

C.1



ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

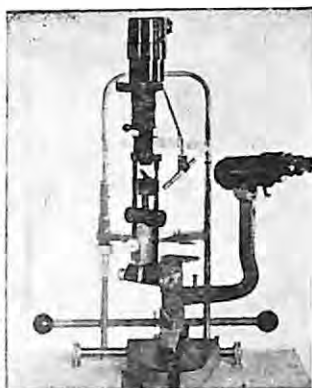
CONTENIDO

Editorial	5
Hoehmann, R.: Tratamiento fibrinolítico de las obstrucciones venosas retinales	9
Metzler, U.: Nuevos resultados del tratamiento fibrinolítico en las obstrucciones venosas de la retina	23
Rodríguez, L.: Prof. Dr. Ernesto Oliver Sch.	29
Broitman, L.: Glaucoma maligno. Caso clínico	33
Wynanki, R.: Dr. Herman Stölting	37
Rojas U., B; Verdaguer T., J. y Le Clerq, N.: Retinopatía anóxica. Caso Clínico	39
Ham, O. y Abujatum, J.: Ciertas complicaciones post-quirúrgicas del estrabismo	45
Millán, M.: Conferencia Charlín 1975: Reflexiones sobre Profesores y Maestros	53
Sociedad Chilena de Oftalmología: Memoria del Presidente	63
Noticiero Oftalmológico	67

ERWIN SCHNEUER K.

INGENIERO ASESOR

MONEDA 1137, OFICINAS 85 - 87 — FONOS 67620 - 89218 — CAS. 9339
SANTIAGO DE CHILE



REPRESENTANTES DE LAS
SIGUIENTES FABRICAS:
ALBERT OPTICAL CO.
CLEMENT CLARKE LTD.
CURRY & PAXTON
HAAG - STREIT A. G.
FISBA A. G.



KEELER OPTICAL PRODUCTS
LTD.
MEDICAL WORKSHOPS
J. D. MOELLER - WEDEL
ULTRASCHALL KLN GMBH
STORZ INSTRUMENT CO.
ETC., ETC.

**Suministro cualquier instrumento
Oftalmológico, para la consulta, la clínica,
y la investigación**

POR EJ.: LAMPARAS DE HENDIDURA, OFTALMOMETROS, PERIMETROS DE GOLDMANN, EQUIPOS DE CRIOCIRUGIA, TONOMETROS, CAJAS DE LENTES DE PRUEBA, FRONTOFOCOMETROS, PROYECTORES DE OPTOTIPOS, INSTRUMENTOS PARA PLEOPTICA (SINOPTOFOROS, COORDINADORES, VISUSCOPIO, EUTHYSCOPIO, PROYECTOSCOPIO, ETC.), INSTRUMENTOS PARA ORTOPTICA (PANTALLAS DE HESS, WORTH - TEST, MADDOX WING TEST, BARRAS DE PRISMAS, ETC.), EQUIPOS LASER Y DE ULTRASONIDO, PLEOPTOFOROS, INSTRUMENTAL QUIRURGICO, AGUJAS, ETC., ETC.

**Sólo para importación directa
doy Servicio Técnico**

C O T I Z A C I O N E S A P E D I D O



ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

FUNDADO POR EL DR. SANTIAGO BARRENECHEA A.

EN JULIO DE 1944

Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Oftalmología

DIRECTOR

Dr. Juan Verdaguer T.

SECRETARIA DE REDACCION

Dra. Marta Lechuga

COMITE DE REDACCION

Prof. Alberto Gormáz

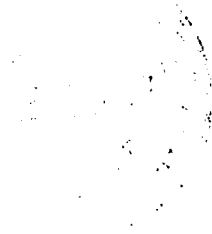
Dr. Manuel Pérez C.

Dr. Hernán Valenzuela

Dr. Ronald Hoehmann

Secretaria Administrativa
Sra. María de Cortés

Secretaria de Propaganda
Sra. Mónica de Muñoz



SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

Fundada el 21 de Octubre de 1931

D I R E C T O R I O

1973

Presidente	Dr. Oscar Ham
Vice-Presidente	Dr. Carlos Eggers
Secretario	Dr. Hernán Valenzuela
Pro-Secretario	Dr. Basilio Rojas
Tesorero ..	Dr. Ricardo Ihnen



ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

CONTENIDO

Editorial	5
Hoehmann, R.: Tratamiento fibrinolítico de las obstrucciones venosas retinales	9
Metzler, U.: Nuevos resultados del tratamiento fibrinolítico en las obstrucciones venosas de la retina	23
Rodríguez, L.: Prof. Dr. Ernesto Oliver Sch.	29
Broitman, L.: Glaucoma maligno. Caso clínico	33
Wynanki, R.: Dr. Herman Stöling	37
Rojas U., B; Verdaguer T., J. y Le Clerq, N.: Retinopatía anóxica. Caso Clínico	39
Ham, O. y Abujatum, J.: Ciertas complicaciones post-quirúrgicas del estrabismo	45
Millán, M.: Conferencia Charlín 1975: Reflexiones sobre Profesores y Maestros	53
Sociedad Chilena de Oftalmología: Memoria del Presidente	63
Noticiero Oftalmológico	67

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1.— Los autores entregarán su trabajo, con las ilustraciones respectivas, al Secretario de la Sociedad Chilena de Oftalmología, al finalizar la presentación respectiva.
- 2.— Los trabajos deberán estar mecanografiados a doble espacio.
- 3.— Las referencias bibliográficas se marcarán con un número en el texto y se ubicarán al final del trabajo por orden alfabético, de acuerdo a las normas internacionales.
- 4.— Las ilustraciones deben tener su número y leyenda respectiva, y su referencia figurar en el texto.
- 5.— Al final del trabajo se agregará un breve resumen en español e inglés.
- 6.— El 50% del valor de impresión del material fotográfico, será aportado por los autores.
- 7.— El costo total de los apartados será abonado por los autores, quienes deberán solicitarlos con la debida anticipación.

CORRESPONDENCIA Y SUSCRIPCIONES

Todo tipo de correspondencia debe ser dirigida a Casilla 16197, Santiago 9, Chile. La cancelación de las suscripciones debe realizarse enviando cheque a la orden de Sociedad Chilena de Oftalmología. Valor anual de las suscripciones: Chile: E° 3.000.— Exterior: US\$ 5.—.

EDITORIAL

RETINOPATIA HIPOTENSIVA Y LITERATURA NACIONAL

Una joven mujer que debe inyectarse mensualmente penicilina-benzatina por razones de su profesión, presenta crisis convulsiva y pierde la conciencia diez minutos después de inyectarse por última vez el antibiótico. Al recuperarse, la paciente se encuentra ciega. La dramática historia de esta mujer y la evolución de su cuadro retinal se encuentran descritas en el artículo del Dr. Basilio Rojas y col. en el presente número de los ARCHIVOS.

El 13 de Noviembre de 1914, el joven oftalmólogo Carlos Charlín Correa presenta un caso a la Sociedad Médica de Santiago (2); había sido un año particularmente activo para el Dr. Charlín; entre las contribuciones de famosos médicos de la época su nombre aparece reiteradamente, oftalmólogo solitario, en los Archivos de la Sociedad: retinitis gravídica, neuritis óptica, pseudotumor cerebral. El día 13 de Noviembre, en su intervención, que tituló "Amaurosis post-hemorrágica", relata el caso de un señor de 40 años, robusto, sanguíneo, quién sufrió una grave afección intestinal (presumiblemente tifoidea). Transcurrido un mes de evolución apareció melena de gran consideración, con pérdida transitoria de la conciencia; al tercer día de hospitalización el enfermo despierta ciego. Algún tiempo después, el Dr. Charlín encuentra un enfermo totalmente recuperado, ágil, animoso, y sin embargo, ciego; el examen le revela una atrofia óptica bilateral. En esta historia clínica, tan luminosa, hay tres hechos que se encadenan: la posible tifoidea, el sangramiento masivo y la ceguera. Patogenia de esta última complicación, según Charlín: isquemia de la retina y del nervio.

Muchos años después, Espíldora Luque (3) presenta un nuevo y desgraciado caso; se trata de un hombre que experimenta una amaurosis unilateral al 4º día de sufrir una hemorragia masiva consecutiva la punción de un seno maxilar, con anemia aguda e inconciencia.

El paralelismo es fácil de establecer: el colapso circulatorio grave, con inconciencia, es seguido más tarde por la ceguera periférica, de orden retinoneural; Espíldora Luque lo apunta magistralmente: "la razón es que la isquemia retinal provocada por la enorme disminución del riego sanguíneo, hiere de muerte las células bipolares y ganglionares de la re-

tina, anoxia que traerá como consecuencia final la atrofia definitiva del nervio óptico" (3). Los escasos estudios anatomopatológicos disponibles parecen confirmar esta hipótesis patogénica; irónicamente, el primer estudio patológico se hizo en el siglo pasado en un paciente sometido a succión terapéutica de sangre. En los casos estudiados se ha encontrado marcado edema retinal y los ya clásicos cuerpos citodes en la capa de fibras nerviosas, que corresponden a los "exudados" o mejor, manchas algodonosas; como es sabido hoy se les considera lesiones necróticas derivadas de la obstrucción de pequeñas arteriolas; ésta es la herida mortal de que nos habla Espildora. En los casos tardíos, se agrega degeneración de las células ganglionares y de las fibras ópticas en la retina y el nervio.

No todo se explica, sin embargo. No nos explicamos la escasa frecuencia con que se presenta el cuadro, el retardo en la aparición de la sintomatología; no se explica por qué algunos pacientes hacen una anuria por injuria al túbulo renal distal, otros hacen una retinopatía y otros hacen daño encefálico.

Una paciente de Schweitzer hace una hipotensión brusca as, con semi-inconciencia a raíz de una inyección de penicilina, al igual que caso relatado en este número de la revista; algunos días después se comprueba una cuadrantopsia homónima congruente (4-5); es el mismo accidente, la misma situación, y sin embargo el daño tiene distinta localización.

En 3 de los 4 casos enfermos presentados a la Sociedad por Schweitzer y col. se observó una amaurosis bilateral luego de la hipotensión brusca, que fue seguida por la recuperación parcial, con alteraciones campimétricas residuales definitivas.

Si bien la hipotensión arterial aguda da lugar a este cuadro que preferimos denominar "retino-neuropatía", la hipotensión arterial crónica da lugar a una bien conocida retinopatía de características similares, si bien menos dramática; es la retinopatía generalmente, pero no siempre, unilateral de la estenosis u oclusión carotídea (6), la retinopatía bilateral de la enfermedad sin pulso o síndrome de Takayasu. La anoxia crónica afecta todas las estructuras oculares y más que retinopatía debería denominarse "oftalmía isquémica". Cuando en Agosto de 1959 el Dr. Carlos Camino, presentó ante la Sociedad su paciente con un síndrome de Takayasu típico (1), debió excusarse ante el auditorio, ya que el fondo de ojo por él descrito era inexaminable en ese momento: la paciente hizo una opacificación total del cristalino en el lapso de una semana; la isquemia, lenta e inexorable y no compensada por circulación colateral, daña todas las estructuras oculares.

¿Cuál es el objeto de este largo Editorial? Al margen de llamar la atención de los lectores sobre la Retinopatía hipotensiva, sus características y sus misterios, queremos demostrar la riqueza de la literatura nacional y la importancia que puede tener su aporte en una presentación científica. Muchos de nuestros colaboradores, especialmente los más jóvenes envían listas de referencias donde domina el inglés o el alemán, según sea la formación cultural y, muchas veces, el ancestro del autor. La oftalmología chilena puede ser pobre en medios materiales, pero ha tenido hombres de la mayor capacidad y, quien busque, encontrará en nuestra literatura una ayuda insospechada.

-
- 1.— Camino, C. y Correa, E.: Síndrome de Takayasu. Arch. Chil. Oftal. 16: 131-137, 1959.
 - 2.— Charlín C., C.: Amaurosis post-hemorrágica. Rev. Méd. de Chile 43: 49-52, 1915.
 - 3.— Espíldora L., C.: Un caso de ceguera unilateral post-hemorrágica. Arch. Chil. Oftal. 14: 53-55, 1957.
 - 4.— Schweitzer, A.; Vicuña X. y Schweitzer M.: Daño encefálico por hipotensión arterial aguda? Neurocirugía 27: 69-73, 1969.
 - 5.— Schweitzer, A.: Manifestaciones oftalmológicas en lesiones del lóbulo occipital. Arch. Chil. Oftal. 28: 69-77, 1971.
 - 6.— Vicuña, X.: Manifestaciones oculares de isquemia en el territorio carotídeo. Arch. Chil. Oftal. 28: 96-100, 1971.

Tanderal^R

Antiexudativo, anti-inflamatorio
analgésico, antipirético

En las enfermedades de origen infeccioso, el tratamiento anti-inflamatorio con Tanderal Geigy apoya y completa la terapéutica etiológica mediante antibióticos o sulfamidas.

DOSIFICACION

Adultos:

Principio del tratamiento:

2 grageas 2-3 veces al día o bien
1 supositorio de 250 mg. 2-3 veces al día

Dosis de mantenimiento:

1 gragea 2-3 veces al día o bien
1 supositorio de 250 mg. 1-2 veces al día

Indicado en:

Inflamaciones oculares: queratitis,
iridociclitis, procesos irritativos
post-traumáticos y post-operatorios

Niños:

Hasta los 2 años:

1-2 supositorios de 100 mg. al día
De 2 a 6 años

1-3 supositorios de 100 mg. al día
De 6 a 12 años:

2-3 supositorios de 100 mg. al día
hasta 2 supositorios de 250 mg.
o eventualmente 2-3 grageas
diarias.

Presentación:

Grageas	Embalaje de 30
Supositorios para niños	Embalaje de 5
Supositorios para adultos	Embalaje de 5

Especialidades Farmacéuticas Geigy

Teléfono: 86166



“TRATAMIENTO FIBRINOLITICO DE LAS OBSTRUCCIONES VENOSAS RETINALES (*)

DR. RONALD HOEHMANN (**)

Al revisar la literatura sobre “Trombosis Venosas de la Retina”, denominación morfológica (36) del cuadro clínico reconocido por LIEBREICH en 1855 (28), sorprenden algunos hechos:

- Los estudios histopatológicos que demuestran una trombosis provienen de ojos enucleados en una etapa evolutiva tardía, generalmente a consecuencia de un glaucoma secundario (7, 15, 26, 55). Los escasos estudios en etapa precoz solo demuestran alteraciones de la pared venosa, con edema y proliferación del endotelio, insudación e incluso necrosis de la túnica media (50).
- La patogenia del cuadro no se conoce con exactitud. Se discuten mecanismos hemodinámicos (50), metabólicos, ya sea por isquemia o por hipoxia (16, 46, 25) y humorales en el sentido de una alteración del equilibrio fisiológico entre coagulación y fibrinolisis (40).
- El pronóstico de la enfermedad es malo. Alrededor de un 50% de los ojos no recuperan una función útil, proporción que varía según la localización de la obstrucción, grado de compromiso funcional y la enfermedad general subyacente. A lo anterior debe agregarse el glaucoma secundario que complica alrededor de un 20% de los casos de obstrucción de vena central de la retina (5,44).
- El tratamiento de la afección es insatisfactorio salvo en los casos en que se demuestra una etiología terapéuticamente influenciable (51). El uso de anticoagulantes clásicos, del tipo heparínicos, es propiciado por muchos autores (13, 47, 54, 56, 60) pero también contemplado con escepticismo

por otros (21, 57). Otros preparados anti-coagulantes con diversos mecanismos de acción aún más están en etapa experimental: Dextran y Aspirina para disminuir la adhesividad planquetaria (45, 32) Polisulfoster de Pentosano como heparinoide sintético (6) y Ancrod (Arvin), preparado obtenido de una víbora de Malasia que disminuiría la síntesis de fibrinógeno (4). Observando el complejo esquema de coagulación sanguínea vemos que existen varias posibilidades terapéuticas (14):

La coagulación consiste esencialmente en la transformación de una proenzima (protrombina) en una enzima activa (trombina) que facilita la polimerización de las moléculas de fibrinógeno para formar fibrina. Paralelamente y en equilibrio fisiológico con la coagulación existe el mecanismo de fibrinolisis que consiste esencialmente en la transformación de una proenzima (plasminógeno o profibrinolisisina) en una enzima activa (plasmina o fibrinolisisina) que destruye enzimáticamente las macromoléculas polimerizadas de fibrina (22).

Este mecanismo de fibrinolisis es susceptible de ser influenciado con fines terapéuticos, ya sea administrando directamente la enzima activa o bien usando activadores de la proenzima. El uso de Fibrinolisisina ha sido abandonado por su fugaz acción, su difícil control y su discutido efecto (29). Los activadores del sistema fibrinolítico subsanan en parte estas desventajas. La uroquinasa (41) ideal por ser un producto normalmente presente en la orina humana, no es aplicable por los elevados costos de obtención. Otros activadores son la asperquinasa (37) y la estreptoquinasa.

La estreptoquinasa es un preparado enzimático obtenido del estreptococo beta hemolítico grupo C. Es una proteína de peso molecular 47.000, que es digerida por los fermentos digestivos y que debe ser administrada por vía parenteral. Su mecanismo de acción se ha estudiado desde su introducción clínica en 1955

(*) Presentado el 30 de Marzo de 1975 a la Sociedad Chilena de Oftalmología. Trabajo de incorporación como Miembro Titular.

(**) Trabajo efectuado gracias al Servicio ALEMAN de Intercambio Académico (DAAD) en el “Klinisches Institut für experimentelle Ophthalmologie” de la Universidad de Bonn, Alemania Federal bajo dirección del Prof. Dr. E. Weigelín y con asesoría del Docente Dr. M. Martin de la “Medizinische Poliklinik” de la misma Universidad.

(53). La estreptoquinasa administrada en infusión continua sería inicialmente neutralizada por anticuerpos antiestreptocócicos circulantes. Una vez saturados los anticuerpos, la enzima activaría la profibrinolisisina circulante, transformándola en fibrinolisisina que actuaría en forma externa o frontal sobre los depósitos de fibrina. Una vez agotada la proenzima, la estreptoquinasa puede difundir al interior del trombo y activar las moléculas de profibrinolisisina adheridas en la malla de fibrina, desencadenando una fibrinolisis interna o endógena (8, 10, 27, 59). Los productos residuales de la fibrinolisis aumentan la coagulabilidad sanguínea, motivo por el cual es necesario agregar anticoagulantes algunas horas después de iniciado el tratamiento (34).

La experiencia con estreptoquinasa en el tratamiento de obstrucciones venosas de la retina es aún insuficiente (3, 11, 12, 19, 23, 31, 35, 39, 45, 48, 52). Las publicaciones, generalmente sobre casos aislados, no tienen el carácter de un estudio terapéutico prospectivo, salvo una en que no se logró demostrar ventajas de la fibrinolisis sobre un simple tratamiento anticoagulante en una casuística de 5 y 5 casos respectivamente (39).

En Junio de 1971 se inició un estudio prospectivo con el propósito de conocer las ventajas que pudiese ofrecer la fibrinolisis sobre un tratamiento anticoagulante clásico a los pacientes con oclusiones venosas de la retina. La evaluación preliminar de resultados después de un año se expone a continuación.

MATERIAL Y METODO

La posibilidad de complicaciones hemorrágicas durante el tratamiento (34, 45) hace necesaria la creación de un equipo de trabajo en que colaboren estrechamente el internista, el laboratorio de hematología y el oftalmólogo.

Se aceptan para el estudio todos los pacientes con obstrucción de vena central o rama venosa temporal con una evolución clínica inferior a 4 meses. Se eliminan los pacientes con opacidades importantes de los medios ópticos o con retinopatía de tipo proliferativo.

Contraindicaciones generales absolutas para el tratamiento son: enfermedad hipertensiva (sobre 100 mm. Hg. diastólica), antecedentes de accidentes vasculares encefálicos, fibrilación auricular, úlcera gástrica y diátesis hemorrágica.

Como contraindicaciones relativas se consideran una edad sobre 70 años e inyecciones intramusculares en la semana precedente al tratamiento.

El tipo de tratamiento a usar (fibrinolisis o anticoagulantes) se determina por un sistema que permite considerar factores pronósticos y equivale a una distribución por azar (20).

Ambos tratamientos se practican mediante infusión continua durante 72 horas con el dispositivo mecánico UNITA I (Braun - Melsungen). Un grupo de pacientes recibe estreptoquinasa (Streptase, dosis inicial 250.000 UI, seguida de 100.000 UI por hora durante 48 horas. 16 a 18 horas después de iniciado el tratamiento se agrega heparina a la infusión, manteniéndose ésta última por 24 horas después de suspender la estreptoquinasa. El grupo de control se trata con infusión continua de heparina (Liquemin, dosis entre 800 a 1.500 USP (según controles de laboratorio) durante 72 horas. En ambos grupos se continúa el tratamiento con heparina i.m. (Liquemin Depot 10.000 USP c/ 12 hrs.) hasta que el anticoagulante oral Phenprocoumon (Marcumar) alcance su acción óptima (actividad protrombínica entre 15 y 25%). El tratamiento anticoagulante se mantiene por 6 meses en ambos grupos.

Para controlar el tratamiento fibrinolítico se efectúan determinaciones de niveles plasmáticos de fibrinógeno (49) y plasminógeno o profibrinolisisina (33). El tratamiento con heparina se regula según el tiempo parcial de tromboplastina (PTT) (42).

La evolución oftalmológica se controla antes del tratamiento, durante la primera semana, 1, 3 y 6 meses después. Los exámenes oftalmológicos, realizados por colegas que ignoran el tipo de tratamiento empleado son: agudeza visual, fondo de ojos con cristal de contacto, dinamometría y fluoresceínoangiografía.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en forma gráfica (Ver figuras).

DISCUSION

1. Características y distribución de los pacientes (Tabla 1):

Los 12 pacientes cuyos resultados terapéuticos se exponen fueron tratados durante el 2º Se-

Paciente N°	Edad años	Sexo	Oclusión venosa lado sitio	Duración días	Visión inicial	Tratamiento
1	37	f	OI central	158	0,3	fibrinólisis
2	56	f	OI rama (t.s.)	57	0,3	anticoagulantes
3	63	m	OD rama (t+n.s)	39	0,4	fibrinólisis
4	64	m	OD central	22	0,06	fibrinólisis
5	55	m	OI rama (t.s.)	10	0,2	anticoagulantes
6	59	f	OD central	14	0,4	fibrinólisis
7	38	m	OI central	34	0,3	anticoagulantes
8	45	m	OI mentral	7	0,12	anticoagulantes
9	63	m	OI rama (t+n.s)	17	0,7	anticoagulantes
10	69	m	OI central	47	0,04	anticoagulantes
11	33	m	OI central	14	0,4	fibrinólisis
12	50	m	OD rama (t.s.)	14	0,5	fibrinólisis

Tabla N° 1: Características y distribución de los pacientes.

Resumen de orden correlativo, edad, sexo, lado y sitio de la oclusión venosa, tiempo de evolución, agudeza visual inicial y tipo de tratamiento.

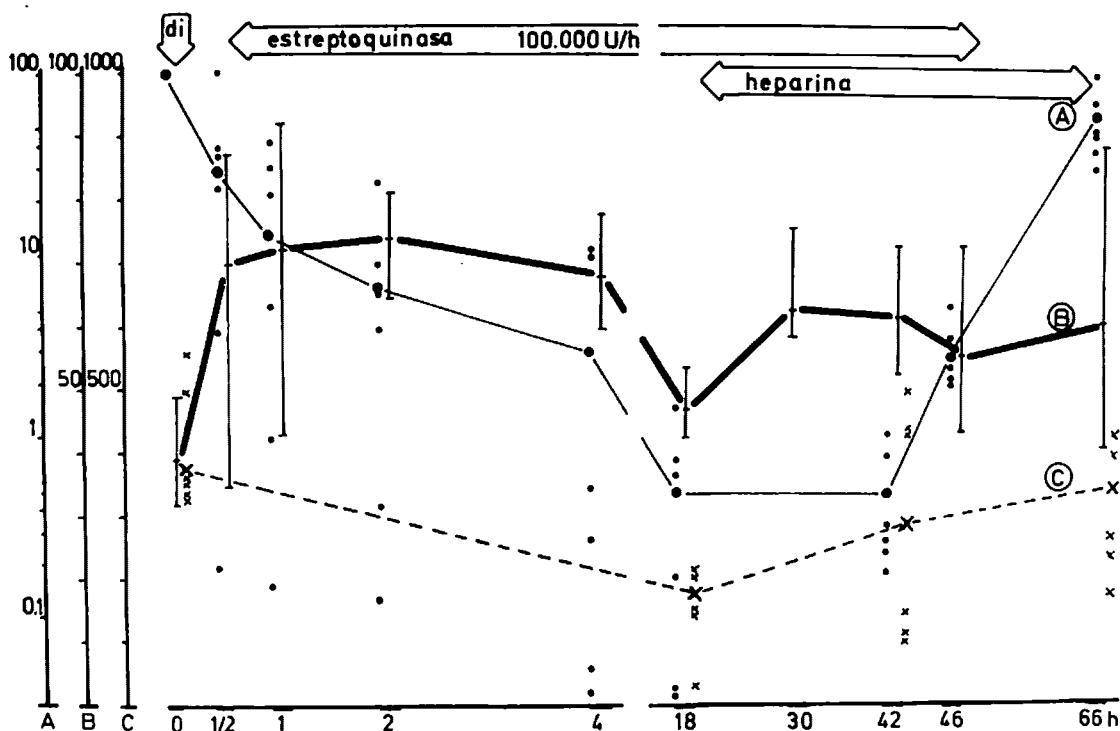


Figura N° 1: Variación de factores humorales durante la fibrinólisis.

A = Plasminógeno o profibrinolisina en los % del nivel inicial.

B = Tiempo parcial de tromboplastina (PTT) en segundos.

C = Fibrinógeno en mg/100 ml.

di = Dosis inicial de estreptoquinasa = 250.000 Unidades.

mestre del año 1971. Durante todo el año se registraron 48 consultas por oclusión venosa retinal en el Instituto.

El límite máximo de 4 meses de evolución para efectuar el tratamiento se basa en experiencias aisladas preliminares. Por otra parte los estudios angiográficos demuestran que las obstrucciones venosas generalmente presentan un mayor o menor grado de pasaje de fluoresceína por el lumen clínicamente obstruido. El límite de 7 días, comúnmente aceptado para efectuar fibrinólisis, no se puede respetar en la práctica ya que los pacientes consultan habitualmente con posterioridad.

El sistema de distribución usado dio una composición relativamente equilibrada de factores pronósticos en los 2 grupos de pacientes que se compararon. El reducido número de pacientes no permite por el momento evaluar estadísticamente la influencia de algunos factores, tales como edad, tiempo de evolución y localización de la obstrucción venosa (38).

2. Exámenes de Laboratorio:

Las determinaciones seriadas de fibrinógeno y de profibrinolisina (Fig. 1) demuestran una fibrinólisis durante el tratamiento con estrepto-

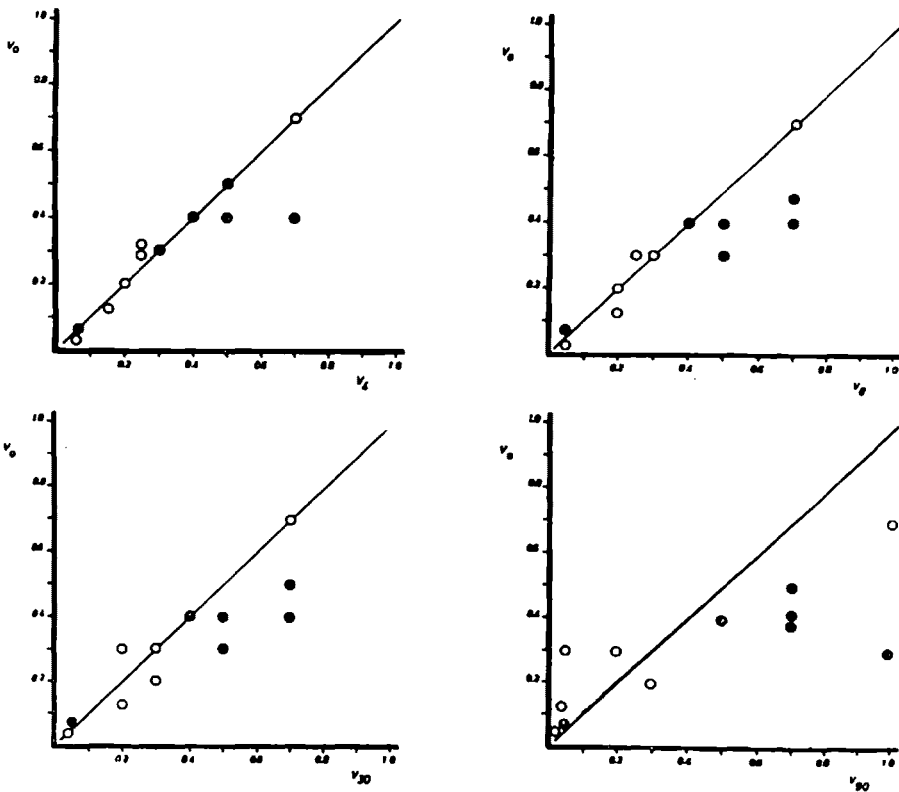


Figura N° 2: Comparación entre la agudeza visual inicial y la agudeza visual después del tratamiento.

V_0 = agudeza visual inicial.

V_4 = agudeza visual al 4° día.

V_8 = agudeza visual al 8° día.

V_{30} = agudeza visual a los 30 días.

V_{90} = agudeza visual a los 90 días.

puntos = fibrinólisis; círculos = anticoagulantes.

Los valores ubicados sobre la diagonal indican disminución, aquéllos ubicados en la diagonal significan función visual estacionaria y los ubicados bajo la diagonal aumento de la agudeza visual.

uquinasa. Se practicaron algunas determinaciones aisladas de viscosidad sanguínea que revelaron una disminución sólo durante las primeras horas, motivo por el cual fueron suspendidas. El tiempo parcial de tromboplastina (PTT) es un examen muy sensible para el control del tratamiento heparínico. Con ayuda del PTT se logró demostrar un efecto anticoagulante de la estreptoquinasa durante las primeras horas. Posteriormente aparece una tendencia a la hipercoagulabilidad, lo que obliga a usar heparina.

3. Agudeza visual:

Los resultados de la figura 2 se expresan comparando la agudeza visual inicial y aquella alcanzada a los 4, 8, 30, 90 días de evolución respectivamente. Al 8º día se aprecia una tendencia a mejorar en los pacientes tratados mediante fibrinólisis, tendencia que se mantiene y se hace aún más evidente en relación al grupo de control después de 3 meses de observación. Sin embargo la mejor agudeza visual inicial en es-

te grupo podría determinar también un mejor pronóstico (5).

4. Alteraciones maculares:

En las tablas 2, 3 y 4 se representa la evolución de las alteraciones de la mácula en los 6 pacientes de cada grupo.

La reabsorción del edema macular se comporta en forma muy similar a la mejoría de la agudeza visual. En los pacientes tratados con estreptoquinasa se observa una mejoría mantenida, mientras que en el grupo de control sólo se observan remisiones esporádicas.

Se observó un paralelismo entre la evolución de la disgregación cistoidea del tejido macular y la reabsorción de hemorragias maculares.

Estas hemorragias, generalmente puniformes y adoptando el aspecto de niveles semilunares, se ubican en los espacios cistoideos del tejido macular alterado. La reabsorción de las hemorragias se observa junto a la regresión de las alteraciones cistoideas. Ambos fenómenos se pre-

EDEMA MACULAR

		Inicial	4 Días	8 Días	30 Días	90 Días
SK (n=6)	si	6	3	3	3	2
	menos	—	2	1	1	1
	no	0	1	2	2	3
AC (n=6)	si	5	5	5	1	5
	menos	—	0	0	3	0
	no	1	1	1	2	1

Tabla N° 2: Evolución del edema macular durante los primeros 90 días del tratamiento.
SK = fibrinólisis AC = anticoagulantes .

DISGREGACION CISTOIDEA DE LA MACULA

		Inicial	4 Días	8 Días	30 Días	90 Días
SK (n=6)	si	6	6	4	2	3
	menos	—	0	1	2	2
	no	0	0	1	2	1
AC (n=6)	si	5	5	5	4	5
	menos	—	0	0	0	0
	no	1	1	1	2	1

Tabla N° 3: Evolución de la disgregación cistoidea durante los primeros 90 días del tratamiento.
SK = fibrinólisis AC = anticoagulantes.

HEMORRAGIAS MACULARES

		Inicial	4 Días	8 Días	30 Días	90 Días
SK (n=6)	si	6	5	4	3	5
	menos	—	0	1	2	2
	no	0	1	1	1	1
AC (n=6)	si	5	5	5	5	5
	menos	—	0	0	0	0
	no	1	1	1	1	1

Tabla Nº 4: Evolución de las hemorragias maculares durante los primeros 90 días del tratamiento.
AC = anticoagulantes.

sentan sólo en el grupo tratado mediante fibrinolisis y recién 1 mes después de iniciada la terapia.

5. Fluoresceinoangiografía:

Las alteraciones de la circulación retinal han sido exhaustivamente estudiadas en angiografías de obstrucciones venosas retinales (1, 2, 58). Estas alteraciones pueden resumirse como sigue:

a) Aspecto morfológico: localización y grado de la obstrucción.

b) Fenómenos hemodinámicos: retardo de las fases circulatorias; existencia de dilatación venosa y capilar que indican lentitud de la circulación sanguínea en la retina; acúmulo de fluorescencia en los capilares y venulas dilatadas, generalmente acompañado de aumento de permeabilidad, lo que indica un éstasis sanguíneo.

c) Procesos de restitución: recanalización, formación de anastómosis venosas y circulación colateral con aparición de microaneurismas y pérdida de la trama capilar normal.

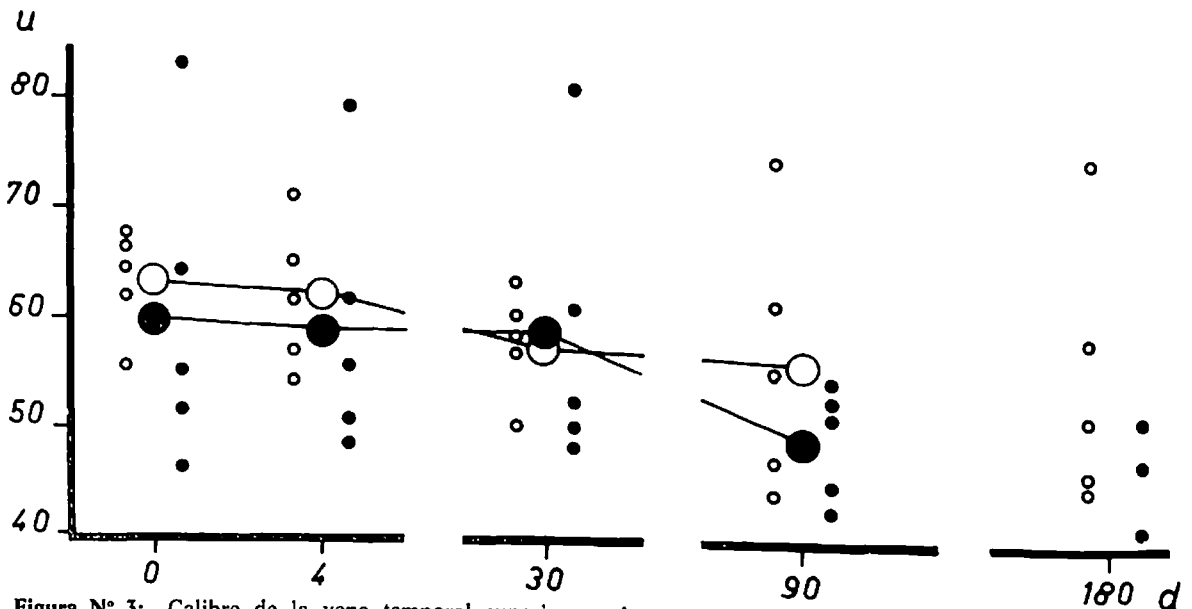


Figura Nº 3: Calibre de la vena temporal superior en las angiografías.

puntos = fibrinolisis; círculos = anticoagulantes.

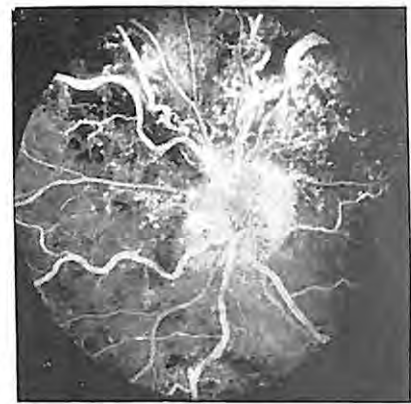
u = unidades de medida (1 mm = 95 unidades); d = días de evolución.

En este trabajo se estudiaron 50 angiografías correspondientes al control evolutivo de 10 pacientes. 2 debieron ser eliminados por glaucoma secundario. El método angiográfico empleado no permitió una determinación exacta de tiempos circulatorios.

El calibre de la vena temporal superior, comprometida en todos los casos, se midió con un dispositivo óptico-micrométrico adaptado a un microscopio operatorio (30). Los valores obtenidos demuestran una disminución del calibre a partir del tercer mes, mayor en los pacientes tratados con fibrinólisis (fig. 3). En un paciente del grupo de control existe un aumento del calibre vascular. Corresponde a un caso de obstrucción de vena central que evolucionó hacia una obstrucción de rama venosa (figs. 7 y 8).

La apreciación comparativa del calibre vascular en las angiografías puede inducir a error ya sea por variaciones en la dilución del colorante en el plasma, por la presencia de hemorragias perivasculares o por fenómenos óptico-fotográficos (18, 24). El método de medición de calibre vascular empleado es muy exacto (desviación standard + 0,013 mm.) pero también laborioso (900 mediciones para 5 angiografías por paciente). Creemos que no se justifica como método para evaluar la evolución de una obstrucción venosa retinal si no se eliminan totalmente las posibles causas de error.

Las alteraciones vasculares observadas en las angiografías permite apreciar una evolución distinta en los dos grupos que se comparan (tabla 5):



Figs. Nº 7 y 8: Angiograma, fase venosa (15 y 13,5'') Paciente Nº 8: Anticoagulantes Estasis y hemorragias en el primer mes. Circulación colateral, microaneurismas y congestión en el sector superior a los 6 meses.

ALTERACIONES ANGIOGRAFICAS

		Inicial	4 Días	30 Días	90 Días	130 Días
Dilatación capilar	SK	5	5	5	3	1
	AC	4	4	4	4	4
Estasis capilar	SK	6	5	3	1	1
	AC	4	4	4	4	4
Estasis venosa	SK	5	5		1	1
	AC	4	3	4	4	4
Extravasación capilar	SK	5	4	3	2	1
	AC	4	4	4	3	
Microaneurismas	SK	1	1	4	2	1
	AC	1	1	1	5	5

Tabla Nº 5: Evolución de las alteraciones angiográficas en la fluoresceinoangiografía durante los primeros 6 meses de observación.

Las cifras indican el número de pacientes que presentan la alteración respectiva.

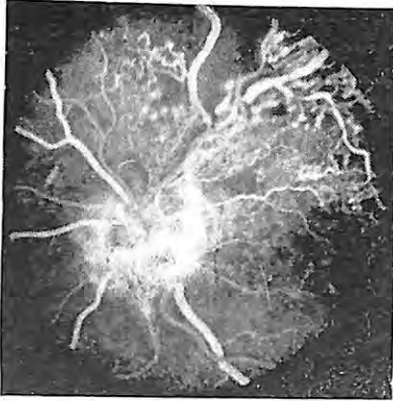


Fig. No 11: Angiograma fase venosa (17 seg.). Paciente No 2: anticoagulantes. Después de 6 meses pérdida de la trama capilar, circulación colateral y extravasación de fluoresceína de vasos neoformados.

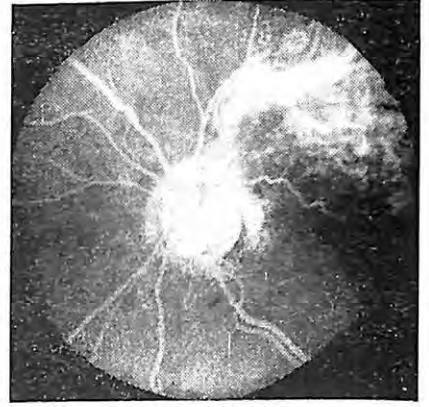
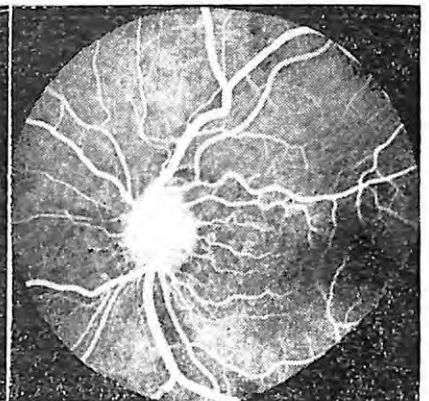
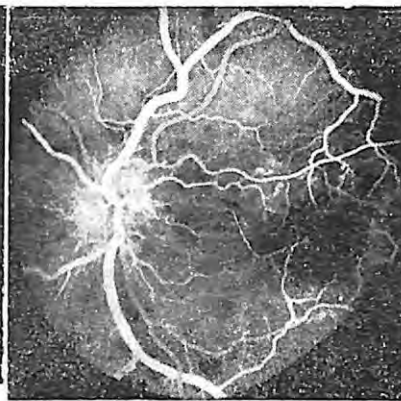
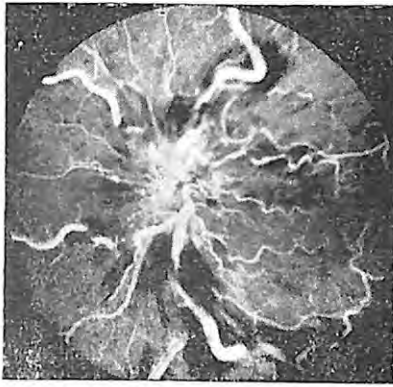
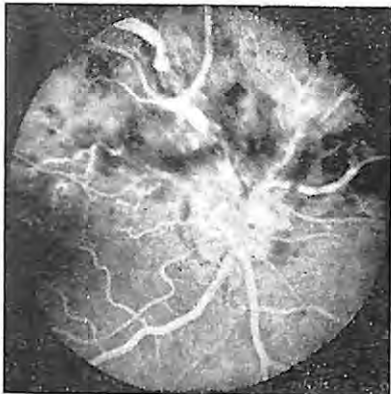


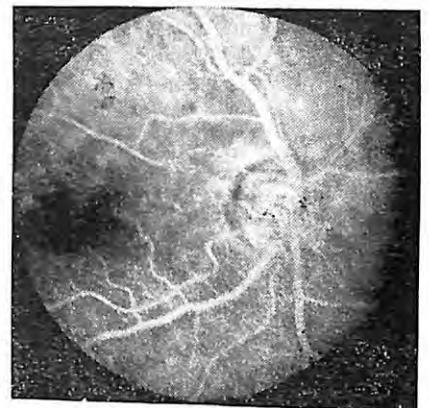
Fig. No 12: Angiograma, fase venosa tardía (85 seg.). Paciente No 5: anticoagulantes. Persistencia de la difusión de fluoresceína a través de la pared venosa al 6º mes de tratamiento.



Figs. No 4, 5 y 6: Angiograma, fase venosa (8, 7 y 7.5 seg.). Paciente No 11: Fibrinolisis. Persistencia de la tortuosidad venosa al 4º día. Dilatación capilar y microaneurismas 50 días después. Angiograma normal en el control de 3 meses.



Figuras Nos 9 y 10: Angiograma, fase venosa (15 y 12''). Paciente No 3: Fibrinolisis. Marcado éstasis venoso antes del tratamiento. Aspecto normal de la vena 6 meses después.



La dilatación capilar, el acúmulo de fluoresceína y la difusión del colorante disminuyen entre 1 a 3 meses después del tratamiento fibrinolítico, lo cual podría indicar una restitución de la circulación normal. En los pacientes tratados sólo con anticoagulantes persisten las al-

teraciones vasculares y se insinúa el desarrollo de una circulación colateral (Figs. 11 y 12).

Un comentario especial merece el comportamiento de los microaneurismas. En los pacientes tratados con estreptoquinasa éstos aparecen precozmente en el primer mes, desapareciendo rá-

pidamente en observaciones posteriores (figs. 4, 5 y 6). En los pacientes del grupo de control se observan microaneurismas en una etapa tardía, alrededor del 3er. mes, persistiendo sin variación hasta los 6 meses.

6. Dinamometría:

La vena central de la retina normalmente se ahusa antes de abandonar el ojo. Este fenómeno puede ser acentuado al aumentar ligeramente la presión intraocular (9). En las obstrucciones de la vena central, se pierde este ahusamiento fisiológico. Sólo al aumentar considerablemente la presión intraocular se logra provocar un fenómeno de ahusamiento. La presión necesaria para desencadenar este fenómeno fue medida con un oftalmodinamómetro. Los valores obtenidos muestran una tendencia descendente en todos los pacientes (fig. 13). Este parámetro, recogido sólo en algunos casos, no permite demostrar diferencias entre ambos grupos. Es sin embargo un método cuantitativo de tan fácil ejecución que merece mayor estudio.

7. Complicaciones:

En 5 pacientes se presentaron complicaciones hemorrágicas de menor cuantía (2 gingivales, 1 hematuria, 1 hematoma subcutáneo, 1 epistaxis). En 2 pacientes con obstrucción de vena central se desarrolló un glaucoma hemorrágico en el curso de la evolución. Ambos casos (4 y 10 en la tabla N° 1) presentaban gran deterioro visual al ingreso y además una notable tinción post-angiográfica del humor acuoso, hechos que hacen suponer un trastorno vascular más acentuado que en los casos restantes.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Después de la una revisión bibliográfica sobre obstrucciones venosas de la retina y su tratamiento se presentan los resultados preliminares de un estudio terapéutico prospectivo en que se compara la fibrinólisis inducida por estreptoquinasa con el tratamiento exclusivamente anticoagulante en una serie de 12 pacientes.

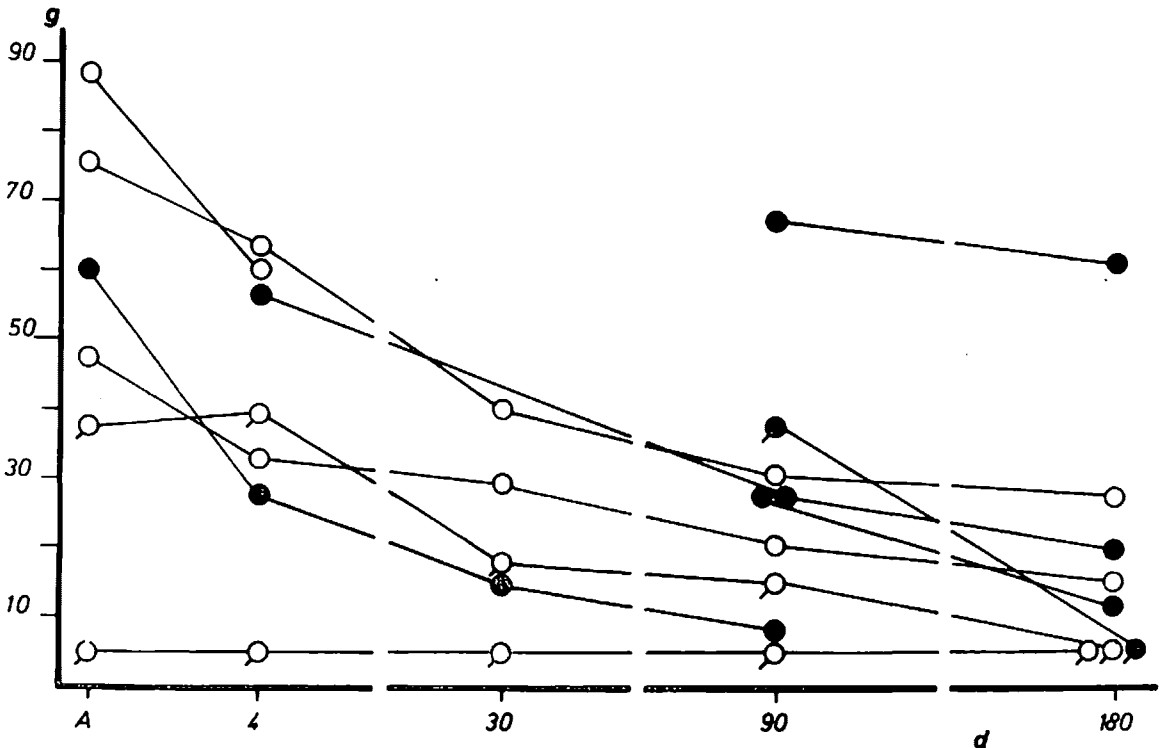


Fig. N° 13: Variación de la presión dinámométrica necesaria para desencadenar un ahusamiento de la vena central de la retina. puntos = fibrinólisis; círculos = anticoagulantes. g = gramos de presión dinámométrica. d = días de observación.

Se discuten los resultados y los criterios de evaluación aplicada obteniéndose las siguientes conclusiones:

1) El estudio de la agudeza visual y la biomicroscopía de la mácula constituyen elementos de juicio importantes para una evaluación clínica de las obstrucciones venosas retinales.

La objetivación de alteraciones vasculares mediante la angiografía y su cuidadosa observación a lo largo del tiempo, proporciona datos más útiles que los engorrosos procedimientos de medición vascular.

2) Los resultados preliminares muestran una evolución funcional favorable post-fibrinolisis aún en casos de varias semanas de evolución. Existen signos angiográficos que indican restitución de la circulación retinal en estos pacientes. El tratamiento exclusivamente anticoagulante, aparte de mejoras fugaces, conduce más bien a un deterioro funcional con persistencia angiográfica de las alteraciones vasculares.

3) La casuística aún reducida no permite certificar estadísticamente posibles beneficios del tratamiento fibrinolítico para los pacientes con obstrucciones venosas retinales. Los resultados preliminares son sin embargo satisfactorios y justifican la continuación del estudio.

SUMMARY

Fibrinolysis with Streptokinase is compared with the use of anticoagulants alone in 12 patients with retinal vein obstructions. The results of this preliminary study permit the following conclusions:

1) Visual acuity and the state of the macula studied with the biomicroscope are important parameters in judging improvement of the condition. Careful observation of the angiographic findings and evaluation of these changes during observation time are considered more important than cumbersome measurements of vessel calibers.

2) Functional studies showed improvement after fibrinolytic therapy, even in cases with a several weeks-old history. Angiographic studies pointed to a restoration of normal circulation in the affected retinal vessels.

Patients treated with anticoagulants used alone, in spite of transitory improvements, rather showed a functional deterioration, with persistence of the angiographic abnormalities.

3) The small number of patients treated does not permit a statistical analysis of the results obtained. These preliminary results, however, are encouraging and a continuation of this study is justified.

Casilla de Correos 1897, Valparaíso

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **Amalric P.**: Les altérations pathologiques du réseau veineux rétinien a la lumière de la fluorescéine. Bull Soc. ophthalmol. Fr. 932-934, 1966.
- 2.— **Baurmann H., P. Petershof, G. Kruger und G. Brinkmann**: Die Netzhautcapillaren im Fluoreszenzangiogramm bei Störungen der Blutzirkulation. Albrecht v. Graefes Arch klin exp Ophtal 174: 197-211, 1968.
- 3.— **Benthien H. und W. Wohllebe**: Zur Behandlung der Zentralvenenthrombose mit Streptokinase. Zärzil Forbildg (Jena) 62: 388-390, 1968.
- 4.— **Bowelz R. E., V. J. Marmion, C. F. McCarthy**: Treatment of central retinal vein thrombosis with Ancrod. Lancet 1: 173-174, 1970.
- 5.— **Braendstrup P.**: Central retinal vein thrombosis and hemorrhagic glaucoma. Acta ophtal Suppl 35, 1950.
- 6.— **Cambiaggi A., R. Lepori**: La scelta della terapia dell'occlusione della vena centrale retinica in relazione alle condizioni cardio-circolatorie. Boll ocul 42: 667-679, 1964.
- 7.— **Coats G.**: Der Verschluss der Zentralvene der Retina. Albrecht v Graefes Arch Ophtal 86: 341-393, 1913.
- 8.— **Dahlstrom H.**: Theorie und Praxis der Streptokinasebehandlung. Ztschr ges Inn Med 20: 709-712, 1965.
- 9.— **De Laet H. A.**: La pratique de l'ophtalmodynamométric. Bull Soc belge Ophtalmol 127: 5-132, 1961.
- 10.— **Deutsch E.**: Die endogene und exogene Auslösung der Fibrinolyse. En: Hiemeyer V: Therapeutische und experimentelle Fibrinolyse F K Schattauer Verlag, Stuttgart - New York, 1969.
- 11.— **Dolenek A., J. Blanty, P. Navratil**: Thrombolyse bei Verschluss von Netzhautvenen. Klin Mbl Augenhcil 153: 403-408, 1968.
- 12.— **Dooner, L.**: Klinische Erfahrung mit Plasmin und Streptokinase. Zschr ges Inn. Med 20: 721-723, 1965.

- 13.— **Duff I. F., H. F. Falls, J. W. Linman:** Anticoagulant therapy in occlusive vascular disease of the retina. *Arch Ophthal (Chicago)* 46: 601-617, 1951.
- 14.— **Gross R.:** Blutgerinnung und Fibrinolyse. *Behringwerk-Mitteilungen* 1964. Vol 44, pp. 1-16.
- 15.— **Harms C.:** Anatomische Untersuchungen über Gefässerkrankungen in Gebiete der Arteria und Vena centralis retinae und ihre Folgen für die Cirkulation mit besonderer Berücksichtigung des sog hämorrhagischen Infarktes der Netzhaut. *Albrecht v Graefes Arch Ophthal* 61: 242-338, 1905.
- 16.— **Hayreh S. S.:** Pathogenesis of occlusion of the central retinal vessels. *Amer J Ophthal* 72: 998-1011, 1971.
- 17.— **Hiemeyer V.:** Diskussion Symposium Fortschritte der thrombolytischen Therapie mit Streptokinase pp 68-70 Schloss Burg/Wupper, 1966.
- 18.— **Hodge J. F., C. J. Parr, G. F. S. Spears:** Comparison of methods of measuring vessel widths on retinal photographs and effect of fluorescein injection on apparent retinal vessels calibers. *Amer J Ophthal* 68, 1060-1068, 1969.
- 19.— **Hoepfing W., M. Werner, D. Paar:** Fibrinolytische Behandlung der Netzhautzentral-venenthrombose. *Ber 112 Vers Ver Rhein Westf Augenärzte Gebr Zimmermann, Balve/Westfalen* pp 13-15, 1965.
- 20.— **Horbach L.:** Zuteilungsprobleme für therapeutische Vergleiche. *Verh Dtsch Ges inn Med* 74: 193-196, 1968.
- 21.— **Hummelt K.:** Behandlung der Zentralvenenthrombose mit Antikoagulantien. *Klin Mbl Augenheilk* 129: 799-805, 1956.
- 22.— **Jaenecke J.:** Antikoagulation und Fibrinolysetherapie. *Georg Thieme Verlag, Stuttgart* 1971.
- 23.— **Jurgens J.:** Therapeutische Fibrinolyse II Untersuchungen zur Wirksamkeit von Streptokinase und Actase in vivo. *Klin Wschr* 42: 539-546, 1964.
- 24.— **Kenyeres P.:** Zur Messung des Lumens von Netzhautgefäßen vor und nach Injektion von Fluorescein. *Albrecht v Graefes Arch klin exp Ophthal* 183: 75-80, 1971.
- 25.— **Kirkham T. H., P. F. M. Wrigley, J. M. Holt:** Central retinal vein occlusion complicating iron deficiency anaemia. *Brit J Ophthal* 55: 777-780, 1971.
- 26.— **Klien D. A. and J. H. Olwin:** A survey of the pathogenesis of retinal venous occlusion. *Arch Ophthal, Chicago* 56: 207-247, 1956.
- 27.— **Koller F.:** Zur Physiologie der Fibrinolyse. In: *Hiemeyer V: Therapeutische und experimentelle Fibrinolyse* F K Schattauer Verlag, Stuttgart - New York, 1969.
- 28.— **Liebreich R.:** Apoplexia retinae. *Albrecht v Graefes Arch Ophthal* 1 (2): 346-351, 1855.
- 29.— **Lindeke H. I., S. R. Masler:** Therapy of retinal vein occlusion. Use of fibrinolysin and anticoagulants *Amer J Ophthal* 51: 456-463, 1961.
- 30.— **Lobeck E.:** Über Messungen am Augenhintergrund. *Albrecht v Graefes Arch Ophthal* 133: 152-156, 1935.
- 31.— **Lohse K., P. Weller:** Die thrombolytische Behandlung akuter Gefäßverschlüsse in der Ophthal Klin Mbl Augenheilk 154: 167-174, 1969.
- 32.— **Maclean H.:** Diskussion Watson et al *Trans ophthal Soc U K* 91: 230, 1971.
- 33.— **Martin M.:** Semiquantitative Plasminogenbestimmung mit Hilfe des Thrombelastographen. Eine Methode zur Kontrolle der Streptokinasebehandlung *Thrombos Diathes haemorrh (Stuttg)* 22: 121-137, 1969.
- 34.— **Martin M., W. Schoop, E. Zeitler:** Trombolyse bei chronischer Arteriopathie. In: *Aktuelle Probleme in der Angliologie: 8*, Verlag Hans Huber Bern. Stuttgart, Wien 1970.
- 35.— **Marx R.:** Antithrombotische Therapie mit "direkten" Thrombolytika. *Fortschr Med Jg* 80, Nr 8, 301-306, 1962.
- 36.— **Michel J.:** Die spontane Thrombose der Vena centralis des Opticus. *Albrecht v Graefes Arch Ophthal* 24 (2): 37-70, 1878.
- 37.— **Mikuni M., S. Kimura:** Ophthalmic use of Asperkinase. *J clin Ophthal* 17: 73-78, 1963.
- 38.— **Oberhoffer G.:** Comunicación personal, 1971.
- 39.— **Ottolander G. J. H. and A. Graandijk:** Treatment of thrombosis of the central retinal vein with Streptokinase. *Thrombos Diathes haemorrh, Stuttg* 20: 415-419, 1968.
- 40.— **Pandolfi M.:** Fibrinolysis and retinal vessels. *Acta XX Conc Ophthalmologicum Germania Pars I* 297-298 Excerpta, Amsterdam - New York - London, 1966.
- 41.— **Paton A. K. Rubinstein and H. V. Smith:** Arterial insufficiency in retinal venous occlusion *Trans Ophthal Soc U K* 84: 559-586, 1964.
- 42.— **Proctor R. R., S. I. Rapaport:** The partial thromboplastin time with kaolin. A simple screening test for the first stage plasma clotting factor deficiencies. *Amer J clin Path* 36: 212-219, 1961.

- 43.— **Radnot M. and P. Follmann:** Rheomacrodex (Dextran) in the treatment of the occlusion of the central retinal vein. *Ann ophthal* 1 (2): 58-64, 1969.
- 44.— **Raitta Ch.:** Der Zentralvenen und Netzhautvenenverschluss. *Acta ophtha Suppl* 83 (Kbh), 1965.
- 45.— **Rossmann H., V. Tilsner:** Thrombolytische Therapie bei Netzhautgefäßverschlüssen. En: *Petzold F A: Fibrinolysetherapie* F. K Schattauer Verlag, Stuttgart 1970.
- 46.— **Rubinstein K.:** In: *Paton A, K Rubinstein, V H Smith. Arterial insufficiency in retinal venous occlusion* *Trans ophtal Soc U K* 84: 559-586, 1964.
- 47.— **Sautter H., C. Sartori:** Über die Behandlung von Netzhautvenenverschlüssen mit Anticoagulantien. *Chemotherapie Basel* 3: 371-382, 1961 En: *Ophthal Lit* 15: 4926, 1961.
- 48.— **Schmutzler R.:** Erfahrungen mit der thrombolytischen Behandlung bei akuten venösen Gefäßverschlüssen In: *Symposium über Rortschritte der thromboembolischen Therapie mit Streptokinase* pp 38-49 *Schloss Burg/Wupper*, 1966.
- 49.— **Schulz F. H.:** Eine einfache volumetrische Fibrinbestimmung. *Arztl Lab* 1: 107-110, 1955.
- 50.— **Seitz R.:** Die Netzhautgefäße. *Bücherei des Augenarztes F Enke Verlag, Stuttgart* 1962, Vol 40.
- 51.— **Shoch D. and D. Vail:** Differential diagnosis of retinal vein occlusion. En: *Vascular diseases in ophthal* *Karger, Basel/New York* 1968 Vol. 76 pp 91-98.
- 52.— **Steinbach P. D.:** Die Beeinflussung der Hämodynamik bei venösen Gefäßverschlüssen der Netzhaut durch Streptokinase *Klin Mbl Augenheilk* 160: 92-98, 1972.
- 53.— **Tillet W. S., A. J. Johnson, W. R. Mc Carthy:** The intravenous infusion of the streptococcal fibrinolytic principle (Streptokinase) into patients. *J Clin Invest* 34: 169-185, 1955.
- 54.— **Vannas S., Ch. Raitta:** Anticoagulant treatment of retinal vein occlusion. *Amer J Ophtal* 62: 874-883, 1966.
- 55.— **Verhoeff F. H.:** Obstruction of the central retinal vein. *Arch Ophthal New York* 36: 1-36, 1907.
- 56.— **Weigelin E., K. Iwata und M. Halder:** Fortschritte auf dem Gebiet der Blutdruckmessung am Auge X Blutdruckmessungen an anderen Abschnitten des Auges. *Fortschr Augenheilk Karger, Basel/New York* 1964, Vol 15, pp 150-160.
- 57.— **Weigelin E., H. Pütz:** Antikoagulantienbehandlung bei Venenthrombose der Netzhaut. *Dtsch Ophthal Ges* 70: 438-442, Heidelberg 1969.
- 58.— **Wessing A.:** Fluorescenzangiographie der Retina. *Lehrbuch und Atlas Stuttgart Georg Thieme Verlag* 1968 pp 65-76.
- 59.— **Winckelmann G.:** Zum Mechanismus der künstlich induzierten Thrombolysse *Z. ges inn Med* 20: 705-709, 1965.
- 60.— **Wittmer R.:** Zur Behandlung der Retina - Venenthrombosen. *Klin Mbl Augenheilk* 134: 797-807, 1959.

INDUSTRIA OPTICA

RODENSTOCK - CHILE S. A.

Avda. Beaucheff 1581 — Fono 98867 Anexo 92

DEPARTAMENTO INSTRUMENTOS

OFRECE:

UNIDADES DE REFRACCION

Mesa Giratoria RD (Unidad Básica)
Columna Combi ST
Columna Combi W (con iluminación)
Columna para Forovist

Elementos complementarios para Unidades Básicas:

- Biomicroscopio Corneal
- Oftalmómetro
- Oftalmoscopio
- Refractómetro para ojos
- Forovist
- Esquiascopios (mancha y franja)
- Cajas de cristales de prueba
- Proyector de optotipos RODAVIST con telecomando
- Perímetro de proyección PHZ
- Aparato para la visión de cerca
- Frontofocómetros
- Sillón de paciente eléctrico
- Pisos y sillas para examinador
- Mesas hidráulicas para Instrumentos

PLEOPTICA Y ORTOPTICA

Pantalla de Hess
Pantalla de Less
Cheiroscopio de fusión
Entrenador con separación de luces
Coordímetro de proyección
Stereocampímetro
Test de la mosca
Tablas de Ishihara, etc., etc.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

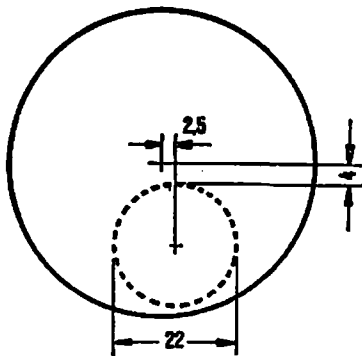
Agujas, pinzas, hilo de sutura y atraumático, cuchilletes, etc., etc.
Gran surtido en accesorios y repuestos. Atendemos ventas de Stock e Importaciones Directas.

Nuestra SALA DE EXPOSICION permanentemente abierta de 7.30 A. M. hasta las 18 horas, en Avenida Beaucheff 1581.

SERVICIO TECNICO GARANTIZADO

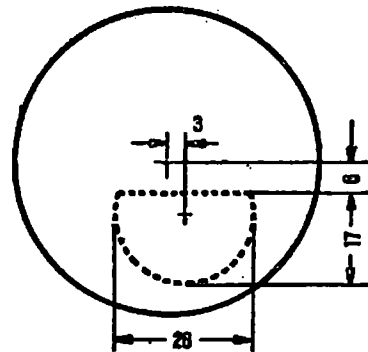
Para cualquiera consulta llamar al Fono 98867, Anexo 92

CRISTALES BIFOCALES "RODENSTOCK"



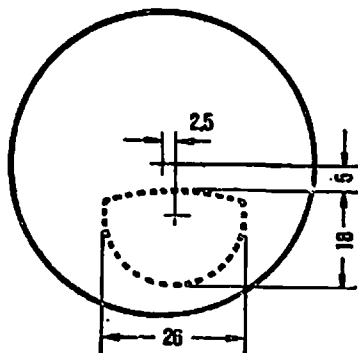
RODAGIC

- blanco
 Campo de Cerca
 Características:
 — normal 22 mm.
 — fundido
 — contorno circular casi invisible



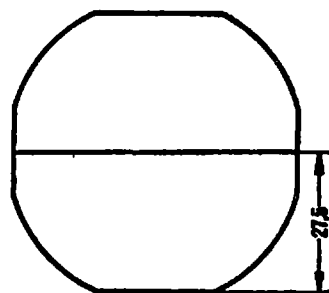
RODASIN 26

- blanco
 Campo de Cerca
 Características:
 — grande 26 mm.
 — fundido en el cristal
 — contorno casi invisible
 — segmento superior recto
 — ACROMATICO



GRANDASIN

- Rogal A color rosado tenue 8% absorción
 Campo de Cerca
 Características:
 — grande 26 mm.
 — fundido en el cristal
 — contorno casi invisible
 — segmento superior ligeramente curvo



EXCELLENT

- Campo de Cerca
 Características:
 — extra grande (de lado a lado)
 — tallado en el mismo cristal
 — línea divisoria visible y recta; tallado por el lado interior del cristal

NUEVOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO FIBRINOLITICO EN LAS OBSTRUCCIONES VENOSAS DE LA RETINA (*)

DRA. URSULA METZLER (**)

Quiero agradecer en primer lugar la gentil invitación de que he sido objeto para informar sobre una reciente evaluación de nuestro estudio terapéutico comparativo en obstrucciones venosas retinales.

Los comentarios que siguen se refieren a resultados preliminares, ya que hemos programa-

do continuar este estudio hasta reunir una ca- suística conveniente.

Los resultados promisorios del trabajo del Dr. Hoehmann me alentaron a continuar con la serie clínica bajo las mismas condiciones metó- dicas. Hasta el mes de Enero del año 1973 he- mos completado un total de 32 pacientes, de los cuales 16 recibieron estreptoquinasa y los 16 restantes solamente heparina.

En la figura N° 1 se expresan las variaciones de la agudeza visual a los 30, 90, 180 y 360

* Presentado el 30 de marzo de 1973 a la Sociedad Chilena de Oftalmología.

** Instituto Clínico de Oftalmología Experimental de la Uni- versidad de Bonn (Alemania Federal). Director: Profesor Dr. med. Erich Weigel.

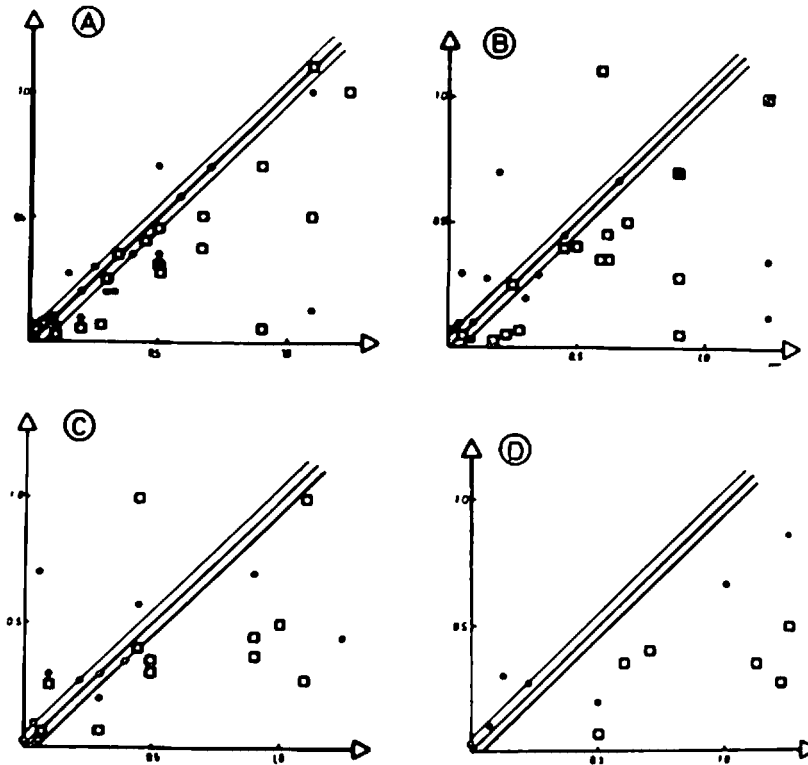


Figura N° 1: Comparación entre la agudeza visual inicial y la agudeza visual después del tratamiento .

A = Comparación antes y después de 30 días.

B = Comparación antes y después de 90 días.

C = Comparación antes y después de 180 días.

D = Comparación antes y después de 360 días.

puntos = anticoagulantes; cuadrados = fibrinolisis.

Las líneas paralelas a la diagonal delimitan el error posible en la determinación de la agu- deza visual.

días en comparación con el examen inicial. En forma similar al trabajo precedente, se puede observar una mejor reacción funcional en los pacientes tratados mediante fibrinólisis. Los pacientes que observamos a los 90 días fueron numéricamente suficientes como para efectuar una evaluación estadística calculando la media geométrica de los valores de la agudeza visual para ambos grupos.

En la serie tratada por el Dr. Hoehmann los pacientes que recibieron estreptoquinasa presentaban fortuitamente un promedio superior en la agudeza visual inicial. Este inconveniente fue obviado al aumentar el número de pacientes de manera que actualmente las medias geométricas para ambos grupos tratados con fibrinólisis y anticoagulantes son 0,23 y 0,21 respectivamente (tabla N° 1). A los 90 días después del tratamiento la media geométrica de la agudeza visual aumentó sólo en el grupo que

	INICIAL	90 DIAS
	\bar{X}_{gI}	$\bar{X}_{g 90}$
SK (n = 16)	0,23	0,45
AC (n = 16)	0,21	0,20

Tabla N° 1: Agudeza visual comparativa antes del tratamiento y 90 días después. Media geométrica en 16 casos tratados con anticoagulantes (C) y 16 casos tratados mediante fibrinólisis (SK).

\bar{X}_{gI} = media geométrica inicial.

$\bar{X}_{g 90}$ = media geométrica a los 90 días.

recibió estreptoquinasa. Además efectuamos una comparación estadística según el método de Mc Nemar, estableciéndose un aumento significativo de la agudeza visual a los 90 días solamente para el mismo grupo (p 0,016).

En forma similar a la agudeza visual se comportan las alteraciones de la retina. Los parámetros observados fueron hemorragias, edema y disgregación cistoídea de la mácula. Se clasificaron como existentes, disminuidos y no existentes. Detalles de estas observaciones se consignan en las tablas 2, 3 y 4, donde se demuestran las alteraciones retinales en el curso de los primeros 90 días de evolución después del tratamiento. En esta etapa se observa un proceso de reabsorción de las hemorragias maculares en 10 pacientes del grupo tratado con estreptoquinasa contra sólo 5 en el grupo de control. En forma similar se comporta el edema de la mácula que disminuyó en 11 y 5 casos en cada grupo respectivamente.

La evolución de la disgregación cistoídea de la mácula es sorprendente ya que en ambos grupos se observa una franca mejoría.

La fluoresceínoangiografía constituye un método de gran importancia para evaluar la congestión venosa y sus consecuencias en los pacientes que presentan una obstrucción venosa retinal. Las angiografías se estudian en forma codificada de modo que actualmente sólo disponemos de los resultados de 12 y de 13 pacientes para los grupos de fibrinólisis y de anticoagulantes respectivamente. A los 90 días se observa una desaparición de la congestión venosa en 2 pacientes del grupo tratado con anticoagulantes, hecho que contrasta con la normalización del mismo fenómeno en 7 pacientes del grupo que fuera tratado mediante fibrinólisis.

HEMORRAGIAS MACULARES

		Inicial	4 Días	8 Días	30 Días	90 Días
SK (n=16)	si	15	13	8	8	6
	menos	—	0	5	3	5
	no	1	3	3	5	5
AK (n=16)	si	14	13	12	11	11
	menos	—	1	2	2	1
	no	2	2	2	3	4

Tabla N° 2: Evolución de las hemorragias maculares durante los primeros 90 días del tratamiento. SK = fibrinólisis; AC = anticoagulantes.

EDEMA MACULAR

		Inicial	4 Días	8 Días	30 Días	90 Días
SK (n=16)	si	14	9	7	8	5
	menos	—	3	4	3	5
	no	2	4	5	5	6
AK (n=16)	si	14	13	13	8	11
	menos	—	1	1	5	1
	no	2	2	2	3	4

Tabla N° 3: Evolución del edema macular durante los primeros 90 días del tratamiento.
SK = fibrinolisis; AC = anticoagulantes.

DISGREGACION CISTOIDEA DE LA MACULA

		Inicial	4 Días	8 Días	30 Días	90 Días
SK (n=16)	si	13	9	6	3	6
	menos	—	2	4	5	4
	no	3	5	6	8	6
AK (n=16)	si	13	12	9	7	7
	menos	—	0	3	3	2
	no	3	4	4	6	7

Tabla N° 4: Evolución de la disgregación cistoídea de la mácula durante los primeros 90 días del tratamiento.
SK = fibrinolisis; AC = anticoagulantes.

ALTERACIONES ANGIOGRAFICAS

	SK (n=12)			AC (n=13)		
	más	igual	menos	más	igual	menos
Congestión venosa	0	5	7	0	11	2
Congestión capilar ...	0	3	9	3	8	2
Extravasación venosa	1	4	7	2	7	4
Extravasación capilar	1	4	7	3	8	2

Tabla N° 5: Cambios en las alteraciones angiográficas a los 90 días después de iniciado el tratamiento.
SK = fibrinolisis; AC = anticoagulantes.

sis (Tabla N° 5). Aún más, en este mismo grupo la congestión a nivel capilar desapareció en 9 casos en igual período de observación. El daño vascular traducido por el escape de fluoresceína se observó también con menor frecuencia en este grupo (Tabla N° 5). La aparición de nuevos microaneurismas a los 90 días se obser-

vó en 7 de los pacientes tratados con anticoagulantes, contrastando con el hallazgo de este fenómeno en sólo 2 de los 12 pacientes que recibieron estreptoquinasa. Esto sugiere una mejoría de las condiciones hemodinámicas después de la fibrinolisis.

La casuística actual nos permite una evalua-

ción estadística del aumento de la agudeza visual en ambos grupos. Sin embargo no podemos establecer comparaciones en relación con las diferentes situaciones iniciales. Los grupos constituidos según edad del paciente, duración clínica de la obstrucción antes del tratamiento y grado de compromiso retinal, son aún numéricamente insuficientes para una evaluación estadística. Por este motivo hemos decidido continuar la serie de investigación.

SUMMARY

The larger number of patients now studied allows a statistical certification of visual improvement after fibrinolytical treatment of retinal vein occlusions.

This study will be continued to permit statistical analysis of other parameters and their potential relationship with the therapeutic results. (Age of the patient, initial degree of retinal involvement, age of the occlusion before treatment, etc.).



TSCHUMI
 óptica Y CIA. LTDA. foto
 FUNDADA EN 1885

*Atendida por su dueño, óptico graduado en la
 ESCUELA SUPERIOR DE OPTICA
 Colonia, Alemania*

Le GARANTIZA y le ofrece las siguientes VENTAJAS:

- 1º: La ejecución exacta de su receta médica con cristales importados de primera calidad.
- 2º: Cada lente pasa por tres severos controles.
- 3º: Cada antejo es adaptado anatómicamente.
- 4º: Cada lente es revisado (bisagras, tornillos, etc) y readaptado periódicamente sin costo alguno.
- 5º: Con cada antejo usted recibe gratuitamente un estuche con su pañito.
- 6º: Su receta se la podemos confeccionar en cristales de color, fotocromáticos y en bifocales (dos lentes en uno solo).

HUERFANOS 796 Esq. SAN ANTONIO. TEL 33165 - SANTIAGO

LABORATORIO

“CONTALENT” (M. R.)

LENTES DE CONTACTO
SISTEMAS PATENTADOS

EN TODOS SUS TIPOS Y CON LOS ULTIMOS ADELANTOS LOGRADOS
PARA UNA MEJOR COLABORACION CON LOS
SEÑORES MEDICOS OFTALMOLOGOS

PROTESIS OCULARES A MEDIDA

DE

VICTORIO IORINO

Laboratorio dedicado exclusivamente a:
LENTES DE CONTACTO Y PROTESIS

AGUSTINAS 715 — DEPARTAMENTO 204

2º PISO — TELEFONO 393238

H O R A R I O :

De 13.15 a 20.45

Laboratorios MAIER

SAN ANTONIO 220 — OFICINA 108 — FONOS 31145 — SANTIAGO

**LENSES DE CONTACTO TORNEADOS
Y TALLADOS TOTALMENTE EN CHILE**

B I O - L E N T M . R .

**MIOPIA — HIPERMETROPIA — ASTIGMATISMO — AFAQUIAS
QUERATOCONOS — LENTES CONTRA SOL Y COSMETICOS**

Prótesis Oculares y toda clase de implantes — Exitosamente adaptados

S E R I E D A D Y E X A C T I T U D

Optica MAIER Ltda.

SAN ANTONIO 228 — FONOS 31145 — CASILLA 4163 — SANTIAGO

OFRECE: Pedidos directos para todas las fábricas de industrias ópticas.
Exacto despacho de recetas de médicos oculistas — Bifocales
Anteojos Sol Ray-Ban, Calobar, Crookes, Cruxite, Cosmetan, True
Color, Roviex, Athermal, Optosan.

**OPTICOS DIPLOMADOS EN ALEMANIA Y AUTORIZADOS
EN CHILE Y TALLER MECANICO**

C R I O P T A L T D A .

SAN ANTONIO 220 — OFICINAS 108 - 108-A — FONOS 31145 — SANTIAGO

**LABORATORIO OPTICO MAS MODERNO DE CHILE, RECIEN INSTALADO,
CON LAS ULTIMAS CREACIONES DE OPTICA MODERNA ELECTRONICA**

**ASISTENCIA TECNICA AMERICAN OPTICAL COMP.
SOUTHBRIGE U . S . A .**

O P T I C A M A I E R L T D A .

**AL SERVICIO DE LOS MEDICOS OFTALMOLOGOS CON
LAS MODERNAS INSTALACIONES DE CIENCIAS OPTICAS**

PROF. DR. ERNESTO OLIVER SCH.

La Sociedad Chilena de Oftalmología me ha encomendado el alto honor de rendir un póstumo homenaje al Prof. Ernesto Oliver Sch., recientemente fallecido en la ciudad de Concepción.

Nuestra Sociedad ha perdido a uno de sus miembros más destacados, no sólo por los largos años que perteneció a ella, sino por su permanente aporte a la vida de la Institución misma y al progreso creciente de ella. Al recordar esta noche algunos rasgos de su personalidad y de su vida, surge ante la memoria, el hombre, el amigo, el médico, el científico, cualidades que resumen nítidamente el sentido de su existencia misma.

La vida del Dr. Ernesto Oliver Schneider es a la vez la historia de un hombre y la historia de una etapa de la Oftalmología provinciana, sobre la cual supo elevarse para participar activa y fecundamente en la evolución progresista de la Oftalmología chilena.

En los años en que la enseñanza de la Oftalmología se hacía paternalmente y cada maestro transmitía a sus discípulos no sólo los conocimientos de la especialidad sino que también gran parte de su espíritu, Ernesto Oliver creció al lado de un gran médico, poco conocido en el ámbito nacional, pero cuyo recuerdo todavía flota en aquéllos que tuvieron la suerte de conocerlo, el Dr. Abraham Campos. La fuerte personalidad del maestro le dieron el impulso que marcaría su actuación en el ejercicio de la oftalmología, y que le permitieron en cierta etapa de su vida profesional decidir un rumbo distinto a su actuación profesional.

Así es como en los comienzos de su vida profesional ejerce simultáneamente como oculista y otorrinolaringólogo; dualidades que tiene como uno de los últimos de sus representantes al Dr. Oliver Schneider. Cuando las circunstancias del ejercicio profesional dan una personalidad más definida a la Oftalmología, abandona el ejercicio de la otra especialidad para volcarse por entero a la práctica de la que sería más adelante la preocupación permanente de su espíritu y de

su pensamiento. Y esta condición de doble especialidad fue en gran medida uno de los factores que lo hizo destacarse en nuestra especialidad, ya que uno de sus temas predilectos, la cirugía de la vía lacrimal, tuvo en él uno de los cultores más destacados. El conocimiento de la anatomía de la vía lacrimal y de la cavidad nasal lo hicieron practicar con eficiencia esta cirugía y modificar algunas técnicas preconizadas por grandes maestros.

Por muchos años sigue el ejercicio de la oftalmología pura y como médico asistencial dedica por entero su esfuerzo a llevar alivio a quienes acudían a solicitarlo. Callada y abnegadamente entrega con cariño su esfuerzo profesional, sin otra pretensión que cumplir con el mandato que la profesión médica exige a sus cultores. Bien o mal comprendido, su labor de todos esos años aflora ahora en cada momento, en el gesto agradecido de muchos pacientes, en el recuerdo cariñoso de su palabra de afecto y consuelo ante el necesitado, en muchos rasgos de su trato con el paciente.

Y mientras la oftalmología avanza, la Universidad de Concepción emprende un nuevo vuelo y decide la creación de los últimos años de la Carrera de Medicina. Surge entonces el problema de buscar especialistas que tomen a su cargo la enseñanza de las disciplinas que la docencia de los últimos años de la Carrera de Medicina exige, y el Dr. Ernesto Oliver es llamado a crear la Cátedra de Oftalmología. Es así como es nombrado Profesor Titular de la Cátedra de Oftalmología. Se cumple aquí otra etapa de la vida de este meritorio Oftalmólogo y a la vez escribe otra página de la historia de la Oftalmología provinciana, que desde el ejercicio tranquilo y rutinario de la asistencia pura debe remontarse a los tramos más elevados de la docencia.

Cuando dije que sus primeros años de vida profesional los ejerció como un tranquilo médico provinciano, esta afirmación no era del todo exacta, ya que sólo pretendía enfatizar su evolución dentro del campo de la Oftalmología

pues desde su llegada a Concepción se incorporó de lleno a las actividades científicas que la Universidad de Concepción ofrecía en ese entonces, y es así como lo vemos participar en la Sociedad de Biología de Concepción, expresión representativa de la inquietud científica que tenían los primeros maestros de nuestra Universidad y a través de ella su nombre se inscribe en la Sociedad de Biología de París, Sociedad Científica de Chile, Sociedad Chilena de Historia Natural.

Pero su labor más destacada la cumplió como Docente de la Universidad de Concepción, dándole impulso a la creación y expansión de la Cátedra de Oftalmología, desde 1955 hasta 1969. Este fragmento largo y productivo de su vida profesional está escrito con letras imborrables porque cualquiera que ahora y en el futuro pase bajo su alero, lo hará al amparo de su obra creadora. Y para testificar este agradecimiento, que muchas generaciones de médicos que fueron sus alumnos guardan por su maestro, se acordó, cuando el Prof. Oliver aún vivía, nombrarlo Profesor Emérito de la Universidad de Concepción y ahora que solamente nos queda su recuerdo, está en estudio la creación de una beca, que llevará su nombre, y cuyo objetivo será la preparación de un médico Oftalmólogo que además de su período normal de formación pueda continuar por algún período profundizando su especialización en algún capítulo determinado de la oftalmología, honor que más que merecido es una justicia a los desvelos y preocupaciones que entregó a su labor docente.

Cuando recordamos su vida como Profesor Titular de Oftalmología, parecería que su carrera docente empezara solamente entonces; ¡gran error! porque ya en 1926 se desempeña como Ayudante de Anatomía; desde el año 1932 a 1934 como ayudante de Farmacología y de Semiología. Y esta carrera docente tiene un epílogo merecido al obtener el galardón máximo a que puede aspirar todo docente.

Su labor científica es también muy frondosa y muchas Sociedades Científicas, tanto nacionales como extranjeras, supieron de su presencia y escucharon sus enseñanzas, especialmente en la cirugía de la vía lacrimal y en el controvertido tema de los implantes oculares. Y es-

ta inquietud científica la volcó en diferentes Sociedades: Sociedad Chilena de Oftalmología, Sociedad Médica de Concepción, Sociedad Francesa de Oftalmología, Sociedad Internacional de Oto-Neuro-Oftalmología, etc.

Hay también otros aspectos de su vida profesional, que por sencillas no son menos importantes y significativas: su labor como Oftalmólogo de FF.CC. del Estado, como médico del Manicomio Nacional, del Hospital de Lota, del Dispensario de la Cruz Roja del pequeño pueblo de Hualqui. En los años en que cumplió con esta misión, 1932 adelante, era una verdadera odisea el llegar a esas lejanas poblaciones, malos caminos, tiempo inclemente y muchas otras dificultades propias de la época en que le tocó ejercer su apostolado médico. Sin embargo, pese a las dificultades, allí estaba para aliviar el dolor, para entregar una palabra de consuelo. Y en este batallar duro e ignorado, se forjó su alma y su pensamiento como médico.

Tan adentro llevaba su abnegación profesional, que en la hora de las confidencias, y mirando a la lejanía el día en que habría de morir, expresaba con sinceridad su deseo de terminar su vida en un día de labor, como si quisiera llevar como última visión de su existencia la satisfacción del deber cumplido. Y cuando así hablaba parecería haber estado vislumbrando el destino que la vida le había preparado, porque su partida se inició así; al lado de su paciente recibió el latigazo fatal, que lenta e inexorablemente lo alejó de nuestro lado. Y así entonces sus pasos calmados, que recorrían los pasillos de nuestro hospital se han detenido y su voz llevando la palabra de consuelo ha callado para siempre. Su partida nos duele porque hemos perdido un amigo, porque aún esperábamos mucho de su palabra y de su pensamiento y porque vemos truncada una vida llena de realizaciones.

El homenaje más sencillo y sincero que esta noche podemos rendirle, todos, los que lo conocíamos desde hace mucho tiempo y los que solamente ahora lo vieron batallar en su misión como médico, es decirle que el recuerdo de sus actos serán una lección permanente de abnegación.

Prof. Dr. León Rodríguez.

OPTICA LOSADA

PASAJE MATTE 322 - 324

TELEFONO 393149

CONDELL 1290 — VALPARAISO

TELEFONO 3364

HUERFANOS 718

TELEFONO 382147

BANDERA 176

TELEFONO 85655



EL LABORATORIO MAS MODERNO Y EFICIENTE
DE SUDAMERICA EN NUESTRO PROPIO LOCAL DE

HUERFANOS 718 — TELEFONO 382147

AUDIFONOS Y LENTES DE CONTACTO



Laboratorio Losada

LENTES DE CONTACTO

PROTESIS OCULARES

AUDIFONOS

HUERFANOS 710 — TELEFONO 380403 — SANTIAGO

ANDRES HAMMERSLEY

OPTICO AUTORIZADO POR DIREC. GRAL. DE SANIDAD
OPTICO TITULADO EN BERLIN, BUENOS AIRES Y EE. UU.

15 AÑOS DEDICADO A LA
ADAPTACION DE LENTES DE CONTACTO

BANDERA 183 — LOCAL 19 — (Subterráneo) — Fono 88243
AGUSTINAS 565 — FONO 393883 — SANTIAGO

CLAUDIO MAIER

OPTOLENT M. R.

LENTES DE CONTACTO

SANTIAGO:

AHUMADA 131 — Of. 608 — Fono 61908

MIRAFLORES 318 — FONO 382588

CONCEPCION:

SAN MARTIN 728 — Fono 26341

GLAUCOMA MALIGNO. TRATAMIENTO MEDICO (*) CASO CLINICO

DR. LEON BROITMAN H. (**)

El glaucoma maligno es una complicación de la cirugía del glaucoma por cierre angular, crónico o agudo, y ocurre aproximadamente en el 2% a 4% de los casos (4,5). Se caracteriza por un acentuado estrechamiento o desaparición de la cámara anterior, con un alza considerable de la Tn intraocular, después de la operación antiglaucomatosa. Esto puede ocurrir en el post-operatorio inmediato o meses después y originarlo cualquier tipo de operación antiglaucomatosa (1, 2, 3).

Esta complicación se presenta en aquellos casos en que la cámara anterior antes de la operación es estrecha, o cuando no se consigue normalizar la Tn en el pre-operatorio inmediato. Aun normalizada la Tn, si no se consigue cierta profundización de la cámara anterior, el riesgo de que ocurra persiste. Si sucede en un ojo, generalmente también se presenta en el otro. Una vez instaurado, ninguna otra operación antiglaucomatosa sirve (1, 2, 3, 5).

La causa que produce el glaucoma maligno no ha sido bien establecida, pero se aprecia un desplazamiento del cristalino e iris hacia adelante, estrechando o aplastando la cámara anterior, cerrando el ángulo e impidiendo el flujo del acuoso, con la consiguiente alza de Tn, a pesar de la operación filtrante hecha previamente. Se ha postulado que un aumento de la presión vítrea empuja el diafragma iris-cristalino hacia adelante. Este parece ser uno de los factores, sin embargo no todos los glaucomas operados con Tn sobre lo normal desarrollan glaucoma maligno. Es posible que una debilidad de la zónula, permite que el cristalino se desplace anormalmente hacia adelante, empujado por un vítreo con una presión aumentada (2, 3).

El tratamiento era quirúrgico hasta 1962 en que se hicieron las primeras comunicaciones de tratamiento médico exitoso (3, 8). Como ya dijimos, otras operaciones antiglaucomatosas no

tienen éxito. En 1877 Weber (4) preconizó la esclerotomía posterior que más recientemente se ha combinado con inyección de aire en cámara anterior. La extracción del cristalino, habitualmente transparente es la cirugía que más se ha empleado, con esclerotomía posterior previa en ocasiones, y más recientemente con incisión profunda del vítreo. Desde 1964 se ha practicado la incisión perilenticular del vítreo, con el fin de dejar salir el acuoso, que según Schaffer, se iría por detrás del vítreo; esta operación ha derivado en una menos riesgosa, que es la punctura del vítreo por la pars plana (4).

En cuanto al tratamiento médico, antes de haberse dado a conocer el midriático ciclopléxico (3), se habían hecho intentos con sustancias hiperosmóticas, como la urea (8), manitol, glicerol (1), y también la acetazolamida, con resultados variables. Desde que se comenzaron a usar los midriáticos ciclopléxicos, solos o en combinación con los anteriores, los resultados han mejorado considerablemente (3, 4). Hay comunicaciones de buenos resultados en que se combina la Pilocarpina con la Atropina (6, 7); sin embargo a Chandler y cols. les parece peligroso y creen que muchos glaucomas malignos se han iniciado al instaurarse una terapia con Pilocarpina al tratar de conseguir una Tn más baja de la lograda hasta ese momento (4). Los ciclopléxicos actuarían traccionando y tensionando la zónula, con lo que el cristalino e iris se irían atrás.

CASO CLINICO

Mujer de 62 años, consulta en Marzo de 1969 por haber extraviado sus lentes de presbicie. No tiene molestias, salvo una leve sensación de cuerpo extraño en OI, de hace 2 meses.

VOD: 0,50 con +0,50 esf = 0,67.

VOI: 0,40 con +0,50 esf = 0,67²; para cerca J 1 con +2,50 esf ODI. El examen a la lámpara de hendidura revela cámaras anterio-

* Presentado a la Sociedad Chilena de Oftalmología el 27 Abril de 1975.

** Sección Oftalmología. Dpto. de Especialidades. Hospital José J. Aguirre.

res estrechas, más en OI. No hay hiperhemia, las córneas e iris son de aspecto normal.

Tn OD: 16 mmHg (tonómetro aplánatico de Goldman 21 mmHg ((tonómetro indentación de Schiötz).

Tn OI: 40 mmHg (Goldman) 51 mmHg (Schiötz).

Fondo de ojo derecho: de aspecto normal.

Fondo de ojo izquierdo: papila pálida con excavación glaucomatosa que llega casi al borde papilar.

Gonioscopia OD: ángulo estrecho, pero permite ver en sectores el espolón escleral. No hay goniosinequias.

OI: ángulo estrecho, más que en OD, no se ve ninguna estructura.

El campo visual hecho al día siguiente es normal en OD, encontrándose en OI un escotoma de Bjerrum y escalón de Ronne.

Se indicó Pilocarpina al 2% en OI, tratamiento que no modificó la Tn (54 mmHg con pilocarpina). Con Pilocarpina al 4% y Acetazolamida 250 mg cada 8 horas la Tn bajó en OI a 33 mmHg solamente. Se decide efectuar tratamiento quirúrgico, que la paciente rechaza en primera instancia, y luego de consultar otras opiniones, acepta.

Cincuenta días después de la primera consulta se practica Iridencleisis con incarceration de los dos pilares del iris en la incisión operatoria. La Tn OI pre-operatoria disminuyó sólo a 24 mm Hg con Acetazolamida 250 mg cada 8 horas y glicerol 1 cc/Kg-p. Mientras se suturaba la conjuntiva, se apreció que la cámara anterior se había estrechado más de lo que estaba antes de operarse. Al día siguiente la cámara anterior era casi inexistente y la Tn OI: 60 mm Hg, con dolor. Se indicó Acetazolamida 250 mg cada 8 horas, glicerol 1 cc/Kg-p y Atropina al 1% 3v/día. Dos días después de iniciado el tratamiento se consigue miđriasis, reformar la cámara anterior y tensiones que fluctúan entre 13 y 18 mm Hg. Se va disminuyendo la dosis de Acetazolamida y a las 2 semanas (VOI: $0,33 + 0,75 \text{ esf} = 0,40$) de operada se suspende junto con la Atropina. Al día siguiente la paciente consulta por dolor en OI ;en esta oportunidad se constata por primera vez edema de córnea y la Tn es 54 mm Hg. La cámara anterior es muy estrecha. Indicamos Acetazolamida 250 mg cada 8 horas, y Pilocarpina al 1% cada 4 horas en OI. La Tn disminuye a 34 mm Hg, con reformación

de cámara anterior. Se agrega Atropina al 1% 1v/día, normalizándose la Tn. Bajo control diario disminuimos la Acetazolamida hasta suspenderla, quedando la paciente con Atropina al 1% 1v/día y Pilocarpina al 1% cada 4 hrs.

Aproximadamente después de un año se suspende la Atropina, aumentando inmediatamente la Tn a 42 mm Hg y estrechándose la cámara anterior. Reiniciada la instilación de Atropina se reforma nuevamente la cámara, en horas, y normaliza la Tn. Desde entonces, ya transcurridos 3 años, la paciente se instala en OI Atropina al 1% 2v/día y Pilocarpina al 1% 4v/día manteniéndose la cámara anterior formada y las tensiones entre 16 y 22 mm Hg.

La visión ojo izquierdo en la actualidad es 0,15 con $+1 \text{ esf} = 0,25$ y al campo visual hay un islote temporal con conservación de visión central. Cabe hacer notar que la agudeza visual y el campo visual se han ido deteriorando junto con la aparición de facoesclerosis, la que se aprecia desde hace 2 años.

COMENTARIO

Presentamos un caso que reúne todos los requisitos en los cuales se debe sospechar la complicación de un glaucoma maligno y en el que ocurrió.

El ojo ocomprometido y operado tenía cámara anterior estrecha, ángulo cerrado, el tratamiento médico no fue eficaz y se operó con Tn algo sobre lo normal (24 mm Hg), a pesar de habersele administrado glicerol y acetazolamida previamente (3, 4, 5, 6).

Inmediatamente después de la operación, presentado el glaucoma maligno, se controló con glicerol por una vez, acetazolamida y atropina. Disminuida gradualmente la acetazolamida y suspendida junto con la Atropina, se presenta una nueva crisis de hipertensión endocular con cámara aplastada. Con acetazolamida nuevamente y Pilocarpina se consigue reformar la cámara anterior pero no normalizar la Tn. Agregando atropina, ésta se normaliza. Suspendida nuevamente la acetazolamida, la cámara anterior se mantiene formada y la Tn normal, con Pilocarpina y Atropina. Esta combinación que a algunos autores parece peligrosa y además postulan que el efecto de la Pilocarpina sería totalmente bloqueado por la Atropina (4), a otros les parece útil (6) (7), pues

fuera del efecto de la Pilocarpina de ampliar el ángulo, mejoraría el drenaje. En nuestro caso la combinación nos ha dado buen resultado; con Pilocarpina y Acetazolamida no logramos normalizar la Tn luego de una crisis hipertensiva, pero no hemos ensayado en esta paciente el tratamiento sólo con Atropina.

RESUMEN

Se presenta un caso de glaucoma maligno en que se logra controlar esta complicación con tratamiento médico, consistente inicialmente en una combinación de un agente hiperosmótico, Acetazolamida y Atropina. Esta última se combinó de hace 3 años con Pilocarpina y no se ha vuelto a presentar la complicación.

SUMMARY

A case of malignant glaucoma after an iridencleisis is presented. The malignant glaucoma was medically controlled with a combination of an hyperosmotic agent, acetazolamide and atropine.

Suspension of the atropine drops brought about the immediate rise in intraocular tension and shallowing of the chamber and the medication had to be maintained indefinitely. Three years after surgery the

glaucoma is under control with a combination of atropine and pilocarpine.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **Becker and Shaffer:** Diagnosis and therapy of glaucomas. The C. V. Mosby Company, 1965.
- 2.— **Chandler, P. A.:** Malignant Glaucoma. *Am. J. Ophth.* 34: 993-1000, 1951.
- 3.— **Chandler, P. A., Grant, M. W.:** Midriatic-Cycloplegic treatment in malignant glaucoma. *Arch. Ophth.* 68: 353-359, 1962.
- 4.— **Chandler, P. A., Simmons, R. J., Grant, M. W.:** Malignant Glaucoma. *Am. J. Ophth.* 66: 495-502, 1968.
- 5.— **Duke-Elder:** System of Ophthalmology, Vol XI. The C.V. Bosby Company, 1969.
- 6.— **Frezzotti, R., Gentili, M. C.:** Medical therapy attempts in malignant glaucoma. *Am. J. Ophth.* 57: 402-406, 1964.
- 7.— **Hoshiwara, I.:** Bilateral malignant glaucoma. *Arch. Ophth.* 72: 601-603, 1964.
- 8.— **Verdaguer, T. J., Lira, V. C.:** Intravenous urea in malignant glaucoma. *Am. J. Ophth.* 54: 309-311, 1962.

OPTICA SANTA LUCIA

MIGUEL SOLARI Y CIA. LTDA.

Mecánica de Precisión en General

MONEDA 818 — SAN ANTONIO 194

Teléfono 381374 - 393746 — Santiago

AGUSTINAS 1090
AHUMADA 215

A black and white illustration of a pair of glasses with dark frames and light-colored lenses. A hand is shown on the right side, holding the right temple of the glasses. The entire illustration is enclosed in a thick black rectangular border.

HAMMERSLEY

OPTICA ROTTER

CALIDAD Y EXACTITUD EN LA EJECUCION DE LAS RECETAS
VARIADO Y MODERNO SURTIDO EN ARMAZONES PARA ANTEOJOS

Huérfanos 1029 — Casilla 72 — Fono 80465 — Santiago



DR. HERMAN STÖLTING

Se me ha conferido el honor de rendir un homenaje en memoria del Dr. Stölting, quien acaba de fallecer en la ciudad de Göttingen, a la edad de 96 años.

Sólo los más antiguos de entre nosotros lo recordarán, ya que regresó en 1936 a su país de origen, Alemania.

Había llegado a Chile en la primera década de este siglo, ejerciendo desde entonces como Oculista, interrumpiendo su permanencia en nuestro país durante la Primera Guerra Mundial, para ir al frente de batalla.

En su calidad de Oculista contribuyó a cimentar entre nosotros el prestigio de la Oftalmología alemana.

Sus aciertos le valieron una numerosa y distinguida clientela, de la que daban testimonio sus archivos con sus respectivas fichas clínicas, que dejó, al regresar a su país, en poder de la Biblioteca del Servicio de Ojos del Hospital Salvador, por si algún colega tratante de sus antiguos pacientes se viera en la necesidad de consultar los antecedentes respectivos. Dejó prueba así del arraigo que tenía con este servicio, por la amistad que le unía al Prof. Charlín y a muchos de sus ayudantes.

Como recordarán los Colegas que acudían al Hospital allá por los años 34 y 35, el Prof. Charlín, con un gesto que lo honra hizo colocar en los diferentes departamentos de su Clínica planchas metálicas que perpetuaban el recuerdo de alguno de sus profesores o de las personas benefactoras de la Clínica. Entre ellas, una con la siguiente inscripción: Consultorio Dr. Germán Stölting. Dejó así una deuda de gratitud que el Hospital Salvador tenía para con el viejo Maestro, ya que éste había atendido desinteresadamente un Consultorio anexo a este Hospital, mucho antes que se fundara la Clínica Oftalmológica que fuera obra del Prof. Charlín.

Atendió a numerosos pacientes de la antigua Beneficencia y creó el clima propicio para que fructificara la idea de proveer al complejo hos-

pitalario de un Servicio dedicado exclusivamente a la especialidad.

Los jóvenes que hoy llegan a un Servicio tan completo y bien equipado como lo es esta Clínica, difícilmente podrán imaginar las precarias condiciones en que le correspondió ejercer al Dr. Stölting. Su equipo consistía en una lámpara, dos asientos y un surtido de colirios, que fuera de la Atropina y la Pilocarpina, ya entonces imprescindibles, contenían sales y derivados de los metales como la Plata, el Cobre, el Zinc y el Mercurio, con los que en manos expertas se lograban curaciones, que si bien no igualaban las que se obtienen con los Antibióticos, muchas veces eran definitivas.

El Dr. Stölting era un hombre muy metódico, que invierno y verano se levantaba al alba y tomaba un baño de tina frío. Tenía la costumbre de irse a pie desde su habitación en Lyon hasta su consultorio en Compañía a la altura de Amunátegui. Nunca usaba abrigo ni sombrero y era muy frugal en las comidas.

Los sábados encaminaba sus pasos al Hospital Salvador invitado especialmente por el Dr. Charlín para asistir a las visitas, siendo consultado con frecuencia sobre problemas que se suscitaban en el diagnóstico o tratamiento de algunos pacientes.

Cuántas veces escuchamos al Profesor Charlín decirnos con respecto a algún paciente: "Muéstreselo al Dr. Stölting". Este, en una actitud característica de alto miope, se colocaba los lentes sobre la frente y se acercaba por principio a una ventana, porque sostenía que la luz natural revelaba detalles que el microscopio o la cámara oscura ocultaban.

A los neófitos nos recomendaba no hacer eversión del párpado superior antes del examen con el microscopio corneal. Sostenía que la secreción de las glándulas de Meibomio, a veces algo grumosa, dificultaba la interpretación de la imagen dada por la lámpara de hendidura.

Durante las visitas si algún caso le impresionaba como particularmente infausto, exclama-

ba: "Schrecklich", lo que traducido y felizmente no comprendido por el paciente significaba "espantoso". Este término pasó a ser usado en alemán por el Prof. Charlín, cuando la ocasión se presentaba.

Habitualmente, después de la visita del sábado sesionaba en este mismo local la incipiente Sociedad Chilena de Oftalmología de la cual el Dr. Stölting fue uno de los fundadores. Con frecuencia asistía a estas sesiones, que dado el exiguo número de socios tenían un carácter familiar. No le agradaba hacer uso de la palabra.

En aquellos tiempos se escuchaba entre los médicos generales con cierta frecuencia la crítica de que algunos oftalmólogos se salían de la órbita. El Dr. Stölting era uno de ellos, pero no en sentido peyorativo. Tenía una vasta gama de inquietudes, que satisfacía con prolongadas lecturas y estudios.

Fue miembro de la entonces Sociedad Científica Alemana, fundada por los profesores contratados en Alemania que tenían su docencia en el Pedagógico, y en el seno de esta colectividad disertaba o publicaba sobre temas de las más variada índole.

Tenía acendrado sentido religioso y formó parte durante largos años del Consejo Directivo de la Iglesia Luterana Alemana, promoviendo en su calidad de tal la construcción de su sede ubicada en la calle Lota.

Como ya se mencionó, el Dr. Stölting era alto miope y para examinar a un paciente a veces tenía que acercarse a unos diez centímetros de distancia. Con el tiempo se fueron agregando escotomas que le hacían difícil el trabajo.

En 1936 estos impedimentos lo decidieron a regresar a Alemania, donde al poco tiempo cegó por un glaucoma bilateral no detectable en ese entonces por mantenerse las tensiones dentro de los límites aparentemente normales.

Esta verdadera tragedia griega, a la que poco después se sumó la pérdida de un ojo de su Sra. esposa, por glaucoma absoluto, doloroso, la soportó con filosofía heroica.

Les ruego considerar por un instante el destino a que se vio abocado el Dr. Stölting. Después de haber velado durante treinta y cinco años por la integridad visual de sus semejantes, verse sumido en las tinieblas de una ceguera absoluta por espacio de otros treinta y cinco años. Cualquiera se hubiese desesperado. Pero el Dr. Stölting lejos de amilanarse por este golpe del destino, intensificó su vida intelectual. Aprendió a leer Braille y se matriculó en la Universidad de Göttingen, asistiendo regularmente a las más diversas Cátedras, relacionadas sobre todo con Filosofía, Historia y Teología.

A decir de algunos amigos que lo visitaron en esa ciudad daba la impresión de perfecta serenidad y conformidad con su destino, interesándose vivamente por Chile y por los muchos amigos que había dejado.

Esta claridad mental la mantuvo hasta su última corta enfermedad que terminó con esta fructífera existencia.

La Oftalmología Chilena pierde con él a un conspicuo precursor de nuestra especialidad.

Nos inclinamos reverentes ante este ejemplo de entereza en la adversidad.

Dr. Román Wagnanski W.

RETINOPATIA ANOXICA. CASO CLINICO (*)

DRES. BASILIO ROJAS U., JUAN VERDAGUER T., Y T. M. NORA LE CLERCO G. (**)

La isquemia de la retina puede ser inducida por diversos cuadros patológicos, pero las manifestaciones fundoscópicas son similares. Por otra parte, la obstrucción completa y aguda de la arteria central de la retina, da lugar al conocido, pero diferente, cuadro de turbidez retinal y mancha rojo cereza.

La retinopatía hipotensiva es causada por isquemia retinal parcial de progresión lenta producida por una insuficiencia u obstrucción de la carótida interna o por una enfermedad sin pulso. La retinopatía se caracteriza por hipotensión de la arteria central de la retina, dilatación de las arteriolas en el lado afectado, manchas algodonosas y las manifestaciones de ectasia venosa: dilatación venosa, corriente granulosa ("sludging") pequeñas hemorragias retinales, microaneurismas y en ocasiones, vasos de neoformación (5).

Las hemorragias masivas son seguidas de una intensa isquemia retinal. El fondo de ojo muestra, nuevamente, manchas algodonosas y hemorragias retinales. Los casos más graves terminan con una atrofia papilar y alteraciones camipébricas variadas (5).

Similares hallazgos han sido comprobados en sujetos sometidos a condiciones de hipoxia ambiental, en los casos del llamado "mal de altura" y experimentalmente en cámaras altitudinales (7).

En el presente trabajo se describe la observación de un paciente que presentó una retinopatía de características peculiares secundaria a un shock anafiláctico.

CASO CLINICO

Los datos clínicos previos al primer estudio oftalmológico fueron obtenidos de la ficha registrada en el Servicio de Urgencia del Hospital de Rancagua, donde la enferma fue atendida por primera vez.

La enferma N.P.F., de 25 años, ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital de Rancagua el día 11 de Julio de 1972, a las 17,30 horas con antecedentes de haber presentado crisis convulsiva y lipotimia 10 minutos después de haberle inyectado Penicilina-Benzatina, presentando además relajación de esfínteres, inconciencia y arreflexia.

Examen físico de ingreso:

Piel y mucosas: palidez cianótica.

Pulso 0, Presión 0.

Ojos: midriasis bilateral sin respuesta a estímulos luminosos.

Examen pulmonar: abundantes ruidos bronquiales.

Examen cardíaco: tonos cardíacos muy apagados.

Abdomen: nada especial.

Extremidades: hipotonía marcada.

Diagnóstico de ingreso: Shock anafiláctico por inyección de Penicilina-Benzatina.

El tratamiento inmediato consistió en cortisol endovenoso, adrenalina y valium, continuándose con goteo rápido de soluciones parenterales, solucoartil y levofed.

Se hospitalizó en el Servicio de Medicina, evolucionando bien, por lo que se suspende el tratamiento al tercer día, continuando sólo con hidratación y antihistamínicos. Un hemograma efectuado en esta fecha no reveló cambios significativos.

Con fecha 24 de Julio, es decir, tres días después de su ingreso, la paciente solicita su alta, que le fue otorgada con diagnóstico de Shock anafiláctico por Benzatina.

El día 3 de Agosto (a 23 días del shock) la enferma consulta por primera vez a uno de nosotros (B.R.U.), anotándose en la ficha de la Unidad de Retina de la Sección Oftalmología del Hospital Clínico José Joaquín Aguirre de la Universidad de Chile, los siguientes datos adicionales:

* Presentado a la Sociedad de Oftalmología el 29-VI-1975.
** Unidad de Retina, Sección Oftalmología, Hospital José Joaquín Aguirre, U. de Chile.

—Antecedentes de shock anafiláctico por Benzatina el 11 de Julio de 1972. La enferma no aporta datos sobre la duración del período de inconciencia. Sufrió la pérdida total de visión aproximadamente durante una semana, con recuperación lenta y con persistencia de un escotoma central.

Examen externo:

—Pupilas iguales, reaccionan bien a estímulos luminosos.

—Motilidad ocular normal.

—VOD: cds. 10 cms.; VOI: cds. 50 cms. (contar dedos).

—Fondo de ojo: ODI: papilas pálidas, planas, de bordes netos; máculas con alteraciones del brillo, coloración y exudados secos. Manchas algodonosas abundantes en el resto del polo posterior, hemorragias retinales en llama de vela y de forma irregular aisladas y confluentes (Fig. 1 - 2).

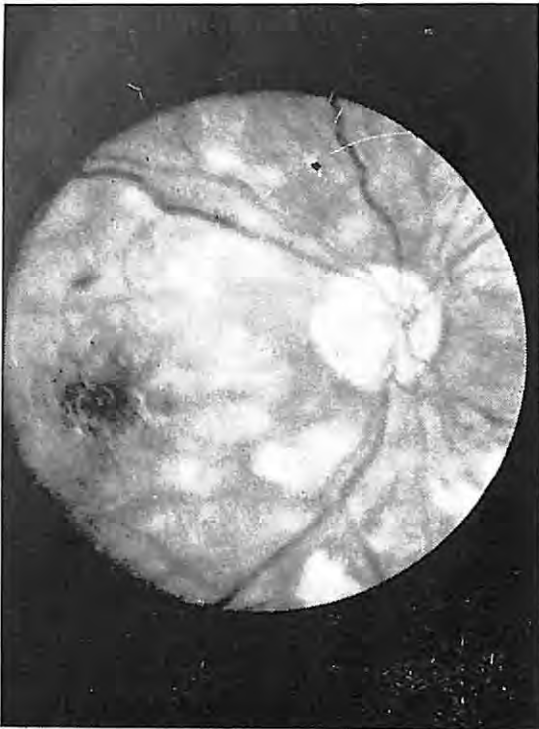


Fig. 1: Fondo de ojo derecho a 25 días del shock. Discreta palidez papilar, manchas algodonosas abundantes y alteraciones exudativas en la mácula.

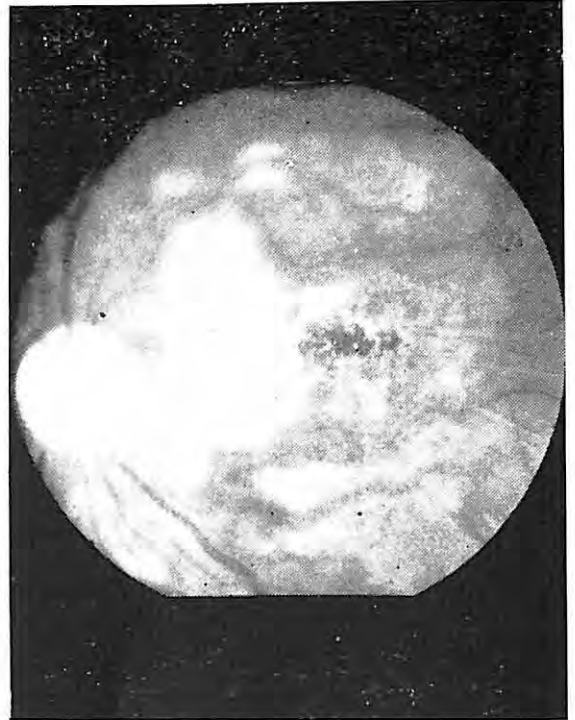


Fig. 2: Fondo de ojo izquierdo a 25 días del shock.

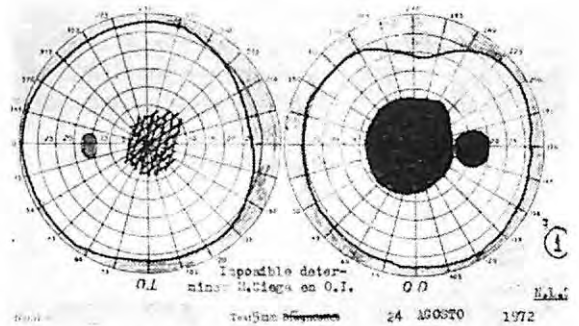


Fig. 3: Campos visuales a 45 días del shock. Escotoma central bilateral.

—Campos visuales: (en pantalla de Bjerrum): ODI escotoma central. En OI la mala percepción del índice no permite determinar mancha ciega (Fig. 3).

Con diagnóstico de Retinopatía isquémica post shock anafiláctico, se deja en tratamiento sólo con Ananase (4 comprimidos al día), indicándose controles y exámenes de laboratorio para estudiar la función renal, cuyos resultados fueron normales.

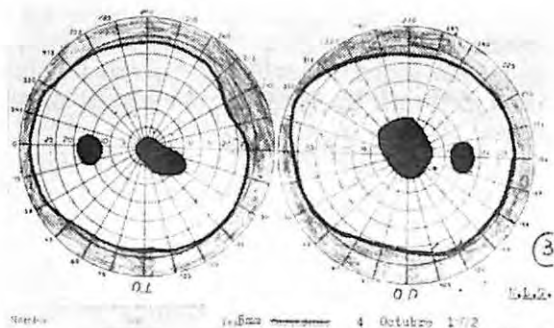


Fig. 4: A los 2 meses del shock, los campos visuales demuestran reducción del escotoma central.

El día 24 de Agosto (44 días después del shock), el examen externo no varía, pero en el fondo de ojo se aprecia desaparición parcial de las manchas algodonosas y total de las hemorragias, conservándose el mismo aspecto alterado de las máculas. La visión se mantenía sin recuperación.

El día 13 de Septiembre (a 2 meses del shock) el examen de fondo revela limpieza to-

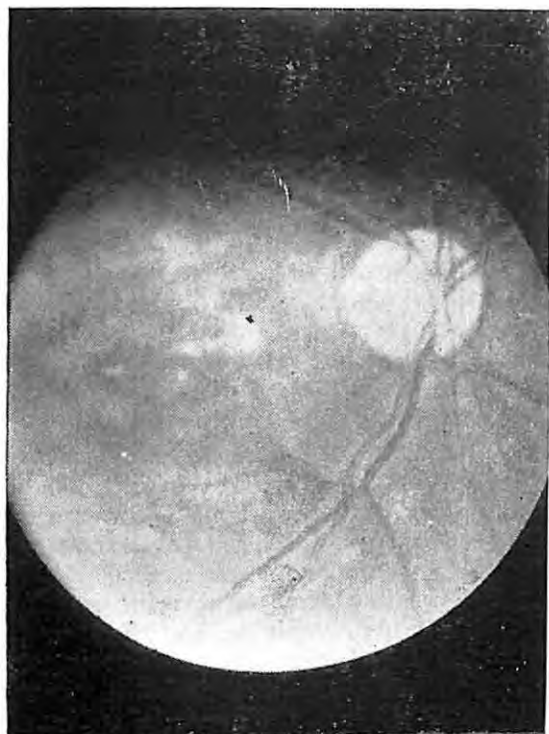


Fig. 5: A los 6 meses del shock, se demuestra palidez papilar y alteración cicatricial de la mácula en OD.



Fig. 6: Alteración fibrótica retinal y pre-retinal en OI a los 6 meses del shock.

tal de los exudados algodonosos y de las hemorragias en ambos ojos, palidez papilar y alteración macular cicatricial, con pérdida del brillo y cambios pigmentarios. El campo visual revela en ambos ojos reducción del escotoma central, presentándose en el ojo izquierdo ligeramente excéntrico (Fig. 4). Quince días después de este examen los escotomas se encuentran más reducidos, sin variación del aspecto fundoscópico de las máculas. En esa oportunidad se practicó examen fluoresceinoscópico con lente de Goldman al biomicroscopio, demostrándose una alteración difusa tipo puntata del epitelio pigmentario, es decir, puntos de fluorescencia de aparición precoz y mantenidos, sin escape de fluoresceína.

El 16 de Enero (a 6 meses del shock) el aspecto del fondo se mantiene similar a los exámenes anteriores y las máculas han adquirido un aspecto francamente cicatricial (Fig. 5, 6). El campo visual demuestra escotomas ligeramente mayores que los controles anteriores.

El último control efectuado el 13 de Junio de 1973, reveló:

- Examen externo: nada especial
- VOD: 5/100; VOI: 5/100.
- Fondo ODI con oftalmoscopio directo y lente de Goldman al biomicroscopio: aparecen ambas papilas levemente pálidas, las máculas han perdido su estructura y brillo normal, con formación de membranas pre-retinales de tipo fibroso y aspecto estrellado.
- Tensión ocular normal, al igual que en todos los exámenes anteriores.

El tratamiento con Ananase fue suspendido 1 mes después de iniciado.

COMENTARIO

La retinopatía presentada por nuestra paciente, caracterizada por hemorragias retinales, manchas algodinosas, exudados secos y alteración macular es muy similar a la que se observa a continuación de hemorragias repetidas, que condicionan gran hipotensión arterial y anoxia tisular. También estas manifestaciones fundoscópicas se ven en otras enfermedades en las cuales la anoxia retinal es un hecho evidente, como es el caso de la diabetes, hemopatías, disproteinemias (2), enfermedad sin pulso (5), etc. En la hipertensión arterial de tipo maligno se encuentran también hemorragias, exudados secos y algodinosos, lo que para muchos autores se debería a la anoxia producida por la pobreza circulatoria de los vasos terminales más que a la influencia de las placas de aterosclerosis (5).

Las hemorragias retinales se deberían a la diapedesis de eritrocitos que sigue a la alteración de la permeabilidad capilar producida por la anoxia. En el caso presentado, el shock, al producir hipotensión y anoxia llevaría a la formación de estas hemorragias.

Las manchas algodinosas son el reflejo de microinfartos retinales, que en la hipotensión arterial serían el resultado de trombosis vasculares favorecidas por la ectasia circulatoria; también se les ve en las disproteinemias en las que hay lentitud circulatoria pero no hipotensión arterial. La aparición de manchas algodinosas después de la ligadura de la carótida demuestra claramente que estas son consecutivas a la isquemia retinal, período en que la paciente tuvo pérdida absoluta de visión.

La presencia de exudados secos en el área macular y los antecedentes anamnésticos dados por la paciente hacen suponer que hubo edema del polo posterior durante la primera semana posterior al shock.

A través de los distintos exámenes oftalmoscópicos efectuados, la papila apareció siempre pálida, pero no se presentó la contracción periférica del campo visual como se ha descrito en casos de hemorragias profusas, que llevan en algunas oportunidades a la atrofia papilar. Las alteraciones campimétricas presentadas son obviamente el reflejo de la profunda alteración macular.

Los elementos fundoscópicos, hemorrágicos y exudativos, observados en la paciente se explicarían fisiopatológicamente por: a) la anoxia producida por hipotensión arterial aguda del shock, que determina una alteración de la permeabilidad capilar y produce edema retinal, hemorragias y exudados secos, y b) la ectasia circulatoria que crea las condiciones para la trombosis vascular manifestada por las manchas algodinosas.

Creemos que el factor anafiláctico no desempeñó un rol importante en este caso, ya que la patología se evidenció en sólo un tejido orgánico: la retina; los exámenes generales practicados a la paciente no revelaron otras focalizaciones patológicas. Por otra parte, la retina es un mal órgano de choque inmunitario, por cuanto se ha demostrado recientemente que posee muy escasa cantidad de inmunoglobulinas, necesarias para el desarrollo del proceso anafiláctico (1). Sin embargo, factores demostrados en la anafilaxia podrían coadyuvar al desarrollo del proceso retinal descrito, como es la liberación de sustancias tales como la histamina, serotonina que aumentan la permeabilidad capilar y sustancias como la heparina que disminuyen la coagulabilidad sanguínea (6).

La evolución del cuadro retinal de esta paciente fue la esperada cuando el factor deja de actuar; es decir las hemorragias van primero a la resolución y luego las manchas algodinosas cuya desaparición ocurre alrededor de la 6ª a 10ª semana. Llama la atención la alteración macular tan notable de esta enferma, que no hemos visto descrita en otros casos de gran hipotonía, ni tampoco la alteración pre-retinal a nivel de la mácula, que han dejado reducida la visión a 5/100 en cada ojo.

La paciente actualmente continúa bajo con-

trol fundoscópico y campimétrico, pero hemos llegado a la conclusión de que estamos frente a un proceso cicatricial definitivo, considerando irreversible la pérdida de visión central.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente que luego de un shock anafiláctico por inyección de Penicilina-Benzatina consulta por pérdida de visión. Se comprueba la existencia de una retinopatía hemorrágica y exudativa que se resuelve con el tiempo dejando una maculopatía cicatricial.

Se analiza el rol de la anoxia y la anafilaxia en la producción del cuadro retinal concluyéndose que es la anoxia producida por la hipotensión del shock la que creó las condiciones para el desarrollo de esta retinopatía.

SUMMARY

A 25 years — old woman experienced a total, and then a partial loss of vision following an anaphylactic shock produced by the injection of benzathine penicillin. Fundus examination revealed a retinopathy characterized by cotton-wool patches, hemorrhages and exudatives changes at the macula. The initial retinal changes disappeared with time, but the patient was left with a permanent cicatricial maculopathy.

The role of anaphylaxis and of circulatory factors in the ethiology of the retinopathy are discussed. It

is concluded that the condition was produced by marked retinal ischemia following the hipotensive shock.

Mac-Iver 265, Santiago

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Allansmith, M. R.; Whitney, C. R.; Mac Clellan, B. H. and Newman, L. P.: Immunoglobulins in the human Eye. Arch. Ophthal. 89: 36-45, 1973.
- 2.— Appelmans, M.; Michiels, J.; Massa, J. M. et. Vloo, N.: Manifestations oculaires des dysproteinemies. Bull. Soc. Belge Ophthal. 129, 445, 1960.
- 3.— Bilchik, R. C.; Müller-Bergh, H. A. and Freshman, M. E.: Ischemic Retinopathy due to Carbon Monoxide Poisoning. Arch. Ophthal. 86: 142-144, 1971.
- 4.— Bullock, J. D.; Falter, R. T.; Downing, J. E. and Snyder, H. E.: Ischemic Ophthalmia. Am. J. Ophthal. 74: 486, 1972.
- 5.— Duke-Elder, W. S.: System of Ophthalmology. St. Louis. CV Mosby Co, 1967, vol. 10.
- 6.— Iawetz, E.; Melnick, J.; Adelberg, E.: Microbiología Médica. M.M.S.A. México, 1970.
- 7.— Kobrick, J. L. and Appleton, B.: Effect of extended hypoxia on visual performance and retinal vascular state. J. App. Physiology. 31: 357-362, 1971.
- 8.— Walsh, F. B.: Clinical Neuroophthalmology. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1957, p. 737.

HUERFANOS 983
FONO 33997
SANTIAGO

MAC-IVER 30
FONO 395673
SANTIAGO

MAC-IVER 52
FONO 31448
SANTIAGO

AV. CENTENARIO 115
FONO 32445
SAN ANTONIO

SU VISTA en las
mejores manos



CASILLA 893 — SANTIAGO

SE DESPACHAN RECETAS DE
LOS SRES. MEDICOS OCULISTAS

GRAN SURTIDO EN ARMAZONES Y CRISTALES
REPARACIONES

ECONOMIA — RAPIDEZ — PRECISION

OPTICA MARIO CORTES

SAN ANTONIO 313

TELEFONO 34620

SANTIAGO

OPTICA HISPANA

ESTADO 219

FONO 30160

VARIEDAD EN CRISTALES Y ARMADURAS

ATENDIDA PERSONALMENTE POR TECNICOS EUROPEOS

OPTICA MONEDA

MONEDA 1152 —oOo— FONO 89586

CIERTAS COMPLICACIONES POST-QUIRURGICAS DEL ESTRABISMO (*)

DR. OSCAR HAM (**); DR. JORGE ABUJATUM (**)

Con el objeto de estudiar las características de las complicaciones de nuestra cirugía del estrabismo, sus causas y probable relación con la técnica usada, su evolución e importancia, tratamiento y prevención, hemos revisado las observaciones clínicas de los estrabismos operados, catalogados como complicados, en el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile durante los últimos 12 años. Hemos logrado reunir así 78 casos con diferentes complicaciones. Nuestro material comprende la cirugía practicada por todos los oftalmólogos de nuestro Hospital, incluyendo aquéllos en formación. La técnica generalmente usada por este equipo comprende las siguientes peculiaridades: incisión conjuntival en la cercanía de la inserción de los músculos rectos o, a veces, perilímbica según Cortés (6); sutura muscular de supramid anudada en el músculo y esclera o sólo en la esclera en casos de retroinserciones; cierre de la conjuntiva y fascia de Tenon en un solo plano.

Basándonos en un criterio de orientación patogénica, hemos ordenado nuestros resultados en los siguientes grupos:

- 1º Cirugía equivocada.
- 2º Técnica quirúrgica deficiente y accidentes durante la intervención.
- 3º Reacciones secundarias a una técnica quirúrgica habitual.
- 4º Complicaciones por anomalías anatómicas y neurogénicas.
- 5º Infección.

En esta oportunidad sólo nos referiremos a las complicaciones derivadas de una reacción secundaria a una técnica quirúrgica habitual. Quedan excluidas, por lo tanto, aquellas com-

plicaciones post-operatorias relacionadas en forma constante con un error de técnica quirúrgica. Tampoco trataremos las sobre subcorrecciones quirúrgicas del estrabismo, excepto como consecuencia de otras circunstancias consideradas por nosotros como complicaciones, dado que esos malos resultados pueden deberse a múltiples factores, entre ellos a una condición sensorial alterada o a una intervención inadecuada en relación con las características del caso.

Análisis de nuestros hallazgos.

1.— Adherencias y fibrosis del músculo.

Las adherencias al plano superficial y profundo del músculo intervenido son la consecuencia de la incisión y debridamiento extenso e innecesario de cápsula de Tenon, vainas musculares y alerones laterales, estructuras que reaccionan con un proceso de fibroplasia cicatricial indeseado, que involucra epiesclera, vainas, músculo, cápsula de Tenon y conjuntiva. Si además se lesiona el músculo, se agrega fibrosis de éste (4, 5, 12, 22).

Otras causas de adherencias son el maltrato del tejido epiescleral durante las maniobras de hemostasis, la reacción a la sutura, cierre inapropiado, un probable factor individual y, discutiblemente, las hemorragias y cauterizaciones.

Como consecuencias de este proceso observamos retracción de conjuntiva y tejido subconjuntival, alteración de la prueba de ducción pasiva, limitación de la motilidad con hipocorrecciones o hipercorrecciones.

Hemos encontrado en nuestra revisión 10 casos con adherencias musculares comprobadas al reintervenir el músculo en cuestión, excepto un caso en que la comprobación de las adherencias (consiguientes a tenotomía de un oblicuo superior) fue hecha a través del test de ducción forzada. Las adherencias eran superficiales, profundas o mixtas y afectaron con mayor frecuencia al recto medio que había si-

* Presentado a la Sociedad Chilena de Oftalmología el 27 de Julio de 1973.

** Servicio Oftalmología.
Hospital San Juan de Dios
Santiago - Chile.

do retroinsertado. La disección del músculo fue difícil y la liberación de las adherencias, a veces laboriosa. En un caso se dejó una lámina de plástico (Teflón) bajo el recto medio. En la mitad de los casos el resultado de la reintervención fue bueno.

2.— Granulomas de la inserción muscular y quistes de la sutura conjuntival.

El granuloma es una lesión de carácter inflamatorio, constituida por una infiltración de macrófagos, linfocitos, células plasmáticas, células epitelioideas y células gigantes, delimitada por tejido conectivo. En el caso de la cirugía del estrabismo se observa esta patología en el período post-operatorio, en forma de una prominencia algo irregular, a veces aplanada, en la zona de inserción del músculo operado; ocasionalmente es de aspecto quístico o papilomatoso. Por lo general compromete todos los tejidos que cubren la esclera.

El quiste de la sutura conjuntival descrito en la literatura europea y norteamericana (4, 20), se atribuye generalmente a mal cierre de la conjuntiva o a inclusión de la fascia de Tenon en ella y compromete una u otra estructura. Se le considera también quiste de inclusión (5, 9) por algunos autores o granulomas por otros (14, 17). Si no se resuelve espontáneamente, debe extirparse.

En nuestra revisión hemos encontrado 23 casos de granuloma de la inserción muscular, cuya observación diagnóstica fue hecha entre 6 días y 4 años después de la cirugía; en 16 casos, entre 19 días y 1 año del período post-operatorio y con mayor frecuencia, entre 1 y 3 meses (9 casos).

El tamaño fluctuó entre el de un grano de mijo (Fig. 1) y el de un garbanzo (Fig. 2), llegando a tomar un aspecto papilomatoso pediculado en un caso. En los más abultados, los síntomas y signos inflamatorios fueron más marcados y se agregó catarro conjuntival. En 8 casos de los 23, el granuloma se presentó sobre un músculo retroinsertado y en 14, sobre un músculo resecado.

En 6 casos el granuloma se tornó asintomático con tratamiento local de antibióticos y esteroideos. En 5 casos curó con ese tratamiento. En 10 debió procederse a la resección, observándose la persistencia de una discreta reacción local inflamatoria en 3 casos, en 2 de los cuales



Fig. 1: Pequeño granuloma sobre la sutura de un músculo.



Fig. 2: Granuloma voluminoso sobre la sutura del recto lateral.

hubo una recidiva del granuloma. De regla esta complicación no alteró los resultados quirúrgicos del estrabismo.

Sólo hemos observado un caso de quiste de la sutura conjuntival entre nuestros pacientes.

3.— Alergia al catgut.

Se dice que, cuando se usa el catgut en la sutura muscular, se ha observado con frecuencia durante su período de reabsorción una reacción inflamatoria local importante, calificada como alérgica (16). Ella también ha sido descrita por el uso de colágeno (17).

No tenemos experiencia con estos materiales de sutura. Sin embargo, con el material irreabsorbible usado por nosotros, a veces observamos una reacción desusada pasajera (gran inyección conjuntival, quemosis, fotofobia), la que no puede ser explicada por este mecanismo.

4.— Rechazo del implante plástico.

Diferentes sustancias plásticas han sido empleadas en forma de láminas destinadas a impedir el desarrollo de adherencias entre el músculo intervenido y las estructuras vecinas, como también con otros fines, en la cirugía del estrabismo. Sin embargo, algunas comunicaciones han informado sobre el peligro de rechazo y eliminación de ellos, lo que puede acarrear serios problemas quirúrgicos (5, 10, 11).

Entre las observaciones clínicas revisadas en esta oportunidad, encontramos sólo tres casos en que se empleó un material plástico en una reintervención. En uno se usó "Gelfilm", que fue bien tolerado; en otro, una lámina de "Supramid Extra", que desencadenó diversas complicaciones, por lo que debió ser extraído; el tercer paciente toleró también muy mal un trozo de "Teflón" que, igualmente, debió ser retirado; pero posteriormente, debido a una reacción tisular persistente, se reintervino el músculo afectado y se le envolvió en una hoja de "Supramid Extra", fijándosela con las suturas del músculo. Nueve meses después se eliminó espontáneamente, con lo que la reacción inflamatoria local se redujo a un mínimo. La perforación conjuntival cicatrizó espontáneamente.

5.— Necrosis de la esclera.

La observación de esta extraña lesión en la vecindad de la inserción del músculo intervenido ha sido citada rara vez. Por lo general regresa espontáneamente y sin secuelas. Su causa no se conoce (14), pero ha sido atribuida a la alteración circulatoria derivada de la sección de una arteria ciliar anterior.

No fue registrada entre los casos revisados por nosotros.

6.— Cicatriz queloidea.

Es ésta una eventualidad también rara, en que la cicatriz conjuntival es definitivamente gruesa o abultada (14). La observamos en uno solo de nuestros casos, después de una reintervención. El mecanismo correspondía a adherencias de la conjuntiva a los planos subyacentes que, una vez rotas, dejaron lisa la superficie conjuntival.

7.— Ulceración de la córnea.

Entre las publicaciones consultadas, sólo pocos autores mencionan esta complicación (14, 17, 26), descrita por Duke-Elder (8) como una excavación superficial en platillo, cercana al limbo temporal, con una tenue opacidad en el fondo, denominada Delle por Fuchs (13).

En nuestro material, en cambio, se le registró en 14 casos. El cuadro se anunció a veces con fotofobia, epífora y aún cierto blefaroespasmio. La ulceración se diagnosticó en plazos variables dentro de los 10 primeros días después de la cirugía. En dos casos ocurrió tardíamente (en uno a los 2 meses y en otros a los 10 meses), coincidiendo con un granuloma vecino.

La úlcera (Fig. 3), se localizó en el meridiano horizontal cerca del limbo y del músculo resecado; en un caso aparecieron 2 úlceras ubicadas en ambos extremos del meridiano horizontal de la córnea. Ocasionalmente su aspecto era más bien el de una infiltración grisácea que apenas fijaba la fluoresceína.

En varios ojos se observó la conjuntiva bulbar solevantada en la proximidad de la úlcera, debido al edema post-quirúrgico y, en los dos casos ya mencionados, debido a un granuloma. En todos los casos se había intervenido dos o más músculos en el mismo ojo.

La edad no influyó en la incidencia de esta complicación.

Todos estos pacientes recibieron colirio de antibiótico con o sin esteroides y curaron en plazos muy variables entre una semana y 2 meses.

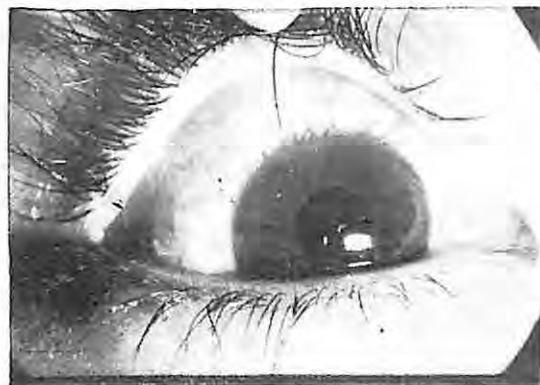


Fig. 3: Ulceración o infiltración corneal periférica.

Discusión

Quiénes hemos tenido ocasión de reintervenir una importante proporción de estrabismos hemos quedado impresionados por la alta incidencia de adherencias que presentan los músculos anteriormente operados, como lo demuestran también Jacobi (15) y otros autores. Esto nos permite culpar a dichas adherencias del fracaso de la primera cirugía y, por lo tanto, temerlas como la complicación más importante. A mayor abundamiento, consideramos que no contamos con una solución adecuada para corregir sus trastornos motores, ya que la reintervención de un músculo adherido parece acarrear inevitablemente nuevas adherencias y, el empleo de materiales plásticos para impedir las, nos nos ha liberado de complicaciones. Frecuentemente los casos hiper o hipocorregidos por esta causa, requieren de una cirugía reparadora mayor y contraria a la practicada anteriormente; se debe liberar bien las adherencias y reseca la cápsula hipertrofica; ocasionalmente la retracción de la conjuntiva debe corregirse mediante el retroceso conjuntival según Cole (4) (Fig. 4) y aún con anclaje del globo al párpado (Callahan) (10). La prueba de ducción forzada no sólo es de la mayor utilidad en el diagnóstico, sino también durante la intervención para juzgar su eficiencia (Goldstein, Knapp).

Se justifican, pues, plenamente las investigaciones de Jones (16), de Swan y Talbot

(23), como también los de velos de Cüppers (7), Parks (19) y otros autores por estudiar las fascias y su rol en estos fenómenos y dictar normas quirúrgicas destinadas a su manipulación correcta.

Las principales reglas profilácticas publicadas por los autores mencionados podrían resumirse como sigue (22): Se debe mantener, en lo posible, la integridad de la vaina del músculo y de la fascia de Tenon y suturar con delicadeza las perforaciones de ésta última; la incisión de la conjuntiva, de la fascia de Tenon y del músculo no deben, en lo posible, coincidir (19, 23) (Fig. 5 y 6); se deben evitar incisiones profundas en el fórnix que lesionen el tejido conectivo a ese nivel y aún las expansiones de la fascia desde el globo al borde inferior del tarso y del párpado inferior.

La conservación de la vaina muscular es, en nuestra opinión, la más prominente de estas normas, y llegamos a esta conclusión hace ya algún tiempo, después de observar los inconvenientes descritos.

De acuerdo a lo experimentado a raíz de los

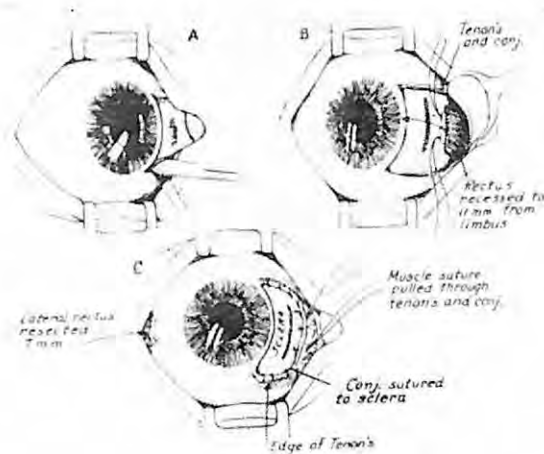


Fig. 4: Retroinserción de la conjuntiva según J. G. Cole y H. G. Cole (Strabismus Symposium of the New Orleans Academy of Ophthalmology, 1962).

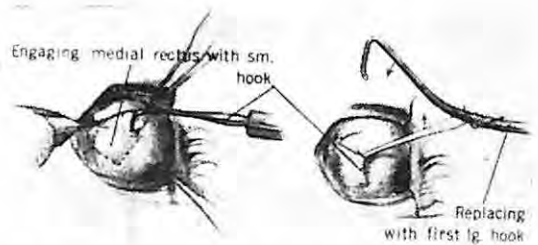


Fig. 5: Incisión conjuntival y de la cápsula de Tenon según M. Parks (Am. J. of Ophthal. 65: 907, 1968).

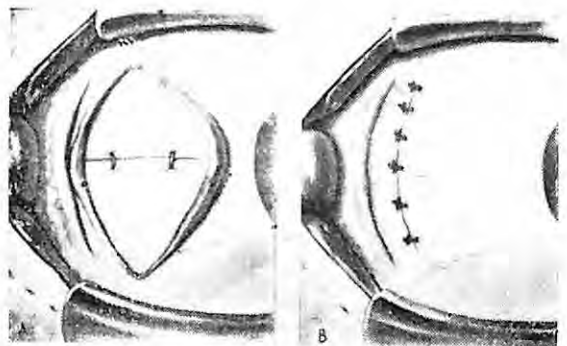


Fig. 6: Incisión y sutura de conjuntiva y de cápsula de Tenon según Swan y Talbot (Arch. of Ophthal. 51: 32, 1954).

hematomas subconjuntivales de otro origen, no concedemos importancia a los sangramientos que son cohibidos durante la cirugía del estrabismo, en discrepancia con algunos autores; tampoco la damos a las cauterizaciones hemostáticas.

Nos parece dignos de mención como medidas profiláticas de adherencias, la movilización precoz del ojo operado (20) y el uso subconjuntival de esteroides; uno de nosotros no ha observado signos clínicos sospechosos de adherencias en sus casos, lo que relaciona con el uso sistemático de esta última medida. En cambio dudamos de la eficacia de la instilación de esteroides y de la administración de fermentos fibrinolíticos.

El granuloma de la inserción muscular es de observación mucho más frecuente en nuestra experiencia que la que se informa en la literatura revisada. Consideramos que la diferencia fundamental en la técnica, en directa relación con la aparición de esta tumoración, es nuestro uso de suturas de plástico irreabsorbible. Su incidencia en relación con ellas ha sido estudiada por Vélez y colaboradores (27) y ha sido descrita aún con colágeno crómico (21). Sin embargo, parece no ser provocada cuando los cabos de la sutura plástica son reducidos a un botón redondeado mediante cauterización (2). De esto colegimos que el origen del granuloma no se debe tanto a la intolerancia a este cuerpo extraño, sino más bien al roce de los

extremos de la sutura contra las cubiertas, facilitado por el parpadeo. El hecho que el granuloma aparezca sólo a nivel de algunas suturas en un mismo paciente, apoyaría esta hipótesis nuestra.

Los granulomas pueden limitarse a la localización de una sutura muscular; otros, de mayor desarrollo, engloban toda la inserción. Ocurre en nuestra experiencia indiferentemente sobre músculos resecaos o retroinsertados, a diferencia de lo comunicado por otros (27) (Fig. 7). Una vez desarrollados, debe tratarse su componente inflamatorio médicamente y, si no desaparecen, researlos (20, 21). Pero lo más útil es prevenir este contratiempo, empleando suturas reabsorbibles; o, si la sutura es de material irreabsorbible, recortando bien sus cabos; o inyectando esteroides localmente al finalizar la operación; o usando suturas exteriorizadas que deben ser retiradas posteriormente.

El caso único de eliminación de un implante plástico acusado entre nuestro material, no da pábulo a mayor comentario.

A pesar que en la literatura revisada sólo rara vez se menciona la úlcera corneal como complicación de la cirugía del estrabismo, es, en nuestra experiencia, la segunda en frecuencia después de los granulomas. Más aún, creemos que muchas veces no es diagnosticada. Como causa de este tipo de excavación corneal, Trantas en 1952 (25) y Barraquer en 1964 (1), refiriéndose a problemas ajenos a la cirugía del

EVALUACION DE LAS SUTURAS PLASTICAS

en cirugía del estrabismo.. (G. Vélez y col.).

	R. inmediata		R. tardía	
	Retroc.	Retroc.	Resecc.	Resecc.
Suturas plásticas	+	+	+	++++
	—		—	
Catgut crómico	+	++	+	++
Catgut simple	+++	+++	+	+
			—	—
Colágeno	+++	+++		+

COMPLICACIONES con S. plásticas (resecciones):

- solevantamiento conjuntival (15%)
- exteriorización de puntos (3%)
- granulomas (igual que con catgut crómico).

Fig. 7: Reacciones tardías (incluso granulomas) por diferentes suturas musculares, según G. Vélez y col. (VII Congreso Panamericano de Oftalmología, 1971).

estrabismo, propusieron la desecación; pero se ha citado también un mecanismo neurotrófico. Aparece en general en casos de tumefacción del tejido perilimbar. En el caso especial del período post-quirúrgico del estrabismo, Vancea lo relaciona con el avanzamiento de un recto (26).

Estimamos que la teoría de Trantas es aplicable también a la ulceración por cirugía del estrabismo. En nuestros casos se presentó en ojos con dos o más músculos operados en un mismo tiempo, lo que explica el solevantamiento y plegamiento de la conjuntiva sobrante sobre el recto reseado; a este solevantamiento contribuyó el muñón del músculo reseado y, a veces, estuvo provocado por un granuloma. Dicho solevantamiento entrabaría la acción del parpadeo de esparcir la humedad por la superficie corneal vecina, predisponiendo ese sector a un daño por interrupción de la película lagrimal.

CONCLUSIONES

1.— En el grupo de complicaciones post-quirúrgicas del estrabismo analizado, las adherencias y fibrosis del músculo constituyen las más importantes por su trascendencia.

2.— La disección debe ser prolija y, en lo posible, se debe conservar las fascias y vainas intactas.

3.— Una técnica descuidada puede acarrear complicaciones en cadena difíciles de corregir o reparar.

4.— La prueba de ducción forzada es especialmente necesaria en casos que se reintervienen; ella permite sospechar adherencias antes de explorar el correspondiente sector del ojo.

5.— Los granulomas consiguientes a la cirugía del estrabismo parecen ser previsibles.

6.— La ulceración o infiltración de la córnea después de un procedimiento de retroceso-resección, no constituye un inconveniente serio en la cirugía del estrabismo.

7.— La cirugía del estrabismo debe ser abordada con suficiente consideración, con conocimiento de sus complicaciones y de su mejor solución (igual que en la cirugía de cualquiera otra patología ocular).

8.— Debe tenerse presente que es más fácil prevenir estos peligros que corregirlos.

RESUMEN

Se analizan las complicaciones post-quirúrgicas atribuidas a reacciones secundarias a una técnica quirúrgica habitual de casos de estrabismo intervenidos por diferentes oftalmólogos. Revisadas las publicaciones sobre este tema, se comunican las conclusiones más importantes sobre la prevención y tratamiento de las mismas. Llama la atención la alta incidencia de granulomas de la inserción muscular y de úlceras corneales. Se destaca la importancia de las adherencias y de la conveniencia de estar informado sobre estas complicaciones.

SUMMARY

The authors report postoperative complications after ordinary strabismus surgery performed by a number of different ophthalmologists. A high incidence of granulomas at the muscle insertion and corneal ulcers was observed; the importance of postoperative adhesions is emphasized.

Preventive measures and treatment of this complications are discussed.

Bustamante 32, Of. 2, Santiago

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Barraquer, J. I.: Etiología y patogenia del pterigión y de las excavaciones de la córnea de Fuchs. Arch Soc. Amer Oftal y Optom 5: 49-60, 1964.
- 2.— Barreau R.: Comunicación personal, 1971.
- 3.— Beisner, D. H.: Extraocular muscle recessions utilizing silicone tendon prostheses. Arch Ophthalmol 83: 195-204, 1970.
- 4.— Brown, H. B.: Complications of the surgical management of strabismus In: Strabismus Symposium of the New Orleans Academy of Ophthalmol., St. Louis, 1962. The C. V. Mosby Co pp. 274-294.
- 5.— Brown H. B.: Complications in Surgery of the Extraocular Muscles In: Management of Complications in Eye Surgery, Philadelphia and London, 1967. W. S. Saunders Co. Edited by R. M. Fasanella, 1957 pp. 216-231.
- 6.— Cortés, M.: Nueva incisión conjuntival para la operación de estrabismo. Arch Chil Oftal 19: 54-56, 1962.
- 7.— Cüppers, C.: Contribución a la terapia operatoria del estrabismo. Arch Soc Oftal Hisp Amer 22: 327-338, 1962.
- 8.— Duke-Elder, St.: System of Ophthalmology. Vol VIII Descases of the Outer Eye II St Louis, 1965. The C. V. Mosby Co. pp. 867.
- 9.— Dunlap, E. A.: Complications in strabismus surgery. In International Ophthalmic Clinic 6: 609-632, 1966.
- 10.— Dunlap, E. A.: Plastic implant in muscle surgery. Arch Of Ophthalmol 80: 249-257, 1968.
- 11.— Dunlap, E. A.: Use of plastic and adhesives in strabismus surgery. In Symposium on Strabismus Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology St. Louis, 1971. The C V Mosby Co. pp. 268-280.
- 12.— Dyer, J. A.: Atlas of Extraocular Muscle Surgery Philadelphia, 1970. W. S. Saunders Co. pp. 161-168.

- 13.— **Fuchs**: Cit. por Duke-Elder (Referencia 8).
- 14.— **Hugonnier, R. and Clayette-Hugonnier, S.**: Strabismus heterophoria ocular motor paralysis. Translated and edited by S. Véronneau-Troutman St. Louis, 1969. The C V Mosby Co. pp. 626-627.
- 15.— **Jacobi, K. W.**: Spätrevisionen in der Schielchirurgie Klin Monatsbl für Angenh 155: 511-518, 1969.
- 16.— **Jones, L. T.**: A new concept of the orbital fascia and rectus muscle sheaths and its surgical implications. Trans Amer Acad Ophthal and Otol 72: 755-764, 1968.
- 17.— **Mildner, I.**: Erfahrungen mit der dosierten Schieloperation nach Pistruschka Klin Mbl Augenhk 152: 757-760, 1968.
- 18.— **Onfray, R.**: Cit. por Thomas.
- 19.— **Parks, M. M.**: Fornix incision for rectus muscle surgery Am J. of Ophthal 65: 907-915, 1968.
- 20.— **Schlossman, H.**: The extraocular muscles In A Sorsby Modern Ophthalmology Vol 4 Washington, 1964. Sutterworths pp. 906-907.
- 21.— **Smith, A.**: Extruded collagen ophthalmic sutures. Brits. J. Ophthal. 54: 522, 1970.
- 22.— **Swan, K. C.**: Fascia in relation to extraocular muscle Surgery. Arch of Ophthal 83: 134-140, 1970.
- 23.— **Swan, K. C. and Talbot, T.**: Recession under Tenon's capsule. Arch of Ophthal 51: 32-41, 1954.
- 24.— **Thomas, Ch.**: Echecs et complications dans la chirurgie du strabismus concomitant L'année Thérapeutique et Clinique en Ophthalmologie 10: 213-241, 1959.
- 25.— **Trantas**: Cit. por Duke-Elder.
- 26.— **Vancea**: Cit. por Duke-Elder.
- 27.— **Vélez G. et al**: Evaluación de suturas plásticas. Presentado al VII Congreso ad interim Panamericano de Oftalmología, Bogotá, 1971.

A diagram on the left side of the page shows a contact lens (CON-O-COID) and a human cornea. The lens is a solid black shape, and the cornea is represented by several curved lines. The lens is positioned to show its fit against the cornea.

Una perfecta adaptación

CON-O-COID
Lente de contacto
asférico

El lente CON-O-COID ha sido reconocido por los especialistas del mundo como un significativo adelanto en el desarrollo y diseño del lente de contacto corneal.

Una perfecta adaptación se logra con el lente asférico CON-O-COID debido a que toda su superficie posterior, coincide con la forma anterior de la córnea que también es asférica. El lente se sujeta uniformemente en la córnea por la eliminación de las áreas donde existe exceso de presión.

La natural adaptación del lente CON-O-COID y la córnea se consigue debido a que por sus formas asféricas, ambas superficies mantienen un continuo y regular aplanamiento desde su centro a la periferie.

El lente de contacto CON-O-COID ofrece además otras ventajas:

- Una adaptación precisa
- Mayor comodidad
- Mejor visión
- Mejor equilibrio en la córnea.



ROTTER & KRAUSS S.A.OPTICA

OPTICAS

VISION
ESTADO 273

AHUMADA
AHUMADA 324

ROTTER Y KRAUSS
PEDRO DE VALDIVIA 065

Licencia de Obrig Laboratories, Inc. U.S.A.

CONFERENCIA CHARLIN 1973.

REFLEXIONES SOBRE PROFESORES Y MAESTROS (*)

DR. MIGUEL MILLAN ARRATE

“Entonces se presentó un profesor y dijo:

—Habládnos de la Enseñanza y el Maestro afirmó:

—Ningún hombre os puede afirmar nada, si lo que os va a enseñar no yace semi-desnudo en la aurora de vuestro saber.

El profesor que, rodeado de sus discípulos, pasea por la sombra del templo, no da su sabiduría, sino más bien su fe y su afecto.

Si es en verdad sabio, no os arrastrará al hogar de su saber, sino que, mejor, os guiará al umbral de vuestro espíritu”.

Hibrán Halil Hibrán.

No es difícil imaginar que aun en tiempos muy remotos, más atrás que los registrados por la historia, debe haber habido hombres intelectualmente superiores que sintieron el impulso irresistible, la vocación innata de guiar a otros hombres y atraerlos a la luz de su conocimiento. Obedecían a un verdadero imperativo de su ser. Estos fueron los primeros maestros.

Estoy plenamente consciente que he sido honrado con una misión que debió recaer en otro colega con más méritos que el que os habla.

Alejado por muchos años del quehacer académico, mi trabajo hospitalario no ha tenido, tampoco, la continuidad, ni la dedicación que distinguen la esforzada labor de la mayoría de los médicos de mi generación. Por todo esto me faltaría autoridad para hablarlos de un tema específicamente oftalmológico.

He elegido en cambio, hablar de “Profesores y Maestros” porque en este día se rinde homenaje a un hombre que como el Dr. Carlos Charlin Correa fue el arquetipo del maestro e invocar su memoria es rendir homenaje, en gene-

ral, a los grandes maestros que han influido en el desarrollo del espíritu.

Pero ¿cómo transmitir a los jóvenes de hoy, en cierto modo inmunizados contra el asombro, lo que fue para nosotros la suerte de compartir la atmósfera que creó o ayudó a configurar el Profesor Charlin?

A sus contemporáneos que nos nutrimos de su savia y a la vez disfrutamos de su áurea nos es fácil tomar conciencia de lo que le debemos, pero para los jóvenes oftalmólogos que no lo conocieron, pero que también son su semilla, es bueno que sepan cómo sus raíces se ahondan en un pasado que no vivieron, pero que los nutre callada y generosamente. Está allá, en ese remoto pretérito la fuente de energía que genera los cambios, los verdaderos cambios que impulsan el desarrollo del espíritu. El reconocimiento, la gratitud a quienes nos precedieron no retardan el progreso, al contrario le dan impulso y lo aceleran.

“Aquellos que son incapaces de recordar su pasado están condenados a repetirlo”, ha dicho Santillana.

Sin duda eran ancianos que eximidos de las obligaciones de la caza y de la guerra, tenían tiempo y ocio para meditar, desarrollar su imaginación y relatar experiencias vividas o hazñas fabuladas. Su auditorio me lo imagino formado por niños, muchos nietos quizás, y uno que otro adulto miope o lisiado, dejado atrás, como estorbo por la juventud sana y fuerte embarcada constantemente en correrías bélicas o cinegéticas.

¿Cuánto debe el arte y la ciencia incipiente a estos hombres físicamente limitados que aprovechaban todo su tiempo en escuchar y aprender de sus mayores más sabios? no lo sabemos; pero podemos imaginarlo. La leyenda dice que Homero era ciego; ignoramos si lo fue toda su vida; pero quizás si fue esta limitación la que determinó un desarrollo tal de su receptividad que lo transformó en el gran maestro de La Hélade.

Según Platón, él fue el gran educador del

* Segunda Conferencia Charlin presentada a la Sociedad Chilena de Oftalmología en Sesión del 1º de Agosto de 1973.

pueblo heleno al exaltar en su poesía "todas las fuerzas éticas y estéticas del hombre".

"El arte tiene un poder ilimitado de conversión espiritual", dice el gran helenista alemán, Werner Jaeger.

La cultura occidental, que tiene en Grecia su principal fuente de origen y que retorna a ella cuando se debilita u obnubila, reconoce, también, como sus primeros maestros a los griegos y exalta a Sócrates como el símbolo del verdadero y gran educador, el moralista forjador del pensamiento libre e insobornable.

Se dice que Sócrates enseñaba en todas las esquinas de Atenas. Su vocación de maestro era tal, que no concebía un encuentro con alguien, sin que surgiese el diálogo iluminador. Esta es la característica del verdadero maestro. Serlo en todo momento, más allá de su cátedra, en toda circunstancia de la vida.

Un profesor, en cambio, puede cumplir, decorosamente, con su función de enseñar; pero si sólo trasvasija su conocimiento en sus discípulos, no tiene la categoría de maestro; éste establece una relación más cálida y creativa, genera un nuevo elemento de saber que, en cierto modo, ha sido gestado por maestro y alumno.

Un buen profesor puede escribir un buen libro y decir en él todo lo que sabe, transmitirlo todo, pero la labor del maestro por la carga afectiva que aporta, fertiliza, enriquece más a quién recibe su enseñanza. Además él que tiene condiciones magistrales, no sólo instruye y educa, sino, a su vez, se renueva constantemente por la avidéz de conocimiento que despierta en sus discípulos.

El profesor puede con el tiempo parecerle anticuado a sus alumnos, el maestro, dada la comunión que tiene con ellos, espiritualmente no envejece y la universalidad de sus conocimientos hace que con su tarea esté siempre transfiriendo valores permanentes.

Algazel, el gran maestro árabe de Bagdad del siglo X, sostenía que "la fusión de la materia nueva en la materia vieja, siempre deja un residuo de lo original". Reconocer ese residuo es descubrir nuestra propia esencia. No nos debilita, por el contrario, nos fortalece.

El arte de enseñar del Profesor Charlín tenía mucho de la mayéutica socrática que con hábiles preguntas ayudaba a engendrar los pensamientos en su interlocutor. Así la tarea y el placer del maestro estaba como en el poema

de Gibrán Jalil, en que el alumno descubriera la verdad por sí mismo. El sólo ayudaba al alumbramiento.

¡Cuántas veces alguno de nosotros, cual el pequeño esclavo de Menón, a quién Sócrates con su mayéutica convence que sabe geometría, no sintió que en el fondo de su intelecto brotaba un conocimiento que le parecía que siempre había estado allí, aunque dormido!

Pero si Sócrates es, sin duda, el maestro de la Hélade que más contribuyó al desarrollo espiritual del mundo occidental, Aristóteles es indicado como el espíritu más universal y el que mayor influencia ha tenido en su desenvolvimiento científico-filosófico.

Aristóteles es considerado por los estudiosos como el cerebro más privilegiado que ha producido la humanidad. Averroes, antes que los filósofos cristianos, dedicó su vida a la exégesis de la obra Aristotélica; lo llamó "el más sabio de los griegos, el que Dios ha predestinado a la perfección, el que Dios ha elevado al más alto grado de excelencia humana".

Los helenistas contemporáneos consideran a Aristóteles como un profesor de cuño moderno, como un investigador y maestro en el más amplio y noble sentido de la acepción.

A los 17 años ingresó a la Academia de Platón asistió a ella hasta los 40 años; se retiró cuando murió el maestro. Podemos imaginarnos lo que serían esos encuentros de estos dos colosos y la atmósfera propicia al desarrollo del espíritu que crearon. Posteriormente, Aristóteles formó su propia escuela: el Liceo. En sus investigaciones trabajaba en equipo con sus discípulos. Ninguna rama del conocimiento le fue ajena. Su obra fue tan magna y su prestigio tan enorme que deslumbró a la humanidad durante más de un milenio, y la encandiló, en cierto modo, por 7 u 8 siglos.

La otra fuente nutricia de la cultura occidental, además de la griega, está en los profetas hebreos y cuando el cristianismo exaltó a Jesús como el Maestro Supremo, como el Verbo (en el sentido teológico de la expresión, como palabra de Dios) ya no podía haber maestros en el mundo filosófico, sino **apologistas** que se dedicaban a defender la nueva religión con más o menos talento.

"El verdadero maestro no puede ponerse al servicio de un movimiento, su acción es más libre y está más interesado por la persona que por el conjunto", sostenía Bertrand Russell.

La imposición dogmática podría explicar la falta de verdaderos maestros durante los 4 primeros siglos de la cristiandad.

En los 2 siglos siguientes denominados en la escolástica católica "la patrística", exceptuando a San Agustín, tampoco los hubo porque las condiciones exigidas por la iglesia, que dominaba toda actividad cultural y académica, concedía sólo autoridad para enseñar o dictar cátedra a quienes poseían las siguientes exigencias teológicas: ortodoxia, santidad de vida, aprobación por la Iglesia y antigüedad.

Así entró el mundo cristiano, invocando al más iluminado de los maestros a un período de eclipse: al oscurantismo medioeval.

Durante estos siglos, el conocimiento, constreñido por el severo dogmatismo religioso, aprisionado en amurallados templos, casi sin ventanas al exterior, era, sin embargo, celosamente conservado como antorcha mortecina en sótanos y oscuros corredores.

Hasta que llegó el siglo XI y la Europa feudal del medioevo empezó a desperezarse de su larga hibernación, no pudo seguir manteniendo enclaustrado a sus hombres de genio y estos salen al espacio abierto a entregar su luz a un mundo que parecía, ya, adaptado a las tinieblas.

Por entonces sólo el mundo islámico vivía a plena luz, porque sus maestros tenían sus propias fuentes de conocimiento en las escuelas del medio-oriente, especialmente en Bagdad y Damasco y en España en la rutilante Universidad de Córdoba. Ya mencionamos como uno de los últimos y más grandes de sus maestros, Averroes, como anteriormente Alfarabi y Avicena (este último médico y filósofo), fue deslumbrado por las enseñanzas Aristotélicas. El escolasticismo árabe no tuvo la rigidez del escolasticismo cristiano porque la semilla de los grandes maestros helénicos encontró en la floreciente y vivaz cultura islámica un terreno más propicio y sin cercos dogmáticos o por lo menos cercos más franqueables. Trece siglos después la semilla del gran pensador griego conservaba todo su poder germinativo.

Pero, volvamos al mundo cristiano del siglo XI cuando algunos grandes pensadores emergen de su encierro para prodigar sus enseñanzas, más allá de las paredes de los monasterios.

Alrededor de estos maestros medioevales se formaron las primeras escuelas de las que sal-

dría el Studium Generale, la Universidad primumigenia.

Así las primeras universidades no tienen forma física. No funcionan, tampoco, por lo menos en París, en un local determinado. Era sólo el foco luminoso del maestro el que atraía y congregaba a jóvenes ávidos de conocimiento.

El joven maestro sajón Hugo de San Víctor (1096 - 1141) enseñaba en la abadía de Saint Victor. Sus lecciones seducían a sus alumnos, porque siendo él un místico no desdeñaba el racionalismo "La mística no substituye al conocimiento sino que en cierto modo lo fundamenta y fortalece" sostenía. Una afirmación de este tipo resulta atrevida a principio del siglo XII cuando el pensamiento seguía aun encajado a una severa ortodoxia.

Otro verdadero maestro de esa misma época fue Abelardo (1079 - 1142) que enseñó en distintos puntos de Francia y fue siempre rodeado por un numeroso séquito de alumnos seducidos por su vigorosa y extraordinaria personalidad.

Su vida tormentosa y trágica no fue óbice para que conservara su magnetismo de maestro. Fue en su época un gran incitador, hizo de la incipiente Universidad de París un centro de polémica libre y apasionada como no conocía la civilización greco-romana en más de seis centurias.

El tiempo andaba lento en esa época... En el siglo XIII se destacó en París otro maestro, —también germano, como Hugo de San Victor— **Alberto Magnus** quién fue magister de teología en el studium generale dominico de Saint Jacques, incorporado a la Universidad. El fue el "Doctor Universalis" por la amplitud de sus conocimientos e inquietudes, mientras su contemporáneo Tomás de Aquino, dedicado exclusivamente a la teología era llamado "Doctor Angelicus". Ambos fueron exégetas de la obra aristotélica y gastaron toda su energía y talento en encuadrar las enseñanzas del maestro pre-cristiano a la ortodoxia católica.

Contemporáneo de ellos fue Roger Bacon que enseñaba en Oxford y que estudió también en la Universidad de París. Fue llamado a su vez Doctor Mirabilis y sus enseñanzas tuvieron gran influencia en el desarrollo del pensamiento.

Para estos maestros del escolasticismo cristiano y para muchos que surgieron en los dos siglos siguientes, no hubo otra fuente de sabi-

duría que la irradiada por el "Lumen naturale" de Aristóteles interpretado por Alberto Magnus, ni otra verdad última que la que prodigaba el "Lumen Ideale" de Santo Tomás, el maestro cristiano fortalecido "racionalmente" en su fe con la dialéctica Aristotélica.

Nada simboliza mejor la utilización discriminada de Aristóteles en la exaltación del dogma católico que esos cuatro medioevales que adornan algunos museos europeos en los cuales se ve a Santo Tomás, sentado con su Summa Teológica sobre sus rodillas, entre Aristóteles y Platón, ambos de pie, y en el suelo —cruel ironía— mordiéndose el polvo de la derrota, a Averroes el más esclarecido exponente del escolasticismo árabe.

La concientización a través del arte ha existido, pues, en cualquier época y lugar siempre que se ha querido engrillar el espíritu a un dogma determinado.

Admirar y venerar a un maestro no significa reconocer permanencia a sus teorías, porque el conocimiento humano está siempre en constante fluidez y desarrollo y no es un maestro el que nos impone dogmas, sino el que enseña o indica métodos de aprendizaje e investigación.

No hay meta definitiva en la ciencia, y por elevado que sea el blanco que nos imponamos, una vez alcanzado, avizoraremos desde allí otra mira aún más seductora, incitando así el permanente desenvolvimiento del saber.

Podrán los Estados en un vano intento de uniformar el conocimiento nombrar como "Educadores" a funcionarios condicionados y concientizados ad-hoc; pero siempre habrá juventudes que se escurran de este cerco, y formen agrupaciones bajo la luz pura —con todo su espectro— que difunda la mente de un verdadero maestro.

Tiranizar el espíritu es empresa de los mediocres, liberarlo es tarea de los maestros.

Deja de ser maestro el que intenta encuadrar la mente de su discípulo a sus propias y limitadas concepciones y cae en el dogmatismo, si trata de imponer sus ideas o las de algún otro como la verdad última e irredargüible.

Para nosotros formados en el racionalismo científico, el Magister dixit de los escolásticos, aunque fuera una invocación a una autoridad de tan alta categoría como la de Aristóteles nos parece una expresión peyorativa, porque implica, en sí, una fijación del conocimiento.

En el tiempo que vivimos estamos con mu-

chísima menos excusas, en el umbral de otra forma de beatería, como es suponer que dos filósofos que vivieron hace más de un siglo, puedan haber dado un molde definitivo de vida, al cual debemos forzosamente acomodarnos, aunque nos resulte una especie de lecho de Procusto. Pienso que nunca, como ahora, se ha esforzado más el intelecto ni se han usado con más ahínco los recursos dialécticos para perpetuar una tesis, es decir, hacer de una teoría un dogma permanente. Una obsesión tan pertinaz e insistente es una nueva amenaza obscurantista. ¿Nos libraremos de ella? Creo que sí, porque el espíritu libre ha desplegado alas muy fuertes y aún en aquellos puntos de la tierra que parecen ofuscados o ensombrecidos hay destellos de su luz inextinguible.

Por mucho que se quiera exaltar a una civilización dada o emergente es absurdo suponerla desligada de las precedentes. Sólo en períodos de oscuro fanatismo se ha pretendido hacer creer en una especie de generación espontánea de una cultura. En un ensayo de Jorge Luis Borges aprendí que el emperador Shih Huang Ti que ordenó la construcción de la monumental muralla china dispuso, asimismo, que se quemaran todos los libros anteriores a él "Quemar libros y erigir fortificaciones es tarea común de los príncipes", dice con ironía el maestro argentino. Y más adelante agrega: "tres mil años de cronología tenían los chinos, cuando Shih Huang Ti ordenó que la historia empezara con él".

Metafóricamente podemos decir nosotros que el espíritu es como un árbol. Si se le deja libre y respetan sus raíces, crece frondoso, fructifica y forma bosques si se poda o mutila su flecha o cúpula emergente, sólo se logra hacer con él una cerca y nada simboliza menos al verdadero conocimiento que una cerca aunque sea viva.

Después de esta digresión, quiero retomar el hilo de mi sinóptica historia del maestro en la cultura occidental.

A fines del siglo XV y en el siglo XVI el uso de la imprenta de tipos móviles da otro carácter y dimensión a los profesores y maestros.

Los educadores ya no necesitan transmitir directa y a viva voz sus enseñanzas y prefieren hacerlo en forma más amplia y difusa a través de la palabra escrita.

Así, la mayoría de los humanistas del Rena-

cimiento y muchos hombres de ciencia trabajaban reclusos en sus estudios o laboratorios, como antes lo hicieran los monjes del Medioevo. Incluso escriben sus textos en latín y mantienen correspondencia en este idioma sólo con sus iguales o mecenas. Esto que ha parecido a muchos como propósito deliberado de impartir conocimientos sólo a una élite, tiene su explicación en que las lenguas vernáculas no habían alcanzado todavía la riqueza y ductilidad necesarias para expresar el pensamiento abstracto.

Siendo, así, el latín la llave maestra para el conocimiento; era frecuente que los espíritus más selectos de la época se sintieran inclinados a entrar a los monasterios, donde muchas veces guardaban, sólo en apariencia, las exigencias patristicas de Santidad y Ortodoxia. El hábito, llevado a menudo con liviandad, y la reclusión, quizás no muy rigurosa, era el precio que se pagaba gustoso para estudiar latín y griego y tener acceso a los valiosos archivos de los conventos. Copérnico, tal vez el más grande de los sabios de su época, era canónigo, escribió su magna obra "Sobre las revoluciones de los cuerpos celestes" en latín y sólo pudo hacerla publicar el año de su muerte (1543), dedicándosela al Papa Pablo II quien, naturalmente, no hizo nada por difundirla.

Medio siglo después, el propio Galileo, padre de la física y astronomía moderna, aunque enseñaba con bastante libertad en las escuelas florentinas sus revolucionarios principios sobre la dinámica de los cuerpos, no se libró de la sanción del dogmatismo teológico todavía imperante, aunque su genio era ampliamente reconocido por monjes y seglares. Un historiador veneciano contemporáneo de Galileo, Fray Paolo Sarpi dice revelándonos la admiración que despertaba el sabio maestro. "Para darnos la ciencia del movimiento, Dios y la Naturaleza, unieron sus manos y crearon el intelecto de Galileo".

Galileo Galilei es considerado como el más esclarecido maestro de la ciencia moderna que busca el conocimiento a través de la observación rigurosa y la experimentación comprobatoria.

Su nueva idea de la física influyó en forma ineluctable en el pensamiento filosófico moderno y en la civilización tecnológica de nuestro tiempo.

Su choque con la inquisición, magnificado quizás, por los cronistas, terminó desacreditan-

do más que ningún otro hecho histórico, el intento de la Iglesia de someter las ciencias naturales a la autoridad, supuestamente irrefutable, de la Biblia; y su "Eppure si muove", aunque se supone una frase apócrifa sigue siendo la expresión simbólica de la porfía de la razón, frente a la intransigencia dogmática.

En el siglo XVII, rotas o debilitadas las ataduras teológicas, con idiomas populares enriquecidos, los hombres de ciencia sienten la necesidad de difundir sus descubrimientos, los filósofos, sus especulaciones. Las Universidades ya formadas, buscan a estos espíritus selectos, destacados por sus libros y descubrimientos para que oficien de maestros de los jóvenes que ansiosos de conocimientos repletan sus aulas y laboratorios. Nunca la humanidad había conocido una explosión más deslumbrante de su genio que en este período de los siglos XVII y XVIII. Es el llamado "siglo de las luces" que incluye la Ilustración Francesa, el Enlightenment de los ingleses y la Anfkklärung alemana.

Ninguna rama de la ciencia o del arte dejó de enriquecerse en este lapso, con tal vehemencia, como si el espíritu del hombre, lanzado al vuelo dos mil años atrás, en el siglo de oro de los griegos, hubiera querido recuperar el tiempo perdido durante la larga siesta del medioevo.

Las Universidades, sin embargo, conservan todavía en Europa y América su estructura medioeval. Sólo más tarde, a principios del siglo XIX, se produce en Prusia una profunda reforma universitaria, cuando en 1811 Wilhem Von Humbolt como ministro de cultura funda la Universidad de Berlín y, secundado por su hermano el gran naturalista Alexander, dicta normas que seguirán todas las universidades alemanas. El postulado básico de Von Humbolt sostiene que "el mejor profesor es aquel catedrático universitario que se ha mostrado como el mejor investigador en su ramo científico". Sólo cuando dos oponentes tienen iguales méritos como investigadores se indaga cual es el mejor maestro. Este criterio, aparentemente rígido, pero muy pragmático, dio, una enorme supremacía a las universidades alemanas sobre las del resto de Europa y rindió muy buenos frutos a la ciencia germana y al mundo en general.

Creo que estos investigadores alemanes del siglo XIX, así incentivados, fueron excelentes profesores y algunos grandes maestros, porque

en su mayoría eran también filósofos o porque, dado el ambiente y la época que les tocó vivir, estaban muy imbuidos por la filosofía idealista de Kant y particularmente de Hegel.

A estos investigadores filósofos pertenece un maestro que nos interesa en forma muy particular a nosotros, los oftalmólogos; me refiero a Hermann Von Helmholtz que enseñó en distintas universidades alemanas para terminar sus últimos años como profesor de Física en la Universidad de Berlín. Murió en 1894 y fue, como todos sabemos, el inventor del oftalmoscopio. Von Helmholtz, además de filósofo, era biólogo, fisiólogo y físico eminentes. Esta universalidad de su conocimiento lo impulsó, sin duda, a crear el instrumento que revelaría los secretos del fondo del ojo. Creo que ningún instrumento médico ha resultado más fructífero para el reconocimiento del organismo humano que este adminículo tan simple, pero tan genial en su concepción, como el oftalmoscopio.

En el estudio del ojo hay un buen ejemplo de la infinitud del conocimiento y del absurdo que significa en cualquier terreno de la ciencia suponer que alguien ha dicho, ya, la última palabra.

El ojo por sus condiciones de exteriorización y transparencia de sus medios es, sin duda, el más abordable, el menos esquivo de los órganos. Esta facilidad que ofrece el examen, esta impudicia, por decirlo así, nos lanza un desafío. Exhibe un muestreo de todas las estructuras histológicas del cuerpo humano, desde las más primarias, de apariencia hialoidea, como sólo se ve en ciertos cuerpos inorgánicos, tejidos embrionarios u organismos primitivos, hasta el más evolucionado y diferenciado de los tejidos nerviosos, como es la retina.

Cuando el maestro Von Helmholtz permitió ver in vivo el ojo hasta el fondo, se creyó quizás, con el entusiasmo que despertó su invento, que el ojo nos entregaba todos sus secretos, la verdad fue muy distinta, la luz de Von Helmholtz nos mostró el camino de la más intrincada, seductora e inagotable de las aventuras del conocimiento.

Pensemos que el ojo es tal vez el único órgano que se examina a sí mismo y puede hacerlo con objetividad matemática. Su extraordinaria sensibilidad, como instrumento al servicio del cerebro descubre sus limitaciones; utiliza todos los métodos de exámenes y busca

recursos que multiplican su capacidad de órgano de percepción a límites inimaginables.

Esto es lo que hace tan rica nuestra especialidad. Sin embargo, hace apenas 50 años la oftalmología era una rama bastante secundaria en el estudio médico.

Aquí en Chile era la pariente pobre de la medicina, dedicada a menesteres subalternos; hasta que apareció el maestro Charlín, quien con la vara mágica de su talento le dio brillo y galanura y la colocó en el sitio que le correspondía. El ojo no fue, ya, considerado sólo como el órgano del más noble de los sentidos, sino como la ventana prodigiosa en donde podríamos asomarnos y avizorar algunos de los misterios de la naturaleza humana. Con la luz de Von Helmholtz, el maestro alemán, Charlín, el maestro chileno, nos enseñó a descubrir muchos secretos de la patología. Si entre los médicos jóvenes que nos dedicamos a la oftalmología hubo algunos que pensaron que estudiaban una especialidad restringida que dominarían con facilidad, el Profesor Charlín nos fue revelando que elegíamos la más difícil, pero a la vez la más apasionante y comprometedora de las tareas.

En el profesor Charlín la verdad y la belleza acuciaban su espíritu. Era por eso una mezcla de investigador y artista. Su labor académica fue un mentís a la supuesta antinomia: cultura liberal-especialización. Con magia de artista y profundidad de sabio enseñó su especialidad y su entusiasmo contagió a los que fueron sus discípulos. Charlín fue como el buen sembrador de la Biblia. Todos los oftalmólogos estamos en deuda con él, los que le conocimos y los que vinieron después. Si en alguno de sus discípulos no fructificó su semilla es porque no tenía raíces propias. La oftalmología chilena continuó engrandeciéndose, porque Charlín fue maestro de maestros. Los profesores Espíldora, Verdaguier y Gormaz fueron seguidores suyos muy adictos.

El profesor Charlín tuvo la suerte de conocer el fruto de su esfuerzo al ver en los últimos años de su vida desarrollarse la especialidad con todo su vigor. Observó complacido, como algunas de sus ramas adquirirían vida propia. Así ocurría con el desprendimiento de retina, en donde el Dr. Juan Verdaguier, prodigando su saber y su paciencia fue maestro de nosotros antes de alcanzar el merecido título de profesor.

El Dr. Charlín veía destacarse a sus alumnos

con orgullo de padre y generosidad de maestro. Recuerdo que en una manifestación a don Cristóbal Espíldora Luque, con motivo de su nombramiento de profesor extraordinario de la cátedra, expresó con su acostumbrada elocuencia: "Ahora puedo decir que he visto colmada mi misión de maestro porque empiezo a aprender de los que fueron mis discípulos".

El profesor Charlín falleció en 1945. Desde esa fecha hasta ahora la medicina en general y la oftalmología en particular han dado una enorme zancada. Tal vez nada de lo que se hacía hace treinta años tiene ahora vigencia. Sin embargo Charlín sigue siendo un guía y un ejemplo para los oftalmólogos, porque siendo un verdadero maestro transmitió en sus enseñanzas valores permanentes.

En los tiempos del profesor Charlín la medicina chilena era ampliamente influenciada por los profesores europeos, especialmente alemanes y franceses. Después, la ciencia norteamericana que había experimentado en el último siglo un vertiginoso desarrollo adquiere una clara hegemonía en todo el mundo y extiende también su benéfica influencia a nuestro país. Sería, pues, una grave omisión no mencionar, aunque sea superficialmente, a algunos de los maestros que más han influido en el pensamiento del país del norte.

En verdad, la proximidad de Europa y la constante corriente inmigratoria hicieron que los Estados Unidos de Norte América fueran profundamente influenciados por los pensadores europeos y desde un punto de vista filosófico se constituyeran como una avanzada más occidental de ese pensamiento.

Todas las corrientes filosóficas, especialmente el idealismo alemán hincaron profundamente en el pueblo norteamericano, el que bajo una apariencia materialista ha sido siempre un terreno muy propicio a las siembras espirituales.

Tal vez ningún otro país es tan receptivo a la enseñanza. Hasta en las regiones más apartadas, en donde no hay centros académicos que encaminen estas urgencias espirituales abundan los predicadores populares; a veces inspirados maestros; con frecuencia embaucadores que, como nuestros traficantes charlatanes, sorprenden la buena fe de su auditorio.

Entre los numerosos maestros que proliferaron en Estados Unidos en los últimos cien años se menciona con frecuencia a dos filósofos que, por la difusión y profundidad de sus doctri-

nas, modelaron, en cierto modo, la personalidad del americano moderno. Estos son William James y John Dewey. Ellos inculcaron el pragmatismo en el americano, dándole la base ética de su conducta y una dirección muy definida al empiricismo de su ciencia.

Con mucha frecuencia se desdeña la filosofía pragmática, aduciendo que su meta es el logro de la ventaja o éxito utilitarios. La verdad es que el pragmatismo, como pensaba John Dewey, está impregnado de un vigoroso sentimiento ético. Hay incluso cierto tinte platónico en el postulado de William James que sostenía que **ningún pensamiento es bueno si no promueve o guía una acción fecunda**. Pero es útil explicar que acción fecunda para este pensador está muy lejos de ser sinónimo de provecho y vale tanto para el arte como para la ciencia no utilitaria.

Se sorprenderán algunos de Uds. que en esta charla que he titulado, quizás pretenciosamente reflexiones sobre profesores y maestros, dé más realce a aquellos que fueron filósofos; pero la verdad es que sólo la filosofía da profundidad y permanencia a toda forma de enseñanza. Por otra parte se me reprochará, con justicia, que haya dejado sin mencionar a tantos maestros ilustres que han influido en el desarrollo de la cultura y a genios universales que, como el de Leonardo, se anticiparon a su época y proyectan su luz hasta nuestros días. Limitaciones de tiempo y principalmente de conocimiento me han impuesto esta restricción.

Después de esta visión penorámica, aunque bastante incompleta, del maestro en el curso de la historia, quiero hacer algunas reflexiones sobre la tarea del profesor en los tiempos actuales. Vivimos sin lugar a dudas una época desconcertante. El medio en que enseña el profesor ha sufrido cambios radicales. Los recursos al servicio de la difusión de las ideas se han multiplicado a extremos inimaginables, lo que ha ampliado, naturalmente la audiencia del maestro; pero lo han alejado, a la vez, del contacto directo con sus discípulos.

Por otra parte, su labor educadora ha de dirigirla a una juventud que pesa cada vez más, no sólo por su número, sino por su mayor libertad de acción. El maestro trabaja, así, en un medio muy indócil ya que los jóvenes precipitadamente informados y muchas veces deformados, se incorporan a la Universidad e influyen por su número antes de alcanzar su

plena madurez que paradójicamente ahora demoran más en alcanzarla. Este fue el fenómeno que condujo a las reformas universitarias de estos últimos años y desencadenó la mayoría de los conflictos estudiantiles; algunos de ingrata memoria como los sucesos de Mayo provocados por los estudiantes de Nanterre y La Sorbonne.

Cuando Ortega y Gasset sostenía hace 50 años que en el futuro el estudiante sería la base de la Universidad, se refería, sin duda, al estudiante propiamente tal, es decir, al estudioso y no al universitario desnaturalizado en su misión, actuando como número o masa.

Nunca, como ahora, la juventud tuvo tanta influencia en la sociedad y por lo tanto nunca como ahora es mayor la necesidad de maestros que la guíen. Frente a esta realidad no debe haber sentimiento egoísta, ni proselitista del educador. Hay algo más condenable que ignorar a la juventud, esto es utilizarla, ha dicho alguien. Para mí, la antítesis del maestro es el propagandista.

Darcy Ribeiro en su libro "La Universidad Latino-Americana" después de caer en una petición de principio al extender un certificado de defunción a nuestra civilización dice: "La audacia de cuestionar que se desencadenó simultáneamente en las universidades de todo el mundo, es quizás, el síntoma más marcado de una nueva civilización. Para nosotros, como pueblos que fracasamos en integrarnos en la civilización que muere, este cuestionamiento, este coraje de ponerlo todo en tela de juicio, es aun más imperativo. Cualquier apego a formas heredadas del pasado cualquier celo por tradiciones vetustas, puede ser desastroso".

Esta, aunque sea la voz de un ex-rector de una universidad latino-americana, no es la voz de un verdadero maestro, sino la de un profesor políticamente comprometido. Si pensamos que esto fue escrito después de los luctuosos sucesos de Mayo ocurridos en París, vemos que este panegirista del "cuestionar" está más interesado en la revuelta que en la reforma.

Veamos ahora como juzga el mismo fenómeno Malreaux, un maestro de espíritu y corazón. En un discurso pronunciado en el Salón de Exposiciones de París dijo: "Uds. ¿no ven que la reforma de la enseñanza en el mundo entero tiende menos a reformarla que a reemplazarla por alguna cosa que a veces es el caos y con frecuencia quisiera ser la fraternidad? Lo que

los estudiantes, los verdaderos, exigen de nosotros es la esperanza, pero junto a la esperanza está el más fascinante de los sentimientos negativos; el viejo nihilismo, reaparecido de súbito con su bandera negra y que no tiene esperanza sino en la destrucción". He aquí la voz de alerta de un maestro a una juventud desorientada e insatisfecha en sus anhelos.

Pero el maestro de la hora actual se encuentra abocado a otro problema, quizás aún más serio, me refiero a la amenaza permanente de obsolescencia, un hecho ineluctable dado el ritmo vertiginoso del conocimiento y la cada vez más abultada información científica.

Si en tiempos de Aristóteles el saber podía estar vigente por más de un milenio, ya vimos que gran parte de lo que sabíamos hace 25 años en nuestra especialidad hoy no tiene vigencia y según opina el sociólogo y economista francés Jean Fourastier, dentro de poco, todo nuestro conocimiento en materia científica estará obsoleto en un lapso de 4 ó 5 años. ¿Quién podrá seguir ese ritmo vertiginoso?

Aquí vemos clara la nueva función que cabe al maestro, que quizás ha sido la de siempre: descubrir lo que hay de permanente en los cambios y darle a éstos la continuidad de un río, permitir su fluir despejando su cauce y no bloqueándolo. En el conocimiento científico los remansos, pueden terminar siendo como las aguas estancadas, focos de fermentación y muerte.

Pienso que la complejidad creciente del conocimiento y las dificultades que afronta la enseñanza superior es lo que induce a muchos hombres a perseguir el progreso espiritual mediante el esfuerzo colectivo, conciliando el hinduismo con la ciencia moderna, y a buscar, a la vez, maestros de otra dimensión.

No es la primera vez que el hombre occidental perplejo con su ciencia e insatisfecho de la cosecha de su razón mira al oriente en busca de otras luces.

Esta corriente mística es más evidente allí donde la tecnología está más avanzada y la enseñanza usa los métodos más sofisticados de difusión. En Estados Unidos son muchísimas las agrupaciones y escuelas que imitan los Ashrams hindúes y añoran al maestro ideal cuya universalidad de espíritu, trascendiendo el espacio-tiempo, les proporcione una suerte de conciencia que las haga intuir que si en realidad, se está viviendo el ocaso de una civiliza-

ción, se otea ya, el promisorio amanecer de una nueva era.

Este anhelo espiritual que busca la síntesis suprema de religión, arte y ciencia está interpretando magistralmente por el talentoso médico chileno Claudio Naranjo en su último libro "The one Quest".

Pero hablar de estos maestros o de sus métodos gnómicos de enseñanza está más allá del propósito de este trabajo en el que se ha esquivado intencionalmente todo desvío metafísico.

Sólo menciono estas inquietudes emergentes porque las estimo como una forma de catarsis saludable, como un benéfico sustituto de la violencia y rebeldía para este reactualizado "mal del siglo": **el hartazgo de la abundancia.**

Hasta aquí me han llevado estas reflexiones sobre profesores y maestros, sólo me cabe agregar que con el envejecer, se han acallado en mí muchas voces; pero a medida que esto ocurre adquieren más resonancia y sentido las palabras de los que han sido mis verdaderos maestros.

OPTICA RODOLFO PINCUS Z.

MONEDA 1037

FONO 88244 —oOo— SANTIAGO

OPTICA GONZALO CORTES U.

Despacho de Recetas de Médicos Oculistas

EXACTITUD — RAPIDEZ — ECONOMIA

SURTIDO EN ARMAZONES Y CRISTALES IMPORTADOS

ARREGLOS Y REPUESTOS

MAC-IVER 291 — FONO 382135 — SANTIAGO



M. R.

OFTALMOSCOPIO
OFTALMOMETRO
FRONTOFOMETRO
LAMPARA DE HENDIDURA
CAMARA DE FONDO DE OJOS
FOTO COAGULADOR
LAMPARA GEMELA
LAMPARA MANUAL
ANTEOJOS DE LUPA
MICROSCOPIOS DE OPERACIONES

W. REICHMANN Y CIA. LTDA.

PROVIDENCIA 1308 - CASILLA 3124 - FONOS 237237 - 256171

VISUSCOPIO
EUTISCOPIO
CAJAS DE LENTES DE PRUEBA
IMAGENES MANUAL Y GIGANTE
SINOPTOFORO
COORDINADOR DE ESPACIO Y
DE MESA
INTERVALOMETRO





SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA MEMORIA DEL PRESIDENTE

En representación del Directorio de la Sociedad, es mi deber rendir cuenta de las actividades de la Institución durante los dos años de nuestro mandato que expira hoy.

REUNIONES CIENTIFICAS

La Sociedad se reunió puntualmente, mes a mes, sin otra interrupción que el receso veraniego durante los meses de Enero y Febrero de cada año. La Asamblea tuvo ocasión de escuchar y discutir numerosos trabajos científicos, muchas veces presentados por expresa invitación del Directorio. Siendo una de nuestras metas la integración con las disciplinas básicas, la Sociedad invitó a fisiólogos, morfólogos y otros investigadores del área visual a participar en nuestras reuniones, pero cuidando acompañar sus presentaciones con trabajos de naturaleza clínica y práctica.

Este Directorio creó cuatro nuevos tipos de reuniones científicas.

a) la reunión anual de becados, creada con el propósito de estimular a los Oftalmólogos jóvenes y en formación, solicitándole una pequeña presentación o trabajo de investigación, no necesariamente pretencioso, familiarizándolos con el método científico y atrayéndolos a esta Sociedad, que estoy seguro hoy considerarán más suya. Hemos considerado además, otorgar un diploma de estímulo, que ya fuera entregado a dos brillantes jóvenes oftalmólogos, y creemos que el próximo Directorio tendrá gran dificultad en discernir entre los excelentes y numerosos trabajos presentados en la reunión de Diciembre de 1972.

b) la reunión anatomoclínica, con presentación de casos seleccionados especialmente por su interés clínico y patológico y debidamente bien estudiados e ilustrados. Estas reuniones, que tuvieron lugar anualmente, tienen por objeto promover el interés por la patología ocular, familiarizar al oftalmólogo práctico con las

técnicas de estudio patológico de nuestro material quirúrgico y demostrar la utilidad práctica del estudio de este material en laboratorios especializados.

c) La Conferencia Charlín, destinada a honrar, anualmente, al mismo tiempo, al maestro y fundador de la especialidad en Chile y a una figura consagrada de la oftalmología nacional, a quien se le solicita una lección magistral. El Directorio estimó pertinente designar al Profesor Juan Verdaguer Plamas como el primer Conferencista Charlín, quien con su inolvidable desarrollo del tema "La luz en física, en oftalmología y en el arte" inscribió su nombre como el primero en la que esperamos larga lista de conferencistas Charlín.

d) La sesión de cine oftalmológico, presentada en 1972. Creemos que este medio audiovisual se presta singularmente para la divulgación de técnicas quirúrgicas y por esta razón solicitamos y obtuvimos, gratuitamente, de la Conrad Berens Eye Foundation el préstamo de dos películas de óptima calidad técnica y valor didáctico.

Este Directorio ha considerado necesario descentralizar las actividades de la Sociedad y con este objeto programó que una de sus Sesiones Ordinarias de 1972 tuviera lugar fuera de la capital. La ciudad elegida fue Valparaíso, organizándose una Mesa Redonda sobre Cirugía de las Cataratas, tema escogido por el general interés que despierta entre todos los oftalmólogos. La Reunión fue un éxito rotundo tanto por la calidad de los panelistas, como por la extraordinaria asistencia y la magnífica organización aportada por los colegas de Valparaíso y Viña del Mar. Es el deseo del Directorio saliente que esta iniciativa no se pierda y en futuro sean otras las ciudades escogidas para celebrar reuniones ordinarias.

Ha sido también iniciativa de este Directorio enviar mensualmente a todos nuestros asociados un resumen de las discusiones que han tenido lugar en nuestras reuniones, así como

un informativo mensual. De este modo hemos querido que aquellos colegas de provincias, que obviamente no pueden asistir sino ocasionalmente a nuestras reuniones, vivan también nuestros debates y mantengan un vínculo permanente con esta Sociedad que les pertenece.

Durante el año 1971 se celebraron 3 sesiones extraordinarias; una destinada a completar la Mesa Redonda sobre Cirugía del Cristalino y otras dos para recibir a ilustres visitantes extranjeros, el Profesor H. Harms de Alemania Federal y el Dr. Ian Mac-Donald de Inglaterra. La visita del Prof. Harms fue convenientemente aprovechada, realizándose tres Conferencias, completadas con una exhaustiva discusión.

La creciente asistencia a las reuniones científicas llena a este Directorio de satisfacción; el renovado interés por las actividades de la Sociedad es el mejor estímulo que podemos recibir.

ACTIVIDADES ACADEMICAS

Habiendo ya transcurrido 30 años desde la muerte de Carlos Charlín Correa, la Sociedad le rinde un emotivo homenaje; sus discípulos, doctores Wygnanki y Verdaguer Planas perfilan la personalidad del maestro y penetran en su obra científica; la figura colosal de Charlín llega vívida a jóvenes oftalmólogos para quienes no era más que un nombre; su pensamiento y sus métodos les son revelados envolviendo en recuerdos nostálgicos a los compañeros más antiguos.

En Julio de 1972 la Sociedad rinde homenaje al Profesor Cristóbal Espíldora Luque a los 10 años de su fallecimiento. La Sociedad no podía corresponder de otra manera ha quien co-fundó, impulsó y dirigió esta Sociedad y una de las más grandes figuras de la Medicina Chilena de todos los tiempos. Quiso la Sociedad que nos acompañaran ilustres contemporáneos y familiares del Profesor y encomendó la difícil tarea al más grande de sus discípulos, Profesor Alberto Gormaz. La Sociedad ha cumplido con el Profesor Espíldora Luque.

En Diciembre de 1972, nuestra Institución recuerda al Dr. Santiago Barrenechea Acevedo en la voz de su entrañable amigo, Profesor René Contardo.

IX CONGRESO CHILENO DE OFTALMOLOGIA

Bajo la Presidencia Honoraria del Dr. Abraham Schweitzer, el IX Congreso Chileno de Oftalmología se realizó en Santiago, en Octubre de 1971, con extraordinaria asistencia de médicos chilenos y extranjeros y con la participación de 7 invitados de Honor. La calidad de los trabajos presentados y su excelente organización le dieron una indiscutible categoría internacional. El Directorio desea insistir una vez más en que el éxito rutilante de este Congreso es mérito exclusivo de la abnegada y sacrificada labor del Directorio Ejecutivo del Congreso, Dr. Carlos Eggers y los integrantes de las Comisiones que lo acompañaron.

CURSOS DE POST-GRADO

El Programa de Profesores Visitantes de la Asociación Pan Americana de Oftalmología permitió a la Sociedad organizar dos cursos: Un Curso de Uveítis, en 1971, a cargo de los Profesores Hilton Rocha, Rubens Belfort Mattos y Paulo Galvao del Brasil, en 1971 y un Curso de Glaucoma en 1972 dictado por el Profesor Roberto Sampaolesi y el Dr. José A. Badía de Argentina. Los Cursos contaron con extraordinaria asistencia y despertaron elogiosos comentarios entre los socios.

La Sociedad también patrocinó el Curso de Cirugía Plástica organizado por el Curso de Formación y Perfeccionamiento de Oftalmólogos e invitó a participar al Dr. Camilo Tairara de Argentina.

PROGRAMA DE BECAS PARA EL CURSO BASICO DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

La Sociedad, en conjunto con los ejecutivos de la Asociación Pan Americana de Oftalmología, seleccionó para 1972 a 2 jóvenes colegas para este Curso Básico patrocinado por la Asociación Pan Americana de Oftalmología. Para el Curso 1973, se obtuvo una tercera beca y los agraciados están en este momento en Puerto Rico. El Directorio desea dejar constancia de la generosidad de la Asociación Pan Americana y del permanente e irrestricto apoyo que hemos recibido de los Profesores Benjamín Boyd, Juan Arentsen y Alberto Gormaz.

ARCHIVOS CHILENOS DE OFTALMOLOGIA

Durante el presente ejercicio, se han editado 6 números de nuestra revista, lo que constituye un esfuerzo extraordinario. El Dr. Carlos Küster merece nuestro reconocimiento, al editar tres números atrasados durante el transcurso del año 1971. Con el nuevo Director de la Revista, Dr. Hernán Valenzuela, el Directorio se propuso cambiar totalmente el formato y calidad de la impresión e iniciar enseguida un vasto plan de difusión de nuestro Organó Oficial a los Centros Oftalmológicos mundiales más conocidos, lo que se ha hecho a partir del primer número de 1971. Se decidió además, editar un número extraordinario con el material del IX Congreso, cuyo valor, medido en el trabajo invertido y en el costo económico, equivale a varios números ordinarios. Después de afrontar dificultades de todo orden y después de un año de trabajo ha salido a la luz este volumen, que es para nosotros motivo de legítimo orgullo y satisfacción. Pocos de Uds. podrán imaginar cuantos desvelos, cuantos viajes, cuanto tiempo de cada día ha significado este volumen: esa es la obra del Dr. Hernán Valenzuela y esta es la deuda que la Sociedad tiene con él.

En el deseo de trabajar simultáneamente en el volumen ordinario siguiente, se le entregó esta responsabilidad al Dr. León Broitman, Secretario de redacción de la Revista, quien ha cumplido entregándonos este mes un nuevo número de la revista. Quiero también destacar la labor silenciosa, abnegada y anónima de la Dra. Marta Lechuga en las múltiples tareas de redacción que se le han solicitado.

Hubo momentos de tristeza. Mario Cortés falleció en Mayo de 1972. Amigo limpio y leal de todos nosotros, apoyo y Maestro para los más jóvenes, su pérdida es irreparable para la Sociedad. El Prof. Wolfram Rojas E. le rindió emocionado homenaje en nuestro seno. Hubimos de lamentar, también ese año, el fallecimiento del Dr. Alfonso Jasmen, antiguo miembro de la Sociedad; el Prof. René Contardo le rindió un homenaje póstumo.

El fallecimiento de los Profesores Jorge Malbrán y Hermenegildo Arruga, Socios Honorarios de nuestra Institución, enluta a la Socie-

dad quien guardó respetuoso silencio en su memoria.

Podría hacer una relación más detallada y he omitido otras iniciativas y actividades de la Sociedad, pero creo que un relato de esa naturaleza sería cansador. Quiero pedir la comprensión de ustedes por nuestras limitaciones y por los errores que podemos haber cometido. Hemos hecho lo que hemos podido, en la medida de nuestras fuerzas, por hacer crecer la Sociedad y por hacerla llegar a todos los oftalmólogos, a los antiguos y a los nuevos y a todos los puntos de la República donde trabaje un oftalmólogo. Hemos concebido la Sociedad como una Institución dedicada exclusivamente al desarrollo científico de la Oftalmología Chilena y al perfeccionamiento de cada uno de sus miembros; la hemos querido como una organización destinada a unir a los oftalmólogos chilenos y jamás permitimos que influencias extrañas empañaran la limpia y clara armonía que debe existir entre los oftalmólogos de nuestra patria. Hemos querido honrar a nuestros Maestros y hemos también mirado a nuestra juventud, buscándola y llamándola.

Ninguna obra, aunque modesta, se puede hacer sin hombres y yo debo un deber de gratitud a los queridos amigos que me han acompañado con tantos sacrificios en el Directorio; qué agradable y fácil es trabajar con la gentileza y caballerosidad de Oscar Ham, con la inquietud y el intelecto de Miguel Kottow, con la industriosisidad y prolijidad de Hernán Valenzuela y la eficiencia de Enrique Zenteno. No puedo omitir lo que debo al Dr. Basilio Rojas U. quien desde fuera del Directorio ha organizado, callada y abnegadamente, todos los actos sociales que han tenido lugar durante nuestro mandato y me sospecho que a veces absorbiendo incluso pérdidas; tampoco quiero callar mi gratitud para con Rosita Muñoz, Secretaria de la Sociedad, a quien tantas veces hemos exigido más que a lo que teníamos derecho.

La Sociedad se ha dado un nuevo Directorio que hoy asume. El Directorio que aquí termina, que conoce de su probada capacidad, sabe que se inicia hoy un brillante período para la Sociedad y les desea la mejor de las fortunas.

Prof. Dr. Juan Verdaguer T.

SANTIAGO, Marzo 30 de 1973.

Upjohn

Depo - Medrol

M. R.

(Acetato de metilprednisolona)

Una sola inyección de Depo-Medrol, deposita una capa de microcristales en el lugar de la aplicación. La absorción prolongada a partir de esta capa da como resultado un efecto anti-inflamatorio sostenido que proporciona alivio en rinitis alérgica, asma, artritis y dermatosis alérgica. Este alivio se mantiene día y noche y dura de una a tres semanas, según la enfermedad tratada.

Presentación:

Depo-Medrol 40	Fco. de 1 cc. con 40 mg.
Depo-Medrol 80	Fco. de 1 cc. con 80 mg.

UPJOHN Compañía Limitada

Andrés de Fuenzalida 147 — Santiago

Noticario Oftalmológico

CURSO DE FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DE OFTALMOLOGOS DE LA ESCUELA DE GRADUADOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Este Curso comprende dos años de enseñanza teórica y práctica. El primer año se inicia con los Ramos Básicos de Anatomía, Histología y Optica. Terminados éstos se continúa con los Ramos Clínicos, cuyos estudios teóricos y prácticos siguen en el 2º Año.

Todo el temario a tratar está prefijado en un programa revisado anualmente.

Al final de cada uno de los dos años que consta el Curso, los alumnos rinden pruebas de conocimiento teórico y de práctica oftalmológicos, y reciben un Certificado de Especialista al término del 2º Año.

Pueden incorporarse a este Curso médicos nacionales y extranjeros que deben enviar oportunamente sus antecedentes que pasan a una revisión y selección por parte del Consejo Docente del Curso, ya que el número de alumnos a inscribir es limitado.

La Clase Inaugural del Curso que se inicia este año se efectuará en Junio próximo. La del año recién pasado estuvo a cargo del Prof. Alberto Gormaz B., quien expuso el tema "Introducción a la Oftalmología".

El Directorio actual está constituido en la siguiente forma:

Director Ejecutivo:	Prof. Dr. Wolfram Rojas E.
Subdirector :	Dr. Carlos Eggers Sch.
Secretarios :	Dr. Basilio Rojas U.
	Dr. Patricio Villanueva M.

Para mayores informes, dirigirse a los Secretarios: Servicio de Oftalmología del Hospital José J. Aguirre y del Hospital San Francisco de Borja, respectivamente.

CURSO BASICO DE OFTALMOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

La Asociación Pan-Americana de Oftalmología concede anualmente dos becas completas para dos jóvenes oftalmólogos en el Curso Básico de Oftalmología que la Asociación patrocina en la Universidad de Puerto Rico. Los candidatos son seleccionados mediante un examen de comprensión rendido ante una comisión formada por el Presidente de la Sociedad Chilena de Oftalmología y los representantes de la Asociación Pan Americana de Oftalmología. Para el año 1974 fueron favorecidos con becas los Drs. Sonia Voullieme Collao y Raúl González Ramos.

CALENDARIO DE CONGRESOS

- Academia Americana de Oftalmología y Otorrinolaringología: 6 al 10 de Octubre, 1974, Dallas, Texas. (Recepción de la Asociación Pan Americana de Oftalmología: 6 de Octubre, Gold Room del Fairmont Hotel de Dallas).
- Society of Eye Surgeons: 16 al 18 de Abril, 1975. San Salvador, Hotel Camino Real.
- X Congreso Pan Americano de Oftalmología: 20 al 25 de Abril, 1975. San Juan, Puerto Rico, Hotel Caribe Hilton (Presidente: Dr. Guillermo Picó).
- Sociedad Pan Americana de Microcirugía: Abril 1975, precediendo el Congreso Pan Americano de San Juan. La fecha exacta será anunciada más adelante. Informaciones con el Dr. Richard C. Troutman, 755 Park Ave., New York, N. Y. 10021.
- X Congreso Argentino de Oftalmología: 19 al 24 de Octubre de 1975. Buenos Aires, Argentina.
- X Congreso Chileno de Oftalmología: 23 al 27 de Noviembre de 1975, Arica.

DOMINIO RAPIDO DE LOS SINTOMAS ...

ACTIVIDAD CORTICOSTEROIDEA SOSTENIDA ...

CIDOTEN^{*} Rapi - Lento

(Acetato de Betametasona / Fosfato disódico de Betametasona)

**PARA INYECCION INTRAMUSCULAR, PERIARTICULAR,
INTRAARTICULAR, INTRABURSAL, INTRADERMICA,
INTRALESIONAL Y SUBCONJUNTIVAL**

El único corticosteroide parenteral de "acción repositoria" que no demora el alivio del paciente.

Sólo CIDOTEN RAPI - LENTO combina un éster corticosteroide de acción rápida con un éster corticosteroide de acción prolongada, para lograr beneficios inmediatos y sostenidos con una sola inyección.

Sólo CIDOTEN RAPI - LENTO ofrece la concentración mínima de corticosteroide parenteral: 6 mg/ml.

Sólo CIDOTEN RAPI - LENTO contiene en un producto inyectable una solución de fosfato y una suspensión de acetato; la solución actúa rápidamente reduciendo al mínimo las posibles reacciones secundarias de exacerbación causadas por la suspensión.

Sólo CIDOTEN RAPI - LENTO, evita el depósito excesivo de cristales al inyectar microcristales repositorios de corticosteroide a razón de 3 mg/ml. — la concentración más pequeña entre todas las suspensiones parenterales de corticosteroide.

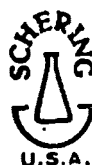
Notablemente seguro y eficaz en todos los trastornos musculoesqueléticos, alérgicos y dermatológicos que responden a la corticoterapia

Presentación: Frasco ampolla 3 cc. (6 mg. por cc.).

SCHERING COMPAÑIA LIMITADA

Camino a Melipilla 7073 - Fono 572027 - Santiago

* M. R.





SINTOFTONA^{M.R.}

COLIRIO

Asociación
corticoide antibiótica
de aplicación
oftalmológica

- Conjuntivitis
- Blefaritis
- Queratitis
- Inflamaciones

1 - 2 gotas cuatro o
más veces al día.
Frasco - gotario
de 10 ml.

