

médicas que podrían honrar a nuestra corporación si ella, a su vez, les discerniera el título de académico honorario; pero quizás ninguna sea tan merecedor de este homenaje como el doctor don Gregorio Marañón, que joven aún, no es solamente un médico y un clínico muy eminente, sino también un sabio de reputación universal y un escritor justamente afamado. Si nuestra Academia le hace su socio honorario, no solamente llenará dignamente una vacante gloriosa. Honrando al doctor Marañón, honrará a la España moderna, como en otros tiempos había honrado a la España de entonces, en la ilustrísima personalidad de Cajal y en la noble figura de Aguilar. En todo caso, los señores académicos, mis muy estimados colegas, tienen la palabra para proceder, dentro de las normas que nos rigen, como se los dicten sus simpatías y sus convicciones.<sup>1</sup>

## **Unas palabras sobre lesiones traumáticas de la rodilla. El signo de Finochietto**

**Por el Dr. Rafael Rojas Loa\***

El convencimiento que tengo de que los signos en clínica tienen un valor dogmático, me hizo leer con hondo interés el artículo del profesor Finochietto de la Universidad de Buenos Aires. Su disertación es convincente, a juzgar por las observaciones y los resultados de setenta y cinco casos en que funda sus conclusiones.

El signo a que se refiere, se llama el "signo del brinco" y su significación se basa y traduce en lesiones traumáticas del cartílago semilunar interno de la rodilla. Antes de definir aquel signo cuyo conocimiento debo a las páginas de la revista intitulada "The bone and joint Surgery", bueno será hacer una breve referencia a otros signos, que aunque menos categóricos, se presentan a menudo en las lesiones traumáticas de la rodilla. Los americanos llaman "socket" o "box sign" al deslizamiento de los platillos de la tibia bajo los condilos del fémur, cuando se hace sobre la pierna una tracción vigorosa, apoyan-

1 El 31 de julio de 1935, la Academia nombró socios honorarios a los doctores Gregorio Marañón y Jorge Francisco Tello, ilustres representantes de la medicina española.

\* Leído en la sesión del 30 de octubre de 1935.

do ambas manos sobre el hueso poplíteo y en posición de flexión. La pierna debe formar con el muslo, un ángulo de ciento treinta a ciento cuarenta grados. Ahora bien, en la misma posición, es decir, en igual grado de flexión, el cirujano que trata de investigar el signo del profesor Finochietto, apoya sus manos sobre el hueco poplíteo y hace una tracción lenta y vigorosa en la dirección en que opera. En un momento dado, siente que algo brinca en la articulación: el fenómeno se ha realizado. Esa sensación objetiva para la mano es casi siempre rehacia al oído y a la vista; empero, el enfermo se ha dado cuenta de aquel salto o brinco en su rodilla, al mismo tiempo que sufre de dolor vivo y momentáneo, y sus músculos, los posteriores de la pierna, se estremecen presa de temblor o de espasmo: tal es el signo del profesor Finochietto y su interpretación se resume fundamentalmente en una lesión traumática del cartilago semilunar interno de la rodilla en su parte posterior. Es posible que el accidente haya herido el menisco externo, los ligamentos cruzados y aun el propio fibro-cartilago interno: el signo de Finochietto no se revelará. Así, pues, debidamente advertido aquel signo, la conclusión es obvia: el menisco interno ha sufrido en su segmento posterior.

Antes de señalar la conducta del cirujano cuando ha justipreciado el signo llamado del brinco, haré breves consideraciones de orden anatómico: los meniscos se adhieren por su periferia a la cápsula y un traumatismo puede desprender su contorno, vulnerar sus extremos, cuerno anterior o posterior, henderlos transversal o longitudinalmente o desgarrarlos. Veamos ahora rápidamente qué exploración debe preceder a la búsqueda del "signo del brinco": llega a las manos del médico un atleta, un gimnasta, un sportman o uno de tantos trogloditas que han introducido en México la barbarie de las luchas, y le dicen haber sufrido la torcedura de una rodilla, accidente vivamente doloroso, y se prueba que la extensión completa del miembro no es posible, aun en ausencia de derrame articular, y a mayor abundamiento, se cerciora el explorador de que el dolor se aviva en posición de flexión y rotación interna o externa, posiciones ambas que disminuyen la capacidad articular, y si, por último, se convence de que colocado el miembro en extensión, la aducción es dolorosa y la abducción indolora, puede razonablemente conjeturar que la lesión radica en el menisco interno de la rodilla. En los problemas de las lesiones meniscales no hay que contar con el auxilio radiológico, a menos que se haga una insuflación de aire en la articulación, y aun así, los

radiólogos y con mayor razón los que no lo somos, interpretamos erróneamente los resultados.

Las lesiones de los meniscos, cuando son pequeñas, curan sin ninguna intervención activa; pero si son de consideración, como en los casos de desgarramiento, entonces las porciones de cartílagos que han perdido sus inserciones se atropellan—permítaseme la palabra—en cada movimiento, y aparte del dolor los derrames son frecuentes y a la postre inevitable el concurso de la cirugía. Todo lo demás es aleatorio: inmovilización, aire caliente, diatermia, rayos de todas clases, etc. Hablaremos después de la técnica de las “menisectomías”.

Terminada la exploración que antecede y que permite presumir lógicamente una lesión meniscal, confirmamos nuestro criterio, guiándonos por las indicaciones del profesor Finochietto. Mencioné ya cómo se busca el “signo del brinco”. Repetiré la técnica: el paciente debe estar en decúbito dorsal y con el miembro en flexión, de modo que la pierna forme con el muslo un ángulo de ciento treinta a ciento cuarenta grados. En esa posición, el operador empuña con ambas manos el hueso poplíteo y hace una tracción lenta pero vigorosa en su propia dirección; entonces, los platillos de la tibia comienzan a deslizarse hacia adelante bajo los cóndilos femorales, y ese deslizamiento, que constituye aquel signo que los americanos llaman “The socket sign”, precede al signo del brinco. Un paso más, es decir, una tracción más sostenida, y el menisco interno lesionado por el traumatismo pasará bajo el cóndilo, produciendo aquel brinco tan peculiar que aprecian el cirujano y el paciente. El “signo del salto”, que así también se llama, es más asequible cuando hay relajamiento de los ligamentos de la rodilla, sobre todo del cruzado anterior.

Finochietto apoya su tesis en setenta y cinco observaciones personales, que pueden descomponerse así: cuarenta y dos casos en que la lesión estaba confinada a la parte posterior del menisco, es decir, quedaba atrás del ligamento lateral interno de la rodilla; veintiún casos en que la lesión del menisco afectaba el segmento posterior y también el anterior al ligamento lateral interno, y once en que hubo desgarradura completa del menisco. Queda, pues, un solo caso de los setenta y cinco observados en que no llegó a descubrirse lesión alguna en el sector posterior del menisco; pero eso, refiere el autor, pudo depender de una exploración incompleta, como acontece cuando el ligamento cruzado anterior conserva su fuerza y su integridad.

En resumen, creo que el autor tiene derecho para proclamar el signo del brinco como testimonio inequívoco de una lesión del menisco interno en su segmento posterior. La investigación del signo del salto es, pues, obvia en los traumatismos de la rodilla; y la intervención inexcusable, cuando se ha apreciado aquel signo inequívocamente y si se quiere prevenir una lesión del cartílago diartrodial por el movimiento del menisco desgarrado o desprendido y, después, la aparición de una artritis seria.

La operación debe ser conservadora y no comprometer ningún elemento de sostén o de acción de la rodilla; pero al mismo tiempo amplia para llegar al menisco y extirparlo, parcial o totalmente. Dice Bohler, y aquí transcribo sus conceptos, que "la naturaleza en su afán constructivo crea o adapta un pliegue sinovial en forma apropiada que reemplaza el cartílago". La reconstrucción se opera, pues, y la integridad de la articulación se restablece en poco tiempo. La operación "menisectomía" es sencilla: el miembro debe estar en flexión y en el extremo de la mesa, de manera que la pierna quede colgando; en esa posición y puesta la venda de Esmarch o un torniquete en torno del muslo, se hace una incisión oblicua del lado interno a partir del ligamento rotuliano y como de seis centímetros de extensión; se toca el borde de la tibia y, como un dedo arriba de dicho borde, se divide transversalmente la aponeurosis y la cápsula, procurando que la incisión no sea muy grande para no herir el ligamento lateral interno; se separan los labios de la incisión capsular con separadores angostos e inmediatamente aparece el menisco. El cirujano explora y ve lo que debe resear. La resección total que, de acuerdo con el criterio del profesor argentino, debe consumarse siempre que exista el signo del brinco, aunque sólo aparezca lesionada la parte anterior del menisco, es necesariamente de reparación más tardía que cuando la resección es parcial. En los jóvenes, diez días después la reparación se ha logrado íntegramente. La última fase de la reparación consiste en reconstruir la cápsula, la aponeurosis y la piel. Es importante cuando se explora el menisco, darse cuenta del estado de los ligamentos cruzados, para proceder como convenga a su integridad.

Terminada la operación, se inmoviliza el miembro en extensión con la ayuda de una férula o una canaladura durante diez días; al cabo de ese tiempo se quita el aparato y se pone un vendaje compresivo. Bohler, autor de sesenta operaciones, aconseja no hacer movilizaciones

demasiado prontas, pues se arriesga el desarrollo de una sinovitis rebelde. Cinco o seis semanas después el operado marcha y vuelve a su vida activa sin el menor incidente.

Debo a la gentileza del doctor Juan Farill, cirujano ortopedista, la documentación en que se ha inspirado el presente artículo. En otra ocasión transcribiré las observaciones del mencionado especialista.

## **La nueva epidemiología de la Fiebre Amarilla. Tres casos de enfermedad de Weil**

**Por Miguel E. Bustamante, Médico y Doctor en Higiene\***

Cuando en 1925 se dió por terminada en México la lucha contra la fiebre amarilla y se la transformó en campaña de prevención, se tuvo en cuenta que habían pasado tres años de diciembre de 1922 a diciembre de 1925, sin que se registraran casos de "vómito negro" clínicamente identificables.

Más tarde, en 1935, según Hernández Mejía, la "prueba de protección" con suero en 953 personas, hizo saber que el virus de la fiebre se encuentra ausente efectivamente de los lugares explorados en el país.

Así, pues, han transcurrido trece años sin casos clínicos de fiebre amarilla y sin casos que den prueba de protección positiva.

A pesar de este tiempo de ausencia del vómito, varios médicos interesados en problemas de higiene pública seguimos preocupados por tal enfermedad, en lo que respecta a México.

En el VII Congreso Científico Americano que se celebró en la ciudad de México en 1935, los doctores Lloyd, de Wáshington; Hernández Mejía y Bustamante, de México, presentamos cada uno nuestros puntos de vista sobre la fiebre amarilla.

### **Actualidad de los estudios sobre fiebre amarilla**

El interés en este mal no sólo es teórico, ya que, como ha ocurrido con el tifo exantemático, nuevos descubrimientos de laboratorio

\* Leído en la sesión del 19 de febrero de 1935.