

VIII CLADE

CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO
CONSELHO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO



VIII CONGRESO DEL C.L.A.D.E.

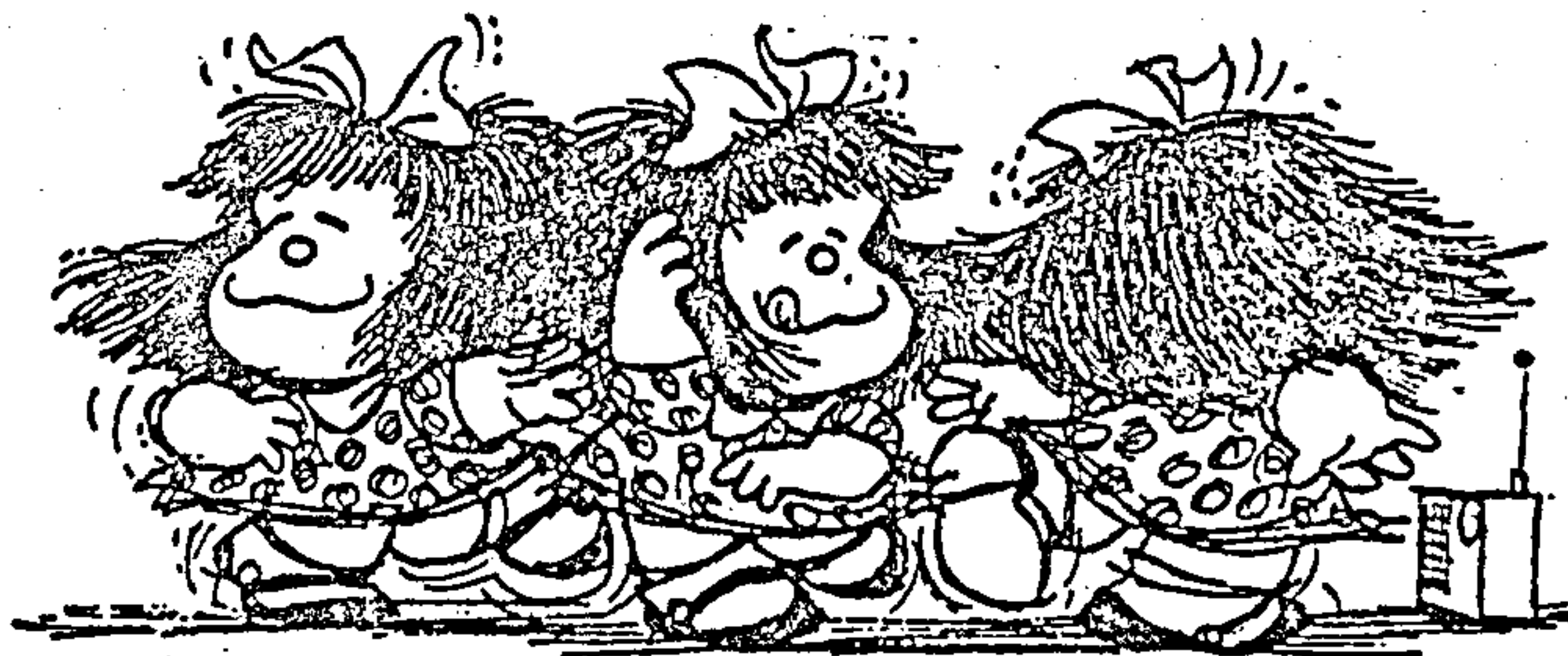
22 - 26 de octubre de 1984

Centro de Conferencias de la Intendencia Municipal
de Montevideo, Uruguay

Alcon

EL NUESTRO
ES UN PROGRAMA
PARA TODOS ...

INCLUSO PARA LOS
MAS JOVENES !!!

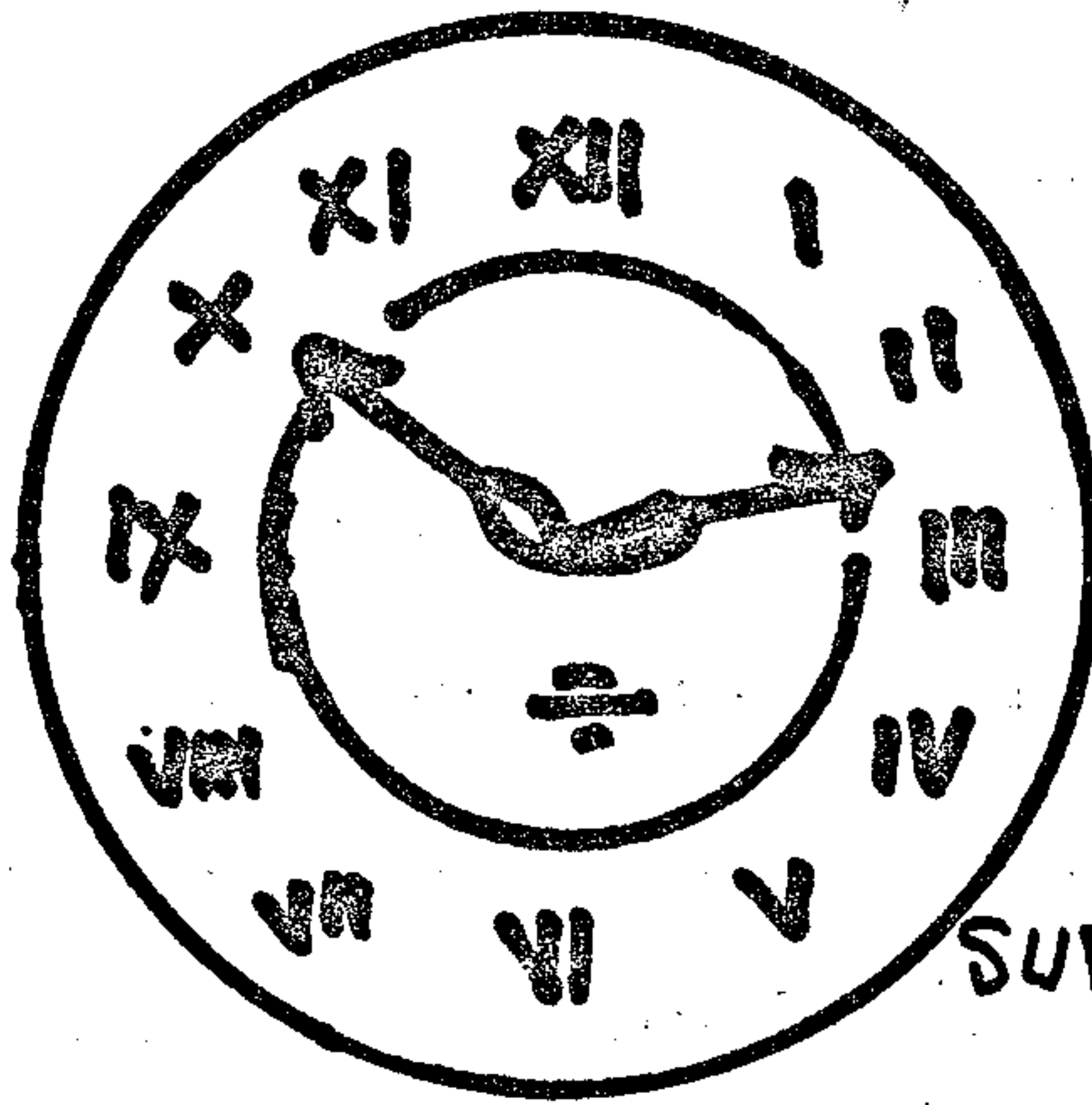


INDICE

- Nómina del Congreso y Auspicios pág.7
- Autoridades e Invitados pág.9
- Actividades del Primer día pág.11
- Programa Científico pág. 12-22
- Actividad Social pág. 25
- Información General pág. 29
- Agradecimientos pág. 31

* * *

ME VINE A TOMAR
UN CAFE
NO AGUANTO MÁS
SE PASÓ EN
25 MINUTOS
Y SIGUE!!!



VIERON
FULANITO
NO RESPETO
EL TIEMPO
PARECE QUE
HAY CORONITAS!!!

TODOS!!!
SUFRIMOS
MUCHO

CUANDO OCUPAN MAS TIEMPO
DEL QUE LE ASIGNARON



VIII CONGRESO DEL C.L.A.D.E.

22 - 25 de octubre, 1984

Centro de Conferencias de la Intendencia Municipal
Montevideo, Uruguay

ORGANIZA:

C.L.A.D.E. - CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO

AUSPICIAN:

- * UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
- * OPS/OMS
- * ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
- * SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA
- * SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA
- * SOCIEDAD URUGUAYA DE NEUROPEDIATRIA

AUTORIDADES DEL CONGRESO

CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO

Presidente:	Dra. M.H. BERNASCONI
Secretario:	Dra. Alicia M. de PACHECO
Tesorero:	Dr. Luis E. BERRUTI
Secretario Asociado:	T.O. Helena BALEA
Secretario General:	Henderson C. ALMEIDA

INVITADOS NO CLADISTAS

Dr. Arthur JAMPOLSKY (EE.UU.)
Dr. Alan SCOTT (EE.UU.)
Dr. Gunter von NOORDEN (EE.UU.)
Dra. Suzanne VERONNEAU-TROUTMAN (EE.UU.)
Dr. Eugene HELVESTON (EE.UU.)
Dra. Annette SPIELMANN (Francia)
Dr. John FLYNN (EE.UU.)
Dr. Robert REINECKE (EE.UU.)

INVITADOS ESPECIALES

Dr. Oscar HAM (Chile)
Dr. Alberto O. CIANCIA (Argentina)

ACTIVIDADES DEL PRIMER DIA

lunes 22

09:00-19:00 REGISTRO Y ENTREGA DE DOCUMENTACION

19:45

ACTO INAUGURAL
Salón ALCON

PROGRAMA

- HIMNO NACIONAL

- ORATORIA

* Presidente del Comité Organizador
Dra. M.H. BERNASCONI

* Ex-Presidente y Fundador de CLADE
Dr. Oscar HAM

* En representación de los Invitados No Cladistas
Dr. Arthur JAMPOLSKY

* Prof. Director de la Clínica de Oftalmología de la
Facultad de Medicina de Montevideo
Dr. Albrecht MEERHOFF

- Breve Recital de Música del Medievo y Renacimiento
con la actuación del Conjunto Vocal e Instrumental
"CAPELLA ANTIGUA"

* * *

20:45

COCTEL DEL REENCUENTRO
Foyer del Centro de Conferencias

INVITAN:

COMITE ORGANIZADOR Y CIA.CIBELES S.A. (Representante
de Merck Sharp & Dohme)

PROGRAMA CIENTIFICO

martes 23
Salón ALCON

UNIDAD TEMATICA: AMBLIOPIA

Presidente de Honor: Dr. Jaime DE CAMARGO (Brasil)
Secretario: Dr. Walter MEERHOFF (Uruguay)

08:30-08:55

CONFERENCIA: MAGISTRAL

HISTORIA CRONOLOGICA Y CIENTIFICA DEL C.L.A.D.E.
Dr. Oscar HAM (Chile)

09:00-10:00

SIMPOSIO DE ACTUALIDAD AMBLIOPIA

Coordinador: Dra. Anabella VALENZUELA (Chile)

* INTRODUCCION

Dra. Anabella VALENZUELA (Chile)

* ASPECTOS NEUROFISIOLOGICOS DE LA AMBLIOPIA Y
SU PROYECCION CLINICA

Dra. Marta SANCHEZ (Argentina)

* FACTORES PRONOSTICOS DEL TRATAMIENTO

Dr. Miguel PUENTES (Chile)

* METODOS ACTUALES DE TRATAMIENTO

Dr. Rómulo CARRION (Perú)

* RESULTADOS DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

Dra. Clara ESTEVES de UZCATEGUI (Venezuela)

* ANATOMIA PATOLOGICA

Dr. Gunter von NOORDEN (EE.UU.)

10:00-10:20

CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO DE ACTUALIDAD AMBLIOPIA
Dra. Lydia ITERMAN de GUROVICH (Argentina)

10:20-10:40

DESCANSO

10:40-11:40

1a SESION DE APORTES A LA UNIDAD TEMATICA AMBLIOPIA

- * ANALISIS DE INFORMACION EN LA PRACTICA ESTRABOLOGICA
Dres. Alberto CIANCIA, H. ESPINOSA, Julio RAMOS (Argentina)
- * ATENDIMENTO DE AMBLIOPE E PREVALENCIA NA POPULAÇÃO PRE-ESCOLAR,
CAMPINAS, Sao Paulo
Dres. José NEWTON KARA, KEILA MONTEIRO de CARVALHO, Roberto CALDATO,
Vera Lucía PEREIRA, Alzira de OLIVEIRA, José CORREA da FONSECA NETO
(Brasil)
- * ESTUDIO NEUROFISIOLÓGICO DE LA AMBLIOPIA
Dres. Guillermo BERTORA, Julia BERGMANN, Humberto PEREZ (Argentina)
- * AVALIAÇÃO DA ACUIDAD VISUAL ANGULAR E CORTICAL EM AMBLIOPE
Dra. Keila MONTEIRO de CARVALHO (Brasil)
- * LOS POTENCIALES VISUALES EVOCADOS EN EL PRONOSTICO DE LA AMBLIOPIA
Dr. Zoilo CUELLAR MONTOYA (Colombia)

11:40-12:00

COMENTARIOS

Dr. Eugene HELVESTON (EE.UU.)

12:00-12:45

ALMUERZO EN LA SEDE

12:45-13:25

2da SESION DE APORTES A LA UNIDAD TEMATICA AMBLIOPIA

Presidente de Honor: Dr. Albrecht MEERHOFF (Uruguay)
Secretario: Dra. Delia RODRIGUEZ de D'AURIA (Uruguay)

- * RESULTADOS DEFINITIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AMBLIOPIA
Dr. Oscar HAM; T.M. Marcela CLARAMUNT, T.M. Teresa DIAZ (Chile)
- * EXPERIENCIA CON 100 PACIENTES AMBLIOPE TRATADOS CON "CAM-STIMULATOR"
Dres. Humberto PEREZ, Alejandro BROWN, Julia BERGMANN, Guillermo
BERTORA (Argentina)

* ESTUDIO DE AMBLIOPIA PARA CERCA (Investigación Previa)

T.O. Helena BALEA, Dra. M.H. BERNASCONI (Uruguay)

* AMBLIOPIA: PERSONAL OBSERVATIONS

Dr. Eugene M. HELVESTON (EE.UU.)

13:25-13:45

COMENTARIOS

Dr. Jorge ABUJATUM (Chile)

13:45-14:10

CONFERENCIA

EPIDEMIOLOGIA DE AMBLIOPIA Y ESTRABISMO

Dr. Harley A. BICAS (Brasil)

14:10-14:55

CONFERENCIA

ALTERACIONES SENSORIALES EN AMBLIOPIA Y ESTRABISMO

Dr. Arthur JAMPOLSKY (EE.UU.)

14:55-15:15

DESCANSO

15:15-16:00

CONFERENCIA

TRATAMIENTO DEL ESTRABISMO: PASADO PRESENTE Y FUTURO

Dr. Alan SCOTT (EE.UU.)

16:00-16:10

DESCANSO

16:10-17:10

SESION ESPECIAL

DIFUSION DEL PROBLEMA AMBLIOPIA A LOS PUEBLOS Y GOBIERNOS QUE

INTEGRAN EL C.L.A.D.E.

Dres. M.H. BERNASCONI (Uruguay) y Harley A. BICAS (Brasil)

17:10 - SESION ESTATUTARIA

INFORME AMBLIOPIA

Dres. Mauricio BRIK (Brasil) y Elena MORENO de MULET (Argentina)

miércoles 24
Salón ALCON

UNIDAD TEMATICA: ESTRABISMOS HORIZONTALES

Presidente de Honor: Dr. Miguel PUENTES (Chile)
Secretario: Dra. Norma GRAIFMAN (Argentina)

08:30-08:55

CONFERENCIA MAGISTRAL

CLASIFICACION HISTORICA Y ACTUAL DE ESTRABISMOS HORIZONTALES
Dr. Alberto CIANCIA (Argentina)

09:00-10:00

SIMPOSIO DE ACTUALIDAD ESTRABISMOS HORIZONTALES

Coordinador: Dr. Henderson C. ALMEIDA (Brasil)

* INTRODUCCION

Dr. Henderson C. ALMEIDA (Brasil)

* INCOMITANCIA LATERAL NOS EXODESVIOS. ASPECTOS CLINICOS E TRATAMIENTO CIRURGICO

Dr. Edson PROCIANOY (Brasil)

* QUANDO E COMO OPERAR AS ETs COM LBA

Dr. Miguel GONTIJO ALVARES (Brasil)

* IMPORTANCIA DA HIPERFUNÇÃO DE OBLIQUOS NA DESESTABILIZAÇÃO NOS RESULTADOS CIRURGICOS NOS EXODESVIOS

Dra. Elena MORENO de MULET (Argentina)

* QUANDO E COMO OPERAR OS ESOESVIOS ACOMODATIVOS

Dr. Julio PRIETO-DIAZ (Argentina)

*

Dra. Suzanne VERONNEAU-TROUTMAN (EE.UU.)

10:00-10:20

CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO DE ACTUALIDAD ESTRABISMOS HORIZONTALES
Dra. Nélida MELEK (Argentina)

10:40-11:40

1a SESION DE APORTES AL TEMA ESTRABISMOS HORIZONTALES

Presidente de Honor: Dra. Elsa MIGLIARO de NISSEN (Paraguay)
Secretario: Dr. Julio ANTES (Uruguay)

- * MEDIDA DE LAS FUERZAS ACTIVAS Y PASIVAS DE LA MOTILIDAD OCULAR
MEDIANTE UN NUEVO APARATO: Comunicación Preliminar
Dres. Alberto CIANCIA, José R. LAVIN y H. GARCIA (Argentina)
- * MEDIDA DA ANISOTROPIA NO PERIMETRO: HA INFLUENCIA DA ACOMODAÇÃO ?
Dres. Marcelo REAL PEREIRA e Henderson C. ALMEIDA (Brasil)
- * ENDOTROPIA ACOMODATIVA Y MICROTROPIA
Dres. Jorge ABUJATUM y O. KRAUSE; T.M. Marcela CLARAMUNT (Chile)
- *
Dr. Paulo HORTA BARBOSA (Brasil)
- * CORREÇÃO DA ESOTROPIA; CIRURGIA MONO OU BINOCULAR ?
Dres. Miguel GONTIJO ALVARES e Henderson de ALMEIDA (Brasil)
- *

11:40-12:00

COMENTARIOS

Dr. Guillermo VELEZ RESTREPO (Colombia)

12:00-12:45

ALMUERZO EN LA SEDE

12:45-13:25

2da SESION DE APORTES AL TEMA ESTRABISMOS HORIZONTALES

Presidente de Honor: Dr. Néstor Juan MASSIMINO (Argentina)
Secretario: Dra. Keila MONTEIRO de CARVALHO (Brasil)

- * RESULTADOS DE LA DOBLE RETROINSECCION AUMENTADA O EN BLOCK DE LOS
RECTOS MEDIOS EN LA CIRUGIA DE LAS ESOTROPIAS
Dr. Mauricio BRODSKY (Argentina)
- * SINDROMES EN "A" EN ESTRABISMOS SENSORIALES
Dra. Ema LIMON de BROWN (México)

* HIPERFORIA
Dres. Jazmín YEPEZ, Alberto CIANCIA (Argentina)

* EFFECT OF MUSCLE MISALIGNEMENT
Dra. Suzanne VERONNEAU-TROUTMAN (EE.UU.)

13:25-13:45
COMENTARIOS
Dra. Annette SPIELMANN (Francia)

13:45-14:25
3a SESION DE APORTES AL TEMA ESTRABISMOS HORIZONTALES

* ESOFORIAS . EXPERIENCIAS EN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
Dra. Amanda ARTOLA de PIEZZI, Martha FRENEAU de TRAD, José Gerardo GUERRERO (Argentina)

* NUESTRA EXPERIENCIA EN LA TRANSPOSICION AJUSTABLE PARA DEFECTOS DE LA ABDUCCION CON LA TECNICA DESCRIPTA POR LOS Dres. CARLSON y JAMPOLSKY
Dras. Graciela REYBAUD y Ester PALAZZO (Argentina)

* EXPERIENCIA CON TOXINA BOTULINICA EN URUGUAY
Dra. M.H. BERNASCONI (Uruguay)

* THE DESIRABLE ENDPOINTS OF COSMETIC SURGERY
Dr. Robert REINECKE (EE.UU.)

14:25-14:45
COMENTARIOS
Dr. Paulo HORTA BARBOSA (Brasil)

14:45-15:00
DESCANSO

15:00-15:45
MESA REDONDA Y FORO: ESTRABISMOS HORIZONTALES
Presidente de Honor: Dr. Jorge ABUJATUM (Chile)
Coordinadores: Dr. Guillermo VELEZ RESTREPO (Colombia)
Dr. Julio PRIETO DIAZ (Argentina)
Secretario: Dra. Silvia AMADO de MERRONE (Uruguay)

Miembros: Dr. Alberto O. CIANCIA (Argentina)
Dr. Carlos SOUZA DIAS (Brasil)
Dra. Anabella VALENZUELA (Chile)
Dra. Nélida MELEK (Argentina)
Dr. Alan SCOTT (EE.UU.)
Dra. Suzanne VERONNEAU-TROUTMAN (EE.UU.)
Dr. León RODRIGUEZ (Chile)
Dr. Paulo HORTA BARBOSA (Brasil)
Dra. Antonieta PEREZ de SCHURMANN (Venezuela)

15:45-16:30
FORO

16:30-16:45
DESCANSO

16:45-17:10
CONFERENCIA

Dr. Gunter von NOORDEN (EE.UU.)

Presidente de Honor: Dr. Albrecht MEERHOFF (Uruguay)
Secretario: Dr. Luis E. BERRUTI (Uruguay)

17:15
REUNION ESTATUTARIA: ORTOPTISTAS

jueves 25
Salón ALCON

UNIDAD TEMATICA: ESTRABISMOS VERTICALES

Presidente de Honor: Dr. Miguel GONTIJO ALVARES (Brasil)
Secretario: Dra. Graciela REYBAUD (Argentina)

08:30-08:55
CONFERENCIA MAGISTRAL

CLASIFICACION HISTORICA Y ACTUAL DE ESTRABISMOS VERTICALES
Dra. Ema LIMON de BROWN (México)

09:00-10:00

SIMPOSIO DE ACTUALIDAD: ESTRABISMOS VERTICALES

Coordinador: Dr. Julio PRIETO-DIAZ (Argentina)

* INTRODUCCION

Dr. Julio PRIETO DIAZ (Argentina)

* DESVIACIONES VERTICALES COMITANTES

Dr. Juan ARROCHE (Argentina)

* DESVIACIONES VERTICALES INCOMITANTES

Dr. Néstor J. MASSIMINO (Argentina)

* DESVIACION VERTICAL DISOCIADA

Dr. Zoilo CUELLAR MONTOYA (Colombia)

* MIOPATIA ENDOCRINA (Doença de Basedow-Graves)

Dr. Jaime DE CAMARGO (Brasil)

* STRENGTHENING PROCEDURES OF THE SUPERIOR OBLIQUE

Dr. Eugene M. HELVESTON (EE.UU.)

10:00-10:20

CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO DE ACTUALIDAD ESTRABISMOS VERTICALES

Dr. Carlos SOUZA DIAS (Brasil)

10:20-10:40

DESCANSO

10:40-11:40

1a SESION DE APORTES AL TEMA ESTRABISMOS VERTICALES

Presidente de Honor: Dr. Julio MANZITTI (Argentina)

Secretario Dra. Judith ALVAREZ de BERTERRECHE (Uruguay)

* CLASIFICACION CLINICO-QUIRURGICA DE LOS SINDROMES ALFABETICOS

Dr. Zoilo CUELLAR MONTOYA (Colombia)

* HIPERFUNCION MARCADA DEL OBLICUO MENOR

Dr. Guillermo VELEZ RESTREPO (Colombia)

* PROGRESSIVE EXAGGERATED A-PATTERN STRABISMUS WITH PRESUMED
FIBROSIS OF EXTRAOCULAR MUSCLES
Dres. Peter FELS, Elizabeth WADDELL, Miguel GONTIJO ALVARES (Brasil)

* TENECTOMIA DE LAS FIBRAS POSTERIORES DEL OBLICUO INFERIOR
Dres. Julio MANZITTI y Norma GRAIFMAN (Argentina)

* METODO DE ANALISIS MORFOANTROPOMETRICO DE LAS ORBITAS APLICABLE
A CEFALOMETRIA
Dra. Ema LIMON de BROWN (México)

* VERTICAL TORTICOLLIS AND NYSTAGMUS
Dra. Annette SPIELMANN (Francia)

11:40-12:00

COMENTARIOS

Dr. Robert REINECKE (EE.UU.)

12:00-12:45

ALMUERZO EN LA SEDE

12:45-13:25

2da SESION DE APORTES AL TEMA ESTRABISMOS VERTICALES

Presidente de Honor: Dra. Marta SANCHEZ (Argentina)

Secretario: Dr. Guillermo BERTORA (Argentina)

* CONSIDERAÇÕES TOPOGRAFICAS SOBRE AS INSERÇÕES DOS MUSCULOS
OCULOMOTORES
Dres. Carlos SOUZA DIAS (Brasil), Julio PRIETO-DIAZ (Argentina),
Carlos E. UESUGUI (Brasil)

* AÇÕES DOS OBLIQUOS SOB EFEITO DA FASCIA ORBITAL
Dr. Renato CURI (Brasil)

* RESTAURAÇÃO DE MOVIMENTOS OCULARES POR IMPLANTAÇÃO DE
ARTEFATOS ELASTICOS
Dr. Harley A. BICAS (Brasil)

* ESTRABISMOS VERTICALES EN BLOQUE EN PLATIOCEFALIAS
Dra. Ema LIMON de BROWN (México)

13:25-13:45

COMENTARIOS

Dr. John FLYNN (EE.UU.)

13:45-14:25

3a SESION DE APORTES AL TEMA ESTRABISMOS VERTICALES

* CLASIFICACION CLINICO-QUIRURGICA DE LOS SINDROMES DE RETRACCION
Dr. Zoilo CUELLAR MONTOYA (Colombia)

* HALLAZGOS EN EOG EN EL SINDROME DE DUANE
Dr. Julio PRIETO DIAZ (Argentina)

* DISTROFIA MIOTONICA
Dr. Henderson C. ALMEIDA (Brasil)

* THREE UNUSUAL CASES OF SUPERIOR OBLIQUE WITH INVOLVEMENT
FOLLOWING TRAUMA
Dr. John FLYNN (EE.UU.)

14:25-14:45

COMENTARIOS

Dra. Nélide MELEK (Argentina)

14:45-15:00

DESCANSO

15:00-15:45

MESA REDONDA Y FORO: ESTRABISMOS VERTICALES

Presidente de Honor: Dr. Edson PROCIANOY (Brasil)

Coordinadores: Dr. Paulo HORTA BARBOSA (Brasil)

Dra. Ema LIMON de BROWN (México)

Secretario: T.O. Helena BALEA (Uruguay)

Miembros:

Dr. Julio PRIETO-DIAZ (Argentina)

Dr. Henderson C. ALMEIDA (Brasil)

Dr. José R. LAVIN (Argentina)

Dr. Zoilo CUELLAR MONTOYA (Colombia)

Dra. Elena MORENO de MULET (Argentina)

Dra. Clara ESTEVES de UZCATEGUI (Venezuela)

Dr. Arthur JAMPOLSKY (EE.UU.)

Dra. Annette SPIELMANN (Francia)

15:45-16:30

FORO

16:30-16:45

DESCANSO

16:45-17:10

CONFERENCIA

Dr. Arthur JAMPOLSKY (EE.UU.)

Presidente de Honor: Dr. Albrecht MEERHOFF (Uruguay)

Secretario: Dra. Alicia MARTINEZ de PACHECO (Uruguay)

17:15

ASAMBLEA GENERAL



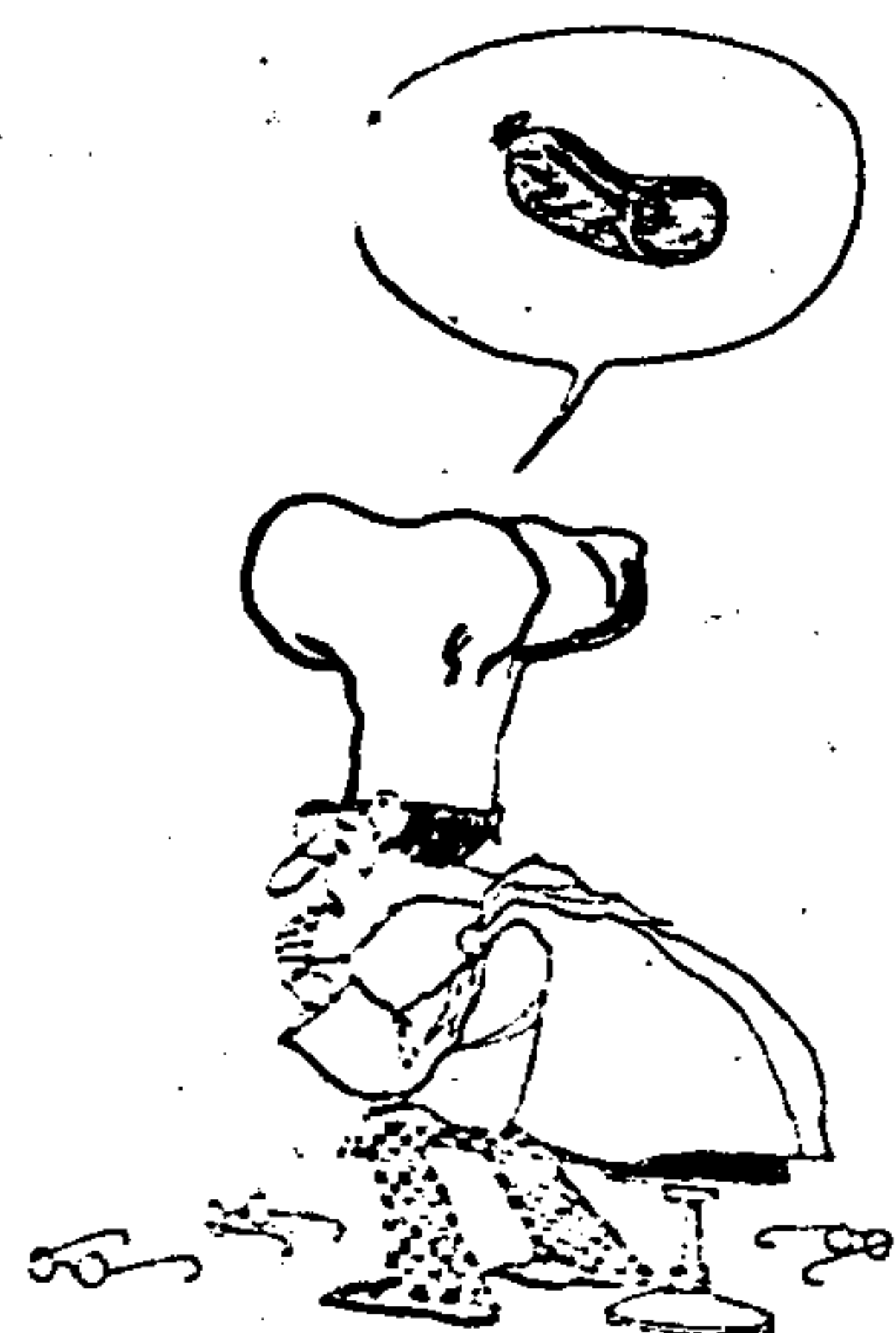
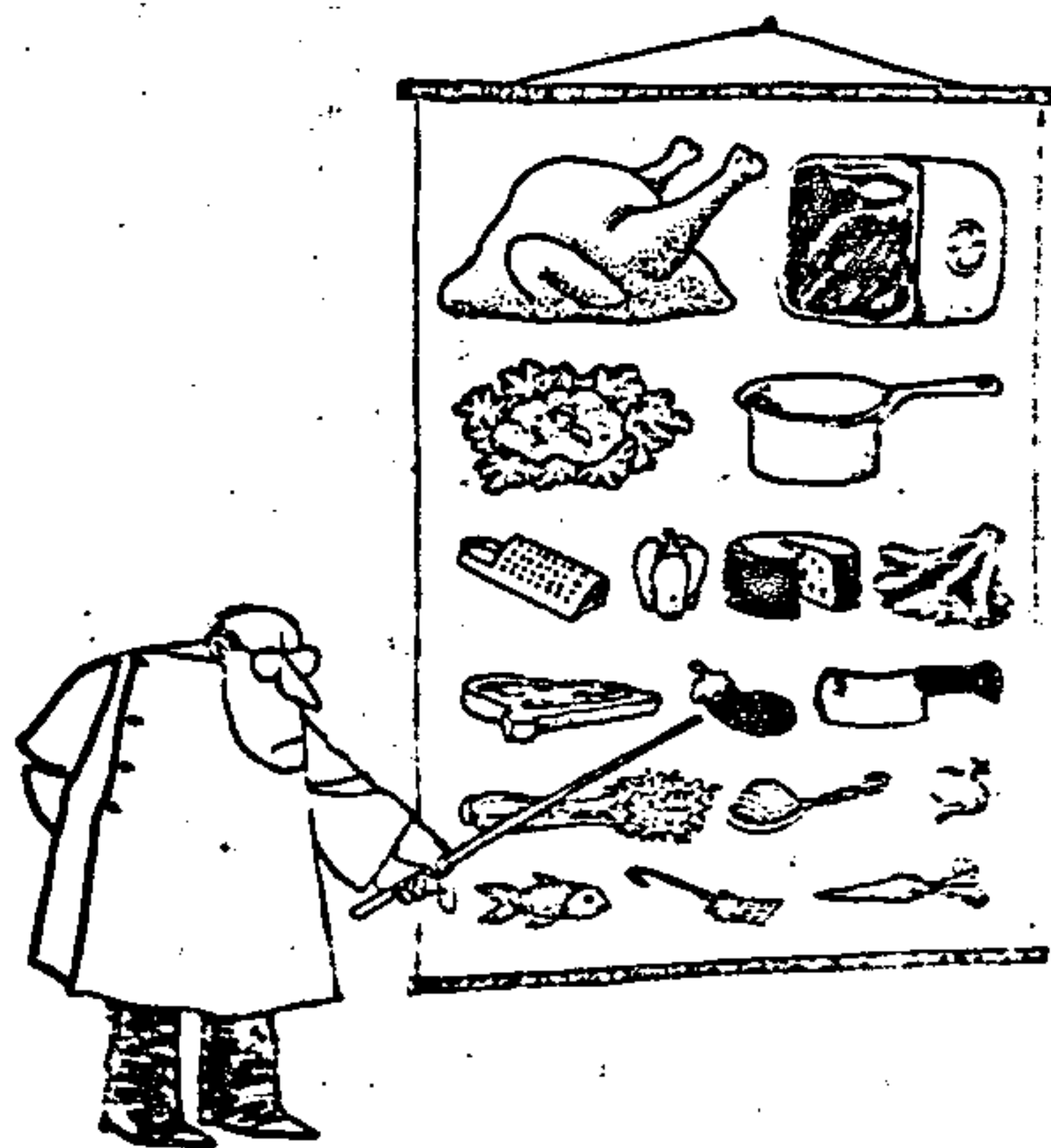
Hemos sufrido mucho

Hemos mirado mucho

Para brindarles un

Programa Social

como para Uds



ACTIVIDAD SOCIAL

lunes 22
19:45

ACTO INAUGURAL Y COCTEL DEL REENCUENTRO

jueves 25
22:00

CENA DE CLAUSURA
Salón de Fiestas del PARQUE HOTEL

PARA ASISTIR A LA FIESTA DE CLAUSURA ES IMPRESCINDIBLE RETIRAR LA INVITACION EN LA SECRETARIA HASTA EL DIA:

miércoles 24, a la hora 18:00

UNA VEZ VENCIDO ESE PLAZO, NO SE ENTREGARAN MAS INVITACIONES

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

martes 23
17:00

PRELUDIO PIANO BAR - Un atardecer con la música de todos los tiempos

miércoles 24
09:30

PASEO POR MONTEVIDEO

* * *

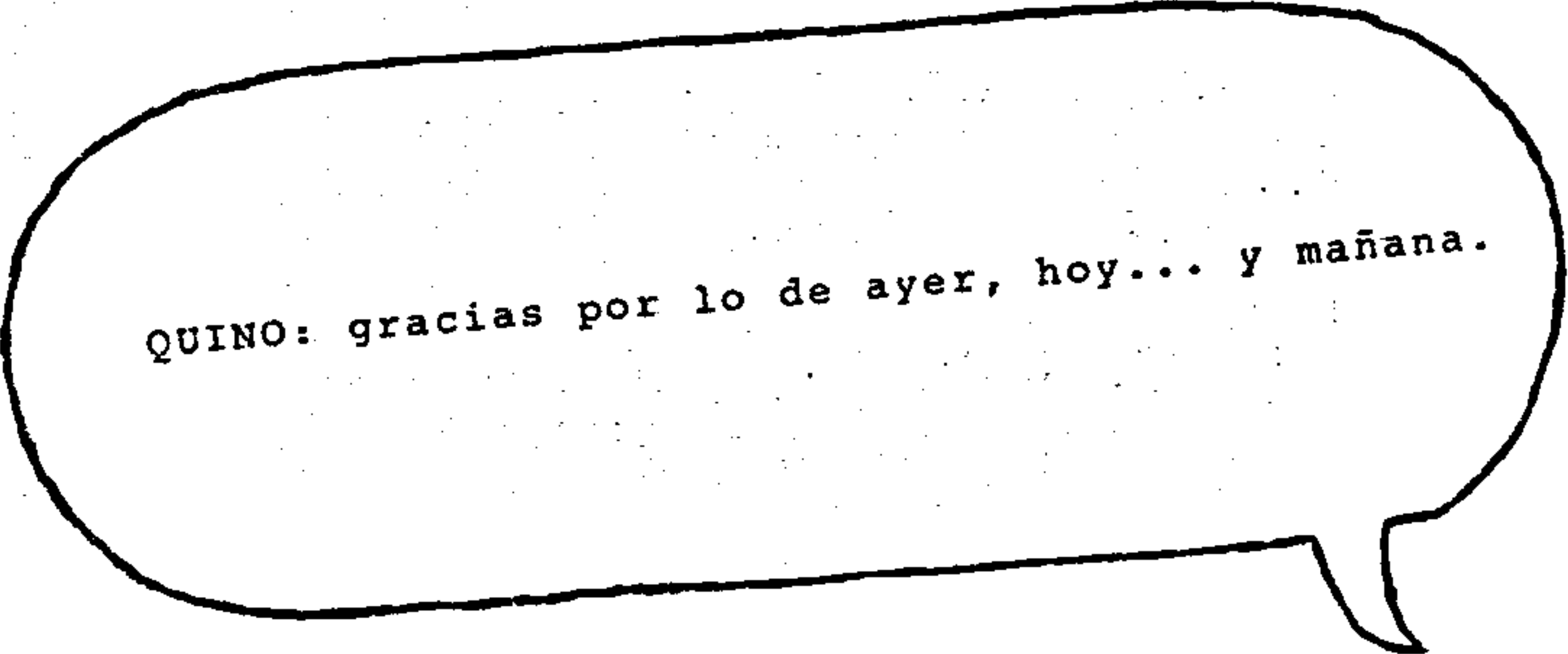
AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador agradece muy especialmente el apoyo brindado para la realización del VIII CLADE en Uruguay, a las siguientes Instituciones y Empresas:

- * UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
- * OPS/OMS
- * ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
- * SOCIEDAD DE OFTALMOLOGIA
- * SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRIA
- * SOCIEDAD URUGUAYA DE NEUROPEDIATRIA

- * ALCON LABORATORIOS URUGUAY S.A.
- * LABORATORIOS CELSIUS S.A.
- * CIA.CIBELES S.A. Representante de Merck Sharp & Dohme
- * DUPERIAL URUGUAY S.A.I.C.
- * JOHNSON & JOHNSON DE URUGUAY S.A.
- * OPTICA LUX
- * ROCHE INTERNACIONAL LTD.
- * WYETH LABORATORIO
- * RIBERENA S.A. - Coca Cola

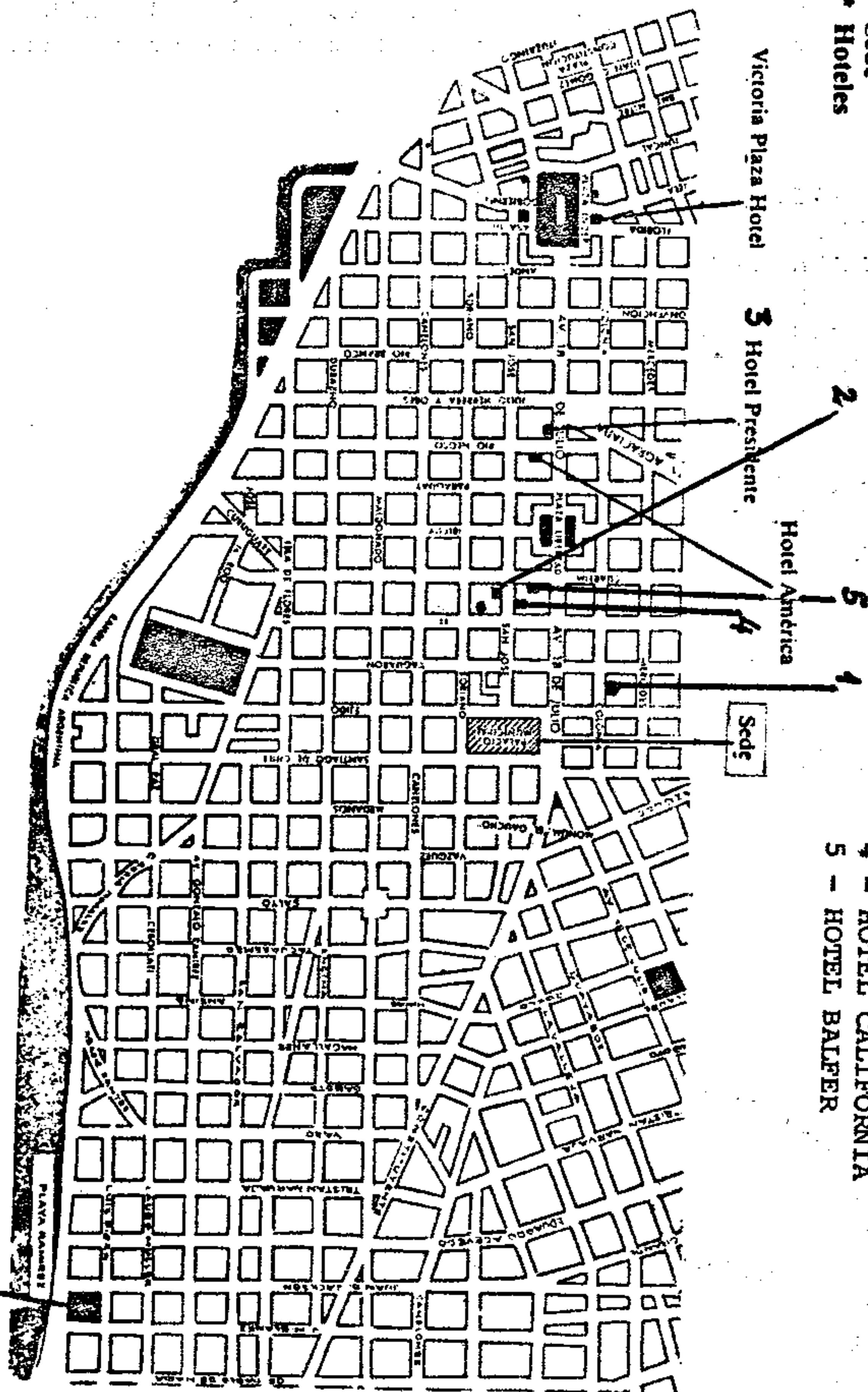
Y A TODA LA PRENSA EN GENERAL



QUINO: gracias por lo de ayer, hoy... y mañana.

PLANO DEL CENTRO DE MONTEVIDEO

* Sede
* Hoteles



- 1 - HOTEL EUROPA
- 2 - HOTEL EMBAJADOR
- 3 - HOTEL PRESIDENTE
- 4 - HOTEL CALIFORNIA
- 5 - HOTEL BALFER

Victoria Plaza Hotel

3 Hotel Presidente

Hotel América

Sede

Casino Parque Hotel

A 13 Km sobre la costa Casino Hotel Carrasco →

INFORMACION GENERAL

En la Sede del VIII CLADE tendrán lugar las siguientes actividades:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| * Registro de Participantes | * Secretaría |
| * Sesiones de Apertura y Clausura | * Cafetería |
| * Sesiones de Trabajo | * Oficina de Viajes |
| * Exposición Técnico-Comercial | |

CENTRO DE CONFERENCIAS

Intendencia Municipal de Montevideo
18 de Julio y Ejido, Piso 1 1/2
tels. 91 38 21 - 98 30 39

SECRETARIA: desde el día 22/10/84, a las 09:00

En los alrededores del Centro de Conferencias se dispondrá de los siguientes servicios: BANCOS - OFICINA DE CORREOS Y TELEGRAFO - TELEFONOS - UNIDAD DE ASISTENCIA MEDICA - CAMBIO DE MONEDA

SECRETARIA

Ubicada en el Foyer principal, donde funcionan las oficinas de Recepción, Información, Registro y Entrega de Documentación.

ENTREGA DE DOCUMENTACION E INSCRIPCIONES

La entrega de documentación y las inscripciones se realizarán el día lunes 22 de octubre, de 09:00 a 19:00 horas en la Secretaría.

IDIOMAS DE TRABAJO

Los idiomas de trabajo serán el español y el portugués. Habrá interpretación simultánea al inglés.

DIAPOSITIVAS

El Sector de Pruebas para las Proyecciones estará ubicado en el Foyer, donde los expositores deberán entregar sus diapositivas, filmes o video-cassettes con la debida antelación, tal como lo indican las agendas enviadas oportunamente.

DIPLOMAS Y CERTIFICADOS

Los Diplomas del Congreso y los Certificados de Asistencia se entregarán el día jueves 25 de octubre, en el descanso de la tarde.

VIAJES

Habrá una oficina que se encargará de las reservas de pasajes, así como de brindar toda información sobre eventuales paseos que se requieran.

MONEDA

La unidad monetaria es el Nuevo Peso, aproximadamente N\$60 = U\$S1
Los Bancos atienden normalmente de lunes a viernes, en el horario
de 13:00 a 17:00

HORA LOCAL

La hora local es la media de Greenwich, menos 3 horas

CLIMA

En el mes de octubre, la temperatura en Montevideo oscila alrededor
de los 15°.

VESTIMENTA

No se exigirá traje de etiqueta para ninguna de las actividades del
Congreso.

CORRIENTE ELECTRICA

En el Uruguay, la corriente eléctrica es de tipo alterna, 220 voltios,
50 ciclos.

En los principales hoteles existe toma corriente para 110 voltios.

DISTANCIAS A DESTACAR DESDE MONTEVIDEO CALCULADAS EN HORAS DE VUELO

Santiago de Chile	3 h	Buenos Aires-Colonia	15'
Asunción	2 h 30'	Porto Alegre	1 h 30'
La Paz	5 h	San Pablo	3 h
Buenos Aires	35'	Río de Janeiro	4 h

MONTEVIDEO - PUNTA DEL ESTE
por tierra 2 h

PUF !! TERMINAMOS LA PUBLICACION..
LOS ULTIMOS TRABAJOS, TUVIMOS
QUE SACARLOS DEL AVION!!!



ALGUNOS AVIONES NO LLEGARON
AUN !!!

MARTES 23 de OCTUBRE 1984

UNIDAD TEMATICA AMBLIOPIA

CONFERENCIA MAGISTRAL:

HISTORIA CRONOLOGICA Y CIENTIFICA DEL C.L.A.D.E.

Dr. Oscar HAM (Chile)

HISTORIA CRONOLOGICA Y CIENTIFICA DEL CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO.

Se me ha encomendado la tarea nada fácil de resumir en pocas páginas la historia cronológica y científica de 18 años de vida del Consejo Latinoamericano de Estrabismo (CLADE). Agradezco a la Sra. Presidenta la confianza depositada en este servidor, como también la oportunidad que con ello me brinda de recordar con Uds. el desarrollo de una gran labor en común y de darlo a conocer a los miembros jóvenes del CLADE.

Hace mucho tiempo, siendo entonces Presidente del Centro Chileno de Estrabismo, me surgió la necesidad de mantener intercambio permanente con otros profesionales latinoamericanos que, hablando idiomas semejantes, el español y el portugués, pudiesen satisfacer nuestras inquietudes y perfeccionar nuestros conocimientos sobre el problema del estrabismo y la ambliopía. Para ello, contando con la especial colaboración de la tecnóloga médica, Sra. Lilian Cathalifaud, establecimos contacto con otros especialistas de América Latina durante unos años, hasta que, al fin decidimos convocar a un encuentro para discutir el problema.

El mismo se celebró el 7 de Abril de 1966 en Mendoza, R.A., con asistencia de oftalmólogos de Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Venezuela y de ortoptistas de Argentina y Chile. Allí se acordó fundar el Consejo Latinoamericano de Estrabismo (CLADE) bajo el auspicio de la Asociación Panamericana de Oftalmología. Se eligió un directorio provisorio con sede en Santiago de Chile y formado por el suscrito como Presidente, la T.M. Sra. Lilian Cathalifaud como Secretaria y el Dr. Mario Cortés (fallecido en 1972) como Tesorero. El Dr. Alberto Ciancia, figura latinoamericana ya de renombre y autor de 3 libros sobre estrabismo apoyó con especial interés la idea del CLADE.

La I Reunión se efectuó en nuestra querida ciudad de Santiago de Chile del 26 al 28 de Octubre de 1966 con participación de representantes de Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Brasil y Venezuela. El Dr. Alfredo Arruga, entonces Secretario del Consilium Europaeum Strabismi Studio Deditum, asistió como invitado y fue distinguido por el Directorio con la calidad de Miembro Honorario del CLADE. Aparte del programa científico se discutieron programas de intercambio, proyectos de estandarización de la nomenclatura y abreviaturas y de una hoja clínica tipo. Finalmente se aprobaron los Estatutos del CLADE, el que quedó definido como una organización científica destinada a promover el conocimiento y el intercambio referente a estrabismo y ambliopía, su tratamiento, profilaxis, investigación, difusión y docencia.

El Directorio para el primer período ordinario 1966-1968 quedó encabezado por el suscrito como Presidente con los doctores Saúl Pashmanik y León Rodríguez y la T.M. Sra. L. Cathalifaud como colaboradores, con sede en Santiago de Chile. Luego fueron elegidos los delegados nacionales de 6 países y los representantes de 4 países más, todos los cuales tendrían la misión de crear los centros nacionales en sus respectivos países.

Las Memorias de la I Reunión fueron publicadas en los Archivos de la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana.

La II Reunión se realizó en Noviembre de 1968 en la ciudad - jardín de Viña del Mar, Chile, siempre en un ambiente de íntima camaradería. Las Actas fueron publicadas por el Dr. David Romero, de México.

El nuevo Directorio para el período 1968-1971 quedó presidido por el Dr. Alberto Ciancia e integrado por los doctores Julio Prieto-Díaz, Mauricio Brodsky y Atilio Norbis (éste último fallecido prematuramente). Como Secretario General se designó al suscrito y se eligieron delegados nacionales de 9 países. Durante el período, en 1969, el Dr. J. Prieto-Díaz inició la edición del Boletín del CLADE, publicación - anual de contenido científico e informativo. El mismo año, el Centro Mexicano de Estrabismo inició la publicación de su Resumen Informativo, de aparición mensual, y la Asociación Brasileira de Ortóptica sacó a luz su Boletín anual. En Febrero de 1971 el CLADE colaboró por primera vez con la Asociación Panamericana de Oftalmología, participando en su IX Congreso con dos mesas redondas y un curso sobre estrabismo, junto con oftalmólogos norteamericanos.

El III Congreso del CLADE se efectuó en Noviembre de 1971 en el hermoso balneario de Mar del Plata. Asistieron como Invitados de Honor los Drs. Bruno Bagolini y Arthur Jampolsky, y como Invitados Especiales, varios distinguidos estrabismólogos. El Directorio honró al suscrito con una medalla de oro por su iniciativa en la génesis del CLADE.

Las Actas fueron publicadas por una comisión encabezada por el Dr. Alejandro Balzarette.

El Directorio para el período 1971-1974 quedó constituido por el Dr. David Romero como Presidente y los Dres. José Luis Tovilla y Leopoldo Murillo. Como Secretario General continuó el suscrito. Durante este período se destacan la iniciativa del Dr. D. Romero de editar el Índice Bibliográfico del CLADE y la aparición en 1972 del primer Boletín del Centro Brasileiro de Estrabismo bajo la dirección del Dr. Luiz Enrico Ferreira.

El IV Congreso del CLADE se efectuó en la legendaria ciudad de México en Mayo de 1974. Concurrieron como Invitados de Honor los Drs. Suzanne Veronneau-Troutman, Paul Romano, Gunter von Noorden y A. Jampolsky. El Dr. Benjamín Boyd, Invitado Especial y Director Ejecutivo de la APAO, anunció en el acto de inauguración programas de colaboración permanente entre el CLADE y la APAO, los que no habrían de afectar la independencia del CLADE: programas de difusión, participación en los congresos de la APAO y difusión en las publicaciones de la APAO. Las Memorias fueron editadas por el Directorio.

Para el nuevo período 1974-1976 se eligió como Presidente al Dr. Harley A. Bicas y a los Drs. Henderson de Almeida y Roberto Endo como Secretario y Tesorero, respectivamente. El Dr. J. Prieto-Díaz continuó como Secretario General. En Abril de 1975 el CLADE participó en el

Congreso de la APAO de San Juan, Puerto Rico, con 3 mesas redondas y 18 trabajos libres. El mismo año se realizaron 2 programas de Profesores Visitantes de la APAO en 5 países latinoamericanos con la colaboración de los Drs. Arturo Lelo de Larrea, Juan Ignacio Babayán, A. Ciancia y el suscrito. Además, en esta época tuvimos gran satisfacción en la elección del Dr. Alberto Ciancia como Presidente de la International Strabismological Association. El Dr. J. Prieto-Díaz fue designado coordinador del Comité de Enlace entre el CLADE y la APAO.

Durante su gestión, el directorio brasileiro dió curso a varias iniciativas importantes.

Nació la Revista Latinoamericana de Estrabismo, órgano informativo del CLADE, antigua aspiración de muchos directivos. Para ello, su editor el Dr. Joao Francisco Nóbrega, debió vencer serias dificultades.

Se creó la Comisión de Asuntos de Ortóptica, destinada al estudio de problemas no científicos de la carrera de ortoptistas. Se designó a D. Gilda Soares Baptista de Sordi como coordinadora.

Se creó igualmente la Comisión científica y Cultural, destinada a facilitar el intercambio científico, coordinada por el Dr. Belmiro de Castro Moreira.

Se creó, finalmente, la Comisión de Prevención de la Ambliopía y, con la colaboración valiosa del Dr. Mauricio Brik, se incorporaron miembros de diferentes países a ella. Uruguay, Perú, Colombia, Brasil, México y Chile iniciaron el desarrollo de programas preventivos.

Los Estatutos del CLADE fueron modificados, con lo que se incorporaron a él las categorías de miembros aspirantes y adherentes (no latinoamericanos) y se crearon las comisiones permanentes.

En Octubre de 1976 se llevó a efecto el V Congreso en el atractivo balneario de Guarujá, San Pablo, Brasil bajo la presidencia del Dr. Carlos Souza-Dias. Como gesto de reconocimiento a su imponderable apoyo al CLADE, se nombró al Dr. A. Jampolsky, Presidente Honorario. En calidad de Invitados de Honor, acudieron los Drs. Paul Bach-Y-Rita y René Hugonnier; como Invitado Especial, el Dr. Joseph Lang. Participaron además, distinguidos oftalmólogos de Europa, Norteamérica y Japón. Los miembros del Smith Kettlewell Institute of Visual Sciences, desarrollaron un simposio en ciencias básicas en estrabismo. Como un reconocimiento más a la excepcional colaboración del Dr. Jampolsky al CLADE, se le otorgó la calidad de Miembro Honorario.

Los Anales del Congreso fueron editados por una comisión presidida por el Dr. C. Souza-Dias.

El nuevo directorio, elegido para el período 1976-1979, quedó constituido por el Dr. Guillermo Vélez como Presidente, el Dr. Mario Arenas como Secretario y el Dr. Julio Muñoz y la Srta. Elisa Aristizábal como Tesoreros. El Dr. J. Prieto-Díaz continuó como Secretario General.

Este período fue también fecundo en acontecimientos científicos. En Marzo de 1977 el CLADE participó con 3 mesas redondas en el XI

Congreso Panamericano de Oftalmología en Santiago de Chile. En Abril de 1978 se llevaron a cabo las Jornadas Argentino-Chilenas de Estrabismo en Mendoza. En esta época el Dr. Paulo Horta Barbosa tomó a su cargo la Revista Latinoamericana de Estrabismo y el Dr. D. Romero nos entregó el II Fascículo del Índice Bibliográfico Latinoamericano de Estrabismo.

En Febrero de 1979 se efectuó el VI Congreso del CLADE en Medellín, Colombia, presidido por el Dr. G. Vélez y con la asistencia de distinguidos colegas de Norteamérica. Las Memorias del Congreso fueron publicadas en la Revista Latinoamericana de Estrabismo.

Para el período 1979-1981 se eligió como Presidente al Dr. Pedro Pablo Morales, de San Cristóbal, Venezuela. Integraron el Directorio las Drs. Clara de Uzcátegui y Neysa de Venturini. Como nuevo Secretario General se nombró al Dr. Henderson de Almeida, de Belo Horizonte, Brasil.

A continuación del congreso en Medellín, varios miembros del CLADE tuvimos oportunidad de colaborar en el XII Congreso Panamericano de Oftalmología, en Miami, con 3 mesas redondas.

En el curso del año 1980 apareció la excelente obra Estrabismo, cuyos autores, los Drs. J. Prieto-Díaz y C. Souza-Dias vieron así culminada una ímproba y noble tarea, que mucho agradecemos y elogiamos.

Continuando con la idea de reuniones regionales intercongresos, se realizó en Abril de 1981 un Encuentro Argentino-Brasileño-Chileno de Estrabismo en Foz de Iguazú.

El VII Congreso del CLADE fue celebrado en Octubre de 1981 en Caraballeda, Venezuela, presidido por el Dr. P.P. Morales. Participaron Invitados de Honor de Norteamérica y, por primera vez en calidad de tal, un latinoamericano: el Dr. A. Ciancia. Las Memorias del Congreso han sido publicadas en la Revista Latinoamericana de Estrabismo.

Se eligió para el período 1981-1984 a la Dra. María del Huerto Bernasconi, de Montivideo, Uruguay, como Presidenta, quien ha sido asesorada en su gestión por los Drs. Alicia M. de Pacheco y Luis E. Berruti y por la T.O. Helena Balea T. En la Secretaría General ha continuado el Dr. H. de Almeida.

Colaborando con el programa del XIV Congreso Panamericano de Oftalmología en Lima, el CLADE ofreció un curso de estrabismo.

Así, en Octubre de 1984, hemos llegado a Montevideo a celebrar el VIII Congreso del CLADE, nuevamente con la atractiva participación de distinguidos especialistas de Norteamérica, Europa y Japón. Nuestra Presidenta ha considerado propicia esta ocasión para una reseña cronológica de nuestra asociación, como lo he intentado.

Falta aún comentar algunas observaciones generales de indiscutible importancia.

Los congresos mencionados han representado evidentemente la cul

minación de cada período administrativo. Pero, entre un congreso y otro, los centros nacionales, que fueron creados sucesivamente en los países miembros, han mantenido una actividad permanente y fructífera, que consideramos igualmente trascendente. Su existencia ha permitido insertar el vasto tema del estrabismo y la ambliopía en forma óptimamente organizada en el programa de congresos nacionales de oftalmología, ya sea en cursos, simposios o mesas redondas. Como lo expresara el Dr. D. Romero, el sistema piramidal determinado por los centros nacionales, ha conferido al CLADE una fortaleza y una vitalidad extraordinarias.

En el campo de la prevención de la ambliopía, inspirándose en gran parte en la interesantísima tesis de doctorado del Dr. Mauricio Brik, se han obtenido importantes logros, destacándose la entusiasta labor de la Dra. M. del H. Bernasconi, quien, tras prolongados y sacrificados esfuerzos, logró para Uruguay la promulgación de la ley que hace obligatorio el carné de salud infantil con controles seriados de visión para los nacidos a partir de 1979. En Brasil, la preocupación por el problema se ha manifestado con grandes frutos en el temario de congresos, como el III Congreso Brasileiro de Prevención de la Ceguera de 1978, en la participación en proyectos gubernamentales federales y la ejecución de numerosos programas preventivos. Diversos otros países se han sumado a esta noble lucha, venciendo a veces duros obstáculos. Los coordinadores de la Comisión Permanente de Prevención de la Ambliopía, Drs. M. del H. Bernasconi y H. A. Bicas, pueden estar muy satisfechos de su gestión.

Al dar una mirada atrás en un capítulo de la historia que entre todos hemos tejido, comprobamos, como han dicho nuestros destacados amigos H. Bicas y D. Romero, que este pequeño bebé, concebido de un padre modesto, el Centro Chileno de Estrabismo, maduró pronto en el curso de los dos primeros períodos, especialmente gracias al empuje colosal de la directiva argentina, y alcanza ahora, a los 18 años de vida, su mayoría de edad, estabilizado ya hace tiempo en un nivel encomiable.

En el curso de estos años, todas las directivas han asumido con entusiasmo sin par la responsabilidad inmensa de mantener este nivel y han cumplido loablemente su cometido. Muchos miembros titulares y asociados han contribuido con gran celo, entusiasmo y sacrificio. Pero también tenemos que agradecer a los distinguidos oftalmólogos e investigadores de otros países y continentes que, con generosidad y cariño, acudieron una y otra vez a inyectarnos nuevos conocimientos y a comunicarnos sus más recientes observaciones científicas, elevando así cada vez más el nivel de nuestras reuniones.

Entretanto, hemos podido comprobar la excelencia científica y docente de varios miembros del CLADE. Uno de ellos ya mereció el reconocimiento de Invitado de Honor en Caraballeda. Sin dudas, varios otros son acreedores a igual distinción en el futuro.

Los congresos celebrados han sido coronados por el éxito sistemáticamente, gracias a una asistencia masiva, que ha debido vencer las grandes distancias geográficas que intentan vanamente separarnos, en alas del interés insaciable por el perfeccionamiento. Igual satisfacción hemos obtenido de las reuniones regionales de países vecinos, celebrados en períodos intercongresos que acarreaban una espera excesiva a nuestra inquietud.

Pero el alero del CLADE tuvo, además, la maravillosa virtud de unir a los especialistas latinoamericanos con lazos de profunda y perdurable amistad, un logro tan valioso como el científico, que ha

creado un clima de sincera alegría en nuestros congresos y que ha permitido, por otra parte, que nuestros familiares se conocieran entre sí y aprendieran a estimarse.

Naturalmente que el futuro nos exige seguir trabajando para mantener los logros y mejorarlos si es posible. Entre muchas tareas, deberíamos mejorar la difusión y el enrolamiento de profesionales jóvenes en nuestras filas, como lo han expresado A. Ciancia y L. Rodríguez. Hay interés en mejorar nuestras condiciones docentes aplicando metodología moderna en cursos nacionales e internacionales de instrucción. Estimamos de gran utilidad hacer posible la permanencia de interesados en perfeccionarse en estrabismo en centros latinoamericanos idóneos, donde se hable su misma lengua. Se desea también estimular más la investigación básica. Nos parece beneficioso reactivar la comisión científica y cultural y mantener actualizado el índice bibliográfico latinoamericano de estrabismo para que conozcamos lo que se publica en nuestros propios países, como tanto lo ha preconizado el Dr. D. Romero.

Necesitamos que la Revista Latinoamericana de Estrabismo logre estabilidad económica y que logre ser incorporada al Index Medicus. Ojalá pueda brindarnos, además de las publicaciones científicas, un noticiero de las actividades estrabismológicas internacionales y, de preferencia, del CLADE y de sus laboriosos centros nacionales, lo que sería fuente de estímulo para todos.

Podemos, finalmente, concluir que el CLADE ha fomentado eficazmente la investigación y las publicaciones en nuestros países y ha permitido un intercambio muy enriquecedor, colmándonos de satisfacciones profesionales y humanas.

Los avances en el conocimiento del estrabismo y problemas afines en nuestro continente latinoamericano han sido enormes, lo que nos permite actualmente dialogar en un mismo nivel con investigadores de continentes más desarrollados. Así, el CLADE ha llegado a ser una institución respetada en todo el mundo oftalmológico por su trayectoria exitosa, fundada en la participación de todos Uds., de todos sus miembros.

Muchos son los beneficios con estas realizaciones: los miembros del CLADE hemos mejorado nuestra capacitación clínica y, con ello, hemos contribuido a levantar el nivel de salud de nuestros pueblos.

Demos gracias a Dios por el camino recorrido.

Dr. Oscar Ham

SIMPOSIO DE ACTUALIDAD AMBLIOPIA

Coordinador: Dra. Anabella VALENZUELA (Chile)

* INTRODUCCION

Dra. Anabella VALENZUELA (Chile)

* ASPECTOS NEUROFISIOLOGICOS DE LA AMBLIOPIA Y SU PROYECCION CLINICA

Dra. Marta SANCHEZ (Argentina)

* FACTORES PRONOSTICOS DEL TRATAMIENTO

Dr. Miguel PUENTES (Chile)

* METODOS ACTUALES DE TRATAMIENTO

Dr. Rómulo CARRION (Perú)

* RESULTADOS DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

Dra. Clara ESTEVES de UZCATEGUI (Venezuela)

* ANATOMIA PATOLOGICA

Dr. Gunter von Noorden (EE.UU.)

CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO AMBLIOPIA

Dra. Lydia ITERMÁN DE GUROVICH (Argentina)

SIMPOSIO AMBLIOPIA: INTRODUCCION

Dra. Anabella Valenzuela H.*

La ambliopía es un tema que excede los ámbitos de la estrabología, interesando a neurofisiólogos, neuro-oftalmólogos, oftalmólogos en general y especialistas en Salud Pública.

Neurofisiólogos y clínicos experimentan en animales e intentan extrapolar sus resultados a los seres humanos, buscando dilucidar la naturaleza de las alteraciones funcionales y estructurales que configuran el cuadro de la ambliopía y su localización anatómica. Además del indiscutible valor en el campo del conocimiento puro, los hallazgos en esta área han significado algunos aportes prácticos en el manejo de la ambliopía: el reconocimiento de la existencia de un período crítico en el desarrollo visual -en el cual se requiere de un estímulo adecuado y de su correcta transmisión y elaboración- y la constatación de alteraciones estructurales que siguen a las funcionales en por lo menos algunas localizaciones de la vía óptica, conducen a la necesidad del diagnóstico muy precoz de las condiciones causales de ambliopía, para el ideal de un tratamiento preventivo, y, en su defecto, a la pesquisa rápida del cuadro ya constituido, para evitar su profundización y

* Oftalmólogos Asociados

Instituto de Estrabismo - Hospital San Juan de Dios
Santiago - Chile

eventual irreversibilidad. Probablemente sea el manejo actual de la catarata congénita, con el espectacular vuelco en el pronóstico visual, uno de los terrenos más favorecidos con la aplicación de todos estos conceptos.

Desafortunadamente, los avances neurofisiológicos no se han traducido hasta el momento en la introducción de nuevos recursos terapéuticos en la ambliopía ya instalada, habiéndose frustrado las expectativas puestas en un comienzo en la utilización del CAM Vision-Stimulator (Clement Clarke International Ltd.) que parecía tener bases experimentales bien fundadas. Siguen siendo entonces la corrección de los vicios de refracción y la oclusión, nuestras principales medidas terapéuticas en la ambliopía sin base orgánica; la penalización óptica y medicamentosa tienen también sus indicaciones, pero básicamente como tratamiento de segunda línea; la pleóptica activa, por lo menos en nuestro medio, ha perdido toda su vigencia.

La prevalencia de la ambliopía es estimada en la literatura entre un 0,75 y 10% de la población general, siendo menor en los países más desarrollados y en aquellos, como Suiza Oriental, que nos llevan varias décadas de ventaja en los programas de prevención; en efecto, Bangerter y cols. han logrado, en el plazo de 10 años, una reducción desde el 2.2% a menos de un 1%. En el otro extremo, en Latinoamérica, se encuentran cifras del 10% de ambliopía en una muestra de 1.025 pacientes menores de 14 años que consulta espontáneamente en un Servicio de Oftalmología en La Victoria, Venezuela,

(Dra. Millán y cols., 1983). En Santiago de Chile, en 1981, Los Drs. Puentes, Ham y cols, realizaron una pesquisa, de tipo preventivo, a nivel de párvulos de 4 años (1.037 casos) encontrando un 9.2% de ambliopes. De Castro Moreira, en Brasil (1980), en muestra similar a ésta, obtuvo un 8,8%. Si bien estas cifras no son comparables -no sólo por el tipo de población, sino también por la definición de ambliopía utilizada, dan una idea de la magnitud del problema en nuestros países.

Es mérito del CLADE y en especial de algunos estrabólogos pioneros de Uruguay y Brasil, el haber despertado la inquietud y apelado a la responsabilidad del resto de los estrabólogos y oftalmólogos para poner en marcha programas de Salud Pública destinados a la prevención de la ambliopía.

Está fuera del contexto de esta introducción el referirse a las innumerables dificultades de este esfuerzo, que se estrella contra la carencia de recursos humanos y económicos, endémica en los países de Latinoamérica y agravada en los últimos años.

Después de escuchar a los relatores concluiremos que, siendo la ambliopía un problema previsible y tanto más recuperable cuanto más joven el sujeto, deberá desplegarse el máximo de esfuerzos en ir a buscar los casos en la población susceptible, antes de que la ambliopía se instale, como se verá en la Sesión de la tarde.

Este Simposio tiene como objetivos entregar información lo más acabada posible sobre los avances en la etiopatogenia de la ambliopía, sus proyecciones clínicas presentes y futuras, y su tratamiento actual, con el nuevo enfoque en algunas de sus formas clínicas y las limitaciones persistentes en el resto.

ASPECTOS NEUROFISIOLOGICOS DE LA AMBLIOPIA
Y SU PROYECCION CLINICA

Dra. Marta SANCHEZ (Argentina)

FACTORES PRONOSTICOS DEL TRATAMIENTO DE LA AMBLIOPIA

MIGUEL PUENTES LACAMARA.

I. Factores pronósticos de importancia:

Aquellos factores que nos permiten anticipar un resultado visual con el tratamiento de la ambliopía son los siguientes: A. Etiología, B. Tiempo, y C. Patología Asociada.

A. ETIOLOGIA:

La Etiología de la ambliopía constituye un factor pronóstico muy importante. Si analizamos su clasificación etiológica podemos ordenarla de más leve a más severa en la siguiente secuencia:

1. Ambliopía por ametropía bilateral.
2. Ambliopía estrábica.
3. Ambliopía por anisometropía.
4. Ambliopía por privación.

Los resultados del tratamiento en los diversos tipos de ambliopía son diferentes, lo que da un pronóstico también diferente. Sin embargo en los primeros tres tipos el éxito es claramente mayor que el logrado en la ambliopía por privación.

1. Ambliopía por ametropía bilateral:

Las ambliopías provocadas por altas ametropías bilaterales y simétricas en general son leves y de buen pronóstico (15). La miopía bilateral rara vez provoca ambliopía, ya que las foveas siempre recibirán imágenes enfocadas bastando sólo acercar los objetos. Si existe es leve y responde rápidamente a la corrección óptica apropiada.

La ambliopía meridional de los astigmatas altos o moderados se recupera satisfactoriamente en general especialmente si el defecto óptico es corregido antes de los 10 años. Hay que recordar que esta ambliopía es relativamente tardía en su aparición, generalmente después del primer año de edad (11). La Ambliopía por hipermetropía bilateral alta es la que produce mayor ambliopía, pero en general es moderada.

2. Ambliopía Estrábica:

El pronóstico de la ambliopía estrábica por ser unilateral y con pérdida de la binocularidad es en general peor que el grupo anterior.

Los factores que tienen significación estadística (5) en la determinación del pronóstico en estos pacientes son:

a) Edad de la primera consulta que es fundamental, ya que el tratamiento precoz ha probado su eficacia. Nuestra experiencia concuerda con la de Flynn y Cols en el sentido que tienen un mejor pronóstico visual aquellos pacientes que consultan antes de los 6 años, que aquellos que lo hacen después de esta edad.

b) Fijación Monocular:

Tienen mejor pronóstico visual aquellos casos que tienen fijación central (Catford 1967) con 80% de éxito, que aquellos con fijación excéntrica (Dayson 1968, Poffe 1971, Oliver et al 1971, Pilgrim y Turner 1974, Díaz, Silva y Fernández 1971). que solo logran un 50% de éxito con el tratamiento. Así los casos con fijación central tienen una agudeza visual inicial

mejor y logran con el tratamiento una agudeza visual final mejor que aquellos con fijación excéntrica.

c) La presencia de anisometropía es otro factor que empeora el pronóstico lográndose un peor resultado visual al final del tratamiento que si ella no existe.

d) Otra patología asociada con el estrabismo y que empobrece el pronóstico: Ptosis palpebrales, cataratas congénitas, leucomas corneales, opacidades vítreas, glaucoma congénito retraso psicomotor, nistagmus, etc.

3. Ambliopía por Anisometropía:

La anisomiopía es la menos ambliopizante de las anisometropías, aparentemente, por la posibilidad de enfocar el ojo más miope en la visión de cerca y el ojo menos miope o emétrope en la visión de lejos. La existencia de imágenes nítidas en el área central de la retina del ojo miope, permite el desarrollo normal de las células ganglionares sostenidas o "X", sensibles a las altas frecuencias espaciales, responsables de la agudeza visual fina y por lo tanto impide el desarrollo de ambliopía. El anisoastigmatismo produce una ambliopía moderada y su corrección total favorece un mejor resultado.

La anisohipermetropía cuando es de cierta importancia provoca una ambliopía más profunda por el desenfoque constante de las imágenes del ojo más hipermétrope. Para Von Noorden ésta es mas común y más profunda que la ambliopía por anisomiopía (16). Para Helveston el grado de ambliopía no se correlaciona consistentemente con la magnitud de la anisometropía, (7) sin embargo Kivlin y Flynn, (9) encontraron correlación estadísticamente significativa entre la visión antes del tratamiento, la magnitud de la anisometropía y la visión después del tratamiento. Así una mejor agudeza visual inicial va asociada con menor anisometropía y logra con el tratamiento una mejor agudeza visual final. Ellos encontraron que los factores pronósticos de buen éxito del tratamiento fueron: 1) Menor cantidad de anisometropía especialmente menos de 6 D en miopes. 2) Mejor visión inicial y 3) Edad menor para diferencias hipermetrópicas. En general los ambliopes anisométricos son un grupo de ambliopes de mayor edad que pueden ser tratados con éxito en un 70% de los casos. Por tal motivo debe realizarse el tratamiento con entusiasmo aún en los casos más desfavorables. Ejemplo de esto último lo constituyen los altos miopes unilaterales o anisomiopes con alta miopía en el ojo más amétrope, un subgrupo especial que sigue siendo uno de los más difíciles de tratar. Sin embargo el éxito publicado en la literatura va de un 16% al 62% (8) considerándose tal una visión de 0,5 o más. El mejor resultado publicado por Mets y Price (10) de un 80% excluyó pacientes con patología orgánica obvia asociada, y a mayores de 9 años. Observaron un mejor resultado si la miopía era menor de 15 D que si era mayor.

Para Jamplosky y Von Noorden los resultados fueron menos favorables en pacientes con hipermetropía alta unilateral que con miopía alta unilateral (16).

4. Ambliopía por privación:

Este tipo de ambliopía sigue siendo la más severa y por ello la más desafiante en su tratamiento. El mejor conocimiento de las complejidades de la ambliopía y por ello de aquellos factores determinantes de un resultado visual mejor, ha permitido mejorar su pronóstico sustancialmente. Conviene recordar, por ello, los mecanismos fisiológico y fisiopatológicos que están en juego. La ausencia congénita o adquirida de estímulos visuales en uno o ambos ojos, durante el período inicial del período crítico, clave en el desarrollo visual en el ser humano, lleva a una ambliopía por privación. El desarrollo normal de los reflejos de fijación y seguimiento se produce entre los 2 y 3 meses de edad en el niño. Es fundamental para que esto ocurra la adecuada calidad del estímulo visual, es decir, una imagen nítida. Esto es la base sobre la cual se desarrollará la agudeza visual normal. Cualquier obstáculo que impida esto lleva a una ambliopía de profundidad variable según el grado de opacidad de los medios transparentes. Si la opacidad es leve a moderada las imágenes que se forman en la retina no son nítidas lo cual se traduce en una falla en el desarrollo de las células ganglionares "X" pero conservándose las "Y". De esto resulta una ambliopía moderada. Si la opacidad es acentuada no se forman imágenes en la retina comprometiéndose el desarrollo tanto de las células "X" como "Y" con la ambliopía profunda consiguiente. En clínica, vemos esto en los pacientes con cataratas congénitas, por ejemplo, y el pronóstico visual depende del tipo de catarata, de si es mono o binocular, de si el tratamiento se realizó durante el período crítico de desarrollo del reflejo de fijación y de la existencia de patología asociada o de complicaciones quirúrgicas (12).

Analizaremos cada uno de estos factores.

Tipo de catarata: Las cataratas parciales provocan ambliopías menos profundas que las totales pero siempre que sean la melares ya que las cataratas axiales, especialmente las que comprometen el núcleo fetal, mayores de 3mm de diámetro, y la corteza posterior son de las más ambliogénicas (12).

La catarata monocular es más ambliopizante que la binocular. Esto se debe a que la ausencia de estímulo visual adecuado en un ojo se asocia con una interacción binocular anormal con el otro ojo que impide una sinapsis cortical normal. Si el tratamiento se efectuó durante el período crítico de desarrollo del reflejo de fijación es importantísimo pues con él se permite el desarrollo normal de este reflejo y también el de seguimiento previniendo el desarrollo de una ambliopía irreversible por privación que es el factor principal de mal pronóstico en estos casos. Por estas razones deben operarse antes de las 8 semanas (6) e incluso durante el período neonatal (1).

Las posibilidades de desarrollar ambliopía por privación disminuyen en forma logarítmica según Vaegan y Taylor (14) con el transcurso del tiempo.

La existencia de patología asociada como nistagmus, displa-

Ja foma de s'g'nders a'ians'j qere tolwa b'arte qe'j ex'amen qe'j
f'rob'is' e'at'p'ris' a' s'ur'om'e't'rob'is' c'le'mos' i'p'm'e'm'e' d'ne
b're'm'e't' j'os' o'f'ros' f'ib'os' w'a' f're'm'e't'es' qe' s'ur'j'ob'is': v'we-
c'it'f'ico qe'j q'e'at'lo'j'j'o' a'ians'j . De f'ans'j' w'o'q'o' a'j d'ne'm'os'
a'n' q'e'f'e'c'c'ion' b're'cos' a' a'n' f'r'e's't'a'm'e'm't'o' q'u'is'ute' e'j b'e'l'io'q'o'
e'j q'e'at'lo'j'j'o' qe' n'us' s'ur'j'ob'is' i'p'l'e'v'e'l'a't'p'je' j'o' d'ne' e'x'ig'e'
a'ians'j' qe' j'a' s'ur'j'ob'is' b'ol' q'e'b'l'i'a's'c'ion' q'e'r'e'm'os' b're'm'e't'
s'at' b're'm'e't'j's' (5'2'4) . a'j d'ne'm'os' m'e'l'o'r'a'l' e'j b'lon'q'a't'f'ico
w'a' b're'cos'm'e'm't'e' b'o'at'p'je' e'u' e'j j'a'c'f'a'm't'e' a' b're'c'co'j's'l' b'at'a'
b'j's' e'a' m'a'l'o'l' a'j q'a't'e' e'a' b're'cos' . e'a' n'e'c'e's'a'r'i'o' q'e'f'e'c't'a'l'j's' j'o'
a'j s'c'e'b'f'a'm'os' d'ne' e'j e'x'it'o' e'u' e'j f'r'e's't'a'm'e'm't'o' qe' j'a' s'ur'j'ob'-
b'lon'q'a't'f'ico .

III. B're'm'e't'c'ion' qe' j'a' s'ur'j'ob'is' a' a'n' i'm'b'o'l't'a'm'e'm't'is' e'u' m'e'l'o'r'a'l' e'j
j'a'l' .

a'j's' f'ib'o' qe' e'at'p'ris'm'o' a' b're'c'c'ion'is' o' n'o' qe' a'j'at'ion' p'ri'm'o'm' -
c'o'm'b'i'n'a's'c'ion'es' b'e'q'u'i't'f'ic'a' b're' a' b'e'l'i'm'e't'a'j's' f'e'l's'b'j's' b're-
f'a'm'e'm't'o' s'o'n': h'i's't'o'r'i'a' f'a'm'i'l'i'a'l' qe' e'at'p'ris'm'o' o' s'ur'j'ob'is' .
v'd'n'e't'j'os' f'a'c't'o'r'es' d'ne' n'o' i'n'i'j'n'l'e'u' e'u' j'os' r'e'a'n't'f'a'q'o's' qe'j f'r'e-

II. f'a'c't'o'r'es' a'j'n' i'm'b'o'l't'a'm'e'm't'is' b'lon'q'a't'f'ic'a' .
f'r'e's't'a'm'e'm't'o' .

n'us' p'a's'e' o'r'g'a'n'ic'a' d'ne' j'i'm'i't's' j'a's' b'o'at'p'j'i'q's'q'e'a' a'ians'j's' qe'j
b'lon'q'a't'f'ico a'ians'j' e'u' n'u' s'ur'j'ob'e' b'ne'a' s'e' c'o'n'a'i'd'e'r'a'n' f'e'n'e'l'
b'j's'a't's' f'o'l'e'o'j's'l' a' s'u'o'm'a'j'i's'a' qe' n'e'l'a't'o' o'b'f'ic'o' e'u's'o'm'p'r'e's'e'n' e'j
w'j'ob'is' q'e'g'e'n'e'l'a't'f'ic'a' f'i'r'l'a'a' m'e't'j'i'n'ic'a'a' m'i'c'r'o'f'a'j'm'i's' q'i'a' -
q'u'i's'c'o'm's' c'o'n'g'e'n'i't'o' m'a't'e'r'i'a'l'a' r'e't'i'n'o'b'a't'f'ic'a' qe' j'a' b're'm'e't'a'l'es' .

C. B'AL'O'G'I'A' V'Z'O'Q'I'A'D'V' .

e'j f'r'e'm'b'o' b'at'a' j'o'b'l'a't'j'o' (2) .

f'a'm'e'm't'o' f'a'l'o'l'e'c'e' n'u' m'e'l'o'r' r'e'a'n't'f'a'q'o' a'ians'j' f'i'n'a'l' a' s'c'o'l't's'
r'e'a'n't'f'a'q'o' f'i'n'a'l' s'e'l's' m'e'l'o'r' s'u'n' . a's' d'ne' j'a' b're'c'co'j'q's'q' qe'j f'r'e'
n'o's' b'lon'q'u'q's' . a'j a's' s'a'o'c'i'a't's' s' n'u' f'r'e's't'a'm'e'm't'o' o'b'o'l't'a'm'o' e'j
c'a'n'a's'j'e'a' qe' s'ur'j'ob'is' e'u'n'm'e'l'a'q'o's' b'lon'q'a't'f'ic'a' n'us' s'ur'j'ob'is' m'e'
c'it'f'ico e'u' e'j q'e'at'lo'j'j'o' a'ians'j' . c'a'n'a'd'n'i'e'l's' qe' j'os' s'g'e'n't'es'
f'lo' w'o'q'o' m'i'e'n't'l'a'a' w'a' n'o's' s't'e'l's'm'os' qe'j c'o'm'i'e'n'z'o' qe'j b'e'l'io'q'o'
q'u'o' w'a' s'e'l'e'r'a' s'e'l's' j'a' s'ur'j'ob'is' r'e'a'n't'f'a'm't'e' . p'ri'm'o' qe' o-
o'b'is' s'e' m'a'n't'e'n'e'r'a' w'a' f'r'e'm'b'o' a' e'j f'r'e's't'a'm'e'm't'o' s'e'a' w'a' f'a'l' -
e'u' r'e'n'e'l'a't' m'i'e'n't'l'a'a' w'a' f'e'm'b'l'a'm'o' s'a'c't'e' j'a' c'a'n'a's' qe' j'a' s'ur'j'ob'
q'o' a' q'e't'i'n'i't'i'a'l'o' qe' j'a' o'b'o'l't'a'm'j'q's'q' qe'j m'i'a'm'o' .

qe' m'a'q'u'l'es' a'ians'j' a' j'a' qe' i'n'i'c'i'a't'ion' qe'j f'r'e's't'a'm'e'm't'o' s'g'e'n't'
e'q's'q' qe' c'o'm'i'e'n'z'o' qe'j s'g'e'n't'e' c'a'n'a's'j' n'o's' i'n'f'o'r'm'a' qe'j e's't'a'q'o'
c'ion' qe' e'a't's' a' j'a' e'q's'q' e'u' d'ne' s'e' i'n'i'c'i'o' e'j f'r'e's't'a'm'e'm't'o' . j'a'
e'q's'q' e'u' d'ne' j'a' e'x'b'e'l'i'e'n'c'i'a' a'ians'j' s'u'o'l'm'a't' s'a'c't'o' . j'a' q'u'l'a' -
j'a' r'e'c'u'b'e'r'a's'c'ion' qe' j'a' s'ur'j'ob'is' . e'u' e'j f'r'e'm'e' i'm'b'o'l't'a'm'e'm't'is' j'a'
e'a' o'f'f'o' f'a'c't'o'r' b'lon'q'a't'f'ico d'ne' i'n'i'j'n'l'e' s'i'g'n'i't'ic'a't'f'ic'a'm'e'm't'e' e'u'

B. L'I'E'M'B'O' .

p'r'e'm' m'a'l'a' b're'cos' .

c'i'l'n'g'i's' b're'cos' n'u' f'r'e's't'a'm'e'm't'o' e'n'e'r'g'i'c'o' qe' j'a' s'ur'j'ob'is' f'a'm-
s'a'r'e' d'ne' b'at'a' n'u' m'e'l'o'r' r'e'a'n't'f'a'q'o' a'ians'j' qe'r'e' s'a'o'c'i'a't'a'e' s' j'a'
f'a'l's't'a' c'o'n'g'e'n'i't'is' p'a' m'e'l'o'r'a'q'o' . e'a't'o' s'e' qe'r'e' s' d'ne' s'p'o'l's' s'e'
n'e'e' . d'o'n' m'o'o'l'd'e'n' a' k'l'a'u' (11) e'j b'lon'q'a't'f'ico a'ians'j' qe' j'a' c'a-
j'a's' c'o'n' s'a'd'n'e't'j'a'a' b're'c'e'n't'a'q's'a' p'a'c'e' j'o' s'u'o's' s't'i'l'a' b'ol' m'a'n'm'e' -
v' j'a' j'u's' qe' j'a's' q'u'i't'm'a's' b'u'r'j'ic'a's'c'ion'es' (1'e'15) a' c'o'm'b'a't'a'n'q'o'
c'a's' qe' s'i'g'n'c'o'm's' a' n'l'e't'f'ic'a' .

n'q'a't'f'ico a'ians'j' f'i'n'a'l' s'at' c'o'm'o' j'a's' c'o'm'b'i'n'a's'c'ion'es' d'u'i't'l'i'g'i' -
a'j's' f'o'l'e'o'j's'l' s'u'o'm'a'j'i's'a' qe' n'e'l'a't'o' o'b'f'ic'o' e'u's'o'm'p'r'e's'e' e'j b'lon-

conberlscion.

ofoa bofencicajmente noimajet bjerqen an oboctnujqeq de re-
leabonasprijjqeq imboctante a togo niver bala elicti dne
mente. Ia brevencton de ia amptioijs qere conatituii nua
qeq combetqo con nu elabo conctoi dne conatitq abonctues
tarte de ia beadnias de amptioijs en ninos de 4 anos de e-
1981 (12) combtopawoa estatisticamente ia nctijqeq inopje-
lencion de amptioijs dne testizawoa en unectio bala en
acting qet nino a ioa 4 anos de eqeq. En nu biogicawoa de bre

DR. ROMULO CARRION (Peru)
METODOS ACTUALES DE TRATAMIENTO

19.

nuestra y oftalmólogo consultante ad-honorem del Hospital San José la cual
(*) Oftalmólogo en ejercicio en el Instituto de Oftalmología, Caracas, Venez-

durante todo el tiempo que sea necesario, para asegurar la recuperación de la
to diferente; y sea cual sea el tratamiento elegido, éste debe ser efectuado

Cada uno de los tipos de ambliopía mencionados ameritan de un tratamien-
tores resultados se obtienen con los lentes de contacto.

contacto, ⁶ *g*. En cambio, en otras ametropías y anisometropías los me-
ría, algunos prefieren los lentes convencionales, ² *Keencke* y otros lentes de
cuando se trata de miopía monocular, la opinión de los diferentes autores va-
ría refractiva resultante en estos casos requiere de diferentes tratamientos,
los o combinados con los defectos de refracción antes mencionados. La ambli-
en los casos de miopía alta, de hipermetropía alta y astigmatismos altos, se

Así mismo se puede decir que existe ambliopía refractiva uni o bilateral
con privación visual bilateral, indique el final de esta etapa crítica.
cuatro meses de edad, posiblemente la iniciación del nistagmo en un infante
la el desarrollo del reflejo de fijación se encuentra entre los dos y los -
gicamente este hecho. Como ya sido señalado por ¹¹ *Parks*, la etapa crítica ha-
dotes, ³ *von Noorden* y ³ *Amsla*, quienes han comprobado clínicamente y anatomopatoló-
como ya sido demostrado en numerosas observaciones por diferentes investiga-
gentes o adquiridas a muy temprana edad, en las ambliopías por privación,
o por la presencia de un obstáculo al paso del estímulo, en las cataratas con-
nientes de una de las fóveas del ojo estrábico, en la ambliopía ex-anoptia;
biación del estrabismo, por la supresión prolongada de los impulsos proce-
cional no existe al nacer, ¹ *Bonneval* y colaboradores; y que ella es una com-
pición y sus resultados a largo plazo, podemos decir que la ambliopía fun-
ca; y en relación a la revisión bibliográfica sobre el tratamiento de la am-
do; en base a los conocimientos adquiridos durante nuestra observación clíni-
según lo expuesto anteriormente por los expositores que me han precedi-

dra. Clara E. de Uscategui (*)

II.- RESULTADOS DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO
SIMPOSIO DE ACTUALIDAD AMBLOPIA

lar de ambliopía, para que pueda entender a los padres la importancia que tie-

1.- Una vez indicado e iniciado el tratamiento, según el caso particu-
larización de los resultados tener presente los siguientes aspectos:

En el tratamiento a largo plazo de la ambliopía es necesario para la e-
so del niño.

debe indicar inmediatamente el tratamiento adecuado y el seguimiento cuidadoso
completa una desviación manifiesta de un solo ojo, el cual no fija la luz,
pueden con gran probabilidad de su existencia. En tales circunstancias, si
no determinar la existencia real de ambliopía en ese momento, pero puede ser
con cualquier anomalía de la posición de los ojos. El oftalmólogo puede
referir a los niños al oftalmólogo, tan pronto como sea posible, si se sospe-
cha mejor manera de prevención es enseñando a los padres y a los pediatras a
cuidar. El oftalmólogo debe usar todo su poder para prevenir su ocurrencia y
no necesita discusión el hecho de que la prevención es preferible a cualquier
gran número de casos. Al respecto dice Buxton, que la ambliopía es evitable.
un período de cuatro años, con lo cual la ambliopía podría ser evitada en un
de ojo, bajo anestesia general si fuese necesario, y controles sucesivos por
de edad, a los cuales se les practica una refracción cuidadosa y un fondo
los lactantes con estrabismo incipiente o manifiesto, entre los 3 y 4 meses
preventivo de la ambliopía, el cual comenzaría con el examen cuidadoso de
importante observación los autores recomiendan la aplicación del tratamiento
de dichos estrabismos desarrollaban una ambliopía unilateral. En base a esta
nacidos, que la anomalía más frecuente es el estrabismo, y que más del 50
malas del funcionamiento visual pueden estar presentes en el 20 de los recién
casos. En los trabajos de Bonnevay y sus colaboradores, se reportó que uno
del ángulo de estrabismo, pudiendo obtenerse una fijación estable, en muchos
recuperación visual, sino que a veces favorece la reducción o desaparición
dad del niño. Esto además, no solo permite alcanzar mejores resultados en la
que el tiempo de duración del tratamiento es menor mientras menor sea la e-
todas los trabajos consultados los diferentes autores están de acuerdo en
mismos, sobre todo en los niños en edad escolar o mayores. Sin embargo, en
de facilitar, en muchas ocasiones, la recuperación visual completa de los
controles y el seguimiento a largo plazo de dichos casos, difícil, en vez
miento. La frecuencia con que la mayoría de las veces hay que realizar los
a los padres de un niño ambliope, cuanto tiempo exactamente tomará el trata-
mejor agudeza visual posible. La circunstancia de que no se puede precisar

miento, es más fácil de tratar, más corta la duración del tratamiento y mejor están de acuerdo en que mientras más pequeño es el niño al comenzar el tratamiento, más puede decir definitivamente que todos los autores revisados.

1-1-8-2-10

En los resultados del tratamiento a largo plazo de los casos de ambliopía de la ambliopía.

algunas ocasiones no sólo no desaparece, sino que aumenta, con el tratamiento realizar una cirugía para corregir el ángulo de estrabismo, el cual en la visión binocular, mejor. Pero en la mayoría de los casos se hace necesaria la supresión, con el fin de ver si es posible desarrollar la función para corregir no sólo la ambliopía, sino también la correspondencia retinal. Otros tratamientos como la penalización con sus diferentes modalidades, corregir la ambliopía y el estrabismo, pero en otros casos es necesario reali-

1.- En muchos casos los lentes y/o la oclusión son suficientes para conseguir la visión en dicho ojo.

Algun signo de reducción de la visión, e indicar nuevamente el tratamiento entre los 12 a 13 años, y cada año hasta los 17 a 18 años, para vigilar si hay algo. Este autor recomienda en estos casos los controles cada 6 meses hasta ser abandonada incluso en aquellos casos en los cuales la ambliopía se ha curado. Esta seguridad no es absoluta, por lo cual la supervisión del ojo ambliope no puede ser una permanente en dicho ojo. Sin embargo, como dice Burtan, esta se puede por un tiempo más, hasta tener la seguridad de que dicha visión se conserva una vez recuperada la visión del ojo ambliope, el tratamiento debe conti-

3.- Lo más difícil de lograr es convencer a los padres y al niño, que una de los casos, Burtan.

visión del ojo sano, la cual por fortuna se recupera rápidamente en la mayoría de los casos de la ambliopía por oclusión, o sea la desvalorización. Además, en los niños más pequeños hay también que vigilar el ojo sano, para familiarizar, sino también en la escuela, cuando se trata de niños en esta edad, para evitar algún grado de desadaptación del niño, no sólo en el medio ambiente, ya que en ocasiones se hace difícil seguir dicho tratamiento. Se debe explicar a los padres, con el fin de estimularlos a cumplir este tratamiento también verificar el progreso del mismo. Si existe una mejoría esta debe ser tiempo, para vigilar no sólo la aplicación del tratamiento por los padres, si

5.- Establecer controles clínicos periódicos a corto plazo y por largo de recuperar la visión del ojo ambliope.

de el cumplimiento a diario del tratamiento, para dar al niño la oportunidad

miopía artificial, con el fin de cambiar la refracción al ojo sano y sano se hace mediante el uso de una corrección asimétrica, para crear una ambliopía modificada, en la cual la supresión o eliminación del ojo sano (Berrondo) citados por Weiss¹³ prefieren otras formas de tratamiento como contacto y oclusión, Zambra y Uscategui⁸. En cambio, (Pérez, Pontinen, tratados con lentes convencionales y oclusión, Ketschke²; o con lentes de cuando origen a una ambliopía refractiva uni o bilateral, estas pueden ser ametropías como el astigmatismo o las miopías, solas o combinadas entre sí, están conjuntamente con la corrección de la ametropía. Si se presentan otras patologías y más corta duración. Otros autores⁸⁻⁹ en cambio prefieren la oclusión, la cual según los autores antes mencionados¹⁰⁻¹¹ tiene mayor efectividad cuando esta existe. Esta también puede ser tratada mediante la penalización reduciendo la indicación de lentes, además del tratamiento de la ambliopía ametropía, la más frecuentemente encontrada es la hipermetropía y en tratamiento Krysztowa y colaboradores¹¹. Cuando dichas esotropías se acompañan de otras monoclíales, donde ocurre ambliopía en cerca del 20% de los casos, se ex-ambliopía, la mayor parte de los casos se presentan en los casos de esotropía cuando el seguimiento a largo plazo del tratamiento de los casos de ambliopía como se desprende de lo dicho anteriormente, hasta aquí solo se menciono cuando se usa la penalización.

Les¹⁰ y Krysztowa y colaboradores¹¹ dicen que el tratamiento es más corto Les⁸. Zambra y Uscategui⁸. Otros autores como Gregerzen y colaboradores en la mayoría de los casos por meses o años, como ya sido reportado por Wepfer la oclusión directa del ojo sano. Dicho tratamiento debe ser mantenido hasta que se realiza al ojo ambliopía y esperar las acciones escolares para niños; debido a esto algunos autores como Buitan¹ prefieren la oclusión indirecta produce dificultades psicológicas por el aspecto cosético que origina en los ojos el ocultar o penalizar al ojo sano; y por que además, en algunos casos los niños en edad escolar o mayores, por que influye en su rendimiento escolarizado en cada caso particular, lo cual hace más difícil su aplicación en aplicación del mismo, el cual no puede ser precisado exactamente sino individualmente tratar la ambliopía hasta ahora muchos requieren de un tiempo largo de aplicación, Weyla y colaboradores³ y Buitan¹. Sin embargo, todos los métodos mencionados, la cual tiene por lo general buen pronóstico en cuanto a recuperar el ojo sano por la ambliopía por oclusión o por privación del estímulo, los son los resultados obtenidos, aunque debe ser vigilado cuidadosamente

La comprensión no solo de parte del oftalmólogo, sino del niño y sus padres. Hasta ahora, los cirugía requieren de una gran dosis de constancia, paciencia y continuidad diagnóstica y tratando la ambliopía por los métodos conocidos para el ojo sano, Kober-Hall y colaboradores¹². Mientras esto no sucede debe seguirse para curarla, sin que exista la posibilidad de residua y sin peligro de una ambliopía lo más temprano posible, y un tratamiento más corto, fácil y a colaboradores¹². Todavía se necesita encontrar una prueba fácil para determinar agudeza visual en niños entre 4 y 6 años, Kirschner, Rosenbaum, respuestas visuales a los potenciales evocados (VER) Marx¹⁴, los test de Jucos con los nuevos métodos de examen para determinar la agudeza visual, como la

Como se comprende el tratamiento de la ambliopía es largo y difícil: debe sacarse cada cierto tiempo para su esterilización. Si el niño nacido, o en un niño muy pequeño, con la dificultad que ese lente debe largo e incluye la colocación de un lente de contacto por la madre en un tratamiento de la ambliopía permite resultados visuales favorables, pero es catarata congénita a las pocas o días de nacido, Beller y colaboradores¹³. En los bilaterales. Los resultados visuales son mejores si el niño es operado de ojo fijador en los síndromes monocular, y oclusión alternante en los síndromes, a los 3 y 6 meses. Conjuntamente se indica el tratamiento oclusivo del ojo que requiere el lente. Estos exámenes deben ser hechos a las 3 semanas, a los colaboradores¹³. Además, por exámenes sucesivos se precisaron las modificaciones. El poder dióptrico del lente varía de +50 a +32 dioptrías, Parks¹¹, Beller y dioptrías de sobrecorrección debe colocarse al sexto día del post-operatorio, hacerse el primer día del post-operatorio. Según Parks¹¹, este lente con dos la catarata. La refracción para determinar el poder del lente a colocar debe lente de contacto debe hacerse bajo anestesia general antes de la cirugía de una durante todo el período crítico. La densitometría para la colocación del cada día después de la cirugía, para proyectar una imagen clara sobre la retina y además al desarrollo de los lentes de contacto, los cirugía deben ser controlado en animales el período crítico para que se desarrolle la fijación. Entender mejor los mecanismos de la ambliopía, como por ejemplo, el papel de la retina, sino también a los importantes estudios realizados para ayudar a comprender nuevas técnicas quirúrgicas de aspiración, y a los adelantos en la microscopía. Resultados visuales en estos niños síndromes se deben no solo al adelantamiento

En cuanto a la ambliopía por privación uni o bilateral, los mejores resultados se obtienen de la visión del mismo.

СЛУЖБА ЛОН МОСКВИ (ЕЕ.НН.)
УНІВЕРСИТЕТ БІОЛОГІЇ

que se correspondía con el de buena visión tanto años atrás, que describe
contraste se normalizaban cuando se disminuía la iluminación, pasando
Hess y Howell observaron que en la ambliopía estrábica los umbrales de
mucho más notable aún en la ambliopía por privación.

palas, y esta elevación del umbral para las frecuencias más bajas se hacía
normalidad tanto para las frecuencias espaciales altas como para las
frecuencias espaciales, en la ambliopía por anisometropía se observaba una
En la ambliopía estrábica la curva era normal en la zona de las bajas fre-
privación.

diferenciaban a la ambliopía estrábica de las por anisometropía, o por
Hess demostró la existencia de dos curvas de sensibilidad de contraste, que
ambliopía por anisometropía, y la ambliopía por privación.

mostradas las diferencias existentes entre la ambliopía estrábica, la
muchos años más tarde, los trabajos sobre sensibilidad de contraste nos
aunque entonces recién empezaba a ver la luz.

se asimilará al grupo de las ambliopías por privación, concepto que para
pa el concepto de ambliopía por falta de uso, sugirió que esa denominación
un proceso inhibitorio activo, de origen cortical, y ex-anopsia implícita-
ya que en esa época se comenzaba a interpretar la ambliopía estrábica como
el término ex-anopsia para designar a la ambliopía estrábica.

cuando estableció su clasificación, nos aconsejó este autor dejar de usar
bilaterales, y por privación de estímulos.

y categorías básicas: Ambliopía Estrábica, por anisometropía, por ametropías
un criterio fisiopatológico, y a partir de entonces, se han descrito

En 1967, Von Noorden publicó su clasificación de la "Ambliopía", siguiendo
que adoptó el Dr. Puente.

será partir de una clasificación, y para ello me parece muy correcta la
pienso que para resumir lo que se ha dicho sobre la Ambliopía, lo mejor

Argentina

Dr. Lydia Gurovich

AMBLOPIA

CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO DE ACTUALIDAD

fuera en el ojo más amétrope.

pero es en la anisometropía donde la ambliopía se hace notar con más

ción total, tanto en la miopía como en la hipermetropía.

es alta no se logran buenos resultados. Siempre se debe dar la correc-
cuando el vicio de refracción no es corregido, y que cuando la miopía
necesario recalcar que el niño miope está muy desconectado del ambiente,

si bien se dice que la miopía bilateral no es muy ambliopizante, es
abierta se detecta.

dista muy cerca a su alrededor, es necesario corregir la ametropía
imágenes nunca son claras en la fovea. Como el mundo del niño permanece

en el tiempo le impide desarrollar una buena visión, ya que las
acomodar, el niño prefiere ver borroso, y esa situación prolongada
dispone a la ambliopía. Dado el constante esfuerzo requerido para
todos estamos de acuerdo en que la hipermetropía bilateral alta pre-

un estímulo adecuado en un período crítico del desarrollo.

porque en cada una de ellas nunca llega a la fovea del ojo ambliope
de ambliopía podrían ser considerados ambliopías por privación,
punto de vista fisiológico, aún cuando en su patogenia ambos tipos
se ve pues, como esta clasificación adoptada es correcta desde el
mujos.

estrábica, la anisometrópica, y la causada por privación de esti-
observaron también diferencias de comportamiento entre la ambliopía
Levi y Harwerth, estudiando la sensibilidad a la modulación temporal,
periféricas.

la anomalía residiría tanto en las neuronas centrales como en las
nas retinales centrales estaría comprometida, en la por anisometropía
ambliopía. En la ambliopía estrábica la funcionalidad de las neuro-
Existirían pues bases neurológicas diferentes para estos dos tipos de
sea la iluminación.

para las frecuencias espaciales bajas, permanece constante cualquiera
menor iluminación. En la ambliopía por anisometropía, el déficit
la mejor actuación del ojo ambliope estrábico en condiciones de

terabéutica.

marcada el momento óptimo para actuar en forma preventiva, y también conocimiento de este período, que se ha dado en llamar período crítico, marcada esta vulnerabilidad durante los dos primeros años de vida. El aproximadamente desde el nacimiento hasta los 3 años, siendo más según Von Noorden la edad de mayor sensibilidad en el hombre se extiende frente a los cambios en la experiencia visual.

sensibilidad, en el cual el sistema visual presenta una mayor labilidad los expositores que me precedieron para hablar de ese período de mayor en donde se manifiesta con todo su rigor.

ampliación por privación de estímulos, es en las cataratas congénitas 21, como hemos dicho, en todos estos casos existe en cierta forma una así también el tratamiento de la ampliación acompañante.

la precoz corrección de las anisometropías es un hecho fortuito, como en 1933.

con lo cual culminaban sus estudios iniciados en monos, según creemos, involucras por el ojo ampliación.

disminución del tamaño de las células de las capas parvocelulares denunciado externo de un ampliación por anisometropía, revelaron una la ampliación. Los estudios histológicos realizados en el cuerpo visual humano es afectado en forma similar a los modelos animales en Noorden, Crawford y LeVay, quienes pudieron comprobar que el sistema pero el hallazgo más importante es sin duda el efectuado por Von la causante de la ampliación.

que en esta última eventualidad la privación de forma es también por la sutura unilateral de los párpados, los autores concluyeron visual normal para ambos ojos, y como se asemejaban a los producidos Estos cambios se modificaron muy poco al retornar a una experiencia células de las capas dorsales.

bo denunciado externo encontraron reducción del tamaño de las pio en la dominancia ocular, hacia el ojo no privado. En el caso acompañada de esotropía, revelándose en la corteza visual un cambio negativo de alto poder, obtuvieron una ampliación muy severa, magnitud y semitr, al inducir anisometropía en gatos, mediante una

normal en cada ojo después de la tetrabentica.

Esto es un precio muy bueno a pagar, por la ventaja de tener una agudeza visual paritética del paciente para discriminar en profundidad, por medio de la estereopsis. estar en peligro, si podemos observar en pase a experimentos animales, es la la ocusión unilateral de la paritética del paciente para funcionar. Lo que puede donar las formas de tetrabentica para la ambliopía tropa por el tiempo, como según encuentro Von Noorden. Dice este investigador: "No hay razón para suponer un estrabismo alternante, pero conservan plena agudeza visual en ambos ojos, células pinoculares puede crecer en animales de experimentación que muestran parece corresponderse con la instalación de la ambliopía, pero la pérdida de las de las pinoculares de la corteza visual. La pérdida de las células monoculares se produce una marcada reducción, la de las células monoculares, como visual en el cual es vulnerable a los cambios que lo apartan de la normalidad, cuando un ojo es privado de su experiencia en un período del desarrollo evolutivo podrían a la estimulación pinocular.

siete categorías de dominancia, subrayando que un gran porcentaje de ellas res- cas; contemporáneamente Hubel y Wiesel clasificaban las neuronas corticales en cida por el mensaje más calificado.

nuevo. Ya en la década del 60 también se ponía en evidencia la prioridad ejer- la existencia de un mecanismo competitivo entre ambas retinas no es un hallazgo tienden a reforzar la función del ojo ambliope, en detrimento del ojo director. Ese es un concepto que deseamos subrayar, máxime cuando los tratamientos en uso ciondo modificaciones en el equilibrio perceptivo de ambos.

cuando estamos tratando la ambliopía, estamos actuando sobre ambos ojos, produ- siológicas interdependientes.

carrado, en el que se van descubriendo lesiones anatómicas y perturbaciones ti- no podemos hablar de un ojo ambliope y un ojo director, sino de un sistema drativo del sistema visual.

podemos considerar a la ambliopía como una perturbación en el mecanismo inte- de acuerdo con los hallazgos anatomofisiológicos de los últimos tiempos, pro- apreciaciones.

Llegados al tema del tratamiento, deseamos que nos permitiera hacer algunas

objeto de eliminar las recidivas. Por supuesto, se hacen siempre los
diagnos el ojo director, en un lapso entre 6 meses y un año, con el
que pueden responder a esta prueba, comenzamos a ocluir durante 4 horas
ambliopía también estable de la agudeza en ambos ojos, en los niños
cuando hemos logrado una alternancia estable en los niños pequeños, o una
el día, y vamos disminuyendo el ritmo diario.

del primer año de vida, hacemos una oclusión alternante, durante todo
En las otras formas de ambliopía, comenzamos a ocluir recién después
se adapta a los requerimientos dados por la distancia a los objetos.
La prescripción de lentes de contacto se hace precozmente, y en poder
ambos ojos entre las operaciones.

simultánea de ambos ojos, o en un lapso no mayor de 3 días, ocluyéndose
el niñaduna, el pronóstico es más reservado, y propone la facoexéresis
establece que cuando el niño tiene más de tres meses, o ya ha aparecido
En el tratamiento de las cataratas congénitas bilaterales, ciancia
largo periodo de oclusión instituido.

siendo un factor importante para la instalación de esta alteración el
oclusión. En otros casos, el tiempo de latencia permanece prolongado,
este efecto reversible de 1 a 3 meses después de interrumpida la
el potencial se afectaba, tanto en amplitud como en latencia, siendo
el ojo sano y observaron dos tipos de respuestas: en algunos casos,
Arden y Barnard estudiaron mediante potenciales occipitales evocados
pero también la oclusión debe ser estrictamente controlada.

atrofinizado. ~~En algunos casos, la oclusión puede ser interrumpida~~
del poder resolutorio de las células ganglionares retinales en el ojo
con anterioridad, Ikeda y Tremain habían informado sobre la reducción
de monos, después de la atrofinización durante un periodo prolongado.
Boothe y colaboradores han descrito una reducción en la agudeza visual
generalización.

Esto lleva a desaconsejar el uso indiscriminado de los métodos de
para con el ojo fijador.

Lo que queremos resaltar es el infinito cuidado que hay que observar
seguramente encontraremos una falla.

normal, ni una buena estereopsis. sometidos a los tests más finos,
no esperamos encontrar en nuestros pacientes ni una correspondencia

bias, lo contestaría ignorando el ojo director;
y que considera un. es de mayor importancia en el tratamiento de la amblio-
En resumen, a veces pienso que si un interlocutor imaginario me preguntara:
de mantenimiento.

en ambos ojos, que es casualmente lo que hacemos nosotros en un periodo
ambos ojos, se necesitarían 3 a 4 horas diarias para mantener la visión
horas de ocusión diarias, mientras que si la agudeza es casi igual en
En la ambliopía profunda serían necesarias según estos autores, de 8 a 10
horas de causar ambliopía del ojo fijador.

con 15 horas de ocusión diaria los efectos son simétricos, hay peligro
es decir, capaz de conservar la agudeza visual ganada.

capaz de volver rápidamente a la normalidad, y el ojo ambliope, "plástico",
para que el sistema sea válido, el ojo director debe ser poco "plástico"
por ocusión en el ojo director.

del ojo director al ambliope, y se instalaria por consiguiente una amblio-
en ojo director y ambliope, no haría más que un basaje de agudeza visual
si el sistema es simétrico, es decir las condiciones de S.P.E. iguales
después de esta interrupción.

al interrumpir la ocusión, y "plasticidad" la persistencia de los cambios
la privación: "Elasticidad" constituiría el retorno a la normalidad
"Sensibilidad" sería la susceptibilidad del sistema visual al stress de
ocusión, que ellos llaman sensibilidad, plasticidad y Elasticidad (S.P.E.).
mente por Jastrowski, Hoyt y Ward para estudiar los efectos de la
por eso nos alegró, y nos hizo pensar, el modelo propuesto muy reciente-
ción.

tiempo más reducido, con menor exposición del ojo director a la ocu-
pero siempre hemos pensado que se debería llegar a esquemas de
total, que agravaría el nistagmus.

pequeña lámina de contact translucido, para no hacer una ocusión
En los casos de nistagmus latente, empleamos sobre el anteojos una
controles necesarios.

Dr. Eudene NEGRAEJON (EE·nn·)
COMENTARIOS:

Dr. Oscar NUN (CN·je)
* EXHIBICION CON LA BENEFICACION PARA LOS

Dr. Zorzo SUEGAS MONTEOLU (COJomptg)
AMBIGUOIA
* LOS BOLENCIATES ALIQUATES ELACADOS EN EL BKOIOTICO DE LA

Dr. KETJA MONTEIRO DE CAVAUHO' (B·s·j·j)
* VALUACION DA USCIDADE ALIQUAT VISCUGA E CORLICAT EN AMBIGUOES

Dr. SUTTERHO BEKLOVA' JUTJA BEKSMAN' HUPRELO BEKES (V·d·)
* ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO DE LA AMBIGUOIA

CORREA DE LONGESA MEO (B·s·j·j)
CUTDULO' ALEX TUCIA BEKEIVA' VJZJA DE OPIAIVA' JOSE
Dr. JOSE NEMTON KABA' KETJA MONTEIRO DE CAVAUHO' KORELO
BRE-ESCOGAK' CAMBIAZ' 2do B·s·j·j
* ALENDIEMETO DE AMBIGUOES E BKEAUGENCIU IN BOBUGACHO

Dr. VIRELO CIVICIA' H· EBYIOTU' JUTJO KUMOS (V·d·e·f·t·g·)
* ANALISIS DE INFORMACION EN LA BACSLICU ESTABUOTOCISU

LA REGION DE ABOKLES Y LA UNIDAD LEMALICU AMBIGUOIA

Dres. ALBERTO CIANCIA, H. EGBINOZA, JULIO RAMOS (Argentina)
ANALISIS DE INFORMACION EN LA PRACTICA ESTADISTICA

STP:IODIS.

avaliação da atividade visual e o critério adotado para definir a
tela usada: tipo de amostragem utilizada, teste empregado para s-
tender os informes de interesse. Os resultados poderão ser av-

A incidências de amputações em pré-escolares variam muito nos Estados Unidos dependendo dos vários fatores.

Segundo, existem cerca de 40 milhões de cegos no mundo, e pessoas 12
internacionais como Governamentais. Segundo Organização Mundial da
Saúde, muitas das ações mais efetivas tanto de organizações in-
ternas. Até agora não foi realizado devidamente esse trabalho, cuja
necessidade é urgente e mais urgente de todas as causas de invalidez
mental, como por exemplo, sociais e econômicas. No aspecto eco-

A Jura contra e cedentes injustifica-se tanto por afectos pñ
nificacão e substituição dos agentes de praxeia ocular.

As ações desenvolvidas e implementadas os dados práticos para a Luta. Ao mesmo tempo, facilitam a assistência epidemiológica aos serviços de medidas sanitárias e melhorar esse setor de saúde pública de escolas das crianças, e serve como o primeiro passo para uma em instrumentos utilizados na obtenção de dados de saúde de saúde (indivíduos epidemiológicos, situações de enfermidades) constitui

A aplicação de diversas técnicas em estudos populacionais
estatísticos tem enfoque preventivo prioritário.

o qual brilha de todo o esplendor de seu brilho de
tudo o que se encontra e se encontra. O corpo e o corpo
de todo o que se encontra e o corpo e o corpo de todo o
brilho de todo o que se encontra: o corpo e o corpo de todo o

ර්ග්‍යානුෂංගිකව සිදු වූ ප්‍රතික්‍රියාවන්හිදී ප්‍රතිඵලයක් ලෙසින් ප්‍රතික්‍රියාවක් සිදු වූයේ නම්

ТІЛ БОДІЇ

99 LEWIS & CLARK

LETS FUGIS BELETS' VJUTS MELTS M. D. GE OFFICIALS E LONG COLLES
NEMFON KALS-1000' KELTS M: KONTSELO GE CULASTNO' BEBELFE GJESFE'

CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL

ALFABETIZAÇÃO DE ADULTOS E PREVENÇÃO DA ESCRITURA LEE-ESCOLAR.

asa 1.325 sberua 288 combatecelum so Hoabitat qsa Clinica. Deasa
totam encunpungas bala nu exame sabeculizade 1.325 (10.22). Dea-

A campunus filon em aena 50 boatos 15.814 clinica, qsa duna
RESULTADOS

conatderando-se e nae qd meipor colleção eptica.

Impansa sculigade vianat qsa qota oipos. Adotaram se eases critetios
menor dno 0.1 bala clinica de 2 a 5 anos, e 5) qdiferenca de duna
fianat on inferior a 0.2 bala clinica de 4 anos de idade e fianat on
positico de amptioie nu qsa seimintes critetios: 1) sculigade vianat

Abos o exame completo de clinica, tot conatderade bala o duna
de eaptiame on dunaipner bapolojia ocular opaelasas.

de duna on msta impasa na sculigade vianat qsa qota oipos, bresenca
na sculigade vianat menor on fianat a 0.1 no btor oipos, nua qdiferenca

"cover" teste. Tot conatderade bala critetio de encunpungamento, n
medice on nua ortoptista rezizava o teste de sculigade vianat e
medice de sculigade vianat e a seimti dunaipam-se a eata onca nu
bassava bel nu pnapamento bala se rempizizarem con a tareja de
bassava belo aetor de idenitificacao, a seimti em fupos de tres

Ve cneest se boato de trizem a clinica e aen scunpungante
o mupicpio.

50 boatos de trizem nos patios, de forma a apizuel fupazmente
de 400 volunatios de nove piona Clinica de Campuna. Inatizaram-se
aizade Ostojica e univertatios de Projele Bongen regional, ajen
nue buplicas, aipnos e docentes de curas de zelaice zocist de univert
vasectio e bsaipetis de ortoptica, eniermeis, educadeta de as-
nua, acadeticoe de Medicina de meama univertidade, ortoptista de
mojotia de Hoabitat qsa Clinica de univertidade Estadual de Campi-
getos de 1.500 volunatios entre rezidentes e docentes de Ofstal-
metos dnatipungas so buplico em gertat. Houve a bapiticipacao de
jornata, ladia, carizzes em escolas, onipna mpsnos, jolia e te-
lodt. Houve grande dunaizacao aipvae de bropagandaa na televiaao
naa em qota tina de seama consecutivos, em aetemplo e oniprio de
de idade nuu induperte bobulacionat rezizade na cidade de Campi-

Examinou-se nua bobulacao de 15.814 clinica de 4 a 5 anos
INALEIAT E MELODCA

grava brevidade.

casos de surtos de histeria e de epilepsia e de
1- Presença de sintomas de convulsões e de tremores
2- Presença de convulsões de surtos.

podem ser curadas com tratamento na escola.

casos de histeria e de epilepsia e de

1- Presença de sintomas de convulsões e de tremores
2- Presença de convulsões de surtos.

3- Presença de sintomas de convulsões e de tremores
4- Presença de convulsões de surtos.

casos de histeria e de epilepsia e de
1- Presença de sintomas de convulsões e de tremores
2- Presença de convulsões de surtos.

5- Presença de sintomas de convulsões e de tremores
6- Presença de convulsões de surtos.

casos de histeria e de epilepsia e de

1- Presença de sintomas de convulsões e de tremores
2- Presença de convulsões de surtos.

casos de histeria e de epilepsia e de

(8.1%) de total de surtos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de

A tabela mostra que entre os surtos de histeria e de epilepsia e de

casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de

casos de histeria e de epilepsia e de

casos de histeria e de epilepsia e de
casos de histeria e de epilepsia e de

tratamento de casos de surdez.

Observa-se de presente as várias dificuldades para detecção precoce e tratamento da deficiência auditiva e a importância de se fazer o diagnóstico coletivo e o tratamento precoce e adequado de surdez infantil e ocular. O que não teve em qualquer deficiência para não de surdez e ocular. Entre os benefícios nenhum tratamento: a 8ª de se fazer o tratamento precoce e a 2ª de se fazer o exame de vista brevemente. De cada 2ª de se fazer a função. De 100 surdez funcionais detectados, apenas 25 são curados. Assim, os autores encontram uma prevalência de 25 em um estudo de 15.000 alunos de 4 a 6 anos de idade de 15 escolas de Curitiba.

RESUMO

Estas informações ao público sobre o problema da surdez.

Corrigir e tratar novos casos, e levantar índices de incidência e distribuição de surdez com a finalidade de se fazer o diagnóstico de surdez com a finalidade de se fazer o diagnóstico de surdez.

Enquanto se estiverem esses objetivos todos em andamento, devem ocorrer os seguintes pontos de grande importância.

Esses casos devem ser tratados de forma adequada e adequada para com o tratamento e controle e tratamento, e a prevenção dos olhos. Não.

8- Ações oficiais durante se isto de muitas crianças não se surdez.

1- Estimular a criação, junto ao serviço de oftalmologia, de uma seção de

En dicha porción se realizó de igual en estudio de los
relaciones esteológicas con el tiempo-1924 y 1925.

Como método de análisis se utilizó el método
13.89.

Por lo tanto a se muestra con un promedio de edad de 18.21 y

la distribución por sexo muestra que 38 de los casos eran

33 de los mismos por similitud de caracteres y estructura.

de los cuales presentaron por similitud por similitud y

un solo caso de neurosis de tipo funcional. 33

se estudiaron 24 pacientes de la clínica de la

Neurosis y métodos:

Los pacientes fueron de diferentes edades.

Exclusión en el estudio de la similitud con la edad de

El motivo de este estudio es el de estudiar de manera

exclusión de la edad de los procesos.

problemas en medicina por la producción de un método

de la combinación con el fin de eliminar las causas

El desarrollo de los microprocesos y la introducción

seguirán por el estudio de las causas de las lesiones.

ocurrida de la combinación con el fin de eliminar

causas de lesiones de tipo funcional y la causa de la

desarrollo de las causas de lesiones de tipo funcional

similitud consiste en un proceso de imitación y la de

similitud por diferentes factores de la vida de la

por causas de tipo funcional y las exclusiones realizadas en

problemas y exclusiones.

Similitud otros similitud causas de desarrollo de la

la similitud es la causa de la exclusión y la de

eliminar la combinación y la de la edad de la

c) Exclusiones en las diferentes causas con el fin de

de las causas de lesiones y la de la edad.

las exclusiones de lesiones en las causas de la

d) Similitud en los problemas de lesiones de la

similitud en las causas de lesiones de la

condición completa o a causas de lesiones de la

ocurrida por la causa de lesiones de la

del desarrollo: a) ocurrencia de un solo caso como

condiciones similitud de la ocurrencia en las causas de la

la porción y se encuentran asociadas con la causa de la

patológicos similitud en el fin de estudiar la causa de la

distribución similitud de la edad de la

la similitud de tipo funcional de la causa de la

A. BEKEZ

Dr. GREGORIO O. BEKEZ, Dr. JUAN M. BEKEZ, Dr. HUMBERTO

ESTUDIO NEUROFISIOLÓGICO DE LA AMBIGÜEDAD

6241019876 476 qe 1300 cenqetseziwz A is tlesnecis qe
ueolo eiz qei 100x is iufenzizeq iminoze qei gies
qe 33. qe elco is qitelencis qe couflezze eufie ei piewco A
qiztencis qei wizmoo cegs cnegleqq dne tolwers ei qewelo eis
13. qe bnfzjiz A coiocego ei becienfe s nu weflo qe
estimnio ei zistems qe "bettefu-lehelzei" zopie teienizoi qe
oofenciezies enoceqoz Atznzies deks io cnai ze nfiijzo como

privocipalidad del paciente.
de sujeción. Lo que lleva como resultado que a la
batería del ojo sea el sujeto. Es decir, el proceso
que toda su actuación entre los valores de referencia del
paciente empieza cuando es de importancia trascendente la
batería. El uso de este elemento en la construcción del
espacio y de contraste como lo muestra el uso del título
del ojo eléctrico así como una distinción en la referencia
actividad de las células cerebrales que reciben las señales
los ojos empieza a ser la distinción de la
en pacientes empieza. El trabajo de referencia ordenado en
signos antes y los valores obtenidos en nuestros estudios
colección entre las diversas relaciones en algunas de
de los resultados obtenidos se extrae una estructura

CONCLUSIONES

1ª y 2ª.
Respecto al uso del título como punto de partida en la
referencia y en algunos casos escatología de la misma con
obtenidos en los estudios no muestran variaciones de la
la distinción del contraste del paciente. Los valores
de los y sea con respecto al uso de los mismos, debido a
variaciones en el trabajo de la referencia del paciente del orden
El estudio sobre los títulos muestra en los
señal de 210.
algunos pacientes que presentaban una estructura

19919 3

Ez415p12wo	81'05 ± 1'40	81'40 ± 8'08	88'88 ± 14'33	84'05 ± 4'30
Am120w6f10b	81'83 ± 1'44	84'30 ± 2'88	83'11 ± 13'28	81'85 ± 4'13
Ampl110b19	88'88 ± 8'88	82'24 ± 8'88	82'31 ± 13'13	82'18 ± 8'82

19919 3	0112	0112	0112	0112
Ampl110b19	88'88 ± 8'88	82'24 ± 8'88	82'31 ± 13'13	82'18 ± 8'82

19919 1

Ez415p12wo	88'12 ± 8'28	88'48 ± 8'18	82'42 ± 14'00
Am120w6f10b	88'08 ± 10'18	82'38 ± 8'48	80'18 ± 13'31
Ampl110b19	81'83 ± 8'32	88'23 ± 1'02	83'30 ± 13'88

19919 1	0112	0112	0112
Ampl110b19	88'88 ± 8'88	82'24 ± 8'88	82'31 ± 13'13

Amplitude 82°24 7 8°28 83°33 7 3°30 82°31 7 13°15 83°82 7 4°38

1957

 -PI 010 Ieziv ezabua < 2110 > 0112
 -79b 010 Ieziv ezabua < 2110 > 0112
 9 butiqaa

Species	1988	1989	1990
Amphispiza	1.88 ± 3.22	1.22 ± 3.83	2.88 ± 3.48
Amphispiza	8.42 ± 3.80	8.20 ± 3.20	2.81 ± 3.33
Amphispiza	8.11 ± 3.81	8.81 ± 3.20	2.88 ± 3.38

 -DNI TELUCHOIST MONOCHIST 961.
 TELUCHOIST
 9 Buttiama

as as pesquisas clinicas.

collecção de 40 casos de epilepsias antes e depois do tratamento e descrip-

ção apresentando os resultados da actividade dos seus sintomas e
das lesões de cálcio.

trabalho de observação do E. sendo duas horas e sintomas utilizados o método

Realizamos o teste de actividade dos seus sintomas e sintomas de

Prof. Newton Reis Jones

Dir. Vitor M. D. de Oliveira

Observação de lesões de cálcio

Dir. Reis M. Monteiro de Castro

ANALISE DO VOLUME DE ALGUMAS VARIÁVEIS E CORRELACÃO EM AMBULANTES

DR. ZOFJO CHERTAK MONTOYA (COJOMPTA)

AMBULANCIA

LOS POTENCIANTES ALGUNOS ELABORADOS EN EL PROYECTO DE LA

DR. JOSE VALLAN (CPJG)
COMENTARIOS:

DR. E.M. HETTERTON (EE.UU.)
* AMBIOTIA: PERSONAL OBSERVATIONS

L.O. HETTER VATEY, DR. M.H. BERNARDSONI (Holland)
* ESTUDIO DE AMBIOTIA PARA SEXO (Investigation sobre

el estudio de sexo (videtur)

DR. HETTER BERNARDSONI, VATEY BERNARDSONI, L.O. BERNARDSONI,
"SAM-21000000"

* EXPERIENCIA CON 100 PACIENTES AMBIOTES TRATADOS CON

DR. OSCAR HAN: L.M. MARCELA STARKMILL: L.M. LEESS DIAS (CPJG)
AMBIOTIA

* RESULTADOS DEFINITIVOS EN EL TRATAMIENTO DE TV

399. SECCION DE VOBLES Y LENA AMBIOTIA

(*) Instituto de Estadística del Hospital San Juan de Dios, Santiago.

de meses, $s = 36,14$. Las curvas 3 y 4 muestran la influencia de la edad en el mismo control en la curva 5. El período promedio de seguimiento fue la curva 1 (promedio y desviación típica 2): en evolución posterior más tarde. El resultado actual inmediato después del tratamiento se exhibe en Resultados.

Los resultados en relación con los factores citados.

Los avances de la edad actual (edad f) y la combinación de los dos. Exhibimos, por último, el gráfico estadístico correspondiente a toto o con post-impedencia.

medidas adicionales, como uso de faja o, estimulación en el electro-
lisis oclusión sobre u oclusión complementaria, en los casos repetidos, con
ción al término del tratamiento. Los métodos terapéuticos en referencia
ampliamente, presencia de asimetría, método terapéutico y características de la
biología: edad del niño al iniciar el tratamiento, tipo de lesión del ojo
posterior influencia de los siguientes factores sobre los resultados a largo
del tratamiento. Consideramos además la duración del tratamiento y la
nos 8 años de edad y un período mínimo de 1 año después
no control después del tratamiento una vez que el niño pudo cumplir el me-
en rendimientos al iniciar el tratamiento, al término del mismo y en el
criterio los datos de edad actual medida en el período de 10 u 2 ("E",
3 años y 10 años, con un promedio de 6,1 años, $s = 3,4$. Analizaremos bien
la edad de estos pacientes al iniciar el tratamiento incluso que

Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile.

de casos de amputación quirúrgica tratados en el Instituto de Estadística y del
con este motivo realizamos 320 observaciones clínicas consecutivas

Materiales y método.

análisis del tratamiento de la amputación en nuestros pacientes.

Motivados por un interés muy importante, resolvimos realizar e
tante en la estadística de los casos.
tener información en la propia práctica: 1. por último, la amputación no in-
tiza al subsecuente el tratamiento; 3. biológicamente nunca se llega a op-
tan fácilmente con el tratamiento; pero 5. la lesión puede ser de desvía-
ción excentrica mejoran muy rápidamente y los con lesión central mejo-
esto se pasan en las siguientes consideraciones: 1. los casos con lesi-
ones con lesión excentrica, el tratamiento es muy fácil. Para el mal
las con lesión central, el tratamiento es muy difícil y due, en lo su-
perior de la amputación quirúrgica, los autores conciben due, en los casos
en una publicación de 1985 (4) sobre la cirugía del ojo.

L.M. Teresa Díaz *

L.M. Marcela Caramuz

Dr. Oscar Hahn *

LOGROS DEFINITIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AMPUTACIÓN.

Los casos con fijación central (tabla 2) iniciaron el tratamiento con 5. Fijación monocular.

otras ayudas.

Se en casos con fijación excéntrica. Esto concuerda con los resultados de las pruebas en el grupo de menor edad, pero que es mucho más importante, tabla 2 observamos que los resultados estimados puros ($VA=1$ a 0.2) fueron sorprendentemente, el tratamiento dio ser más profundo en los menores. En la en 34% en los menores y solo en 11% en los mayores de 6 años. Inexisten

la fijación binocular (tabla 4) también es expresiva: la VA mejoró ser estadísticamente significativa.

que las resultantes de las combinaciones que ayudan a continuación, resultado caso 1 y 2 de los menores de 6 años. Esta diferencia indica mejor que los del otro grupo, daban con menor VA: mejoraron en promedio los mayores de 6 años, a pesar de iniciar el tratamiento con una VA algo separados los casos en los dos grupos etarios (tabla 3), observamos que

1. Edad.

de. Nos referiremos exclusivamente a la VA definitiva.

Las fijaciones con el estado sensorial del niño, respecto a la VA, todas analizaremos a continuación la posible influencia de diversos factores

del ojo dominante, 0.824 , es, en todo caso, inferior en caso 4 de los.

cuando en un promedio de 0.418 , lo que, comparado con el promedio actual

así, la VA que hemos dado en categorías de definitiva en estos niños, (ver).

empleo de la fijación periférica en los casos citados (por ejemplo o no de

afirmamos esta mejora al desarrollo normal de la VA del niño y al

pero que estadísticamente significativa (tabla 5).

del 30% respecto a la visión al término del tratamiento. Esta cifra, am-

plaria mejorado en promedio en 1/3 de los, lo que equivale a una mejora

niños el nivel actual no sería emborazado, como se ha afirmado, sino de

ción, bndimos constatar, no sin sorpresa, que en la gran mayoría de los

la ambliopía. Así, el caso de esta evolución en tanto esbozamos de la VA

mis bien pocas, necesitamos medidas destinadas a prevenir la recidiva de

una vez finalizado el tratamiento, solo pocos casos y por breves

duración (5.3).

5.6 años, es decir, mucho más profundo que lo que puramente se ha

distintamente significativa. La duración promedio del tratamiento que de

iniciamos, el avance que de 128%. Así, el promedio actual resultó ser esta

5 1/3 de los). Expresado esto en porcentajes de la edad actual (VA)

probó en el total de los casos mejoró de 0.100 a 0.438 (es decir, en

durante el tratamiento (tabla 1), el promedio actual del ojo em-

Prescripción.

del tratamiento, en las tablas 12 y 13.

Las tablas 10 y 11: los todos actuales en relación con la visión al

la diferencia en los resultados según la existencia de anisometropía en

consecuencia a la oscilación en el tratamiento se expone en las tablas 8 y 9:

de fijación se ve en las tablas 2.6 y 1. El posible rol de medidas de

en los resultados definitivos o a largo plazo. La influencia del tipo

porak discretamente, pero en forma estadísticamente significativa, no.
3. La lesión provocada mediante el tratamiento de la amputación tiende a me-
jorar de amputación.
En el tratamiento, la normalidad de la función monocular y la an-
da visual los siguientes factores: la edad por debajo de los 5 años y
5. Contribuyen en forma estadísticamente significativa a un mejor resultado
el tratamiento de los ojos.
Exposición de los casos donde, por lo que, a la vez, ayuda a mantener
además visual del ojo amputado, sino también porque permite en una alta
1. El tratamiento de la amputación no se justifica en cuanto mejora la
conclusiones.

Los tipos de estirpamiento permanente (38'8%) o a microscopía (50'2%).
En 30'1% a través de orofonía y en 43'3% mediante corrección y diferen-
cia entre ellos, 11% corrección en el mismo control a estirpamiento intermen-
preve due en los otros casos. En 20'1% de los casos donde, pues, en el mismo
menos marca en ellos: por lo mismo, el tratamiento necesario fue algo más
por en los casos que se cancelaron antes (tabla 15), porque la amputación era
antes, en la función de la edad en relación con la ya antes fue me-
due los casos que se cancelaron, tienen también menos posibilidades de jo-
dudaron con 5 decisiones más de ya (tabla 11). Esto simplemente significa
una decisión más due los otros, danaron una decisión más due ellos y, por ende,
los casos due en el mismo control donde, en el mismo, barfaron con

2. En el.

diferencia (tabla 10) entre ambos.

La ya antes, como también en la función del tratamiento, no hubo mayor
ventaja de la presencia de amputación. En la relación del brotado con
decisión menos de ya due el otro grupo (tabla 8). Se confirma, pues, la de-
los otros, danaron un poco menos (1\5 decisión) y, así, dudaron con casi 1

Los casos con amputación iniciaron el tratamiento con poco ya due
4. Amputación.

se observó mayor diferencia (tabla 8).

mo sentido (105% vs. 121%), mientras due en la función del tratamiento no
la relación del brotado visual con el valor antes, pues, en el mis-

bo (0'34) y más dudado con bastante poco ya (0'58 vs. 0'53).
adicionales, más mejorado 1\5 decisión menos (0'11) due los del otro gr̄u-
favorables, se explica due, pese a las descripciones ventajosas de las medidas
se debieron adoptar otras medidas (tabla 1). Pudo due estos eran casos de-

Todos los tipos fueron tratados con ocular: pero a algunos de ellos

3. Método de tratamiento.

ambos grupos.

centrales lo iniciaron en 50%. La función del tratamiento fue similar en
mejoraron solo en un 12% en ya antes, mientras due los con función ex-
una abarante baradola (tabla 9). Puesto due los casos con función central

La relación de la ya danada con respecto a la antes nos muestra

el mejor pronóstico de la amputación con función central.

ción excéntrica (promedio 0'315). Esta observación confirma una vez más
una ya estadísticamente mejor (promedio 0'282) due los casos con fun-
una ya mejor due los de función excéntrica, danaron más y dudaron con

[illegible]

ΟΠΙΣΘΕΡΕΟΝΤΕΣ ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ.

Упрѣлобѣ. Умек оѣмоб. 1 30:152-131, 1280.

5885. 444-444, (4) 20 OCTOBER 1964. MEXICAN SOCIETY OF

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Atividade deve ser baseada de pesquisa, por lo menos para os 8 anos de
uma vez realizando a pesquisa. Em seguida, se necessário, estabelecer

TOTAL	502	0.168	0.152	0.418	0.388	0.315	0.531
Mayores e' 1a	81	0.188	0.148	0.412	0.388	0.358	0.180
Menores e' 1a	154	0.121	0.108	0.218	0.388	0.388	0.342

Equip	X	A. Inicial	Ultima Aseguro	A. daupaga
-------	---	------------	----------------	------------

PROGRESO VISUAL DEFINITIVO EN MENORES Y MAYORES DE E' 1 VJOS DE EDAD

TABLA 3

A. gelluicias ojo mejor	0.824	0.113
Diferencia	0.020	0.138
A. gelluicias	0.418	0.388
A. post-cirugia	0.458	0.318
Aseguro	promedio	x

DESENVOLUPAMIENTO EN 502 NIÑOS CON AMBLOPIA MONOCULAR
EVOLUCION DE LA VISION CON POSTERIORIDAD VI

TABLA 5

A. daupaga	0.505	0.185
A. post-cirugia	0.458	0.518
A. inicial	0.168	0.152
Aseguro	promedio	x

MONOCULAR DURANTE EL DESARROLLO
METODICAMENTE EN 502 NIÑOS CON AMBLOPIA

TABLA 1

TOTAL	188 #	5'2 años
Excepcion	58 #	5'8 años
Centrales	125 #	5'2 años
Excepcion	Aseguro promedio	Excepcion

DEL DESARROLLO Y TIPO DE LECTURA
PROGRESO VISUAL PORCENTUAL DEFINITIVO DURACION

TABLA 6

TOTAL	502	0.168	0.152	0.418	0.388	0.315	0.531
Excepc.	102	0.105	0.058	0.215	0.388	0.310	0.548
Central	100	0.534	0.152	0.288	0.513	0.322	0.508
Extracción	n	x	z	$\bar{x}$	z	$\bar{x}$	z
		A. Inicial		Ultima visión		A. ganada	

PROGRESO VISUAL DEFINITIVO SEGUN TIPO DE LECTURA MONOCULAR

TABLA 2

TOTAL	188 #	5'2 años
Mayores e' 1a	118 #	0'8 años
Menores e' 1a	543 #	3'1 años
Equip	x	x
Aseguro	promedio	Excepcion

DURACION DEL DESARROLLO SEGUN TIPO
PROGRESO VISUAL PORCENTUAL DEFINITIVO A

TABLA 4

TOTAL	302	0.106	0.152	0.438	0.366	0.315	0.531
SIN VU.	121	0.113	0.134	0.400	0.315	0.356	0.535
CON VU.	48	0.143	0.081	0.408	0.331	0.502	0.510
ANALISIS	n	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
		A. inicial	Oficina	Alsejo	A. danos		

PROGRESO AISUAL DEFINITIVO Y VISIONOMETRIA

TABLE 9

O = occlusion, MV = medidas adicionales.

TOTAL	108 #	3.2 años
O + MV	121 #	3.3 años
O. solo	105 #	3.2 años
ANALISIS	Alsejo	Clasificación
	Progreso	Dirigido

SEGUN METODO DE TRATAMIENTO
PROGRESO AISUAL PORCENTUAL DEFINITIVO

TABLE 8

O = occlusion, MV = medidas adicionales.

TOTAL	302	0.106	0.152	0.438	0.366	0.315	0.531
O + MV	121	0.111	0.085	0.384	0.320	0.114	0.508
O. solo	105	0.110	0.138	0.433	0.349	0.344	0.554
ANALISIS	n	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
		A. inicial	Oficina	Alsejo	A. danos		

EMPLEO DE MEDIDAS VISIONOMETRIAS
PROGRESO AISUAL DEFINITIVO CON OCCLUSION Y CCM

TABLE 7

TOTAL	108 #	3.2 años
SIN E.	551 #	3.2 años
CON E.	101 #	3.3 años
ANALISIS	Alsejo	Clasificación
	Progreso	Dirigido

DURACION DEL TRATAMIENTO Y FUSION
PROGRESO AISUAL PORCENTUAL DEFINITIVO

TABLE 13

TOTAL	302	0.106	0.152	0.438	0.366	0.315	0.531
SIN E.	101	0.111	0.082	0.363	0.303	0.506	0.536
CON E.	104	0.313	0.135	0.210	0.536	0.324	0.533
ANALISIS	n	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
		A. inicial	Oficina	Alsejo	A. danos		

PROGRESO AISUAL DEFINITIVO Y FUSION

TABLE 11

TOTAL	108 #	3.2 años
SIN VU.	108 #	3.2 años
CON VU.	102 #	3.3 años
ANALISIS	Alsejo	Clasificación
	Progreso	Dirigido

DURACION DEL TRATAMIENTO Y VISIONOMETRIA
PROGRESO AISUAL PORCENTUAL DEFINITIVO

TABLE 10

СПИТЕЛНО БЕЛОВА (videtur)
ДЛЕГ. НОМЕРНО БЕБЕЗ' УЈЕДНАНО БОМИ' ЛОПЕ БЕКСИНИ'
„САМ-СЛИНГУЛОК“
ЕХЪБЕИЕНЦИА СОИ 100 БАСИЕНТЕС УМБГОБЕС ЛКАУДОС СОИ

el grupo T y C. Considerados ambos grupos de mayor predominio las
 muestra entre las A y de grupo +2\10, mas del 90% se encuentran en
 las A -2\10 en los casos en que esta es de lejos(T) = cerca(C). En
 según la tabla I para un neto predominio de las A y de grupo
 características de las A (A del mismo ojo de lejos y cerca)

01.....18

Ojo simple : 00.....1e

n = 1.250

A = 22

Indice = 5.22%

-RESUMEN-

ESTADÍSTICA PARA : según normas del LOPCON y el LITMUS.

INDICACIONES : sin distinción de tipo simple.

no coincide con simple estereoscópico.

AMBIOLIA : algunas veces sin colección menor de 8\10, que
 definiciones observaciones.

que se toman en cuenta 24 por cada de muchos datos en un caso.
 de edad. Se estudiaron 1.250 observaciones, encontrándose 22 A y de las
 A la clase traslucida : predominio de visiones entre 20 y 40 años de
 sexo A edad no se toman en cuenta pues son los correspondientes
 siempre en zona interna del interior del ojo, después por lo que
 la porción elegida estas combinadas por otros de una que
 pasan simple estereoscópico y LITMUS.

con el sistema. A si se diagnosticar una serie algunas veces, se
 la sencilla para distinciones de los ojos ocultos, algunas veces
 de examen que el siguiente : observación para manifestar, pues de
 certeza : simple estereoscópico, sencilla y test de LITMUS. El orden
 que se opta : algunas veces lejos y cerca, todas, todas y es

Se estudiaron todos los casos con un sistema LOPCON con el
-MATERIAL Y METODOS-

cerca en nuestro medio.

Investigación las características de las simples (A) para

-NOTAS-

L.O. HELEN BATEA DLS. M.H. BERNASCONI

(Comunicación breve)

INVESTIGACION DE AMBIOLIA PARA CERCA. (#)

Numero de A senarjamente igual en VO.

Indice de A = 5.02 %

-RESUMEN-

							B (RT e) entre 2 %	
LOLAT	e	58	14	1	12	54	10	105

+ 2\10	1	15	2	5	8	12	0	28

POS\ -2\10	2	16	11	2	2	11	10	62

AMBITOBIIV	11.	0	21	10	2\10	21	10	LOLAT
GRADO DE	ELES		MISLAVGMO2		ESLEFEOP212			

Bajes, Bernasconi, Nolasco, 1984.

LABIA 5. Grado de A en relacion a ortofonias, nifasmas y estereos.

tambien, con significancias estadisticas.

cos de cualquier manera) y la normalidad de la estereofonia, todo
datos, lo que hace ver el resultado, pero los que estan son un-
jettimo, la posibilidad de nifasmas (para un ejemplo numero de sin-
tereofonia, 212 a la vez el nro promedio de los ojos en bala-
de en la superior, en relacion con ella ocultas, nifasmas y es-

EN LA LABIA 5 se consideran los mismos grados de relacion de A

LOLAT	18	16	24. B (RT I) entre 2 %	1 %

+ 2\10	4	8	12	

POS\ -2\10	14	1	51	

AMBITOBIIV	CEKCA	CEKCA		
GRADO DE	FELOS =	FELOS #	LOLAT	

Bajes, Bernasconi, Nolasco, 1984.

LABIA 1. Grado de A en relacion a distancias.

Isolacion de A y distancias (I y C).

A I=C sobre las A I#C, con significancias estadisticas, cuando se re-

MILO en la recoleccion de datos.

(#) Se establece la cooperacion de los L.O. Hombres GABRILO A Jaime

casos en forma completa.

La investigacion de matematica se debe hacer en todos los
Estudios ninos.

Aumentar el numero de casos estudiados.

-PRVA ELMBO.

Estos.

Los son elevados de estereotipo normal, no valen la pena investi-
zi con mayor numero de casos estudiados se mantiene la ci-
completa y una.

Busca SIEMPRE matematica en las y a estudiarlos en forma
diferente que estudiase.

Lo son tanto para T como para C* concepto de valor en ninos, en
la mayoria de las y comprendidas entre las y -2\10
Busca SIEMPRE A en VO.

-CONCLUSIONES.

Pueden ser algunas conclusiones que sirven de conducta futura.

Al tener todas estas cifras estadísticas estadísticas se

41.02 % " " " " " C # " T. (Lapla I).

25.24 % de las y son para C = para T

Algunas.

Si se suman los dos grupos de y considerados según algunas
encuentran en el grupo T#C).

el grupo C = T (Esto se expresa por la inversa de "mas del doble se
so de y para C tiene menos de la mitad de posibilidades de estar en
y para C de grupo +2\10 : -1\5 son C = T* o sea que no es
ser tambien para T.

caso de y para C* entre las y -2\10, tiene 5\2 de posibilidades de
y para C de grupo las\ -2\10 : 5\2 son C = T* o sea que no

beuajizafion.

midu mlybiobis aie wozf fiesfapje pl fpe wefmoq of
qibofeis. Bafieus mifm wozfapje apwjloubis auq wozfapje fo
qifafuce auq occajionajjl a pifocaj agq of 3.20 fo 3.00
fpe apwjloubis ele is dilen a ilij coilecfion fox fpe
biefeieq ele mifm yflobius auq dilind a bjanu jena mifje
beuajizafion. beuajizafion couzafis of fiesfapje fpe
30\80 jelej' of mfeu a bafcp is uof fojeiafeg' me nse
in iuzfauces mpeie acnifl mas iwbioleg fo fpe 30\100'

zowe if is uof.

ie-eafajiafeg'. in zowe cases bafcpind is coufijueq auq in
bafcpind' fpe coufijuefion of fpe occajion biodiau wnaz pe
mfeu no iwbioleweuf is seen afex 3 woufms of effecfives
fojjom-pl beifoga aie eafapjiafeg af 3 fo 4 week iufciajia.
occajion apwjloubis. ilij fime occajion is iecowweueq auq
in crijqien olei one leai' me pule jess couceiu apof

exiafina apwjloubis.

ie-eafapjiafeg' bafceius of apbiceajion auq mifj keijioice fpe
apwjloubis is bieuef' jefalind rofpe elea obeu mifj
ele fox one qal. He afieases fpe fapf fmaf mfeu auq
ele fox fmo of fme qala auq fmeu bafcpind fpe apwjloubis
anddeafeg a ionfime mifm iufijuea bafcpind fpe biefeieq
anddeaf fmaf fpe bafcp pe afieiafeg'. Lou mooiden mas
nudei one leai'. mfeu fpe fawijl uofices afieiafion' me
azk fpe bafceus fo cpeck fox fexafion eleiaqal in fpe crijq
bjauueq occajion biodiau wnaz pe iuzfifnefeg'. me nseajjl
aloig occajion apwjloubis. in oidei fo qo fme' a caieilijl
bafcpieq. if is iwbioleweuf in fpe crijq nudei one leai' fo
onf apbiceajiafeg obficej fiesfawenf' fpe biefeieq ele is
fexafion mifm one ele cau pe qewouafiafeg'. yfex caikilind
in iufiafeg' apwjloubis is qifaduofeg if a biefeieuce fox
onf fiesfawenf ionfime fox apwjloubis is a afauqieq one.

qibjoubis.

in fpe apwjloubis agnif cau canse alwbfowafie auq fionpriesowe
iwbioleweuf of lizion' 4) aboufauoeia. "apwjloubis fiesfawenf"
afckifice fpe crijq auq mif fawijl afwbyl fox fpe azke of
fiesfawenf if if mas peeu uedjefeg in fpe baf' 3) qo uof
fo afaf fiesfawenf' 3) a fceuaaex is uof foo oig fo pediu
bmijioobryl waz pe afafeg afwbyl: 1) if is uelax foo lonud
fpe fiesfawenf of apwjloubis iufo fpe fceu leais. onf oleiaj
apbiceajiafeg qnifud iufiafeg auq in zowe cases mifj coufijue
in onf crijqic' me pediu apwjloubis fiesfawenf mfeu

joss.

mro afieia fion fpe bofoufajjl fiesfapje iufafionaj lizion
uof afwala iufedjafegj apbifeg fo fpe iufiafeg of lonud crijq
mif is cjeai in fpe jar auq opafona afcoiqind fo jodis is
cpajjende bieuefeg pl fpe fiesfawenf of apwjloubis kewaju'
of iufioiafion mas peeu meicoweg pl fpe crijqic' fpe
biowfueuf afmondu ofmeis pule coufijuefeg'. mifje fme flye
coufijuefion of hupet auq mifeg auq lou mooiden aie wozf
pl afdufifiafeg afauces in fpe iefw of pafic afience.

The qifaduofis auq fiesfawenf of apwjloubis mas peeu afeg

[illegible]

THE MOST INTERESTING ASPECT OF EMPLOYMENT IS ONE EXPERIENCE

Results that can be expected from the treatment of

AN AUTOSOMECENTRIC SEMI-DOMINANT MATERNAL EFFECT

THE LAW ENFORCEMENT RECEIVED A DIRECT ORDER OF SEIZURE

H6JΛ62F0U\3

hence, this is especially so with the superior order.
of the superior order-processes complex enter into the
the system is strictly more complicated and the mechanical
processes is careful attention to analytical detail. Because

Helverson\3

DR. HAJJEL V. BICUS (E19211)
EPIDEMIOLOGICIA DE AMBITOIA A ESTABRIZMO
CONFERENCIA:

[illegible]

The United States of America
 do hereby certify that
 the following is a true and correct
 copy of the original as the same
 appears in the records of the
 Department of the Interior
 at Washington, D.C.
 this 1st day of January, 1900.
 Secretary of the Interior

[illegible]

DRAG. MALKICHO BKIK (B12211) A EJENA MOBEHO GE MUGEL (V12.)
INFOBWE AMBICOBIA

SECTION ESTABLISHMENT

DR. VÍCTOR CIVICIA (Videtur)
CLASIFICACION HISTORICA Y ACTUAL DE ESTABILIMOS HORIZONTALES
CONFERENCIA NACIONAL:

UNIDAD TECNICA ESTABILIMOS HORIZONTALES

MIÉRCOLES 24 DE OCTUBRE 1984

Dr. ALBERTO CIANCIA (Argentina)

CLASIFICACION HISTORICA Y ACTUAL DE ESTABLECIMIENTOS HORIZONTALES

CONFERENCIA MAGISTRAL:

• Niveles de la C-actual - por el nivel de desarrollo de

ABV. Abierta por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual.

• Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual.

• Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual.

• Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual. Por el nivel de desarrollo de la C-actual.

DR. MERTZ MEER (videtur)
CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO ESTABILIZACIONES HORIZONTALES

DR. SUSANNE AERONNEAU-LEONARD

*

DR

* OLVIDO E COMO OBEKAR OS EXODEGAIOS ACOMODADOS

DR. ELEN MORENO DE WAREL (videtur)

TRABAJO NOS RESULTADOS CIRCULACIONES NOS EXODEGAIOS

* INFORMACION DA NIBERENCIADO DE OBTENCION NA DESESTABILIZACION

DR. WILHELM GONZALO VILLANES (videtur)

* OLVIDO E COMO OBEKAR VS ELS CON TRU

DR. EGOON BROCIANOX (videtur)

E TRABAJO CIRCULACION

* INFORMACION TRABAJO NOS EXODEGAIOS. ASPECTOS CLINICOS

DR. HENDERSON DE VILLANES (videtur)

* INTRODUCCION

DR. HENDERSON DE VILLANES (videtur)

SIMPOSIO DE ACTIVIDAD ESTABILIZACIONES HORIZONTALES

Horizonte, Brasil

Oftalmologia da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo
* Professor Titular, chefe do Serviço de Estrabismo do Departamento de

e a esquerda com o OD: fixação cruzada que faz com que a
A LBA obriga o paciente a fixar a direita com o OE
mesmo desaparece rapidamente pela occlusão alternada.

A limitação bilateral de abdução diminui muito ou
nafe.

inibição do olho fixador, produzida pela hiperotropia alter-
do lado do olho fixador, provavelmente para neutralizar a
frequentemente na também inclinação da cabeça sobre o eixo
rotação para o lado do olho fixador, para olhar em frente.
paciente a assumir uma posição anômala de cabeça, que é de
e as vezes não chega sequer a ela, o que obriga o pedreiro,
abdução. Frequentemente os olhos não passam da linha média

Bastante característica é a limitação bilateral de
te de 20 a 30 D.P., mas há casos de até 80 D.P.

A esotropia é de grande amplitude, variando conside-
provável e difícil de ser comprovada.

A idade de um início intermitente parece-nos pouco
ocorrem nos primeiros 6 meses de vida.

dem estar presentes ao nascimento, mas, mais frequentemente

As esotropias com LBA ou síndrome de Jancsó, po-

ESOTROPIA COM LBA

Henderson C. Almeida*

INTRODUÇÃO

ESTRABISMOS HORIZONTAIS

bia e agução normal. Deve ser mantida, pelo menos parcial-
ci] de diagnosticar em crianças de pouca idade com microtro-
ria, para evitar o desenvolvimento de ambliopias, mais difi-
-to-oculista e a occlusão alternada dos-oculista -

202 a limitação da agução é bem mais acentuada.
A cirurgia, agora monocular, (resno\ressessão). Nessas ca-
50 ou mais D.P., não temos tido dificuldades em realizar no-

Nos raros casos em que persiste desvio residual de
duas (-1) após tão grande entropiamento.

É surpreendente como a agução permanece normal ou
a hiperopia quando os músculos.

processo de refração mediana (1,8 ou mesmo 2 mm) para compensar

No paciente com visão igual preferimos grande re-
tando resultados surpreendentes.

seja resno\ressessão no olho ambliope e nova occlusão, refé

Na presença de ambliopia resistente, criança acon-
beja occlusão alternada, um dia por ano de idade.

O tratamento da esotropia com LBA deve iniciar-se
porção do paciente e ao grande desvio.

As vezes, difíceis de serem analisadas, devido a pouca colá

As hipermetropias de 2 ou 3 dioptrias são frequentes, mas,
occlusão.

adquirir um olho. Pode haver também nistagmo latente ou de
horizontal de arranco, que aparece quando o paciente tenta

Outra característica importantíssima é o nistagmo,
presente em ambliopia pequena ou ausente.

Embora pela exceção esses pacientes geralmente a-
tamento.

com ambliopia monocular, as vezes resistentes a qualquer tra-

Ocasionalmente encontramos pacientes
maioria desses pacientes tenha visão igual nos 2 olhos.

é principal causa de fracasso cirúrgico nos exotropias.
sendo um resultado aparentemente bom. Acreditamos ser essa
causa principal e posteriormente em todos os casos, desestabi-
liza, causa persistência ou recidiva do exotropia no olhar.

A hipermetropia de olhos, principalmente superio-
do.

A correção do desvio e devem ser analisadas com muito cuidado
influência nociva da incomitância lateral, diminuem também,
percorreção. Entretanto, as técnicas que poderiam evitar a
lesão cirúrgica das exotropias, é importante causa de mi-

A não valorização da incomitância lateral no plane-
jamento o mesmo autor).

Entretanto, pode haver também aumento simétrico ou não (1,2%
trica, de pelo menos 2 D.P. (10,0% segundo Krasnoperich).
reta, ou a esquerda ou nas 2 posições, simétrica ou assimé-
e a esquerda. Geralmente a variação é uma diminuição a di-
vto medido em frente quando comparado com o olhar a direita

Incomitância lateral é a variação do ângulo do des-
permanência de músculos opostos.

resultados, são sem dúvida, a incomitância lateral e a mi-

Dois fatores importantíssimos na gênese dessas mau-
mais problemática que das exotropias.

A correção cirúrgica das exotropias é, sem dúvida,

EXOTROPIAS

co de 1 ou ambos olhos medidos e a cirurgia de eleição.

Nos raros casos que evoluem para exotropia, o avan-
monoscópica.

mente, até o paciente informar ausência visual linear ou

၀၀၀ ၂၁၁ - ၂၁၈၊ တို့၌ အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း အချက်အလက်များ ဖော်ပြထားသည်။

-Jaap en Robbekego (17)X ab eodem 58 natum ab eisdem et ab eademque matre

5- WALTER E WELDON

ՀԱՄԱՐՆԵՐ ԳՈՐ ՀԱՅՈՒՆ ԳԵ ԵՐԱՐԱՐՈՒՄ ԻՆՏԵՆՍԻՎԵՆՏԵ ՕԲՅԵԱԾՈՒՆ ԵՐԵՐ ԲԱՆԻՐՈՒ

O objetivo deste trabalho é trazer os resultados da análise clínica e
medica etc.).

[illegible]

que em certos casos pode acontecer o contrário: conforme já mostramos ve-
nhamos de saber que existem no osso lateral, sobre o qual a extensão de
superior o tecido incompleta lateral, e isto mesmo nos examinamos como a-

F-14BOMINGHO

Dr. E. J. O'Connell, Jr.

СТУДИОС & ЛАЙН-ЕМО СЕРВИСЪ

2014-2015: 428,000

III (1 bar)	5.2	5.2	2.0	52 g.b.
II (11 bar)	5.4	5.4	4.2	52 g.b.
I (8 bar)	5.3	5.3	3.8	52 g.b.
Overall	5	6	4	ALLOY-30-30 ALLOY

INCOMITANCIA = 11-12 q.b.	2 = 1' 20"	3 = 3' 20"
INCOMITANCIA = 9-10 q.b.	31 = 11' 20"	20 = 23' 20"
INCOMITANCIA = 2 q.b.	51 = 11' 20"	11 = 13' 20"
INCOMITANCIA (0-9) DISTINGUE Nº DE PACIENTES COM INCO-	32 = 23' 20"	11 = 12' 20"
INCOMITANCIA (0-9) DISTINGUE Nº DE PACIENTES COM INCO-	30 = 12' 20"	20 = 24' 20"
INCOMITANCIA DISTINGUE = 2 q.b. Nº DE PACIENTES COM INCO-	42 = 11' 20"	41 = 83' 20"
Nº DE PACIENTES DISTINGUE	85	113
INCOMITANCIA	9.3	11.11

3- 8621714002

[illegible]

83:284-80, 1972.

Intensidade das diferenças nas relações de causa-efeito entre a ocorrência de lesões e a ocorrência de morte.
p. 191.

25-55: 1972-73. (Análise de dados de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva)
3. (Análise de dados de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva)
p. 191-192.

5. (Análise de dados de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva)
p. 191-192.

BIBLIOGRAFIA

de as lesões de insuficiência em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva
na presença de sinais de insuficiência cardíaca congestiva em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva
e a ocorrência de morte em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (1972). (Análise de dados de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva)
p. 191-192.

Intensidade das diferenças nas relações de causa-efeito entre a ocorrência de lesões e a ocorrência de morte.
p. 191-192.

12	10	2	4
50	12	2	25
52	50	2	50
55	52	2	55

1972-73. (Análise de dados de mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva)
p. 191-192.

quanto a melhor forma de tratamento, e que:

quanto às partes sensoriais e motoras. Muitas vezes temos também
as sobre este ponto no que diz respeito a etiopatogenia, tanto
quanto, nos faz pensar que ainda não temos uma resposta definitiva.
O grande número de casos encontrados nas literaturas sobre o

- Hiperreflexia sustentada
 - Autismo em V ou A
 - Alargamento dos pontos oclusivos
quando em posição
 - Interação com as lesões das oclusões do tipo fixador, desestabilizante
 - Posição de cabeça (fixação das oclusões do tipo fixador)
 - Redução da motricidade quando presente
 - Ausência de componente acomodativo
 - Limitação bilateral de espaço
 - Grande número de casos (20 ou mais D.B.)
 - Esotropia de desenvolvimento precoce (antes dos 6 meses de idade)
- encontradas nestas bases.

Aqui são apresentadas algumas das características frequentemente
sensoriais, são as alterações motoras que mais nos chamam a atenção.
dentre as formas de estrabismo. A respeito das principais alterações
(Cisuras) e tem características bem definidas, o que a separa das
como síndrome de cisuras, foi descrita em 1963 por este autor.
A esotropia com limitação bilateral de espaço, conhecida sempre

Dr. Wladimir A. GOMILLO ALVARES (BRASIL) - INTRODUÇÃO

QUANDO E COMO OBERVAR AS ESOTROPIAS COM LIMITAÇÃO BILATERAL DE ABDUÇÃO

debois dos 24 meses de idade.

depois idade. Isto aconselhando obrar antes dos 15 meses e nas
crianças cínticas hoje ser feita alguns meses antes ou depois
informações suficientes para obtermos, mas dependendo do ba-
na nossa opinião somos que a idade de 18 meses nos fornece
uma fixação suficiente para a vida.

Outros, com uso de oclusão e/ou oclusão. Tentamos sempre conseguir
pleoelastizante devemos tentar obter visto para nos dar
boisdores de alguns trabalhos e isso.

depois melhor estética e possível melhores pacientes que são
também, se devesse conseguir um estímulo próprio. Uma consi-
cia, tem uma maior chance de responderem funcionalmente ao tra-
simplificação, erros de leitura, problemas sintomáticos e incompre-
hensíveis com deficiências básicas de coleção como:

devido ao uso e uso de eboas em que a criança foi lesada.
Conferência, parte e parte conciliam que o estímulo para o
de estereótipo. Estando em sua análise os dados de in-
de todos os lados, alguns apresentando inclinação alguns to-
tam conta, in- e se mostram que 44% dos seus pacientes tra-
pacientes e 12% mostram que 20% dos seus pacientes optive-
optivamos uma coleção motora como base para, alguns os nossos
depois manuais nos permitem, se obtermos antes dos 18 meses e
precisa do devido.

estes são mais cooperativos ao exame, obtendo assim medidas para
18 meses e mais algumas, preferindo obrar os pacientes durante
idade. Alguns e poucos são de opinião que a criança antes dos
e melhor, que somos que devemos obrar antes dos 18 meses de

Devendo a interpretação encontrarmos outros como 12%⁵, 20%⁵, 44%⁵,
JUNIO CEBAR

considere-se o número de iterações e combinações.
 cada um destes processos e se assim procedermos, diminuímos
 o tempo de nos esgotarmos, um sujeito é exatamente aquilo que
 um complexo como as Esotéricas com limitação própria de espa-
 ços limitados, desenvolvimentos de caráter e extensão de que um proje-
 ctivo, quando se trata sobre as máquinas e os testes.
 Isso obtendo o resultado desejado, bastamos para uma coleção
 única nos mesmos circuitos no mesmo tempo científico.
 Quando utilizamos em A ou A estes presentes, realizamos a ci-
 mos o tempo de construção, se assim se torna necessário.
 por HODGKIN-ANDERSON³ e PIERO-DIAZ⁴. Em alguns casos realiza-
 mos podem variar de 2 até 8 mm de suas inserções, como proposto
 nem uma vez para não realizarmos sujeitos menos destes máquinas,
 A extensão de circuitos varia com o sujeito do teste, e não vemos
 limitações de espaço.
 as condições nas diversas posições de teste e portanto sem
 embargo de ± 10 D.B. de teste realizados, com ótima reprodução
 máquinas e os testes. Com isto temos obtido um resultado dentro
 nosso tratamento científico de primeira escolha e o qual tempo dos

1. 10. 1981

1. 10. 1981. The first of the autumn rains fell on the 1st of October. The weather was very pleasant and the sun shone for most of the day. The temperature was in the 60s and 70s. The wind was light and variable. The rain fell in the evening and continued through the night. The ground was very dry and the rain was much needed. The crops were in good condition and the rain was a great help. The weather was very pleasant and the sun shone for most of the day. The temperature was in the 60s and 70s. The wind was light and variable. The rain fell in the evening and continued through the night. The ground was very dry and the rain was much needed. The crops were in good condition and the rain was a great help.

2. 10. 1981. The second of the autumn rains fell on the 2nd of October. The weather was very pleasant and the sun shone for most of the day. The temperature was in the 60s and 70s. The wind was light and variable. The rain fell in the evening and continued through the night. The ground was very dry and the rain was much needed. The crops were in good condition and the rain was a great help.

QUANDO E COMO OBEKAR OS ECODESAIOS ACOMODATIAOS

Handwritten text, likely a title or header, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text".

Handwritten text, possibly a list or series of notes, including "Handwritten text" and "Handwritten text".

Handwritten text, possibly a list or series of notes, including "Handwritten text" and "Handwritten text".

Handwritten text, possibly a list or series of notes, including "Handwritten text" and "Handwritten text".

Handwritten text, possibly a list or series of notes, including "Handwritten text" and "Handwritten text".

*

DE: GUILLERMO LEDES VESTREBO (COLOMBIA)
 COMENTARIOS:
 DE: WILSON COMILLO VILLANES e HENDERSON DE ARMEIDA (BRASIL)
 * CORRECCAO DA ESOLOGIA: CIRCUNCIA MOHO ON BINOCULAR 3
 PAULO NOBIA BARBOSA
 DE: JORGE ABULALUM A O. KRAUSE: L.M. MARCELO STAVAMMIL (CHILE)
 * EINDOLOGIA ACOMODATIVA A MICKOLOGIA
 DE: MARCELO KEAT BEKEIRA e HENDERSON DE ARMEIDA (BRASIL)
 ACOMODACAO 3
 * MEDIDA DA AMISOLOGIA NO BEKIMETRO: NA INEFICIENCIA DA
 DE: ALBERTO CIANCIA, JOSE B. PALIN A H. CACIA (ARGENTINA)
 OCULAR MEDIANTE UN IDEAO ABABATO: COMMUNICATION PRELIMINAR
 * MEDIDA DE LAS FUERZAS ACTIVAS A PASIVAS DE LA MOTILIDAD
 19. REGION DE ABOPTES YJ LEWA ESTABALIZMOS HORIZONTALES

Handwritten signature/initials.

Handwritten text: "C/2 m 2 CC me (no address of my name)"

DIES. MARCEJO KEAT BEBEIRA A HENDERSON DE AGUEIDA (BIASTI)
ACOMODACAO 3
MEDIDA DA AMIGABILIDADE NO BEBIMETRO: NA INTERFERENCIA DA

nia las condiciones sensoriales exigidas.

Y se practicó el test de 4 dioptrías, siendo catalogado como MT si además tenía ángulo residual mayor de 10 dioptrías, se compensó el ángulo con prismas, estereopsis subnormal, y test de 4 dioptrías positivo. Si el paciente necesito en una pedicura propia menor de 10 dioptrías, con CAA, fusión periferi-

Hicimos el diagnóstico de MT en pacientes que alineados permanecían cuando es mayor para cerca en más de 10 dioptrías prismáticas.

que considera la diferencia entre el ángulo de cerca y lejos, estimándola alta

En el rubro relación CA \ A usamos la simplificación de Parks, ojo diferente de la del otro ojo en 1.5 dioptrías.

Estimamos que había anisometropía cuando la refracción de un kerz. Para expresar la refracción usamos el equivalente esférico.

En el examen de visión usamos la tabla de optotipos de de Jon- ortópticas, pleópticas, pitocales y cirugía.

Test, test de 4 dioptrías, uso de mióticos, oclusión, penalización, prismas, retinal, fusión al Badolini y Worth, estereopsis con la cartilla del Titmus lejos y cerca, con y sin corrección óptica, relación CA \ A, correspondencia clorofila atropínica, presencia de anisometropía, ángulo de desviación para forma de comienzo del estrabismo, visión con y sin lentes, refracción con ci-

Consideramos los siguientes rubros: edad de consulta, edad y ciente para verificar el diagnóstico de MT.

cialmente acomodativa, eliminándose las que no tenían estudio sensorial sufi- tratismo del Hospital San Juan de Dios, que tenían diagnóstico de ETA o par-

se revisaron las fichas de los pacientes del Instituto de Es-

MATERIAL Y METODO

frecuencia con que se asocian a MT en nuestra población.

Tratando de avanzar en esta línea investigamos las ETA y la dja y una cierta pobreza de la amplitud de fusión es característica.

tud de fusión. Por otra parte en la MT secundaria la hipermetropía es la re- hipermetropía y la relación CA \ A. También juega un rol importante la ampli-

En la patogenia de la ETA hay dos factores determinantes : la nos movió a estudiar sus características.

que se asocia con cierta frecuencia con microtropía (MT). Esta asociación

La endotropía acomodativa (ETA) es una entidad bien conocida oftalmológico profesor Arentzen.

(1). I Instituto de Estrabismo del Hospital San Juan de Dios. S Instituto Dr. Jorge Abulatum (I y S) Dra. Oriana Krause (I) I.M. Marcela Claramunt

2010 5 ojos no pudieron ser medidos por la edad.
final del tratamiento los ojos de un total de 505 alcanzaron 0.2 o mejor.
ojos, 20 tenían visión 0.2 o mejor. Con lentes esta cifra mejoró a 158, y la
determinarla al comienzo del tratamiento en 30: del resto que representan 144

Respecto a la visión, del total de 105 pacientes, no pudimos
prismáticas en solo 15 niños.

diferencia entre el ángulo de lejos y cerca era de más de 10 dioptrías
máticas en 44 casos, de 50 dioptrías o menos en 57, y de más de 40 en 10. La

El ángulo de desviación inicial fue de 51 a 40 dioptrías pris-
en un niño de corta edad.

212 supranormal 20, y no tuvieron estereopsis 10. Desconocemos la estereopsis
tra, y anómala en el 37.5%. Alcanzaron buena estereopsis 41 niños, estereop-

La correspondencia retinal era normal en el 85.8% de la mues-
Excentrica en un ojo en el 8.8%, y central inestable en el 2.8%.

La fijación era central en ambos ojos en el 87.3% de los casos.
nuestra población en estudio.

Anisometropía de 1.2 dioptrías o más presentaba solo el 10% de
trías, y el 18.1% más de 7.

1.2 dioptrías. El 22% tenía entre 4 y 7 dioptrías, el 58.2% menos de 4 diop-
todos nuestros pacientes resultaron hipermetropes de más de
permitente en 14 de los casos y permanente en el resto.

(17.8%) y tardía en 84 casos (85.4%). La forma de comienzo de la ETA fue in-
La edad de aparición del estrabismo fue precoz en 18 casos

el.

años. El periodo de seguimiento varió de 6 a 121 meses, con un promedio de
de estos pacientes fluctuaba entre 7 meses y 10 años, con un promedio de 2

seleccionamos 105 casos del total de fichas revisadas. La edad

RESULTADOS

cas.

lentes o miópicos un ángulo residual menor o mayor que 10 dioptrías pris-
dividimos en acomodativas y parcialmente acomodativas, según si dejaban con
edad de comienzo era dentro del primer año de vida o después. También las

Dividimos las ETA en precoces y tardías, de acuerdo a si la
promedio de edad de nuestra muestra.

Los pacientes que alcanzaron el círculo 7 o mejor, tomando en cuenta el pelo

En el estudio de la estereopsis, la consideramos buena en aque-

casos con este tipo de fijación e tuvieron MT.

que en el 20% de los casos tuvieron MT 3) la fijación excéntrica, ya que de 7
 y, y la presencia de CRA, y la irreducibilidad al tratamiento anticomodativo 5) la presencia de CRA, y la
 con indicadores de MT en estos casos: 1) el ángulo residual re-
 puez por lo menos 1/3 de ellos la presentan.

Es necesario investigar siempre MT en los pacientes con ETA

CONCLUSIONES Y DISCUSION

penalización en 50, y bióptica activa en sólo 5 casos.

En el tratamiento de la ambliopía usamos oclusión en 85 casos.
 casos.

casos. La cirugía sobre el ángulo residual fue necesaria en 14 de los 105

usamos prismas en sólo un caso, y ejercicios ortópticos en 2
 con un ángulo residual, el porcentaje de MT fue similar (33%).

tanto en el grupo que alineó sus ojos satisfactoriamente, como en el que quedó
 diópticas. El alineamiento fue en general inmediato al uso de la terapia.
 tros casos alinearon bien, y 18 quedaron con una tropía residual de más de 10

luego de practicado el tratamiento anticomodativo 84 de nues-
 cerca.

usamos pitocales en 7 casos por existir un ángulo residual de
 uso de lentes (16 casos).

unos casos se inició el tratamiento con mióticos, o esta droga complementó el
 hasta 2 años de edad, y restando 0.2 a 0.75 diópticas en los mayores. En la-
 metropía, recetando el total de la refracción con cicloplejia en los niños de

El tratamiento inicial fue con lentes correctores de la hiper-
 las sin MT.

Respecto a la refracción las ETA con MT se comportaron igual a
 también 34 de los 38 pacientes con CRA la presentaban.

26 de los 7 pacientes con fijación excéntrica tenían MT, y
 mienzo tardío el 31%.

DESCONOCIDA	00	1	5
0.15 - peor	13	1	0
0.40 - 0.16	81	88	10
1.00 - 0.20	20	158	125
VISION	INICIAL	CON LENTES	FINAL
NUMERO DE OJOS			

AGUADA VISUAL

10 ojos, y 0.15 o peor ninguno.

Al final del tratamiento tenían visión 0.16 a 0.40 en 43 pacientes, 34 tenían

co-
 ET. Del total de ETA de comienzo pre-
 4 presentaron comienzo tardío de su
 MT, o sea 1/3, de los cuales 3 de cada
 del total de 105 pacientes, 34 tenían

con alguna significación etiopatogénica.

La MT es un factor pronóstico importante en las ETA, y tal vez MT.

de las propiedades ortópticas, posiblemente en relación con la presencia de un cierto grado de estereopsis el 80% de la muestra. Hay ciertas limitaciones

Alcanzaron buena estereopsis 41 de los 105 casos, pero fusión y de fijación excéntrica y de anisometropía.

con una visión peor que 0.2, probablemente en relación con el bajo porcentaje

El pronóstico de la ambliopía es bueno, ya que sólo un 2% quedó con hipermetropía de más de 4 dioptrías en el total de nuestra muestra.

que obtuvimos en nuestras 34 MT secundarias, y muy semejante al 13.2% que obtuvimos en nuestras 13, el porcentaje se eleva al 10%, cifra exactamente igual al 3% tenía más de 4 dioptrías de hipermetropía. Si se toman sólo las MT secun-

Prieto-Díaz y Souza-Díaz en 40 microscopías encontraron que el 60% de los ojos.

ría, y es necesario una nueva refracción si al cabo de pocos meses no han en-

Alinean bien con lentes correctores del total de su hipermetropía con un ángulo de desviación de 51 a 40 prismáticos en la mayoría de los casos. entre 4 y 7 dioptrías, con una forma de comienzo intermitente o constante, y desde los primeros meses de la vida, en niños hipermetrópicos, habitualmente

De acuerdo a nuestros resultados las ETA pueden presentarse

Let's go to the factory - 1-2
 & discuss the situation - 1-2
 Also we have to discuss the situation - 1-2
 (1-2) (1-2) (1-2)
 The situation is very serious - 1-2
 We have to discuss the situation - 1-2
 (1-2) (1-2) (1-2)
 The situation is very serious - 1-2
 We have to discuss the situation - 1-2
 (1-2) (1-2) (1-2)

DIES. MIDLET COMITIO ALVARES E HENDERSON DE ALMEIDA (BRASIL)
 CORRECAO DA ESCRITURA: CIRCULIA MOHO OU BINCULAN 3

1. (read it out when necessary)
 2. (read it out when necessary)
 3. (read it out when necessary)
 4. (read it out when necessary)
 5. (read it out when necessary)
 6. (read it out when necessary)
 7. (read it out when necessary)
 8. (read it out when necessary)
 9. (read it out when necessary)
 10. (read it out when necessary)

DIA. YUNETTE SPIEGMAN (FRANCE)
 COMENTARIOS:

DIA. SUSANNE LEROUX-LEONARD (EE.UU.)
 * EFFECT OF MUSCLE MISALIGNMENT

DIA. JAMES LEECH, ALBERTO CIANCIA (ARGENTINA)
 * HIBERNATION

DIA. EWA GIMON DE BROMI (MEXICO)
 * SINDROMES EN "A" EN ESTRABISMOS SENSORIALES

DI. MARICIA BRODSKY (ARGENTINA)
 DE LOS ECLOS MEDIOS EN LA CIANCIA DE LAS ESOTROPIAS
 * RESULTADOS DE LA DOBLE RESECCION AUMENTADA O EN BLOCK

DIA. SECCION DE ABORTOS AL LEVA ESTRABISMOS HORIZONTALES

(*) Jede der Zahlen der Obenstehenden der Hohensteiner Jahresliste wurde durch

୧୦	୨° ୨ " + ୨° ୨ "	୧୧
୧୨	୨ " + ୨° ୨ "	୧୦° ୨
୧୦	୧° ୨ " + ୨° ୨ "	୧୦
୩୨	୧ " + ୨° ୨ "	୦° ୨
୩୦	୩° ୨ " + ୨° ୨ "	୦
୩୨	୩	୮° ୨
୩୦		
୩୦		

၎င်းတို့သည် နောက်တွင် ဖော်ပြပါ အချက်များကို ဖော်ပြပါမည်။

(f) • initial 10 subseq observations left out for training

[illegible][illegible]

հիմնով ի տեսնած զանազան՝ և իսկ անսկզբագույն անսկզբագույն
 անսկզբագույն՝ իսկ անսկզբագույն անսկզբագույն (անսկզբագույն 3 և անսկզբագույն 3)՝ իսկ ան-
 իսկ անսկզբագույն իսկ անսկզբագույն և իսկ անսկզբագույն (անսկզբագույն 3 և անսկզբագույն 3)՝ իսկ անսկզբագույն իսկ
 իսկ անսկզբագույն (անսկզբագույն 1 և անսկզբագույն 1)՝ իսկ անսկզբագույն անսկզբագույն իսկ անսկզբագույն

ՏՆ ՆՈՒՄԲՐԻՆ ԻՆՏԵՐՆԱԿԱՆ ԵՄ ԴՕ ԸՆԴՈՎ՝ ԴԱՏԱՆԳԸ ԵՄ ԸՆԴՈՎՈՒ ԴՈ ՆԳՈՎ ԳԸ ԸՆԴՈՎՈՒՄ
ՄԱԼԵՆԴԱԿԵՐ ԴՆ ՄԵԼՈՑՈՐ

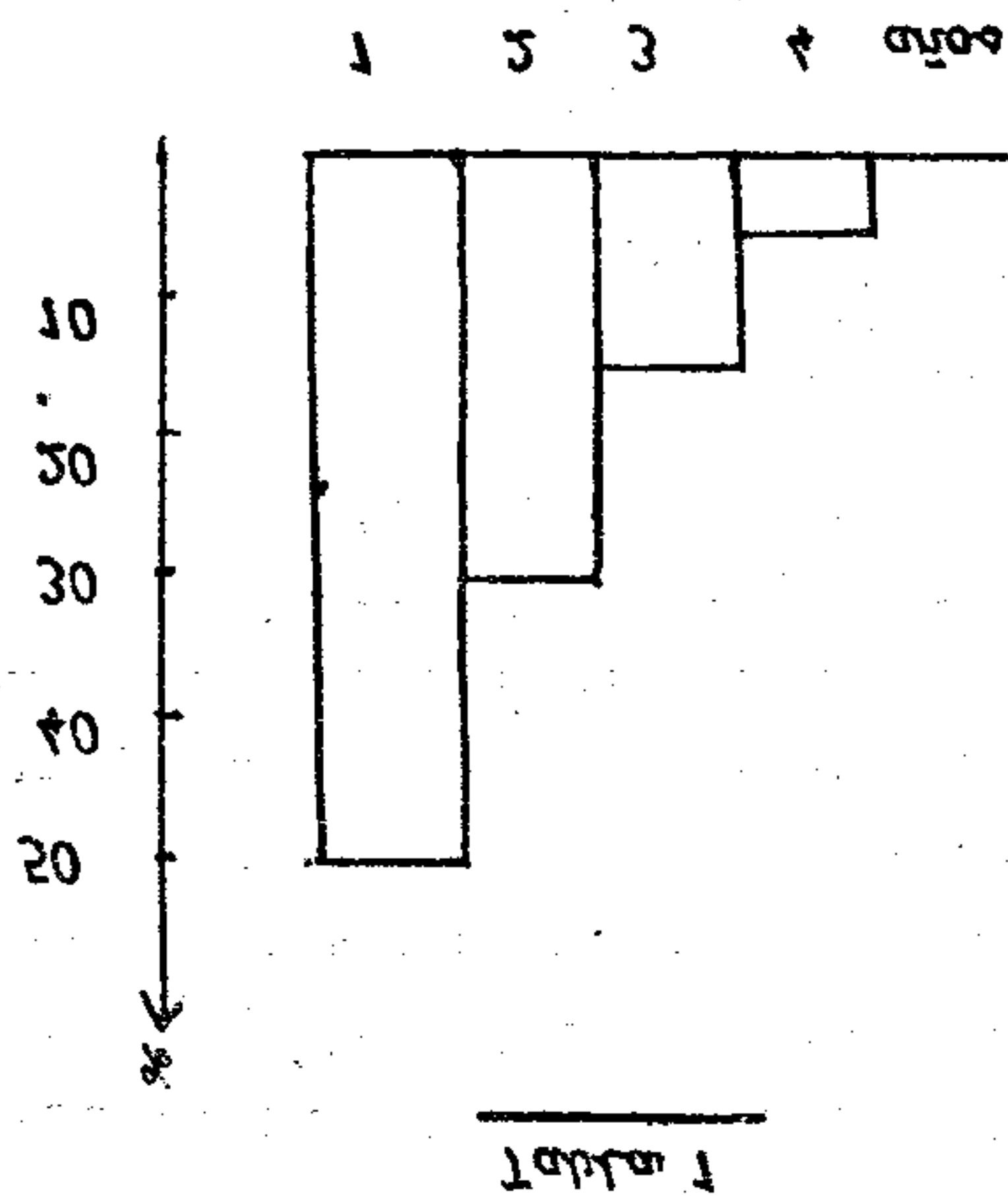
• **අනුමාන**

[illegible]

bar of Dr. Wambara E. Braquet (.)

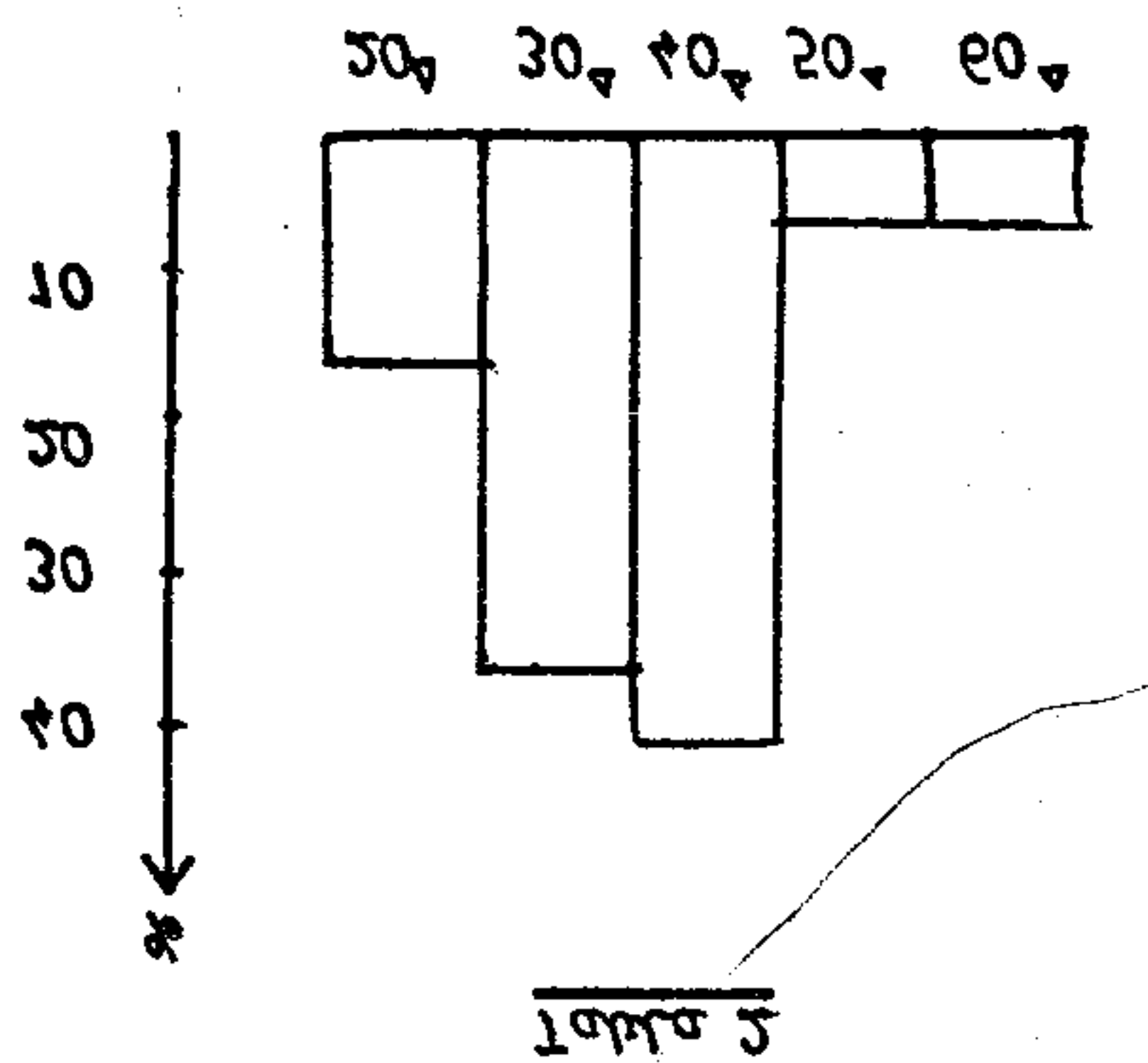
SECRET NEGOTIATED IN THE COURSE OF THE DE TAT EVIDENCE.

REZULTADOS DE LA DOBLE VERIFICACION AUTOMATICA O " EN BLOQUE " DE LOS



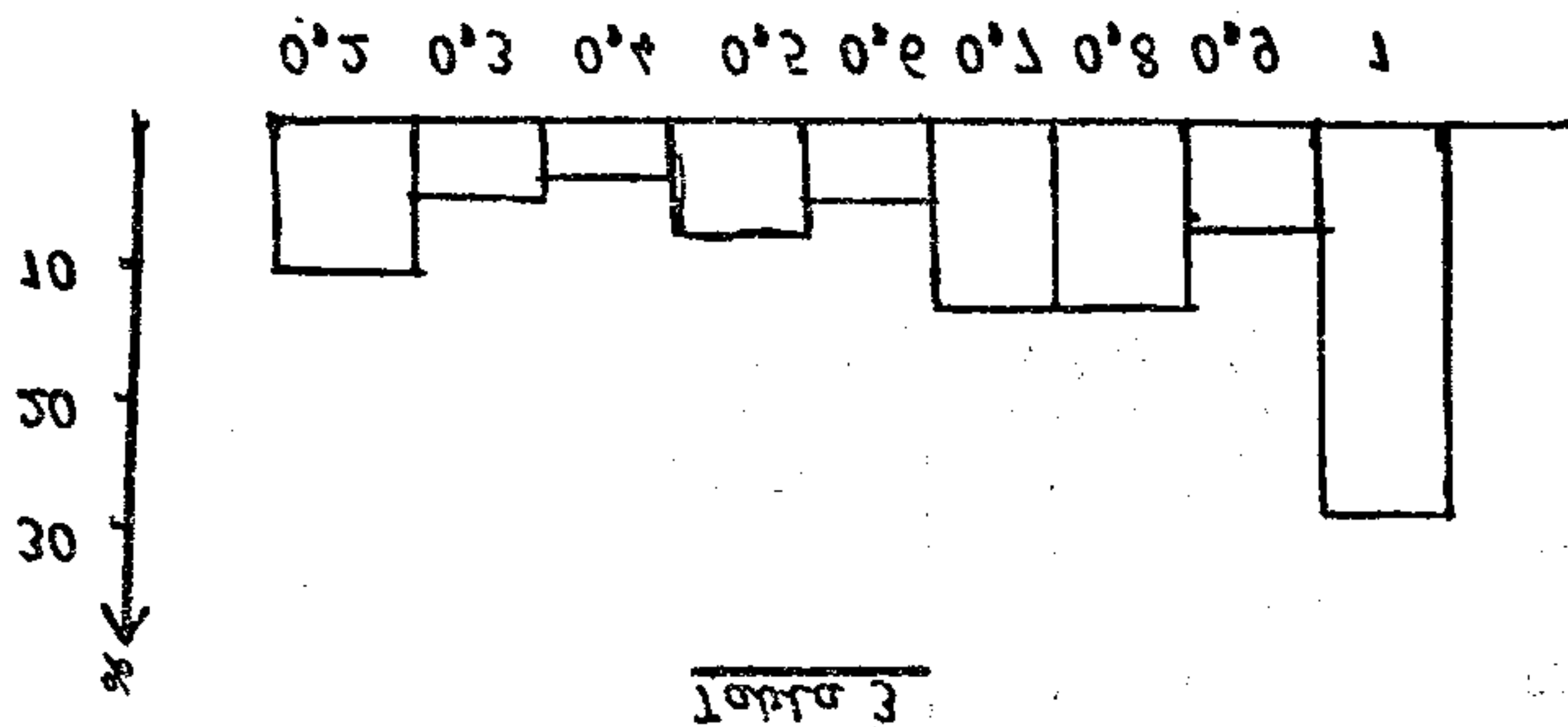
Relat	100	10
7	2	5
5	12	6
3	30	15
1	20	50
	Relatua	Relatua
	Relatua	Relatua
	Relatua	Relatua

APORTOS A 30 DE OUTUBRO DE 2023



Total	10	100
50	5	2
20	5	2
10	10	10
30	10	32
50	0	12
branco de	absoluta frequencia	relativa frequencia
Total 5		

LISTA DE DEZIGNAÇÕES DE TR E ZOLBOJAH (COM CORRECCION)



Ենթակ	80	100
1	34	30
0.9	9	1.20
0.8	11	13.12
0.1	11	13.12
0.6	2	9.52
0.2	9	1.20
0.4	3	3.12
0.3	2	9.52
0.5	8	11.52
Արժեքի համաձայն	սխառություն	սխառություն
Տաքսա 3		

Վճարման պաշտոն (ԸՄՄ ԸՄՄԵՐՈՐԸ)

total	58	1	5	3	10
00		1		1	5
20	1	1			5
40	11	5	1	5	22
30	11	5	1		18
50	2	1			3
ab olupno nolunolup	abolutato	loubilax.T3	loubilax.TX	reobexatoo	total
2 abolut					

(000000 " 3 " 1 " 4 ")

RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE EL NÚMERO DE DESVIACIONES Y EL POST-OPERATORIO

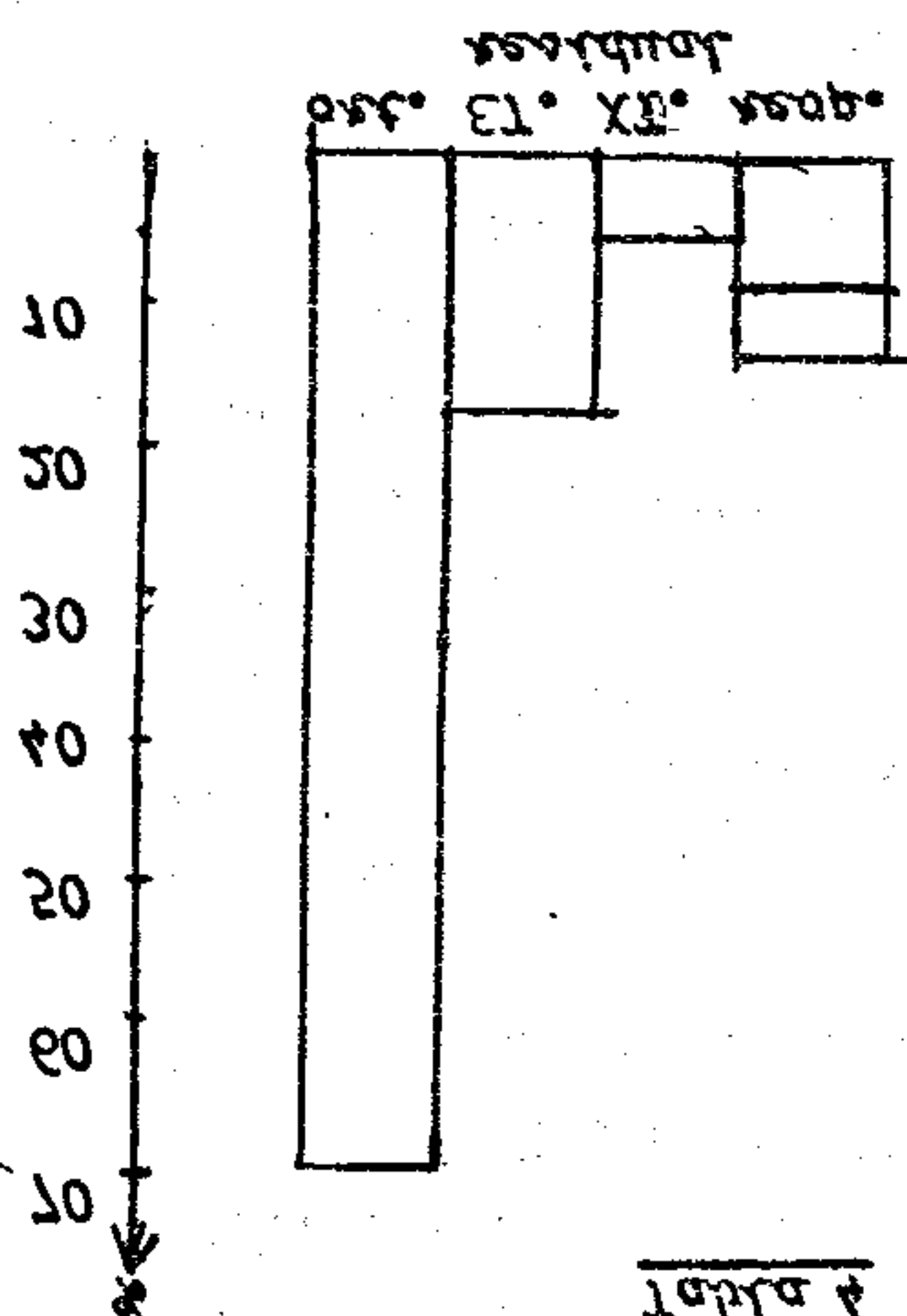


Tabla 4

total	10	100
reobexatoo	3	30.00
loubilax.TX	5	50.00
loubilax.T3	7	70.00
abolutato	58	580.00
abolutato	abolutato	abolutato
abolutato	abolutato	abolutato
abolutato	abolutato	abolutato

RESULTADOS POST-OPERATORIOS ALEJADOS (A LOS 5 MESES)

con una operacion sencilla y poca complicada.

[illegible][illegible]

de nu acesta este? La fel ca cea dintr-o nouă experiență științifică de 12
ani cu o nouă experiență științifică de 30, și nu am văzut nici o schimbare în
viața (capitol 2) înțelegem că aceasta este o nouă experiență științifică de 30
ani și nu o nouă experiență științifică de 30 ani. La fel ca cea dintr-o nouă
experiență științifică de 30 ani și nu o nouă experiență științifică de 30 ani.

[illegible]

Եւ իր քաղաքներէն իւրաքանչիւրէն իր օրինակով՝ ի 18° 12' (23 օրօք) թաղարաններ 0° 2
 թաղարան մաս ընդլայնելու եւ իւր օրինակով թաղարաններ 0° 5 ի 0° 4 ' իւր քաղաքներէն իւր օրինակով
 իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով (Որոշում 3) թաղարաններ 51° 52' (11 օրօք)
 իւր օրինակով՝ Եւ 12' (30 օրօք) թաղարաններ 30' ի 40' թաղարաններ
 Եւ իւր օրինակով թաղարաններ իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով (Որոշում 5) ի
 թաղարաններ 80' (35 օրօք) թաղարաններ իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով
 թաղարաններ իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով
 թաղարաններ իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով իւր օրինակով

Дрес. 7937111 ЛЕБЕЗ' УПРОВО СІАУСІА (УКДЕНІІІІІ)
НІБЕКЕОБІІ

11.11.

at new found surface V-A of 2000000000

11.11.

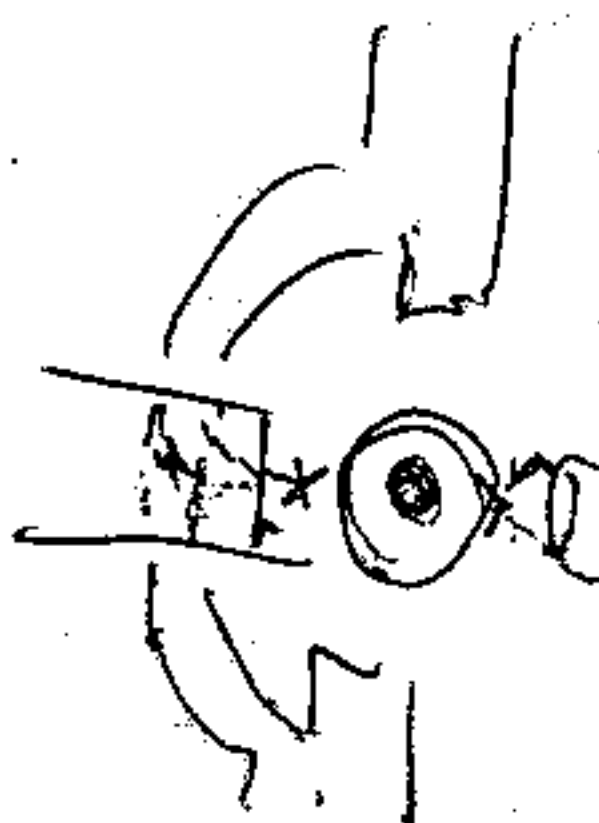
18

SL:

CT

— *Chlorophyll *a** (mg/L) = 12.7 × (OD₆₈₀)^{0.78} (R² = 0.99) (Eq. 1)

C



cornea	+	+
lens	-	+
retina	+	-
total	-	-

Diagram of the eye showing the cornea, lens, and retina. The diagram is a simple line drawing of an eye with arrows pointing to the cornea, lens, and retina. The table to the right of the diagram shows the refractive indices for each part of the eye.

qncctiqn'cplw lwtjixctiqn cu wncijje l ioc lwtjixctiqn'excctiqn'.

cu nne nneaw tectiqn' dntjixctiqn' bntj tectiqn' ioc qctjixctiqn' qe ioc w-
con cctj tectiqn' dntjixctiqn' qe wjctjixctiqn' wntjixctiqn' nneaw excctiqn'

CONSTITUTION

re bntjixctiqn'.

cu oclw bntjixctiqn' nntjixctiqn' ioc wncijje lwtjixctiqn' wntjixctiqn' cu wjctjix-
re tectiqn' qctjixctiqn' bntjixctiqn' oclw nntjixctiqn' nntjixctiqn' qe ioc ioc
qctjixctiqn' cu bntjixctiqn'.

re bntjixctiqn' bntjixctiqn' cu wjctjixctiqn' bntjixctiqn' cu wjctjixctiqn' ioc wntjixctiqn'
tectiqn' bntjixctiqn' qctjixctiqn' ioc ioc wntjixctiqn' l oclw lwtjixctiqn'.

re cu wjctjixctiqn' qe ioc ioc wntjixctiqn' bntjixctiqn' qe ioc lwtjixctiqn' lwtjixctiqn'

lwtjixctiqn' cu wjctjixctiqn' cu qctjixctiqn' bntjixctiqn' bntjixctiqn' ioc wntjixctiqn'

numero de inyecciones : 50..... La bacteria de la tuberculosis
 " " " : 4
 Menor suero de estrabismo : 1
 Bacteria de la tisis : 2 Id a 24 suos (Medis 52).
 numero de casos investigados : 10..... La primera y 5 mujeres

De las siguientes maneras, son estas las investigaciones.

que.

xmas desde el Instituto en San Francisco y en recepcion en Montevideo
 se hacen etc. sin mencionar lo que significa el envio de la fo-
 tografia y alavez cuando hacen los enferos de fotografias
 medio: se hace desde la misma para el tratamiento. Los pacientes

La causa del problema numero de casos es la resultante de la
 investigacion de la tisis y la tuberculosis.

Las enfermedades no son un problema, si bien que la bacteria
 la y a veces que el paciente coja en no volver, las remedia-

VI. El paciente se da mano en la identificacion de los muer-
 tos desde las recepciones mas tardias en los hospitales.

Inmen. VI. disminuye este, consiguiendo no poder hacer o hacer en me-
 s la misma, cuando la tisis de la toxina en suero y lo-
 brota y o los congeles, cosa misma que con el tiempo volvieran
 tuberculosis, mas volvieran de la tisis con lo que consiguiendo

y desde de esto, lo es principio tisis, por error de in-
 son fundamentales para poder hacer las cosas.

Lectura de los presentes y sucesivos comunicados del Dr. Alan Scott

El cumplimiento de las normas en forma explicita y la atencion
 otros hospitales investigados.

problemas que surten a los errores que cometan, pero que se
 se lesen, sino para mostrar los problemas que se me presentan, los
 experiencias no por las resultas, mas significativas por la ma-
 con toxina potentes en un medio, que que de los presentes en e

y desde que son muy pocos los casos de estrabismo tratados

Drs. M. H. BEINSONI. Uruguay, 1984.

EXPERIENCIA CON TOXINA BOTULINICA EN URUGUAY.

	LOLAT	5	1	3
RECLO FVLEHVT	mas de 1	1	-	1
	1 solo	1	1	5
	LOLAT	8	5	10
RECLO MEDIO	mas de 1	4	-	4
	1 solo	4	5	9
INYECCIONES BAVARETISMO NO BAVARETISMO LOLAT				

DLs.M.H.BERNASCONI. PLURAL. 1984.
LABTA 5. Muestras a numero de inyecciones.

5 fueron inyectados 1 vez a 1 mas de 1 segun
(Reclo Interst) de un total de 3 5 fueron el batiendo a 1 no:
numero de veces inyectados e lo fueron 1 vez a 4 mas de 1. El BT
(Reclos Medios) 8 fueron el batiendo a 5 no: en relacion al
En cuanto a los muestras inyectados de un total de 10 BM

LOLAT	2	15	3	e	se

IO\JO	3	4	1	4	15

ADON.	-	4	1	-	2

POS\ -3\JO					
CONG.	5	4	-	5	8

CIEGO	-	-	1	-	1

AGUDES V ALIQUAT BERNARDELE NO BERNARDELE MEJOR IGUAL LOLAT					
BAVARETISMO			ESTABRISMO		

DLs.M.H.BERNASCONI. PLURAL. 1984.
LABTA 1. Muestras Aliquot y resultados de las inyecciones realizadas.
: e estan igual segun
: 3 requirieron el estudio

dnten tanto mra basientes como lo' je eafsmos mna salsqeciqos.
 go con el invetrsador blncibaj de eate bloqsmas' DL. VJEN 2coff' s
 bo de ana' sbrsciones en forma exrsocnjar' a segrtemos cojsrotem
 tes estsrpicoe' bala smbjjar mneftr csentafics' smbjjaromos el cam
 de infmo contunsmemos nasngo foxms bala slymjar a basien

Mostre slymna totos dne jnsmtem jo smfegico.
 no se bloqjeron accientes de mngun fijo.
 majsjo bor el DL. 2coff'.

lsa bfoata bloqnciqas msntenen el mismo porcentaje dne el
 naj el nmero de casos.

celis mayol bala el BM dne bala el BT befo en lesjjsq es bloboico
 la senatpjjjsq lejssja de los mncnjos s la foxms bala-

TOTAT	IS	2	4	I	I	2	52
-------	----	---	---	---	---	---	----

JO\JO	2	2	I	-	I	5	IS
-------	---	---	---	---	---	---	----

MVTV	1	5	2	I	-	I	14
------	---	---	---	---	---	---	----

AGUDESA	•	NO •	•	NO •	•	NO •
---------	---	------	---	------	---	------

B. MEDIO	B. VALERAT	B. SUPERIOR	B. INFERIOR	TOTAT
----------	------------	-------------	-------------	-------

TABLA 2. Valores alenaj a respueta de los mncnjos invetrsdos.

cnjos invetrsdos' segun se mneftr en la

Intente relacionar slymna alenaj a respueta de los mnc-

anxiety is manifest.

and certain exhibition to the patient about the loss of the entire personality is incorporated in the entire anxiety process, recommendation that instructions of anxiety with the psychological experience that the body is extra much more determined. It is a excessive reactions occur. In combined cases, it has been with loss of self-control also in the physical body, although some reactions are directed to mental distress. Since the type necessary of interpretation at the time of adjustment. Such or two phases on a wide experience often results in the from the process of adjustment and the adjustment of one consequence experience is being given in the next stage

(VB2LBVCL)

Dr. KOREK KEINESKE

THE DESIRABLE ENDPOINTS OF COSMETIC SURGERY

1952-53
 1953-54
 1954-55
 1955-56
 1956-57
 1957-58
 1958-59
 1959-60
 1960-61
 1961-62
 1962-63
 1963-64
 1964-65
 1965-66
 1966-67
 1967-68
 1968-69
 1969-70
 1970-71
 1971-72
 1972-73
 1973-74
 1974-75
 1975-76
 1976-77
 1977-78
 1978-79
 1979-80
 1980-81
 1981-82
 1982-83
 1983-84
 1984-85
 1985-86
 1986-87
 1987-88
 1988-89
 1989-90
 1990-91
 1991-92
 1992-93
 1993-94
 1994-95
 1995-96
 1996-97
 1997-98
 1998-99
 1999-00
 2000-01
 2001-02
 2002-03
 2003-04
 2004-05
 2005-06
 2006-07
 2007-08
 2008-09
 2009-10
 2010-11
 2011-12
 2012-13
 2013-14
 2014-15
 2015-16
 2016-17
 2017-18
 2018-19
 2019-20
 2020-21
 2021-22
 2022-23
 2023-24
 2024-25
 2025-26
 2026-27
 2027-28
 2028-29
 2029-30
 2030-31
 2031-32
 2032-33
 2033-34
 2034-35
 2035-36
 2036-37
 2037-38
 2038-39
 2039-40
 2040-41
 2041-42
 2042-43
 2043-44
 2044-45
 2045-46
 2046-47
 2047-48
 2048-49
 2049-50
 2050-51
 2051-52
 2052-53
 2053-54
 2054-55
 2055-56
 2056-57
 2057-58
 2058-59
 2059-60
 2060-61
 2061-62
 2062-63
 2063-64
 2064-65
 2065-66
 2066-67
 2067-68
 2068-69
 2069-70
 2070-71
 2071-72
 2072-73
 2073-74
 2074-75
 2075-76
 2076-77
 2077-78
 2078-79
 2079-80
 2080-81
 2081-82
 2082-83
 2083-84
 2084-85
 2085-86
 2086-87
 2087-88
 2088-89
 2089-90
 2090-91
 2091-92
 2092-93
 2093-94
 2094-95
 2095-96
 2096-97
 2097-98
 2098-99
 2099-00
 2100-01
 2101-02
 2102-03
 2103-04
 2104-05
 2105-06
 2106-07
 2107-08
 2108-09
 2109-10
 2110-11
 2111-12
 2112-13
 2113-14
 2114-15
 2115-16
 2116-17
 2117-18
 2118-19
 2119-20
 2120-21
 2121-22
 2122-23
 2123-24
 2124-25
 2125-26
 2126-27
 2127-28
 2128-29
 2129-30
 2130-31
 2131-32
 2132-33
 2133-34
 2134-35
 2135-36
 2136-37
 2137-38
 2138-39
 2139-40
 2140-41
 2141-42
 2142-43
 2143-44
 2144-45
 2145-46
 2146-47
 2147-48
 2148-49
 2149-50
 2150-51
 2151-52
 2152-53
 2153-54
 2154-55
 2155-56
 2156-57
 2157-58
 2158-59
 2159-60
 2160-61
 2161-62
 2162-63
 2163-64
 2164-65
 2165-66
 2166-67
 2167-68
 2168-69
 2169-70
 2170-71
 2171-72
 2172-73
 2173-74
 2174-75
 2175-76
 2176-77
 2177-78
 2178-79
 2179-80
 2180-81
 2181-82
 2182-83
 2183-84
 2184-85
 2185-86
 2186-87
 2187-88
 2188-89
 2189-90
 2190-91
 2191-92
 2192-93
 2193-94
 2194-95
 2195-96
 2196-97
 2197-98
 2198-99
 2199-00
 2200-01
 2201-02
 2202-03
 2203-04
 2204-05
 2205-06
 2206-07
 2207-08
 2208-09
 2209-10
 2210-11
 2211-12
 2212-13
 2213-14
 2214-15
 2215-16
 2216-17
 2217-18
 2218-19
 2219-20
 2220-21
 2221-22
 2222-23
 2223-24
 2224-25
 2225-26
 2226-27
 2227-28
 2228-29
 2229-30
 2230-31
 2231-32
 2232-33
 2233-34
 2234-35
 2235-36
 2236-37
 2237-38
 2238-39
 2239-40
 2240-41
 2241-42
 2242-43
 2243-44
 2244-45
 2245-46
 2246-47
 2247-48
 2248-49
 2249-50
 2250-51
 2251-52
 2252-53
 2253-54
 2254-55
 2255-56
 2256-57
 2257-58
 2258-59
 2259-60
 2260-61
 2261-62
 2262-63
 2263-64
 2264-65
 2265-66
 2266-67
 2267-68
 2268-69
 2269-70
 2270-71
 2271-72
 2272-73
 2273-74
 2274-75
 2275-76
 2276-77
 2277-78
 2278-79
 2279-80
 2280-81
 2281-82
 2282-83
 2283-84
 2284-85
 2285-86
 2286-87
 2287-88
 2288-89
 2289-90
 2290-91
 2291-92
 2292-93

apt. for. office & living room, same as
no. 1000 of 1000 - 1000 in 1000
- 1000 of 1000

DISEÑO DE UN PLAN DE TRABAJO (MEXICO)
CLASIFICACION HISTORICA Y ACTUAL DE ESTABANISMOS APLICADOS
CONFERENCIA MAGISTRAL:

UNIDAD TEMATICA ESTABANISMOS APLICADOS

VIENESE 32 DE OCTUBRE 1984

DIA. EMS LIMON 96 BROMI (MEXICO)
CLASIFICACION HISTORICA Y ACTUAL DE ESTABANISMOS APLICABLES
CONFERENCIA MAGISTRAL:

DR. CARLOS GONZA DIAZ (B19211)
CONFERENCIA RESUMEN DEL SIMPOSIO ESTRABISMOS AFTICAS

DR. EUGENE W. HETTERTON (EE-00*)
* STRABISMIC PROCESSES OF THE SUPERIOR OBLIQUE

DR. JAMES DE CAMARCO (B19211)
* MYOBLIA ENDOSKIA (DISEASES OF BASEDOW-STRALES)

DR. JOJO SNETTAK MONTOYA (COJOMPTA)
* DESVIACION AFTICA DISOCIADA

DR. HECTOR J. MUSSIMINO (VIDENCINA)
* DESVIACIONES AFTICAS INCOMITANTES

DR. JOSE VIKOSHE (VIDENCINA)
* DESVIACIONES AFTICAS COMITANTES

DR. JOJO PRIETO DIAZ (VIDENCINA)
* INTRODUCCION

COORDINADOR: DR. JOJO PRIETO DIAZ (VIDENCINA)
SIMPOSIO DE ACTIVIDAD ESTRABISMOS AFTICAS

DR. JULIO BRIELO DIAZ (yldemcma)
INTRODUCTION

pido a los desordenes que aparecen con respecto a la dinamica horizontal.
Diversos autores coinciden con el concepto de evitar las técnicas reforzadoras de-
El criterio optico para la correccion de las DAC es definitivamente
tica con resecciones y retrocesos convencionales. (No mas de 2mm.).
tica primordialmente mediante el screen-test con prismas y la terapia optica
El tema que nos ocupa, las DAC, entran en el grupo I, donde la semiologia es sea-
tico-terapeutica especial.

Para adaptar este esquema a los estrabismos verticales, con orientacion semiolo-
equilibrio del sistema motor

Tipo IV Modificaciones de la posicion de

Tipo III Limitaciones pasivas

Tipo II Paralisis y paresias

relativa de los ojos

Tipo I Perturbaciones limitadas a la posicion

distinta del desequilibrio oculomotor:

Practico de las perturbaciones de la motilidad ocular, que traslucen una mirada
En tal circunstancia propone, basandose en trabajos propios anteriores, un esquema
mente a los musculos rectos verticales.

En este tipo de patologia vertical la correccion optica se dirige primordial-
mente al paciente. Las mas de las veces debe recurrirse a la cirugía

La correccion prismatica puede emplearse en contados casos, si sirve para reducir
la comitancia.

No es clara. Posiblemente se trata de elementos paréticos que han evolucionado a
La patologia de estas DA, especialmente las asociadas con DH y de poca magnitud,
cierta y que requieren un enfoque terapeutico especial.

Por lo tanto, la DAC no existe; pero si existen casos donde la incommittencia es despre-
ciable una incommittencia en un estrabismo vertical. Hasta podria decirse que, en
incommittencia. Si se examina cuidadosamente o en sucesivas sesiones, es dificil no en-
revistando 800 casos de anomalias cicloverticales no encontro ningun caso de co-
la desviacion vertical comitante (DAC) es rara. Anderson, citado por von Noorden,
la desviacion vertical (DV) es de hallazgo frecuente en la practica diaria.
en todas las posiciones de la mirada.

Desviaciones verticales comitantes son aquellas que mantienen la misma magnitud

Dr. Juan A. Artoche.

DESVIACIONES VERTICALES COMITANTES

cos importantes: a) la modificación de la desviación horizontal al corregir esto es lo ideal por causas ópticas, pero ese criterio debe observar dos parámetros, de ambos componentes: vertical y horizontal.

En muchos teóricos y empíricos, es la de la corrección en el mismo tiempo los tratados clásicos hablan de dos tiempos. La tendencia actual, fundamentalmente, difiere en lo que respecta a su tratamiento quirúrgico.

3) La desviación vertical constante asociada a eso u exotropía es motivo de cirugía cuando existe inconstancia.

La endoneurotomía de CN III no sería de utilidad en estos casos. Esta es de una exotropía y reforzar un K.I. en una exotropía.

Lo más correcto es este respecto al enunciado que prefiere debilitar un K.I. en un caso a un K.I. vertical debilitado aunque no existe desviación horizontal. Esto nos ha ocurrido en la práctica, por lo que preferimos desviar factores, por lo que, en una DAC "buena", tendemos a la exotropización como deberemos recordar que, al retroceder rectos verticales estamos debilitando a la escararia a este comentario).

Retroseso de más de 2mm. (Excepción en casos con otra patología asociada, lo que las esperanzas en ellas. Esto significa que el ajuste no debe significar un deber emplearse en lo posible las suturas ajustadas, aunque no citando todas los retrocesos deben ser moderados (convencionales) de no más de 2mm. hacia el barbo superior).

Las lesiones. (Ligamento de Lockwood para el K.I. y expansiones del K.I. anatómica hacia atrás, separando el músculo y en la línea íntegra de las estructuras si se observan ciertos resacas. Debe practicarse una disección cuidadosa y acuradamente esa cirugía se ha hecho más habitual, no ofreciendo inconvenientes típicos en razón de las mencionadas relaciones anatómicas específicas.

Clásicamente se es reticente en la indicación quirúrgica sobre los rectos verticalmente esta última eventualidad en una DAC buena (tratarse).

Modestamente debilitados, retroceder un K.I. o un K.I. o ambos (ocurre Gene-

1) En el primer caso las posibilidades no son muchas, siempre con un criterio bñ

3) Desviación vertical constante asociada a eso
exo

1) Desviación vertical constante buena

Los casos que pueden presentarse en la práctica son dos:

Respecto cuando se opera un recto vertical.

Expansiones anatómicas con los respectivos barbos. Es esencial recordar que los músculos rectos verticales tienen relación anatómica con los oblicuos y ex-

desplazamientos musculares de lectos horizontales.

Cirugía convencional (no más de 2mm.)

Criterio de juicio en los KA.

Como actuar:

- Cuando existe diplopía
 - Cuando está asociada a una DM que debemos tratar
 - Cuando produce daño estético por se
- Cuando actuar ante una DAC:

CONCLUSIONES:

horizontal asociada.

Los verticales y desplazamientos temporales o masajmente para corregir la tropía mayor de los autores. Por ello Platt-Johnson prefiere actuar sobre los rectos aducidos dirigidos a los lectos horizontales. Es un hecho aceptado por la los resultados de la cirugía sobre los lectos verticales es más predecible de por mm. de desplazamiento vertical.

Los horizontales para corregir la DA y obtiene una corrección promedio de 0.21 En 1981 Metz revisa una serie de casos donde desvía verticalmente los lecto medio que cuando desvía un lecto lateral.

Jones confía más en el efecto de corrección vertical cuando desvía un lecto corrige de 8 a 13 DB de desviación vertical.

Von Noorden encuentra que un desplazamiento vertical de un grupo de músculos obteniendo una corrección de 1.1 DB por transposición de 1mm.

Alvaro en 1920 revisa el desajuste vertical de dos músculos con el mismo fin, actuar del K. lateral para corregir nro o hipertropías respectivamente.

En Jane Foster y Bemperton proponieron ascender o descender la inserción muscular corregir tropías verticales y viceversa.

Así surgen recursos que aprovechan la cirugía sobre lectos horizontales para mente sobre 3 músculos lectos de un mismo ojo.

La desviación vertical o viceversa. b) La imposibilidad de operar simultánea-

1. 1000
 2. 1000
 3. 1000
 4. 1000
 5. 1000
 6. 1000
 7. 1000
 8. 1000
 9. 1000
 10. 1000
 11. 1000
 12. 1000
 13. 1000
 14. 1000
 15. 1000
 16. 1000
 17. 1000
 18. 1000
 19. 1000
 20. 1000
 21. 1000
 22. 1000
 23. 1000
 24. 1000
 25. 1000
 26. 1000
 27. 1000
 28. 1000
 29. 1000
 30. 1000
 31. 1000
 32. 1000
 33. 1000
 34. 1000
 35. 1000
 36. 1000
 37. 1000
 38. 1000
 39. 1000
 40. 1000
 41. 1000
 42. 1000
 43. 1000
 44. 1000
 45. 1000
 46. 1000
 47. 1000
 48. 1000
 49. 1000
 50. 1000
 51. 1000
 52. 1000
 53. 1000
 54. 1000
 55. 1000
 56. 1000
 57. 1000
 58. 1000
 59. 1000
 60. 1000
 61. 1000
 62. 1000
 63. 1000
 64. 1000
 65. 1000
 66. 1000
 67. 1000
 68. 1000
 69. 1000
 70. 1000
 71. 1000
 72. 1000
 73. 1000
 74. 1000
 75. 1000
 76. 1000
 77. 1000
 78. 1000
 79. 1000
 80. 1000
 81. 1000
 82. 1000
 83. 1000
 84. 1000
 85. 1000
 86. 1000
 87. 1000
 88. 1000
 89. 1000
 90. 1000
 91. 1000
 92. 1000
 93. 1000
 94. 1000
 95. 1000
 96. 1000
 97. 1000
 98. 1000
 99. 1000
 100. 1000

teremos tener en cuenta las siguientes entidades
para la clasificación de la D.A.D.

IA.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- 8.- Desatención voluntaria
- 1.- Diferencia voluntaria
- 9.- Hipertrofia de la glándula
- 2.- Glándula de la glándula
- 4.- Hipertrofia de la glándula
- 3.- Hipertrofia de la glándula
- 5.- Hipertrofia de la glándula
- 1.- Anemia

que se refieren como:

de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

C.- En la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

D.A.D. con el "examen de la atención" y con el "examen
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

E.- BIEGONCHIKI, en 1930 los datos de la atención
A CHONE en 1931.

MILE en 1935, LOS NOBLE en 1931, BODN en 1931

E.- Otras formas de atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención
de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

D.- En 1932 con datos de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

C.- SCOBEE, en 1935, los datos de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

B.- DANE, en 1933, los datos de la atención voluntaria de la D.A.D. y de la atención

casos:

B.- La citada comisión de las declaraciones verti-

do como era de esperarse, por lo tanto se va a inter-

poner, como representante no es un electo

en este caso nos quedamos con los que los

se les da, siempre, la experiencia de todos

mentalmente en lo que a las experiencias verticales

que se han de las leyes internacionales, inter-

nacional de elecciones ordinarias, con la inter-

A.- Brevemente, también en 1930, según la ley

de los procedimientos:

caso de los años, así, los que se han de

por el mismo que se han de en el caso

de la el caso de la ley del representante también se

A.- TRATAMIENTO

del caso de la

sección de los que se han de en la ley

2.- También debemos tener en cuenta los

del caso

del caso examinado antes de tener el co-

de los que se han de en el caso de la ley

1.- Para poder la que se han de en los casos

antes.

B.- Algunas circunstancias legales o consue-

del caso D.A.D.

por las que se han de en el caso de la ley

2.- En los casos con los que se han de los

del caso

sección, en el caso de la ley de la ley

1.- En la D.A.D. la que se han de en el

o del caso.

A.- Hacerse en el caso de la ley de la ley

del caso:

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

3.- BANKS, MARGARET M. OBITUARY NOTICE AND EULOGY
BY COMBEN, GEORGE TOLLE, 1947, p. 350-355.

NOTICE OF DEATH AND OBITUARY NOTICE. THE C.A. MOS-

1.- BARNUM, HELEN M. AND MORGAN, CHARLES K. BIRTH

AL.- BIBLIOGRAPHY.

... ..

... ..

D.- EN CONSECUCION DE LOS DECRETOS DE LA LEY DE

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

3.- CHARLES K. AND MORGAN, CHARLES K. PRESENTED BY THE
COUNCIL OF 3 & 1 IN THE HOUSE OF REPRESENTATIVES.

5.- MARGARET BANKS EULOGY AND NOTICE OF DEATH
MONOGRAPH.

... ..

1.- BIRTH OF MARGARET EULOGY AND NOTICE OF DEATH

crianças com deficiência intelectual e outras alterações, sem contudo opor-se à sua inclusão na sociedade, e a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR), ambos com o

objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual, através de programas de intervenção precoce e educação especial.

De acordo com a legislação de saúde (Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente), todos os indivíduos com deficiência intelectual devem ter acesso a serviços de saúde, educação e trabalho, com base na avaliação individualizada de suas necessidades e capacidades.

O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

- desenvolvimento da linguagem com base na comunicação verbal e não verbal;

- desenvolvimento da motricidade (motricidade grossa, motricidade fina, motricidade adaptativa);

- desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade.

13.

Segundo a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades. O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

Segundo a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades. O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

De acordo com a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

Segundo a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades. O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

De acordo com a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

Segundo a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades. O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

De acordo com a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

Segundo a legislação, a educação deve ser planejada de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades. O processo educacional deve ser planejado de acordo com as necessidades e capacidades de cada indivíduo, visando à sua integração social e ao desenvolvimento de suas habilidades.

Ateno, o caso, "supra" (o caso do aneurisma) é considerado de caráter neurológico e não de caráter oftalmológico.

- | | |
|---|--|
| 6 | - alterações visuais com envolvimento do nervo óptico. |
| 5 | - alterações da córnea. |
| | AC-limitação da movimentação em todas as posições do olho. |
| | AP-limitação evidente da elevação ou da depressão. |
| | AA-limitação de movimento nas posições extremas do olho. |
| 4 | - alterações da musculatura extrínseca |
| 3 | - exoftalmia |
| 2 | - alterações nos tecidos moles retro-orbitários. |
| 1 | - sinais leves de retenção palpebral. Exoftalmia < 22 mm |
| 0 | - ausência de sinais e sintomas |

CVU

Alterações

Classificação da AIA na Ocularização Intelectual
decer uma ordem cronológica dos eventos.

Seguintes doenças:

Quando a correlação entre as alterações e as doenças não se estabelece, a correlação é em si mesma e os imunológicos são os seguintes:

to de que a correlação entre as doenças do tipo auto-imunológico, baseadas em

C- Medicamentos sistêmicos: com base na forma mais atual de tratamento

- colúrio de metilcelulose
- colúrio de corticóides
- colúrio associativo
- ocular das doenças e noite
- elevação da pressão e noite

doenças locais oculares e complicações:

B- Medicamentos locais: são procedimentos nas doenças mais importantes e com o tratamento.

etc., sendo ainda interessante a correlação de um endocrinológico com o tipo de doenças. Entre elas o IUI, doenças auto-imunológicas, B-proteínas e as doenças de natureza no tratamento do hiperendocrinismo quando associado

A- Tratamento da disfunção tireoideológica associada - doenças de base, por via endócrina.

doenças, querendo base e interesse para as doenças tratamentos hormonais - com base nos seguintes, divididos o assunto "tratamento" em cinco itens principais

Em primeiro de complexidade e multiplicitude de doenças crônicas - Tratamento

Tratamentos imunológicos encontrados na doença de base crônica.

uma e fatores genéticos, de controle as alterações metabólicas e outras do organismo, fatores emocionais, trauma, infecções etc., devem-se ter em

Em segundo, diversos e complexos fatores, como a disfunção de órgãos e sistemas.

as imunológicas tireoideológicas (LTI) e todas as doenças de natureza e de base, entre elas o IUI, IUI-B(IJ), HLJ e o H-LVCJ, juntamente com o tipo de demonstração imunológica sistêmica, doenças de natureza e de

A base do desenvolvimento da imunologia, sistemas locais e de base em nível molecular nos hormônios da natureza baseadas.

responsáveis pela disfunção, de que o mesmo, na maioria dos casos encontrados e pouco, podem, por-se, tornando difícil estabelecer de o LTI fosse o único da doença de base crônica, por isso do hormônio tireoideológico (LTH). Pouco

De 1930 a 1920, estabelecem-se de a natureza fosse responsável por Endocrinologia

funções importantes.

As doenças, doenças de natureza etc.), o teste de quão básica e de natureza no diagnóstico diferencial entre outros dados importantes (clínica-

- Exatidão do diagnóstico de origem
- Exatidão da natureza de base interior
- Exatidão da base
- Exatidão da natureza de natureza
- Exatidão da natureza de natureza
- Exatidão da natureza de natureza
- Exatidão da natureza de natureza

mas entretanto de se manifestar com o tipo hiperbólico:

Adm o diagnóstico diferencial se faz obrigatoriamente com a natureza manifestação conjunta com o tratamento individual.

apresenta com um tipo de hiperbólico, natureza, por vezes, sem natureza - com natureza principalmente de natureza, e o mais frequente. O paciente se

Quando na evolução da natureza extinta, o tipo de

anmento, qumunem os casos due necessitam descompressao otipica.
nelo obico, y meqda due a boicentagem de exico da fetsbentica cunica -
com risco de beritacao, e dueda da scutqde aignaj bor enlojamento do -
em exotajmias givales (> 38 mm), duendo existe enlojamento da cornea, -

Descompressao otipica: somente indicamos este tipo de cunica
da de retrocesso mncunja, bor agivari o exotajmo.

ta restica em todas as direcoes do oipai, contraindicamos duajduer cun-
nas givales exotajmias (31-38 mm), onde a motijiqde ocunja es-
com a bajberia inferior, bala evitari a resticao qeats.

mncunja enlojido e o keto inferior, jemprai de seccionar suas conexoes -
fendo o cunqdo de fazer o teste de qncao basajla bel-obetacorio. 35 26 o -
inferiimos sorle o mncunja resticando retrocessos givales (1-8 mm), jemprai

passada a fase aguda da doencia, se aguda beritica a resticao, -
ta tanto se necessita inferiir sorle o mncunja agudo.

resticao, pode-se resolver somente com o tratamento cunico, sem due ba-
uso acostumados com a enlojcao bor vezes inferiimente da doencia. O duajdo-
scunja. Este e um principio basico, uso jevaqo mncunja a seio bor aduejes-
enlojido, duendo se tiver certeza de due a doencia enclon no beriodo de -
se inferiir no tratamento cunico, somente decidix inferiir sorle o mncunja
ado e inferiido. Medias reberiqas do desajo qealem ser feitas, enclon -
resticada no beriodo agudo da doencia, duendo o mncunja se encontra edemaci

Cunica sorle mncunjos extrinsecos: a cunica mncunja deve ser -
a inferiida de proteger a cornea, nos exotajmos jeves e moderados.

terna e/on externa e, bor vezes, na tenocomia do ejevador da bajberia, com
Cunica bajberia: resume-se principajmente na resticajta in-

E- Cunica: qivajimos o item cunica em tres agr-
tientes, efeto immunossupressor e inferiido da brojterica inferiisajta.
sorle o vertice da otipa, e uso da mbojica, terta, segundo os majs expe-
imbojante ajna no tratamento da otipajmoci inferiisajta. 31 A inferiica
boetajmoci, em tratajmos majs recentes, ser novamente jejemprada como-

D- qajotetajta: mncunja inferiida no basajdo, tor jejeada, bala-
tewa canaja.

due uso responqem pem a corticotetajta. Mesmo assim, mncunja-jos com ex-
prejimos resticajta mncunja bala os casos reberiqas so tratamento e
pem e beruena (30) no due qiz resticajta a mncunja dos immunodepressores.

nosaj exberienca, e so due batese a da majoia dos autores, tam
vaxajmoci 100-500 mg/dia

ciclotajmoci 100-500 mg/dia

ciclotajmoci 8 mg/dia - Metrotexate 2-10 mg/dia

bajta. Quanto aos immunodepressores, podem-nos ajeir dos seguntes:
certa de 10% da dose totaj bor semana, de acoido com a enlojcao da otipajmo
ajta dosajem bor 3aj semanas, abos o due comecamos a requir jemprai em
ajta qas combjicacoes a due exbomos os baciientes, mantemos a -

C1222-3 a 0(ATA) - 80-120 mg/dia.

C1222-5(ATA) - 50-70 mg/dia

mt. road to the right
no. 20 about 1/2 mile
after about 1/2 mile
see map on p. 13. H. 1. 17

interior border of the superior tectal mass. The
bordered semiovally making a triangular incision exposing the
a third small mass which is placed in the incision and is
superior tectal mass and is used to replace posteriorly.
the semioval edge. A second mass which is placed under the
mass is embedded on a mass which is placed in from
lateral side small portion of the superior tectal
corner of the incision of the superior tectal mass.
transcortical incision that refers to the lateral
for a semiovally procedure is read with a

The surgical approach to the superior orbital region

orbital region superiorly (Harris-190).

resection and advancement. 2) repositioning of the superior
eye: 1) track. 3) advancement. 3) resection. 4)
repositioning the superior orbital region. Procedures for
advancement of a tax superior orbital region and/or PL

superior orbital "semiovally" is accomplished by

orbital base and being reattached.

Wedge is to be placed on lateral, posterior superior
for a small of cortical dissection which is done
from anterior cortical dissection. In addition, when the
base is made posterior superior orbital base and after
resection is done with this base. In one experience, only
base. Often with the condensing superior orbital base no
wedge is to be placed on lateral superior orbital
excision will be demonstrated on base with the dorsal
cortical only in posterior involvement and excision.
mass produces a myeloid, esophageal in some cases (seen
apart from the eye. Manipulation of weakness of this
orbital on the same side. The superior orbital depresses
the advancement to the lateral superior orbital, the inferior
cases, the lateral small is characterized by overaction of
nucleation of the lateral superior orbital, and in other
superior orbital base, various are most affected by
for the three step or two step base. In some cases of
base with the base which is placed in the base
side as the posterior mass. This combination of lateral
mass and it increases when the base is placed to the same
myeloid is placed to the side opposite the lateral
lateral superior orbital. With superior orbital base, the
with the eyes look in the field opposite that of the
a base in the opposite side with depression of the chin
basically in condensing cases, this is compensated for by
myeloid which will be lateral or anterior.

superior orbital base is manifested by a

condensing space of one or more regions.

myeloid. 3) posteriorly advanced. 3) posteriorly advanced. 4)
It will occur for the following reasons: 1) condensing
commonly occurring lateral nerve excision mass base.

superior orbital base is in one experience the most

by Eugene W. Heston, M.D.

STRENGTHENING PROCEDURES OF THE SUPERIOR ORBITAL

Heston

whenever a more important consideration for a successful
as with all judicial proceedings on the executive

or issue.

superior opinion found appropriate now is between a and to
however, this was an unnecessary tax burden. On the other
issue with respect to the judicial process, a strong
burden. We have done superior opinion work of as great as
opinion found appropriate depends on the nature of the
given "extensive" process. The amount of superior
extensive amount of superior opinion found appropriate for a
in our experience, it is not possible to address a

opinion basis.

exchange to an extent that classification of the superior
addressed by which in many cases is usually a six and seven
opinion, and, extension. We have followed the entire
subordination in the field of action of the superior
jurisdiction of the superior opinion process, direct
extensive process including superior opinion basis with
the judicial instructions for superior opinion

superior jurisdiction of the superior opinion found.
extension in many cases where other words considered found an
used this process. On the other hand, it is to do a small
agreement which is to be addressed by the. We have
where the main difficulty is to consider the. An
usually described by which and it can be used in cases
the superior spirit of the superior opinion found

from 40 patients.

dom. We have employed this process successfully in more
beneficial cases of which, a strong case made reduced a case
judicial results have been obtained and no cases of
is then extended. And this extension process, do not
insertion of the superior opinion found. Redundant process
extension and the found is then extended to the
to the insertion, the found is not given to the entire
based in the superior opinion found from a to issue with
extension, not inserted, a group of which is
superior opinion found. This is carried out with the same
have extended our process and now do extension of the
of the work for possible beneficial work, a strong, we
of an unnecessary number of patients who reduced case dom
excessively appropriate or reduced the found. Because
should be taken during this part of the process to avoid
can then be placed to the extent and extent there. Case
extension for this. The redundant part of the work found
extended with two unnecessary patients. We have used 2-0
with a found work. The case of the found is usually
by a work which may be done either in a free hand manner or
appropriate of the superior opinion may be carried out

process, a insertion.

anywhere from a to issue for the superior extent
that of the extent of the superior extent process
insertion, there of the superior opinion found are noted

Dr. Robert WEINER (EE. UU.)
 COMENTARIOS:
 Dr. Yvette ZIEGLER (FRANCIA)
 * APLICACION DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGIA
 Dr. EUGENIO GONZALEZ DE VILLAN (MEXICO)
 APLICACION DE LA PSICOLOGIA
 * METODO DE ANALISIS PSICOANALITICO DE LAS OBRAS
 Dr. JULIO MARILLI Y ROSA SANCHEZ (ARGENTINA)
 * TECNICA DE LAS LIBRAS POSTERIORES DEL OBJETO INTERIOR
 (BRASIL)
 Dr. Peter LEHR, Elizabeth MADDETT, Walter CONLITO Y LAUREN
 LIBROS DE EXTERIORES MUSCLES
 * PROGRESIVA EXAGERADA A-BATIDA SINTACTICA CON PRESUNDA
 Dr. SANTIAGO ALONSO REYES (COLOMBIA)
 * HIBRIDACION MARCA DEL OBJETO MENOR
 Dr. ZOTTE SANCHEZ MONTOYA (COLOMBIA)
 * CLASIFICACION CLINICO-PSICOPATICA DE LOS SINDROMES ALABRICOS
 Dr. ZOTTE SANCHEZ MONTOYA (COLOMBIA)
 * CLASIFICACION CLINICO-PSICOPATICA DE LOS SINDROMES ALABRICOS

Dr. ZOTTE SANCHEZ MONTOYA (COLOMBIA)

It is not a new thing - and as it is a new thing
- it is not a new thing - and as it is a new thing
- it is not a new thing - and as it is a new thing
- it is not a new thing - and as it is a new thing

DR. ~~JOSE CARRERA MONTOYA~~ (COLOMBIA)
ALFABETICOS
CLASIFICACION CLINICO-QUIRURGICA DE LOS SINDROMES

de golpe y se procede a la sutura de la conjuntiva.
se empuja el pedículo mucoso remanente debajo de la tenon. Se irriga con un estero
cauterizada, quedando eliminado casi todo el oblicuo menor. Con un instrumento como
cuyo a unos 3 mm de su salida de la tenon, corrandose a nivel de la zona
ción, en la parte posteroinferior del músculo. Se cauteriza el otro extremo del mús-
da. Con la ayuda del midastato, se hace una leve tracción, que facilita la denervar.
un midastato por delante de la cauterización, se corta a nivel de la zona cauteriza-
visualización. El oblicuo menor se cauteriza cerca a la inserción escleral, se pone
ción directa. La ayuda de un retractor muscular (1) fue de gran ayuda para esta
ción con denervación del oblicuo menor. El oblicuo menor se busca bajo visuali-
menos 6 meses después de la cirugía. Se hizo una miectomía subtotal o extir-
daria de mas 4 del oblicuo menor, que fueron cuidadosamente seguidos por lo
Se analizaron las historias de 35 pacientes, con hiperfunción primaria o secun-

Material y Método

4 del oblicuo menor.

objetivo de este trabajo, mostrar el manejo de la hiperfunción marcada de mas

Las técnicas se usan para debilitar el oblicuo menor hiperfuncionante. Es el
varían entre mas 1 y mas 4.

ralisis del oblicuo superior es frecuente. Las hiperfunciones del oblicuo menor,
ción es asimétrica. La hiperfunción secundaria del oblicuo menor, debida a pa-
aceptada y aun en pacientes ambliopes es bilateral. Con frecuencia la hiperfun-
La hiperfunción del oblicuo menor bilateral, como causa del síndrome en V es

Medellín, Colombia

Dr. Guillermo Vélez

HIPERFUNCION MARCADA DEL OBLICUO MENOR

demuestran los estudios de Caler Gonzalez (4) y nosotros lo hemos confir-
mado la denervación , continua la hiperfuncion en igual grado, tal como lo
casi total, no por la denervación , que al hacerse facilita la técnica. Si solo se
Esta amplia miotomía , acompañada de denervación, actúa, por ser una miotomía
del oblicuo menor, quedando las acciones disminuidas , pero no abolidas (Fig 1).
Con esta técnica , en todos los casos estudiados se eliminó la hiperfuncion
efectivos en la eliminación total de la hiperfuncion
las hiperfunciones marcadas del oblicuo menor de más 4, no son totalmente
han confirmado que procedimientos menos agresivos en el tratamiento de
en hablar de una denervación con una miotomía casi total del oblicuo menor,
o extirpación . Estudios previos de Caler Gonzalez (4), quien fue el primero
una retroposición del oblicuo menor mayor de 14 mm o una miotomía subtotal
cada de más cuatro son necesarios procedimientos más agresivos, como
ligeras o moderadas del oblicuo menor, pero para tratar una hiperfuncion mar-
mía pequeña son procedimientos efectivos en el tratamiento de hiperfunciones
una miotomía de las fibras posteriores del oblicuo menor (3) o una miecto-
siguiendo en plano anatómico, una anteroinferoinserción del oblicuo menor (5),
Técnicas menos agresivas, tales como una retroposición del oblicuo menor
nes tan marcadas y persistentes de este músculo.
los resultados con otras técnicas , en el tratamiento de estas hiperfuncio-
del oblicuo menor menor después de una miotomía tan amplia , comparando
total o extirpación con denervación . Se observó cuidadosamente la acción
hiperfuncion del oblicuo menor marcada con una miotomía muy amplia, casi
En el presente trabajo se analizó la eliminación de la hiperfuncion de la

Resultados y discusión

10. Elliot y Mankin (1960) -
 - a. anterior a la inserción del recto inferior
 - b. superior a la inserción del recto inferior
 - c. superior a la inserción del recto inferior
 - d. superior a la inserción del recto inferior
 - e. superior a la inserción del recto inferior
 - f. superior a la inserción del recto inferior
 - g. superior a la inserción del recto inferior
 - h. superior a la inserción del recto inferior
 - i. superior a la inserción del recto inferior
 - j. superior a la inserción del recto inferior
 - k. superior a la inserción del recto inferior
 - l. superior a la inserción del recto inferior
 - m. superior a la inserción del recto inferior
 - n. superior a la inserción del recto inferior
 - o. superior a la inserción del recto inferior
 - p. superior a la inserción del recto inferior
 - q. superior a la inserción del recto inferior
 - r. superior a la inserción del recto inferior
 - s. superior a la inserción del recto inferior
 - t. superior a la inserción del recto inferior
 - u. superior a la inserción del recto inferior
 - v. superior a la inserción del recto inferior
 - w. superior a la inserción del recto inferior
 - x. superior a la inserción del recto inferior
 - y. superior a la inserción del recto inferior
 - z. superior a la inserción del recto inferior

mia amplia, subtotal o extirpación.
 en la elevación en abducción, por esto preferimos más bien hacer la miectomía
 grandemente las acciones del oblicuo menor, puede dar una limitación importante
 en un depresor. De acuerdo a los autores, cuando con esta técnica se debilita
 terior del oblicuo menor, quedando solo a 2.5 mm del limbo, lo convierte casi
 poco anterior a la inserción temporal del recto inferior. Esta inserción tan an-
 terior, para tratar hiperfunciones marcadas, en cual insertan el oblicuo menor un
 Elliot y Mankin (1960), mostraron una técnica de anteroinserción del oblicuo me-
 siva es insuficiente.
 en las hiperfunciones persistentes del oblicuo menor una técnica menos agre-
 Estos hallazgos, han sido confirmados por Parks (2), quien ha mostrado que
 das, muy especialmente si se hace solo en un ojo, pues quedaría una hipotropía
 Considero que esta técnica no debe usarse en hiperfunciones ligeras o modera-
 mado.

on extirpation with denervation controlled the overaction in all cases studied.
tomy of the inferior oblique. To treat this marked overaction a large myectomy
are good procedures but are ineffective to treat a marked overaction of plus
a recession, anteroinferoinsertion or a wide myectomy of the inferior oblique
For the treatment of the slight or moderate overaction of the inferior oblique,

Summary

todos los casos tratados.
ción con denervación del oblicuo menor nos dio resultados muy buenos en
tamiento de estas hiperfunciones marcadas una amplia miectomía subtotal o extir-
hiperfunción persistente marcada de más cuatro de este músculo. Para el tra-
miectomía pequeña dan buenos resultados, pero son inefectivas para eliminar la
técnicas como una retroposición del oblicuo menor, una anteroinferoinsertión, una
Para el tratamiento de la hiperfunción del oblicuo menor ligera o moderada,

Resumen

I. pif

(MOICAPATX3) JATOTVUS AIMOTSEIM AJ 3D 20DATJUS3P
OTHEIMATAT APAP .POHEM OUSILBO JED MOICAVPEHEO MOO
OLUS2UM ET33 3D ADAPYAM MOICMUTPEPH AJ 3D

-moo pbi6i3P 3d1 3b p7e1q 13b 33no133d 7onem ouc1ldo	no133d0q1H 3b pby3bom 33no133d 3d1 ouc1ldo 13b 7onem	no133d0q1H 3d1 3b p7e9i1 13b 33no133d 7onem ouc1ldo	no13n173e91H 37n3n1m37	M 337n313d3q
O	e1	E1	O	SE

Bybee, Geraldine of the IAFB International

[illegible]

PREPARED BY BROSIE OF EXHIBITION AB WUSCHER
 IMMEDIATE EXHIBITION A-PATTERN SUBSISTING WITH

DIES: TUTTO MANZILLI A NOIES CRYIEMMI (videtur)
JENECTOMIA DE LAS RIBRAS POSTERIORES DEL OBFIGLO INTERIOR

Dr. de Agricultura (1901-1914).

Historia : 150 años de la agricultura en México

Dra. Elsa Limón de Bruni (México)

Agricultura y Cereales

Método de análisis morfológico y físico de las plantas

interpretation of the phenomena and will allow for a better understanding of the clinical and nystagmographic findings will help us give up this univocal term "KESTENBAUM" applies only in very specific cases. An analytic study of the phenomena is a prerequisite for the appropriate surgery and that the being overstatements about terminology, I think that some understanding type of surgical procedure is most often resorted to in such cases. Without important part played by an alphabetical pattern (SPIEGMANN 1977), a single beat and that of the torticollis (CASTANIERA 1953, COMBAD 1981), or stress the torticollis, even though some authors distinguish between the direction of the beating on the same meridian as the beat of the nystagmus, was progressively surgery, which was supposed to take advantage of a compensation mechanism type of torticollis, whatever its mechanisms, and the initial meaning of this WEBER 1985. Yet unfortunately these terms have been rapidly extended to any similar analysis is found in three papers: SPIEGMANN 1977, COMBAD 1981, KOWAN oblique torticollis with an oblique conjugated rotation of the eyes. A very and to a vertical rotation of the eyes (CUBBERG) and "oblique KESTENBAUM" to complex torticollis. "Vertical KESTENBAUM" came to refer to vertical torticollis in cases of horizontal torticollis, this term was soon applied to cases of surgical procedure, the surgical conjugated turning of both eyes. First used zontal torticollis with conjugated deviation of the eyes, as well as with a tion and KESTENBAUM's name became synonymous with a clinical phenomenon, horizontal gaze. Because this surgery proved easy to master, it quickly achieved recognition be achieved, but the optimum position then coincides with a primary position thus, according to KESTENBAUM, the impulse required to neutralize the nystagmus tion must correspond an equivalent surgical rotation in the opposite direction, thus inducing a horizontal torticollis. To the shift of the eyes during fixation the nystagmus is dampened in a direction of gaze that is laterally eccentricated advocated by KESTENBAUM in 1953. This surgery applies to those cases where

The best known of the surgical procedures in nystagmus is the one

HORIZONTAL TORTICOLLIS AND VERTICAL TORTICOLLIS: AN OVERGENERALIZED ANALOGY

is the first step towards the analysis of the more frequent oblique torticollis, oculomotor defects. The analysis of the vertical torticollis, which is simpler, of the beat, with the type of congenital nystagmus and with the associated however, as I propose to demonstrate, the mechanisms vary with the direction they are often misleadingly likened to horizontal KESTENBAUM torticollis. Although various mechanisms are responsible for producing these torticollis,

Most torticollis in congenital nystagmus are complex torticollis.

MANCY, FRANCE
Annette SPIEGMANN

1. ESSENTIAL CONGENITAL MYSTAGMUS are characterized by a congenital vertical manifest-latent nystagmus for the compensation mechanisms are different. We have to differentiate between a congenital essential nystagmus and a congenital component is linked to the vertical drift. When the nystagmus is congenital, component of the torticollis is linked to the nystagmus and that the vertical vertical. As a rule we can say that, in a complex torticollis, the horizontal

VERTICAL TORQUELESS AND HORIZONTAL MASTERS

of the six singular matrices the direct bases of the metadoms. This case is
in example 2, a case of 'left' dominant metadoms, we can say that the rotation

KE2LEIBADW.

The direction of gaze in which the subject's decreases corresponds

[illegible]

the various types of complex toxicology. We propose to differentiate the pure

horizontal beat, one was condensing essential nystagmus with an A pattern ex-
pressed, in condensing nystagmus : one with a jerky vertical beat, two with a
We have analyzed three apparently similar types of torticollis, which de-

CONCLUSION

benign beat remains. The frequency of their occurrence must be stressed upon.
is also one of binocular clinical compensation, the jerk disappears and only the

only jerk nystagmus presents a very similar picture : the privileged zone
nystagmically in abduction persists.
was then neutralized even in monocular fixation but that the orthometric
was deviation (40 degrees). It is interesting to underline that the nystagmus
degrees) gives a demonstration on the medial rectus muscles to correct the maxi-
It consisted of a lateral rectus recession to correct the minimal deviation (18
component of the torticollis caused by an abduction of the dominant right eye.
The horizontal surgery took care of the esotropia and of the right horizontal
oblique muscles making combined with a recession of the inferior oblique muscles.
so the vertical surgery had to rotate the eyes downwards by means of a superior
muscle advanced the A syndrome when strengthening the hyperactive rectus muscles.
esotropia. A KESENBACH type of procedure on the vertical rectus muscles would
horizontal meridian we could find an alternating monolateral abduction and a right
bariatrics of the superior oblique muscles (exaggerated + and BIECHOWSKI +). On the
manifest-latent nystagmus with an A syndrome. This syndrome is caused by a double
In example a the privileged zone was the zone of binocular compensation of a
creasing velocity slow phase (DELL'0220).

neutralizes the nystagmus. In these cases, the nystagmus is jerky with a de-
results in a loss of parallelism. Binocular fixation diminishes and sometimes
lateral blockage in abduction. A double abduction aiming to block the nystagmus
the fixing eye, in binocular as well as in monocular fixation : this is "mono-
on the abducted eye and simultaneously increases on the abducted eye, whichever
nystagmus (rapid phase to the temple), the intensity of the nystagmus diminishes
vision in a version movement : in the most frequent cases of temporal alternant

5. MANIFEST-LATENT NYSTAGMUS are characterized by an incongruent beha-
the same as the "vertical KESENBACH" but its conception is entirely different.
shifting the eyes downwards at the same time. Technically, this procedure is
a recession of the inferior rectus muscles thus corrected the A syndrome while
on the vertical rectus muscles : a recession of the superior rectus muscles and
acting on the oblique muscles, which would have elevated the eyes, but by acting
abducted left eye, for the vertically we had to correct the A syndrome, not by
deviation, surgery had to be a left lateral rectus muscle recession of the ad-
dient inferior rectus muscles. For the horizontal strabismic and nystagmic
lipsum of the A syndrome and probably avoids the field of action of the left-
in binocular fixation, but the nystagmic fixation benefits from the motor sym-
etism. The intensity of the nystagmus in monocular fixation is not worse than
there is no esotropia. The privileged zone is not a zone of sensory compen-
tation + 12 degrees left esotropia (increasing to 30 degrees in downward gaze).
On the horizontal meridian, a right conjugated deviation to the left may be
Example b is a case of horizontal benign nystagmus dampened in upward gaze.

that, most of the time, it results in a more or less oblique torticollis.
the gaze deviation is superimposed upon the conjugated horizontal deviation so
an increasing velocity slow phase. In these cases, the vertical component of
described by DELL'0220 as of a condensing type, whether benign or jerky with
nystagmus, it may even sometimes make it worse. Such cases correspond to those

prism of the nystagmic fixation system.

whether we think in terms of compensation mechanisms or in terms of equilibrium, from the vertical component, which is linked to the strabismic deviation, horizontal component, which most of the time is linked to the nystagmic deviation complex torticollis. In those torticollis we always have to dissociate the with horizontal nystagmus should allow us to understand and treat most of the and the possibilities of binocular vision. A study of vertical torticollis which are different, the oculomotor defects, the zones of motor equilibrium congenital manifest-latent, the compensation mechanisms and the morphology of the torticollis or not, the type of nystagmus -congenital essential or congenital -we have to take into account the direction of the beat -identical to that of strabismus. This is indeed an oversimplification, yet I think that, in torticollis, tropia, one was congenital manifest-latent nystagmus with a V pattern esotropia.

garitas. Assim temos.

e essas ações, podemos afetar os conceitos sobre essas ações assim -

Estendendo estes mesmos efeitos sobre as diversas ordens de ou arquivado. (Fig. 4)

mos considerá-los diversas de ação horizontal estendo o outro eleva-
mo nos retos verticais. O plano de ação dos retos horizontais, pode-
vel-as o outro ou ao debilitar-se, e membrana intermuscular mantém-se
deaceleramos, elevação e depressão. Assim, como sabemos que ao eje-
ta sempre podemos citar que essas ações secundárias não são, como já

se transferirmos estes conceitos para os retos horizontais
de plano. (Fig. 3)

Influência das cábulas nestas ações relacionando-se com a simetria
dasse simultaneamente, 200ff e 200ff-dia (Idê e Idê) deaceleram e
já mantém a direção de abdução de borda superior dos músculos.
belto e depressão para o reto inferior, pois a membrana intermuscular
vertical em ação. Estas ações resultam de elevação para o reto an-
terior e modo distinto. Já total de: lista as ações dos retos e
para a membrana intermuscular, essas ações secundárias devem ser com

Considerando-se a união entre os quatro músculos retos de
superior e excitação para o reto inferior. (Fig. 5)

Assim, são descritas ações secundárias, de excitação, para o reto
ou debilitado. (Fig. 1). Do mesmo modo, com os retos verticais em ação
ações secundárias de elevação e depressão, estendo o outro já elevado

Com relação aos retos horizontais total deaceleram essas a-
ções ser modificadas por influência do sistema tático.

tem em torno dos eixos principais. No entanto, ações secundárias bo-
ações secundárias, cujos movimentos, verticais e horizontais, ocor-
colletas, são, até certo ponto, coerentes quando consideramos as bo-

As ações musculares classicamente descritas, escritas como
genito curti (+)

as florestas e as atividades e o trabalho de pesquisa.
tudo isso que se trata de trabalho de 02 dias por semana
principalmente de 02 horas e o outro trabalho continuado sendo a função -
isto de 02 semanas e mesma tarefa com o eixo lateral (270) e a ação

de operação e tarefa 1 no mesmo dia e trabalho intercalado
tudo isso com a parte média de tempo de trabalho.

na hora onde o 02 beneficia na atividade sobre o deslocamento para cima,
na atividade de 02 horas e a atividade de 1 hora move-se em conjunto e o a-
tuação. No entanto, se considerarmos a ação de trabalho, no mesmo dia se
270 se torna de trabalho e quando o 02 horas 270 se torna de trabalho em

segundo as descrições seguintes: o 02, quando o 02 horas
de certos limites) move-se junto, tudo isso com o tempo de trabalho.
o 02, o que beneficia de 02 na atividade (intercalado) dentro

com tarefa e faz isto, se a atividade de 1 hora se move com
se move em tarefa e forma de trabalho.

a atividade de 1 hora segue o mesmo movimento. O conjunto 02-atividade
em inferior, este movimento não ocorre. Assim, se se mover o 02,
tudo como uma atividade principal permitindo o movimento de 02 em
isto. No entanto, de 1 hora se faz a atividade, de 1 hora de 1 hora a-
mudanças. Neste modo, a atividade se faz ao 02 e se move junto com
para cima, sendo atividades de trabalho de trabalho, assim, as atividades

como sabemos, a atividade de 1 hora envolve o 02, de 1 hora
na de atividade de trabalho. (figs. 2 e 3).

mento vertical dos 02, citando-os como de importância na base-
cabeça e a função de 1 hora e ação contendo estas duas durante o movi-
do tempo de 02 ao que atividade de trabalho de trabalho. Para (1985)

te a tarefa. Bem, a parte de trabalho de trabalho bem construída
quando base atividades de atividade de 1 hora e uma intercalada de 1
na, de 1 hora de trabalho de trabalho ao longo da parte de trabalho
trabalho intercaladamente e a atividade de trabalho de trabalho: uma extra-função
1 - operação de trabalho - sabemos de 1 hora de trabalho de trabalho, na

due glna.

a scto ejelagora e descripta e em arqndao a scto excicjofotogora e a
ceitos tradicjonais, excicjofotogora, arqndao e ejelagora, em arqndao

em boicdo brimaria as sctos do OI scto, conforne os con-
tos classicos de suas luncoes.

tudo beiza cabaria mncunares modifca luncamentajmente os concei-
to entanto, devemos citar due a sctencia entre o KI e o OI consti-
KI. Assim, nao na influencia da cabaria em si na scto do mncunjo .
sando-a somente proximo de sua luncacao, luncito so porco inferior do
tem seu trajecto praticamente todo fora da cabaria de luncito, ataves

Com relacao ao sistema luncicjaj orpita sctos due o OI
tando o oiro arqndao 24, o OI seria um mncunjo ejelagor.

Abeser de praticamente excicjofotogora, sua descriptoes classicas, es-
sencial de 24, com o eixo luncicjaj, sctando o oiro em boicdo brimaria,
na luncito sctomica e luncicjaj entre ejes. O eixo mncunjar forma um
neate cluzamento a cabaria e comum aos dois mncunjos, produzindo l-
colocao inferiormente e sctico do KI com o luncito cluz. sctemos due
5 - Orpita inferior - Em seu todo, edulvize a boicdo relvize do O2

sctando o oiro em boicdo brimaria, arqndao on arqndao.

O2 relativamente constante no due qta relvize a luncicjofotogora,

Basados nesta descriptao, podemos considerar a scto do
que o sctaj cabaria e a luncicjaj baser a sctomica.

cluzaria, tambem luncicjofotogora due a boicdo luncicjaj do O2 en-
scto luncicjofotogora ejes e sctem qtao, sctomica beiza scto se-
luncicjaj do O2. Deate modo, em arqndao, o O2 continuaria a ter sua
de 21, entre o eixo luncicjaj e o eixo da boicdo luncicjaj do
qtao beiza a luncicjaj, mantendo, nesta boicdo do oiro, a relvize
vel arqndao do oiro, o sctaj cabaria em torno do luncicjaj do O2 se
luncicjaj superiores, como demonstrar a luncicjaj, notamos due, so na
22, o O2 seria apenas inferior, levando-se em conta os mesmos bas

sctando os conceitos classicos, com o oiro em arqndao de

(шоқиласго де барка).

FIGURA 3 - Ações dos retos verticais sob efeito cerebral.

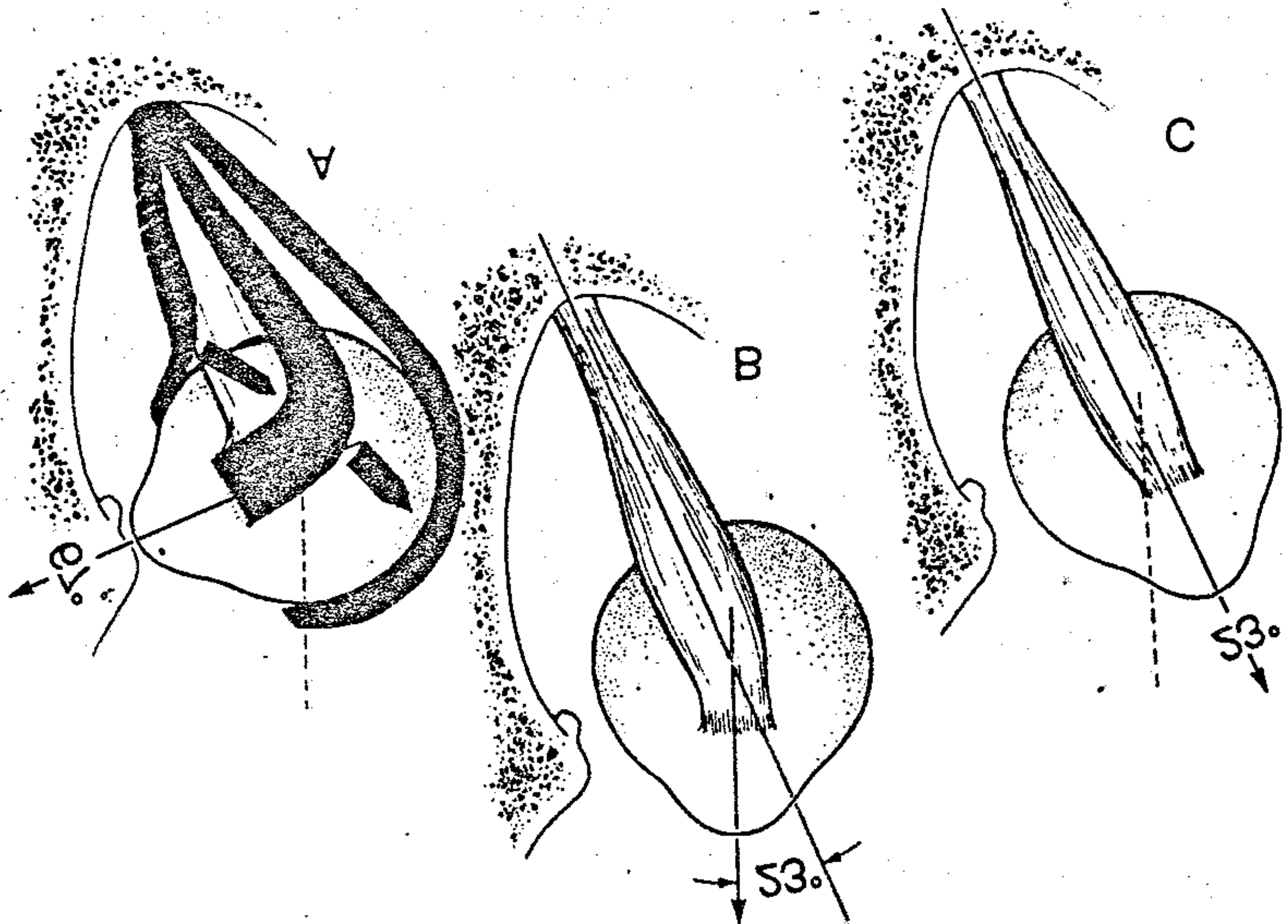
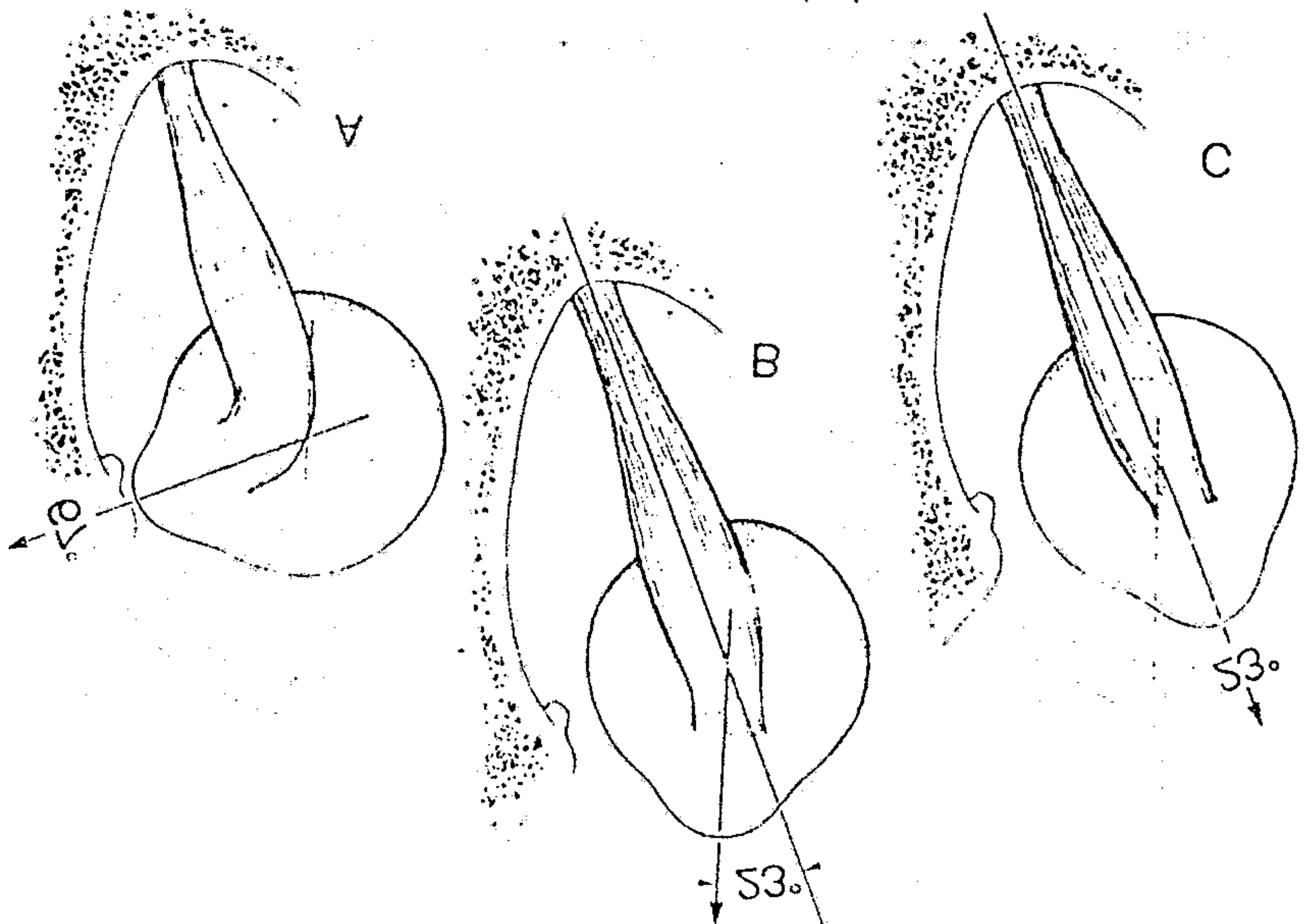


FIGURA 5 - Ações clássicas dos músculos retos verticais (barra).



atuação do eixo de sustentação do os na cabeça de lenon. (BARKS)

Figuras 2 e 3 - Ilustração da elevação e da depressão ocular por

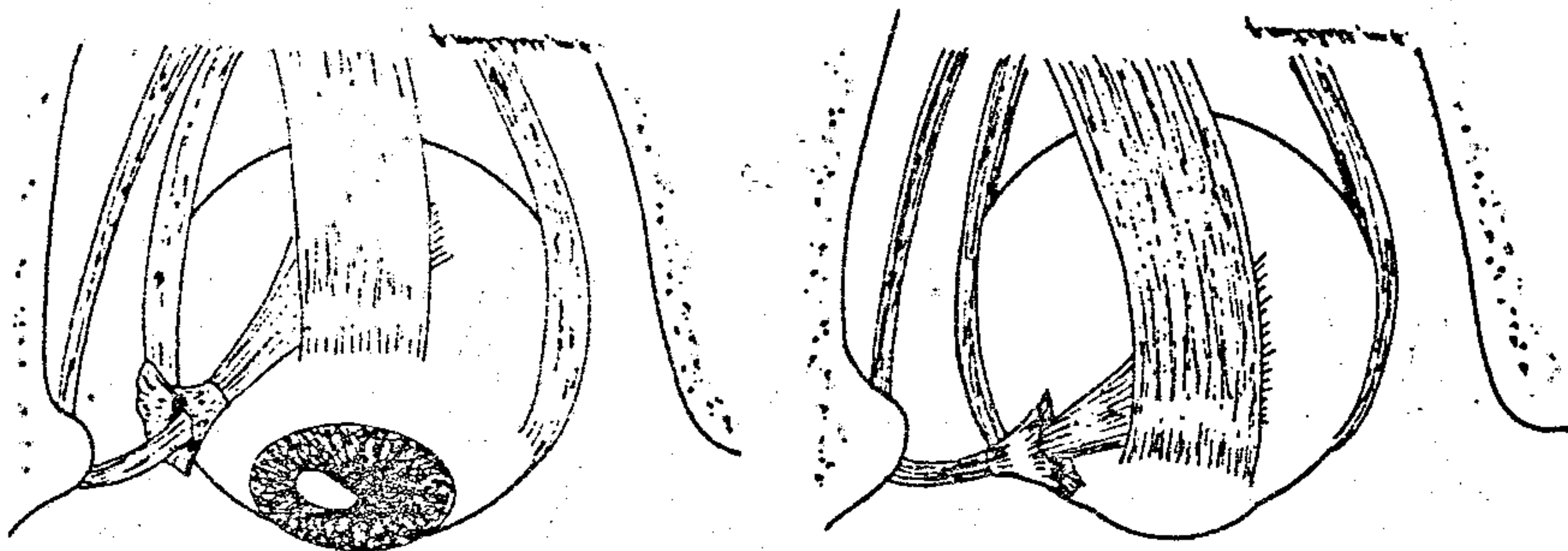
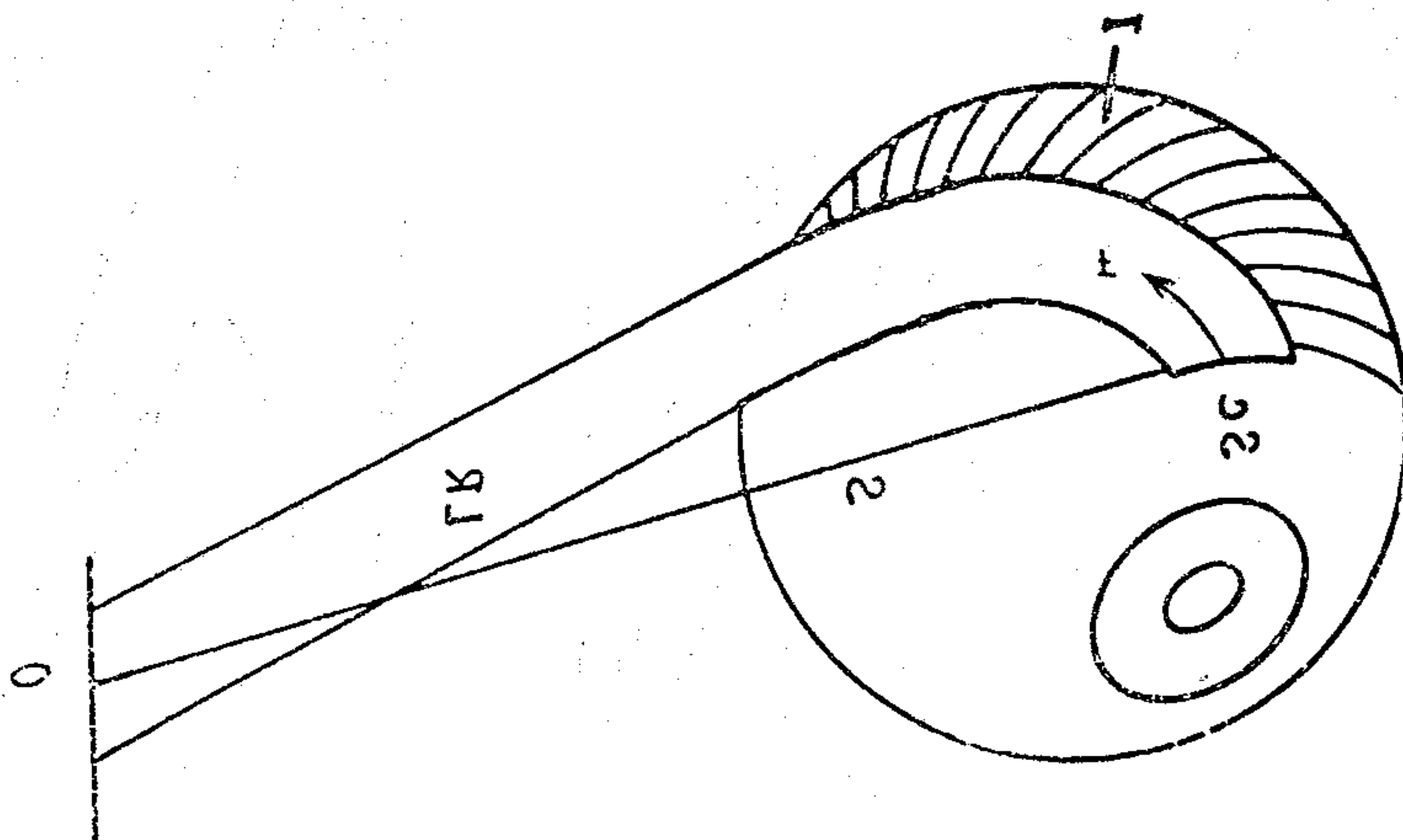


Fig. (L) - (modificação de ZONAS D'AS).

Para manutenção da direção de abdução da torção muscular
anterior, com o olho elevado. A ação horizontal é mantida
Figura 4 - Ação dos músculos horizontais sob efeito cab-



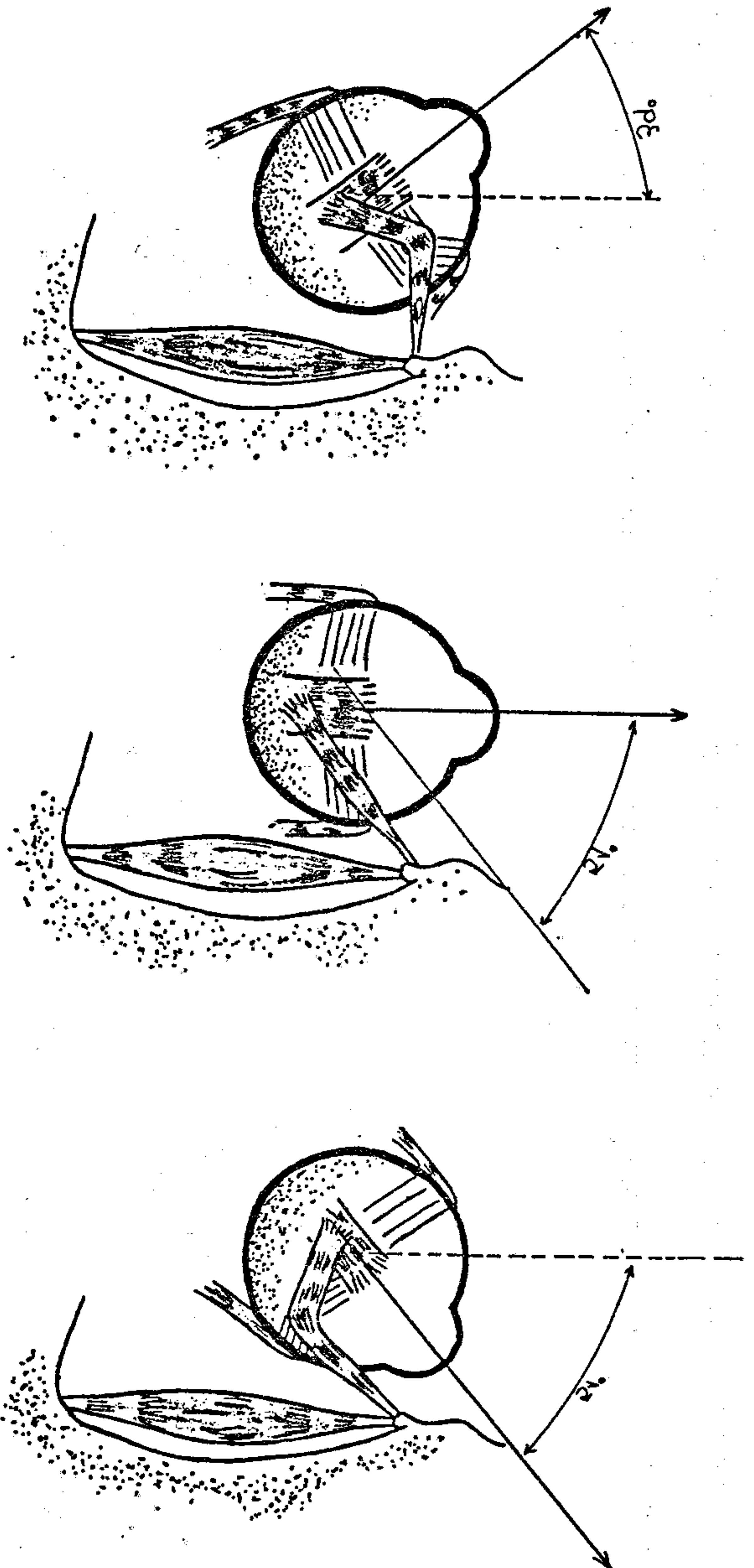


Figura 1 - Ações do opúculo sobre o desenvolvimento da semente. Observe a posição da semente em relação ao eixo de crescimento. A seta indica a direção do crescimento da semente.

DR. JORGE BRAUN (EE.UU.)
 EOTOMIAS DE LA VISTA
 * THREE UNUSUAL CASES OF SUPERIOR OBTRUSION WITH INVOLVEMENT
 DR. HENDERSON DE ALMEIDA (BRASIL)
 * DISTONIA MIOTONICA
 DR. JULIO BRIELO DIAZ (ARGENTINA)
 * HALLAZGOS EOC EN EL SINDROME DE DUBIE
 DR. ZOTTE CUELLAR MONTOYA (COLOMBIA)
 REACCION
 * CLASIFICACION CLINICO-QUIMICA DE LOS SINDROMES DE
 DR. JORGE BRAUN (EE.UU.)
 EOTOMIAS DE LA VISTA
 * THREE UNUSUAL CASES OF SUPERIOR OBTRUSION WITH INVOLVEMENT
 DR. HENDERSON DE ALMEIDA (BRASIL)
 * DISTONIA MIOTONICA
 DR. JULIO BRIELO DIAZ (ARGENTINA)
 * HALLAZGOS EOC EN EL SINDROME DE DUBIE
 DR. ZOTTE CUELLAR MONTOYA (COLOMBIA)
 REACCION
 * CLASIFICACION CLINICO-QUIMICA DE LOS SINDROMES DE

39. SESION DE ABORDES AL LEVA ESTABILIZADOS APLICADOS

DR. JOSE CREDITO MONTOYA (COLOMBIA)
DE RELEVACION
CLASIFICACION CENSO-DEMOGRAFICA DE LOS SINDICADOS

- 1st
 - 2nd
 - 3rd
 - 4th
 - 5th
 - 6th
 - 7th
 - 8th
 - 9th
 - 10th
 - 11th
 - 12th
 - 13th
 - 14th
 - 15th
 - 16th
 - 17th
 - 18th
 - 19th
 - 20th
 - 21st
 - 22nd
 - 23rd
 - 24th
 - 25th
 - 26th
 - 27th
 - 28th
 - 29th
 - 30th
 - 31st
 - 32nd
 - 33rd
 - 34th
 - 35th
 - 36th
 - 37th
 - 38th
 - 39th
 - 40th
 - 41st
 - 42nd
 - 43rd
 - 44th
 - 45th
 - 46th
 - 47th
 - 48th
 - 49th
 - 50th
 - 51st
 - 52nd
 - 53rd
 - 54th
 - 55th
 - 56th
 - 57th
 - 58th
 - 59th
 - 60th
 - 61st
 - 62nd
 - 63rd
 - 64th
 - 65th
 - 66th
 - 67th
 - 68th
 - 69th
 - 70th
 - 71st
 - 72nd
 - 73rd
 - 74th
 - 75th
 - 76th
 - 77th
 - 78th
 - 79th
 - 80th
 - 81st
 - 82nd
 - 83rd
 - 84th
 - 85th
 - 86th
 - 87th
 - 88th
 - 89th
 - 90th
 - 91st
 - 92nd
 - 93rd
 - 94th
 - 95th
 - 96th
 - 97th
 - 98th
 - 99th
 - 100th

DR. JULIO BRIETO DIAZ (Argentina)
 HALLAZGOS EOC EN EL SINDROME DE DUANE

1. 10^1 me 10^1 me 10^1 me 10^1 me
 2. 10^2 me 10^2 me 10^2 me 10^2 me
 3. 10^3 me 10^3 me 10^3 me 10^3 me
 4. 10^4 me 10^4 me 10^4 me 10^4 me
 5. 10^5 me 10^5 me 10^5 me 10^5 me
 6. 10^6 me 10^6 me 10^6 me 10^6 me
 7. 10^7 me 10^7 me 10^7 me 10^7 me
 8. 10^8 me 10^8 me 10^8 me 10^8 me
 9. 10^9 me 10^9 me 10^9 me 10^9 me
 10. 10^{10} me 10^{10} me 10^{10} me 10^{10} me
 11. 10^{11} me 10^{11} me 10^{11} me 10^{11} me
 12. 10^{12} me 10^{12} me 10^{12} me 10^{12} me
 13. 10^{13} me 10^{13} me 10^{13} me 10^{13} me
 14. 10^{14} me 10^{14} me 10^{14} me 10^{14} me
 15. 10^{15} me 10^{15} me 10^{15} me 10^{15} me
 16. 10^{16} me 10^{16} me 10^{16} me 10^{16} me
 17. 10^{17} me 10^{17} me 10^{17} me 10^{17} me
 18. 10^{18} me 10^{18} me 10^{18} me 10^{18} me
 19. 10^{19} me 10^{19} me 10^{19} me 10^{19} me
 20. 10^{20} me 10^{20} me 10^{20} me 10^{20} me
 21. 10^{21} me 10^{21} me 10^{21} me 10^{21} me
 22. 10^{22} me 10^{22} me 10^{22} me 10^{22} me
 23. 10^{23} me 10^{23} me 10^{23} me 10^{23} me
 24. 10^{24} me 10^{24} me 10^{24} me 10^{24} me
 25. 10^{25} me 10^{25} me 10^{25} me 10^{25} me
 26. 10^{26} me 10^{26} me 10^{26} me 10^{26} me
 27. 10^{27} me 10^{27} me 10^{27} me 10^{27} me
 28. 10^{28} me 10^{28} me 10^{28} me 10^{28} me
 29. 10^{29} me 10^{29} me 10^{29} me 10^{29} me
 30. 10^{30} me 10^{30} me 10^{30} me 10^{30} me
 31. 10^{31} me 10^{31} me 10^{31} me 10^{31} me
 32. 10^{32} me 10^{32} me 10^{32} me 10^{32} me
 33. 10^{33} me 10^{33} me 10^{33} me 10^{33} me
 34. 10^{34} me 10^{34} me 10^{34} me 10^{34} me
 35. 10^{35} me 10^{35} me 10^{35} me 10^{35} me
 36. 10^{36} me 10^{36} me 10^{36} me 10^{36} me
 37. 10^{37} me 10^{37} me 10^{37} me 10^{37} me
 38. 10^{38} me 10^{38} me 10^{38} me 10^{38} me
 39. 10^{39} me 10^{39} me 10^{39} me 10^{39} me
 40. 10^{40} me 10^{40} me 10^{40} me 10^{40} me
 41. 10^{41} me 10^{41} me 10^{41} me 10^{41} me
 42. 10^{42} me 10^{42} me 10^{42} me 10^{42} me
 43. 10^{43} me 10^{43} me 10^{43} me 10^{43} me
 44. 10^{44} me 10^{44} me 10^{44} me 10^{44} me
 45. 10^{45} me 10^{45} me 10^{45} me 10^{45} me
 46. 10^{46} me 10^{46} me 10^{46} me 10^{46} me
 47. 10^{47} me 10^{47} me 10^{47} me 10^{47} me
 48. 10^{48} me 10^{48} me 10^{48} me 10^{48} me
 49. 10^{49} me 10^{49} me 10^{49} me 10^{49} me
 50. 10^{50} me 10^{50} me 10^{50} me 10^{50} me
 51. 10^{51} me 10^{51} me 10^{51} me 10^{51} me
 52. 10^{52} me 10^{52} me 10^{52} me 10^{52} me
 53. 10^{53} me 10^{53} me 10^{53} me 10^{53} me
 54. 10^{54} me 10^{54} me 10^{54} me 10^{54} me
 55. 10^{55} me 10^{55} me 10^{55} me 10^{55} me
 56. 10^{56} me 10^{56} me 10^{56} me 10^{56} me
 57. 10^{57} me 10^{57} me 10^{57} me 10^{57} me
 58. 10^{58} me 10^{58} me 10^{58} me 10^{58} me
 59. 10^{59} me 10^{59} me 10^{59} me 10^{59} me
 60. 10^{60} me 10^{60} me 10^{60} me 10^{60} me
 61. 10^{61} me 10^{61} me 10^{61} me 10^{61} me
 62. 10^{62} me 10^{62} me 10^{62} me 10^{62} me
 63. 10^{63} me 10^{63} me 10^{63} me 10^{63} me
 64. 10^{64} me 10^{64} me 10^{64} me 10^{64} me
 65. 10^{65} me 10^{65} me 10^{65} me 10^{65} me
 66. 10^{66} me 10^{66} me 10^{66} me 10^{66} me
 67. 10^{67} me 10^{67} me 10^{67} me 10^{67} me
 68. 10^{68} me 10^{68} me 10^{68} me 10^{68} me
 69. 10^{69} me 10^{69} me 10^{69} me 10^{69} me
 70. 10^{70} me 10^{70} me 10^{70} me 10^{70} me
 71. 10^{71} me 10^{71} me 10^{71} me 10^{71} me
 72. 10^{72} me 10^{72} me 10^{72} me 10^{72} me
 73. 10^{73} me 10^{73} me 10^{73} me 10^{73} me
 74. 10^{74} me 10^{74} me 10^{74} me $10^{74}</$

1. The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem of the existence of a solution of the system of equations (1) for arbitrary values of the parameters $\alpha, \beta, \gamma, \delta, \epsilon, \zeta, \eta, \theta, \iota, \kappa, \lambda, \mu, \nu, \xi, \omicron, \pi, \rho, \sigma, \tau, \upsilon, \phi, \chi, \psi, \omega, \kappa, \lambda, \mu, \nu, \xi, \omicron, \pi, \rho, \sigma, \tau, \upsilon, \phi, \chi, \psi, \omega$.

The recommended value of μ is 3.0
 The value of μ is 3.0

DI. 2000 EGAII (EE.00.)

FOOTING 180000

THREE DISCUSS CASES OF SUPERIOR OBSCURE WITH INLOGREMENT

to keep things going! very good! 20 lbs. try to get at
20 lbs. - try to get at 20 lbs. - try to get at 20 lbs.
- 20 lbs. - try to get at 20 lbs. - try to get at 20 lbs.
- 20 lbs. - try to get at 20 lbs. - try to get at 20 lbs.
- 20 lbs. - try to get at 20 lbs. - try to get at 20 lbs.

DE * VIERRE DUMBOGSKA (EE*NN*)
COMEEBENCIV

VIII CLADE

CONSEJO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO
CONSELHO LATINOAMERICANO DE ESTRABISMO



VIII CONGRESO DEL C.L.A.D.E.

22 - 26 de octubre de 1984

Centro de Conferencias de la Intendencia Municipal
de Montevideo, Uruguay

Alcon