

refiere al metabolismo mineral la tarea emprendida por el doctor Rosell habría sido indudablemente menos penosa

Reconociendo pues la magnitud de esta primera dificultad, resuelta por el doctor Rosell gracias a una tenacidad, a un talento poco comunes séanos permitido añadir que lamentamos que su obra de síntesis resulte incompleta por haber sido llevada a cabo sobre una bibliografía casi exclusivamente alemana. El capítulo por demás interesante en que se ocupa de la acción físico-química de los elementos minerales y especialmente todo cuanto comenta relacionado con los iones Na, K y Ca adolece de la omisión de interesantísimas aportaciones que estos últimos años han sido publicadas en francés, catalán, italiano y castellano.

Esperamos con vivo interés que el doctor ROSELL cumpla muy pronto la promesa de publicar la segunda parte de su trabajo que debe tratar del agua potable desde el punto de vista de sus elementos minerales.

L. CERVERA

CONDE DE GIMENO.—LA METÁFORA Y EL SÍMIL EN LA LITERATURA CIENTÍFICA. Discurso de recepción, leído en la Real Academia Española.

Al cojer la pluma, pretendiendo dar con ella la expresión de nuestro pensamiento, hemos tenido siempre la sensación de una fuerza misteriosa que retenía nuestra mano; sin embargo, nunca como hoy ha manifestado su potencia, cuando, después de leer el magnífico discurso del Conde de Gimeno, hemos querido hacer un pequeño comentario, no como crítica, sino simplemente para recomendar su lectura a todos aquellos que por sus aficiones, se entreguen al culto de las letras, en el campo de la ciencia.

Después de hacer un interesante resumen de los méritos que condujeron a su antecesor a ostentar la medalla, que hoy le corresponde, el Conde de Gimeno comienza su discurso, citando bellos párrafos de cultos escritores, maestros en el empleo de aquellas figuras retóricas. Demostrando una vez más, la cultura, erudición y belleza de expresión, que por cuarta vez le han elevado dignamente a ocupar el sitio de una Real Academia.

Enseguida comienza su defensa, considerándolas no sólo como medio de expresión indispensable, debido a la penuria de léxico en todos los idiomas, sino también como muestras del humano ingenio para embellecerlos.

En uno de sus párrafos dice elocuentemente: "...la metáfora y el símil no han nacido sólo de la dura necesidad de remediar faltas de expresión, ni de la no menos dura de dar forma verbal a lo abstracto, sino también del deseo de hacer comprender mejor por medio de comparaciones adecuadas; de una inclinación natural a prestar vida humana a cosas y a animales; de la ironía y del sentido estético, cultivado o inculto, pues la metáfora y el símil crecen lo mismo en parques y jardines que en huertos humildes, y hasta en páramos y eriales. Muy poderoso para ello es el cerebro humano de toda condición."

Y luego después de apoyar estas palabras, vertiendo de nuevo el caudal de sus conocimientos, termina su magnífica defensa de la retórica diciendo: "La palabra es un espejo donde se refleja el pensamiento para que él mismo se contemple, ante de que, cuando el cristal gire, puedan verlo los de fuera.

Lo que hay que desear es que el espejo no afee la imagen, como esos espejos curvos que la deforman, o que, aun siendo el espejo fiel, el pensamiento no ande torpe al trazarla. La retórica no tendrá la culpa, sino el cerebro, que no supo utilizarla. Para evitarlo están la delicadeza en el sentir y la maestría en el hacer, y, con ellas, cierto buen gusto que Dios prepara y el estudio y el trabajo afinan."

Después de estas palabras del Conde de Gimeno, nuestra pluma se siente sobrecogida y se niega a continuar.

D. FERRER.

PEDRO FARRERAS.—ANUARIO DE TERAPÉUTICA 1927. M. Marín, Editor. Barcelona 1927.

Los progresos incesantes de la terapéutica y la frecuencia con que medicamentos y técnicas nuevas se introducen en la práctica corriente, son los que justifican plenamente la publicación de obras recopilación de estas modernas adquisiciones.

Bástenos recordar el éxito obtenido por las numerosas publicaciones similares extranjeras (*L'année thérapeutique*, de CHEINISSE; el *Formulaire des médicaments nouveaux pour 1926*, de WEITZ; *Le petit précis annuel*, de la colección dirigida por CAUTMET; *L'année pharmaceutique*, de CANALS, etc., por citar solamente las francesas) para celebrar la aparición entre nosotros de una obra de esta naturaleza y asegurar a su autor una buena acogida que recompense su esfuerzo.

La obra del conocido publicista y traductor médico doctor FARRERAS, que ha tomado sobre sí este abrumador trabajo de resumen de la enorme bibliografía terapéutica aparecida en estos últimos tiempos, ha de ser de una utilidad manifiesta a quien la consulte, pues el esfuerzo del autor simplifica en gran manera la tarea que de otra manera correspondería a cada uno particularmente.

Los capítulos dedicados a los nuevos tratamientos del asma y de la angina de pecho, al bacteriófago en el ántrax, disenteria, peste bubónica, fiebre tifoidea, simpatectomías, cateterismo duodenal, epilepsia, sanocrisina, epilepsia, lipiodol, insulina, mercurocromo 220, lipiodol, rejuvenecimiento, punción sub-occipital, pancreatitis agudas quirúrgicas, etc., son en verdad interesantísimos y una verdadera *mise au point* del asunto.

Hubiese deseado, no obstante, un mayor rigor crítico y una mayor severidad en la selección de los temas, alguno de los cuales no pasará jamás de ser una mera curiosidad. En cuanto a las especialidades farmacéuticas, al lado de una insistencia tal vez excesiva sobre algunas de ellas (de valor terapéutico muy desigual y algunas trancamente adocenadas y sin la menor originalidad) hay algunas lagunas por olvido de otras de valor verdaderamente probado y difícilmente sustituibles. Algunas de las fórmulas magistrales citadas (véase por ejemplo, el tema *Diarrea aguda del adulto*, pág. 124), son sin duda excelentes, y prueba de ello son los decenios que llevan de prescripción diaria, pero esto mismo demuestra que encuadran muy difícilmente con el título de la obra.

La naturaleza de ésta excusa plenamente estos pequeños lapsus que citamos a fuer de sinceros, pero que no hacen disminuir el verdadero valor, muy notable, de la obra, de la que, si aparecen nuevas ediciones en años sucesivos, como sería nuestro deseo, veremos un ejemplar en cada gabinete médico.

La edición es excelente, como propia de la casa editorial de M. Marín y las figuras—dibujos y fotografías en número de 84—perfectamente reproducidas.

H. DE BALANZÓ.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Esporotricosis del mediastino. BENEDETTI, FIORITO, NICOTRA.

La esporotricosis de localización cutánea, mucosa, muscular u ósea es relativamente frecuente. Por el contrario su localización mediastínica es rara. Los AA. describen dos casos que han podido observar.

En ambos casos coexistían con las lesiones pulmonares localizaciones cutáneas de poca importancia. Estas fueron las que orientaron decididamente al diagnóstico confirmado no solo radiológicamente si que también serológica y microscópicamente. Debe pensarse en un proceso esporotricósico, siempre que no exista paridad entre la lesión local, extensa y el estado general paradójicamente favorable. La esporotricosis en efecto apenas altera el estado general del enfermo aunque existan localmente lesiones destructoras. Otro dato importante para el diagnóstico es la ausencia de reacciones ganglionares en el territorio orgánico asunto de la atección.

La localización mediastínica tendría una imagen radioscópica particular consistente en una granulomatosis no parenquimatosa sino como adosada al pulmón e invadiendo el tejido conjuntivo de los órganos mediastínicos. Sería siempre secundaria a una lesión cutánea o mucosa. (*Reforma médica*, 12, 2 1927).
VANRELL.

La tos cardíaca y la forma coqueluchoide de la insuficiencia cardíaca. LIAN y GILBERT DREYFUS.

Después de recordar los autores los diferentes aspectos clásicos de la tos en el curso de las compresiones mediastínicas, de las aortitis, de las endocarditis y en las manifestaciones bronco-pulmonares de la hiposistolia y de la asistolia, ponen de relieve la existencia de una tos aislada y sobrevenida precozmente que se manifiesta como un síntoma revelador de insuficiencia cardíaca.

La comprobación de una casuística de cuarenta observaciones ha permitido a los autores describir una forma que podríamos llamar coqueluchoide de la insuficiencia cardíaca. Esta puede revestir diversas modalidades clínicas de las que citaremos dos tipos más frecuentes, a saber: la tos de decúbito y la tos de esfuerzo.

La tos coqueluchoide cardíaca suele ser seca, no se acompaña por lo general de ningún signo anormal de auscultación pulmonar y se observa lo mismo en los valvulares jóvenes que en los hipertensos de la cincuantena.

Existen numerosos argumentos demostrativos de la dependencia de esta tos de un estado de insuficiencia cardíaca, siendo la prueba terapéutica uno de los más característicos. Es en cambio mucho más delicada la explicación que pueda darse del mecanismo íntimo de esta tos que parece hallarse en estricta relación con un agobio progresivo o bien un agobio agudo de la circulación pulmonar.

Con respecto a este último, parecería que la tos coqueluchoide vendría a constituir un accidente inicial del cuadro clínico de la insuficiencia ventricular izquierda, que en orden de gravedad creciente se manifestaría en fases ulteriores por el pseudo-asma nocturno y finalmente por la gran crisis de edema agudo de pulmón.

Los autores insisten sobre todo en los innumerables errores de diagnóstico a que puede prestarse el desconocimiento de esta forma coqueluchoide de la insuficiencia cardíaca, errores que impedirían al enfermo beneficiarse de un oportuno tratamiento cardiotónico por la digital y aun mejor por el estrofantus (*Anales de la "Société Médicale des Hopitaux de Paris"*, 18 de Febrero de 1927).

L. TRIAS DE BES.

Medicación cardíaca. V. GALLEMAERTS.

No parece que la acción del tiempo ni los progresos evidentes en terapéutica cardíaca, así clínica como experimentalmente, hayan llegado a precisar ciertos puntos todavía litigiosos de la administración digitalica.

El autor, sin negar el carácter heroico de la digital, cree como VAQUEZ que la acción tónica del medicamento es muy discutible, debiendo en realidad sus efectos a su influencia sobre las funciones de automatismo, de excitabilidad y de conductabilidad miocárdicas. Estas acciones de detalle tienden a restablecer el equilibrio funcional del miocardio, de suerte que son en realidad trastornos funcionales lo que la digital combate.

Si el estudio de las enfermedades del corazón se ha concretado, durante varios años al diagnóstico y a la interpreta-

ción de las lesiones valvulares, la cardiología moderna, en cambio, ha intensificado el estudio de los trastornos funcionales, merced en gran parte a la ayuda de los métodos gráficos y en especial de la electrocardiografía.

La digital actúa diferentemente sobre las funciones cardíacas, según se empleen dosis débiles, medianas o fuertes. Las dosis débiles no tienen influencia alguna sobre el automatismo y la conductibilidad; las dosis medias disminuyen estas funciones, al paso que las dosis fuertes aumentan el automatismo hasta el extremo de llegar a producir la fibrilación y disminuyen progresivamente la conductibilidad hasta determinar fenómenos de bloqueo intra-cardíacos.

La acción de la digital sobre la excitabilidad es mucho más compleja: de un modo general, las dosis digitales pequeñas y medias, aumentan la excitabilidad mediante un descenso del umbral de excitación. Esta propiedad sería mas bien nociva, pero queda contrarrestada gracias a la acción favorable de la digital sobre las otras propiedades y gracias a la mejor irrigación coronaria que disminuye indirectamente los fenómenos de hiper-excitabilidad.

Las dosis fuertes de digital determinan necesariamente manifestaciones de hiper-excitabilidad.

Como hace observar HARRIS, la digital posee tres fases de acción. En la primera se produce un alargamiento de los periodos sistólico y diastólico, como consecuencia del retardo determinado por la disminución del automatismo. En una segunda fase el sistole se hace todavía más lento y aumenta indirectamente su energía. En una tercera fase que podríamos llamar tóxica, los latidos cardíacos se aceleran, se hacen irregulares y desciende la presión sanguínea intra-ventricular.

En la práctica se ve, sin embargo, muchos enfermos afectados de este síndrome y que no se modifican favorablemente por la terapéutica digitalica.

El autor explica estos fracasos clínicos por la incorrecta aplicación de las dosis terapéuticas. En términos generales, las dosis pequeñas y medianas de digital deben ser reputadas como insuficientes y aun en algunos casos desfavorables. El autor es partidario de las dosis elevadas hasta la saturación digitalica, que no debe confundir el médico con la intoxicación digitalica. La dosis útil de digitalina (50 gotas) debe ser administrada dentro de las primeras veinticuatro horas y se mantendrá la saturación en días sucesivos mediante dosis de 10 gotas diarias.

Las modificaciones del pulso advertirán al médico cuando debe comenzarse la fase de reposo digitalico, que no será nunca inferior a quince días.

Los fracasos digitalicos pueden también depender de otros factores ligados a circunstancias de reacción individual. Tal es la llamada por MERKLEN acción disociada de la digital, en la que se produce la acción cardíaca, pero no la acción diurética y la acción desfavorable aceleradora del ritmo cardíaco, llamada acción invertida por DANIELOPOLU.

La digital tiene, pues, acciones muy precisas íntimamente ligadas a su modo de actuar sobre las funciones miocárdicas y es, en términos generales, con las dosis elevadas y no tóxicas! como pueden eludirse los fracasos terapéuticos.

Por su parte, las insuficiencias agudas de corazón, en las que el trastorno esencial es la hipo-tonicidad de la fibra miocárdica, no es precisamente la digital el medicamento de elección.

La acción retardante digitalica no puede hacer más que aumentar la dilatación cardíaca. En estos casos, las estrofantinas y en particular la ouabaina, ocupan un lugar que la digital no puede disputarles.

En resumen; digital y estrofantus tienen sus indicaciones propias y de un modo genérico las dosis elevadas de digital deben ser siempre preferidas a las medianas y pequeñas. (*Bruxelles Medical*, 27 de Marzo de 1927).

L. TRIAS DE BES.

Tratamiento del tétanos. S. O. FREEDLANDER.

Analiza el A. 30 casos de tétanos tratados por el mismo método. Recuerda la gran mortalidad producida por esta enfermedad antes del uso del suero antitetánico (1896) que llegaba al 85 %. El tratamiento utilizado por el A. fué: limpieza escrupulosa de la herida; inyección alrededor de la mis-

ma de una pequeña cantidad de antitoxina; inyección intravenosa de 50.000 a 150.000 unidades en las primeras 24 horas; los días siguientes 15.000 a 150.000 unidades por la misma vía. Cada seis horas inyección hipodérmica de clorhidrato mórfico y solución de cloretona por vía rectal.

Las inyecciones intra-raquídeas no presentan, a juicio del autor, ventajas sobre las intra-venosas. Lo necesario es mantener en la sangre una alta concentración de antitoxina para neutralizar las toxinas dimanantes del foco infeccioso antes de que alcancen las terminaciones nerviosas.

La mortalidad global fué de 36 %. En once casos con un periodo de incubación menor de diez días, murió el 45,5 %. Ocho casos con un periodo de incubación superior a diez días rindió un porcentaje de mortalidad de 12,5. Seis pacientes fallecieron en las primeras 24 horas después de su admisión en el hospital. Si se excluye este número, la mortalidad global descendería al 12 por ciento. Esta baja mortalidad debe atribuirse al uso *larga manu* de la antitoxina, la cual gozaría de valor terapéutico efectivo. Concluye que a grandes dosis no es probablemente necesario usar la antitoxina más de seis o siete días. (*Ann. of Surgery*, 85, 1927, pág. 405).

VANRELL.

Reumatismo e hiperuricemia. Tratamiento preventivo y curativo. Luc. O. MERSON.

La palabra reumatismo (que viene del griego y quiere decir *flujo*) tiene en la nosografía médica una significación genérica que engloba una gran variedad de enfermedades que no tienen muchas veces otro lazo común más que sus localizaciones articulares; toda afección que provoque a nivel de una o varias articulaciones, una hinchazón, una molestia, un dolor, es calificada *a priori* de reumático. Pero importa separar de este conjunto sintomático los elementos de un diagnóstico más preciso.

SYDENHAM, el primero, mostró que la gota posee dentro de este grupo confuso un lugar propio; LANDRÉ-BEAUVAIS confirma este punto de vista y desde entonces numerosos son los autores que han dado su nombre a trabajos que han tenido como finalidad clasificar en un orden científicamente establecido el conjunto de las afecciones llamadas reumáticas, y han demostrado el papel preponderante de la infección (tuberculosis, sífilis, blenorragia) y de la intoxicación endógena (trastornos metabólicos y endocrinos), o exógena (alcohol, saturnismo) en la etiología, casi siempre compleja por otra parte, del reumatismo. P. GILLET, en un ensayo de clasificación y de "desmembramiento" del reumatismo crónico, concluye que se pueden distinguir en el mismo tres grandes clases: el reumatismo deformante progresivo, los reumatismos crónicos infecciosos y los reumatismos de intoxicación, los cuales pueden en realidad, en último análisis, reducirse a dos, el reumatismo infeccioso y el reumatismo tóxico.

Si este último reviste las apariencias de una neurosis vasomotriz, la concepción de G. LYON, devolviendo la patogenia de estos accidentes a la impregnación del sistema nervioso por las toxipurinas, parece digna de defenderse.

En cuanto a la humedad, factor etiológico tan importante en otro tiempo, no desempeña sin duda más que un papel puramente adyuvante y ocasional, por liberación brusca de toxinas o por floculación coloido-clásica.

Aparte del reumatismo netamente infeccioso (blenorragico, escarlatinoso, sífilítico o tuberculoso), aparte también del reumatismo saturnino, se puede admitir que la casi totalidad de las otras formas de reumatismo crónico resultan de la hiperuricemia y son justificables, al menos en parte, del tratamiento de este último. Pocas dudas hay en todo caso sobre el origen uricémico de las nudosidades de EBERDEN y BOUCLARD, así como de las dérmicas y sub-dérmicas, llamadas de FÉRREOL y MEYNET, y las del reumatismo nudoso deformante de los ancianos.

Al tronco hiperuricémico, del cual la gota es la rama la mejor identificada, vienen a añadirse otras: dispepsia, asma, arenilla, obesidad, reumatismo, arterio-esclerosis y neuralgias diversas. En muchos de estos enfermos, se encuentran verdaderamente los estigmas de la hiperuricemia, que el análisis de

su sangre pone en evidencia; así como normalmente la tasa de ácido úrico sanguíneo oscila alrededor de 0 gr. 04 y 0 gr. 05, es frecuente encontrar en ellos tasas de 0 gr. 05, 0 gr. 00 y 0 gr. 15, 0 gr. 17. Se sabe que en el gotoso calificado, estas tasas pueden ascender hasta 0 gr. 13 y 0 gr. 30, y varían por otra parte considerablemente según que la toma de sangre sea hecha en periodo de pleno acceso, de principio o de terminación del mismo.

¿Por qué ciertos sujetos tienen esta propensión particular hacia la uricemia, que patológicamente se exterioriza por las afecciones que hemos mencionado y de las que, una de las más frecuentes, es el reumatismo crónico? Sin duda los errores alimenticios prolongados que traen consigo un exceso de alimentos purínicos pueden ser invocados en numerosos casos; pero evidentemente, hay también algo más; un trastorno del metabolismo azoado con probable hipo-funcionamiento hepático y renal. Este último es sin duda alguna el preponderante; el riñón normal es un filtro eficaz que se deja atravesar por ciertas sustancias de la sangre, cualquiera que sea la proporción de estas en el suero; casos de la urea y del amoníaco (sustancias que filtran), pero que no deja pasar otras, tales como el cloruro de sodio y la glucosa (sustancias que no filtran), mas que si su tasa se eleva por encima de cierto límite. Se discute todavía para saber si el ácido úrico es una sustancia que no filtra o que filtra, pero un hecho cierto es que según en que sujetos y precisamente en todos los uricémicos, este filtro, si normalmente debe existir, esta considerablemente aumentado. Hay en realidad deficiencia renal frente a la eliminación de ácido úrico, de donde la hiperuricemia.

Si se obtienen terapéuticamente la cesación de esta deficiencia, se ve entonces aparecer la hiperuricuria y disminuir la hiperuricemia; proceso de curación.

La terapéutica de los estados uricémicos debe pues preocuparse, al lado de medidas higiénicas indispensables, de restituir al riñón su aptitud normal para "considerar" el ácido úrico sanguíneo como sustancia sin filtro o poco menos.

Hay un medicamento particularmente indicado para desempeñar este papel: es el remicrominato de anilo, o Atoquinol. ¿Como y por que mecanismo obra? La cuestión no esta todavía resuelta y aparece por otro lado compleja, pero un hecho fuera de duda, es que libera la secreción urica del riñón (numerosos analisis lo demuestran), y que moviliza, por otra parte, el ácido úrico constituido como depósito en el organismo. Este ultimo puesto así en libertad, aumenta temporalmente la hiperuricemia, que gracias al descenso del filtro renal provoca la hiperuricuria durante todo el tratamiento, y mientras tanto que la proporción del ácido úrico está anormalmente aumentada en el organismo.

Así es como los resultados de los análisis de sangre y de orina de sujetos sometidos a un tratamiento atoquinolico son completamente diferentes según si estos sujetos estén sanos o enfermos.

El diagnóstico etiológico de las manifestaciones reumáticas encuentra pues en la investigación del ácido úrico sanguíneo su apoyo más sólido, pero es un apoyo que falta a menudo en la práctica, ya sea que la toma de sangre haya sido mal aceptada por el enfermo, ya sea que el practico no tenga a su disposición un laboratorio competente.

El diagnóstico será pues por fuerza dudoso al principio y procederá por eliminación. Toda manifestación reumática que no encuentra su explicación en antecedentes patológicos bien establecidos (supuración crónica, gonococia, tuberculosis, disfunción del tiroideo o del ovario, sífilis), será sospechada de origen hiperuricémico y tratada como tal con 0 gr. 50 a 1 gramo de Atoquinol por día, durante 5 a 6 días. Este tratamiento tendrá, por otra parte, la gran ventaja de ser en los casos dudosos un tratamiento de prueba que juzgará el diagnóstico, sobre todo si va acompañado de la investigación de la uricemia. La sedación de los síntomas dolorosos y funcionales concomitantes con el aumento de la uricemia, será la firma de la etiología hiperuricémica del reumatismo. Un tal tratamiento, eliminando desde el principio las formas no justificables de la medicación y obrando curativamente sobre las otras, es pues doblemente precioso a título diacrítico, en todas las formas de reumatismo cuyo origen hiperuricémico puede ser sospechado, y en la práctica se puede afirmar que ya es así en la mayoría de los casos. (*Concours Medical*. 13 febrero 1927).

V. SINGLA

Cirugía

Etiología de los quistes solitarios de los huesos. PHEMISTER y GORDON.

Los autores rechazan las teorías que atribuyen la formación de los quistes solitarios de los huesos a la degeneración quística de un tumor, a una enfermedad local, a una distrofia análoga a la de la enfermedad de Recklinghausen, a un hematoma traumático de la médula, y se muestran en cambio partidarios de la teoría infecciosa, basándose en la edad del sujeto, su localización en la metafisis, los dolores, la ligera elevación de temperatura, las lesiones de la pared de los quistes, caracterizadas por la presencia de células gigantes, que no son más que una forma de reacción a la infección.

El hecho de no encontrarse micro-organismos no tiene gran valor, bien sabido es que en ciertas lesiones infecciosas, como el absceso enquistado de Brodie, se encuentra un contenido completamente estéril. Por otra parte los quistes óseos, llenan frecuentemente las cavidades que se forman alrededor de los dientes infectados por el estreptococo no hemolítico. Los autores citan dos casos en los que han podido encontrar en las paredes del quiste, el estreptococo viridans. Aunque inoculaciones a ratas y cobayas hayan dado un resultado negativo, creen que este micro-organismo puede constituir la causa de las lesiones, más cuando, en su 2.^a observación dos focos osteomielíticos sub-agudos aparecieron en la extremidad superior de las dos tibias, año y medio después de la intervención del quiste. (*The Journal of the American Medical Association*' 30 Octubre 1926).

J. SALARICH

Huesos frágiles y escleróticas azules. KEY.

La fragilidad especial de los huesos es un síndrome que puede presentar causas y formas múltiples y variadas. El autor se ocupa en su trabajo de la fragilidad por insuficiencia de desarrollo que puede presentarse bajo tres formas clínicas diferentes: osteosartritis de Lobstein (1832); osteogénesis imperfecta de Vrolik (1849); fragilidad ósea y escleróticas azules de Spurway (1894).

De esta variedad presenta el autor un caso minuciosamente estudiado seguido de un detallado estudio del síndrome que califica de *hipoplasia hereditaria del mesenquima* considerando que en estos casos la mayor parte de los tejidos derivados del mesenquima han realizado un desarrollo insuficiente.

Las características de este tipo, son: la particular coloración azul (azul de China) de las escleróticas, la pequeñez del tallo, la hiper movilidad articular y la fragilidad de los tejidos fibrosos de todo el cuerpo.

La afección es hereditaria, uno de los padres o los dos a la vez ya la presentaban.

La colaboración azul de la esclerótica no resulta de la presencia de pigmentos sino de extrema delgadez anormal de la membrana fibrosa que permite reflexiones de la luz sobre los tejidos situados profundamente.

Las fracturas en estos individuos no son espontáneas; obedecen a una causa determinante, mas la mayor parte de ellas serían insuficientes para provocar la fractura de un hueso normal.

Por radiografía se observa de ordinario una porción más frágil del esqueleto, un adelgazamiento del cráneo, una atrofia concéntrica de los huesos largos, el hueso compacto presenta una estriación cortical, y el hueso esponjoso una estructura grosera.

Los fragmentos óseos extraídos en el curso de una intervención se muestran duros y frágiles. De estructura idéntica a la de los huesos normales solamente que las laminillas están dispuestas irregularmente y que el tejido compacto está más tenue por la presencia de numerosos y voluminosos canales de Havers. Esto puede ser suficiente para explicar las estriaciones corticales apreciadas por radiografía y la facilidad con que se producen las fracturas.

Estas se consolidan rápidamente explicándose por la gran cantidad de osteoblastos que ciñen los canales de Havers alargados.

Parece descubrirse de los análisis experimentos llevados a cabo por el autor que la hipoplasia del mesenquima resulta más bien de una anomalía de desarrollo que de una alteración del metabolismo.

El carácter hereditario de este tipo mórbido lo diferencia de las demás variedades de fragilidad ósea por insuficiencia de desarrollo (osteosartritis con escleróticas blancas, osteosartritis con escleróticas azules, osteogénesis imperfecta) que no se transmiten por herencia.

El *diagnóstico* se deriva de la existencia de una coloración azul de la esclerótica existente va en uno al menos de los progenitores: la producción de fracturas no es, no obstante, fatal al diagnóstico.

El *pronóstico* de estas fracturas es benigno, son rápidamente consolidadas. Es probable que después de la pubertad desaparezca esta fragilidad ósea, aunque se han citado casos de estas fracturas en adultos. Los hijos de sujetos afectados de este síndrome lo son en una proporción de un 50 %.

El *tratamiento* debe ser, ante todo, preventivo. Es preciso evitar el exponer el esqueleto a los traumatismos. Las medicaciones físicas o químicas hasta ahora ensayados, han dado negativos resultados.

Las fracturas serán tratadas como en un sujeto normal. El período de inmovilización puede ser, no obstante, más corto a causa de su rápida consolidación.

Las deformaciones son curables operativamente y los pacientes soportan mejor las intervenciones quirúrgicas que los sujetos normales. (*Archives of Surgery*, Octubre 1926).

J. SALARICH.

Estudio de la vía transolecraniana en la reposición cruenta de las luxaciones antiguas de codo. A. VACHEY y M. DECHAUME.

El principio de practicar la resección temporal del olécranon para la exploración de la articulación del codo es de data ya muy antigua. En efecto, ya PARK en 1743 y MAISONNEUVE en 1747, aconsejaron la sección del olécranon para penetrar en la articulación, pero la ulterior retracción del tríceps llevando hacia arriba el fragmento, lo consolidaba con el húmero, siendo los resultados funcionales muy deficientes. En 1858, BRUNS tuvo la idea de suturar el olécranon al cúbito después de haber intervenido las lesiones osteo-articulares. MOSETIG-MORHOF, en 1883, la empleó en el tratamiento de las artritis tuberculosas obteniendo buenos resultados. Con el mismo objeto fué empleada también esta vía por otros autores, como HAMILTON en 1884, TELLING y KÖNIG en 1888. Pero la frecuencia de alteraciones del cúbito en las osteoartritis del codo obligando a su resección y los nuevos métodos de OLLIER con sus resecciones sub-periósticas con conservación de la acción del tríceps, abandonaron por completo el método de BRUNS en el tratamiento de los tumores blancos del codo. No obstante OLLIER y MAUCLAIRE en particular la consideraban como "la más amplia vía para la completa exploración de la cavidad articular" y si bien fué abandonada en los procesos tuberculosos, en cambio cada día va teniendo más indicaciones en el tratamiento y exploración de los traumatismos del codo. Es este punto, en particular, sobre el cual los A. A. hacen su estudio.

La simple fractura del olécranon favoreció en gran manera la reducción de ciertas luxaciones irreductibles de codo. En el Congreso de Cirugía de 1886 Daniel MOLLIERE expuso los buenos resultados que había obtenido: esta fractura del olécranon hecha al principio involuntariamente en las tentativas de reducción incruenta permitía "una casi completa normalidad de la movilidad articular" y BARBIER en 1896 publicó su tesis "Del arrancamiento del olécranon en las tentativas de reducción de las luxaciones posteriores del codo", clasificando los resultados en "casos sin reducción pero con buen resultado funcional y casos seguidos de reducción perfecta después de la fractura." Delante de estos hechos clínicos y prácticos no es de extrañar la atención preferente de todos los autores terminando con las conclusiones siguientes: 1.^a La gran visibilidad que permite la vía transolecraniana sobre la articulación, y 2.^a Los buenos resultados funcionales que podía dar la fractura del olécranon en las luxaciones antiguas de codo." Naturalmente, enseguida sugirió la idea de aplicar estos prin-

cipios en el tratamiento cruento. PINGAUD en 1877 ya lo recomendaba y TRENDELENBURG en 1879 parece ser fué el primero en poner en práctica los principios de su predecesor; intervino una luxación posterior, data de dos meses, después de varias tentativas de reducción manual y dice: "después de haber seccionado el olécranon pude, flexionando el brazo, explorar muy fácilmente la cúpula radial, la apófisis coronoideas y hacia atrás la extremidad articular del húmero; la irreductibilidad de la luxación era debida a un pequeño fragmento interpuesto precedente del cóndilo interno; reducción perfecta y sutura ulterior del olécranon al cúbito con hilo de plata, buen resultado funcional." Dos años más tarde WÖLKER, en 1890, intervino también con éxito un caso análogo en un chico de 13 años. Pero a pesar de estos éxitos, el método no cundió, siendo los cirujanos en general reaccionistas a este método cruento, y pasó en olvido la vía transolecraniana durante un cierto tiempo; es preciso llegar al 1903 y particularmente al 1912 y 1913 para ver reaparecer tal método con los casos publicados por SCHWARTZ, BOGORAZ y DEHELLEY. Las publicaciones desde esta fecha hasta nuestros días son numerosas siendo definitivamente aceptada tal vía por la mayoría de cirujanos.

Desde los trabajos de NELATON, MALGAIGNE, SEDILLOT, DELBET, y en particular de MORESTIN, son bien conocidas las lesiones anatómicas que caracterizan la luxación irreductible de codo; esta irreductibilidad—como dice TIXIER—puede ser inmediata resultante de una disposición anatómo-fisiológica que se opone de súbito a la reducción, o bien secundaria por transformación anatómo-patológica de partes blandas y óseas abandonadas en el estado de luxación. La irreductibilidad de toda luxación de codo es mucho mayor que la de otras luxaciones, como por ejemplo la de la espalda, pues así como en la primera la reducción será muy difícil transcurrido un mes, no así en la segunda todavía posible de reducir después de los dos meses sin necesidad de intervención cruenta.

Los ligamentos periféricos y los músculos sufren una transformación fibrosa anulando su extensibilidad; la retracción del triceps, y en particular de su tendón son causa importante de irreductibilidad, no desempeñando un menor papel las interposiciones ligamentosas o capsulares. Además, se producen verdaderos arrancamientos periósticos que estando todavía éste en actividad conducen a proliferaciones más o menos exuberantes, ejemplo de ello es el osteoma del braquial anterior causa frecuente de irreductibilidad. Las lesiones asociadas como la fractura del epicóndilo o de leptróclea con interposición del fragmento en la polea troclear, son también causas de irreductibilidad de difícil solución. Vemos pues que la mayoría de éstas transformaciones anatómo-patológicas requieren para ser tratadas una amplia vía: para suprimir una interposición ligamentosa o bien para reseca un osteoma del braquial anterior sito en la parte más anterior de la articulación, como para suprimir un fragmento óseo, sin disponer de una gran visibilidad articular será imposible; todas estas ventajas las reúne la vía transolecraniana.

Técnica: El examen de la extremidad superior del cúbito estudiado por su cara anterior nos demuestra que la unión

de las superficies articulares olecraniana y coronoidea se hace siguiendo una línea oblicua hacia abajo y afuera; de modo que tanto para la completa reclinación del olécranon, como para la menor alteración de las superficies articulares es preciso hacer una línea de sección oblicua no sólo hacia abajo y afuera, si no también hacia atrás; está sección oblicua descendente sobre la diáfisis tiene otra ventaja muy importante y es sobre la vascularización deficiente del olécranon formado por tejido esponjoso; además la sección oblicua permite efectuar la sutura ósea en pleno tejido compacto y así garantizar una más rápida consolidación además de que las superficies de contacto son mucho mayores. Los autores recomiendan la incisión en T; separación del cubital y en cuanto a la osteotomía del olécranon prefieren la sección con la sierra de Giehl; sutura ulterior con placa de Lane de 50 milímetros.

Ventajas de la vía transolecraniana: Los autores hacen un estudio comparativo de las diversas vías de acceso; las vías laterales dan una visibilidad mucho menor permitiendo la incisión lateral externa sólo la exploración de la cabeza radial y del epicóndilo y aunque se puede con el dedo explorar la cavidad articular, nunca da una visión tan clara, exceptuando el caso en que la lesión sea sita al nivel de la parte externa de la articulación; la doble incisión lateral de Ollier tampoco proporciona la seguridad y ventajas como la osteotomía del olécranon, siendo además insuficiente para llegar al osteoma del braquial anterior, por ejemplo; la elección entre la vía transolecraniana y la transolecraniana tampoco ofrece dudas siendo la única objeción el traumatismo mayor en la segunda (Tavernier) y la duda de una buena separación ósea, pero los casos de ALGLAVE, COTTE, etc., han demostrado la perfecta consolidación del olécranon; además para mayor garantía, después de practicar el cerclaje central puede hacerse una sutura periférica. La osteotomía del olécranon puede relacionarse con la sección del tubérculo anterior de la tibia; cuando se quiere explorar largamente la articulación de la rodilla se prefiere practicar aquella mejor que seccionar el tendón rotuliano y los resultados funcionales son también excelentes.

Otra objeción es que la sección del olécranon permite una movilización menos rápida y por tanto una limitación funcional ulterior: todo lo contrario, los movimientos pasivos pueden instituirse muy pronto y por otra parte la garantía del buen resultado funcional es grande por la gran visibilidad que ha proporcionado.

En resumen: la vía transolecraniana es el método de elección y sólo aconsejaremos la incisión lateral externa en la niñez (Nové-Jossevand) y en todos los casos en que el obstáculo sea externo. Pero como que clínicamente es muy difícil conocer exactamente la lesión anatómica que se opone a la reducción, es preferible en general la osteotomía del olécranon que nos dará una visibilidad completa de la cavidad articular y nos permitirá el llegar cómodamente a la cara anterior en donde con frecuencia existe la masa principal de irreductibilidad: el osteoma del braquial anterior. (*Revue d'Orthopédie*, Mayo 1927).

M. SOLER TEROL