

## BIBLIOGRAFIA

J. M.<sup>a</sup> SUSAETA.—COLOIDES Y FERMENTOS. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1927.

El Dr. SUSAETA ha redactado un libro llamado a tener un éxito de venta. Se trata de una obra de vulgarización—no en el sentido que vulgarmente se da a esta palabra, sino en el de hacer asequible una materia difícil—destinada a proporcionar a médicos, biólogos y estudiantes de Medicina y de Biología la iniciación teórico-práctica indispensable para emprender con provecho y con el menor esfuerzo el estudio de los intrincados problemas de la físico-química biológica, hoy íntimamente confundidos con los de la físico-química de los coloides vitales.

Un lenguaje fácil, una austera omisión de bibliografía, de fórmulas matemáticas y de tecnicismos correspondientes a disciplinas situadas en planos generalmente extraños a la preparación que tienen en ciencias exactas los médicos, biólogos y estudiantes de Biología y Medicina y, sobre todo, la sólida preparación y la claridad expositiva del autor, hacen de "Coloides y Fermentos", un libro excelente que responde a maravilla a la finalidad a que está destinado.

La obra, como su título indica, está dividida en dos partes: la primera dedicada a los coloides y la segunda a los fermentos.

En la primera parte, las materias se distribuyen en ocho capítulos de la siguiente manera: I), Características del estado coloidal y métodos generales de obtención de coloides; II), Caracteres ópticos y mecánicos de los coloides; III), Disociación electrolítica. Osmosis. Equilibrio de Donnan. IV), Caracteres eléctricos de los coloides. V), Variaciones del estado coloidal. VI), Tensión superficial de los líquidos. Adsorción. VII), Química coloidal de los albuminoides y de los lipoides. VIII), Sobre la concentración de iones H y de iones OH. Métodos de determinación de los H-iones. Bibliografía.

La segunda parte del libro consta de cinco capítulos diferentes dispuestos así: I), Generalidades sobre los fermentos, sobre su obtención y sobre su estudio. II), Ideas actuales sobre la acción fermentativa, catálisis y fermentación. III), Zimógenos. Cofermentos. Antifermentos. Zimoides. IV), Los fermentos en el organismo. V), Fermentos oxidantes y reductores.

El libro termina con dos apéndices: uno integrado por una transcripción de fórmulas para obtener fermentos y otro que es un breve resumen sobre la composición química de los principios inmediatos del organismo.

Al final de cada capítulo ha tenido el autor el buen acierto de indicar las orientaciones médicas y biológicas más importantes que utilizan las propiedades coloidales en él estudiadas como las principales variantes que aparecen en la explicación de un fenómeno dado.

La Editorial Labor, S. A., ha presentado este libro con elegancia y sobriedad.

L. CERVERA.

L. C. SOULA.—MATERIA MÉDICA Y FARMACODINAMIA. Biblioteca de "Les Petits Précis". Maloine, editor. Paris 1926.

Se trata de un excelente librito dedicado a los estudiantes de medicina en calidad de auxiliar para la preparación de los exámenes de Terapéutica. En él se reúnen esquematizadas y ordenadamente, las características principales de los diferentes medicamentos que integran el índice de los grandes tratados. Por esto resulta también un libro recomendable al médico práctico.

Camille SOULA, ilustre fisiólogo y celoso profesor de Farmacología de Tolosa, se nos revela ahora con este libro un escritor notabilísimo en el difícil arte de vulgarizar sin caer en la vulgaridad. Por esto, por la acertada idea que representa la publicación de esta obra y por la sobria y bella presentación de la misma, merecen el autor y el editor una felicitación sincera y sin regateos.

L. CERVERA.

## REVISTA DE REVISTAS

### Cirugía

*Indicaciones del tratamiento quirúrgico de los abscesos amibianos del hígado y del valor de la sutura primitiva sin drenaje.* H. COSTANTINI.

Las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de los abscesos amibianos del hígado son muy restringidas desde que se emplea la emetina en el tratamiento de la disenteria; sin embargo a pesar de su eficacia, en los casos en que es necesario intervenir operatoriamente, puede beneficiar el enfermo de la técnica que consiste en vaciar la bolsa purulenta y cerrarla sin drenaje.

Es necesario intervenir operatoriamente en los casos que el estado general del enfermo, profundamente intoxicado, no permite ninguna demora.

Cuando el absceso únicamente de origen amibiano ha sido infectado secundariamente por los microbios tal como sucede a veces en los quistes hidatídicos, debemos sospechar la infección cuando a pesar del tratamiento con la emetina la temperatura continúa elevada, y agravándose el conjunto de los síntomas.

El gran volumen del absceso requiere también muchas veces su abertura inmediata.

Son asimismo tributarios de la operación los abscesos abiertos en cavidades cerradas (peritoneo, pleura, etc.), debiéndose practicar aquella con urgencia.

En los casos de absceso vaciado por vómica, salvo persistencia del mal estado general, será mejor tratarlos con la emetina asociada al arsénico.

El método de cerrar la bolsa purulenta y suturar la herida operatoria sin ningún drenaje, está fundado en que en la inmensa mayoría de las veces el pus de los abscesos amibianos es amicrobiano. Para decidimos a cerrar la herida, conviene de todos modos que un análisis microscópico del pus practicado durante el acto operatorio nos indique la ausencia de bacterias; ya que aún en el caso de poder ser demostrada su presencia por el cultivo, no podría tratarse en tal caso más que de una infección atenuada.

La posibilidad de cerrar sin drenaje no es posible más que gracias al empleo de la emetina de la que se usará enérgicamente después de la intervención.

Las ventajas de la sutura primitiva son evidente; asegura una curación mucho más rápida evitándose los dolores de las curas repetidas que acompañan a todo drenaje. La cicatriz es mucho más sólida, salvándose el peligro de una eventración; además de que se evita la posibilidad de una infección secundaria de un foco primitivamente aséptico. (*Revue de Chirurgie*, núm. 6, 1926).

J. MAS OLIVER

### Obstetricia

*Uremia convulsiva en el curso del embarazo; diferencias con la eclampsia.* Pedro NUBIOLA.

No teniendo los ataques de la eclampsia puerperal o gravídica características que bastan a establecer la diferenciación diagnóstica de la afección causal, es preciso inquirir en cada caso los elementos que hagan factible dicho diagnóstico diferencial, especialmente con la uremia convulsiva y la epilepsia.

Aun cuando muchas veces es posible que dé razón suficiente la anamnesis de la enferma por haber ofrecido anteriores episodios debidos a una afección renal o por tara nerviosa, o por otra enfermedad que pueda determinar crisis convulsivas, en algunos casos pueden faltar o no se pueden demostrar fácilmente tales antecedentes.

Los datos que mejor servirán para el diagnóstico de eclampsia gravídica son: la ocurrencia de los accesos en el último trimestre de la gestación o a continuación del parto; el cortejo de los síntomas de toxicosis antes de los ataques, la oliguria, hipoazouria, hipercloruria y albuminuria; la falta de cilindros y elementos renales en la orina y la hipertensión.

A posteriori servirán para robustecer el diagnóstico: la rápida readquisición de la normalidad con función urinaria fisiológica en los casos de curación, como así la no ocurrencia de recidivas en otras gestaciones y la constancia de importantes lesiones hepáticas en los casos de muerte. (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, Mayo 1925.)

## Ortopedia

### *El tratamiento ulterior de las deformidades de la coxalgia.* P. MATHIEU.

Uno de los puntos más interesantes de que se ha ocupado la Sociedad Francesa de Ortopedia en su último Congreso anual ha sido la ponencia sostenida por el Profesor MATHIEU a propósito de las artritis tuberculosas de la cadera. No se trata de discutir ahora la diversidad de métodos y criterios en el período agudo de la afección como la inmovilización con vendajes, o con extensión continua, el tratamiento general en clima marino o alpino, la helioterapia natural o artificial, etc., métodos que cada uno de ellos tiene sus fervientes partidarios y que han sido causa de sendas discusiones científicas. Pero del tratamiento ulterior del coxálgico no tenemos ningún trabajo que resumiera y completará con una visión clara de la cuestión todo cuanto se ha escrito sobre este punto tan importante.

El autor estudia: 1.º Anquilosis completas, favorables si se producen con el miembro en rectitud, desfavorables si están en posición viciosa. 2.º Anquilosis incompletas sin gran destrucción ósea con conservación de una movilidad reducida. 3.º Pseudoartrosis intracotiloideas (tipo Bouvier-Menard) estando el resto de la cabeza o cuello dentro una cavidad muy agrandada. 4.º Luxaciones patológicas que pueden acabar en anquilosis completa, particularmente en las subluxaciones, o bien en una pseudoartrosis extra-cotiloidea con cadera inestable en las luxaciones completas. 5.º Coxalgias dobles con una combinación de las lesiones precedentes, creando siempre un cuadro grave.

*Anquilosis completas*: en estas no existe ningún movimiento de la articulación aun estando anestesiado el enfermo; puede ser fibrosa o bien ósea, teniendo como características el ser sólida, indolora e indeformable. Es la curación favorable estando el miembro en rectitud y siendo la acción de la marcha muy favorable; si no existe suficiente acortamiento real, C. DUCROQUET aconseja elevar la plantilla del lado sano a fin de evitar que el enfermo eleve el lado enfermo para adelantarlo el miembro; si existe además una ligera flexión con una columna lumbar bien flexible, el acto de sentarse se efectúa también sin dificultad. Algunos cirujanos (TRUSLOW) han aconsejado una artroplastia ulterior pero los peligros de una avivación del foco y los dudosos resultados obtenidos han hecho que haya sido desechada casi unánimemente.

La anquilosis en actitud viciosa se presenta todavía con una extremada frecuencia: hay actitudes viciosas excepcionales como flexión y abducción pero por lo general domina el triángulo clásico de flexión, abducción y rotación interna siendo de los marcha. Hoy está universalmente admitido como único medio corrector de las anquilosis viciosas, la osteotomía alta del femur; el autor discute toda la variedad de osteotomías, li-

neares, oblicuas, cuneiformes, cervical, trocantérea, etc., recomendando LORENZ y HASS la subcutánea habiendo tenido nosotros dos casos con buen éxito. Si hay un genu valgum asociado hay que practicar además la corrección de este por medio de una osteotomía supra-condilea. La curación es ideal, el resultado funcional perfecto y de efectos duraderos si se ha practicado sobre una anquilosis francamente ósea.

*Anquilosis incompletas*: En éstas existe siempre una cierta movilidad con algunos grados de flexión y aducción, siendo a veces insignificante requiriéndose un detenido examen para apreciarla. MATHIEU recomienda en este caso la confección de un aparato tipo Bouvier colocado en abducción comprendiendo la rodilla para evitar la formación de un genu valgum. La curación deseable es que el miembro tienda a la anquilosis completa, si bien ésta tarda a veces años en efectuarse. Anatómicamente la cabeza, cuello, así como la cavidad acetabular están deformadas, pero la destrucción no llega a hacer temer una pseudoartrosis como veremos en el tipo siguiente. Cuando la movilidad es bastante acentuada domina el dolor a la marcha y la claudicación es manifiesta.

Si en el curso de una anquilosis incompleta se ha declarado una actitud viciosa es de urgencia el corregirla: cuando la movilidad es relativamente grande puede hacerse una corrección bajo anestesia e inmovilización en buena posición; si la movilidad es mínima abstenerse en absoluto de maniobras de reducción por su gran peligro. La osteotomía no es de éxitos tan seguros como en las anquilosis completas, pues las recidivas son frecuentes: de aquí que se coloque el miembro en aducción más exagerada. En el caso de coxalgias dolorosas, difícilmente anquilosables después de años de inmovilización, habrá que pensar en un nuevo procedimiento quirúrgico que active la consolidación: nos referimos a la artrodesis de que hablaremos a continuación.

*Pseudoartrosis intra-cotiloideas*. En éstas dominan las lesiones destructivas cuyo estudio ha sido hecho por BOUVIER y particularmente por MENARD conduciendo a una gran movilidad del femur sobre la pelvis (20 grados y más en flexión y aducción) con marcha y claudicación muy pesada: además los fenómenos dolorosos vienen a complicar el pronóstico teniendo que distinguir el dolor crónico debido a una artritis mecánica del dolor propio de la artritis tuberculosa todavía en evolución, siendo su diagnóstico diferencial a veces difícil, particularmente cuando carecen de los síntomas evolutivos como temperatura, abscesos, etc. Estas pseudoartrosis son justificables de la artrodesis: NOVÉ-JOSSERAND y TAVERNIER han sido en Francia los primeros en practicarla valiéndose de un injerto fresco pasado por el trocanter mayor, pero sus resultados no han sido muy halagadores. El autor estudia los diversos métodos de artrodesis-intra-articular (ALBEE) extra-articular (MARAGLIANO, KAPPS, HASS, etc.), pero estando sus resultados en observación no se puede aún hacer juicio definitivo.

*Las pseudoartrosis extra-cotiloideas*, son consecuencia de una luxación patológica en el curso de la coxalgia; si ha sido una luxación precoz, la cabeza está poco alterada, estando por el contrario muy destruida o sin existir en las luxaciones tardías. Si la pseudoartrosis es indolora y poco movable sólo se puede aconsejar la osteotomía para corregir la actitud viciosa; si hay mucha movilidad se puede aconsejar la osteotomía con apoyo del fragmento distal en el acetabulum, siendo la misma técnica que la aconsejada para la luxación congénita irreponible; la artrodesis extra-articular según el procedimiento de HASS será el último recurso.

*En las coxalgias dobles* la combinación funcional más favorable es la anquilosis en rectitud de un lado con movilidad del lado opuesto, pero no se puede olvidar los peligros de una artroplastia en una articulación tuberculosa además de sus resultados dudosos. En el caso de practicar la doble osteotomía dejar los dos lados con cierta flexión que permitan el sentarse. (VIII Reunión anual de la *Société Française d'Orthopédie*).

M. SOLER TEROL