

micromelia de nuestra observación, bien puede relacionarse bajo el nombre de una condrodistrofia ingénita sifilítica, y a este respecto, hemos de recordar que ya se ha descrito la fragilidad huesosa, bajo la forma de una osteopatía sifilítica, que el doctor Pehu y madame Enselme han descrito bajo el nombre de forma osteomalásica u osteoclasicante.

Ahora bien, para algunos autores como Ombredane, la condrodistrofia está caracterizada por un trastorno del crecimiento del cartílago, en los límites de la osificación del hueso, que se instituye precozmente en la vida fetal, y autores como Kaufman, que es al que se le debe el nombre de condrodistrofia, han querido significar con esta palabra, una osteogénesis imperfecta, siendo ratificado este concepto por los admirables estudios anatomopatológicos de F. Sieguert. (Ergebn d. inn. Med. u Kinderhk, t. 8, 1912. Wieland; Schwalbe's Handb d. allg Pathol, usw. d. Kindesalters, t. 2, 1913. Durken: Zeitschr, f. Kinderhk, tomo 26, 1920).

Marfán cita gran número de autores y fundándose en estudios radiológicos y teniendo en cuenta los estudios anatomopatológicos, se revuelve por denominar, o mejor dicho, conservar la designación de condrodistrofia, para todos estos casos de anomalías que presentan un trastorno del crecimiento del cartílago en los límites de la osificación del hueso, que se instituye precozmente en la vida fetal, y que en realidad afecta principalmente a los huesos largos.

Investigaciones posteriores dilucidarán las relaciones de todas estas anomalías ingénitas prenatales y el porvenir nos dirá hasta qué punto puede llegar su profilaxis, por lo que por ahora nos conformamos únicamente con comunicar este caso que nos ha parecido interesante.

### **Algunas Normas de Conducta para el**

#### **Tratamiento del Pterigión**

**Por el Dr. Antonio Torres Estrada.**

Uno de los padecimientos oculares, conocido desde las épocas más remotas de la Medicina, es el pterigión y al mismo tiempo sigue siendo uno de los más difíciles de curar. Sería por lo tanto casi imposible hacer una revisión completa de la literatura sobre el par-

(1). Leído en la sesión del 18 de abril de 1934.

ticular, toda vez que en el transcurso de los siglos se han venido acumulando constantemente innumerables procedimientos operatorios y si es verdad que en la actualidad se obtiene un gran porcentaje de curaciones, todavía en algunos casos los resultados dejan mucho que desear. Para ser completo y poder precisar algunas ideas, debo hacer una ligera descripción del pterigión. Consiste este padecimiento en la formación de un repliegue conjuntival de forma triangular, cuyo vértice invade la córnea; la base se dirige hacia la conjuntiva bulbar en donde se extiende y se confunde con ella. Su dirección es siempre horizontal, correspondiendo a la porción de conjuntiva descubierta entre la hendidura palpebral; la mayor parte de las veces se halla en la porción interna o nasal y en menor número en la porción externa o temporal. A veces puede encontrarse simultáneamente en ambas porciones y en ambos ojos.

El pterigión tiene el aspecto y la evolución semejante a un neoplasma de la conjuntiva y, sin embargo, no está constituido más que por un simple repliegue conjuntival, el cual es atraído lenta y gradualmente por su vértice desde el borde de la córnea hacia el centro de ella, hasta invadir el campo pupilar, tomando firmes adherencias con el tejido corneal.

Es fácil convencerse de que el pterigión es un simple repliegue conjuntival: 1o. porque se puede insinuar una sonda entre éste y la conjuntiva bulbar, tanto por la parte superior como por la inferior, cuya sonda tropieza con el fondo de saco que forma el repliegue y 2o. porque el pterigión cuidadosamente desprendido de la córnea tiende a desplegarse por la elasticidad propia de la conjuntiva, para ocupar las relaciones que normalmente tenía antes de formarse. (Fig. 1)

Se estudia en el pterigión un vértice, denominado cabeza; una base de forma triangular o cuerpo; el cuello, o la porción que divide en el limbo esclero-corneal, una parte de la otra. Además, para mejor comprensión de la técnica operatoria que describiré al final de este trabajo, conviene estudiar dos elementos más: (a) el pie, o pedículo, o sea la porción de conjuntiva adherente al globo ocular, comprendida entre los dos fondos del saco que forma el repliegue conjuntival, y (b) el tejido epiescleral que en estos casos está sobrecargado de celdillas grasosas y de fibras elásticas, siendo que

normalmente está constituido únicamente por tejido celular laxo. Dicho tejido, una vez degenerado, rellena y abulta el cuerpo del pterigión, cuyo detalle es necesario tener en cuenta al momento de practicar la extirpación. La noción del pie también es de suma importancia para el acto operatorio. En la mayor parte de los procedimientos operatorios se disecciona y se extirpa el pterigión, dejando una brecha más o menos amplia que deja al descubierto la esclera y es importante saber que se puede fácilmente desinsertar la cabeza del pterigión respetando por completo el pie, lo que da por resultado una muy pequeña pérdida de sustancia y hace mucho más fácil cualquier intervención. (Fig. 2)

Un dato de suma utilidad para la oportunidad de la extirpación del pterigión es tener en cuenta que por mucho tiempo respeta al tejido propio de la córnea sin pasar de la limitante anterior y sólo en los casos muy antiguos, o cuando el pterigión ha tomado un desarrollo excesivo, puede afectar el tejido corneal.

Otro dato anatómico también importantísimo es saber que el plano de clivaje o de disección es de la periferia hacia el centro. Detalle en el que insisten algunos operadores y que ha dado lugar a métodos especiales de los que hablaré en el curso de este trabajo.

Se distinguen dos tipos principales del pterigión, el estacionario y el progresivo. En la primera variedad el repliegue conjuntival es delgado, transparente, de aspecto membranoso y poco vascularizado, y presenta en la cabeza un borde de aspecto gelatinoso o que hace saliente sobre el epitelio corneal.

Este borde está formado por celdillas epiteliales de la córnea que han regresado a su tipo embrionario y dan la idea de una formación neoplásica, pero sin sufrir el crecimiento y desarrollo de los neoplasmas.

Cuando el pterigión progresivo presenta estos caracteres en grado acentuado y su evolución es rápida se llama maligno. La infiltración gelatinosa del vértice del pterigión es una característica que diferencia al pterigión progresivo del estacionario, pues éste carece de ella, o si existe, es apenas perceptible; el pterigión estacionario raras veces llega al campo pupilar, en cambio en el progresivo tiende a ser esto la regla.

Tanto el pterigión estacionario como el progresivo ocasionan

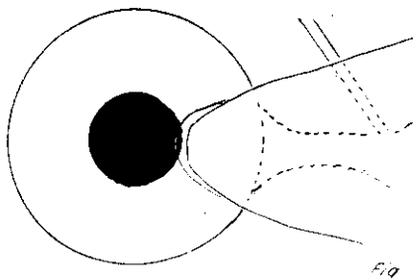


Fig. 1

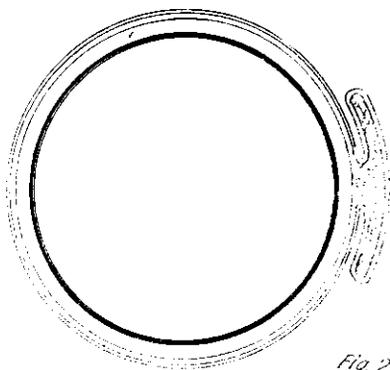


Fig. 2

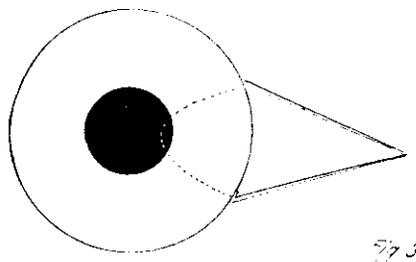


Fig. 3

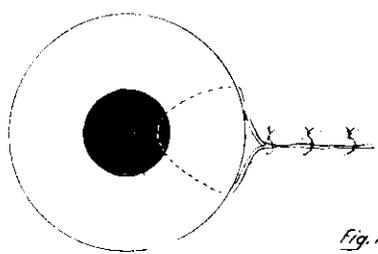


Fig. 4

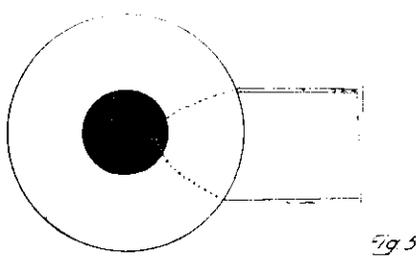


Fig. 5

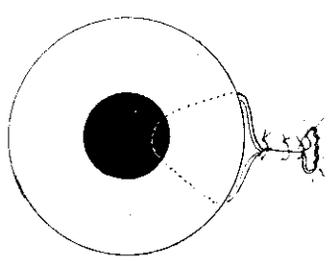


Fig. 6

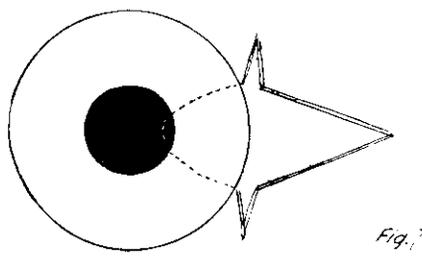


Fig. 7

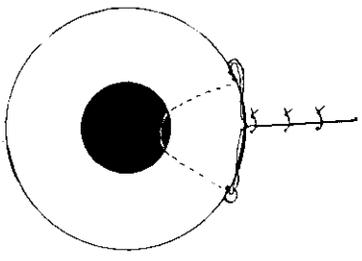


Fig. 8

bastantes molestias al paciente, tales como fotofobia, lagrimeo, sensación de ardor y de cuerpos extraños en la cavidad conjuntival, astenopia, etc. La visión puede ser comprometida sobre todo cuando el vértice llega al campo pupilar. Los movimientos del ojo pueden ser impedidos en cierto grado cuando el desarrollo del pterigión es excesivo y finalmente es causa de un mal aspecto que preocupa hondamente a ciertos pacientes, sobre todo aquellos que miran en el padecimiento un sello del alcoholismo.

Aparte del pterigión verdadero que he descrito existe el falso pterigión o pterigoide, que también es un repliegue conjuntival consecutivo a una lesión cicatricial de un punto de la córnea cercano al margen: úlcera, herida pequeña producida por un cuerpo extraño, etc. Se distingue del pterigión verdadero en que asienta en cualquier sitio de la córnea y no en las partes expuestas al aire y la luz como pasa en el verdadero pterigión; el repliegue es pequeño, no tiene marcha progresiva y está completamente adherido a la córnea, siendo imposible insinuar una sonda debajo de él como en el pterigión.

Hasta la fecha la etiología del pterigión es poco conocida. Para Horner, Fuchs, Zehender y otros oftalmólogos, tendría su principio en la pinguécula, opinión que por mucho tiempo se ha venido admitiendo como un hecho indiscutible. Sin embargo los estudios recientes de biomicroscopía de Coby y de Gallemaerts han venido a demostrar que la pinguécula es una degeneración senil de la conjuntiva y que existe de una manera constante en las personas de edad avanzada; no corresponde por lo tanto la frecuencia de la pinguécula con la del pterigión; además, este se presenta de preferencia en las clases laborantes, en las cuales el paciente está expuesto a la acción de polvos, humos, gases irritantes, irradiación de la luz solar intensa o de arco, del calor, etc. y es excepcional en las personas que no están expuestas a dichas causas. Se ha invocado también pequeños traumatismos o injurias del margen de la córnea que determinarían la formación del pterigión de una manera análoga a la del falso pterigión, o sea por la incursión de los vasos de la conjuntiva sobre la córnea.

La teoría vascular del pterigión es de gran importancia y ha inspirado bastantes procedimientos operatorios y recursos tera-

péuticos que han dado, por lo general, buenos resultados. Uno de los más ardientes defensores de esta teoría es el profesor Obarrio, de Panamá, quien hace un cuidadoso estudio de los vasos del pterigión y la disposición que adquieren después de extirpado. Según el citado autor, si los vasos terminan formando asas el pterigión no se reproduce y si terminan en pincel que se dirige hacia la córnea la reproducción es casi fatal y, para evitarla, aconseja la cauterización repetidas veces hasta obtener la modificación deseada en los vasos.

Terson atribuye una gran importancia al plegamiento o pellizcamiento de la conjuntiva que determina el guiño, cuya causa también es de capital importancia para normar ciertos detalles de la intervención quirúrgica.

En verdad, la etiología es oscura y en ciertos casos se podrían invocar, como causas, alguna o algunas de las señaladas y todavía hay que citar otras aún más oscuras, como el alcoholismo, la permanencia en climas cálidos, etc.

### **Tratamiento.**

El tratamiento del pterigión es quirúrgico por excelencia y todavía de resultados inciertos, aun en la época actual en que la cirugía oftalmológica ha realizado grandes y efectivos progresos. Justo es reconocer, sin embargo, que se obtienen cada día mejores resultados y que éstos dependen, por una parte, de ciertos cuidados y perfeccionamientos de la técnica operatoria y, por otra, del mejor conocimiento de algunos factores etiológicos de reconocida importancia. En la actualidad el cirujano puede intervenir de una manera más confiada y con la esperanza de alcanzar un buen éxito, cosa que en épocas anteriores no sucedía.

Analizando por una parte algunos de los métodos operatorios que se han venido usando y por otra parte los errores, falta de técnica y aun el descuido con que generalmente es visto este padecimiento relativamente benigno y que sólo es grave cuando el repliegue conjuntival alcanza proporciones grandes y por fortuna desusadas, se verá que un gran número de las causas de los fracasos reside, no precisamente en la tenacidad y reincidencia del padecimiento, sino en la dificultad de hacer la intervención en forma irreprochable y en creer sencilla una cosa que en realidad no lo es.

En las épocas más remotas de la Medicina se trataba el pterigión por la simple escisión, por la cauterización y a veces la ligadura para provocar el esfacele; pero el resultado fatal era siempre la reproducción. (**Figs. 3 y 5**). Más tarde la simple escisión fué complementada por la sutura de la herida operatoria, siendo Coccius en 1854 el primero que la preconizó y Arlt, posteriormente, quien la generalizó e hizo ver las ventajas que tenía para evitar la reproducción. (**Figs. 4 y 6**). Vino después una tercera etapa en que los cirujanos fijaron su atención en destruir por la raspa y la cauterización la cabeza del pterigión, con lo cual se hizo un gran progreso en la curación del padecimiento. Sin embargo, los fracasos aún se repetían y se puso en juego el ingenio de los operadores para aportar nuevos recursos que afianzaran el éxito y se implantaron modificaciones de acuerdo con la experiencia y las diversas teorías que sobre la etiología del padecimiento se venían sucediendo. De esta manera surgieron los métodos de inversión, enclavamiento, desviación, transplatación, avulsión, etc., de los cuales, algunos se usan en la actualidad con bastante éxito.

Sería tedioso, inacabable, e inútil, pasar en revista a todos estos procedimientos operatorios y sólo me limitaré a señalarlos por grupos, comprendiendo en ellos los que tengan modalidades comunes y que en el fondo son idénticos salvo pequeños detalles. Al mismo tiempo trataré de indicar sus ventajas, sus efectos e inconvenientes.

**Métodos por escisión.**—Consisten en extirpar el pterigión desprendiendo cuidadosamente la cabeza y haciendo la resección del cuerpo en forma triangular o cuadrangular. Se hace el raspado y la cauterización de la parte cruenta de la córnea y finalmente se sutura la herida operatoria por simple aproximación de los bordes mediante suturas. Generalmente proporcionan una cicatriz horizontal, dejan alguna porción descubierta de la esclerótica que se cierra por granulación, dando una cicatriz olegada e irregular, y si la escisión es amplia la conjuntiva cabalga sobre la córnea dando lugar a la reproducción o a la formación de un falso pterigión. (**Figs. 3, 4, 5 y 6**).

**Métodos por escisión y autoplastia conjuntival por deslizamiento.**—Son en principio los mismos anteriormente descritos; pero para cerrar la herida operatoria y evitar en parte la cicatrización irregular, se combinan con incisiones y despegamientos de la con-

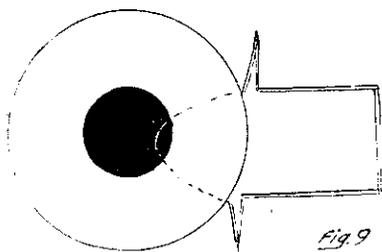


Fig. 9

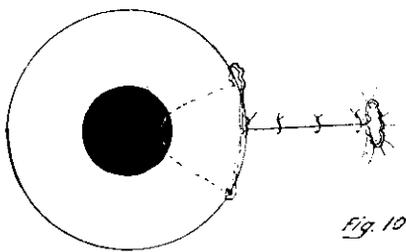


Fig. 10

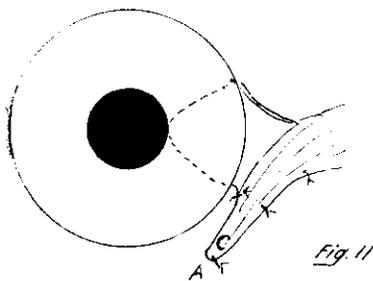


Fig. 11

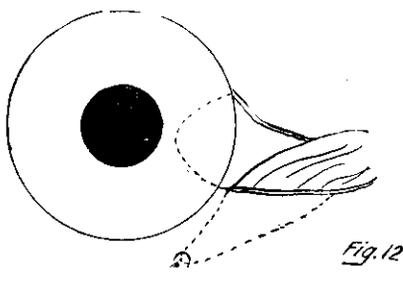


Fig. 12

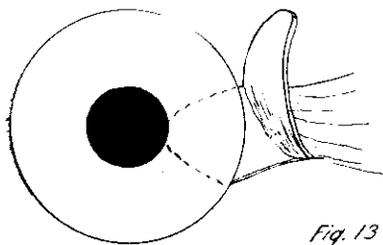


Fig. 13

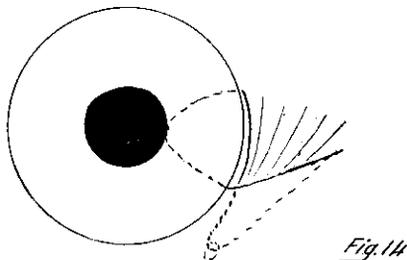


Fig. 14

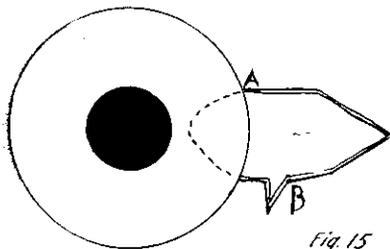


Fig. 15

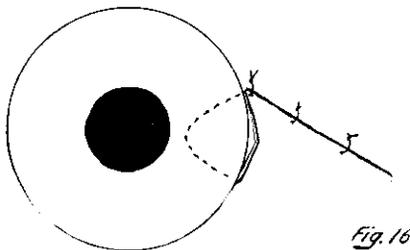


Fig. 16

juntiva que le permite más fácil deslizamiento y la aproximación de los bordes por medio de suturas. Algunos de ellos tienen el inconveniente de que los colgajos que se forman cabalgan sobre la córnea, se pliega la conjuntiva y dan cicatrices horizontales. (**Figs. 7, 8, 9 y 10**).

Uno de los procedimientos típicos de esta categoría es el descrito por mi estimado maestro el señor doctor Daniel M. Vélez. Consiste en hacer la escisión del pterigión en su totalidad, haciendo después una debridación amplia de la conjuntiva hacia la parte alta y la parte baja de la córnea, por cuyo ingenioso detalle la conjuntiva desliza fácilmente y le permite cubrir de una manera perfecta la pérdida de substancia producida por la escisión del pterigión.

**Métodos por escisión y desviación.**—Más perfectos que los anteriores buscan una autoplastia más correcta y la formación de una cicatriz desviada con relación a la hendidura palpebral. Métodos de Terson, Fernando López, Uribe Troncoso, Lipscomb, etc.

**Métodos por simple desviación.**—Consisten en desinsertar el pterigión y llevarlo hacia otro lugar. Desmarres fué el primero en realizar esta idea, para lo cual disecaba el pterigión y después lo alojaba en una simple debridación de la conjuntiva, más tarde lo intróducía debajo de ella con el fin de hacer una desviación definitiva de los vasos y provocar la atrofia del pterigión (**Figs 11 y 12**).

Posteriormente Mac Reynolds ha modificado este procedimiento, haciendo únicamente la desinserción de la cabeza y no la disección total del pterigión, el cual es enclavado a través de una incisión practicada en el borde inferior del pterigión (**Figs. 13 y 14**).

Estos procedimientos están inspirados en el papel preponderante que se le ha dado a los vasos sanguíneos para la formación y reproducción del pterigión. Entre ellos el método Mac Reynolds me ha proporcionado excelentes resultados en cuanto a la no reproducción; pero el aspecto enrojecido y abultado de la conjuntiva persiste por mucho tiempo y aun en forma indefinida. Tiene además este procedimiento la ventaja de no disecar el pterigión respetando íntegramente el pié, a cuya circunstancia atribuyo principalmente el buen resultado a que me refiero.

Variantes del primitivo método de Desmarres y Mac Reynolds, son los de Knapp, Webster, Fox y otros más.

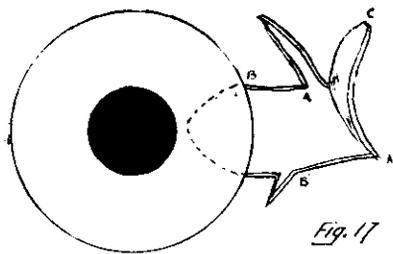


Fig. 17

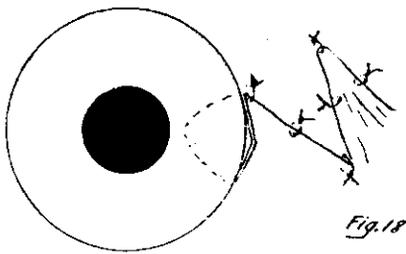


Fig. 18

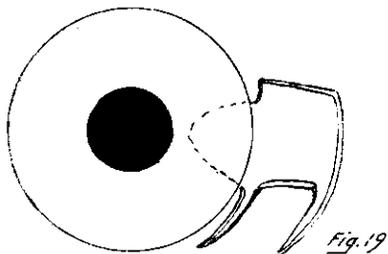


Fig. 19

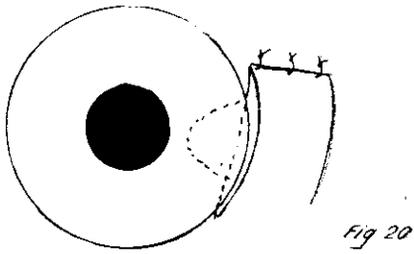


Fig. 20

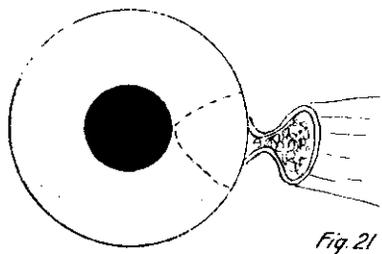


Fig. 21

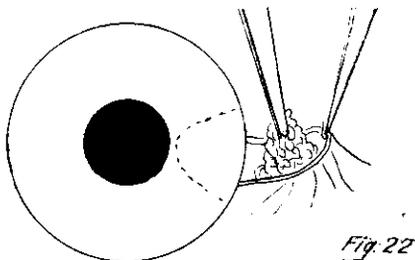


Fig. 22

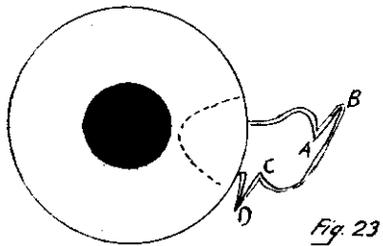


Fig. 23

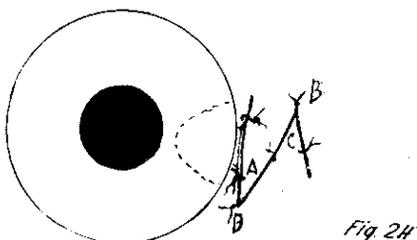


Fig. 24

**Métodos por autoplastia en colgajo.**—Consisten en la escisión del pterigión y cubren la brecha por medio de colgajos conjuntivales a fin de satisfacer dos condiciones capitales: (a) Reemplazar la conjuntiva enferma por una completamente sana y (b) Desviar la cicatriz operatoria y la dirección de los vasos conjuntivales. El número de estos procedimientos es casi infinito, pues un corte más allá o más acá, un colgajo hacia arriba o hacia abajo, la forma, el tamaño y el número de ellos es motivo para la descripción de un nuevo procedimiento. Citaré como tipos y al mismo tiempo como base de otros, por haber sido el primero descrito en su género, el del doctor Fernando López, que tiene un pequeño colgajo triangular obteniendo una cicatriz oblicua y lineal (**Figs. 15, 16, 17 y 18**), y el de Terson que talla un colgajo rectangular y lo hace descender o ascender para cubrir la brecha conjuntival (**Figs 19 y 20**).

Algunos de los procedimientos de esta categoría tienen el enorme defecto de hacer amplias disecciones, lo cual es motivo de que los colgajos cabalgen sobre la córnea, cubriendo la porción cruenta de ésta y dando, por lo tanto, motivo a una reproducción fatal. Otro inconveniente de estos procedimientos es la dificultad de su ejecución, porque son a veces complicados o porque se incurre fácilmente en alguna falta operatoria.

**Métodos de transplantación.**—Consisten en llevar al lugar que ocupaba el pterigión un injerto tomado de un lugar distante, tal como un fragmento de conjuntiva del otro ojo, si está sano, o del enfermo tomado de la parte sana, o bien un pedazo de mucosa labial y hasta de piel. La experiencia personal que tengo sobre estos procedimientos es detestable y sólo cabe emplearlos en casos poco menos que inoperables, como cuando el pterigión se complica de simblefaron, o se trata de uno que se ha reproducido, con retracción de los tejidos e inmovilidad del globo ocular.

**Métodos por avulsión.**—No constituyen precisamente un grupo de procedimientos y sí, más bien, de operadores, y al señalarlo he querido hacer notar la manera de como algunos de ellos separan la cabeza del pterigión, es decir, haciendo un verdadero arrancamiento, el cual se hace de la periferia hacia el centro. Para esto, algunos se valen de un gancho de estrabismo, Prince, Webster, Fox y otros; por medio de suturas previamente pasadas en el cuerpo del pterigión,

Márquez, etc. Finalmente, pueden incluirse en este grupo aquellos operadores que lo disecan de la periferia hacia el centro. La avulsión es fácil, casi nunca deja restos del pterigión en la córnea y tiene un fundamento anatómico, que es la dirección del clivaje de la periferia hacia el centro.

En la anterior enumeración de algunos de los principales métodos operatorios del pterigión, se verá que abundan los defectos o sean verdaderas faltas de técnica. Entre estas faltas están: las amplias disecciones de la conjuntiva, sobre todo si éstas se hacen en las cercanías o sobre el mismo limbo corneal, lo que dificulta hacer posteriormente una correcta autoplastia y predisponen al cabalgamiento de la conjuntiva sobre la córnea. Las cicatrices horizontales, las plegadas, las que se efectúan por granulación con proliferación abundante del tejido vascular. La permanencia del tejido episcleral hipertrofiado, que levanta y abulta la conjuntiva, al mismo tiempo que la pone en condiciones más fáciles para ser plegada por los párpados. La falta de una disección cuidadosa de la cabeza del pterigión que ha dejado restos en la córnea. La desgarradura de los colgajos, la imperfección de la intervención y algunas otras faltas más de menor importancia. Todas ellas representan un contingente muy importante en la reproducción del padecimiento, que habitualmente se arroja sobre la condición tenaz y reincidente de él.

Sin embargo, una operación cuidadosamente practicada con alguno de los procedimientos antes mencionados, procurando atender estrictamente a los detalles de la técnica operatoria, es susceptible de dar magníficos resultados y de otra manera no se explica el hecho de que los recomienden y los empleen sus respectivos autores. Es así como, por ejemplo, yo he visto operados de mi estimado maestro el Sr. Dr. Vélez en magníficas condiciones y sin que se haya reproducido el pterigión.

Una vez señalados los defectos se impone indicar las normas a que deben sujetarse los métodos operatorios, las cuales prácticamente pueden reducirse a tres:

1o.—Disección cuidadosa de la cabeza del pterigión comenzando siempre de la periferia hacia el centro de la córnea.

2o.—Respetar el pie del pterigión y evitar hasta donde sea posible

la disección del pterigión, las amplias escisiones y disecciones de la conjuntiva.

3o.—Hacer una autoplastia correcta, sin restiramientos, ni cabalgamientos de la conjuntiva y sobre la córnea y procurando al mismo tiempo obtener una cicatriz desviada con relación a la hendidura palpebral y cuidando de que los vasos queden a su vez desviados.

El método que a continuación describo, me ha dado bastantes buenos resultados. Muy lejos de mí está la idea de querer presentar un procedimiento nuevo, máxime que la forma de los colgajos no es original. En efecto, un procedimiento semejante en la forma de hacer la autoplastia ha sido descrito por Lipscomb y tiene además alguna semejanza con el del Dr. Fernando López; no es, por lo tanto, un procedimiento nuevo, ni está amparado por el sello de la originalidad el que traigo a la alta consideración de esta honorable corporación para presentarlo como una técnica personal; sino una selección de elementos y detalles tomados de los diversos procedimientos en uso, aprovechando de ellos la parte que me ha parecido buena y que mi escasa experiencia ha creído sancionar de esta manera.

### **Técnica Empleada.**

Previa anestesia por instilación de una solución de cocaína al 5:100 adicionada de adrenalina y de una pequeña inyección de novocaína en el cuerpo del pterigión, se procede a la disección de la manera siguiente:

Se toma con una pinza fina el pterigión por el cuello haciendo una ligera tracción. En seguida se insinúa un cuchillo de catarata debajo del pterigión hacia el limbo y con el dorso del cuchillo se disecciona lentamente de la periferia hacia el centro cuidando de no dejar restos sobre la córnea. Si la disección ha sido bien hecha quedará una superficie lisa, ligeramente brillante y transparente, que corresponde a la limitante externa de la córnea.

Disecado el pterigión se toma por su vértice con una pinza fina y se reseca con una tijera la porción correspondiente a la cabeza y, teniendo cuidado de hacer el corte en dirección perpendicular al repliegue, lo que dá una pérdida de substancia de forma ovalar, cuyo mayor diámetro es vertical (**Fig. 21**).

En seguida se toma con una pinza, por el borde de la herida, el resto del pterigión y se reclina hacia la comisura palpebral en cuya posición es mantenido por el ayudante; entre tanto el operador vacía el cuerpo del pterigión del tejido epiescleral hipertrofiado, teniendo cuidado de no desgarrar la conjuntiva, ni en el pie del repliegue, ni en la porción correspondiente al cuerpo. Sorprende a veces la cantidad de tejido grasoso que es necesario extraer para dejar la esclerótica limpia y es curioso ver como la conjuntiva que forma el cuerpo del pterigión toma caracteres semejantes a los de la conjuntiva sana (**Fig. 22**).

Terminando esta operación se practica una incisión sobre la conjuntiva en la porción más lejana al limbo (**A. B. de la Fig. 23**), se practica otra incisión del mismo tamaño y en la misma dirección que la anterior, en la parte baja de la brecha a 2 milímetros del limbo (**C. D. de la misma figura**), con la cual quedan dos pequeños colgajos opuestos por su vértice (**A. y C.**).

En seguida, por medio de una sutura que toma la parte del colgajo A., se lleva al fondo de la incisión en C. D. y la punta del colgajo D. se lleva al fondo B. de la incisión A. B.

De este desalojamiento de los colgajos resulta una herida en forma de N, que proporcionará una cicatriz completamente perpendicular a la hendedura palpebral y que provoca una desviación de los vasos también en este sentido.

Para terminar la operación se harán cuantas puntadas sean necesarias para la correcta mantención de los colgajos. Para evitar el cabalgamiento de ellos, se aplicará sistemáticamente una puntada entre la porción adherente al limbo y el colgajo movilizado.

En la técnica que acabo de describir se destacan como detalles principales: 1o. Respetar el pie del pterigión, con lo cual se evita hacer amplias disecciones de la conjuntiva; 2o. Practicar un completo vaciamiento del tejido epiesclerar, lo que permite a la conjuntiva volver a sus relaciones normales con la esclerótica, a la cual se adhiere y de esta manera se libra de ser nuevamente pellizcada y traumatizada por el párpado; 3o. Respetar la limitante externa de la córnea a fin de evitar una superficie cruenta que cicatrice por segunda intención.

Las otras ventajas del procedimiento, relativas a la desviación de la cicatriz y de los vasos sanguíneos, así como la perfecta coaptación de los colgajos, las paso por alto, porque otros muchos procedimientos las reúnen.

Los resultados que he obtenido con esta técnica son satisfactorios, sin que por ello pueda ufanarme de no haber visto alguna reproducción. Los cuidados son menos exigentes, en vista de la poca o ninguna movilidad de la conjuntiva sobre la córnea, lo que no hace tan indispensable un vendaje binocular como en los demás procedimientos clásicos.

A fin de ser completo, debo manifestar que aparte de los métodos clásicos que he practicado, también he usado algunos agentes físicos como tratamiento del padecimiento, entre ellos la diatermo-coagulación y los rayos X.

Debo hacer constar que la acción de la diatermo-coagulación, a pesar de sus teorías modificadoras y esterilizantes a distancia, en el pterigión se comporta como una simple quemadura y, por completa que sea, deja elementos en la córnea suficientes para provocar su reproducción. Si algunos autores se encuentran satisfechos del procedimiento, tengo para mí que su juicio en la mayor parte ha sido prematuro y que lo han emitido únicamente entusiasmados por los resultados inmediatos.

La acción de los rayos X la he encontrado bastante útil y, si no es capaz de destruir un pterigión como un neoplasma, sí puede convertir un pterigión progresivo en estacionario, haciéndolo, por lo tanto, más delgado, pálido y poco vascularizado.

Este hecho indiscutible me ha inducido a ordenar a mis enfermos una serie de irradiaciones después de practicada la operación, sobre todo cuando noto algunas tendencias a la reproducción, con lo cual muchas veces lo he evitado.