

do, o si se quiere, en su forma interna, porque me ha parecido que solo bajo este aspecto podia presentar problemas dignos de un estudio detenido i serio. No creo haber defraudado a mi trabajo ningun interés de importancia, prescindiendo de analizar la propiedad fiduciaria bajo el punto de vista de su forma esterna, o sea, la manera de constituirla. A este último respecto, me bastaria recordar, si se creyera necesario o útil para el complemento de esta memoria, que los fideicomisos no pueden fundarse sino por acto entre vivos otorgado en instrumento público o por acto testamentario; bien entendido que, cuando comprendan o afecten un inmueble, deberán inscribirse en el competente registro. Tal es la disposicion del art. 735; i dudo mucho que precepto tan claro i terminante reclame ni admita comentarios.

He llegado, señores, al punto que miro como término de mi tarea; i aunque abrigo el convencimiento de no haber explotado a la altura de su importancia un tema digno de mas vasto estudio i de mas luminoso desarrollo, espero, sin embargo, que en vuestra benevolencia encontraré disculpa.

Santiago enero 7 de 1871.

La comision examinadora que suscribe acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.—*Ocampo*.—*Palma*.—*Cerda*.—*Fernandez Recio*.—*Tocornal*.

MEDICINA.—*Tratamiento de la catarata*.—*Memoria de prueba para obtener el grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Manuel Nunes da Costa*.

Apesar del título con que encabezamos la presente memoria, no creais, señores, que sea nuestro propósito quitaros vuestro precioso tiempo, ocupándoos del tratamiento médico de esta enfermedad.

Es cierto que en diferentes tratados de oftalmolojia i que en los anales de la ciencia que con predileccion profesamos, se encuentran varias narraciones de casos de cataratas *auténticamente diagnosticadas*, i unas veces enteramente curadas, otras hechas

estacionarias en su marcha: aquí por medio de sangrías i eméticos, allí por las aplicaciones del ioduro de potasio o del amoníaco, allá por las del fósforo, etc., etc. ¡Tambien es verdad que tales narraciones son hechas por médicos, i que en algunos casos, médicos eran los cataratados curados por tales medios o a lo menos aliviados!

Mas no es menos exacto que ni un solo autor de nota existe que, al ocuparse de este objeto, no sea para proclamar impotente el tratamiento médico de la catarata.

Muchos oculistas célebres, entre los cuales citaremos a Desmarrés, Sichel, Testelin i otros que largo seria enumerar, penetrados de *Quæ medicamenta non sanant ea ferrum sanat*, movidos de filantropía i con la buena fé que les es propia i universalmente reconocida, han consentido los unos en experimentar, los otros en asistir a la aplicacion de los diferentes agentes mencionados hecha por los propios médicos que preconizan su eficacia, todos ellos unísonos afirman: *la terapéutica médica es improficua en la catarata.*

En diferentes congresos oftalmológicos esta cuestion ha sido repetidas veces tratada en presencia de sus defensores, i en todas ellas se ha arribado a las conclusiones siguientes: 1.^a que las cataratas *auténticamente diagnosticadas* de que habia triunfado el tratamiento médico, no pasaban de exsudatos pupilares característicos de iritis, o recientemente consecutivos a ellas; 2.^a que cuando era cuestion de una verdadera opacidad del cristalino, era ésta de orijen traumático; 3.^a i finalmente, que cuando se trataba de una catarata senil se atribuía por el *post hoc, ergo propter hoc*, a la eficacia del tratamiento empleado una curacion que se habia verificado por la depresion espontánea de la catarata, consecutiva al reblandecimiento del cuerpo vítreo.

No os fatigaremos, pues, por mas tiempo con tal asunto i pasaremos desde luego a ocuparnos de los medios que ha demostrado la esperiencia provechosos para combatir una enfermedad, que si no sumerge al hombre en las tinieblas del sepulcro, lo deja al menos en parte inútil para sí i para la sociedad convirtiéndole en carga insoportable una vida muchas veces llena de felicidades.

Estos medios son to los quirúrgicos.

Los enumeraremos todos comenzando por los que repudia el

estado actual de la ciencia, i a medida que los vayamos notando, iremos dando las razones que los han hecho caer en desuso o desfavor. Así llegaremos poco a poco a la práctica actual; i cuando la hayamos espuesto, nos permitiremos someter a vuestra consideracion nuestra práctica personal.

De todas las operaciones preconizadas contra la catarata, nos ocuparemos primeramente de la *reclinacion* que constituye la *depression perfeccionada*.

No es de admirar que tanto se generalizase esta operacion. La facilidad de su ejecucion, exenta de los peligros que superabundan en la extraccion, los bellos resultados *inmediatos* que con ella se obtienen, los elevados apolojistas que aun en el siglo actual encontró en dos notabilidades que serán siempre veneradas en la ciencia, Dupuytren i Scarpa, son motivos suficientes para que todavía sea practicada hoy en algunos lugares por cirujanos a quienes la extraccion hace el efecto de la cabeza de Medusa. Cunier i Carron du Villards (éste sobre todo) la practicaban con frecuencia. Tratados de oftalmolojia que se pueden decir modernos, entre los cuales citaremos los de Desmarres, Mackenzie, Ruete, Sichel, Pilz, Van Roosbroeck, Deval i Wharton-Jones, aun se ocupan de ella con detencion.

Mas, felizmente para la ciencia i la humanidad, la *reclinacion* hoy es un método histórico. Los tratados actuales de oftalmolojía solamente se ocupan de ella para proscribirla. Algunos prácticos (muy pocos) dignos de este nombre i que aun hoy la practican solo lo hacen cuando juzgan que es impracticable cualquier otro método.

En cuanto a nosotros, solamente nos resolveriamos hoy a practicar, la *reclinacion* en un individuo que, casi moribundo, no quisiera dejar esta vida sin gozar en sus últimos momentos de la vista de seres que le fueran caros.

En efecto, ¿de qué vale esa facilidad de ejecucion, exenta de peligros? ¿En qué aprovechan al crédito del cirujano o a la felicidad del enfermo la belleza de esos resultados *inmediatos* si los definitivos son regularmente desgraciados? Examinad después de seis, ocho meses, un año, una serie de casos en que haya este método producido los mas lijeros e inmediatos resultados, en que no hayan sucedido (lo que es rarísimo) a la operacion la menor sombra de accidentes inflamatorios, i vereis que muy

pocos de estos felices resultados permanecen. ¡Venturosos son, pues, aquellos operados que al cabo de este tiempo se hallan de nuevo sumergidos en las tinieblas por la reascencion de los cristalinios reclinados!

Éstos al menos pueden mediante una extraccion (siempre en tales casos mas difícil de practicar) recuperar la vista. Mas la mayor parte la habrá perdido irremediamente: unos por despegamientos traumáticos de la retina o de esta membrana i de la coroides, producidos por los movimientos del cristalino libre en el cuerpo vítreo; otros, aun menos afortunados, por iridocoroiditis glaucomatosas con su inseparable cortejo neurálgico, tan atrozmente doloroso, que inspira en estos infelices idea de suicidio; éstos con la vista habrán perdido los globos oculares a consecuencia de panoftalmitis, i después de sufrimientos inauditos, además de ciegos incurables, se hallarán deformes; aquéllos por atrofia del nervio óptico, etc., etc.

No penseis, señores, que exajero los escollos de la *reclinacion*: por mas sombríos que os parezcan los colores del cuadro que suscintamente acabo de esponeros, podeis creerlos, pues son mucho mas pálidos de lo que es la realidad: i basta que considereis que infelices operados en un solo ojo por este método con el mas brillante resultado *inmediato* han perdido, al cabo de un lapso mas o menos largo, no solo el ojo operado, sino tambien el otro con que aun veian mui perfectamente, a consecuencia de oftalmias simpáticas, para que horrorizados acompañeis a los oftalmolojistas de la época, condenando a eterno olvido tan desastroso método operatorio.

Empero, en la misma época en que campeaba la *reclinacion* habia cataratas que por su naturaleza no podian ser reclinadas; tales eran las *blandas* i las *liquidas*, que por su poca densidad no ofrecian a la aguja la resistencia necesaria para la *reclinacion*.

De aquí dos métodos: la *fragmentacion* (broiement) con que se atacaba a las primeras, i la *aspiracion* reservada para las segundas.

Por la *fragmentacion* se abandonaba en la cámara anterior a la absorcion por el humor acuoso el cristalino después de reducido a las menores particillas posibles: i pasado un lapso de tiempo en relacion con el grado de blandura de la catarata por

una parte, i por otra con la edad i robustez del operado, acontecia *algunas veces* que éste recuperaba la vista.

Pero no era esta la regla: las mas veces, iritis intensas, iridocoroiditis glaucomatosas i otros accidentes provocados por la imbibicion del humor acuoso en los fragmentos del cristalino, imbibicion tanto mas rápida i considerable cuanto mas blanda era la catarata, hacian malograrse la operacion: i el mísero operado, víctima de todos los inconvenientes de *la reclinacion*, no tenia siquiera el consuelo de una vista pasajera, cual suele proporcionar este método, cuando es bien ejecutado. Si a esto agregais la frecuencia incóparablemente mayor de estos funestos accidentes después de *la fragmentacion* que después de *la reclinacion*, convendreis que *a fortiori* debería ser tambien aquel método abandonado. I en efecto, ya no figura en los trabajos oftalmológicos mas modernos.

A las cataratas líquidas o estremadamente blandas, se aplicaba la *aspiracion* o *succion*: atrayente i seductora operacion sin duda, mas no por eso exenta de serios inconvenientes. Basta que tengamos presente la influencia de la parasentesis quirúrgica sobre la circulacion de las membranas internas del ojo, para que *a priori* seamos mui reservados en la admision de tal método operatorio. I en efecto, por mas consumada que sea la maestría con que se practique esta operacion, es tan frecuentemente seguida de hemorragias *ex vacuo*, de despegamientos de la retina i de la coroides provenientes de la modificacion brusca de la presion intra-ocular, que solo uno que otro oculista osa acogerla en su práctica. A consecuencia de estos inconvenientes, la *succion*, ya conocida de los árabes, no ha podido sostenerse en la ciencia: i tantas veces ha nacido, tantas muerto, tantas resucitado, que bien merece llamarse el fénix oftalmológico. En balde la propagó Langier en 1847, en balde un respectable oculista, Bowman, procura hoi rehabilitarla: pocos, mui pocos prosélitos ha conseguido. I con razon; porque, si de un lado los accidentes que le son inherentes la hacen rechazar, de otro posee la ciencia en la *discision combinada con la estraccion lineal* el método por excelencia contra las cataratas a que es aplicable la *aspiracion*.

Las cataratas *duras i completamente adherentes al iris* escapaban a los métodos de que hasta aqui nos hemos ocupado. Esto

dió lugar a que propusiese Saunders para estos casos la *terebracion* de la parte central del cristalino. La facilidad con que en tales cataratas, tan estravagante maniobra produce la luxacion del lente; las consecuencias de esta luxacion sobre el iris i la coroides, siempre enfermos en este jénero de cataratas i de consiguiente de una suceptibilidad esquisita; la naturaleza misma de la maniobra, que, en definitiva, no es otra cosa que una *fragmentacion parcial*, i por consiguiente, sujeta a todos los inconvenientes que hemos mencionado cuando tratamos de este método, son razones de sobra para no demorarnos mas tiempo con una operacion tan poco racional.

Pero nada hai tan vivaz como una mala idea, i tan cierto es esto que, cuando ya nadie se acordaba de la *terebracion* de las cataratas, de nuevo la presentó Tavnignot (*Monitor de ciencias médicas* 1859, mayo 27) revista i considerablemente aumentada, permítaseme la espresion. En efecto, ya no se debe ejecutar la *terebracion* con una simple aguja, como lo indicaba Saunders, sino con el galvanocáustico; ya no se debe aplicar solamente la *terebracion* a las *cataratas completamente adherentes* sino a toda i cualquier catarata!!! ¿Será menester emitir juicio crítico sobre tan absurdo procedimiento?

Mas, concluyamos con los métodos quirúrgicos curativos de la catarata, que la ciencia i la práctica esclarecida han desdeñado, tratando ahora de la *parasentesis querática*, erijida por Sperino en una especie de panacea de todas las enfermedades internas del ojo.

Basta que reflexionemos en el número extraordinario de *parasentesis* practicadas por Sperino en sus enfermos, número siempre abultado i que ascendió una vez a ciento treinta i cuatro, llegando otras a noventa i cuatro, noventa i cinco i mas de cien; basta además que consideremos que la *parasentesis querática*, lejos de ser una operacion inofensiva, es, bien que rarísimas veces, seguida de flegmon o de fusion purulenta del globo ocular, como lo atestigua Desmarres i como ya el mismo Sperino lo ha presenciado, para que no admitamos tal método, aun cuando realmente se obtuviera con ello la curacion de las cataratas, visto que la ciencia posee otros mas espeditos i menos peligrosos.

Mas no es menester larga meditacion para concluir de la lec-

tura de las propias observaciones presentadas por Sperino que nunca consiguió éste por medio de las *parasentesis*, curar una sola catarata lenticular, dura, senil, completa. Siempre que se trataba de éstas, recurría a la *extraccion capsulolenticular*; reservando para las cataratas incipientes las *parasentesis* que solo apovechaban en estos casos algunas veces cuando eran acompañadas de diábetis de origen traumático, o cuando consistían en esas tenues opacidades diseminadas que suelen a veces observarse después de iridocoroiditis; casos todos, en que tales opacidades habrían desaparecido independientemente sin una sola *parasentesis*.

No nos ocupemos mas con las *parasentesis queráticas* como medio curativo de las cataratas: además de ensayadas i siempre sin resultado por oculistas tan instruidos como imparciales, ya el *Congreso*, periódico internacional de oftalmolojia, les hizo la debida justicia en su segunda sesion celebrada en París en 1862.

Parécenos haber pasado sucesivamente en revista todos los métodos operatorios de la catarata que en la actualidad solo pertenecen a la historia de la ciencia; mas para no incurrir en la censura de incompleto, i por mero descargo de conciencia, apuntaremos todavía la *elevacion*, propuesta por Pauli de Landau en 1838 para sustituir la *depression* i la *reclinacion*. La *reascension* de las cataratas después de deprimidas o reclinadas, atribuidas por este cirujano al poco peso específico del cristalino i de su cápsula, motivó esta propuesta, que, como era de esperar, no halló acogida.

Pasemos ahora a tratar de la *discision de la cápsula* de la *extraccion lineal* i de la *extraccion a colgajo*, únicos métodos admitidos en el estado actual de la ciencia, ora practicados aisladamente, ora asociados entre sí o combinados con la *iridectomía*.

A la carencia de conocimientos anatomo-patológicos i a la imperfeccion de los instrumentos i de la maniobra, durante la cual muchas veces se vaciaban los ojos, debe ser atribuida la repugnancia que tuvieron los antiguos en adoptar la *extraccion a colgajo* como método jeneral de operar la catarata. En balde la propagaron Daviel, Richter i Wenzel, desde que supieron que ella consistia en la opacidad del cristalino; i si no fueran los perfeccionamientos introducidos por Beer en los instrumentos i maniobras de este método, quizá aun en el principio del sigol

actual la *reclinacion* se hubiera rehabilitado de la reprobacion en que tan justamente habia caido.

Mas como ya dije al tratar de este último método, autores que se pueden decir actuales lo prefieren todavía en ciertos casos a la *extraccion a colgajo*; lo cual es debido a que, apesar de la precision con que era últimamente practicada, gracias a los instrumentos fijadores i a los agentes anestésicos de una parte, i de otra a la propiedad del tratamiento consecutivo a la operacion, habia un accidente que le es particular i que parecia burlarse de toda pericia i de toda precaucion. Este accidente era la *supuracion parcial o total del colgajo*, accidente grave, que muchas veces va hasta el flegmon del ojo, permitiendo apenas en los casos benignos que el paciente recupere la vista mediante una *ccremorfo-sis*, que solo se debe practicar de cuatro a seis meses después de la primera operacion, so pena de no tener feliz éxito.

Determinar, por tanto, las causas de tan terrible accidente para conjurarlo en cuanto fuese posible, debia ser la mira de todos los oculistas.

En efecto, en 1862 Mooren aconsejaba asociar a la *extraccion ordinaria por queratotomía superior* una *iridectomía*, que segun él debia ser practicada quince dias antes, todas las veces que la naturaleza de la catarata o el estado jeneral del paciente hiciesen presumir el accidente de que nos ocupamos, *debido en parte a la falta de nutricion del colgajo, a consecuencia de la gran seccion; pero, mui principalmente, a la retencion en el ojo de las capas corticales del cristalino, motivada por la contraccion del esfínter del iris, que sucede al primer tiempo de la extraccion ordinaria.*

Desde entonces todo cuanto fuese facilitar la espulsion total del cristalino cataratado i poner el colgajo en mejores condiciones de nutricion, i de consiguiente, de una reunion inmediata, era *ipso facto* asegurar el triunfo de la extraccion.

Fué lo que en 1863 llevó a cabo Jacobson con su procedimiento. Para favorecer la espulsion total del cristalino, sustituyó la queratotomía inferior a la superior, practicó simultáneamente (como un año antes lo propuso Wecker) i en todos los casos, una larga iridectomía, i finalmente, aumentó las dimensiones del colgajo, tallándolo en el limbo conjuntival; con lo que, segun él, lejos de aumentar las probabilidades de la supuracion,

Las disminuyó considerablemente en virtud de las condiciones de vascularidad de la córnea en este punto.

Brillantes i felices sucesos coronaron el proceder de este oftalmologista: las estadísticas mas lisonjeras recomendaban su adopcion, sin que entre tanto bastasen a desvanecer los temores que a otros no menos distinguidos prácticos inspiraba la *seccion* de un gran colgajo.

Esto determinó a la mayor parte de los mas distinguidos profesores a elevar la *extraccion lineal* a tal grado de perfeccionamiento, que pudiese ser aplicable a toda i cualquier especie de catarata, cualquiera que fuera la faz de su evolucion: i, después de los trabajos de Waldau, Critchett, Bowman, Weber i otros, cupo al profesor Von Graefe de Berlin la gloria de hacer aceptar este método operatorio para la jeneralidad de las cataratas, obligando al mismo Jacobson a preferirlo al de su invencion.

(A principios de este siglo, la *extraccion lineal* solo era aplicada por Gibson i Travers a las cataratas blandas i reblandecidas por una *discision* previa, o asociada a la *fragmentacion*; i por Federico Taeger a las cataratas capsulares. Desmarres (padre) fué el *primero* que a mediados de él estendió su aplicacion a las cataratas duras cuando eran completamente adherentes, *combinándola en estos casos con la iridectomía* i a veces tambien con la *fragmentacion*).

Hecha esta pequeña digresion para dar al César lo que es del César, volvamos aun a ocuparnos de la *extraccion lineal modificada*.

Bajo la éjida de tan eminente profesor como Von Graefe, era de esperar que la *extraccion lineal modificada* hiciese numerosos prosélitos: i con efecto, tantos son ellos, que, si no tuviese a mi lado dos nombres altamente respetados en la ciencia, vacilaria quizá en eruir mi débil voz contra ella como *método jeneral*.

Estos dos nombres son los de Sichel, que con justo título se puede considerar como uno de los padres de la jeneracion oftalmológica actual i que fué uno de los maestros del mismo Von Graefe, i el profesor Von Hasner de Praga.

Uno i otro protestaron vehementemente, no solo contra la *extraccion lineal modificada* como *método jeneral*, sino tambien contra la *iridectomía siempre asociada a la extraccion a colgajo*,

como una mutilacion en algunos casos perjudicial; i basaron sus protestas en la superioridad de las estadísticas de sus *extracciones ordinarias*, i en la menor acuidad de la vision que ocasiona un coloboma irídeo, sobre todo, cuando es vasto i practicado en la parte inferior de esta membrana, como en el proceder de Jacobson.

Enteramente de acuerdo con las ideas de estos preclaros maestros de la ciencia, desecho la *extraccion lineal modificada* aplicada a las cataratas duras: 1.º por la frecuencia de las pérdidas del humor vítreo aun antes de la salida del cristalino, lo que obliga al cirujano a recurrir a cucharillas i ganchos para extraerlo; maniobras éstas, que, como no lo niegan los propios partidarios de este método, son muchísimas veces seguidas de hielitis supurativas con pérdida del ojo, o de la hiperjenesis de células intra-capsulares, que, cuando no lo pierden por iridocoroiditis, solamente dejan al paciente la esperanza de recuperar la vista mediante una operacion subsidiaria, operacion cuyo resultado es negativo en la mitad de los casos; 2.º por la frecuencia de pérdidas del mismo humor después de la salida del núcleo i antes de la evacuacion de las capas corticales, que en este caso retenidas dan lugar por lo menos a cataratas secundarias, cuando no enjendran accidentes glaucomatosos i aun panofalmitis, con las consecuencias que les son inherentes; 3.º i finalmente, porque tengo la conviccion profunda de que se puede practicar la *extraccion ordinaria a colgajo* sin gran temor de la supuracion de la córnea, siguiéndose el método inventado por Desmarres i llamado por él *subconjuntival*, i que yo llamé, creo que con mas propiedad, a *colgajo queratoconjuntival*. Digo sin gran temor de la supuracion de la córnea, porque diátesis individuales i constituciones médicas hai, como lo confiesan los propios partidarios de la *extraccion lineal modificada*, en que toda herida supura..

No se trata aquí de una conviccion teórica: vi ejecutar por mi sabio maestro este método, inventado por él en 1849, en larga escala, i casi siempre con el mas feliz resultado i el mas pronto restablecimiento de los enfermos: yo mismo lo he practicado con no menos felicidad por cerca de doce años; i tal es su excelencia, que, después de mi maestro, dos oculistas lo inventaron: Coursserant en 1860, i Wolfe de Aberdeen en 1864,

asociándole este último la *iridectomía* previa i preconizando ambos los bellos i prontos resultados obtenidos.

Es, pues, éste el método que seguimos invariablemente en las cataratas duras o blandas de los individuos de mas de veinte años, tallando en estas últimas un colgajo de menores dimensiones. Gozando de todas las inmunidades de la *extraccion lineal modificada*, no participa de ninguno de sus inconvenientes.

Para alejar en cuanto sea posible las cataratas secundarias, osé introducir una pequeña modificacion a la operacion de maestro, invirtiéndole los dos primeros tiempos: así consigo con toda seguridad i sin riesgo de picar o de despegar el iris abrir ampliamente la cristaloides, lo que disminuye notablemente las probabilidades de las cataratas secundarias.

Este mi modo de proceder resuelve de la manera mas satisfactoria la dificultad de abrir la cápsula después de tallado el colgajo: dificultad universalmente reconocida, i que indujo a Sperino a suprimir este tiempo de la *extraccion*, procurando siempre sacar el cristalino en su cápsula; lo que es muchas veces inejecutable, como lo reconocieron él mismo, i otros, que, como Christiaen, Pagenstecher de Wiesbaden, Wecker, etc., etc., procuraron en estos últimos tiempos hacer la *extraccion completa* del sistema cristalino, no solo con el fin de evitar las cataratas secundarias, sino tambien para conjurar la retencion de las capas corticales del lente, i los temibles accidentes que le son a veces consecutivos. Todos estos autores han desistido de esta práctica, por otra parte ya recomendada por Richter i Beer, no solo por no lograr muchas veces su intento, sino tambien por ser ella peligrosa: hemorragias intraoculares, opacidades del cuerpo vítreo, despegamientos de la retina i de la coroides, hielitis e iridociclitis supurativas, han perdido muchas veces para siempre ojos que habrian gozado de la vista mediante una segunda operacion.

No debo ocultaros que, cuando yo en Rio-Janeiro ponía en práctica la pequeña modificacion que hice a la *extraccion queratoconjuntival*, al mismo tiempo i sin que yo lo supiera, seguía la misma práctica con diferencia apenas de la ejecucion, Reinhold Loewenhardt. Mas, no es la primera vez que tengo la fortuna de encontrarme en ideas con notabilidades europeas: cuando yo en América hacia construir pinzas capsulares curvas para susti-

tuir las rectas, hasta entonces existentes, lo mismo hacia en Londres White Cooper.

No rechazo del todo la combinacion de la *extraccion a colgajo* con la *iridectomía*, que igualmente i en los mismos casos asocio a la *discision*; mas, lejos de usarla indistintamente, la reservo para los casos de cataratas complicadas, como lo hacen Mooren i Desmarres. A este último caben indudablemente los honores de la iniciativa de esta asociacion: en efecto, fué él el que *primero* la empleó en las cataratas diabéticas, para evitar la fusion purulenta del globo ocular, i después en las cataratas completamente adherentes para poder dar salida al cristalino.

A las cataratas líquidas aplico, como con todo acierto lo aconseja Von Graefe, la *discision combinada con la extraccion parcial*; i a las blandas de los individuos menores de veinte años, la *discision*, con que igualmente ataco las cataratas zonulares, cuando son de grandes dimensiones o no demuestran ser estacionarias; caso en que me limito a practicar la *iridectomía* en el cuarto inferior e interno de la córnea, conservando el cristalino i de consiguiente, la acomodacion casi intacta.

Cuando, finalmente, debo remediar las cataratas secundarias, si no son adherentes, practico la *extraccion lineal*, i si lo son, las combato por medio de la *iridectomía* (1), como lo aconseja mi maestro, o empleo un procedimiento que me es propio, i que consiste en fijar por medio de una aguja de Bowman de un lado la catarata, estrayéndola por el otro con una aguja-pinza.

Este mi modo de proceder es mui superior al de Bowman, que practica en estos casos la *discision con dos agujas*, por cuanto nadie puede asegurar que sea durable el efecto de esta operacion.

Hé aquí, señores, mis ideas sobre el asunto que acabo de tratar: ahora, seguro de haber tocado en él la meta de la concision, espero me perdonaréis el tiempo que os haya quitado.

Santiago, abril 15 de 1871.

La comision examinadora que suscribe acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.—Aguirre.—Tocornal.—Damian Miquel.—G. Middleton.—Diaz.

(1) Mas propio es decir *iridorrhexis*.