

## OFTALMOLOGÍA.

## LIGEROS APUNTAMIENTOS SOBRE ALGUNOS CASOS CLINICOS DE MI PRACTICA.

E. R., pintor (carrocero), de cuarenta años de edad, bien constituido y de buena salud en general, sin antecedentes diatésicos adquiridos ó hereditarios. Vino á consultarme á fines de 84, por unos dolores muy fuertes que tenía en el ojo derecho, el que habia perdido diez meses antes; preguntado acerca del modo con que lo perdió, dijo que se le fué empañando la vista de ese lado poco á poco; pero el empañamiento no era uniforme, sino que sobre un fondo nebuloso veía manchas negras que le incomodaban mucho porque se interponían delante del objeto fijado, y no le dejaban trabajar sino cubriéndose el ojo con un vendaje. Añadió, que después de estos fenómenos tuvo por dos veces punzadas con intervalo de tres ó cuatro meses y con ellas perdió totalmente la vista. Ahora es la tercera vez que sufre estos dolores, y se ha alarmado porque comienza á ver unas manchas volantes en el otro ojo, y aun le parece que ve menos que antes. El examen dió el siguiente resultado: ojo izquierdo igualmente saliente que el opuesto, la tensión no está aumentada, no hay ninguna sensación de luz; al mirarlo se nota ligera inyección periquerática, iris moreno-verdoso, sin adherencias pupilares; la pupila está ocupada por una catarata blanca lechosa. El ojo derecho emétrope, agudez visual de  $V = 1$ , iris moreno-castaño, pupila mediana, regular, ligeramente perezosa en sus movimientos; con el oftalmoscopio no observo nada anómalo. Diagnostico, iri-coroiditis, perturbación del vítreo y catarata secundaria. Le prescribo un colirio de sulfato de eserina; acibar, como derivativo intestinal, y cloral para calmar los dolores y dormir. Instruyo al enfermo acerca de su porvenir, señalándole el peligro para el ojo bueno si estas punzadas se siguen repitiendo, porque el mal podría pasar simpáticamente al otro lado y sería necesario sacrificar el ojo enfermo para sanar el otro. Fuése el enfermo con estas medicinas y consejos y no volvió en mucho tiempo. Cuatro ó cinco meses después vuelve á mi consulta con el ojo derecho doloroso desde hace una semana, con mayor inyección periquerática, y con la particularidad que la catarata blanca se había cambiado en amarillo canario. El ojo izquierdo con la pupila más grande que cuando la ví antes, más perezosa, y la cámara anterior aparece más espaciosa, porque el iris está proyectado hacia atrás: el paciente dice ver las manchas más pronunciadas y más numerosas. Le digo que ya es para mí urgente la enucleación del ojo derecho: mas él se resiste á la operación por temor al cloroformo. Se va diciéndome que probablemente se resuelve y me avisará. Le insto para que consulte con otros facultativos, porque si no se resuelve pronto se quedará ciego sin remedio. Todavía dejó pasar seis ó siete días para volver á verme, mas ya fué resuelto.

Al día siguiente practiqué la enucleación del ojo por el método clásico, hice en seguida la sutura de bolsa, y con un apósito antiséptico húmedo terminé la operación. Lavé el ojo extraído y abríle con una sección ántero-posterior; se escurrió el vítreo, en parte, bajo la forma de un líquido amarillento espeso; en la parte restante se veía una vejiguita blanca como del tamaño de un grano de arroz; las membranas que forman el globo del ojo estaban engrosadas, y muy cerca de la papila del nervio óptico, como á 6 milímetros hacia adentro, se notaba una pequeña elevación redondeada, casi como medio chícharo, blanquecina, que no abrí porque quise hacer más detallado y prolijo el examen anátomo-patológico de esa curiosa pieza.

Encargué dicho examen á nuestro malogrado histologista el Sr. Larios, el cual confirmó lo que yo había sospechado, y era la presencia de cisticercos: uno en el cuerpo vítreo, y otro bajo la retina enquistado en la coroides. Las otras membranas no presentaban nada particular sino las lesiones inflamatorias secundarias y la degeneración del cristalino ya mencionada. Los cisticercos se reconocieron por sus caracteres propios y los ganchos característicos. El que conservo en mi poder lo presento á la Academia; el otro, con el ojo que lo guarda, lo cedi al Hospital de Instrucción.

**REFLEXIONES:** El cisticercos, muy frecuente en los países donde se hace mucho uso de la carne cruda, es más raro en otros: abunda en Alemania y es menos común en Francia. En México las afecciones hidáticas son raras, y no sé que haya sido encontrado el cisticercos en el ojo por otro observador: en este caso el diagnóstico preciso no era posible por la opacidad del cristalino; y aunque así no hubiera sido, acaso le habría confundido, porque solo he leído su descripción y visto en atlas los dibujos que los representan.

No es sólo el hecho de ser raro el que debe llamar nuestra atención, sino el hecho aun no referido en el hombre, de dos cisticercos en un ojo; caso descrito por Nordmann en el puerco.

---

El Sr. D. Pedro G. Amieva, joven español sano y robusto, al descargar una escopeta sintió herido el ojo derecho: trabajo le costó abrirlo poco después del accidente, y ya vió muy turbio; el ojo se puso rojo, lagrimoso, aparecieron dolores en el globo ocular y en la frente, que le molestaron esa noche y apenas le permitieron reposo. Al día siguiente ya no veía la luz sino muy confusamente y los dolores eran mucho más fuertes; consultó en Teziutlán, punto donde se hallaba el paciente, con el Sr. Ulrich, el que desconoció el accidente, y prescribió sanguijuelas en la nuca y un vejigatorio en las sienes; mas el enfermo no sintió, como era de esperarse, ningún alivio, y dos días después marchó para

Puebla, donde vió á otro facultativo, el cual le prescribió calomel á dosis refracta y un colirio de sulfato de atropina. No sintió tampoco alivio, y en tal virtud resolvió venir á la Capital á consultarme. Hízome relación de lo acaecido, tal como acabo de referir, y al examen noté los fenómenos siguientes: ojo ligeramente hinchado cubierto por el párpado superior, lloroso. Abierto, ví una inyección conjuntival y sobre todo periquerática intensa; córnea intacta al parecer, iris amarillo-verdoso, con una pequeña sufusión sanguínea, abertura pupilar ocupada por copos blancos de masas cristalinas, ligero hipopión en el declive de la cámara anterior. La iluminación focal anterior me hizo ver una mancha linear, como de dos milímetros, hacia la parte interna y superior de la córnea, la sufusión sanguínea del iris más roja. La percepción luminosa se conserva cuantitativamente. Diagnostico: herida penetrante del ojo, probablemente por un fragmento de cápsula, catarata traumática é irido-ciclitis consecutiva. El cuerpo extraño está dentro del ojo, ¿pero en dónde? Podría estar en el cristalino que había opacado, ó acaso lo había atravesado, y se encontraba en el vítreo, ó hiriendo alguna de las membranas profundas, ó había atravesado y salido del globo ocular. No era posible precisar esta parte topográfica, y en tal virtud formulé el tratamiento de la manera siguiente: hacer una sección linear externa con una amplia iridectomia: en seguida, por ella procurar extraer las masas corticales y el pus. Durante esta maniobra acaso se presente el cuerpo extraño y se pueda sacar. Si no fuere tan feliz, entonces haré la enucleación del ojo para mayor seguridad, no sea que dejando el fragmento metálico en el muñón, tarde ó temprano venga una oftalmia simpática irremediable.

Así discurrido mi proceder lo expuse al enfermo manifestando poca esperanza de conservarle vista al ojo herido, mas compensando el gran sacrificio de la enucleación, si era necesario, con la seguridad absoluta para el otro ojo.

Aceptada la operación procedí á hacerla el 15 de Setiembre de 1884, acompañado de mis discípulos Don A. Chacón y Don O. Vázquez Legorreta: anestesiado el enfermo completamente, puesto el oftalmóstato y sujetado el ojo con las pinzas fijadoras, practiqué una incisión externa con el cuchillo lanceolar en el limbo esclerótico-corneal, de 4 á 5 milímetros; inmediatamente introduje las pinzas de iridectomia y tomé una amplia porción de iris, que extraje y corté en tres tiempos, para no dejar enclavamientos consecutivos; por la abertura iridiana introduje las pinzas capsulares de Mathieu, y tomando las opacidades pupilares sentí que cedían á mis tracciones, plegándose la cápsula del cristalino, la que pude extraer fácilmente, quedando limpio el campo pupilar; examiné desde luego lo extraído, y con gran gusto mio encontré en el zurroncillo del cristalino un fragmento de carbón y un pedacito de cobre laminado perteneciente á la cápsula: entreabrí varias veces la herida para que la salida del humor acuoso arrastrase el hipopión, y una vez conseguido esto instilé unas gotas de colirio de atropina, y con un apósito antiséptico bórico terminé la operación. Los fenómenos in-

inflamatorios se fueron disipando, los dolores cesaron á las 48 horas, mas á mi pesar y á pesar de las repetidas inyecciones de atropina, la nueva pupila se estrechaba y acabó por cerrarse completamente, desapareciendo por último todos los accidentes inflamatorios y no quedando mas que una ligerísima inyección periquerática como vestigio del trabajo flogístico, y la atresia completa de la pupila. La visión se conservó confusa cuantitativamente y nula cualitativamente; mas ya no quise hacer nueva operación, por temor de despertar accidentes inflamatorios inútiles. Dije al enfermo que dejara pasar algunos meses para que se le hiciese otra operación que podría darle vista nuevamente al ojo, en cuanto puede tenerla un afaquico.

Volvió el enfermo á los ocho meses y se hospedó en la casa de su tío D. Nicolás de Teresa, donde fui á verle, y encontré el ojo operado sin vestigio alguno de inflamación y con el iris enteramente igual en color al del otro lado; pero ni señal quedaba de la iridectomia practicada anteriormente á pesar de su amplitud.

Para dar entrada á la luz podía yo optar entre dos operaciones: la iridectomia ó la iritomia ó irito-ectomia. Me decidí por la primera, por estas razones: el iris no está degenerado por una inflamación crónica, la cápsula ha sido totalmente extraída, y quitando una nueva porción al iris muy probablemente quedará una amplia entrada á la luz. Hicelo así, por el método clásico, y vino la cicatrización inmediata, la pupila nueva limpia, y después de quince dias el ojo tenía una agudeza visual de  $V = \frac{1}{2}$ , con vidrios del número  $4 \frac{1}{2}$ .

Este buen éxito creo que se debe en gran parte á la intervención pronta y á la antisepsia, que en la primera operación secó muy pronto la fuente del pus, y en la segunda no permitió que se formara.

#### OBSERVACIONES DE UN NUEVO TRATAMIENTO DE QUERATOCONUS.

El queratoconus ó córnea cónica, es una afección acerca de cuya etiología reina aún bastante oscuridad, y de aquí resulta la diversidad de tratamientos, según que se atribuye á tal ó cual causa, ó también el escepticismo completo que manda un paliativo ineficaz ó ningún tratamiento. Para mí el tratamiento es paliativo-protético, médico, quirúrgico, ó médico-quirúrgico. Del primero no me ocuparé, porque hace punto omiso de la etiología y aun de la enfermedad y sólo se ocupa del vicio de refracción, para corregirlo ó paliarlo con vidrios apropiados. De los otros métodos terapéuticos me voy á ocupar, y para fundar mis opiniones añadiré algunas observaciones prácticas.

Las teorías etiológicas reinantes acerca de esta curiosa afección se pueden reducir á tres; aumento de la presión intra-ocular, aumento de esta presión y disminución de la resistencia de la córnea, disminución de la resistencia córnea sin aumento ó con disminución de la presión ocular. El aumento de la presión no

se ha demostrado en el queratoconus bien desarrollado; si en el principio de su formación lo hubo, es posible, pero aun está por averiguarse. Que hay presión normal ó hipotonía, esto si está demostrado; lo que deja suponer una resistencia menor de los tejidos estafilomatosos.

De estas opiniones resulta que se han empleado como hipotónicas las sales de eserina y de pilocarpina; y como medios quirúrgicos, la paracentesis, la iridectomía, la esclerotomía. Todos estos medios, ya simples, ya combinados unos con otros, no han dado resultados completos ni durables; sólo mencionaremos de paso la iridesis doble ó simple con iritomía, que pretende hacer la pupila como una hendidura estenopeica, medios puramente paliativos que necesitan operaciones muy delicadas, y que aun hechas por una mano hábil dejan tras sí frecuentemente, inflamaciones graves, dolorosas, y de fatales consecuencias para la visión. Los que consideran la debilidad nativa de la córnea como causa, procuran modificar el tejido de la córnea produciendo un tejido de cicatriz en el vértice del cono: así lo hizo y lo explicó Græf, cuyo proceder era el siguiente: con el cuchillo que lleva su nombre, se hace un pequeño colgajo corneal en el vértice del estafiloma sin penetrar en la cámara anterior, convirtiendo á la superficie mutilada en una úlcera, mantenida por cauterizaciones repetidas con el nitrato de plata. Se puede también, á ejemplo de Bowman y otros, trepanar la córnea, ó bien hacer, con Abadie, la trepanación junta con la iritomía. Se puede también, por el procedimiento de Bader, reducir directamente la extensión del queratoconus, cortando un pequeño colgajo elíptico en la córnea y reuniendo la herida con una ó dos suturas.

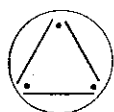
Pero todas estas operaciones tienen grandes peligros, porque borran durante algunos días la cámara anterior y exponen casi fatalmente á las adherencias del iris con la córnea, y por fin de cuentas, traen cicatrices adherentes, visibles, molestas que empeoran muchas veces la visión ó anulan por completo el éxito operatorio.

Como para mí la idea de Græf es la prácticamente cierta, supuesto que cuando llegan estos enfermos á nuestras manos demostramos estos dos factores, ectasia corneal é hipotonía, no hay más que un medio para aliviarlos: sustituir el tejido blando con otro más duro, y dotarlo de retractilidad, para no detener solamente el mal sino hacerlo retroceder. Ninguno de los procedimientos mencionados llena por completo su objeto: el de Græf, que es el más racional en sus fundamentos, tiene los defectos siguientes: ataca el vértice del cono, deja una mancha central que molesta en lo futuro la vista, y sólo surte en los casos medios y nunca en los exagerados.

Para mí el mejor procedimiento es el mío, no por la liga de parentesco que me une con él sino porque así me lo ha demostrado la teoría y la clínica, y hoy se puede hacer fácilmente con la preciosísima ayuda de la cocaína. Voy á describir sucintamente mi manera de obrar: en seguida relataré algunas obser-

vaciones y después entraré en las consideraciones teóricas y prácticas que son del caso.

PROCEDIMIENTO DE R. VÉRTIZ.—Se *cocainiza* el ojo, en seguida se abren los párpados con los dedos, ó si no se está muy práctico, con un oftalmostato: después con la punta más fina del termo-cauterio puesta en un mango menos grueso y pesado que el ordinario, incandecida *al blanco*, se hacen tres puntos de fuego colocados de tal modo que si se uniesen con una línea formarían los ángulos de un triángulo inscrito cerca del vértice del cilindro-cono, como se ve en la figura adjunta, y de una profundidad media, es decir, que pasen el tejido epitelial de la córnea. Estas cauterizaciones se repiten en los mismos lugares y según el caso lo indique. Como tratamiento de las quemaduras, las más veces no hay que hacer nada; pero si sobreviene en el mismo día de la operación alguna reacción ocular, bastan algunas fomentaciones de agua fría para que se calme.



PRIMERA OBSERVACIÓN.—El joven E. A., de diez años de edad, va á la consulta por una miopía que tiene, particularmente en el ojo izquierdo, que le origina dificultades y reproches en la escuela. Le examino y diagnostico un queratoconus doble muy notable en el ojo izquierdo, poco pronunciado en el derecho. En este ojo los vidrios apropiados corrigen bastante bien el defecto; no así en el otro, el cual está demasiado ectáctico. Propongo á la madre del joven la cauterización actual repetida, no con la seguridad de sanarle, sino como una tentativa justificada por la teoría. Ella accede, y practico 24 cauterizaciones á diferentes intervalos entre ellas; al principio fueron terciadas, después por semana, y luego una que otra, según me pareció conveniente. La cauterización la hice entonces con un gancho de estrabismo enrojecido en la flama de la lámpara; ponía un solo punto de fuego en el vértice del cono, y como todavía no se usaba la cocaína, sin anestesia local. Noté los hechos siguientes: primero, la cauterización ignea era poco ó nada dolorosa en la córnea; segundo, las cauterizaciones superficiales sanaron con asombrosa rapidez; en 24 ó 36 horas se regeneró el epitelio sin dejar ninguna opacidad; tercero, las cauterizaciones más profundas se regeneraron pronto, á los tres ó cuatro días, pero dejando una opacidad más ó menos densa, según el tiempo que tardaron en cicatrizar, ó la infiltración purulenta que se producía en su fondo y bordes que constituía una ulceración querática con su vascularización nueva para repararla, y la regresión cicatrizal consecutiva cuyo proceso tuvo una duración lenta y variable. Así es que todos los matices de las opacidades corneales pueden hacerse artificialmente. La reacción en el ojo es nula en la cauterización superficial, y más ó menos fuerte en la profunda, según la marcha que sigue la fondezuela.

Las cauterizaciones superficiales no modificaron el mal: las profundas son tan-

to más eficaces cuanto producen más tejidos de cicatriz; su retracción es á veces muy rápida en cambio de una opacidad bien profunda. Todos estos hechos me los hizo ver mi inexperiencia en el caso que relato. Hacia cauterizaciones superficiales é inútiles, que desaparecían como por encanto; otras más profundas duraban más ó menos obrando, y una, que acaso fué la que determinó la curación, se supuró y se vascularizó, aunque poco.

El resultado fué la curación de la ectasia, pero con una mancha leucomatosa súpero-interna redondeada y de dos á tres milímetros de diámetro, que no anuló la vista en ese ojo, pero sí la dejó imperfecta.

SEGUNDA OBSERVACIÓN.—La Srta. N. C., de diez y ocho años, de buena constitución, sin antecedentes miópicos hereditarios, notó desde muy pequeña que veía muy mal con el ojo derecho, pero no hizo caso, porque en cambio veía muy bien con el izquierdo; mas ella y su familia han notado que el ojo se le hace cada día más saliente en esta última época, y esto origina su consulta. Le propongo las cauterizaciones actuales, y una vez admitidas, se las hago con un cauterio cónico que había mandado construir para el caso; pero las cauterizaciones no las hice en el vértice del cono sino en la parte superior é interna del estafiloma. En la tercera ó cuarta cauterización el cauterio estaba muy caliente y yo apoyé acaso bruscamente el instrumento sobre la córnea; el hecho fué que la acerada punta atravesó la membrana, abriendo la cámara anterior, de la que salió el humor acuoso, apagándose el cauterio y produciendo un ruido igual al que se produce cuando se arroja al agua un pequeño cuerpo en ignición. Hice una paracentesis por cauterización é involuntaria. Instilé unas gotas de atropina y puse un vendaje compresivo. Al tercer día la perforación se había cerrado, la pupila estaba dilatada y el ojo no tenía inflamación alguna. Dejé descansar siete ú ocho días el ojo, y durante este tiempo se mejoró notoriamente; pero en seguida volvió á crecer la ectasia, lo que me obligó á repetir de nuevo las cauterizaciones. No recuerdo cuántas hice; pero sí no llegaron á veinte. Dos manchas leucomatosas excéntricas y la reducción del estafiloma fueron el resultado que se obtuvo.

TERCERA OBSERVACIÓN.—La niña J. C. de M., de ocho años de edad, con el antecedente de haber tenido la oftalmía purulenta de los recién nacidos, tiene un estafiloma totalmente pelucido, pero que crece, aunque lentamente, en el ojo izquierdo. Le hice dos paracentesis igneas y conseguí limitar el desenvolvimiento ectásico, dejando una pequeña mancha casi central, por no haber elegido bien el punto debido.

CUARTA OBSERVACIÓN.—El joven José Yarto, de quince años de edad, de buena salud habitual, con antecedentes de miopía hereditaria por la vía materna, consultó al Sr. Dr. Carmona y Valle por la cortedad de su vista, y de esta

consulta resultó que le prescribió vidrios de 2-50 dioptrías, los cuales corrigieron el vicio de refracción del ojo izquierdo mas no del derecho, que estaba afectado de estafiloma pelúcido de la córnea. Para este ojo le ordenó colirios de eserina y de pilocarpina. Seguido este tratamiento por algunos dias no dió resultado, sino que á pesar de él se empeoró mucho el ojo querato-cónico. El Dr. Carmona había salido fuera de la Capital y la familia del paciente estaba muy alarmada porque había aparecido una nube, la cual era como de 2 milímetros, en 24 horas, y en 48 había crecido de doble tamaño; por estas razones fué á mi consulta y he aquí lo que observé: el ojo derecho del paciente está enormemente cónico, todo el vértice del cono está opaco, blanco-mate y hay una inyección muy viva conjuntival y periquerática con dolores del globo ocular, abundante lagrimeo, la vista muy nublada, y la tensión ocular disminuida. El diagnóstico no era en verdad difícil en un tejido adelgazado, mal nutrido; se estaba verificando un trabajo necrótico é inflamatorio, que muy probablemente ulceraria y perdería el ojo. Con esta idea alarmé á la familia y le propuse una operación que aceptó inmediatamente. Hice la esclerotomía por el procedimiento de Weker, y seguí empleando el colirio de salicilato de eserina, puse un vendaje compresivo y un apósito bórico húmedo. A las 48 horas parecía, al quitar la curación, que el cono era menos prominente; sin embargo, instilé de nuevo eserina y volví á colocar el vendaje compresivo con la misma clase de apósito; mantuve dos días más la compresión, y en seguida dejé el ojo en libertad aumentando la frecuencia de las instilaciones mióticas. Mas no bien estuvo libre el ojo cuando de nuevo vuelven los accidentes, crece aún más el cono, la opacidad es mayor y la inyección periquerática y el lagrimeo aumentan. Propongo y hago de nuevo la esclerotomía, y los mismos fenómenos se repiten: mejoría pasajera y recrudescencia del mal luego. En este apuro, ocurreseme la cauterización, mas el caso no era análogo á los anteriores: aquí había un trabajo inflamatorio, aunque fuese bastardo, y una cauterización podría aumentarlo, y acaso activar una necrobiosis fatal; pero también podría modificar la vitalidad de la córnea y hacer la curación. Aceptada por el paciente la operación, comencé por un punto de fuego en el vértice del cono: lo hice en ese lugar porque ya no había transparencia allí; los resultados fueron los siguientes: ningún dolor inmediato gracias á la cocaína, ligero en la tarde del día de la operación, mayor lagrimeo; al tercer día no hay vestigio del punto de fuego, el mismo acompañamiento inflamatorio. Animado por esta tentativa, practico nueva cauterización y multiplico los puntos de fuego, haciendo tres en la margen de la opacidad; la cicatrización de ellos vino rápida y la reacción no fué alarmante. Repito las cauterizaciones ocho veces, y el cono va desapareciendo, mas la córnea se vasculariza finamente en todo su contorno, y una de las quemaduras queda ulcerada y corresponde al centro poco más ó menos de la parte opacada. No cauterizo ya, y prescribo fomentos calientes y lavatorios bóricos al 3%. La



vascularización corneal no se aumenta, la molestia dolorosa y el lagrimeo disminuyen y la úlcera cicatriza á gran prisa; por eso desconfío del efecto, y cauterizo de nuevo la ulceración misma. Con esto renuevo y activo el trabajo ulceroso, y con gusto veo que el cono desaparece, la córnea tiene su curvatura ordinaria, mas está bien vascularizada. Dejo cicatrizar la úlcera, el trabajo regresivo hace desaparecer la nueva vascularización, y el leucoma central se va encogiendo poco á poco: continúo los fomentos y lavatorios bóricos. Ahora, dos meses y medio después de que ví al paciente, su estado es el siguiente: córnea regularmente esférica, transparente en su circunferencia, con una opacidad central, más densa abajo y adentro, que se va esfumando afuera y arriba: ya no hay inyección, ni conjuntival, ni periquerática; se puede oblicuamente y por la parte superior ver que la pupila está intacta y el iris de buen color. El enfermo que llegó con ese ojo á darse sólo cuenta de la luz, ve hacia afuera objetos pequeños, á la distancia de 10 á 15 centímetros, y cuenta los dedos á un metro de distancia.

Terminada la curación tendré el gusto de presentarlo á la Academia. Ahora le he propuesto espere para que se encoja más y más el leucoma, y se haga después, si fuere necesario, una iridectomia óptica, y el *tatouage* de su mancha en varias sesiones. Estos hechos, que para mí son muy importantes, los entrego á la crítica y observación de mis compañeros, deseando que con su ilustración modifiquen y perfeccionen lo que yo he bosquejado. De las someras observaciones referidas puedo deducir que la cauterización actual sana el queratoconus.

Que una ó dos cauterizaciones perforantes pueden, aunque con riesgo, sanar los casos medios.

Que los casos muy marcados necesitan un número variable, pero crecido de cauterizaciones.

Que éstas, para ser útiles, necesitan ser profundas para que se mantenga durante algún tiempo el trabajo flogístico deseado.

Que las cauterizaciones sanan este mal por el trabajo flogístico que producen y la regresión neoplásica consecutiva.

Este tratamiento puede dejar manchas más ó menos amplias y profundas que dificulten la visión ó afeen la fisonomía. Para las unas se emplearán las operaciones ópticas y para las otras se ennegrecerán con mucha prudencia en varias sesiones por el *tatouage*. El tratamiento médico con la eserina, la pilocarpina y la compresión coadyuvan al éxito.

El uso de la antisepsia evita las complicaciones y pone al cirujano en el caso de hacer marchar las ulceraciones á su albedrío.

México, Mayo 5 de 1886.

R. VÉRTIZ.