

sensible, palanca larga y el tubo que va de la boca al tambor, lo más corto posible; disminuir el cansancio y favorecer la apnea con un balón de oxígeno.

¿Es posible la obtención de los tres trazados (neumocardiograma, electrocardiograma y fonocardiograma) en una de las películas que se usan en electrocardiograma? Creemos que sí.

El electro y fonocardiograma juntos se encuentran en casi todas las obras modernas que tratan de los métodos basados en el galvanómetro de cuerda. La acoplación del neumocardiograma ofrece la dificultad técnica de que la palanca oscila en diferente plano que la cuerda de los galvanómetros y que el sujeto ha de estar muy cerca del electrocardiógrafo. Por otra parte la obtención con relativa facilidad de neumocardiogramas requiere el concurso de un enfermo de cierta cultura y que quiera someterse a algunas sesiones de entrenamiento. No desconocemos todas estas dificultades pero estamos convencidos que se pueden solventar. Los resultados que pueden obtenerse merecen ocuparse de ello.

## CRÓNICA

### EL REFLEJO MÍMICO

El Doctor Filippo MONDONESI del Ospedale Maggiore de Bolonia, publicó ya en 1905 la descripción de un reflejo facial que puede ser de importancia para el diagnóstico en casos de apoplejía grave. En tales casos cuando hay coma profundo, relajación de todo el cuerpo y abolición de reacción motora, no nos permite asegurar cual es el lado paralizado, especialmente cuando los reflejos sintomáticos corrientes no aparecen. El reflejo consiste en la contracción de los músculos faciales de expresión causada por la presión en el bulbo ocular. Incluso en casos de coma este *fenómeno óculo-mímico* persiste largo rato y se puede evocar cuando han fallado los otros medios para excitar una reacción motora. La compresión del globo ocular es un método conveniente que puede graduarse a voluntad para que actúe en una extensa zona terminal de un nervio tan sensible como el quinto par craneal. Cuando en casos de coma se encuentra el reflejo *óculo-mímico* en un lado y ausente en otro, se justifica que admitamos una lesión orgánica en el hemisferio opuesto. En cambio la persistencia del fenómeno en ambos lados permite distinguir otras condiciones comatosas como uremia, diabetes o tóxicos, de los que acompañan a lesión circulatoria de un hemisferio. Solamente en muy raros casos de coma profunda se encuentra una pérdida total de reacción motora a la compresión de ambos bulbos oculares. Este fenómeno reflejo es en algunos puntos análogo a los reflejos "corticales", pues cuando el coma desaparece y los reflejos profundos reaparecen, el fenómeno óculomímico queda suprimido o disminuido de la misma manera que ocurre en los reflejos normales cutáneos. El reflejo óculo-mímico descrito por el Dr. MONDONESI es útil como signo clínico para un avance de diagnóstico de hemiplegia y para determinar el sitio de alteración circulatoria del cerebro en

condiciones comatosas distinguiéndolos del coma urémico y diabético, y también como signo de un pronóstico de gravedad en la ausencia bilateral del fenómeno.

Posteriormente la revista *The Lancet* lo ha publicado mencionando además las publicaciones similares de reflejos, por PIERRE MARIE y C. FOIX. En el *Signe de la Face* de este último la acción de reflejo de los músculos de expresión se obtiene por presión, no del globo del ojo, sino de la rama ascendente del nervio occipital. En cualquier caso parece que se produce una contracción de los músculos faciales mediante una presión dolorosa; así es que ambos reflejos no son integralmente distintos.

En realidad el signo mímico aparece por cualquier estimulante doloroso de la cabeza. Naturalmente tanto más aparente o más fácil de obtener cuando la parte excitada sea más sensible.

El pellizcamiento de la piel de las cercanías de la comisura labial produce la aparición del reflejo mímico.

L. BARRAQUER FERRÉ

### VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD FRANCESA DE ORTOPEDIA

En la Facultad de Medicina de París celebróse el día 8 del corriente mes de Octubre el Congreso de la Sociedad francesa de Ortopedia, presidido por el profesor OMBRÉDANNE y actuando como Secretario general FROELICH (de Nancy).

Distinguióse este Congreso por la nutrida discusión de las ponencias, que fueron confiadas a NOVÉ-JOSSE-RAND (de Lyon) y a MATHIEU (de París).

El profesor de Lyon desarrolló la primera ponencia: *La Rodilla Paralítica*

Después de extenderse ampliamente sobre los factores que agravan el pronóstico, estudiando especialmente las parálisis musculares concomitantes y las lesiones a distancia (pié, tronco, cadera) que tienen marcada influencia sobre las funciones de locomoción, pasa a estudiar el *tratamiento* de la tal lesión, poniendo de manifiesto que debe variar según sea la gravedad de las lesiones y existan o no actitudes viciosas.

En las formas limitadas puede intentarse una suplencia muscular mediante la transplatación tendinosa.

Si los músculos son deficientes, pero la solidez articular está conservada, precisa que sea colocado el miembro en las condiciones estáticas más favorables.

Por último, cuando la rodilla está relajada o dislocada, la consolidación debe buscarse a beneficio de aparatos ortopédicos o de la artrodesis.

#### *Trasplatación tendinosa*

En las rodillas sólidas y no deformadas, con parálisis muy limitadas, es recomendable la trasplatación del sartorio y del tensor de la fascia lata. La trasplatación de los flexores sobre el cuádriceps da movimientos muy limitados, que en ocasiones permiten la marcha sin aparatos, pero es incapaz de permitir una extensión activa útil y no puede luchar contra las contracturas en flexión. Debe ser abandonada.



## LA GLÁNDULA INTERSTICIAL DEL OVARIO

POR EL DR. VÍCTOR CONILL



Fig. 1.—Ciclo completo del desarrollo ovular, desde el folículo primitivo al folículo de Graaf.

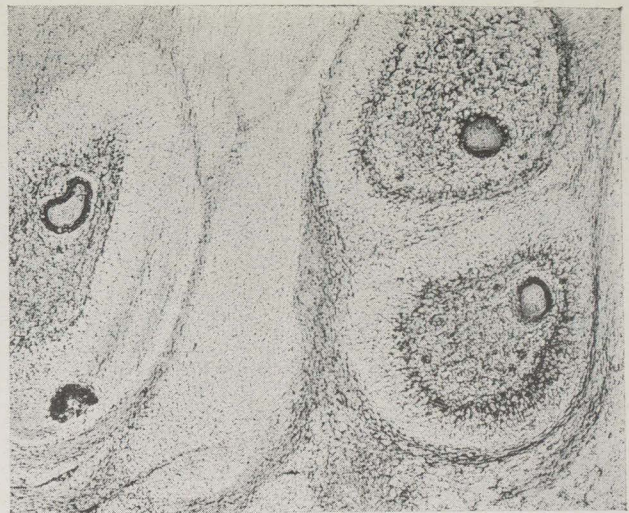


Fig. 2.—Folículos atrésicos que en conjunto forman la glándula intersticial del ovario.



Fig. 3.—Detalle de glándula intersticial en la vaca (preparación propia). Esquemático. Células de aspecto epiteloide rodeadas por una teca que muestra absoluta independencia con las primeras. En el centro un vacío que contuvo el óvulo.

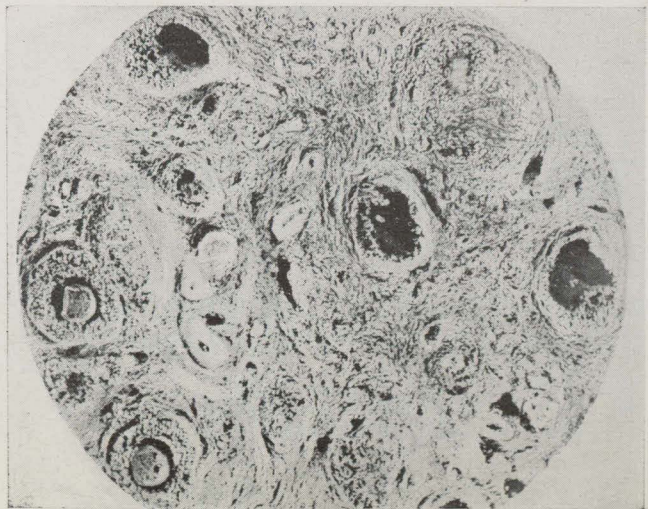


Fig. 4.—Florecimiento de la glándula intersticial en un ovario irradiado



La trasplatación simultánea de un músculo anterior—sartorio o tensor—y de un músculo posterior—biceps—ha dado resultados inconstantes, buenos en ocasiones. No puede responderse siempre del funcionamiento sinérgico de los músculos trasplantados.

Resumiendo, concluye NOVÉ-JOSSERAND que la trasplatación debe ser reservada a aquellos raros casos de parálisis limitadas al cuádriceps y que habiendo respetado el tensor o el sartorio, no hayan comprometido la solidez de la articulación.

#### *Mejoramiento de las condiciones estáticas del miembro*

Cumple las indicaciones más frecuentes en los casos de rodilla paralítica. Colocando la cadera y la rodilla en ligera hiperextensión y el pié en equinismo a 110°, se realizan las condiciones mecánicas que permiten la deambulaci6n sin aparato, incluso en las parálisis totales del miembro inferior, si subsisten un flexor y un extensor de la cadera.

La corrección de la rodilla, hasta dejarla colocada en ligera hiperextensi6n, necesita procedimientos distintos según la naturaleza y el grado de desviaci6n y el estado del miembro en conjunto.

La flexi6n puede ser combatida por medios ortopédicos: masaje, extensi6n continua según el procedimiento de Mommsen, enderezamiento logrado bajo anestesia y enderezamiento por etapas. La miotomía, combinada en ocasiones con la capsulatomía posterior, puede dar también buenos resultados. La osteotomía supracondílea de OLLIER será la preferida para las formas graves.

El *genum-recurvatum* se corrige con éxito mediante una rodillera ortopédica y solo excepcionalmente necesita un tratamiento quirúrgico, que suele ser la operaci6n de STRACKER, consistente en acortamiento del ligamento cruzado anterior y la trasplatación del semimembranoso.

El *genu valgum* puede corregirse por medios ortopédicos cuando la rodilla está relajada; en general es tributario de la osteotomía supracondílea.

La rotaci6n externa alcanza raramente un grado tal que exija una corrección que se hace mediante la osteotomía.

La rotaci6n externa alcanza raramente un grado tal o recidivante de la rótula, es tributaria de las operaciones dirigidas habitualmente contra esta luxaci6n, excepto cuando la relajaci6n de la rodilla sea de tal grado que haga indispensable la artrodesis.

#### *Artrodesis*

Es una excelente operaci6n en las formas graves de rodilla paralítica. Puede ser practicada hacia los 7 u 8 años, en los casos de rodilla no deformada; es preciso retardarla hasta los 13 ó 14 años, cuando hay desviaci6n en *genu flexum* o *varum*. Desde el cirujano ser meticuloso y tomar todas las precauciones indispensables para obtener una buena coaptaci6n de las superficies óseas, prolongando la inmovilizaci6n en un aparato enyesado hasta obtener una consolidaci6n completa, que exige de cuatro a seis meses.

La artrodesis de la rodilla puede hacerse simultáneamente con la del pié, limitada, esta última, a las articulaciones tibio-tarsiana y subastragalina posterior.

Paul MATHIEU, de París, desarrolló la segunda ponencia: *Tratamiento de las secuelas de la coxalgia (aparte del despertar de la infecci6n tuberculosa)*

El ponente se limita al estudio de las secuelas que asientan en la misma cadera y detalla las dos eventualidades posibles como término de la enfermedad; la anquilosis y la persistencia de los movimientos.

Las *anquilosis completas* son favorables cuando se producen en rectitud y desfavorables cuando se establecen en posici6n viciosa; en estas, el tratamiento debe consistir en una osteotomía alta del fémur, considerando MATHIEU que la osteotomía subtrocantélica oblicua del fémur es la operaci6n de elecci6n.

En los casos de persistencia de los movimientos articulares, el ponente distingue tres tipos de lesiones:

1) se trata de una anquilosis incompleta de algunos grados.

2) se trata de una pseudoartrosis intracotiloidea.

3) se trata de una pseudoartrosis extracotiloidea.

La *anquilosis incompleta* es desconocida clínicamente, con frecuencia, cuando es ligera. Su inconveniente principal es la tendencia del miembro a la adducci6n y a la flexi6n, aparte de los fenómenos dolorosos de origen mecánico que determina. Estos casos han venido siendo tratados mediante aparatos, pero lo racional es aplicar a la articulaci6n de la cadera una técnica de artrodesis apropiada.

Las *pseudoartritis intracotiloideas* con grandes lesiones destructivas son tributarias de la artrodesis.

Las *pseudoartrosis extracotiloideas* constituyen luxaciones patológicas de la cadera con gran acortamiento, actitud viciosa y claudicaci6n.

El problema terapéutico es de resoluci6n difícil, pues precisa sustituir el punto de apoyo normal de la extremidad del fémur por un nuevo punto de apoyo situado en la línea de gravedad del cuerpo.

El ponente distingue tres órdenes de indicaciones diferentes:

a) Si la pseudoartrosis es indolora y poco movable, la osteotomía remediará las actitudes viciosas acentuadas.

b) Si la pseudoartrosis es indolora y muy movable, la osteotomía y las operaciones destinadas a restablecer el apoyo pelviano del fémur mediante la creaci6n de un techo osteoplástico están más indicados que la fijaci6n del fémur a la pelvis.

c) Si la pseudoartrosis es dolorosa, puede estar indicada la fijaci6n del fémur a la pelvis mediante una operaci6n análoga a la artrodesis.

Aparte de las ponencias que hemos resumido fueron presentadas al Congreso numerosas e interesantes comunicaciones, así como nuevos aparatos ortopédicos.

DUCROQUET (de París) dió una conferencia ilustrada con proyecciones cinematográficas sobre *Trastornos fisiológicos consecutivos a las parálisis del cuádriceps*.

J. SALARICH