

ción, y, sin embargo, la cicatrización sin el menor contratiempo dió testimonio de que los injertos habían prendido con todo éxito.

Se ha reprochado al tejido adiposo cierta propensión a fundirse o a esfacelarse. Estos accidentes parece que son debidos a la estrechez de la sutura que impide el paso de los vasos sanguíneos de nueva formación.

Muy al contrario, las múltiples y variadas aplicaciones que cada día se hacen de dicho tejido, le van conquistando la categoría de recurso de primer orden. Basta recordar la protesis de la órbita, las de la cara y de otras partes del cuerpo. Como curiosidad recordaré el caso de Czerny quien llenó el hueco dejado por una amputación del seno con un lipoma que tenía la misma enferma. No es probable que tenga muchos imitadores.

En la cirugía de los tendones y de las articulaciones la implantación adiposa es de primer orden. Puede decirse que para las anquilosis, es el recurso supremo.

Para la epilepsia sintomática, más particularmente la consecutiva a adherencias meníngeas, la aplicación del colgajo adiposo es casi un triunfo de la terapéutica quirúrgica.

Finalmente, como medio hemostático en las hemorragias viscerales, como ocurren en las operaciones del hígado, del bazo, del páncreas, etc., es de tal manera eficaz, que el operador se siente tranquilo sabiendo que puede salvar la vida de su enfermo, en ese difícil trance, dejando una especie de taponamiento más seguro que el de la gasa y que no obliga, como ella, a dejar abierto el vientre.

México, 30 de octubre de 1918.

DR. MANUEL TOUSSAINT.

Pequeña contribución al estudio del tratamiento del Queratocono

Hace un siglo que esta afección se viene estudiando cuidadosamente y todavía su etiología y su patogenesis están en completa obscuridad.

Las diversas teorías emitidas para explicar la naturaleza del proceso no satisfacen, y los tratamientos que se han aplicado dan resultados muy medianos y algunas veces empeoran la situación de los pacientes.

El queratocono casi siempre es doble; pero en grado desigual y afecta exclusivamente la córnea, deformándola, pues todas las otras membranas y los medios permanecen normales, cuando menos al principio, antes que la miopía exagerada dé lugar a las lesiones de esclerocoroiditis posterior.

Seguramente con His y Panas debemos pensar que se trata de una lesión de la membrana endotelial que obra sobre la nutrición de la córnea hacia la parte más alejada de la llegada de los vasos y que disminuye su resistencia para soportar los cambios de presión intraocular. Como esta presión no

pasa de cierto límite fisiológico, la córnea cederá hasta encontrar el equilibrio y así permanecerá indefinidamente.

De manera que una vez constituido el queratocono definitivo todo el mal se reduce a los inconvenientes que tiene la deformación de la superficie anterior de la dioptría ocular para una refracción correcta. La modificación de esta superficie trae como consecuencia el alargamiento del diámetro antero-posterior del ojo que lo vuelve miope en general; pero las diferencias de consistencia y de padecimiento de la membrana transparente hacen que el alargamiento no siga las leyes de un manto matemáticamente trazado y que produzca astigmatismo más o menos irregular, aun cuando tenga tendencia a semejar un hiperboloide de revolución.

Para remediar estos inconvenientes de refracción, se han ideado vidrios combinados de diferentes maneras y aun de formas cónica o hiperbólica, habiéndose llegado a proponer los vidrios de contacto, que son difíciles de soportar más de una hora, y los vidrios que forman con el ojo y la órbita una cavidad llena de agua que regulariza la superficie.

Lo primero que se ocurre para evitar el desarrollo de esta lesión, es disminuir la tensión intraocular, a fin de que, soportando menor empuje, sea menor el ensanchamiento de la córnea y la deformación; para esto se han usado los mióticos y especialmente la pilocarpina instilada por largo tiempo; este recurso muy usado da resultados problemáticos que estoy por confesar que ningún resultado he podido obtener de él. Se comprende que una vez establecido el equilibrio entre la presión interior y la resistencia de la membrana, sólo podrá influir el miótico cuando se esté aplicando, y por poco que se le abandone, el proceso continuará su marcha o quedará como estaba antes, sin ser capaz de modificar las irregularidades de superficie que se pretende.

El tratamiento óptico es el único del que pueda esperarse el mejoramiento de la vista; pero hay casos en que es imposible adaptar cristales tan caprichosamente moldeados, como caprichosas son las irregularidades de la córnea; para regularizar estas hasta donde sea posible, y poder alcanzar una corrección más o menos imperfecta, se han ideado intervenciones quirúrgicas que pueden clasificarse en dos métodos: I. Estando frente a la pupila la parte más afectada de la córnea, se ha propuesto abrir otra pupila en lugar menos irregular, lo que se consigue practicando una iridectomía, pero desgraciadamente la cicatriz y los fenómenos de difracción, hacen que la pupila artificial sólo tenga alguna utilidad cuando está la córnea enteramente opacificada en el vértice del cono y que se relegue esta operación a complementar otras.

Critchett y Bauman obtienen una hendedura estenopeica vertical haciendo la iridodesis, que consiste en extraer un fragmento de iris hacia la extremidad inferior del diámetro vertical y ligarlo haciendo lo mismo en la extremidad superior del mismo diámetro, esperando que caiga la parte ligada y que se adhiera el iris a las cicatrices córneas. Esta operación ofrece todos los inconvenientes de las hernias irianas.

II.—Abatir el cono, aplastándolo y regularizando su curvatura. Empieza esta serie de procedimientos por el de Terson, que practica una blefarorrafia que mantiene por seis meses y que haciendo el papel de vendaje compresivo sobre la córnea, la amolda y regulariza durante el tiempo suficiente para que se establezca el equilibrio y después corrige la refracción que segu-

ramente es menos irregular. Esta manera de hacer sólo puede dar resultado en casos ligeros e incipientes.

Conducen a igual fin los procedimientos que procuran substituir el tejido del vértice del cono, demasiado fácil de vencer por la presión, por un tejido cicatricial más resistente, que aunque opaco, evite el aumento de la deformación y permita abrir otra brecha para la entrada de la luz; tal es el tatuaje, el enérgico procedimiento de Grandelement, la cauterización con cáusticos químicos, nitrato de plata, en el procedimiento de De Graefe, después de quitar un fragmento del vértice del cono; la cauterización ígnea para destruir la mayor parte de la convexidad ya con el calor radiante aplicado varias veces para plegar el vértice del cono como hace Valude o tocando con el galvanocauterio, sin penetrar a la cámara anterior.

Abadie cauteriza las paredes del cono, con la esperanza de conseguir su abatimiento sin dejar cicatriz central.

Entre los procedimientos penetrantes, unos lo verifican con el galvanocauterio y otros resecan una parte del cono en su vértice o en sus paredes, tallando un colgajo y suturando después los labios de la herida. (Bader, Galzowsky y Warlomont).

Todos estos procedimientos tienen por objeto producir una cicatriz retractoril que modifique la curvatura de la córnea y la haga capaz de una corrección óptica aceptable.

La extracción del cristalino transparente u operación de Adams, que primeramente la practicó con éxito, tiene por objeto disminuir la tensión y quitar diez dioptrías de refracción al ojo; pero desgraciadamente no siempre da resultados halagadores y aun va siendo abandonada después de haber sido reemprendida por Fukala y los que lo siguieron; pues los frecuentes desprendimientos de retina, las hemorragias del vitrio, los fenómenos glaucomatosos y finalmente porque en los casos mejor logrados apenas si aumentan la agudeza visual de los operados.

Contando actualmente con un medio eficaz de tener abatida la tensión intra-ocular por la trepanación de Elliot, que hace comunicar directamente la cámara anterior del ojo con los linfáticos del corion sub-conjuntival, tuve la idea de practicar esta operación en los casos de queratocono; pues evitándose la presión excéntrica sobre la córnea, esta membrana se regularía y disminuiría su exagerada curvatura.

Hace un año se presentó a mi consulta una respetable señora de la ciudad de Querétaro con pronunciado queratocono del lado izquierdo, que había sido visto por el inteligente oculista señor Dr. Juan Carmona. La señora tenía por los alrededores de cincuentas años y hacía datar su padecimiento de época muy lejana, pero últimamente había aumentado y a pesar de haber ensayado muchos cristales, le era imposible distinguir más que bultos metamorfoseados. La queratoscopía y la queratometría con el oftalmómetro acusaban enorme astigmatismo irregular y miopía que hacían imposible la corrección.

Propuse a la señora la operación que aceptó, y al día siguiente, previa minuciosa asepsia e inyección sub-conjuntival de cocaína, desprendí la conjuntiva en la parte inferior del globo en un segmento triangular de vértice ecuatorial y base que dejé adherida a la córnea; apliqué la trefina de un milímetro en la extremidad inferior del diámetro vertical e inmediatamente

atrás de la inserción del colgajo conjuntival, penetré a la cámara anterior, volví la conjuntiva a su sitio suturándola con dos puntos y puse un apósito con vendaje contentivo. Como la enferma no sintió molestia no levanté la curación sino hasta el cuarto día, teniendo la satisfacción de ver notoriamente abatido el cono; ocho días después medí la refracción y le prescribí un cristal combinado de menos doce dioptrias esférico con cilindro de menos dos dioptrias eje vertical, con lo que alcanzó a ver los tres primeros renglones de mi escala que corresponden a un cuarto de la agudeza visual normal.

Hace un mes volvió la señora a verme con motivo de la enfermedad ocular de uno de sus hijos y pude comprobar que la curación se ha sostenido desde hace un año y no necesita cambiar de lentes todavía.

Dos casos más tengo en tratamiento y daré cuenta a esta corporación con el resultado.

México, mayo 14 de 1919.

E. F. MONTAÑO.