

dedos de las manos (glossy skin) o de los pies (glossy toe).

La esclerodactilia es una enfermedad en que, como es sabido, se pierde la elasticidad de la piel, sin poder hacer el más pequeño pliegue, engrosando en el primer período de la enfermedad y retrayéndose en el período final, adquiriendo pigmentación azulada. La lesión es más acentuada en la punta y cara dorsal de los dedos los que, por efecto de la rigidez cutánea se hallan sujetos o privados de motilidad.

La alteración nerviosa de las uñas, común a la neuritis, tabes y siringomielia, consiste en el engrosamiento de la misma, pérdida del lustre, con estriaciones resquebrajadas, con desprendimientos parciales, quedando completamente desfigurada.

Otra variedad, menos frecuente, pero típica, es la llamada uña encorvada transversalmente.

Rarefacción de los huesos de las falanges y de las manos y de los pies: consiste en la desaparición de las trabéculas óseas con degeneración grasosa y reabsorción de las mismas. Es frecuente en el extremo de las falanges más distantes. Por la manera de destruirse las pequeñas falanges, recuerda la forma de destrucción de un terrón de azúcar en un líquido.

Estos casos de rarefacción ósea de las falanginas y falangitas pertenecen a neuritis leprosa, a neuritis traumática por arma de fuego, a la tabes y al mal de Raynaud. Es decir, por lesión centripeta del arco reflejo, por lesión del centro y por lesión vascular. Todo lo cual habla muy claramente en el sentido de que en todos los casos ha intervenido del propio modo el sistema vascular u orgánico.

Proyecta imágenes de osteoartropatías tabéticas pertenecientes al tipo hipertrófico caracterizado por la gran hiperostosis con desarrollo de osteofitos, que por su abundancia dobla y aún triplica las dimensiones de las epifisis. Es hipertrofia paradójica o de miseria formatriz porque es tejido rarefacto, de osteoporosis y degenerado.

Claro está que destruida la cápsula articular y los ligamentos, y hallándose en muy malas relaciones las superficies articulares, aparecen las luxaciones.

Ultimamente proyecta unas interesantes piezas referentes a hipertrofia de órganos externos producida por las alteraciones nerviosas sistemáticas; un caso de macroquiria en donde se ve la hipertrofia en conjunto del dedo índice junto con la de los dedos subsiguientes en escala gradual de crecimiento.

Son unos dedos que están creciendo sin deformación. Este estado de evolución se diferencia del acromegálico porque no es bilateral, porque en el acromegálico (no gigante) el engrosamiento es irregular o sin proporción normal en las dimensiones, ya que crece en anchura y no relativamente en longitud. Y en fin, porque aquí no hay engrosamiento de otros órganos, tales como la cara, los pies, las vértebras, etc.

Un caso de hipertrofia de los labios. Y un caso de hipertrofia de las orejas del mismo origen que las que acaba de referir. Acaba el cosferenciante, diciendo que su objeto no ha sido hacer un análisis de los síndromes vasculares y tróficos de las enfermedades nerviosas periféricas y centrales, sino el hacer una síntesis de-

mostrativa de que las lesiones tróficas, sistemáticas o no, deben ser interesadas por el sistema simpático vascular y por él exteriorizadas en la forma obligada según su constitución y su fisiología.

La comparación del desarrollo de los órganos y de su estado de perfección anatómica y funcional dentro de la normalidad, enseña que hay diferencias de consideración debidas a la importancia congénita del tono neurovegetativo y por tanto, a la influencia que sobre el mismo y sobre los órganos centrales ejerce el sistema endocrino. La hipofunción y la disfunción de las glándulas cerradas, darán a comprender satisfactoriamente los defectos tróficos de desarrollo y de patología adquiridos.

BIBLIOGRAFIA

TRABAJOS DEL LABORATORIO CENTRAL DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS. Facultad de Medicina de Madrid. Madrid, 1927.

En este folleto de 19 páginas el profesor PITTALUGA, después de razonar e—a su entender—cierto que representa crear en cada Facultad de Medicina un departamento centralizador de las investigaciones clínicas, enumera, en concepto de inventario y por riguroso orden alfabético de autores, los trabajos llevados a término bajo su dirección desde el año 1920 hasta el 1926 en el primer laboratorio de esta clase creado en la Facultad de Madrid a instancia del gran hematólogo florentino y por acuerdo del claustro de profesores de dicha Facultad. Cada título de los que forman la lista de este interesante folleto va acompañado de la indicación abreviada de la revista donde ha sido publicado, con lo cual el lector que se interese por un tema determinado puede fácilmente verificar su consulta.

29 trabajos originales verificados por 22 autores en seis años representan un valor absoluto que justifica, sin duda, la existencia de un laboratorio, máxime cuando como en este caso responden por su calidad al prestigio de un director capacitado para cumplir como los mejores.

Con decir esto creemos haber hecho el justo elogio de la institución madrileña. Ahora, pues, podemos con libertad, es decir, sin peligro a que se nos dé una torcida interpretación, hacer la exposición de una duda que nos asalta al considerar la obra cumplida por el Laboratorio Central de la Facultad de Madrid, duda que noblemente vamos a confesar para que sea tenida en cuenta por los que, seducidos por la densidad y la extensión del balance del Dr. PITTALUGA, sientan la tentación de imitarle.

Nosotros, en efecto, nos sentimos inclinados a creer que los trabajos de síntesis deben ser obra de cerebros sólidamente preparados, mientras que la recolección de los elementos básicos o materia prima que sirven para la construcción de las síntesis provechosas está, o debiera estar, encomendada al ejército de investigadores que forman colonia innumera de hormigas de la ciencia.

La obra analítica debe ser siempre rigurosamente objetiva. En cambio, la elaboración de todo conjunto sintético, a pesar de los esfuerzos puestos en juego por el autor, no puede humanamente desentenderse de cierta intervención del elemento subjetivo. Este factor subjetivo, esencialmente personal, cuando no se posee el hecho experimental que lo destruye, sólo puede afinarse confrontándolo con el mayor número posible de homólogos de procedencias diversas. Por esto—conste que esta posición nuestra es tan subjetiva como la del Prof. PITTALUGA—

nos sentimos poco inclinados a aceptar la supuesta superioridad de los laboratorios centrales sobre los laboratorios clínicos múltiples.

Muy al contrario, anhelamos que día tras día vaya creciendo el número de los laboratorios de investigación clínica y con ellos el de las personas aficionadas a esta clase de trabajos. Hoy por hoy, nadie nos hará rectificar el convencimiento que tenemos de que, p. e., el estudio analítico de un determinado síntoma verificado por cinco investigadores en cien enfermos diferentes, sea menos rico en conclusiones que el mismo estudio llevado a cabo por un solo investigador sobre el mismo número de enfermos. No creemos necesario entretenernos en dejar bien establecido que todas estas consideraciones las hacemos a base de suponer que las personas encargadas de la investigación deben poseer una misma preparación técnica e idéntica competencia dentro de su oficio.

L. CERVERA.

REVISTA DE REVISTAS

Cirugía

Como evitar los fracasos de la apendicectomía en la apendicitis crónica. SOLDEVILLA.

Comenta el autor el abuso de la apendicectomía, inútilmente practicada en multitud de afecciones que presentan un síndrome parecido al de la apendicitis crónica, y dependen en realidad de lesiones de órganos diversos (colon derecho, terminación del íleo, vesícula biliar, píloro, duodeno, aparato urinario, anejos derechos).

"El miedo apendicular y el enganoso signo de Mc. BURNEY, han decidido durante muchos años esta intervención en personas que no tenían necesidad de ser operadas o requerían otra operación más extensa".

Si el síndrome de apendicitis crónica se presenta con posterioridad a uno o varios ataques de apendicitis aguda clásica el diagnóstico es fácil; cuando no ocurre así el problema es complejo por ser varios los procesos que la pueden simular.

Singularmente el éxtasis intestinal crónico presenta una sintomatología muy semejante a la de la apendicitis crónica: dolores en la fosa ilíaca derecha, cólicos, meteorismo localizado, estreñimiento alternando con diarrea, dolorimiento en las proximidades del punto de Mc. BURNEY, etc. A veces va acompañado incluso de lesiones apendiculares sin que a pesar de ello una intervención sobre el apéndice, resuelva completamente el cuadro morboso.

Ante un sujeto con síntomas de apendicitis crónica precisa dilucidar, pues, si se trata de una falsa apendicitis simulada por cualquiera de las reacciones de otros órganos o bien de un proceso apendicular evidente, y en este caso si se halla asociado o no a lesiones de otros órganos.

De todos los métodos de exploración, el *examen radioscópico* es el que proporciona datos más exactos.

Dada la variable situación del apéndice en los distintos sujetos no es posible dar actualmente un valor absoluto al síntoma dolor local a la presión en los puntos clásicos de la apendicitis (Mc. BURNEY, LANZ, MORRIS). Estos mismos puntos pueden mostrarse dolorosos siempre que exista espasmo del esfínter ileo-cecal, que puede ser determinado no sólo por la apendicitis si que también por muchos procesos de otros órganos.

El examen radioscópico es el único que permite con toda seguridad la palpación del apéndice bajo el control de la vista, siendo a este respecto superior a la radiografía, de valor más limitado.

Este examen nos revelará el estado anatómico de los diversos segmentos del intestino, situación, dimensiones, forma, movilidad.

Normalmente, el apéndice no es doloroso a la presión. Su sombra cuando es visible es uniforme y recorrible bajo nuestros dedos.

Cuando ha sido objeto de inflamaciones repetidas, se producen en la luz apendicular estenosis más o menos acentuadas que dificultan el paso del bario haciendo imposible la visión del

órgano enfermo o dando imágenes descontinuas, biloculares, triloculares, cuando penetra la papilla en el interior del apéndice el retardo de su evacuación constituye un dato cierto de estenosis.

En las flogosis apendiculares se comprueba asimismo dolor a la palpación radioscópica y al movilizar al apéndice. Si el dolor sigue a los desplazamientos del ciego por los cambios de posición del enfermo hay que pensar igualmente en lesión apendicular. Lo mismo diremos de la fijeza ceco-apendicular debida a adherencias sobre todo si se trata de un hombre en que se puede excluir el origen genital.

La exploración radioscópica debe extenderse a otras regiones abdominales para estudiar los síntomas reflejos o extraapendiculares que pueden acompañarle.

Las reacciones gastro-duodenales, por ejemplo (reflejos secretorios o espasmódicos, lesiones inflamatorias alrededor del píloro o del duodeno por reacción del peritoneo vecino de los ganglios linfáticos, etc.) son frecuentes en el curso de la apendicitis crónica.

También el éstasis ileal, secundario al espasmo del esfínter ileo-cecal, es un signo radioscópico que nunca falta en la apendicitis crónica. En otras ocasiones depende de bridas o de acodaduras de origen inflamatorio, en la última porción del íleo.

Si el dolor apendicular no está bien limitado, extendiéndose a todo el ciego hay que pensar más bien en la tiftitis, acodamiento reductible o no del colon derecho, etc., que unas veces simulan una apendicitis que no existe y otras constituyen el origen de esta afección. (*Mundo Médico*, enero 1927.)

VANRELL.

El procedimiento de las asas metálicas trans-óseas para la contención de las ramas ascendentes en las fracturas del maxilar inferior. Su aplicación en un caso de fractura doble retro-dentaria de la mandíbula inferior. Ch. LENORMAND y M. DARCISSAC.

Apoyándose en el tratamiento por este proceder de un caso de fractura doble del maxilar inferior permite a los A.A. establecer la eficacia de esta técnica, asegurando una perfecta contención de las dos ramas ascendentes y una rápida consolidación gracias a la que han podido suprimir, dicen, el bloque intermaxilar a los 10 días, dejando a partir de esta fecha que se efectúe la consolidación *sin inmovilización de la mandíbula*.

Bien conocida es la dificultad de asegurar la contención del fragmento posterior en las fracturas retro-dentarias, del maxilar inferior particularmente cuando asienta a nivel del ángulo y con más razón todavía si ella es bilateral. Además la aplicación de una prótesis intra-bucal es mal soportada y entraña muchas veces una proyección más o menos acentuada de la rama ascendente fracturada que pueda dar lugar a una pseudoartrosis por defecto de coaptación de los fragmentos resultando, en último término, un trastorno funcional y estético de mayor o menor gravedad.

El tratamiento seguido en el caso que exponen los A.A. fué el siguiente:

En primer lugar, aplicación sobre los dientes que quedaron de una ligadura metálica fijando el fragmento anterior al incisivo central superior derecho. A los 5 días, bajo cloroanestesia y previa incisión de los tegumentos a lo largo del borde posterior de la mandíbula, se descubre el ángulo del maxilar y a nivel de él, a 3 m.m. del borde, se perforó el hueso y se colocó en el agujero practicado un hilo de bronce, uniendo sus extremidades para formar una asa metálica, suturando la piel con crines.

Al día siguiente, reunieron las dos asas metálicas por medio de una banda de tela resistente, por detrás de la nuca, permitiendo ejercer tracción anteroposterior de las ramas ascendentes, que podía aumentar cada día mediante la colocación debajo de ella de bolas de algodón.

A los 10 días quitaron el bloque intra-bucal y a los 20 las asas metálicas, pudiendo el herido abrir normalmente la boca sin desviación y conservando perfectamente los movimientos articulares.

Se trata pues de un proceder mixto quirúrgico y protésico de aplicación simple y de resultados francamente satisfactorios. (*La Presse Médicale*, 25 mayo 1927.)

SALARICH.