

la oftalmía purulenta. Nos fijaremos bien al practicar el Crédé de no instilar ácido nítrico en lugar de la solución de nitrato. Todas las cajas tocológicas contienen estos dos productos en frascos cuentagotas que a veces son semejantes; una confusión es posible.

Cuando el médico haya comprobado signos que puedan hacer pensar en la conjuntivitis gonocócica, tomará una partícula de pus, que extenderá sobre un portaobjetos y que examinará al microscopio después de fijarla en alcohol-eter y colorearla con tionina fenicada o con Gram. El gonococo se presenta en forma de pequeños cocos en grano de café, enfrentándose dos a dos por su concavidad y formando en el interior de los polinucleares, grupos más o menos densos. En caso de duda, se requerirá con urgencia la ayuda del laboratorio.

Cuando se haya hecho de manera firme el diagnóstico, debemos prevenir al padre, diciéndole con exactitud la verdad de la enfermedad y de sus posibles consecuencias. En cambio es preferible no dar a la madre más que vagos datos, primeramente por no perturbar su reposo y su salud, y además, por no destruir su confianza en su marido y desunir la familia.

Se pondrá en guardia a la personas que hayan de cuidar al niño, padres, y criados, contra la posibilidad de un contagio, recomendándoles se laven las manos después de haber hecho la limpieza del niño, absteniéndose de besarlo, y hacer hervir las ropas que se hayan ensuciado con las secreciones conjuntivales.

Recordaremos, en fin, que la oftalmía de los recién nacidos debe ser declarada, salvo si el secreto del parto es exigido. Aunque en la práctica por no correr ningún peligro la salud pública, esta enfermedad raramente es declarada."

La Biblioteca "La Práctica Médica, se ha enriquecido con una obra que a más de ser completa, precisa y concisa, es amena, pues el lenguaje empleado por su traductor, el compañero Doctor ESCOLANO, es un clásico y elegante español.

I BARRAQUER.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Los síntomas menores de la hiperuricemia y su tratamiento.
M. P. TISSIER.

Después de haber descrito con todo detalle el mecanismo de la uricemia y sus formas clínicas, al tratar de regímenes y medicaciones dice, entre otras cosas, lo siguiente: "Finalmente, el verdadero tratamiento de fondo de la diátesis, son los uricolíticos. El salicilato de sosa, la piperacina, la aspirina, pueden ser empleados, pero no puede exigírseles más de lo que pueden dar de sí, es decir, muy poca cosa.

"La verdadera medicación urolítica eficaz está constituida por los derivados del ácido fenilcincónico y especialmente por el fenilcincinato de alilo o Atoquinol. Sabemos que este cuerpo es obtenido por eterificación alílica del ácido fenilcincónico, lo que aumenta su eficacia y su tolerancia. Se prescribirá a la dosis de 1 gramo por día, durante 5 o 6 días, durante los períodos dolorosos. Este medicamento posee una acción verdaderamente selectiva sobre el ácido úrico, cuya movilización intra-orgánica y eliminación renal activa considerablemente por un proceso asaz complejo, el cual no creemos sea del caso profundizar en este momento. (REYNAUD: *Contribución al estudio terapéutico de la gota: el fenilcincinato de alilo*. Tesis. Paris, 1925).

No es raro el ver pasar durante la administración del mismo, la tasa del ácido úrico al doble.

Esta abundante eliminación, esta sangría úrica" acompaña pronto de la remisión de los fenómenos dolorosos, de una aptitud mayor para el movimiento, de una sensación de ligeramiento y de agilidad que los enfermos no tardan en apreciar en su justo valor."

Y termina TISSIER su disertación en la siguiente forma: "Un tratamiento moderado, pero *habitual* por el fenilcincinato de alilo, parece pues ser el mejor medio para combatir el vicio nutritivo constitucional que conduce a una excesiva producción de ácido úrico.

A los sujetos de esta categoría, aconseja, pues, un tratamiento de fondo por el Atoquinol, a razón de 0'50 gramos al día, durante 3 a 5 días cada mes, y así asistimos a la desaparición definitiva de sus mialgias, lo cual se traduce en muchos de ellos, por una transformación de su persona, que se vuelve más ágil, más activo más joven. Es ello, un favor que aprecian sumamente y tanto más, cuanto que había notado antes, la impresión de encaminarse hacia la vejez con todos sus achaques a una velocidad acelerada." (*Gazette des Hopitaux*, 29 septiembre 1926).

V. SINGLA.

La punción ventricular en casos de apoplejía con explicaciones en la técnica de las mismas y sus indicaciones. CARLILL.

Como sea que la hemorragia cerebral por pequeña que sea es grave, todo método de sustraerla que ofrezca alguna esperanza debe intentarse.

Un caso.—Un hombre de 50 años, tuvo dolor de cabeza durante unas pocas horas. A las 2 de la tarde de 8 de enero de 1926, se sintió repentinamente enfermo mientras estaba trabajando, y fué admitido inmediatamente en el Hospital de Westminster. Conservó el conocimiento hasta las 4 de la tarde, vomitando muchas veces. Cuando el A. le visitó a las 5 había perdido el conocimiento y estaba hemipléjico del lado izquierdo. El brazo derecho tenía movimiento activo, pues el enfermo se apretaba la cabeza con la mano de dicho lado. Las pupilas eran pequeñas y no reaccionaban a la luz. Los reflejos tendinosos estaban exagerados bilateralmente, y tenía clonus en ambos pies. El reflejo plantar era en extensión, el derecho era normal.

Se confirmó el diagnóstico clínico de apoplejía, después de hacer inmediatamente la punción lumbar la cual demostró que el líquido cerebro espinal estaba íntimamente mezclado con sangre pero no a presión excesiva. El pulso era de 80 pulsaciones por minuto. Consideramos que la hemorragia ya había pasado del lado derecho al izquierdo del cerebro.

A las 6 de la tarde, asistido por el operador de la casa, Dr. H. A. DUNLOP, hizo la punción del ventrículo lateral con un taladro y aguja. Inmediatamente salió fluido cerebro espinal, pero muy lentamente.

Cuando la cabeza del paciente se colocaba baja, colgando al borde de la cama, la salida del líquido aumentaba algo, y aun se obtuvo más fluido por compresión digital de las venas yugulares. El paciente vomitó mucho y había copiosa incontinencia doble. Con una pequeña jeringa usada cuidadosamente, se llenó varias veces del contenido ventricular y se sacaron unos 10 c. cm. A las 7 de la tarde el pulso era de 60. El estado de las pupilas y reflejos continuaba igual, aunque ahora tenía más profundamente perdido el conocimiento. La operación pudo hacerse con éxito, pero el resultado fué nulo. La muerte se presentó a la 1 de la madrugada. Al efectuarse la autopsia, el Dr. BRAXTON HICKS, no pudo certificar ninguna causa especial para la hemorragia. El corazón, los riñones y las arterias generales y cerebrales, estaban sanos a pesar de la edad del paciente. El ventrículo derecho estaba ocupado por un gran coágulo de sangre el cual había destruido el cerebro y además había pasado al ventrículo izquierdo, a los ventrículos más pequeños y hacia el espacio subaragnoideo espinal. El sitio donde la aguja había agujereado el cerebro al pasar hacia el ventrículo, estaba junto a una gran arteria cortical.

Técnica de la punción.—Los conocimientos de la operación de la punción ventricular en adultos, los ha obtenido principalmente de Sir James PURVES STEWART (*The Lancet*, Diciembre, 5-1925) La ha practicado unas dos veces y ha visto que para un operador que trabaje con la mano derecha, un taladro corriente, de los que se manejan con dicha mano y que tienen un mango, con un tirabuzón es lo suficiente. Si se desea una punción muy pequeña, como es generalmente el caso, el taladro, debería ser le más pequeño, que resulta un poco más grande que la aguja que se usa para la punción lumbar. La sola dificultad con el taladro de referencia, es la de acertar el agujero que queda en el hueso, con la aguja, después que se ha sacado el taladro, pero si un ayudante experto aguanta la piel

firme y fija al cráneo, no hay dificultad alguna. Se afeita y lava la piel del sitio donde quiera hacerse la punción. Si el paciente tiene conocimiento se anestesia la piel con cloruro de etilo. Cuando se ha terminado la operación, se introduce por un instante en la herida, una cala de madera empapada con ácido carbónico. Tiene esta cala preparada junto con el instrumental, para usarla como tapon, caso que sangrara el hueso, pero aun no ha tenido ocasión de hacer uso de ella. El paciente que posee el conocimiento, no siente dolor. Ninguno de los enfermos han sentido dolor, inmediatamente o despues. Pueden oír el movimiento del taladro, pero no sienten nada desagradable. Además del peligro de la meningitis, un peligro definitivo de la punción ventricular, es la perforación de una arteria que este en la superficie del cerebro. Ha oido hablar de un caso en el cual se presentó muy copiosa hemorragia subaragnoidea debida a este accidente, y parece que ni el saber mucha anatomia ni tener gran pericia en operar, puede prevenirlo en una proporción de casos. Nuestra detensa esta en tener la seguridad de que la punta del taladro no pasa mas lejos del esqueleto y en tener la certidumbre de que la punta de la aguja esta resguardada debidamente por el estilete hasta que haya pasado a lo menos mas alla de la superficie del cráneo. Pero, operando por el tacto solamente, no es fácil asegurarse de estas cosas. En algunos casos, y especialmente cuando uno o dos ventriculos se han distanciado, puede ser el ventriculo contralateral el que sea penetrado por la aguja.

Resultado de la Punción.—El alivio del dolor de cabeza, que se obtiene por la punción ventricular, en el hidrocefalo interno, por cualquier causa, es constante. Hasta cierto punto cualquier aumento de la presión subaragnoidea en apoplejia puede ser disminuido con sacar el fluido sanguinolento cerebro espinal, por puncion lumbar. La pérdida del sentido en la apoplejia es causada sin duda, principalmente, por la destruccion del cerebro por la presión del coágulo. De si la pérdida del conocimiento puede evitarse o aliviarse con la punción ventricular, en momentos en que la hemorragia empieza, queda ello todavía para demostrar. Mientras hay vida puede coagularse la sangre en los espacios subaragnoideos cerebrales y espinales, pero no se sale si la sangre de los ventriculos, mientras el paciente vive, se coagula rápida y lentamente, o si llega nunca a coagularse. Quizá la aspiración del contenido del fluido ventricular ayudaría a la espacios subaragnoideos cerebrales y espinales, pero no se sale arteria rota a sangrar más, pero la sustracción de sangre a través de la aguja que efectúa la punción ventricular, podría ser beneficiosa. Quizá también, al empezar a sangrar, el ventriculo afectado podría con ventaja llenarse cuidadosamente con suero hamemostático introduciéndolo a través de la aguja ventricular.

El diagnóstico clínico de apoplejia sospechosa puede probarse en muchos casos examinando el líquido cerebro espinal. El diagnóstico depende de esta prueba y la exigen las dificultades del diagnóstico entre supuesta hemorragia cerebral y coma no hemorragico por ejemplo. Hace algunos años y durante una guardia hubo un hombre de quien acababa el A. de decir que probablemente sería un candidato para la hemorragia cerebral, cuando repentinamente perdió el conocimiento mientras el A. estaba examinando otro enfermo de la misma sala. La punción lumbar hecha a los dos primeros minutos demostró un líquido cerebro espinal incoloro. Y la punción lumbar cinco minutos más tarde demostró la hemorragia y confirmó le diagnóstico clínico.

También en muchos casos de meningitis ha lavado el espacio espinal subaragnoideo. Todavía no hai nyectado medicación antisifilítica u otra por la ruta ventricular. Ha tenido un caso, en el que demostró el uso de la punción ventricular al conseguir una salida del líquido durante un lavaje del espacio espinal y cerebral subaragnoideo hecho desde la región lumbar. El paciente ingresó con meningitis supurativa, la cual se había desarrollado por infección de los senos del cráneo. Se hizo un lavado con suero. El fluido purulento, que salía poco a poco de la aguja ventricular se convirtió gradualmente en incoloro durante la operación. El lavado no perjudicó, desde el punto de vista clínico, por lo menos, pero sobrevino la muerte más tarde, debido a la meningitis. La autopsia demostró que la superficie convexa del cerebro del lado en el que se hizo la punción ventricular estaba libre de meningitis visible. La corteza del lado opuesto estaba cubierta de pus. (*The Lancet*, diciembre 1926).

L. BARRAQUER FARRÉ.

Comentarios a trescientos casos de fracturas de las extremidades. ANTONIO OLLER.

El A. empieza su trabajo basado en el examen de 318 casos de fracturas de las extremidades la mayor parte de los cuales no eran sino que defectos y consecuencias de la consolidación de antiguas fracturas, dolíendose de los grandes errores diagnósticos de las mismas y de los inadecuados tratamientos de que son objeto estas fracturas indagnosticadas. "Estamos cansados de ver—dice—errores tan grandes como el de asistir durante quince días a un obrero fracturado de femur con pomada de behadona como unico tratamiento, y en cambio, inmovilizar un brazo en un apósito muy apretado dando lugar a la atrofia y a las rigideces articulares por causa de una fractura que solo existia en la imaginación del médico".

Indica además que la contianza en la radiografía hace abandonar el estudio de la sintomatología clínica tan eficaz en las fracturas, siendo así que una radiografía de la región del carpo o del codo de un mm. ejemplo es de tan difícil interpretación que frecuentemente se han tomado por fracturas de estas y otras regiones los puntos de osificación y cartilaginosos, además del inconveniente tan frecuente en los pueblos de carecer de una buena instalación radiográfica.

Comparando los diferentes datos de su estadística y relacionándolos con la mejoría funcional ulterior, se deduce que las fracturas del húmero son las que con más frecuencia producen incapacidad para el trabajo; en segundo orden las del radio por ser las que peor se tratan y más dificultan el buen funcionamiento de la mano; siguiendo luego las de la tibia que por lo mismo dificultan la marcha.

Siguen luego adecuados comentarios sobre las diversas fracturas en particular.

3.° *Fracturas de la clavícula*, 12 casos; dentro de su sencillez de diagnóstico y tratamiento pueden acarrear trastornos molestos, (acortamiento del brazo, dolor por callo gigante, atrofia muscular, limitación de los movimientos por osificación ligamentosa). Se muestra el A. contrario a la intervención cruenta y recomienda el vendaje de BRAATZ o el de SAYRE.

Fracturas del homoplato, 6 casos, uno de ellos visto al cabo de dos meses indagnosticado. Aconseja masaje precoz y movilización de la articulación del hombro.

Fracturas del húmero, 89 casos; las fracturas articulares, tanto de la extremidad superior como de la inferior son de difícil tratamiento si no se ha hecho la reducción consecutivamente al accidente. 16 de estos casos corresponden a la extremidad superior. Estas fracturas requieren un tratamiento fisioterápico intenso de la articulación del hombro, evitando así los fenómenos tan frecuentes de periartitis, con dolor persistente y limitación funcional acompañada de atrofia muscular, parálisis del plexo braquial y pseudoartrosis. 14 corresponden a la diáfisis, uno de ellos complicado de parálisis radial tan frecuente si no se reduce bien la fractura y no se diagnostica a tiempo la parálisis. Las restantes de la extremidad inferior del húmero son las que más se prodigan, dice el autor en su consulta alcanzando mayor grado las supracondíleas que presentan como inconveniente si la reducción no se verifica lo antes posible, la interposición de un fragmento intraarticular que impedirá los movimientos articulares, una parálisis secundaria del mediano o del cubital. Si la reducción no se mantiene bien hay peligro de rigidez del brazo. Implica, por último, movilizar precozmente la articulación, amasando bien el callo ante el peligro de su exuberancia. Otra complicación terrible es la parálisis isquémica por compresión del vendaje (1 caso).

Fracturas del radio, 41 casos; de ellos fija el autor su atención en las fracturas de COLLES, fracturas que o no se diagnostican o se toman por luxaciones. Siendo estas fracturas de penetración, huelga la inmovilización de los fragmentos que prolongándola acarrearía trastornos articulares, tenosinovitis, atrofias, etc., dando magníficos resultados terapéuticos, la mecanoterapia precoz.

Fracturas del cúbito, 13 casos; merece citarse la fractura del olecranon por reclamar la sutura inmediata.

Fracturas del carpo, metacarpo y falanges, 13 casos; 1 caso de fractura del trapecio y los demás de los metacarpianos y falanges. Tienen importancia por los callos deformes y adherencias tendinosas que dificultan los movimientos de los dedos, caso de no tratarse bien.

Fracturas de la pelvis, 2 casos; en uno de estos casos se tra-

taba de una fractura de la sínfisis y del acetábulo, quedó con una limitación extraordinaria de las dos articulaciones coxotemorales con dolor y rigidez en toda la extremidad. Este herido, que fué propuesto como incapacidad absoluta, tiene en la actualidad solo un acortamiento de la pierna derecha de unos tres centímetros y anda sin bastones.

Fracturas del fémur, 30 casos, que corresponden 6 a la extremidad superior, 23 a la diáfisis y 1 a la extremidad inferior. Se lamenta del pésimo tratamiento de que habían sido objeto dos fracturados del cuello quirúrgico del fémur, máxime presentando los síntomas característicos de esta lesión y que gracias al tratamiento fisioterápico mejoraron en gran manera.

Un síntoma sobresaliente en casi todas las observaciones de fracturas de la diáfisis femoral era la artritis de la rodilla producida por la hidrartrosis y por la distensión de los ligamentos, amerencias capsulares, atrofia de los músculos periarticulares, y decalage, accidentes frecuentes cuando este mal dirigido el tratamiento. La pérdida funcional del cuádriceps por el mecanismo de adherirse sus fibras al callo óseo convirtiéndose en un músculo digastrico, contribuye a explicar la incapacidad permanente en las fracturas mal tratadas.

Fracturas de la rótula, 8 casos; No se ha encontrado, dice el autor referente a estas fracturas, el material ideal de sutura, que por no tolerarlo acudieron la mayor parte de estos casos a su Instituto.

Fracturas de tibia y peroné (fracturas de la rodilla), 10 casos, caracterizadas por gran hemartrosis, fiebre, inflamación articular y atrofia muscular. Como consecuencias de su mal tratamiento cita la anquilosis, el acortamiento y la imposibilidad de caminar sin muletas. El tratamiento tenderá a prevenir estos defectos (masaje, y en caso de inevitable anquilosis facilitarla en buena posición). En las del tercio medio debe practicarse la reducción cuanto antes y mantenerla mediante un apósito escayolado tipo DELBET.

Fracturas de la tibia, 38 casos; todas las fracturas tibiales son de pronóstico funcional grave incluso en las mejor tratadas. Por lo tanto conviene desde el primer momento instituir un tratamiento delicadísimo.

Fracturas del peroné, 7 casos; son de poca importancia, acusaban solo atrofia y rigidez articular.

Fracturas del astrágalo y calcáneo, 26 casos; son de gran importancia por la dificultad de diagnosticarlas. Se las toma por esguinces, distensiones, artritis, etc.

Como consecuencias lejanas de un mal tratamiento, cita la deformación de la arquitectura del pie, y el pie plano que acarrea grandes molestias funcionales.

Fracturas de las cuñas, metatarsianos y falanges, 8 casos de poca importancia, implican como terapéutica masaje y únicamente intervención en los casos de gran deformidad ósea.

El autor no deja de recomendar la extensión continua en las fracturas de la extremidad inferior especialmente del fémur de resultados más prácticos y convincentes que la colocación de vendajes de yeso. (*Los Progresos de la Clínica*, tomo XXXV, núm. 2, febrero 1927).

J. SALARICH

Fracturas de la tuberosidad de la tibia. N. BARBILIAN (Jassy).

Las fracturas de la extremidad superior de la tibia, de las que la tuberosidad tibial son una variedad, fueron confundidas con otras de la misma hasta su individualización por RICHEL en 1875, siendo su gravedad más que su frecuencia lo que ha preocupado más a los cirujanos. En este interesante trabajo reúne el A. 10 casos de esta clase de fracturas entre las 335 de la pierna, observadas en el servicio del prof. HARTMANN.

El límite de la región de las fracturas de la extremidad superior de la tibia está limitada por un plano que pasa por debajo de la apófisis tibial (RICHEL). DAMIOT lo considera rasando la extremidad superior del ligamento interóseo. El autor considera preferible la primera opinión, pues, además de que la línea de fractura casi nunca rebasa el límite mencionado, el segmento así delimitado corresponde solamente a la epífisis sin interesar la diáfisis.

Pueden suceder en esta clase de fracturas 3 casos, que corresponden a otras tantas divisiones del autor.

1.º Sub-tuberositarias, cuya línea de fractura corresponde entre la unión epifi-diáfisisaria y el límite inferior de la extremidad superior. De dirección horizontal entrañan una variedad

que sólo puede encontrarse antes de la desaparición del cartilago de conjunción: es el verdadero desprendimiento epin-sario.

2.º Articulares, en las que la línea de fractura se prolonga hasta la articulación. Se las llama apon-sarias o tuberositarias, según interesen la apófisis o las tuberosidades que pueden ser la interna, la externa, o las dos a la vez.

3.º De los meniscos articulares y de la espina. En realidad solo corresponden a la tuberosidad tibial, las fracturas comprendidas en la segunda clasificación, exceptuando las de apon-sis, puesto que esta es una formación distinta del resto de la tuberosidad, derivada de un punto distinto de osificación y soldada tardíamente al esqueleto usual.

Las fracturas de una sola tuberosidad son más frecuentes que las de las dos. Ocupan el segundo lugar de frecuencia en las fracturas de la tibia.

Se registran generalmente en individuos de edad avanzada, cuando la resistencia ósea empieza ya a disminuir, siendo más frecuentes las de la tuberosidad interna.

Hoy día se admiten dos clases de mecanismos, directo e indirecto, en la producción de tales fracturas, pudiendo decirse que en la edad avanzada es preferible invocar al mecanismo indirecto por la disminución de solidaridad ligamentosa y ósea en tal época de la vida. El mecanismo directo es más propio de la edad adulta.

Las fracturas directas son producidas por un traumatismo en la extremidad superior de la pierna, siendo más frecuentemente lesionada la tuberosidad externa por su menor resistencia o mejor aun por estar topográficamente más expuesta.

Las fracturas indirectas se producen por el doble mecanismo de arrancamiento y compresión cuando la fuerza del traumatismo actúa en la dirección misma del eje del hueso.

La dirección de la línea de fractura está determinada generalmente por la disposición de las trabéculas óseas. El A. hace un detallado estudio de la dirección de las mismas examinándolas respectivamente en cortes sagitales, frontales y transversales del hueso llegando a la conclusión de que las líneas de fractura son en extremo variables tanto por su dirección como por su situación.

Divide las fracturas en tuberositarias, bituberositarias y conminutas, subdividiendo las primeras según sea total o parcial o solamente sea la lesión una simple insura. En cuanto a las segundas hace notar la combinación de una fractura subtuberositaria y tuberositaria, o sea en forma de T invertida y la separación de cada tuberosidad por tractos que se apartan más o menos simétricamente de la dirección axial del hueso ya sea en forma de V o de Y invertida. Referente a las conminutas la diversidad de líneas de fractura escapa a toda descripción de conjunto, pudiendo ser relativamente considerable el número de fragmentos.

Los fragmentos fracturados tienden a desplazarse hacia abajo y afuera a causa de la presión ejercida por el fémur. En algunos casos pueden dirigirse hacia atrás o adelante. En los casos de fractura de la tuberosidad externa con integridad del peroné es de regla la desviación hacia arriba. Otra desviación es la subluxación de la rodilla hacia afuera; sucede esto en las fracturas de la tuberosidad interna explicable según DAMBRIN por el estiramiento hacia adentro del fémur por el ligamento cruzado, siempre que la espina forme parte de la tuberosidad interna fracturada.

Sintomatología.—En el momento del accidente el enfermo acusa un vivo dolor unido a impotencia funcional. Más tarde aparece una gran hinchazón debida al derrame sanguíneo intra-articular que infiltrando las partes blandas puede extenderse más o menos hacia el muslo o la pierna. Más considerable es, aún, cuando están interesadas las partes blandas por el traumatismo (directo) y cuya sangre acumulándose en los puntos declives alcanza su mayor intensidad en el hueco poplíteo.

La semiflexión de la pierna sobre el muslo se observa casi en todos los casos. Más característica pero menos frecuente es la deformación en valgum o varum según sea interesada la tuberosidad externa o la interna. No obstante el valgum se observa no solo en casi todas las fracturas de la tuberosidad externa, sino también en muchas de la tuberosidad interna; faltando por lo tanto en éstas la deformación peculiar de esta última lesión; parece ser en este caso producida por contracción muscular. Esta distinción del genu valgum por desplazamiento de las superficies óseas o por contracción muscular adquiere gran importancia pronóstica por los resultados lejanos de funcionalismo.

Nótase algunas veces acortamiento del muslo.

Un síntoma que existe siempre es el alargamiento de la tuberosidad de la tibia. Es de gran trascendencia, pues puede en ausencia de otros síntomas dar el diagnóstico de la fractura.

La palpación puede, oscurecida a veces por la hinchazón y el dolor, darnos la topografía de la fractura en cuestión. Una línea dolorosa nos ilustrará sobre la situación y dirección de la misma. La crepitación es rara, pero pueden observarse movimientos anormales. La radiografía debe hacerse siempre precisando la variedad de la lesión e ilustrarnos sobre el estado de los fragmentos.

Una contusión de la rodilla puede por sus síntomas (dolor, hinchazón, impotencia funcional) simular una fractura, mas el alargamiento de la tuberosidad tibial y el equimosis poplíteo asociado a la tumefacción considerable permiten declinar el diagnóstico de contusión en favor del de fractura, la asociación de estas dos lesiones oscurece a veces de tal modo el diagnóstico que la radiografía solamente puede aclarar.

El pronóstico es grave por tratarse de fracturas articulares. El funcionalismo de la rodilla puede a veces verse comprometido y en los casos de éxito, aun cuando la integridad funcional reaparezca, puede no realizarse hasta al cabo de año y medio o dos años.

Las complicaciones inmediatas pueden reducirse a la abertura del foco de fractura.

Las complicaciones tardías más importantes son las de origen funcional que pueden llevar al miembro incluso a la anquilosis. Este funcionalismo puede verse comprometido ya por un callo deforme, ya por movimientos de lateralidad, ya por deformación del miembro. Frecuentemente puede sobrevenir tardíamente una artritis crónica.

El tratamiento varía poco cualquiera que sea la variedad de la fractura, pudiendo emplearse dos métodos: el ortopédico y el quirúrgico. El primero consiste en evacuar la hematosis reduciendo la punción si se reproduce, reducir la fractura inmovilizando el miembro mediante una férula por espacio de un mes, procediendo luego a la movilización y al masaje.

El quirúrgico consiste en reducir los fragmentos mediante una artrotomía clásica, manteniendo la reducción definitivamente por medio de enclavamiento, atornillamiento o cerclaje. Masaje y movilización más precoz que en tratamiento ortopédico.

La osteosíntesis no da los resultados apetecidos en esta clase de fracturas, dado a que lo esponjoso del tejido óseo tibial no se presta a este proceder. Además si son algo satisfactorios los resultados inmediatos lo son menos los resultados tardíos que en el método incruento, pues en la mayoría de casos la prótesis metálica no es tolerada, produciendo reacciones inflamatorias con tendencia a fistulizar.

La superioridad de la osteo-síntesis radica en la reducción más perfecta, mas lo importante es un buen resultado funcional que sólo puede obtenerse ortopédicamente.

Si bien es verdad que la curación es más rápida con el tratamiento cruento, la recuperación funcional es con el método ortopédico más segura.

La atrofia puede evitarse con el masaje y la movilización precoces.

El A. reserva el tratamiento cruento a los casos de grandes desplazamientos y de desinserciones ligamentosas importantes.

A continuación siguen lo interesantes observaciones en las que se ha basado el A. para la concepción y realización del presente trabajo. (*Journal de Chirurgie*, Diciembre de 1926).

J. SALARICH.

Ginecología

Diagnóstico bilógico de la gestación. L. RECASENS SERRANO.

El autor estudia en este interesante opúsculo el problema del diagnóstico bilógico de la gestación, del que tanto se han ocupado multitud de investigadores, haciendo un perfecto resumen de los diferentes métodos y procedimientos, para detenerse en la completa descripción de la reacción de Adderhalde y de modo especial en la variante del método óptico utilizando el interferómetro de líquidos Loewe-Zeiss. La práctica de este procedimiento es descrita por el doctor RECASENS SERRANO, con toda suerte de detalles y los cuadros de los resultados por él

obtenidos, resumidos en las conclusiones finales, nos dan perfecta idea de lo que actualmente podemos esperar y juzgar de los datos que en diagnóstico de la gestación el laboratorio puede proporcionarnos.

La extensa bibliografía citada por el autor, es una buena prueba de sus bien cimentados conocimientos y guía útil para los que deseen profundizar en la materia. (*Opúsculos de Obstetricia y Ginecología* Ed. Minerva, Madrid).

COMAS CAMPS

Azotemia y funcionamiento renal en el curso del embarazo y del parto normal y patológico. L. CLEISZ Y LAUDAT.

He aquí las conclusiones de este interesante trabajo:

CASOS NORMALES

En la mujer grávida, en apariencia sana, parecen manifestarse indicios de deficiencia renal caracterizados por una constante de Ambard algo elevada ($k=0.083$) y una permeabilidad a la fenosulfonaftalina ligeramente disminuida ($Pht=48\%$). Estos hechos se hallarían en oposición paradójica con hipozotemia que es la regla en el curso de la gestación normal ($\text{úrea}=0.24$ grs.).

CASOS PATOLÓGICOS

Nefritis crónicas (nefritis anteriores a la gestación).—La gestación puede agravar la insuficiencia renal precipitando la aparición del síndrome azohémico. El síndrome azohémico puede manifestarse bajo la forma de un acceso agudo transitorio.

En ocasiones por el contrario, sigue a partir de su iniciación una curva ascendente; la azohemia es entonces progresiva y la mujer entra ya en pleno brightismo de forma azohémica, cuyo pronóstico se ajusta a lo establecido por WIDAL.

Síndromes renales gravídicos sin nefritis crónica anterior a la gestación.—Teniendo en cuenta lo bajo de la cifra de la úrea de la sangre en la gestación normal, es la regla en los síndromes renales gravídicos la elevación aunque poco marcada de la tasa de úrea.

Aparte de estas elevaciones permanentes de la cifra de eliminación uréica, se observan a veces exacerbaciones agudas de la azohemia, que cuando alcanzan tasas elevadas, son casi siempre transitorias.

Estas exacerbaciones acostumbran a tener su acmé más elevado en los días que siguen a la evacuación del útero.

Eclampsia convulsiva.—En las mujeres que ostentan este síndrome se asiste a una elevación generalmente moderna de la tasa de úrea de la sangre. En ciertos casos, algunos de ellos graves, la tasa de úrea sanguínea es débil y vecina de la normal; es posible que estas cifras poco elevadas se hallen en relación con una insuficiencia hepática y predominante.

En toda mujer grávida cuyo funcionamiento renal sea sospechoso, no deberemos contentarnos con la sencilla investigación de la albúmina. El examen de la tensión arterial que ha entrado ya en la práctica es desde luego imprescindible, pero además se buscará igualmente no tan solo la retención clorurada, por otra parte evidenciable por la aparición de edemas, sino sobre todo la retención azoada que procuraremos despistar mediante el examen de la sangre antes de que llegue a determinar manifestaciones clínicas.

La busca de la constante de Ambard, de técnica delicada, puede ser substituida por la prueba de la permeabilidad a la ftaleína de realización clínica más fácil.

De esta suerte se podrá establecer no tan solo el pronóstico inmediato de la función renal durante la gestación en curso, si que también el porvenir renal y obstétrico de la embarazada. (*Gynecologie et Obstetrique*, tomo XV, núm. 2, 1927).

VANRELL

La analgesia raquídea. Contribución estadística de 434 casos. Giuseppe COEN.

Después de un rápido examen de la cuestión y de pasar revista a las técnicas más en boga, el A. describe seguidamente el método que emplea personalmente desde 1919 a base de clorhidrato de cocaína.

Hemos creído conveniente hacer el resumen de este trabajo por tratarse de una estadística numerosa tributaria de un

fármaco considerado por la mayoría como peligroso y por lo tanto casi completamente abandonado en la actualidad.

La técnica seguida es con ligeras variantes la de DELMAS: hora y media antes de la intervención, inyección de un centígramo de clorhidrato o bromhidrato mórfico y de un miligramo de bromhidrato de escopolamina seguida de otra inyección hipodérmica de 3 miligramos de nitrato de estrignina. Las soluciones inyectables deben ser de reciente preparación.

Insiste en la importancia que tiene la procedencia y pureza del clorhidrato de cocaína; para ensayar esta última, vierte en una probeta conteniendo 5 c. c. de agua destilada, 10 cgrs. del producto, añadiendo luego 3 gotas de solución de ácido sulfúrico al 20 % y unas gotas de permanganato potásico al 1 % hasta que la mezcla adquiera una coloración violeta. Esta coloración debe persistir por lo menos media hora si se trata de un producto en estado de pureza. Si la cocaína es impura el color violeta desaparece casi repentinamente. La cocaína puede depurarse tratando el clorhidrato mediante una mezcla de eter i alcohol etílico puro y dejándola cristalizar por decantación y evaporación del desolvente.

La cocaína cristalizada, esterilizada por tridalización en baño María, se disuelve en el propio líquido cefalo-raquídeo del enfermo: 2 centigramos para las pequeñas intervenciones, 4 centigramos para las de mayor duración. Se esteriliza la piel con solución alcohólica de ácido pícrico al 49.

La punción lumbar se efectúa entre el primero y cuarto espacio intervertebral. Le dejan manar, si la tensión es elevada hasta 20 c. c.; de ellos, 10 c. c. se utilizan para disolver el analgésico que se inyecta poco a poco en el conducto raquídeo. En los casos de baja tensión se aspira con la jeringa la cantidad de líquido C. R. necesaria.

Una vez practicada la anestesia se inyectan hipodérmicamente 5 cgrs. de esparteína.

Los resultados han sido los siguientes:

De 434 enfermos raquíanestesiados, en 12 (3 %) se ha tenido que recurrir a la anestesia general a causa de su pusilaminidad o fracaso del anestésico.

De estos 12 casos, 11 se refieren a intervenciones abdominales y uno a plastia por vía vaginal. En dos de ellos se recurrió al final de la intervención a la anestesia general.

Los restantes 434 casos fueron raquíanestesiados para ser sometidos a intervenciones ginecológicas de todo género, la mayor parte de ellas por vía abdominal.

La edad de las enfermas oscilaba entre los 16 y los 80 años, predominando las mujeres entre los 25 y los 50.

La duración máxima de la anestesia fué de dos horas.

En 243 casos (56 %) no se observaron fenómenos inmediatos ni remotos dependientes de la anestesia.

En los restantes 191 casos se registraron trastornos inmediatos, tales como angustia, inquietud, palidez, náuseas, etc. Predominando el síndrome angustioso en 16 casos y la palidez en 11.

El estado nauseoso se presentó en 130 casos (30 %): al comienzo de la operación en 53, durante el acto operatorio en 56 y al final de la intervención en 11.

Solo se presentó en 3 casos el vómito con expulsión de azas intestinales por la herida laparotómica.

Entre las complicaciones post-operatorias se mencionan la elevación de la temperatura y la cefalea.

La cefalea fué observada únicamente en sujetos operados en decúbito dorsal. Con gran intensidad en 4 casos (1'1 %); pasajera y soportable en 12 casos (3 %). No ha observado nunca accidentes meníngeos, para plegias, parálisis del motor ocular común, síncope, parálisis del esfínter anal, bronconeumonias o estados apnéicos.

VANRELL

Pediatría

La acción del plomo coloidal sobre los tumores animales. Francis CARTER WOOD. Director del Instituto de Investigación del Cáncer Columbia University, New York.

Aunque la capacidad terapéutica del plomo coloidal con respecto a los tumores humanos ya ha sido establecido por el Pro-

fesor B23(fi B122, existen muchos problemas relacionados con el uso de un agente tan peligroso que puede ser conocido estudiando su acción sobre los tumores animales. Se han emprendido una serie de dichos experimentos en colaboración el Profesor BLAIR BELL y sus colegas del Liverpool Cancer Committee. Los hechos presentados hoy conciernen solo a los cambios observados en los tumores y órganos de las ratas blancas. Los tumores empleados son transplantados, no primarios. Uno es carcinoma, dos son sarcomas. Son altamente virulentos, creciendo rápidamente a 1/20 o hasta 1/10 del peso del animal en experimentación. Los animales usados eran todos del mismo origen y de aproximadamente de la misma edad y peso, 60 gramos. Pruebas preliminares mostraron que un animal de este tamaño podía soportar entre 2 y 4 mg. de plomo coloidal recién preparado, intravenosamente. Después de 24 horas las suspensiones se volvieron más tóxicas; no podía notarse ninguna diferencia en la acción sobre los tumores entre una gran dosis menos tóxica y una pequeña dosis altamente tóxica. El número total de animales tumorales, tratados fué de unos nuevecientos.

Poco después de la inyección de una dosis subletal de plomo el tumor se congestiona intensamente y más adelante se vuelve edematoso. Este cambio es debido a la trombosis de un cierto número de vasos en el tumor. Esto es seguido de la necrosis de una gran parte del tumor, dejando a menudo únicamente una delgada concha de células tumorales encerrando un saco hemorrágico. En unos pocos casos los tumores continuaron hasta una absorción final; pero en general la recidiva ocurre después de un tiempo más corto o más largo, a pesar de la administración de dosis subletales de plomo. Evidentemente la acción observada es principalmente debida a la trombosis y únicamente en grado secundario a la acción tóxica directa en la célula tumoral. No es observable ninguna trombosis en los pulmones u otros órganos, a menos que supongamos que las necrosis focales halladas en el hígado son debidas a tal cambio. Tras grandes y repetidos tratamientos el hígado pueden presentar lesiones extensivas, el bazo y la médula ósea atrofía, con la producción de una intensa anemia. El riñón de la rata parece ser menos susceptible al plomo y solo tras grandes dosis se hallan lesiones graves.

No es fácil aplicar a la patología humana los resultados obtenidos hasta ahora. Los tumores son muy grandes en tamaño en proporción al anfitrión, correspondiendo a un tumor humano de 10 a 30 libras de peso—un estado manifiestamente incurable en el hombre, de modo que la infrecuencia de la cura en los animales no es sorprendente. Tampoco puede suponerse que las trombosis extensivas son tan frecuentes en los tumores humanos. El dolor que sigue al tratamiento en el hombre puede, no obstante, ser debido a un proceso más limitado de la misma especie.

Se continúan los experimentos en tumores más pequeños y en cuanto a lo que puede juzgarse de observaciones preliminares la trombosis desempeña una parte más secundaria. Hasta ahora puede deducirse que el plomo coloidal en las dosis subletales produce cambios profundos en los tumores animales que en un pequeño porcentaje pueden conducir a una cura permanente; y que, además, la dosis necesaria también induce cambios serios pero no irreparables en el hígado y en los órganos que forman sangre. Los pasos de este proceso parecen ser como sigue. El plomo en circulación es rápida y fácilmente absorbido y en consecuencia daña luego el endotelio capilar, y principalmente sucede esto en el tumor. La trombosis sigue en el tumor únicamente; el plomo fijado en esa forma en el neoplasma entonces ejerce su acción tóxica en los tejidos neoplásicos. (*The Brit. Medical Journ.* Nov. 20 1926. Pág. 928).

V. CARULLA RIERA.