

nicos de los casos. Si hay motivo suficiente para admitir la ruptura intraperitoneal, no hay que decir que habrá de recurrirse luego a la laparotomía; mas si hubiere alguna duda respecto de la penetración de la orina al saco peritoneal, prudente será la conducta de limitarse a la práctica de la talla suprapúbica y por esta vía explorar para abrir en seguida la serosa, si necesario fuere; pero en todo caso las rupturas de la vejiga requieren siempre una operación de urgencia.

México, febrero 12 de 1913.

*Dr. Manuel Godoy Alvarez.*

---

### **Nota acerca de una nueva operación del pterigión.**

---

La operación del pterigión, una de las más fáciles en apariencia y que con más frecuencia se practica entre nosotros, constituye, sin embargo, uno de los escollos más grandes en la práctica diaria, pues la reincidencia tan frecuente de la enfermedad ocasiona molestias y nuevos sufrimientos al enfermo y perjudica la reputación del operador.

La frecuencia con que se presenta el pterigión entre nosotros y el fracaso de todas las operaciones puestas en práctica hasta el día, desde el punto de vista de los resultados definitivos, me obligaron a estudiar con cuidado este punto y a tratar de mejorar el método operatorio hasta conseguir el resultado ideal; es decir, la curación perfecta del pterigión sin grandes dificultades operatorias y, sobre todo, sin temor a reincidencias futuras.

No conocemos todavía nada acerca de la verdadera causa de padecimiento tan extendido. Para algunos autores el pterigión constituye una esclerosis de los elementos conjuntivos y de las fibras elásticas subconjuntivales que aumentan de número y de volumen, estando el epitelio relativamente intacto. Para otros se trata de una degeneración hialina del tejido fibroso con proliferación del tejido elástico y desarrollo de vasos.

La causa del avance paulatino pero incesante, de la neoformación sobre la córnea es desconocida también. La opinión de que se trata de una ulceración de la córnea de marcha progresiva, que arrastra tras de sí un pliegue de la conjuntiva no es sostenible, porque la córnea no se tiñe con la fluoresceína y cuando se examina un corte de la cabeza del pterigión al microscopio, se observa que se trata de una degeneración particular de las fibras corneanas. Para Fuchs y otros autores, la causa estriba en el desarrollo exagerado de la degeneración conjuntival, conocida con el nombre de pinguécula.

Los primeros operadores (Arlt) se limitaban a desprender completamente la cabeza del pterigión del tejido corneano subyacente, a hacer una escisión romboidal del cuerpo y a suturar las heridas conjuntivales resultantes. Instruidos por los fracasos repetidos en lo que toca a la reincidencia, los operadores modernos

han inventado numerosísimas operaciones que sería largo describir, pero que obedecen a estos tres puntos de vista capitales: I. Transplantar la cabeza del pterigión debajo de conjuntiva sana para que allí se atrofie. II. Remontar la cicatriz de la incisión hacia la parte superior, con objeto de que el lugar primitivo del pterigión quede cubierto por conjuntiva sana. III. Obtener por medio de operaciones auto o heteroplásticas la substitución del tejido enfermo por un tejido enteramente sano.

El primero de estos métodos no conduce a resultados útiles, según lo he podido comprobar en mi propia práctica. El segundo método, que ha sido recomendado entre nosotros, especialmente por el Sr. Dr. Fernando López, y patrocinado en Francia por el Dr. Terson, desgraciadamente no pone tampoco al abrigo de las reincidencias. El tercer método, que ha sido usado por varios operadores, utilizando ya un colgajo tomado de la conjuntiva misma, ya injertos de piel o de mucosa humana y aun mucosas de animales, es casi siempre difícil de ejecutar; aunque sin duda el principio que lo guía es mucho más científico y racional.

Ultimamente, en vista de los éxitos de la queratoplastia diferida, se ha preconizado quitar el tejido corneano opacificado y substituirlo por una rondana de córnea transparente.

El procedimiento operatorio que vengo empleando desde hace más de dos años con resultados constantemente satisfactorios, está basado en el método autoplástico.

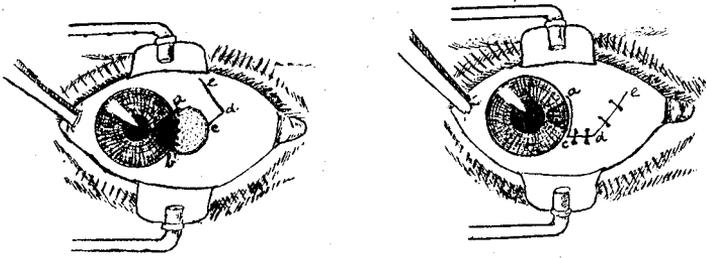
Sus diversos tiempos se ejecutan de la manera siguiente:

Se toma, como de ordinario, la cabeza del pterigión con unas pinzas de garras finas y se desprende de la superficie de la córnea por medio de un bisturí, teniendo cuidado de que la disección sea lo más perfecta posible para extirpar todos los tejidos adherentes a la córnea. Por lo general esto no puede realizarse de una manera completa con el bisturí, y es necesario recurrir a la cucharilla cortante que desprende todas las láminas corneanas ya opacificadas. Algunas veces es posible hacer el raspado completo y restituir a la córnea su transparencia de una manera inmediata; pero desgraciadamente al terminar la cicatrización el área corneana primitivamente cubierta por el pterigión queda más o menos opacificada, según la extensión y duración de la enfermedad.

Al practicarse la disección con el bisturí, aconsejo se desprenda toda la cabeza del pterigión, no sólo de la córnea, sino también de la esclerótica vecina, en una extensión como de dos a tres milímetros. Deberán también cortarse los bordes del pterigión junto al limbo, de manera que se lleve la incisión a conjuntiva enteramente sana. Una vez obtenida la liberación de la cabeza del pterigión, se toma su extremo corneano con las pinzas y se vuelve a llevar sobre la córnea, como si estuviera en su posición primitiva. Con unas tijeras finas se hace entonces un corte vertical al nivel del limbo de la córnea, según la línea *a b* (Fig. 1), que desprende por completo el triángulo conjuntival antes adherente a la córnea.

La extirpación deja una herida vertical que por la retracción de la conjuntiva da origen a una pérdida semicircular de substancias *a. c. b.*

De la parte más interna de esta pérdida de substancia se hacen partir dos incisiones: una *c. d.*, y otra *d. e.*, que comprenden no sólo la conjuntiva, sino también el tejido epiescleral. Ambas se practican con las tijeras finas y se da



a la incisión *c. d.* una longitud de dos a tres milímetros, colocándola en la parte más posterior del espacio semicircular.

El corte *d. e.* se hace ligeramente oblicuo, de manera que la parte *a. e.* sea más ancha que la *c. d.*

Practicadas estas incisiones, se toma con la pinza el extremo *c. d.* y se disecciona con todo y su tejido episcleral para formar un colgajo cuyo extremo *c. d.* se sutura sobre el punto *b.*

Según que el pterigión sea más o menos ancho, se prolonga la línea *d. e.* hacia arriba, de manera que el colgajo pueda fijarse sin estiramiento en su nueva posición. Hecho esto se procede a hacer las suturas en la forma indicada en la figura 2. Se pasa la aguja primero por la conjuntiva en el punto *b.* y en seguida por la cabeza del colgajo, cuidando de no ejercer considerable tracción sobre él. Se anuda este punto de sutura y se practica otro en el punto *d.* En seguida se reúnen los bordes de la pérdida de substancia al lado del colgajo *d. e.* por dos puntos de sutura, lo cual deja perfectamente reparada la brecha primitiva.

Se hace una curación ligeramente compresiva que se renueva al tercer día con objeto de ver si el colgajo ha quedado en su lugar.

Los puntos de sutura se quitan al sexto día y se encontrará entonces que la cicatriz dibuja perfectamente la forma del colgajo primitivo.

Sucede a veces que el colgajo se hincha y hay alguna reacción conjuntival; pero generalmente la curación se obtiene sin dificultades de ningún género.

Otras veces el colgajo queda prominente por cuatro o seis semanas; pero siempre acaba por disminuir de volumen y aplanarse.

Es un punto de grande interés el estado de la conjuntiva antes de emprender la operación. Cuando hay grande irritación o una verdadera conjuntivitis catarral, es necesario abstenerse de intervenir hasta que todo accidente inflamatorio haya cesado. Los diversos tratamientos recomendados para este fin y especialmente el sulfato de zinc y la cauterización con protargol o nitrato de plata, son muy útiles en la práctica.

Creo que el procedimiento que acabo de describir reúne numerosas ventajas sobre los que se han descripto anteriormente. La formación del colgajo por medio de dos incisiones solamente, es fácil de llevar a la práctica y no tiene mayores dificultades la inserción de las suturas.

En las numerosas operaciones (cerca de cien) que llevo practicadas hasta la fecha, sólo en un caso se presentó la reproducción de la neoplasia. Se trataba de un enfermo que tenía un pterigión reincidente, operado por otro método hacía varios años, y en el cual encontré al hacer la incisión de la conjuntiva, una tensión considerable de esta membrana, producida por la cicatriz, que indicaba

la mala técnica con que se había hecho la operación primitiva. El resultado fué sólo parcial.

En otro de los operados, uno de nuestros diplomáticos acreditado en una República centroamericana, a los doce meses de la operación se había producido una pequeña invasión de la córnea por tejido conjuntival fibroso y blanquisco, pero sin tendencias a la reproducción.

México, junio 16 de 1913.

*M. Uribe y Troncoso.*

---

## ¡Dentro de dos años no habrá tuberculosos en México!

---

Tal es el título de una información que apareció el 19 del corriente en un diario de esta Capital.

De poco tiempo acá se ha venido llamando la atención del público hacia un método para curar la tuberculosis, pregonándose como nuevo y como muy bueno, y tachándonos de indiferentes a los médicos mexicanos de no recibirlo con entusiasmo.

Tal reproche es verdaderamente injusto, pues consta a todos nuestros compañeros que siempre que aparece algo nuevo en la prensa extranjera que se refiera a nuestra profesión, se estudia por nuestros profesores con verdadero entusiasmo. Recuérdese, si no, el método de Brown-Sequard, la tuberculina de Koch, los rayos X, la raquicocainización, etc., etc. Pero el tratamiento de la tuberculosis por el neumotórax artificial, fué una concepción poco viable; un niño, a pesar de los cuidados paternos, murió en la cuna.

El método de Forlanini, que no es otro que el neumotórax artificial, no es nuevo. Data del siglo pasado, a raíz de las observaciones de Woiler, Berhier, Herard y otros que descubrieron los beneficios providenciales, según se expresa, aportados por el neumotórax espontáneo, siempre que sea aséptico y estéril, a la evolución de la tuberculosis pulmonar. De aquí nació la idea de crear lo que la naturaleza no podía hacer en los tuberculosos: el neumotórax; y aplicar el método al tratamiento de la tuberculosis, ya que todas las medicaciones contra el mal blanco han quedado estacionarias.

En efecto, podía creerse, según lo que la patología general nos enseña, es decir, que la inmovilización de un órgano enfermo tiene gran valor curativo y que éste es aún mayor tratándose de tuberculosis, que el método sería tan bueno como lo es en el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas óseas y articulares por la inmovilización de los miembros. El pulmón no está para esta regla, así es que inmovilizándolo puede defenderse y de hecho se defiende mejor contra la tuberculosis. Pero en el caso, según confiesa el mismo Forlanini, el pulmón comprimido por el neumotórax puede en un ataque terminal de granulía permanecer sin lesiones miliars, mientras que se desarrollan exageradamente en el pulmón no comprimido.