

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

LABBE (M.): Sobre la patogenia de los edemas en el curso de las nefritis *Rinascenza Médica*. Enero 1930.

La patogenia de los edemas en la evolución de las nefritis resulta de un mecanismo complejo: el equilibrio mineral representa en ella un papel muy importante, por el equilibrio osmótico, ácido-básico y mineral antagonista; los equilibrios lipóidicos y proteídicos representan una acción secundaria; en fin, el equilibrio hidrostático y el equilibrio nervioso, representan también su papel, pero como podemos suponer, de tercer orden.

Todos los edemas dependen de diferentes causas: en todos ellos hay una causa preponderante que difiere según los casos. Es preciso por eso guardarse de atribuir todo los edemas a un solo mecanismo fisiológico.

En cuanto se refiere a la nefritis lipóidica, debe considerarse como una nefritis hidropígena que tiene una particularidad anatómica y química especial, pero que se comporta clínicamente como las otras nefritis hidropígenas.

JIMENEZ DIAZ (C.): Asma y tuberculosis. *Revista Española de tuberculosis*. Abril 1930.

La alergia tuberculosa, de por sí puede originar asma que llamaremos asma tuberculínico, en el cual el endoalérgeno son los productos bacilares.

Es mucho más frecuente que los pequeños procesos tuberculosos de poca extensión y con pocas manifestaciones de toxemia e infección y en cambio con intensa alergia favorezcan al cambiar, en el sentido alérgico, la personalidad vegetativa del enfermo una sensibilización ulterior a otras sustancias. Los asmás puramente tuberculínicos serían poco frecuentes; en todos los casos en que lleguemos por exclusión y después de pacientes exploraciones a pensar que se trata de un asma puramente tuberculínico, pensaremos siempre que es probable que exista alguna otra sensibilización que no hemos hallado.

Las cutirreacciones, el examen radiológico y de los espútos y los resultados de tuberculinterapia, nos permiten pensar que en un 60 por 100 de los asmáticos sensibles a cualquier alérgeno externo existe una alergia tuberculosa que es posiblemente el proceso favorecedor de la sensibilización hallada.

Las formas de tuberculosis más avanzadas en las que dominan fenómenos directamente debidos a la infección y gran toxemia, no habiendo, en cambio, apenas manifestaciones de alergia, no se acompañan, sino más bien se oponen al asma, haciendo por consiguiente muchas veces desaparecer ataques de asma que existían previamente a la evolución rápida y maligna de las lesiones tuberculosas.

Cirugía

CONSTANTINI (H.) y CONNIOT: Las fracturas de la espina de la tibia. *Journal de Chirurgie*. Febrero 1930.

En algunos meses han podido los autores observar 5 fracturas de la espina de la tibia. El primer caso fué para ellos una sorpresa y una enseñanza revelada por la radiografía, y ello fué debido a que cuidadosamente buscaron en los de-

más traumatizados de la rodilla los signos propios de las fracturas de la espina de la tibia al propio tiempo que solicitaron al radiólogo radiografías especiales capaces de apreciar estas lesiones pudiendo aportar esta contribución personal del todo interesante:

Los primeros casos observados se deben a hallazgos de autopsia, y citan a PONCET que en 1875 publicó en la Sociedad de Cirugía el primer caso descubierto, en el curso de una operación.

Es preciso recordar algunos datos anatómicos para comprender el estudio ulterior de estas fracturas.

La espina de la tibia ocupa el espacio interglenoideo de la meseta tibial. El extremo de la espina, es bi-tuberculoso y está constituido por el reborde interno de la cavidad glenoidea correspondiente: Entre los dos tubérculos existe un surco bastante marcado. El interno es ligeramente anterior con relación al externo. La forma y dimensión son variables según los sujetos.

Anatomía patológica.—Las fracturas de la espina de la tibia pueden clasificarse en 4 categorías.

1.ª Fracturas totales de la espina: Estas son las descritas por PONCET y DITTEL. El fragmento puede tener las dimensiones de un huevo de paloma y se halla unido al ligamento cruzado anterior.

Esta variedad la representaba uno de los casos observados por los autores.

2.ª Fracturas del tubérculo interno: Esta variedad es la más frecuente.

Lo más a menudo, un pequeño fragmento de dimensiones parecidas a un hueso de cereza arrancado del tubérculo interno y se desplaza hacia adelante como lo demuestran las radios de perfil, viniendo a constituir un cuerpo extraño suspendido al ligamento cruzado anterior; éste flotante.

3.ª Fracturas del tubérculo externo: Parecidas a las anteriores, se diferencian en el mayor tamaño del fragmento y comprende incluso una parte de la superficie pre-espinal.

4.ª Fracturas de la espina asociadas a una fractura de la extremidad superior de la tibia: en estos casos la fractura de la espina ocupa un segundo lugar:

Las fracturas de la espina de la tibia, además de la hemartrosis, signo siempre constante, se asocian a lesiones, 1.º, del ligamento lateral interno, siempre interesado en los arrancamientos del tubérculo del mismo lado, 2.º, de los ligamentos cruzados, siendo el anterior el más frecuentemente interesado, 3.º, de los meniscos, generalmente en los casos de luxaciones de éstos.

El mecanismo de estas fracturas es casi siempre por causa indirecta. De todas maneras, JONNES y SMITH publican un caso de fractura de la espina por arma de fuego, y por lo tanto, de causa directa.

El mecanismo de las fracturas por arrancamiento, que son las más frecuentes en la práctica, es fácilmente explicable, teniendo presente la fisiología de los ligamentos cruzados, y así se comprende que se encuentran algunas veces, después de un traumatismo relativamente insignificante siempre que las fuerzas obren de una manera precisa.

El de las fracturas por decapitación es más difícil su interpretación, puesto que los ligamentos cruzados están intactos.

Admiten los autores que las condiciones necesarias para que se produzcan estas fracturas son las siguientes:

1.ª Que la espina sea excepcionalmente alta como han tenido ocasión de comprobar siempre.

2.ª Que el traumatismo causa un esguince de rodilla que permita al cóndilo femoral por su borde interno cortante, decapitar al tubérculo externo excepcionalmente elevado.

En la práctica las fracturas de la espina de la tibia se resumen lo más a menudo en el arrancamiento del tubérculo interno, que completa la desinserción del ligamento cruzado anterior.

El 90 % de las fracturas de la espina tibial ocurren en sujetos adultos y se las encuentra casi exclusivamente en el hombre. KURLONDER, atribuye la frecuencia a un 3 por 1000 de las fracturas.

Los síntomas de la afección varían según la data de observación del enfermo, y clínicamente los signos particulares de las fracturas de la espina de la tibia son muy difíciles de apreciar, puesto que se confunden con los de los demás traumatismos de la rodilla. Únicamente la radiografía permite diagnosticar esta lesión y a este proceder debe siempre recurrirse siempre que se presenten signos de hemartrosis y anomalía de sus movimientos.

Aconsejan el examen radiográfico adoptando la posición que BECLERE ha preconizado con precisión para ensanchar la interlínea articular, y así mejor apreciar la espina de la tibia.

El diagnóstico depende del examen radiográfico; y la diferenciación con la luxación traumática de los meniscos, rotura de los ligamentos cruzados, se impone, a pesar de su gran analogía clínica con las fracturas de la espina de la tibia.

El tratamiento será diferente según la característica anatómica y el momento de observación del enfermo.

Por regla general, al momento inicial de la afección traumática el tratamiento no será cruento; solamente después del fracaso del mismo recurriremos a la operación.

La incapacidad del trabajo resultante de las fracturas de la tibia será diferente en cada caso; pero es evidente que las condiciones sociales y la calidad del trabajo harán variar el grado de incapacidad.

DESMARETS (E.): La apendicitis traumática existe. *Prêsse Médical*. 5 marzo 1930.

Ingresa en el servicio del autor en el Hospital Ambrosio Paré un joven de 16 años que algunas horas antes había sufrido una caída de bicicleta, en la que el manillar de la misma había actuado de cuerpo vulnerante por encima de la región inguinal derecha. Cuarenta y ocho horas más tarde aumenta el dolor, al propio tiempo que la sensibilidad abdominal es más difusa y no emite gases ni materias fecales. Verificada la laparotomía hállase el apéndice que presentaba un grueso cálculo estercoráceo en la región de la punta, donde la mucosa estaba profundamente alterada y las capas submucosa y muscular presentaban características lesiones de esfacelo.

En este caso podemos apreciar la relación de causa a efecto entre el traumatismo y el esfacelo del apéndice.

Una segunda observación personal, viene a corroborar la existencia de la apendicitis traumática.

Se trata de un carretero que recibe una coza de caballo en la fosa iliaca derecha. A pesar de haber transcurrido unos días de reposo después del traumatismo y de la poca sintomatología, ya que ésta se limitaba solamente a un dolor intenso a la presión en el punto de Mac-Burney, es sometido a intervención. Previa abertura de la pared abdominal hállase el ciego fijado en la pared posterior y adherida a éste la porción terminal del ileo, todo esto cubierto por epiploon con evidente inflamación. Liberadas algunas adherencias hállase una cavidad con pus espeso, y en la misma un cálculo del volumen de una aceituna. Termina la operación seccionando la base del apéndice y extirpándolo, previa ligadura de la arteria apendicular y del meso.

Este caso, también demostrativo, explica la evolución del proceso en dos tiempos. El primero, el dolor violento y las lesiones inflamatorias larvadas; y el segundo, el enquistamiento y la formación del absceso. No hay que descuidar el papel importante que ha desempeñado en este caso el cálculo estercoráceo.

Después de un acalorado y razonado estudio de la patoge-

nia de la apendicitis traumática, finaliza el autor su artículo con las siguientes conclusiones:

1.ª La apendicitis llamada traumática existe y puede suceder a un traumatismo indirecto.

2.ª Las lesiones apendiculares son debidas a la penetración súbita a la luz del órgano, de una cierta cantidad de materias o de gases que distienden el apéndice y ocasionan lesiones de la mucosa que favorecen la iniciación y el desarrollo de accidentes infecciosos.

3.ª La presencia de un cálculo estercoráceo o de un cuerpo extraño brutalmente desplazado por la máxima distensión del órgano, favorece extraordinariamente la aparición de los accidentes.

4.ª Los accidentes infecciosos locales son a menudo debidos a una gangrena parcial del apéndice y entrañan una peritonitis difusa, si el apéndice hállase libre en la cavidad peritoneal; un absceso periapendicular si la presencia de adherencias anteriores a los traumatismos ha establecido una barrera de protección.

Urología

THEVENOT (L) y VERRIERE (P.): La azoemia en los estrechados. *Journal d'Urologie*. Marzo 1930.

En los estrechados se produce en un día más o menos largo un trastorno de la excreción urinaria, una lesión del aparato renal y general que se traduce por un aumento de la urea en la sangre.

Esta modificación de la azoemia sanguínea depende de un conjunto de factores.

El más importante de éstos es la existencia antigua de un residuo, de una retención completa o incompleta, sobre todo si va acompañada de una gran distensión.

Accesoriamente es necesario tener en cuenta el grado de estrechamiento, la antigüedad de su evolución, la mayor o menor edad del enfermo y la existencia de otros trastornos patológicos.

El valor pronóstico de la cantidad de la azoemia demuestra que existen tres grupos de enfermos:

Unos con una cifra inferior a 0 gr. 50, que soportan bien en general las intervenciones y serán aliviados con bastante facilidad. Estos son los más numerosos: 14 por 22.

Los otros, menos abundantes, entre 0 gr. 50 y 1 gramo, que deberán ser vigilados cuidadosamente.

En fin, los últimos, por encima de 1 gr., el pronóstico debe ser reservado.

De esta noción se derivan ciertas conclusiones terapéuticas.

Los casos menores de 0.50 cgr. y de 1 gr. están dentro del cuadro de las leyes clásicas del tratamiento de los estrechados, refiriéndose sólo a los sujetos portadores de una azoemia un poco elevada, los cuales son débiles y que sobre todo hallándose en la cifra oscilante entre 50 cgr. y 1 gr. se encuentran en un período de transición y necesitan una terapéutica sumamente prudente. Alguna vez en este caso sería preferible apoyándose en el estado general, sobre el grado de plenitud vesical prever no sólo la posibilidad del tratamiento clásico, sino también del que preconizamos para los enfermos que han rebasado de 1 gr. Para estos últimos el tratamiento de la insuficiencia renal debe hacerse antes que el tratamiento de la estrechez; sólo cuando la vejiga sea evacuada por la uretrotomía o la cistostomía, cuando la azoemia volverá a ser sensiblemente normal, y el estado general mantenido por todos los medios posibles (vigilancia del corazón, del pulmón, del aparato de excreción del tubo digestivo); en una palabra, sólo cuando todas estas condiciones habrán sido realizadas, se deberá tratar el obstáculo uretral.

El estudio de la azoemia en lo que se refiere a la estrechez, tiene, pues, un interés capital; su objeto principal es demostrar que se trata de sujetos débiles, en los que es necesaria siempre una terapéutica prudente y no proceder nunca con prisa. Es necesario saber sobre todo que el tratamiento de la retención de orina y de la deficiencia renal debe, como el de la prostática, hacerse antes que el tratamiento del obstáculo mismo.