúrgico, pero es difícil decidir cuándo deben operarse estos enfermos.

## UVEAL BLASTOMYCOSIS.

CASSADY J. V.

*Archives of Ophthalmology.* — Vol. 35 — N. 2 — p. 84 — 1946.

Relatan un caso de blastomicosis endógena (enfermedad de Gilchrist). Esta afección es causada en Norte América por el *Blastomyces dermatidis* mientras que la blastomicosis sudamericana es producida por el *Blastomyces brasiliensis*. Ambos hongos son similares, perteneciendo al género *Blastomyces*.

La uveítis mostastásica asociada con blastomicosis no es tan rara como se cree generalmente. En el caso descrito la enfermedad comprometía la piel, pulmones, próstata, riñones, huesos y el ojo.

El autor sugiere que si el ojo es comprometido durante el curso de una infección fungosa, sacar fluido intraocular para examen citológico y cultivo.

---

Como parte del examen post-mortem, está el estudio histopatológico de las estructuras oculares, que puede ayudar a demostrar las variables manifestaciones de esta enfermedad.

---

# Sociedad Chilena de Oftalmología

## SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO 3 DE ENERO DE 1947.

A las 8 P. M. el Prof. Martini abre la sesión que se celebra en la residencia del Prof. Espíldora. Además de los miembros del Directorio, especialmente invitado concurre el Dr. Barrenechea.

El Dr. Brinck, prosecretario, actúa de secretario, en ausencia del titular, que excusa su inasistencia por motivos particulares.

En primer término, el señor Presidente comunica la sensible pérdida de la señora madre del Dr. Millán, señora Lucía Arrate, viuda de Millán (Q. E. P. D.), y tomando la representación oficial de la Sociedad Chilena de Oftalmología, envió ofrenda floral y condolencias a sus deudos. Esta medida fué aprobada.

A continuación, da cuenta de haberse formado la COOPERATIVA DE COMPRAS DE INSTRUMENTAL OFTALMOLOGICO, y que el Prof. Moacyr Alvaro nombró al Dr. Contardo como representante de la Sociedad Chilena de Oftalmología ante ella. Se propone al Dr. Brinck para que asesore al Dr. Contardo, una vez se confirme su nombramiento.

Se da lectura a una carta del Prof. Moacyr Alvaro referente a la contratación en Inglaterra, a propuesta del Prof. Duke Elder y por una suma de \$ 30.000.—, de una técnica en el tratamiento ortóptico del estrabismo con el fin de instruir personal nacional. Se acuerda contestar negativamente, en vista que el Dr. Arentsen, actualmente en Buenos Aires, en la Clínica Santa Lucía, estudia este problema, y a su regreso, ya próximo, dará a conocer sus impresiones al respecto. Además en Chile no existe instrumental para tal instrucción ortóptica.

El Dr. Barrenechea da a conocer que desde ahora en adelante los Archivos Chilenos de Oftalmología deberán ser costeados en parte por la Sociedad Chilena de Oftalmología, no porque el señor Saval no colabore con los \$ 20.000.—, sino por los precios de impresión que son cada vez más altos. Propone hacer un estudio y proyecto de sostenimiento de la revista. En definitiva se acuerda someter al dictamen de la asamblea los medios para su financiamiento.

Los Dres. Barrenechea y Contardo entregan al señor Presidente cuarenta insignias de plata y esmalte, que obsequian a la Sociedad

para ser distribuidas a los socios para que la usen en la solapa. El señor Presidente agradece calurosamente este hermoso gesto, que viene a confirmar el cariño y entusiasmo de los donantes por la Sociedad, y agrega que hará esta entrega en la próxima sesión de clausura. Igualmente los presentes tienen palabras de elogio por el artístico conjunto de la insignia que representa un buho, símbolo de la oftalmología (Congreso de Amsterdam), y del estudio y ciencia en general (Emblema de Minerva), de esmalte azul sobre fondo de plata, con el nombre de la Sociedad Chilena de Oftalmología en el reverso en letras de relieve.

Se levanta la sesión a las 9.30 P. M.

---

### SESION DE CLAUSURA 8 DE ENERO DE 1947.

El señor Presidente, Prof. Martini, abre la sesión a las 8 P. M.

ASISTENCIA. — Dra. Pinticart y Dres. Amenábar Prieto, Barrenechea, Brücher, Contardo, Charlín Vieuña, Espíldora, Gormaz, Moya, Peralta, Lama y Araya.

ACTA. — Se aprueba la ordinaria del 26 de Diciembre y la extraordinaria de Directorio del 3 de Enero del presente año, sin modificaciones.

CORRESPONDENCIA. — Se lee una comunicación de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, con la nómina del Directorio recién elegido para el presente año, y dos notas del Prof. Moacyr Alvaro, una referente a la Central de Compras de Instrumental Oftalmológico y otra solicitando un mayor intercambio cultural intersociedades similares.

TABLA.—El señor Presidente solicita el parecer de la asamblea para ratificar nombramiento del Dr. Contardo como representante oficial de la Sociedad Chilena de Oftalmología ante la Central de Compras de Instrumental Oftalmológico, patrocinada por la Asociación Panamericana de Oftalmología. Se aprueba.

Igual decisión solicita para la determinación del Directorio, desistiéndose de la contratación de una técnica inglesa en el tratamiento ortóptico del estrabismo. Se aprueba.

A continuación, el señor Presidente entrega el diploma que acredita al Dr. Bitrán como miembro activo de la Sociedad al Secretario, en ausencia del agraciado. Igual distintivo recibe el Dr. Gormaz, agradeciéndolo en forma entusiasta.

Luego después, el Prof. Martini somete a la aprobación de la asamblea una interesante y detallada Memoria del Año Académico que termina. Comienza por decir que, gracias al esfuerzo exclusivo de la Sociedad, pudo cumplirse una deuda de gratitud con el Prof. Charlín, inaugurando, en el primer aniversario de su muerte, un monumento recordatorio a su memoria. Tuvo palabras de particular significación al referirse a los Archivos Chilenos de Oftalmología, órgano oficial de la Sociedad, señalando el importante papel que desempeñan al unir a los colegas de provincias entre sí, y hacernos conocer en el extranjero, gracias a la difusión, cada vez más creciente, que ellos tienen. Alaba entusiastamente la labor de su Director, Dr. Santiago Barrenechea, pidiendo, finalmente, un voto de aplauso para su eficaz, desinteresada y siempre entusiasta voluntad al servicio de todos por intermedio de la Revista que dirige tan hábilmente. Nutridos aplausos rubrican la petición del señor Presidente.

A continuación reseña la actividad ordinaria de 1946, diciendo que se celebraron 11 sesiones ordinarias y 3 extraordinarias, éstas últimas para escuchar la palabra de los doctores Velter y Malbrán, que nos visitaron a comienzos del año.

Hace algunos alcances de interés respecto a la asistencia media que alcanzó al 65% por sesión. Enumera los trabajos y los relatores, destacando algunos por su interés o importancia, entre ellos, la penicilina local en oftalmología, que sirvió de trabajo de ingreso al Dr. Bitrán. Finalizando su interesante Memoria, tiene palabras de reconocimiento y verdadero estímulo para sus colegas que integran la Mesa Directiva, comprometiendo a cada uno por su exagerada benevolencia al respecto. Por indicación del Dr. Espíldora, quién cree interpretar la idea general, se aprueba esta memoria por aclamación unánime.

Por conceptuosos términos dirigidos hacia su persona, como Director de la Revista, el Dr. Barrenechea agradece, emocionado, al Prof. Martini, manifestando que hará lo posible porque ella se mantenga y continúe en el buen pie en que se encuentra.

Acto seguido, el Dr. Contardo, Tesorero, hace un documentado y minucioso balance del estado financiero de la Sociedad. En resumen, dice que, a pesar de los considerables desembolsos que tuvo que afrontar, entre ellos el monumento al Prof. Charlín, el año cerró con superávit de más o menos \$ 5.722.90, por sobrar fondos de años anteriores. Agradece la colaboración que obtuvo de todos para el éxito de su misión. Prolongados aplausos premiaron su sacrificada labor, aprobándose su cuenta, igualmente por aclamación. En detalle, se incluye en los archivos.

El Dr. Barrenechea, Director de la Revista, se refiere en seguida al movimiento que hubo este año en los Archivos Chilenos de Oftalmología. Destaca la colaboración entusiasta de oculistas nacionales y algunos extranjeros de gran renombre, entre ellos los doctores Ibáñez Puygueri, Malbrán, Bento Inst Tiscornia, etc., anunciando para el próximo año algunas colaboraciones de los Profesores Malbrán y Moacyr Alvaro. Comunica que los archivos se han repartido profusamente a 92 sociedades de diversas partes del mundo, habiendo llegado a la India, expresamente solicitada. Aprovecha su exposición para agradecer la valiosa colaboración de los doctores Contardo, Peralta y Gormaz, en los capítulos de Revistas de Revistas.

El problema económico por que atraviesa la Revista lo deja para ser resuelto a continuación, en libre debate.

El Prof. Espíldora felicita a nombre de los presentes a los doctores Barrenechea y Contardo. Personalmente solicita colaboración, especialmente entre sus ayudantes, para la Revista, pues considera que es la Sociedad misma la que se beneficia con ella, pues mientras más perfección alcance, tanto más conocida será la Sociedad, dentro y fuera del país.

El señor Presidente abre un interesante debate sobre la Revista, pidiendo, previamente, el asentimiento de los concurrentes para que decidan, o no, seguir su publicación, cueste lo que cueste, venciendo todas las dificultades que su financiamiento cree.

A una pregunta suya sobre el costo de la Revista, el Dr. Barrenechea dice que es variable, alcanzando, término medio, \$ 7.000 por número, o sea en total \$ 42.000.—, más o menos. De esta suma, el señor Salvat aporta \$ 20.000.—, cubriéndose en parte el resto con un aporte de \$ 9.000.— que la Asociación de Opticos se compromete a dar cada año. Sólo faltarían \$ 13.000.— para su financiamiento total.

El señor Presidente considera posible que la Sociedad Chilena de Oftalmología aporte \$ 8.000.—, rebajando el total a \$ 5.000.— por cubrir.

El Dr. Amenábar Prieto cree que un esfuerzo voluntario de los socios, de unos \$ 300.— a \$ 500.— cada uno, podría solucionar totalmente este problema. Agrega que la suscripción a cualquier Revista extranjera es subida y no sería extraña para la nuestra, evitándose con ésto la ayuda monetaria ajena.

El Dr. Barrenechea cree que, aunque la idea es muy aceptable, la considera prácticamente irrealizable, tal cual lo pensó el Directorio en una de sus sesiones últimas.

El Dr. Contardo, en todo de acuerdo con el Dr. Barrenechea, pues a veces encuentra, incluso, dificultades para cobrar las cuotas co-

rrientes. Además, los colegas de provincias preferirían ser socios exclusivos de la Revista y no de la Sociedad, con lo que mermarían sus entradas.

El Dr. Moya recuerda que muchos colegas jóvenes trabajan ad honorem y no se les puede pedir algo superior a sus fuerzas.

En definitiva, este pequeño punto queda para ser resuelto posteriormente.

El Dr. Contardo, refiriéndose a otro problema, injustamente menospreciado, señala la importancia para la Sociedad el hecho de que tenga personería jurídica, por diversas razones, que analiza rápidamente.

El señor Presidente desea saber si otras sociedades afines tienen o no esta personería jurídica.

El Dr. Barrenechea responde que, entre otras, a él le consta la Sociedad Médica.

El Prof. Espíldora considera lo más apropiado dejar este estudio para que lo resuelva el Directorio, en definitiva.

Antes de terminar la sesión, el señor Presidente hace entrega a los presentes de la insignia oficial de la Sociedad Chilena de Oftalmología, donada por los doctores Barrenechea y Contardo.

Por no haber otro asunto en tabla, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.25 P. M.

---

## SESION EXTRAORDINARIA DE DIRECTORIO 4 DE MARZO DE 1947.

En la residencia del Prof. Espíldora y con asistencia del señor Presidente y Secretario, se constituye en sesión el Directorio a las 7.45 P. M., para considerar los siguientes puntos de la tabla:

1. Fecha de la próxima sesión ordinaria, en la que debe elegirse nuevo Directorio. Fué acordada celebrarla el 26 de Marzo en el sitio y hora acostumbrados.

2. Con motivo de haber sido designado Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de La Habana, el Dr. Miguel Branly, que estuvo entre nosotros integrando la delegación cubana portadora de la placa conmemorativa a nuestro Prof. Charlín (Q. E. P. D.), se acuerda enviarle congratulaciones a nombre de nuestra Sociedad.

3. Impuesto el Directorio de la reciente desgracia que enluta el hogar de nuestra consocia Ida Thierry, con motivo del sensible falle-

cimiento de una hija, acuerda enviar ofrenda floral y condolencias a ella y a su padre, Dr. Jean Thierry, de Valparaíso, a nombre de la Sociedad.

4. Con ocasión de la próxima visita a Santiago del eminente Prof. Kirby, alrededor del 23 de Agosto, según lo ha comunicado el Prof. Moacyr Alvaro, se acuerda comunicar por circular a cada socio su llegada. Referente a la visita del Prof. Malbrán, se resuelve comisionar al Dr. Barrenechea para que la confirme y, en tal caso, expresarle nuestros deseos de oírlo en algunas conferencias.

Igualmente y en forma oportuna se comunicará la visita del técnico óptico argentino en prótesis y cristales de contacto, señor Juan Sais.

5. El Prof. Martini hace saber que recibió saludos de Año Nuevo del señor Secretario de la Sociedad Francesa de Oftalmología, contestando oportunamente.

6.—Referente a las insignias oficiales de la Sociedad Chilena de Oftalmología, se acuerda entregarlas a los socios de provincias, activos, honorarios y adherentes, con sus cuotas al día.

7.—El Prof. Espíldora comunica oficialmente que ha renunciado al cargo de Delegado ante el Presidente del Comité Panamericano de la Profilaxis de la Ceguera. Prof. Belger, recomendando para sustituirlo al Dr. Amenábar Prieto.

Por no haber otros asuntos pendientes, el señor Presidente levanta la sesión a las 8.40 P. M.

---

#### SESION ORDINARIA DEL 26 DE MARZO DE 1947

Se abre la sesión a las 7.45 P. M. bajo la presidencia del Profesor Martini.

ASISTENCIA. — Dra. Echeverría y Dres. Arentsen, Bitrán, Brinck, Brucher, Contardo, Charlín Vicuña, Espíldora, Gormaz, López, Peralta, Santander, Santos, Villaseca, Wygnanki, Araya y Lama.

ACTAS. — Se aprueban sin modificación la de clausura del 8 de Enero y la extraordinaria del Directorio del 4 de Marzo.

CORRESPONDENCIA. — Se da lectura a una carta del Dr. Barrenechea al señor Presidente, comunicándole que el Presidente de la Sociedad Internacional para la prevención de la ceguera, con el asentimiento unánime del Directorio, lo ha nombrado miembro del Comité Interamericano de dicha Sociedad. Agrega que aceptó esta designación por considerarla un honor a la oftalmología nacional y manifies-



ta que en sus trabajos se ceñirá a las normas que le dicte nuestra Sociedad. Adjunta carta respuesta de aceptación.

El señor Presidente, con el consentimiento unánime de la sala, aplaude este nombramiento y le pedirá oficialmente que nos represente en dicha organización.

Prof. Espíldora: Considerando que existen ahora en Chile dos representantes relacionados con el mismo problema de prevención de la ceguera, considera conveniente solicitar a ambos se pongan de común acuerdo para sus labores.

El señor Presidente manifiesta que aún no ha recibido comunicación oficial del Comité que preside el Dr. Amenábar, para pedir esta colaboración.

Se leen también comunicaciones de condolencias de la familia Mége Thierry, Dres. Jean Thierry y Miguel Millán, agradeciendo notas de la Sociedad Chilena de Oftalmología con motivo del fallecimiento de miembros de sus familias.

A continuación, el Prof. Espíldora pasa a presidir la sesión por tener que ausentarse el Dr. Martini por asuntos particulares. De inmediato solicita acuerdo de la asamblea para dejar pendiente la elección del nuevo Directorio, para la próxima sesión del 30 de Abril. Se aprueba por unanimidad.

TABLA. — 1. Hace uso de la palabra el Dr. Arentsen para referir las impresiones que recogió durante su estadía en Buenos Aires, en la Clínica Santa Lucía en viaje de perfeccionamiento.

Comienza por pasar revista a la organización y método de trabajo de esa Clínica, extendiéndose especialmente sobre la personalidad científica y organizadora del Prof. Malbrán con quien trabajó muy de cerca, pudiendo apreciar en toda su magnitud el valor que actualmente representa para la oftalmología de su Patria.

De los capítulos de oftalmología que se propuso estudiar, especial importancia le dió al estrabismo y parálisis oculares en general, haciendo un curso completo al respecto. Concluye por hacer una reseña sobre los diversos casos observados opinando que, prácticamente, todo estrabismo es operable.

En segundo término analiza la gonioscopia, manifestando que es un examen muy sencillo.

En seguida resta lo más interesante que vió referente a fondo de ojo.

Respecto a biomicroscopia, el Prof. Malbrán es un perito consumado y sigue la escuela de Vogt. Personalmente observó casos muy interesantes en este capítulo.

En cirugía ocular en general, se hace allá de todo, existiendo muchas de las técnicas empleadas relatadas en el libro del Dr. Arruga. Agrega que las salas de operaciones están muy bien montadas y existen toda clase de comodidades. En cirugía plástica sólo se refirió succinctamente, pues saldrá próximamente a la circulación un documentado libro del Prof. Malbrán sobre esta materia.

Por último, en campimetría, los exámenes son muy minuciosos y detallados.

Al finalizar su exposición, recibe el aplauso de los asistentes. No hubo discusión.

2. Dr. Lama, con presentación de un enfermo, hace una interesante exposición de miasis oculo-nasal.

Se trata de un enfermo de más o menos 50 años de edad que enían de la Asistencia Pública por una intensa hemorragia nasal. La anamnesis revela que hace 30 años sufrió enucleación del ojo derecho por un accidente, habiendo quedado con un fondo de saco profundo, cicatricial. Seis meses atrás sufrió una caída sobre escombros, golpeándose la cabeza en ellos.

Al examen, conjuntamente con el Dr. Neghme, parasitólogo, encuentra 304 larvas. Agrega que extrajo un trozo metálico del tamaño de un cuezco de durazno, de forma irregular, que reveló una radiografía craneana.

El Dr. Lama se explica que el cuadro clínico pasó por las siguientes etapas: 1, enucleación; 2, cuerpo extraño en el momento de su caída sobre los escombros, y 3, infestación.

A continuación pasa revista al ciclo evolutivo del parásito, mostrando en un frasco las diversas etapas por las que pasa desde el huevo hasta el parásito adulto, el cual es azul y de ojos colorados.

Como tratamiento recomienda, para matar las larvas, la mezcla cloroformo etérea, o exclusivamente el éter, que empleó precisamente en este caso, con buenos resultados. Además, para combatir una infección secundaria concomitante, usó eficazmente la infiltración de penicilina-novocaína, preconizada por el Dr. Arentsen.

DISCUSION. — Dr. Contardo dice que el dimetilftalato debe usarse para evitar pre-infestaciones. Recuerda que el caso similar presentado por él conjuntamente con el Dr. Peralta, sólo hubo el antecedente de la picada directa, y que usó gramicidina con buenos resultados para la infección secundaria.

Por no haber otros asuntos, se levanta la sesión a las 8.50 P. M.

## SESION EXTRAORDINARIA DEL 25 DE ABRIL DE 1947

Bajo la Presidencia del Dr. Martini y con la asistencia de la casi totalidad de sus miembros, se reunió la Sociedad en el Auditorium de la Clínica Urológica del Hospital Salvador a las 7 P. M. El objeto era oír dos conferencias, una del Prof. Esteban Adrogué, y otra del Doctor Magin Diez, ambos ilustres visitantes argentinos concurrentes al Segundo Congreso Sudamericano de Neurocirugía, recientemente celebrado en nuestra capital. Especialmente invitados asistieron el Doctor Prado y el señor Juan Sais, también argentinos.

Tras unas breves palabras de presentación por el Prof. Espíldora, ocupó la tribuna el Prof. Adrogué para desarrollar su conferencia que versó sobre tumores encefálicos y sus relaciones ópticas. En el transcurso de ella pasó revista y clasificó a las diferentes neoplasias endocraneanas y a la aparición precoz o no de diversos síntomas oculares, especialmente edema papilar y alteraciones del campo visual. Insistió en la obligación ineludible de enviar estos casos a manos de neurocirujanos con el fin de atenderlos oportunamente. Por circunstancias de lamentar, no fué posible que mostrara interesantes diapositivos que ilustraban su conferencia, que fué entusiastamente aplaudida al finalizar.

A continuación, el Dr. Magin Diez nos relató una documentada exposición sobre la neuritis óptica epidémica, su diagnóstico diferencial con otros cuadros fáciles de confundir y la conducta terapéutica pertinente. Principió por señalar la importancia que para su diagnóstico tuvo el neurocirujano argentino, Prof. Garrillo, a quien le reconoció prioridad al respecto. Enseguida dió detalles interesantes sobre la sintomatología ocular que provoca, haciendo resaltar algunos datos interesantes, tales como la brusca e intensa disminución de la visión, la falta de hipertensión retiniana, las alteraciones campimétricas y el aspecto de fondo de ojo que revela un edema papilar, diferente al observado en otros cuadros, especialmente renales y tumorales endocraneanos. Ilustró lo que decía con algunas fotografías demostrativas. Como tratamiento recomendó la necesidad imperiosa de la desfocación séptica de la rinofaringe, especialmente la tensilectomía precoz e insistió en la craneotomía descompresiva, en caso necesario, para conseguir la recuperación visual.

Igualmente la Asamblea aplaudió intensamente esta exposición.

Por último, el Prof. Martini, antes de levantar la sesión, agradeció a los conferencistas la gentileza que tuvieron para hablar a los miembros de la Sociedad Chilena de Oftalmología e hizo votos porque

estas visitas ilustres se repitan con más frecuencia en lo sucesivo.

Alrededor de las 9 P. M., se levantó la sesión.

#### SESION ORDINARIA DEL 30 DE ABRIL DE 1947

Bajo la presidencia del Prof. Martini se abre la sesión a las 7.30 P. M.

**ASISTENCIA:** Dra. Candia y Drs. Arentsen, Barrenechea, Bauzá, Brinck, Brucher, Contardo, Costa, Charlín, Vicuña, Espíldora; Gormaz, López, Millán, Santos, Verdaguer, Villaseca, Wagnanky, Lama; Olivares; Araya y Peralta.

**ACTAS:** Se aprueban la ordinaria del 26 de Marzo y la extraordinaria del 25 de Abril.

**CORRESPONDENCIA:** Se da lectura a una comunicación de la Dra. Thierry, agradeciendo condolencia de la Soc. Chilena de Oftalmología, con motivo del reciente fallecimiento de una hija.

**CUENTAS:** El Dr. Barrenechea hace entrega a la mesa, apartados de temas oftalmológicos del Prof. Kirby, proporcionados por el autor, para su distribución a los presentes.

El Prof. Espíldora hace saber que el Dr. Amenábar Ossa, en una fecha próxima, celebrará 50 años en el ejercicio de la profesión. Se acuerda enviarle congratulaciones a nombre de la Soc. Chilena de Oftalmología.

**TABLA: 1.**—El Dr. Bauzá, distinguido pediatra del H. Roberto del Río, ocupa la tribuna para desarrollar un interesante tema de su especialidad, relacionado con la nuestra, denominado coroiditis por sarampión.

Comienza por manifestar que en 1938, conjuntamente con el Prof. Scroggie, tuvo la idea de recopilar datos referentes a las complicaciones meningoencefálicas morbilosas, manifestaciones muy variables y caprichosas en su presentación, que pueden ocurrir tanto en el período prodromico, de estado y aún algunas semanas después en plena convalecencia. Alcanzó a reunir un total de 17 casos clínicos. En líneas generales encontró que el diagnóstico de estos cuadros es difícil, y a menudo fácil de confundir con la meningitis tuberculosa. En todos

estos casos practicó examen y radiológicos pulmonares y fondo de ojo, éstos últimos efectuados por los colegas Drs. Mujica y Brücher.

Respecto a la sintomatología pulmonar se encontraron focos de bronconeumonías con intensa infiltración peribronquial de aspecto muy parecido a la granulia tuberculosa a la pantalla. Al respecto mostró algunas radiografías y relató el caso de un lactante que murió por eclampsia morbilosa, y cuyo examen anatomopatológico demostró infiltraciones peribronquiales intensas, puras, sin bronconeumonía.

El fondo de ojo practicado en 15 casos, al revés del tifus exantemático, que muestra un aspecto característico, y constante, solo en 5 reveló coroiditis focales, amarillentas, redondeadas, asentadas en una zona perfectamente sana y cuyas características resultaron ser la precocidad y la fugacidad, puesto que aparecen en las 24 a 36 horas del período del exantema y desaparecen a los 2 o 3 días después. También fué posible observar congestión papilar y venosa.

El Dr. Bauzá agrega que hizo experiencias sobre la transmisión del sarampión en el conejo, inyectando líquido céfalo-raquídeo del enfermo en período exantemático, en forma endovenosa. En tres casos obtuvo a los cinco días, exantema. El examen anátomo-patológico reveló coroiditis morbilosas y focos de infiltración peri-bronquiales.

Como complemento a su disertación refirió un caso clínico que hizo un cuadro neurológico polimorfo que fué interpretado finalmente como una meningo-encefalitis sarampionosa. El examen oftalmológico reveló borramiento de los bordes papilares especialmente a izquierda y un foco de coroiditis reciente del ojo izquierdo vecino a la papila, que fué interpretado en un comienzo como tubérculo coróideo.

Al finalizar la disertación el Dr. Martini agradece al Dr. Bauzá esta colaboración y lo invita a que nos visite nuevamente con el objeto de oírlo en otros trabajos de esta naturaleza.

A continuación ofrece la palabra sobre el tema.

DISCUSION. — El Dr. Villaseca desea saber la característica de los focos de coroiditis, solicitándolo del Dr. Brucher.

Dr. Brucher responde que habitualmente son redondeados, pequeños, amarillentos, aún cuando son fáciles de confundir con los tubérculos coróideos.

Dr. Barrenechea desea saber si quedan secuelas una vez pasado el sarampión.

Dr. Brucher, al parecer no quedan.

Dr. Millán felicita en primer término al Dr. Bauzá por su trabajo. Luego agrega que le llama la atención profundamente que en exámenes oftalmológicos practicados a niños y jóvenes se encuentran con mucha frecuencia focos de coroiditis cicatriciales sin explicación,

y que podrían ser explicados como complicaciones morbilosas que pasaron desapercibidas.

Dr. Villaseca desea recalcar que la confusión diagnóstica de la coroiditis morbilosa con la coroiditis tuberculosa es muy posible, y sugiere que el oftalmólogo en casos así debe contentarse con sólo señalar la sintomatología presente, sin precisar un diagnóstico metiológico, pues, se ha visto que muchos de estos casos señalados como tuberculosos han desaparecido en exámenes posteriores y los enfermos se han recuperado.

El señor Presidente pregunta al Dr. Bauzá si se ha observado algún paralelismo entre la violencia del exantema y la frecuencia de la aparición de los síntomas oculares.

El Dr. Bauzá cree que no hay paralelismo alguno.

El señor Presidente desea también saber si estas complicaciones agravan o no el pronóstico.

El Dr. Bauzá manifiesta que no.

El Dr. Costa agrega que en 1936 se hizo una memoria en el Hospital San Borja sobre tifus exantemático y recuerda que en 300 casos examinados, el fondo de ojo reveló en forma prácticamente constante una coroiditis muy distinta a la coroiditis tuberculosa.

2. El Dr. Arentsen presenta un caso de carbunco palpebral, tratado con suero anticarbunoso, penicilina intramuscular e infiltración local penicilina novocaína, con buenos resultados. Pasado el estado inflamatorio, el enfermo, alcohólico crónico se fuga, y regresa poco después con un grave flegmón de la mejilla y cuello y cura exclusivamente con la infiltración local de penicilina-novocaína. Veinte días después practica un injerto de piel en la solución de continuidad que ocupaban las escaras, injerto que abarcaba de una vez ambos párpados y que fué mantenido en buena posición por un molde de godiva, que calcó las anfractuosidades de la solución de continuidad. Agrega que en dos fugas posteriores del enfermo, el injerto se desprendió parcialmente, por infecciones, que fueron dominadas con penicilina novocaína local, obteniéndose finalmente reaplicación del injerto en forma total.

El señor Presidente ofrece la palabra.

DISCUSION. — Dr. Millán agrega que el vendaje compresivo de los injertos es muy conveniente para obtener éxito.

Dr. Gormaz manifiesta que en su estadía en Inglaterra vió muchos injertos, especialmente de aviadores que se accidentaban en la guerra. En estos casos la godiva se suturaba a la piel, y se retiraba a los tres días, para reemplazarla con vendajes compresivos, pues así la nutrición del injerto se hacía en buenas condiciones.

Dr. Arentsen dice que en ocho injertos no ha experimentado inconvenientes por haberla mantenido durante ocho días.

Prof. Espíldora se pregunta hasta qué punto es conveniente decidirse a practicar un injerto en una pústula maligna, debido a la enorme retracción cicatricial que presenta. Cree que la mejor conducta en estos casos es esperar el término de ésta para hacerlo. Particularmente él es partidario de esperar la caída de las escaras o de practicar una blefarorafia precoz y luego el injerto.

Dr. Gormaz considera que para el éxito del injerto intervienen dos factores que no deben menospreciarse, uno el tratamiento adecuado de la infección que pueda presentarse, y el otro, el tratamiento oleoso post-operatorio, que a veces se hace antes, en la superficie misma de la herida y tiene por objeto mejorar el terreno local y asegurar el mejor prendimiento del injerto.

Prof. Espíldora agrega que con el mismo objeto, incluso para producir el ablandamiento del tejido fibroso cicatricial, se hace la iontoforesis con yoduro de sodio. Recuerda un caso clínico al respecto: Se trataba de una señora que presentaba una ptosis palpebral izquierda, por un verdadero puente fibroso cicatricial, que lo mantenía tirante en el ángulo interno del ojo. Con este tratamiento se obtuvo muy buenos resultados. A una pregunta del señor Presidente dice que estos tratamientos se practican especialmente en el Servicio de Fisioterapia a cargo del Dr. Moisés Figueroa, de la clínica neurológica del Dr. Lea Plaza.

3. A continuación se procede, por votación, a la elección de nuevo Directorio para el presente año, resultando reelegido por gran mayoría, el actual Directorio.

Acto seguido, el Prof. Martini agradece esta nueva prueba de confianza hecha a su persona y declina seguir con esta responsabilidad que cree debe ser llevada por otro miembro de la Sociedad. Agradece la colaboración que ha recibido de cada uno de los socios y en especial de sus colegas del Directorio, que lo han acompañado en su gestión administrativa, al frente de la Soc. Chilena de Oftalmología.

El Prof. Espíldora, representando el sentir unánime de la asamblea, hace desistir al Prof. Martini de su renuncia, pidiéndole que haga este nuevo sacrificio para el bien de la Sociedad, que le está muy agradecido por el magnífico pie en que se encuentra y al cual ha llegado debido a su intensa preocupación como Presidente. Agrega que todos están dispuestos a seguir colaborando con él en la forma que él ha señalado en sus períodos anteriores.

Por no haber otros asuntos pendientes, el señor Presidente levanta la sesión a las 9.20 P. M.