

*E*pónimos

“De la revista Trauma”

FUNDACIÓN **MAPFRE**



Esta obra es una recopilación de los epónimos publicados en la revista TRAUMA FUNDACIÓN MAPFRE hasta diciembre de 2014, elaborados por el Dr. Francisco Forriol Campos, director de la revista.

Edita: FUNDACIÓN MAPFRE
Ctra. de Pozuelo, 52. 28220 Majadahonda (Madrid).

Edición digital: Moonbook

Depósito Legal: M-8907-2008.
ISSN: 1888-6116.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación, puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio electrónico o mecánico, sin la autorización por escrito del editor. FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido en ningún artículo firmado por sus autores, ni el hecho de publicarlos implican conformidad o identificación con los artículos expuestos en esta publicación, los artículos únicamente reflejan las opiniones individuales de los mismos.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7	Georg Perthes. 1869-1927	31
Frans Ali Bruno Krogius. 1864-1939	11	José Cañadell. 1923-2014	33
Oscar Huntington Allis. 1826-1921	11	Marie Joseph Auguste (Alexis) Carrel. 1873-1944	34
Alan Graham Apley. 1914-1996	12	George Quentin Chance	39
Aquiles	12	Karl Chiari. 1912-1982	40
Jacques Arlet. 1940-.....	13	François Chopart. 1743-1795	40
Atlas	14	George Cierny, III MD. 1947-2013	41
Joseph Jules F. Félix Babinski. 1857-1932	15	John Robert Cobb. 1903-1967	42
José Luis Bado. 1903-1977	17	Alessandro Codivilla. 1861-1912	43
William Marrant Baker. 1839-1896	17	Ernest Amory Codman. 1869 -1940	45
Arthur Sydney Blundell Bankart. 1879-1951	18	Abraham Colles. 1773-1843	46
John Rhea Barton. 1794-1871	20	<i>Sir</i> Astley Paston Cooper. 1768-1841	47
Edward Hallaran Bennett. 1837-1907	20	George Washington Crile. 1864-1943	48
Walter Blount. 1900-1992	21	Robert Danis. 1880-1962	49
Lorenz Böhler. 1885-1973	22	Fritz De Quervain. 1868-1940	50
Joaquín Cabot Boix. 1915-1979	24	Jacques Mathieu Delpech. 1777- 1832	50
Karl Bragard. 1890-1973	25	Christian Johann Doppler. 1803-1853	51
Heinrich Friedrich Wilhelm Braun. 1862-1934	25	Guillaume Benjamin Amand Duchenne de Boulogne. 1806-1875	53
Benjamin Collins Brodie. 1783-1862	26	Guillaume Dupuytren. 1777-1835	55
Charles-Édouard Brown-Séquard. 1817-1894	28	Wilhelm Heinrich Erb. 1840-1921	56
Sterling Bunnell. 1882-1957	29	Johannes Friedrich August von EsMarch. 1823-1908	57
Jacques Calvé. 1875-1954	31	Peter Gordon Lawrence Essex-Lopresti. 1916-1951	58
Arthur Legg. 1874-1939	31		

James Ewing. 1866-1943	59	Otto Wilhelm Madelung. 1846-1926	87
Enrique Finochietto. 1881-1948	61	Angelo Maria Maffucci. 1847-1903	88
Albert Henry Freiberg. 1868-1940	62	Jules Germain François Maisonneuve. 1809-1897	89
Riccardo Galeazzi. 1866-1952	63	Joseph François Malgaigne. 1806-1865	89
Manuel Antonio de Gimbernat y Arbós. 1734-1816	64	Bernard-Jean Antoine Marfan. 1858-1942	91
Leon Athanese Gosselin. 1815-1887	65	Henry Austin Martin. 1824-1884	93
Jean-Gaspard Blaise Goyrand. 1803-1866	66	Hermann Matti. 1879-1941	93
Jean Casimir Félix Guyon. 1831-1920	66	William James Mayo. 1861-1939	94
Paul Randall Harrington. 1911-1980	67	Charles Horace Mayo. 1865-1939	94
W. Robert Harris. 1922-2005	68	Robert Merle d'Aubigne. 1900-1989	94
Platt, <i>Sir</i> Harry. 1886-1986	68	Minerva	95
Heinrich Hilgenreiner. 1870-1954	69	Giovanni Battista Monteggia. 1762-1815	96
Harold Arthur Hill. 1901-1973	70	Luis Morquio. 1867-1935	97
Maurice David Sachs. 1909-1987	70	Thomas Georg Morton. 1835-1903	97
Thomas Hodgkin. 1798-1866	71	Dudley Joy Morton. 1884-1960	98
Raoul Hoffman. 1881-1972	72	Maurice Müller. 1918-2009	99
Jonathan Hutchinson. 1828-1913	73	Charles S Neer II. 1917-2011	99
Geoffrey Jefferson. 1886-1961	74	Auguste Nélaton. 1807-1873	100
Robert Jones. 1857-1933	75	Karl Nicoladoni. 1847-1902	101
Ernest Juvara. 1870-1933	75	Louis Xavier Édouard Léopold Ollier. 1830-1900	102
Robert Kienböck. 1871-1953	76	Hiram Winnett Orr. 1877-1956	103
Martin Kirschner. 1879-1942	77	Carl B. Schlatter. 1864-1934	104
Emil Theodor Kocher. 1841-1917	78	Robert Bayley Osgood. 1873-1956	104
Eugen Julius Karl Paul A. Stieda. 1869-1945	79	Hugh Thomas Owen. 1834-1891	106
Augusto Pellegrini. 1877-1958	79	Antonio Pacchioni. 1665-1726	107
Gerhard Küntschner. 1900-1972	80	<i>Sir</i> James Paget. 1814-1899	108
John Lachman. 1956-1989	81	Erwin Payr. 1871-1946	110
Ernest-Charles Lasègue. 1816-1883	82	Nicolay Ivanovich Pirogoff. 1810-1881	111
Niels Lauge-Hansen. 1899-1976	83	Ignacio Ponseti. 1914 - 2009	112
Leon Clement Le Fort. 1829-1893	84	Percivall Pott. 1714-1788	114
Émile Letournel. 1927-1994	84	Claude Pouteau. 1725-1775	116
Jacques Lisfranc de San Martín. 1790-1847	85	Vittorio Putti. 1880-1940	117
Adolf Lorenz. 1854-1946	86	Jacques-Louis Reverdin. 1842-1929	118
Antoine Louis. 1723-1792	87	Joseph C Risser. 1892-1982	120

Heinrich Moritz Romberg. 1795-1873	121	Tribades	133
Wilhelm Conrad Röntgen. 1845-1923	122	Josep Trueta Raspall. 1897-1977	134
Robert Bruce Salter. 1924-2010	124	Antonio Maria Valsalva. 1666-1723	137
Paul Schober. 1865-1943	124	Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau. 1795-1867	138
Paul Ferdinand Segond. 1851-1912	125	Alfred Wilhelm Volkmann. 1801-1877	139
Nicholas Senn. 1844-1908	126	Richard Volkmann. 1830-1889	140
Francis J. Sepherd. 1851-1929	127	Friedrich Daniel von Recklinghausen. 1833-1910	142
Karl Gustaf Torsten Sjögren. 1859-1939	127	Bernhard Georg (<i>Hardy</i>) Weber. 1927-2002	142
Henrik Samuel Conrad Sjögren. 1899-1986	128	Franz Weitlaner. 1872-1944	143
Robert William Smith. 1807-1873	129	Gunnar Georg Fredrik Wiberg. 1902-1988	144
Fritz Steinmann. 1872-1932	129	Thomas Willis. 1621-1675	145
Homer Stryker. 1894-1980	130	Julius Wolff. 1836-1902	146
Nicola Tesla. 1856-1943	131		
Paul Jules Tillaux. 1834-1904	133		

Presentación

Epónimo, del griego *eponymos*, significa «nombrado después» y procede de «epi» (sobre, encima, después), y ónima (nombre). También se ha dicho que son esos pequeños fragmentos de ego médico por el que un descubrimiento adquiere su propio nombre. Los epónimos son un homenaje, en la mayoría de las ocasiones merecido e históricamente comprobado, de la comunidad científica a los descubridores o diseñadores. El epónimo en medicina sería la enfermedad, estructura, cirugía o técnica cuyo nombre proviene de la persona que lo descubrió o describió por primera vez. Aunque también se emplean epónimos recordando el nombre de un paciente, una ciudad o algún personajes de la literatura [1].

Los epónimos son una parte fundamental del lenguaje y de la cultura histórica médica y resulta de interés comprender su origen [2]. De alguna manera, equivalen a la señalítica o logotipos, tan de moda en nuestra sociedad. Es más sencillo colocar una flecha o el logotipo de una marca que dar una larga explicación por eso también se utilizan en el lenguaje popular y cualquiera entiende lo que significa un «fitipaldi» o un «caruso» aunque en estos casos también revisten cierta ironía.

Los epónimos pueden variar según las lenguas pero solo son útiles cuando mantienen su significado y todos comprenden lo mismo. Difieren de unos países a otros y en algunos casos la modificación de su escritura lleva a confusiones que hacen muy difícil identificar su verdadero significado. En ocasiones los nombres y la historia que los originan son oscuros o desconocidos para quienes los usan pero una vez aceptados son, como decíamos, signos lingüísticos que facilitan la comprensión de muchos términos sin necesidad de explicar su concepto.

En anatomía son muy frecuentes, por ello el Comité para la Terminología Anatómica tiene un listado de epónimos reconocidos internacio-

nalmente. En otras especialidades se utilizan de forma indiscriminada lo que conlleva variaciones conceptuales. También son muy utilizados en cirugía ortopédica y neurología aunque, como ocurre con los nombres de algunas calles, su biografía e historia es desconocido para quienes la transitan.

La mayoría de los términos utilizados son anglosajones lo que plantea el primer problema pues hay que escribirlo correctamente y, en ocasiones, se transforman en curiosos adjetivos, como «pagetoide» o «haversiano». Sin embargo, sustituir un epónimo por un sinónimo no está exento de problemas ya que puede producir una confusión todavía mayor. En algunos casos el epónimo hace referencia a diferentes autores como ocurre con la fractura de Bartholin: quien la atribuye a John Kellock Barton, quien a John Rhea Barton quien, además, aportó su nombre a un vendaje [3]. Hay epónimos compuestos que hacen referencia al nombre de varias personas o al compuesto de una persona. En ocasiones se refieren incluso a un pseudónimo o mote, como ocurre con la famosa prueba de la «t de Student», en la cuál «student» no es un nombre propio, era el pseudónimo por el que era conocido el empollón y matemático británico William Sealy Gossett.

La utilización de epónimos da imagen de erudición o prestigio [1] aunque muchos no guardan ninguna relación con la descripción original e incluso el concepto es muy diferente de lo que pretendía su descubridor.

Su empleo también tiene algunas ventajas, pues sirven para cubrir un hueco existente en vez de recurrir a una creación y permiten ampliar la capacidad de nombrar de las lenguas naturales escondiendo aspectos negativos o angustiosos de una enfermedad: síndrome de Down, enfermedad de Hansen, bacilo de Koch, sarcoma de Ewing, etc. Además, al no ser des-

criptivos, los epónimos evitan interpretaciones erróneas y simplifican denominaciones extensas con términos greco-latinos. Otra ventaja, su sencillez y brevedad evitan escribir o recitar grandes definiciones no exentas, en ocasiones, de inexactitudes. Un epónimo conlleva una imagen aunque, también es cierto, muchos médicos no comprenden el significado exacto del término por lo que puede crear más confusión que claridad [4].

Muchos especialistas ignoran la historia de su profesión por lo que, estudiando a nuestros predecesores, además de homenajearlos aprendemos a emular sus éxitos y a transmitir sus conocimientos a las futuras generaciones [5] pero sin olvidar que algunos epónimos honran a médicos de comportamiento moralmente, al menos, discutible y a otros que estuvieron implicados en acciones execrables contra la propia humanidad [1].

Para González López [1] el uso de epónimos es una estigmatización o despersonalización, pues la persona deja de ser un enfermo con una enfermedad para convertirse en un síndrome de ..., obviando los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y familiares que comporta el hecho de enfermar y, por otra parte, en muchas ocasiones el epónimo no significa lo que idearon sus descubridores ni conserva la finalidad del invento de sus creadores como ocurre con Doppler, Esmarch o Kirschner [5]. Para Wassem et al., [6] en una época donde se resalta la medicina basada en evidencias resulta, al menos, chocante una profusión de epónimos que son, según los autores, en la mayoría de los casos inconvenientes, difíciles de comprender y que llevan a errores conceptuales, como demuestran con el signo de Finkelstein.

Los epónimos pueden simplificar y abreviar la terminología médica, facilitan la comprensión y comunicación entre los profesionales, pero no dejan de crear en ocasiones cierta confusión. Los epónimos están sometidos a procesos de homonimia, polisemia y sinonimia [3]. Por polisemia se entiende el significado múltiple de una

palabra que presenta una relación permanente entre sus significados, al ser estos ampliaciones sucesivas de un concepto inicial; el «signo de Babinski» designa, al menos, cinco fenómenos distintos de la exploración neurológica [7]. La homonimia o identidad fónica (homofonía) y gráfica (homografía) de dos palabras con significados diferentes por evoluciones coincidentes de dos palabras con significados distintos. En nuestro caso serían nombres propios iguales que se utilizan para conceptos diferentes, así Volkman nos hace pensar en unos conductos óseos y en una contractura, pero los autores son dos personas distintas. Más frecuente es la sinonimia, un referente que adquiere varios nombres no relacionados históricamente, así rompe un término con la univocidad de un concepto. Es frecuente que una enfermedad, entidad, fórmula, instrumento, proceso o técnica se conozcan de forma distinta, no solo en un mismo idioma, sino también en lenguas diferentes. En cirugía ortopédica ocurre con la enfermedad de Legg - Calvé - Perthes, tres médicos diferentes de países distintos, que trabajan sobre un mismo aspecto sin ninguna relación personal o histórica, y también puede ocurrir que los personajes que ceden su apellido sean coautores de la publicación en la cual se ha puesto en evidencia el fenómeno por primera vez. En otras ocasiones, el nombre de un epónimo no es el primero en descubrir o describir una patología, técnica o instrumento, o alguien que ni siquiera entendió la situación e incluso fue apartado.

Por todo esto, Kishore et al., [4] defienden que los epónimos deben utilizarse con cuidado y siempre que sea posible con su definición conceptual, pues no todas las fracturas se comprenden con un único epónimo. Las fracturas óseas incluye un buen número de epónimos lo cual no facilita su estudio pues requiere un especial ejercicio de la memoria, además, rompen la clasificación general de las fracturas pues hacen referencia a un único y exclusivo tipo [8]. Para evitar estos problemas algunas ramas de la medicina lo han solucionado creando una termino-

logía aceptada universalmente, otros solicitan la prohibición de todos o parte de los epónimos más utilizados [9]. Otra solución, la que ahora proponemos, es intentar conocer su origen e historia, definiendo su significado y el de la persona que lo describió. Por ello, mi agradecimiento a la SECOT y a Fundación MAPFRE por el apoyo que me han dado para llevar adelante y difundir este proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González López E. ¿Hay que seguir utilizando (algunos) epónimos médicos? *Med Clin (Barc)* 2010; doi:10.1016/j.medcli. 2009.12.016.
2. Gerstner J. Epónimos en semiología ortopédica (II). *Rev Col de Or Tra* 2005; 19:104-5.
3. Alcaraz Ariza MA. Los epónimos en medicina. *Ibérica* 2002; 4:55-73.
4. Kishore M, Khashaba A, Dinakara Babu E, Harries WJ, Blewitt N. Eponyms- are they relevant? *Injury, Int J Care Injured* 2000; 31:425-6.
5. Meals C, Wang J. Origins of eponymous orthopaedic equipment. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468:1682-92.
6. Waseem M, Khan M, Hussain N, Giannoudis PV, Fischer J, Smith RM. Eponyms: Error in clinical practice and scientific writing. *Acta Orthop Belg* 2005; 71:1-8.
7. López Piñero JM, Terrada Ffrandis ML. Introducción a la terminología médica. Barcelona: Salvat, 1990.
8. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
9. Visotsky JL, Benson LS. Eponyms in orthopaedics. *J Bone Joint Surg (Am)* 2001; 83-A (supl 2):123-7.

Frans Ali Bruno Krogius. 1864-1939

Epónimos asociados

Técnica de Ali-Krogius: cirugía de partes blandas para el tratamiento de la luxación de rótula con la fijación pasiva de la rótula mediante plastia capsular.

Biografía

Cirujano finlandés, nacido el 7 de noviembre de 1864 en Helsinki y fallecido el 30 de noviembre de 1939 en Friburgo (Alemania). Obtuvo su doctorado en 1892 en la Universidad de Helsinki, donde posteriormente trabajó como ordinario. Sin embargo, hay que destacar que se formó en urología con Guyon y que dio las clases de esta especialidad como profesor de cirugía entre 1901 y 1929. De hecho, sus clases se publicaron inicialmente como apuntes (1898) y posteriormente como libro (1909), del que se hicieron nuevas ediciones en 1922 y 1930.



Frans Ali Bruno Krogius.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kusma M. Operation nach Ali-Krogius. En: Engelberhardt (ed). Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie. Springer. <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl>
2. Elo J. A short history of scandinavian urology. <http://www.scaur.org/history/history.pdf>

Oscar Huntington Allis. 1826-1921

Epónimos asociados

Pinzas de Allis: pinzas, desarrolladas durante una anastomosis intestinal, largas y serradas (Figura 1).

Signo de Allis: relajación de la fascia entre la cresta iliaca y el trocánter mayor es un signo de fractura de cuello femoral.



Fig. 1.

Biografía

Allis nació el 9 de septiembre de 1836 en Holley (New York). Graduado en el Jefferson Medical College en 1866, realizó su internado en el Philadelphia General Hospital; siendo posteriormente cirujano en el Presbyterian Hospital de Philadelphia. Se dedicó fundamentalmente a la Cirugía Ortopédica, llegando a ser considerado una autoridad en el tratamiento de las fracturas y luxaciones. De hecho, en 1895 recibió un premio de 1.000 \$ por su monografía sobre la reducción de las luxaciones de cadera.

Hoy, el fórceps de Allis sigue siendo un instrumento fundamental en todo tipo de cirugías. Murió el 16 de mayo de 1921 de una hemorragia cerebral, a la edad de 84 años.

Alan Graham Apley. 1914-1996

Epónimos asociados

Test meniscal de Apley: con el paciente tumbado boca abajo y la rodilla flexionada a 90°, se realiza presión contra el fémur y se rota el pie, provocando dolor o un chasquido audible.

Test de Apley del hombro (*scratch test*): prueba para evaluar la limitación de la movilidad o la asimetría comparando con el hombro sano. Pasando el brazo por encima del hombro (abducción y rotación externa) y por debajo (abducción y rotación interna) hasta alcanzar la escápula opuesta, «rasgando» (*scratch*) la espalda. Si hay una limitación, se mide hasta la vértebra que alcanza el paciente.

Biografía

Nacido en Londres en 1916, siendo el hijo menor de un inmigrante judío polaco. Tras licenciarse, trabajó en el Roehampton Priory Hospital y más tarde sirvió en la sanidad militar en Birmania, en el Sudeste asiático, donde sufrió una herida grave que le dejó una discapacidad. A su vuelta a Gran Bretaña, en 1947, fue consultor en el Rowley Bristow Orthopaedic Hospital, donde estuvo hasta el año 1972. Desarrolló un curso de formación en ortopedia que adquirió rápidamente gran prestigio en parte por sus dotes interpretativas, pero que al poco tiempo se consideró obligatorio para la evaluación final de los *fellows* británicos. Fruto del mismo nació uno de los manuales de la especialidad más conocidos y difundidos universalmente. Incluso se sentía muy orgulloso cuando descubrió la existencia de una edición pirata del manual en el Lejano Oriente.



Alan Graham Apley.

Diseñó el primer centro de accidentes en el sur de Inglaterra, en el St. Peter's Hospital, de Chertsey. En 1972 fue elegido miembro del consejo del Royal College of Surgeons y posteriormente nombrado director del departamento de cirugía ortopédica del St. Thomas' Hospital, hasta 1979. Después de retirarse trabajó como editor de la edición inglesa del *British Journal of Bone and Joint Surgery*. Entusiasta del deporte, fundó el club de esquí de cirujanos ortopédicos con la idea de combinar deporte y trabajo, aunque su descanso real lo encontraba en la música, siendo un afamado pianista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apley AG. A System of Orthopaedics & Fractures. 1959.
2. Alan Graham Apley: 1914-1996. J Bone Joint Surg (Br) 1997; 79-B: 337-8.

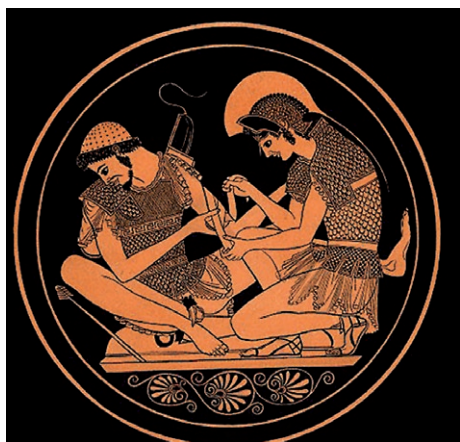
Aquiles

Epónimos asociados Tendón de Aquiles (*tendus calcaneus*) (tendon calcáneo)

Tendón del músculo tríceps sural que se inserta en el calcáneo. **Talón de Aquiles:** expresión que refleja el punto más débil de una persona o cosa.

I Biografía

Aquiles es un personaje de la mitología griega que se ha relacionado con el nombre del río Acheloos, que significa «aquel que lucha sin espada» o «aquel que consuela en el dolor». El bello Aquiles, hijo de Peleo y de la ninfa Tetis, fue el héroe más famoso de la Guerra de Troya. Para hacerlo invulnerable, su madre lo ungió de ambrosía y lo sumergió en la laguna Estigia agarrándolo por el talón derecho, que quedó como su única parte vulnerable. Otra versión señala que Tetis, mientras lo ungía con ambrosía y lo ponía al fuego para quemar las partes mortales de su cuerpo, fue interrumpida por Peleo, que arrancó con violencia al niño de sus manos y quedó con un talón carbonizado. Tetis, enfurecida, abandonó a ambos. Peleo sustituyó el talón quemado de Aquiles por la taba del gigante Dámiso, célebre por su velocidad en la carrera. De ahí que se conociera a Aquiles como «el de los pies ligeros».



Un oráculo anunció a Tetis que su hijo habría de morir frente a las murallas de Troya. Por eso, cuando comenzó la guerra, Tetis lo ocultó vistiéndolo de doncella y escondiéndolo en la corte de Licomedes, rey de Esciro, en donde vivió con las hijas del monarca durante nueve años bajo el nombre de Pirra, por sus cabellos dorados. Se enamoró de la hija de Licomedes y se casó con ella, naciendo Neoptólemo de esa unión.

Ulises necesitaba a Aquiles para tomar Troya, por lo que se presentó en la corte de Licomedes vestido de mercader y ofreció sus mercancías a las princesas. El falso mercader había colocado, junto a joyas, telas y perfumes, también armas de gran valor. Cuando Aquiles se interesó por una espada fue descubierto por Ulises. Finalmente, en la Guerra de Troya dio muerte a Héctor y a Mennón. Sin embargo, Paris le disparó una flecha que, con la ayuda de Apolo, se clavó en su punto vulnerable. Sus cenizas se guardaron en una urna que contenía las de su amigo Patroclo. Sin embargo, en *La Iliada*, Homero menciona que Aquiles fue herido junto al río Scamandro por Asteropeo, quien le arrojó dos lanzas a la vez, alcanzando una de ellas el hombro de Aquiles, «del cual brotó negra sangre». En *La Iliada* no se llega a relatar la muerte de Aquiles.

Jacques Arlet. 1940-

I Epónimos asociados

Clasificación de Arlet-Ficat: para la necrosis de la cabeza femoral (Figura 1) (Figura 2).



Fig. 1. Clasificación de la necrosis cefálica del fémur.

I Biografía

Jacques Arlet creció en el este de Francia y en París, despertando su interés por la reumatología durante su formación en el hospital Purpan de Toulouse, donde había una unidad de la especialidad. Desarrolló toda su actividad como reumatólogo hospitalario y los últimos 30 años como profesor de reumatología en la Facultad de Medicina de Toulouse. Apasionado del sen-

derismo y de la pintura además de seguidor apasionado del novelista belga Georges Simenon, en cuyas novelas «muchos de los personajes (...) son médicos. A Simenon le gustaban los médicos y tenía muchos médicos en su círculo de amigos. Hice, por diversión, el análisis de los personajes médicos en un centenar de textos de Simenon. Retrató todo tipo de médicos, médicos de cabecera, forenses, hospitalarios, etc., maravillosamente».

688 *Annals of the Rheumatic Diseases*

and 30 per cent. in inactive females. Growth anomalies were particularly common in those whose disease had commenced when they were less than 5 years of age, and even in the absence of overt clinical involvement minor growth changes had occurred. As these young people form part of a large prospective study, serial films taken both before and after the 10-year follow-up have since been examined in an attempt to elucidate the mode of progression of big changes in juvenile arthritis.

JACQUES, F., BOUTIN, A., and COUET, L. (1961) *Arth. and Rheum.*, 10, 688.

Anatomo-clinical forms and Haemodynamics of Chronic Ischaemia at the Upper End of the Femur. By J. ARLET and P. FICAT (Toulouse).

Arthritis, arthritis, and ischaemia are the three known causes of apparently simple pathological conditions of the hip; they may coexist and their pathological effects may be cumulative.

Chronic ischaemia does not initially present a specific radiological appearance.

A histological study of the bone and of the synovium or cartilage was carried out by combined biopsy.

A haemodynamic study of the epiphyseoepiphyseal region was made by measuring the intramedullary pressure before and after serum injection and by perthrostatic phlebography.

The experimental material consisted of 300 cases subjected to at least two of these investigations, and fifty underwent a combined biopsy.

We found histological proof of ischaemia in more than 100 cases and especially in forty cases where the hip was radiologically normal. There was a variety of chronic ischaemic lesions (focal aseptic ischaemic necrosis) of the upper end of the femur. These are illustrated by the following examples:

- (1) Chronic ischaemia due to medullary overtaxation (Gaulcher's disease).
- (2) Chronic ischaemia due to intramedullary haemorrhage occurring in the course of haemorrhagic disease or after osseous trauma (traumatic haematomata).
- (3) Chronic ischaemia due to thrombosis of the large arterial iliac trunks.
- (4) Chronic ischaemia due to impeded venous drainage (post-phlebic necrosis).
- (5) Chronic ischaemia due to a reflex circulatory disorder: complication of the dystrophic sympathetic reflex.
- (6) Ischaemic necrosis associated with inflammatory synovitis (disseminated lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, inflammatory monarthritides).
- (7) Ischaemic necrosis of hyperuricaemia with or without hyperlipidaemia.
- (8) Necrosis resulting from a dysplastic hip.

Ficat's Syndrome: A Clinical and Pathological Survey of 21 Patients. By C. G. BEAUX, A. L. TOWNSEND, and B. V. ROBERTS (*The London Hospital*).

Six men and fifteen women were diagnosed between 1957 and 1960. The men were significantly older than

the women at the onset of arthritis but developed the syndrome earlier. Many non-articular rheumatoid features were present. Sjögren's syndrome being found in seven of sixteen patients.

The sera of all but two contained rheumatoid factor, usually in high titre, and L.E.-cell preparations and/or antinuclear factor tests were positive in fourteen patients. Absolute neutropenia was characteristic. Red cell survival (PCV) was reduced in six of thirteen patients studied, with excessive splenic destruction.

Partial haematological remission occurred spontaneously in one patient and in one of two who were receiving a small constant dose of prednisolone (5 mg./day). Of eight patients given 20 mg. prednisolone/day or more, four had a transient partial improvement and one an apparent clinical cure (2 years).

Ten patients underwent splenectomy, and two of these appear to have been cured. One other patient eventually achieved a normal blood count after an early relapse.

Seven patients have died, three despite steroids and splenectomy, three treated with steroids only, and one who received neither of these forms of therapy but suffered a cerebrovascular accident.

The following features were found in all thirteen spleens examined microscopically:

- (1) Sinus cell hyperplasia and erythrophagocytosis;
- (2) plasma cell hyperplasia and extramedullary haematopoiesis;
- (3) Hyaline change and endothelial hyperplasia of the follicular arteries.

Additional pathological features were observed in some of the spleens but were not present in all cases. Amyloid was not seen in any of the specimens.

Tendinous Ruptures in Rheumatoid Arthritis. By H. STARR, I. SMOON, J. VIDAL, J. SANN, and V. ALLIER (*Montpellier*).

Tendinous ruptures in cases of rheumatoid arthritis are of various and usually associated mechanisms. Once the condition is recognized, effective prophylaxis can be applied. These ruptures may be related to mechanical factors causing tendinous attrition, resulting from rubbing against a bony protrusion. They may also be caused by tenosynovitis, the inflamed tissue often altering the structure of the tendon by means of vascular lesions.

The authors report their experience with such cases, emphasizing the frequency of tendinous ruptures of the extensors of the fingers. Generally located in the wrist, they affect especially the tendons of the third finger and the little finger touching the ulnar head dislocated backwards. Tenography, a new investigative technique, reveals interesting and exact information. Rupture of the extensor pollicis longus is often associated with erosion of the radial styloid process.

Less frequently, tendinous ruptures of the flexors occur in the carpal canal and affect especially the flexor pollicis longus and the flexors of the index finger.

Such lesions must be looked for systematically and identified precisely. They cause serious functional disability that can be treated by surgery. Intertendinous anastomoses and transplants are the best surgical techniques. Surgery is largely preventive. Tenosynovectomy and leveling of bony protruberances (especially reaction of the ulnar head) may prevent the occurrence of ruptures.

Fig. 2. Primera publicación de la clasificación de Ficat-Arlet en un resumen en inglés (*Ann Rheum Dis* 1970; 29:688).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arlet J, Ficat P. Anatomo-clinical forms and haemodynamics of chronic ischaemia at the upper end of the femur. *Ann Rheum Dis* 1970; 29:688.

Atlas

I Epónimo asociado

Atlas: (latín del griego, Atlant, Atlas) o primera vértebra cervical, que soporta el peso de la cabeza y articula con el hueso occipital en la base del cráneo.

I Biografía / mitología griega

Denominada así por Vesalio, fue tomado de la mitología griega del titán Atlas, hijo de Titán y Oceánida, quien fue encargado por Zeus para soportar el cielo sobre sus hombros en castigo por participar en la revuelta de los titanes en contra de los dioses. Otra historia afirma que Perseo, hijo de Zeus y Diana, convirtió a Atlas en una gran piedra, la montaña Atlas, sobre la cual descansaba el cielo.



Titán Atlas.

Joseph Jules F. Félix Babinski.

1857-1932

Epónimos asociados

Síndrome de Anton-Babinski: negación de la ceguera recurriendo a la confabulación por persona ciega.

Reflejo de Babinski: método para evocar el reflejo de Aquiles.

Signo de Babinski I: reflejo patológico que extiende el dedo gordo del pie y los otros dedos cuando se rasga la planta del pie con un objeto.

Signo de Babinski II: prueba galvánica que indica una alteración auditiva unilateral.

Signo de Babinski III: pérdida o disminución de reflejos del tendón de Aquiles durante la ciática.

Síndrome de Babinski: asociación de la patología cardíaca y arterial en la sífilis tardía.

Síndrome de Babinski-Froment: trastornos vasomotores y tróficos, amiotrofia difusa, reflejos exagerados del tendón y contracciones musculares.

Síndrome de Babinski-Fröhlich: obesidad femenina e infantilismo sexual, atrofia o hipoplasia de las gónadas y alteración de las características sexuales secundarias

Síndrome de Babinski-Nageotte: afección bulbar unilateral con lesiones de la región médulo-bulbar.

Biografía

Babinski, hijo de un ingeniero polaco, nació el 17 de noviembre 1857 en París, donde murió el 29 de octubre 1932. Fue uno de los médicos que consolidaron l'Hôpital de la Salpêtrière, uno de los centros de mayor prestigio en el mundo a finales del siglo XIX. Como estudiante de medicina Babinsky fue el alumno preferido de Charcot. Babinski defendió en 1884 su tesis sobre la esclerosis múltiple en la Universidad de París. En su actividad clínica era muy independiente y se caracterizaba por realizar los

exámenes clínicos en silencio y durante mucho tiempo. Sus excepcionales dotes de observador le facilitaron la descripción de numerosas patologías neurológicas.



Joseph Jules François Félix Babinski

A la muerte de su maestro, Charcot, quedó desplazado de la sucesión académica por una serie de intrigas, por lo que pasó a ser jefe de neurología del vecino hospital de la Pitié, donde trabajó hasta su jubilación en 1922. Al no pertenecer a la carrera académica careció de escuela propia pero, sin embargo, veinticinco años después de fallecer Charcot fue el único de sus discípulos nombrado profesor titular de neurología y miembro de la Académie de Médecine.

Al no tener durante mucho tiempo actividad docente pudo dedicarse a la práctica de la neurología. En 1900, un año antes que Alfred Fröhlich, Babinski describió el síndrome adipo-genital en un caso de tumor de la hipófisis. Al año siguiente informó, con Agustín Charpentier, sobre la pupila de Argyll-Robertson en la neurosífilis, como expresión de una lesión del sistema nervioso central. En 1902, con Jean Nageotte (1866-1948), describió los síntomas clínicos causados por lesiones de la protuberancia y en

1905 describió el sustrato neurofisiológico de tabes dorsal. Babinski, como Charcot, se interesó por la histeria y presentó, por primera vez el diagnóstico diferencial de la histeria como consecuencia de enfermedades orgánicas. El signo de Babinski se publicó en tres etapas. En 1896, en una reunión de la Société de Biologie presentó en 26 líneas el «*phénomène orteils des*» que se publicó como «*signe de l'Eventail*» en 1903. En el primer artículo comparó la respuesta en los dedos del lado afectado con la respuesta contralateral en pacientes hemipléjicos utilizando el pie sano como control. No queda claro en su primer artículo si estimula la planta del pie una o varias veces, punzando, o arrastrando la aguja. Observó que todos los enfermos presentaban una debilidad en la extremidad donde aparecía la extensión y en las paraplejas o paraparesias aparecía la extensión en ambos pies. En un segundo artículo (1898) proporcionó más importancia a la extensión del dedo gordo. No encontró el signo en pacientes con debilidad histérica y podía estar ausente en la hemiplejía o paraplejía con reflejos miotáticos disminuidos, normales o ausentes. Babinski advirtió que la debilidad del reflejo no guardaba relación directa con la intensidad de la parálisis. El tercer y último artículo de Babinski sobre el reflejo fue breve (1903), señalando que se puede observar en pacientes con una alteración del sistema piramidal, en pacientes con parálisis espástica congénita y... en recién nacidos en quienes el sistema piramidal no se ha desarrollado completamente.

Este signo había sido explicado tres años antes por Ernst Julius Remak (1849-1911), y también Félix Alfred Vulpian, neuropatólogo en la Salpêtrière, había observado la extensión del dedo gordo en ciertos tipos de daño cerebral medio siglo antes. Pero fue Babinski el primero en señalar su valor diagnóstico. Pocos hechos en la historia de la medicina han tenido tanta trascendencia a pesar de su simplicidad, importancia clínica e implicaciones fisiológicas. En *La Semaine médicale*, Babinski efectuó una des-

cripción muy completa de la significación de su reflejo demostrado por las historias clínicas de pacientes con hemiplejía, epilepsia de Jackson, encefalitis y envenenamiento por estricnina, llegando a la conclusión de que el signo se explicaba por una alteración de la vía piramidal.

Babinski también contribuyó al desarrollo de la neurocirugía, particularmente en el terreno de los tumores de la médula espinal. En 1922 localizó el primer tumor espinal que fue extirpado en Francia.

Entre sus alumnos, el más célebre quizás fuera Egas Moniz, uno de los precursores de la lobotomía prefrontal. Además de su superior contribución al desarrollo de la neurología en Francia, Babinski también marcó la evolución de la psiquiatría y de la neuropsicología. Los últimos años de su vida sufrió del mal de Parkinson, pero vivió para ver sus logros en la neurología francesa y el nacimiento de la neurocirugía a la que tanto había contribuido. De hecho, seis días antes de morir, cuando un amigo le preguntó por su logro más importante, no tuvo reparo en contestar que «el signo será recordado, pero no ha sido mi mayor contribución». Así apuntaba a la neurocirugía, señalando a Martel y Vincent, los dos fundadores de la neurocirugía francesa a los que había formado. La *Oeuvre Scientifique* de Babinski, que editaron sus discípulos en 1934, reúne doscientas ochenta y ocho referencias. Doscientas cincuenta y siete llevan fecha anterior a 1918. El último texto que publicó está dedicado a la anosognomía que acompaña a algunas hemiplejías izquierdas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barraquer Bordas L. El signo de Babinski. *Med Esp* 1952; 27:339-53.
2. Barraquer Bordas L. Neurología. En: Laín Entralgo, P (ed). *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1976, vol. 7. pp. 294-305.?
3. Cohn R. The Babinski sign; extinction during bilateral simultaneous cutaneous stimulation. *J Neurophysiol* 1948; 11:193-7.
4. Fisher M. Concerning the sign of Babinski. *Treat Serv Bull* 1951; 6:82-4.

5. Wartenberg R. Babinski reflex and Marie-Foix flexor withdrawal reflex; historical notes. *AMA Arch Neurol Psychiatry* 1951; 65:713-6.
6. Wartenberg R. The Babinski reflex after 50 years. *J Am Med Assoc* 1947; 135:763-7.

José Luis Bado. 1903-1977

I Epónimo asociado

Clasificación de Bado: para las fracturas de Monteggia: fractura de la diáfisis cubital y luxación de la cabeza del radio. Tipo I: la cabeza se desplaza hacia anterior. Tipo II: la cabeza se desplaza hacia posterior o póstero-lateral. Tipo III: la luxación anterior o antero-lateral se asocia con una fractura de la metáfisis cubital. Tipo IV: fracturas de tercio proximal del radio y cúbito al mismo nivel se asocian con un desplazamiento anterior de la cabeza radial.



José Luis Bado.

I Biografía

Reconocido cirujano de Montevideo (Uruguay), fundador de la sociedad uruguaya de traumatología. Se graduó de la Facultad de Medicina en 1926 con las mejores calificaciones.

En 1930 accedió al cargo de jefe del Instituto de Cirugía Experimental y en 1933 obtuvo una beca para estudiar en el Instituto Rizzoli de Bolonia, para trabajar con Putti, quien sería su verdadera referencia; luego pasó por Austria, Alemania, España, Gran Bretaña y Francia. En 1941 fundó el Instituto de Ortopedia y Traumatología en Montevideo, que dirigió durante muchos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bado JL. The Monteggia lesion. *Clin Orthop Rel Res* 1967; 50:71-86.
2. Biografía: José Luis Bado (1903-1977). *Revista Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2006; 20:18-20.
3. Jose Luis Bado 1903-1977. *J Bone Joint Surg (Am)* 1979; 61A:153-4.

William Marrant Baker. 1839-1896

I Epónimos asociados

Quiste de Baker: quiste de la membrana sinovial, como una hernia, frecuentemente en la articulación de la rodilla, producido por el líquido sinovial que sale de la articulación a través de un canal natural o por una apertura en la membrana sinovial. Aparece a cualquier edad pero es más frecuente en hombres, entre los 15 y los 30 años de edad. La etiología es desconocida (Fig 1).

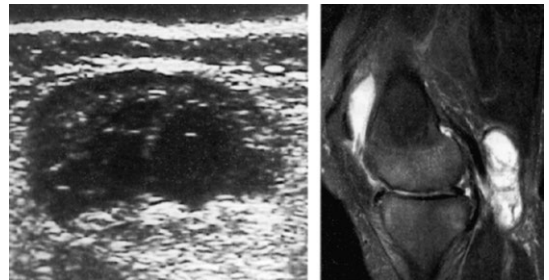


Fig. 1. Quiste de Baker, en el hueso poplíteo, a) imagen ecográfica, b) imagen de RNM.

Cánula de Baker: cánula traqueal flexible.

Enfermedad de Baker: defecto de los ligamentos periarticulares.

Síndrome de Baker-Rosenbach: enfermedad rara de la piel traumatizada. Se manifiesta con fiebre, erupción vesicular, especialmente en manos y pies, e inflamación de las mucosas y orificios.

Biografía

Baker, cirujano inglés, nació el 20 de octubre de 1839 en Andover y murió el 3 de octubre de 1896 en Pulborough, Sussex. A los 19 años comenzó a trabajar y a estudiar en el St. Bartholomew's Hospital de Londres, donde, tras un periodo de formación, ayudó a James Paget en su consulta privada, ocupándose en el hospital de la docencia en fisiología y disección, hasta 1885. Fue el editor del *Kirkes' Handbook of Physiology*.

En 1877 Baker firmó un artículo en la revista del hospital describiendo ocho casos de lo que denominó bursitis poplítea o quiste periarticular, que en unas ocasiones se asociaba con artrosis y en otras con la llamada artropatía tabética o articulación de Charcot.

Fue pasando por todos los cargos quirúrgicos del hospital –*casualty surgeon* (1870), *assistant surgeon* (1871) y *full surgeon* (1882)– hasta su retirada en 1892, a los 53 años de edad. A su muerte, cuatro años después, había dejado 55

publicaciones sobre temas variados, siendo reconocido como un experto cirujano renal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker WM. The formation of abnormal synovial cysts in connection with the joints. II. St. Bartholomew's Hospital Reports, London, 1885; 21:177-90.
2. William Morris Baker. South Med J 1975; 68:1304.

Arthur Sydney Blundell Bankart.

1879-1951

Epónimos asociados

Lesión de Bankart: avulsión del labrum antero-inferior del rodete glenoideo de la articulación gleno-humeral, descrito inicialmente por Perthes [1] y luego por Bankart [2] (Figura 1).

Técnica de Bankart: sutura de la cápsula articular al labrum glenoideo para la luxación habitual de la articulación del hombro.

Biografía

Arthur Sydney Blundell Bankart (Figura 2) es uno de los grandes cirujanos ortopédicos británicos de entreguerras. Hijo de un cirujano de Exeter, licenciado en 1906, trabajó inicial-

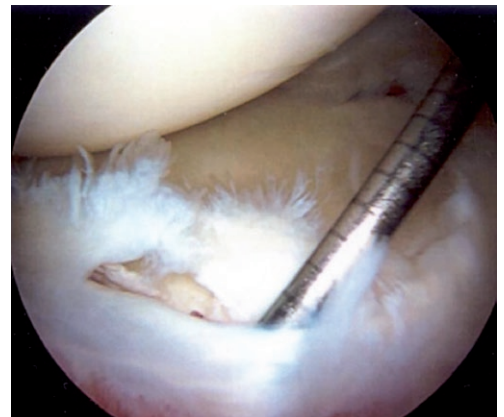


Fig. 1. Lesión de Bankart, a) clásica en el borde anterior de la glenoides de la escápula, b) lesión posterior.

mente en el Guy's Hospital. Desde 1909 ocupó un puesto en el Royal National Orthopaedic Hospital, fundado ese mismo año. Con una habilidad quirúrgica que impresionó a sus discípulos, fue considerado un adicto al trabajo, básicamente a las operaciones, su actividad favorita. En 1911 alternaba en varios hospitales, siendo neurocirujano en el Hospital Maida Vale de Enfermedades Nerviosas (1911-1933) y especialista de columna vertebral en el Hospital Middlesex. Sin embargo, ha sido reconocido por una técnica quirúrgica y por una lesión en la luxación recidivante del hombro.

Bankart describió en 1923 la lesión de cápsula y su técnica de la reconstrucción del labrum, basada en los razonamientos de Perthes y Broca, por lo que en algunas publicaciones se ha descrito como técnica de Broca-Perthes-Bankart. Sin embargo, fue Bankart quien difundió sus hallazgos con el artículo *Recurrent dislocation of shoulder joint*, publicado el 15 de diciembre de 1923 en el *British Medical Journal*, y donde firmaba como cirujano ortopédico, Middlesex Hospital; Royal National Orthopaedic Hospital y Hospital for Epilepsy and Paralysis, Maida Vale. Consideraba la luxación recidivante del hombro una patología poco frecuente que, sin embargo, era habitual en atletas y enfermos epilépticos, dos causas que no relacionaba. Por una parte, los atletas eran hombres, jóvenes y musculados a los cuales la luxación por causas banales les creaba muchas dificultades; por otra, en los epilépticos la luxación se repite con cualquier contractura. El aspecto más interesante es cuando señala que la cabeza del húmero sale de la articulación por una fuerza directa de atrás hacia delante y cizalla la cápsula articular en su inserción con el fibrocartílago glenoideo, en el borde anterior glenoideo. Su explicación de la luxación recidivante era que tras la reducción de una luxación de hombro, mientras la rotura de la cápsula cura, no ocurre lo mismo con el fibrocartílago: el defecto permanece y la cabeza del húmero está libre, pues carece de la retención anterior de la cavidad glenoidea. Sin

embargo, no deja de ser curioso que en la primera publicación, con cuatro casos de luxación recidivante de hombro analizados, la lesión era una rotura de la cápsula, estando el labrum, por su parte, intacto [2].



Fig. 2. Arthur Sydney Blundell Bankart.

Durante la Primera Guerra Mundial trabajó con *sir* Robert Jones en el recién inaugurado Shepherd's Bush Militar Orthopedic Center y durante la Segunda Guerra Mundial lo hizo en el Hospital Mount Vernon. Bankart era un hombre íntegro, sencillo y con encanto personal, pero a la vez muy tímido y retraído, por lo que no era fácil intimar con él [3]. Continuó trabajando después de su jubilación, en 1944. El 8 de abril de 1951, tras una jornada de operaciones continuas en Mount Vernon, tuvo que cambiar una rueda pinchada a su coche en el trayecto de regreso a casa y falleció esa misma noche, a la edad de 71 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perthes G. Über Operationen bei habitueller Schulterluxation. *Dtsch Z Chir* 1906; 56:149-51.
2. Bankart ASB. Recurrent dislocation of shoulder joint. *Brit Med J* 1923; 1132-3. Arthur Sydney Blundell Bankart. *Lancet* 1951; 1(6660):915.
3. A. S. Blundell Bankart 1879-1951. *J Bone Joint Surg (Br)* 1951; 33-B:278-80.

John Rhea Barton. 1794-1871

Epónimo asociado

Fractura-luxación de Barton: epónimo utilizado en Francia para la fractura de Smith.

Biografía

Trabajó con Philip S. Physick, que fue a su vez alumno de John Hunter en Londres. Era conocido por manejarse con las dos manos y llamaba la atención porque nunca se movía operando. Realizó la primera artroplastia de cadera en 1826, en el Pennsylvania Hospital de Filadelfia, en un paciente con una anquilosis al que le efectuó una osteotomía en siete minutos. A partir de aquí describió su osteotomía femoral entre el trocánter mayor y menor para dar movilidad a las articulaciones anquilosadas. Su nombre también se ha asociado con el vendaje en 8 y con un fórceps obstétrico, entre otros instrumentos quirúrgicos.

Su viuda donó la primera cátedra de cirugía en EE.UU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barton JR. Views and treatment of an important injury of the wrist. *Med Examiner* 1838; 1:365-8.
2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.

Edward Hallaran Bennett. 1837-1907

Epónimo asociado

Fractura de Bennett: fractura intrarticular de la base del primer metacarpiano, con un único fragmento. Suele acompañarse de una luxación del fragmento distal hacia dorsal y radial. El fragmento pequeño permanece unido al hueso trapecio.

Biografía

Bennett nació el 9 de abril de 1837 en Charlotte Quay, Cork (Irlanda), en una familia de médicos. Aunque su padre era registrador, sus dos abuelos y un tío eran médicos. Estudió en el Trinity College de Dublín, donde se licenció en 1864. Tras un periodo como profesor de anatomía, fue cirujano en el Sir Patrick Duns Hospital y profesor de anatomía en la universidad, sucediendo a John Kellock Barton. Posteriormente, en 1873, sustituyó a Robert Smith como cirujano en el Trinity College y fue nombrado director del Museo de Patología. Debía parte de su fama a que practicaba osteotomías en los casos de raquitismo. Fue el responsable de la afición de Smith y de Colles por la anatomía y quien les procuró especímenes de fracturas consolidadas de los cadáveres que disecaba.



Edward Hallaran Bennett.

Describió la fractura que lleva su nombre durante el congreso de la British Medical Association, en Cork en 1880, aunque el trabajo original sobre las fracturas del primer metacarpiano se publicaría dos años más tarde incluyendo dos casos detallados de la lesión que lleva su nombre. En su publicación corrigió trabajos anteriores, relacionados con su frecuencia y con su descripción. Malgaigne y Hulke habían declarado correctamente que la fractura del primer me-

tacarpiano era más frecuente de lo que se había escrito, pero no se producía en su extremo distal como había sostenido Astley Cooper, ni tampoco en la porción media de la diáfisis. En cinco especímenes del museo encontró una fractura de la base del primer metacarpiano con desviación del fragmento proximal hacia la palma de la mano y presentando cambios en la superficie articular del hueso trapecio.

Entre otros muchos reconocimientos, en 1880 fue presidente de la Dublin Pathological Society; de 1884-1885, presidente del Royal College of Surgeons de Irlanda, y entre 1894 y 1897, presidente de la Royal Academy of Medicine de Irlanda. Introdujo la antisepsia con las técnicas de Lister en Dublín.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obituary. Edward Hallaran Bennett. *BMJ* 1907; june 29:1575-7.

Walter Blount. 1900-1992

I Epónimos asociados

Grapa de Blount: grapa metálica para regular, de forma temporal, el crecimiento del cartílago de crecimiento tibial.

Enfermedad de Blount: en 1922 Erlacher señaló la deformidad progresiva de la extremidad proximal de la tibia, hablando de «tibia vara»; Blount, en 1937, recogió su experiencia en 13 niños con una tibia arqueada que denominó «osteochondrosis deformans tibiae».

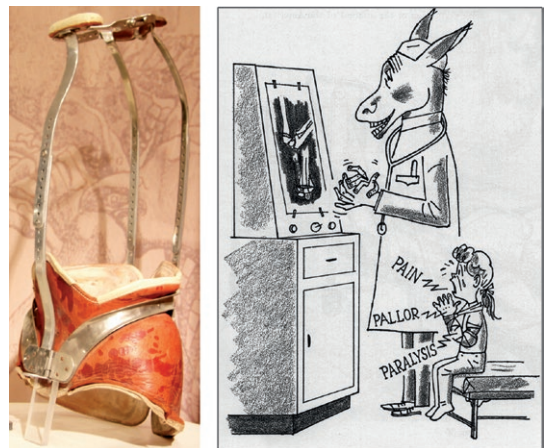
Corsé de Milwaukee: sobre el tratamiento de la escoliosis decía Blount: «He estado interesado en la escoliosis desde 1928, cuando estudié varios métodos ineficaces de tratamiento en Europa ... la mayor parte de los tratamientos era peor que no hacer ningún tratamiento».

En 1946, Blount describió el uso de una ortesis cervicotóraco-lumbo-sacra como sistema de inmovilización postoperatoria de la esco-

liosis neuromuscular (poliomielítica). En 1958 publicaron los primeros resultados del corsé en la escoliosis idiopática del adolescente no quirúrgica. El corsé de Milwaukee consiste en una cazoleta pélvica de cuero, moldeada con una estructura metálica de la que salen tres brazos metálicos diseñados para no producir compresión torácica. La barra anterior es de aluminio, radiolúcida, y la posterior de acero para mantener la rigidez del sistema. Además, cuenta con un apoyo occipital y otro mandibular para estabilizar la cabeza que posteriormente se cambió por un almohadillado para evitar deformidades ortognáticas. Cuenta con almohadillado de presión lateral, almohadillas sobre el trapecio y apoyos axilares como contrapresión para curvas torácicas altas (T5-T8). El cuero fue sustituido, poco a poco, por materiales plásticos («orthoplast»), luego vitroteno y, por último, polipropileno.

Férula de Blount: férula para fijar el extremo de los huesos después de una osteotomía.

Síndrome de Blount (Erlacher-Blount syndrome o Blount-Barber syndrome): osteocondrosis que afecta a la epífisis proximal de la tibia produciendo un arqueamiento progresivo de una o de ambas tibias. La deformidad aparece antes de los 8 años.



Corsé de Milwaukee e imagen clásica del libro *Fractures in children*. «Doctor, trate al paciente, no a la imagen».

I Biografía

Cirujano ortopédico estadounidense, nacido el 3 de julio 1900, Oak Park, Il, y murió el 16 de mayo 1992. Nació en una familia de académicos y médicos. Su abuelo paterno, Joseph Blount fue cirujano de la Guerra Civil, su padre un profesor de secundaria y escritor científico. Su madre, Anna Ellsworth Blount, MD, era también médico y cirujano, en Oak Park, miembro del AMA y presidenta de la Asociación Nacional de Mujeres Médico. Además, su hermana, Ruth Bennet practicó la pediatría en Chicago.

Blount obtuvo la distinción en la Universidad de Illinois antes de graduarse en el Rush Medical College, en 1925. Se formó en cirugía ortopédica en el Hospital General de Wisconsin y luego viajó al extranjero. A su vuelta se incorporó en el Children's Hospital de Milwaukee.

Se casó en 1929, con Frances, jugadora de hockey sobre hielo y jugadora de fútbol e importante activista de la Liga de Mujeres por el Voto.

En 1957 fue nombrado profesor de ortopedia en la facultad de medicina de Marquette puesto que ocupó hasta su jubilación.

Blount es uno de los pilares de la moderna ortopedia infantil, desarrollando el corsé de Milwaukee, las conocidas grapas para la epifisiodesis, sin olvidar la descripción de su enfermedad y la publicación de un libro clásico sobre el tratamiento de las fracturas en la infancia (1954) del que se efectuó una segunda edición en 1977.

Blount fue, en su época, uno de los mayores expertos en tuberculosis ósea, osteomielitis aguda y crónica y, especialmente, en la poliomielitis. De esta última filmó una película sobre su tratamiento que se distribuyó ampliamente.

Ha sido miembro honorario de varias asociaciones internacionales de ortopedia, incluyendo la presidencia de la AAOS, en 1954, y la vicepresidencia de la SICOT, en 1966.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erlacher P. Deformierende Prozesse der Epiphysengengend bei Kindern. Arch Orthop Unfall-Chir, München 1922; 20:81-96.
2. Blount WP. Tibia vara: osteochondrosis deformans tibiae. J Bone Joint Surg (Am) 1937; 19-A:1-29.
3. Blount WP, Clarke GR. Control of bone growth by epiphyseal stapling: A preliminary report. J Bone Joint Surg (Am) 1949; 31-A: 464-78.
4. Blount WP. Fractures in children. Baltimore: Williams&Wilkins Co, 1954.
5. Blount WP, Schmidt AC, Keever ED, Leonard ET. The Milwaukee brace in the operative treatment of scoliosis. J Bone Joint Surg (Am) 1958; 40-A:511-25.
6. Blount WP. Tibia vara: osteochondrosis deformans tibiae. Current Practice of Orthopaedic Surgery. St Louis, Il. Mosby Co, 1966.
7. Blount WP. Use of the Milwaukee brace. Orthop Clin North Am 1972; 3:3-16.
8. Blount WP. Fractures in children are different. ONA J 1976; 3:296.

Lorenz Böhler. 1885-1973

I Epónimos asociados

Signo meniscal de Böhler: también conocido como Böhler-Krömer, buscar el pinzamiento articular y un dolor por compresión meniscal con el paciente en decúbito supino, forzando el varo y el valgo de la rodilla (Figura 1).

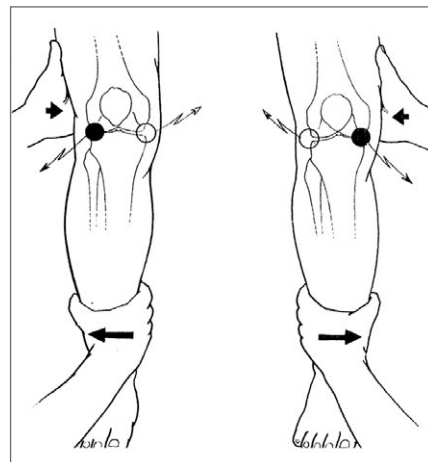


Fig. 1. Signo meniscal de Böhler.

Ángulo de Böhler: para valorar las fracturas de calcáneo.

Férula de Böhler-Braun: férula de Braun modificada por Böhler, añadiendo poleas.

I Biografía

Nacido en 1885 en Wolfurt (Austria) y fallecido en 1973 en Viena. Estudió la carrera de medicina en Viena, intercalando el servicio en 1909 en el 4º regimiento de cazadores tiroleses en Bregenz (Figura 2), y se licenció en 1911. Ese mismo año embarcó en un mercante que hizo la ruta por América del Sur. A su regreso trabajó en la segunda clínica quirúrgica de Viena, con Julius Hochenegg, asistiendo asimismo en Bolzano, entonces del Imperio austro-húngaro, hoy Tirol del Sur (Italia), y también en Tetschen, junto al Elba. En 1914 asistió al Congreso Internacional de Cirugía, en Nueva York, donde conoció a Lambotte y todo su trabajo en la reparación de las fracturas, efectuando una corta estancia en la Clínica Mayo, en Rochester. Fue Charles Hora-ce Mayo quien le envió a conocer los centros de fracturas en Londres y Liverpool. Durante la Primera Guerra Mundial sirvió como cirujano militar en Innsbruck. Al terminar la contienda entró en contacto con la Mutua General Laboral (*Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt*, AUVA) con objeto de desarrollar un hospital específico para el tratamiento de los accidentes de trabajo en Viena, para lo cual presentó un trabajo estadístico sobre las ventajas económicas de un centro dedicado a resolver los traumatismos. Mientras trabajaba en Brixen fue desarrollando esta idea hasta que, finalmente, en 1925, se inauguró el famoso Unfallkrankenhaus de la Webergasse. Como sucede habitualmente, la medicina vienesa no recibió con agrado un centro reconocido para el tratamiento de las fracturas y se hablaba irónicamente de los *Böhlerboys* (Figura 3).

En la etapa nacional-socialista fue miembro del partido y uno de los firmantes del manifiesto de Viena, donde se declaraba que ningún profesor era perseguido por su raza o religión.

Durante la Segunda Guerra Mundial, tras la anexión de Austria a la Alemania nazi, sirvió para la Wehrmacht en el Wiener Rudolfspital. Al terminar la contienda, en una Viena ocupada por las potencias aliadas, perdió su cargo académico en la universidad, que recuperaría poco después, en 1947.



Fig. 2. Böhler con uniforme de cazador tirolesés.

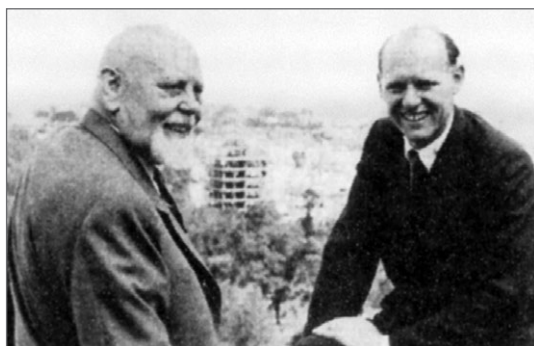


Fig. 3. Lorenz Böhler con su hijo Georg.

Böhler publicó en 1929 la primera edición de su famoso tratado sobre el tratamiento de las fracturas, que fue traducido a ocho idiomas, con numerosas ediciones, donde anunciaba sus conceptos de la carga parcial temprana y la aplicación de la terapia física en los traumatismos, así como una correcta y precisa técnica de enyesado. Para conseguir y mantener la tracción en

una extremidad fracturada, Böhler añadió poleas y pesos a la férula de Braun, por lo que esta técnica pasó a ser conocida como tracción de Böhler- Braun. Además, desarrolló numerosos instrumentos para tratar las fracturas que hoy han caído en desuso.

Joaquín Cabot Boix. 1915-1979

Epónimos asociados

Signo del poplíteo de Cabot: «deriva de la maniobra de Moragas, pensada originalmente para poner en tensión el ligamento lateral externo mediante una fuerte aducción de la pierna. Para lograrlo se flexiona la rodilla en ángulo recto y apoyando el pie en la rodilla contraria, se deprime la pierna hacia el plano de la mesa. En esta posición es fácil localizar sobre la parte posterior de la interlínea externa el relieve que, como cuerda tirante, corresponde al ligamento lateral externo. El signo poplíteo se obtiene apoyando fuertemente el dedo pulgar en la interlínea inmediatamente por delante de dicho relieve y se invita al enfermo a que extienda la pierna» [1]. Contra ligera resistencia ofrecida con la otra mano. En caso de rotura se observa al iniciarse la extensión y perderse la adducción la base del menisco hace prominencia en la interlínea expulsando el dedo y borrando en algunos casos la depresión que existe por delante del ligamento lateral externo. En ese momento el paciente experimenta un vivísimo dolor y se detiene en el movimiento emprendido. En ocasiones no puede terminar la extensión si el cirujano no afloja la presión digital. Inicialmente, [1], lo denominó «Prueba de Moragas modificada para la lesión del menisco lateral» (Figura 1).

Biografía

Joaquín Cabot nació y murió en Barcelona. Su nombre ha quedado asociado a los «Cursos de Rodilla» que impartió durante toda su vida

docente. Durante la Guerra Civil y durante la retirada del ejército republicano, fue sanitario del frente de Aragón. Terminada la contienda, se licenció, en 1942, por la Universidad de Barcelona defendiendo su tesis doctoral, «La cirugía de los meniscos», en 1945, en la Universidad de Madrid con la calificación de premio extraordinario.

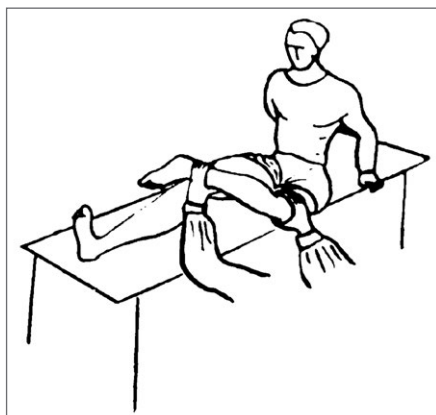


Fig. 1.



Joaquín Cabot Boix

Se incorporó a la docencia, en 1946, como profesor de clases prácticas y en 1957, como profesor adjunto a la cátedra del profesor Piu-lachs. En 1972, fue nombrado Jefe del Servicio COT del Hospital Príncipes de España de Be-

llvitge, en Hospitalet de Llobregat, por lo que renunció a su trayectoria académica.

Fue un gran aficionado al deporte, formando parte del equipo olímpico español de jockey sobre hierba que debía participar en las Olimpiadas de Barcelona en 1936. Colaboró con el doctor Moragas en la fundación de la Mutualidad de futbolistas llegando a médico de la selección española de fútbol que participó en los mundiales de Brasil (1950).

Sus temas favoritos fueron la traumatología y la medicina deportiva; la cirugía de la rodilla, la cirugía del raquis, en particular la artrodesis lumbosacra, para la que utilizaba la por él llamada «placa cangrejo» y la cirugía de la cadera, sobre todo la de sus osteotomías. Escribió los 68 capítulos correspondientes a la Especialidad en el «Tratado de Cirugía» dirigido por Pí Figueras. Fue presidente del SECOT 1972-1974.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabot JR Traumatología de los meniscos de la rodilla. Editorial Paz Montalvo, pág 142. Madrid 1951
2. Cabot JR. Cómo diagnosticar una lesión de menisco de la rodilla en la práctica médico – deportiva. Ap Med Dep 1967; IV:123-30.

Karl Bragard. 1890-1973

Epónimos asociados

Las variantes de la maniobra de Laségue se conocen como:

Signo de Bragard: se realiza la maniobra de Laségue y se finaliza ejerciendo dorsiflexión del pie. La maniobra es positiva cuando se exacerba o provoca dolor.

Signo meniscal de Bragard: para descubrir la lesión en la parte anterior del menisco interno o externo. Colocamos la rodilla en extensión y se buscan puntos dolorosos en la interlinea; estos se atenúan o desaparecen al realizar flexión.

Biografía

Ernest Charles Laségue (1816-1883) descubrió pero nunca describió el signo que lleva su nombre. El signo de Laségue fue publicado por uno de sus discípulos Jean Joseph Forst, en su tesis doctoral defendida en París en 1881. Al mismo tiempo, L.K. Lazareviç, en Belgrado, utilizaba la misma técnica, aunque la maniobra para diagnosticar la ciática fue descrita por primera vez por el neurólogo polaco J. Fajersztajn, quien también escribe de finalizar la maniobra haciendo la dorsiflexión del pie. Por otro lado, en Ginebra, el internista Maurice Roch observó el mismo fenómeno y lo denominó el «Laségue del pie». Por lo tanto, el epónimo «signo de Bragard» para esta maniobra no es correcto.

Sin embargo, en su libro sobre la rodilla valga, de 1932, describió la maniobra meniscal, integrada por variaciones de diferentes movimientos articulares para encontrar signos que determinasen la lesión de menisco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marquardt W. Karl Bragard. Z Orthop 1973; 111:338-9.
2. Karbowski K. [History of the discovery of the Laségue phenomenon and its variants]. Schweiz Med Wochenschr 1984; 114:992-5.
3. Bragard K. Das genu valgum. Stuttgart, F. Enke, 1932.

Heinrich Friedrich Wilhelm Braun.

1862-1934

Epónimo asociado

Férula de Braun: férula –conocida posteriormente como férula de Braun-Böhler– metálica e inicialmente con una única polea para mantener las fracturas de la extremidad inferior en reposo bajo tracción.

I Biografía

Braun nació en la Silesia alemana, hoy Polonia, y estudió en las universidades de Estrasburgo, Leipzig y Greifswald, obteniendo su doctorado en 1897. Completó su especialidad en cirugía asistiendo a Thiersch y a Volkmann en Halle. Trabajó en Leipzig e inmediatamente obtuvo su plaza en Zwickau, hasta 1926. Allí desarrolló un concepto nuevo de arquitectura hospitalaria que hoy todavía es reconocida como un sistema de pabellones y lo que se dio a conocer como «un hospital en el verde». En 1914 desarrolló su férula para mantener a los pacientes encamados más cómodos mientras se trata la fractura.



Fig. 1. Heinrich Braun.

Sin embargo, su mayor reconocimiento se debe a las aportaciones al campo de la anestesia. Las experiencias anestésicas las efectuaba consigo mismo, combinando éter y cloroformo, desarrollando la anestesia local, lo cual le permitió efectuar numerosas intervenciones faciales. Fue el primero en utilizar procaina como anestésico en la consulta. Además, cuando los laboratorios Park Davis, de Londres, desarrollaron la suprarenina (después conocida como adrenalina), Braun, conociendo sus efectos vasoconstrictores, la comenzó a utilizar combinada con novocaína para evitar el sangrado y la rápida absorción del anestésico. No es de ex-

trañar que al inventor de la férula que lleva su nombre también se le reconozca como padre de la anestesia local.



Fig. 2. Inhalador de anestesia de Braun.

Benjamin Collins Brodie. 1783-1862

I Epónimos asociados

Quiste seroso o tumor de Brodie: tumor benigno de mama de crecimiento rápido después de la pubertad (fibroadenoma gigante).

Abceso de Brodie: cavidad ósea rodeada de tejido fibroso de carácter infeccioso. El término se utilizó, inicialmente, para denominar los abscesos tuberculosos de la extremidad proximal de la tibia.

Rodilla de Brodie: rodilla rígida de causa histérica: con el tiempo, el término, se ha adaptado a una forma particular de inflamación crónica o sinovitis hipertrófica crónica.

Complejo de Brodie: inflamación de la mucosa anal que se caracteriza por hemorroides, fistula y fisura anal.

I Biografía

Benjamin Collins Brodie nació en Winterslow, Gran Bretaña, hijo del predicador Peter Brodie y nieto de un banquero de Salisbury.

Además de médico, fue filósofo, escritor y físico, aunque ha pasado a la historia como uno de los cirujanos más famosos del siglo XIX. Con 18 años comenzó sus estudios de medicina en Londres y atendió las clases de anatomía en el St. Bartholomew's Hospital y después en el St. George's Hospital. A la muerte de su padre, a pesar de las dificultades económicas familiares, trabajó con su tío, un conocido obstetra, Thomas Denman (1733-1815), quien le abrió las puertas para que aprendiese con los mejores médicos de Londres.



Benjamin Collins Brodie

Fue profesor de anatomía, durante ocho años, en el Great Windmill Street School y en 1819, fue nombrado encargado de anatomía comparada en el College of Surgeons. Sin embargo, desarrolló toda su carrera como cirujano en el St George's Hospital.

Una prueba de su actividad científica son sus 87 publicaciones; las primeras estuvieron dedicadas a experimentos de fisiología, siendo la más reconocida el estudio del efecto del nervio vago en la secreción gástrica. Pero en sus trabajos clínicos describió la claudicación intermitente y la prueba para demostrar la alteración de las válvulas de la vena safena, prueba atribuida a Trendelenburg (1844-1924). Brodie fue el

primero en intervenir a una paciente de varices en 1814. Sin embargo, sus contribuciones más reconocidas estuvieron dedicadas a la patología del esqueleto, anotando observaciones que serían confirmadas posteriormente. Distinguió la inflamación aguda y crónica de la sinovial, la sinovitis tuberculosa, identificó cuerpos articulares, como granos de arroz, que identificó como «linfa coagulada». También diagnosticó las «caries vertebrales» de origen tuberculoso con abscesos del psoas, si bien la tuberculosis vertebral había sido descrita previamente por Percival Pott (1714-1788). Reconoció que la artritis tuberculosa se originaba en el hueso subcondral y después erosionaba el cartílago. Observó que el cartílago podía desaparecer por causas infecciosas pero también por una causa primaria, resaltando por primera vez la degeneración artrósica.

Su recomendación más frecuente era mantener la extremidad en reposo. Aunque en los pacientes con artritis séptica indicaba la amputación. Sin embargo, se opuso a las desarticulaciones sistemáticas como recomendaba James Syme (1799-1870), suegro de Joseph Lister (1827-1912), en Edimburgo.

En 1828, siendo reconocido por todos y una vez retirado Sir Astley Cooper, pasó a ser cirujano del rey Jorge IV. En 1844 fue elegido presidente del Royal College of Surgeons y en 1858 presidente de la Royal Society, siendo el primer cirujano elegido para dicho cargo. En 1843, Brodie introdujo la evaluación de los «fellowship» en el Royal College of Surgeons para mejorar la educación y la formación de los cirujanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buchanan WW. Sir Benjamin Brodie. *Rheumatol Rev* 1991; 1:123-4.
2. Hwang S, Schneider R. Eponyms of tumors and tumorlike lesions in the musculoskeletal system: who were the people and what are the lesions? *Pictorial Review. AJR* 2010; 195:S50S61.
3. Sheldrake JS. Sir Benjamin Collins Brodie (1783–1862). *J Med Biogr* 2008; 16:84-8.

Charles-Édouard Brown-Séquard.

1817-1894

Epónimos asociados

Síndrome de Brown-Sequard: hemisección de la médula espinal con alteraciones neurológicas por debajo de la lesión: parálisis y pérdida de la sensibilidad discriminatoria y articular ipsilateral y de la sensibilidad termo-analgésica contralateral.

Biografía

La vida de Charles-Édouard Brown-Séquard fue rica en movimiento y avatares, lejos de la tranquilidad necesaria al investigador [1][2]. Nació en Isla Mauricio, donde su padre, nacido en Filadelfia aunque de origen irlandés, fue un oficial de la marina estadounidense, que murió en un naufragio antes de nacer Charles-Édouard. Por eso adoptó el apellido de su madre en 1846, aunque no lo legalizó hasta 1858.

Acompañado de su madre, se trasladó a París para ser escritor, pero finalmente se inclinó por la medicina. Al finalizar la carrera trabajó con Trousseau Armand (1801-1867) y Henri Louis Roger (1809-1891), dos de los médicos más famosos del momento, pero abandonó la clínica para dedicarse a la fisiología. Al morir su madre, en 1843, entró en un largo periodo de confusión, volviendo a Isla Mauricio, pero, al ver que allí no tenía posibilidad para desarrollarse, regresó a París, donde se doctoró en 1846.

Realizaba sus experimentos en su apartamento, donde también alojaba a los animales. Trabajó con Pierre Rayer (1793-1867) en la fisiología de la digestión y del jugo gástrico. Entre 1843 y 1856 se dedicó al estudio de la vasomotricidad, que sería de gran utilidad a Claude Bernard. Sin embargo, pasaría a la posterioridad por la hemisección medular, descrita en su tesis, viendo que después de seccionar los cordones posteriores de la médula espinal en los vertebrados de sangre fría, las aves y los mamíferos, persistía la sensibilidad por debajo de la sección. También

señaló la facilidad con la que había encontrado que la sensibilidad se transmite de un lado de la médula a la otra. En publicaciones posteriores estableció que la hemisección de la médula iba seguida de pérdida de la sensibilidad en el lado opuesto del cuerpo y se mantenía, e incluso aumentaba, en el mismo lado.

Para reducir sus gastos, bebía café sin cesar y eliminaba cualquier alimento, trabajando 18 horas diarias hasta que cayó gravemente enfermo por la infección de una herida por una punción en la sala de disección. Esto, unido a sus ideas revolucionarias, le llevó a Norteamérica. Embarcó, sin saber inglés, con una carta de recomendación de su amigo, el patólogo, neurocirujano y antropólogo Pierre Paul Broca (1824-1880), con la que se ofreció a la Universidad de Pensilvania. En Filadelfia a duras penas se ganaba la vida dando conferencias y enseñando francés.

Después de casarse en Boston, volvió a París en 1853, aunque, al no conseguir un puesto de trabajo adecuado, decidió seguir rumbo a Isla Mauricio. Allí organizó el tratamiento y control de la grave epidemia de cólera de 1854. Ingirió material vomitado por las víctimas para probar la eficacia del opio como tratamiento y escribió los síntomas que iba notando, tomando grandes dosis de láudano que a punto estuvieron de llevarle a la muerte.

Regresó a París, de nuevo, en 1855, estableciéndose como neurólogo gracias al préstamo de Pierre François Rayer Oliva (1793-1867), y dispuso de un estimulador eléctrico que aplicaba a sus pacientes. La observación de convulsiones en los conejillos de Indias actuando en la médula espinal le llevó a trabajar con la epilepsia, introduciendo el bromuro para su tratamiento, según lo sugerido por *sir* Charles Locock (1799-1875) en 1857.

En 1856 volvió a dar clases en Boston y súbitamente decidió vivir en Inglaterra, donde enseñó y trabajó en el Hospital Nacional para Paralíticos y Epilépticos (1860-1863). Fue elegido miembro de la Royal Society en 1861, pero la consulta le esclavizaba y no le dejaba tiempo

para sus estudios, por lo que volvió a París y de nuevo a Boston, donde Harvard le ofreció la cátedra de fisiología y patología, que ocupó entre 1864 y 1867.

A la muerte de su esposa, en 1867, regresó a París, donde impartió el curso de patología experimental y comparada en la Facultad de Medicina. Pero al ser ciudadano inglés y dadas sus inclinaciones libertarias, no pudo obtener el rango de profesor, por lo que regresó a Estados Unidos en 1870, casándose de nuevo dos años después. Fundó una nueva revista de fisiología y organizó un laboratorio en Nueva York, impartiendo conferencias en Boston, Londres, Dublín y París y publicando decenas de artículos científicos. Incrementó su actividad tras la temprana muerte de su segunda esposa y se casó por tercera vez con la viuda inglesa de un pintor.

En 1878 volvió de nuevo a París donde, finalmente, obtuvo la ciudadanía francesa y sucedió a Claude Bernard, recientemente fallecido, como profesor de medicina experimental en el Collège de France, puesto que conservaría hasta su muerte, dividiendo su tiempo entre París y Niza. Este periodo fue muy productivo: se adentró en el campo de la endocrinología y, tras los trabajos de Thomas Addison (1793-1860), demostró la gravedad de la adrenalectomía. También fue uno de los fundadores de la terapia de órganos, haciendo público un informe donde afirmaba haberse rejuvenecido a base de inyecciones subcutáneas de un líquido extraído de los testículos de cobayas y de perros recién sacrificados (Figura 1).

Su trabajo, aunque extravagante, estimuló el desarrollo de la organoterapia moderna y ejerció gran influencia en las hormonas sexuales [3]. Su gran aportación en estos años fue entender que con la secreción interna las células se vuelven dependientes por un mecanismo distinto de la acción del sistema nervioso.

A pesar de haber sufrido una gran pobreza, Brown-Séquard nunca se preocupó por el dinero. Nació como súbdito británico pero se nacionalizó ciudadano francés antes de convertirse en profesor, en el Collège de France, en 1878.

THE LANCET]. DR. BROWN-SÉQUARD: INJECTIONS OF TESTICULAR LIQUID. (JUNE 20, 1893. 105)

patient is almost equal suitable condition of rest and least fatigue (notably digestive), and this is a favorable sign, as above-stated. It is evident that there are many sources of error, because, though each case of these is marked by certain definite signs, in clear that no one description can possibly include them all. When it is remembered that any one of these can be, and often is, counteracted by animal repugnance, or disease of the other valves—so that, for instance, an extremely elevated nervous system, if marked only by a slightly increased pulse, or an increased rate of respiration, or, on the other hand, by a "systemic" murmur, without any other symptoms, an investment, used as usual, would at that season have been made on the very existence of the direct nervous system, caused by the flow of blood from auricle to ventricle, call it what you will, distal, proximal, or systemic—cardiac.

A case remarkably illustrative of this condition is now cited as an excellent case. (P. 102, No. 8975, in whom the cardiac rhythm is so irregular and the heart's action so feeble, that, though the heart beat is 112, the radial pulse is only 94. While standing anything can be heard over

position by some substance or substance which we bleed from the testicle.

For a great many years I have believed that the weak state of old men depended on two causes—a natural senescence of organic change and the greater atrophy of the spermatic glands. In 1869, in a course of lectures in the Paris Faculty of Medicine, I first announced that I possessed by several glands upon the nervous system, I first announced that I had discovered that it is to be injected into the blood of old men, and I probably probably obtained the animal and the human body. In this view, I made various experiments on animals at that time, and I first stated in the *Lancet*. In some of these experiments, made in a course of some days, I tried various, except in one case, to inject certain fluids into the whole body of young guinea-pigs. The success obtained in the exceptional case served to give me great hope that by a few difficult cases I should soon day reach my aim. This I have now done. At the end of last year I made on two old male rabbits experiments, which were repeated since on several others, with results having done so regards both the intensity of the process met and the good effects produced, which results having been communicated, I wished to make experiments on myself, which I thought would be far more decisive on that point on animals. The events have proved the correctness of that idea.

Having made and for future reference the questions relating to the substance or substance which, being formed by the testicles, give power to the nervous system and other parts, I have made series, in subcutaneous injections, of a liquid containing a small quantity of water mixed with the three following parts: first, blood of the testicular vein; secondly, serum; and, thirdly, juice extracted from a testicle, created immediately after it has been taken from a dog or a guinea-pig. Working all the injections made on myself to obtain the maximum of effects, I have employed an injection of 100 cubic centimeters, in quantity, at least once per week, and in some cases, in quantity, at least once per week, and in some cases, in quantity, at least once per week, and in some cases, in quantity, at least once per week.

NOTE ON THE EFFECTS PRODUCED ON MAN BY SUBCUTANEOUS INJECTIONS OF A LIQUID OBTAINED FROM THE TESTICLES OF ANIMALS.

By DR. BROWN-SÉQUARD, F.R.S. &c.

On the 1st of June last I made at the Société de Biologie de Paris a communication on the above subject, which was published in the *Comptes Rendus* of that Society on June 21st (No. 24). It will give here a summary of the facts and views contained in that paper and in two subsequent ones, added in these same few pages.

There is no need of describing at length the great effects produced by the operation of being executed, when it is made before the adult age. It is particularly well known that animals are characterized by their general ability and their lack of intellectual and physical activity. There is no other lack of intellectual and physical activity. There is no other lack of intellectual and physical activity. There is no other lack of intellectual and physical activity.

Fig. 1.

Fig. 1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rengachary SS, Colen C, Guthikonda M. Charles-Edouard Brown-Séquard: An Eccentric Genius. *Neurosurgery* 2008; 62:954-64.
2. Ruch TC. Charles Edouard Brown-Séquard (1817-1894). *Ya-le J Biol Med* 1946; 18:227-38.
3. Brown-Séquard E. Note on the effects produced on man by subcutaneous injections of a liquid obtained from the testicles of animals. *Lancet* 1889; 137:105-7.

Sterling Bunnell. 1882-1957

Epónimos asociados

Técnica de Bunnell: dos tipos de tenoplastias, una por avance de los interóseos desinsertados y la otra por sección de los tendones comunes de los lumbricales y de los interóseos, destinadas a corregir la actitud en cuello de cisne de los dedos.

Sutura de Bunnell: sutura en zig-zag, en ocho, para suturar los tendones flexores (Figura 1).

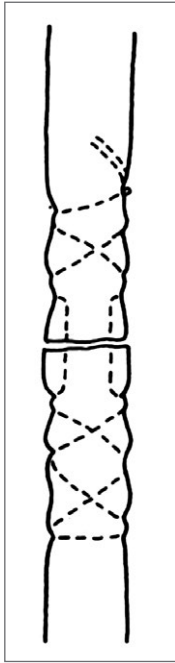


Fig. 1.

I Biografía

Sterling Bunnell (Figura 2) nació el 17 de junio de 1882 en San Francisco (California), donde murió en 1957. Aunque fue un apasionado de la naturaleza, en especial de las aves, estudió medicina en la Universidad de California, recibiendo su graduación en 1908. Su pasión por la biología y la evolución la mantuvo viva en sus escritos y, especialmente, en su libro. Además, su filmación sobre el oso negro en Alaska fue un documental muy reconocido.

Durante su residencia en la Universidad de California, en 1908, trabajó sobre la cirugía del labio leporino, las técnicas de sutura arterial y en uno de los primeros sistemas de presión positiva para aplicación en cirugía torácica. De hecho, una vez terminados sus estudios, en la Clínica Cryle, de Cleveland, desarrolló una válvula para la mascarilla de anestesia que permi-

tía aplicar presión positiva y efectuar cirugías abiertas en el tórax.

Durante la Primera Guerra Mundial estuvo destinado en Francia como capitán médico, integrado en un equipo de neurólogos. Allí desarrolló sus técnicas iniciales en la sutura de los tendones flexores de la mano. A su regreso a San Francisco experimentó en la reparación de los tendones de la mano, trabajo que publicó en 1918 en el *Journal of Surgery, Gynecology and Obstetrics*.

Viajó por California para visitar pacientes y trabajó como consultor de casos difíciles. En uno de estos viajes, en 1929, sufrió un accidente de avión al aterrizar en el Parque Nacional de Yosemite, que le produjo una fractura de cadera que evolucionó hacia la pseudoartrosis. Un año más tarde, Fred Albee y Leo Mayer le intervinieron, fijando la fractura con autoinjerto cortical de tibia, que le dejó, a pesar del buen resultado inicial, un dolor permanente y una claudicación. Esta circunstancia le llevó a interesarse por la cirugía de la cadera, diseñando una guía para el clavo de Smith-Petersen. Por aquel tiempo aparecieron las primeras aseguradoras laborales, tanto estatales como privadas, para ayudar a los trabajadores accidentados. Bunnell desarrolló uno de los primeros sistemas de clasificación y descripción de las lesiones e incapacidades, que todavía tiene vigencia.



Fig. 2. Sterling Bunnell.

El periodo de entreguerras fue su etapa de consolidación profesional y de mayor productividad. Cuando comenzó la Segunda Guerra Mundial, Bunnell actuó como consultor para las lesiones de la mano, adquiriendo una gran experiencia y convirtiendo la cirugía de la mano en una especialidad propia. Norman T. Kirk, cirujano ortopédico y jefe de los servicios médicos del Ejército estadounidense, organizó nueve centros en Estados Unidos y varios más en Europa donde se trataron más de 20.000 manos, todas ellas supervisadas por Bunnell.

Terminada la contienda bélica, Bunnell nombró a los directores de los diferentes centros, que fueron, a su vez, los creadores, en 1946, en Chicago, de la Sociedad norteamericana de Cirugía de la Mano. Durante un mes visitó todos los centros dedicados a la cirugía de la mano explicando, con sus «filminas», los principios, las indicaciones y las nuevas técnicas quirúrgicas. En 1944 publicó su famoso libro *Surgery of the hand*, un clásico de la especialidad que revolucionó la cirugía de la mano.

Eran conocidos los llamados *bunnelismos*, frases que se repartían entre sus discípulos, como «Un relojero no repara un reloj en un tintero», en alusión a la necesidad de la hemostasia, o «Mejor una casa vacía que con un mal inquilino» y «Mickey Mouse solo tenía cuatro dedos», en referencia a las amputaciones.

Estuvo activo hasta el final de su vida, muriendo a los 75 años de edad, el 20 de agosto de 1956.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. In memoriam. Sterling Bunnell 1882-1957. *J Bone Joint Surg (Br)* 1958; 40-B:145-6.
2. Kirk NT. *J Bone Joint Surg (Am)* 1958; 49-A:488-91.
3. Fernández Vázquez JM, Fernández Palomo LJ, Camacho Galindo J. Asa Sterling Bunnell. *Acta Ortop Mex* 2005; 19:193-4.

Jacques Calvé. 1875-1954

Arthur Legg. 1874-1939

Georg Perthes. 1869-1927

Epónimos asociados

Síndrome de Calvé: necrosis epifisaria con aplanamiento de los cuerpos vertebrales en los niños.

Enfermedad de Calvé-Kmmell Verneuil: necrosis avascular del cuerpo vertebral.

Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes: alteración de la cadera en crecimiento en la que se produce una necrosis y un intento de reparación, acompañado de lesión variable del cartílago epifisario y fisario con cambios secundarios en el tamaño y forma del cartílago articular [1] (Figura 1).



Fig. 1.

Biografías

Jacques Calvé, cirujano ortopédico, nació el 18 de agosto de 1875 en París y murió en Berck-sur-Mer en 1954. Estudió en París y recibió su

doctorado en 1906. Desde 1906 hasta 1920 trabajó en el hospital de Berck Plage, en la costa norte de Francia, un sanatorio *maritime* dedicado al tratamiento de la tuberculosis osteoarticular. Cuando fue nombrado director del hospital, recaudó fondos para hacer uno nuevo con una escuela de oficios para los niños reco-giendo dinero, además de en Francia, entre los franceses residentes en los Estados Unidos por lo que fue denominado Fundación Franco-Americaine de Berck. Calvé se casó con la hija de un oficial del Ejército de los EE.UU lo que facilitó que, después de la liberación de Francia al finalizar la II guerra mundial, se fuera a vivir a los Estados Unidos. Volvió a Berck en 1953, donde murió en su antiguo hospital a los 79 años de edad. A Calvé también se le recuerda por haber realizado un método de drenaje del mal de Pott con paraplegia, drenando el absceso a través de una ventana efectuada en la vértebra.

Arthur Thornton Legg se graduó en la Harvard Medical School (Boston) en 1900. En 1910, cuando describió la enfermedad que lleva su nombre, era asistente en el Childrens Hospital de Boston.

Georg Clemens Perthes nació el 17 de enero de 1869 en Moers, Alemania. En 1891 recibió el doctorado en medicina por la Universidad de Bonn donde trabajó como cirujano hasta trasladarse a Leipzig como ayudante de Friederich Trendelenburg (1844-1924), hasta ser nombrado jefe de cirugía en Tübingen. Pasó un año como cirujano en la ciudad portuaria de Qingdao (China) y realizó un estudio radiográfico de los pies vendados de las mujeres de la región.

Probó desde su origen las posibilidades de los rayos X descubiertos por Roentgen pocos años antes. En 1898 efectuó la primera radiografía de cadera a un paciente con la alteración que lleva su nombre aunque los resultados se publicarían algunos años después. Como cirujano aportó diferentes técnicas como el drenaje de los empiemas y la utilización del manguito neumático para efectuar la hemostasia durante cirugía de las extremidades. También describió

un test, conocido como test de Perthes o de Delbet-Mocquot, para estudiar el comportamiento de la vena femoral profunda, antes de efectuar una cirugía de varices. Perthes falleció en Arosa, Italia, de un infarto, en 1927.

La biografía de estos tres cirujanos nunca coincidió ni tampoco compitieron entre sí. Una serie de publicaciones realizadas simultáneamente llevó a unir estas tres personalidades tan diferentes. La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes o «perthes», fue descrita con el nacimiento de la radiología, apareciendo la mayoría de los trabajos entre 1909 y 1910 publicados por Henning Waldestrom, de Estocolmo (Suecia), Jacques Calve, de Berck (Francia), Georg Perthes, de Leipzig (Alemania) y Arthur Legg, en Boston (EEUU).

Paul Sourdat [2], colega de Calvé, describió e ilustró en su tesis doctoral los cambios radiográficos que tenían lugar en la cadera dolorosa de niños y adolescentes. Calvé describió «su» enfermedad apoyado en radiografías efectuadas a 500 niños con tuberculosis de cadera. Diez de estos niños presentaban, además, aplanamiento y fragmentación de la epífisis, algo que Calvé supo diferenciar muy bien del proceso tuberculoso [3].

El orden de las publicaciones de los diferentes trabajos no ha quedado libre de controversia [4]. En marzo de 1909, Waldestrom presentó sus conclusiones en una conferencia celebrada en Estocolmo, donde describía sus hallazgos clínicos y radiográficos de la necrosis avascular de la cabeza femoral, que se vieron olvidados pues atribuyó su etiología a un modo diferente de tuberculosis [5]. En junio de ese mismo año, Legg [6] presentaba, en una reunión celebrada en Hartford, CT, EEUU, una descripción de los cambios en la cabeza femoral que serían luego publicados en su tesis doctoral, defendida en julio del mismo año.

Sourdat [2], por su parte, recogió ocho casos de alteración de la cadera en la infancia publicados, en 1910, como *La coalgie en radiographie*. El 17 de febrero de 1910 veía la luz el traba-

jo de Legg [6], *An obscure affection of the hip joint*, en el Boston Medical and Surgical Journal, mientras Calvé publicaba algo más tarde, en julio de 1910, *Sur une form particuliere pseudo-coalgie. Greffee sur des deformations caracteristiques de letremite superieure du femur*, en la Revue Chirurgie, y Perthes [7], daba a conocer su *ber Arthritis Deformans Jubenilis*, en el Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, en octubre de 1910.

La patología fue pronto conocida como enfermedad de Legg-Calvé-Perthes; aunque fue Waldstrom [8] quien propuso el nombre de coxa plana a lo que se apuntaría Calvé, en 1921 [9]. Por su parte Legg acuñaba el término de «osteochondral trophopathy» [10] que, por suerte, nadie tomó en cuenta, ni siquiera él mismo en una publicación posterior [11].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shapiro F. Pediatric orthopedic deformities. basic science, diagnosis and treatment. Londres: Academic Press, 2001, pp:272-368.
2. Sourdat P. La coxalgie en radiographie. Arch Prov Chir 1910; 330-50.
3. Calve J. Sur une forme particuliere de pseudo-coxalgie. Rev Chir 1910; 42:54-84
4. Sundt H. Malum coxae Calve – Legg – Perthes. zentralblall f Chir 1920; 22:537-8.
5. Waldenstrom H. Der obere tuberkulose collumherd. Zeitschr f Orthop Chir 1909; 24:487-512.
6. Legg AT. An obscure affection of the hip joint. Boston Med Surg J 1910; 162:202-4.
7. Perthes G. Über arthritis deformans juvenilis. Deut Zeit f Chir 1910; 107:111-59.
8. Waldenstrom H. Coxa plana, osteochondritis deformans coxae. calve – Perthes'sche Krankheit, Legg's disease. Zentralblaatt f Chir 1920; 47:539-42.
9. Calve J. Coxa plana. La Press Med 1921; 29:383-5.
10. Legg AT. Osteochondral trophopathy of the hip joint. Surg Gynec Obstet 1916; 22:307-23.
11. Legg AT. The end results of coxa plana. J Bone Joint Surg 1927; 9:26-34.

José Cañadell. 1923-2014

Epónimo asociado

Técnica de Cañadell: para los tumores malignos en la metafisis de los huesos largos. Se produce una epifisiolisis, se reseca el tumor, colocando un aloinjerto posteriormente para preservar la articulación original del paciente.

Biografía



José Cañadell.

Nacido en Barcelona, se licenció en la Universidad de Barcelona y trabajó seis años con Santos Palazzi Duarte en el Hospital del Sagrado Corazón, llegando a director del Hospital de la Cruz Roja en su ciudad natal. En 1966 defendió su tesis doctoral *Verificación de los factores locales que influyen en la actividad del cartilago de crecimiento*. Posteriormente, en 1969, fue nombrado director del departamento de Cirugía Ortopédica y luego director de la Clínica Universidad de Navarra, además de profesor ordinario de Cirugía Ortopédica y Traumatología, donde desarrolló una intensa actividad asistencial, investigadora y docente, siendo la primera facultad de medicina donde

se impartió la cirugía ortopédica y traumatología como un área independiente de la cirugía general. Fue presidente de la Sociedad Catalana de COT (1964-66), de la SECOT (1970-1972) y de la European Pediatric Orthopedic Society (EPOS) (1993-1995). Publicó en revistas internacionales numerosos trabajos pioneros en cirugía de la columna vertebral, tumores óseos, fijación externa y elongaciones de las extremidades. Falleció en Pamplona el 19 de marzo de 2014.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cañadell J, Forriol F, Cara JA. Removal of metaphyseal bone tumors with preservation of the epiphysis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1994; 76-B:127-32.
2. Baños JE, Guardiola E. Eponimia mèdica catalana. La tècnica de Cañadell. *Annals de Medicina* 2008; 91: 142-145.

Marie Joseph Auguste (Alexis) Carrel. 1873-1944

Epónimos asociados

Líquido de Carrel-Dakin: líquido antiséptico aplicado en heridas y fracturas abiertas.

Sutura de Carrel: técnica de sutura anastomótica de los vasos (Figura 1).

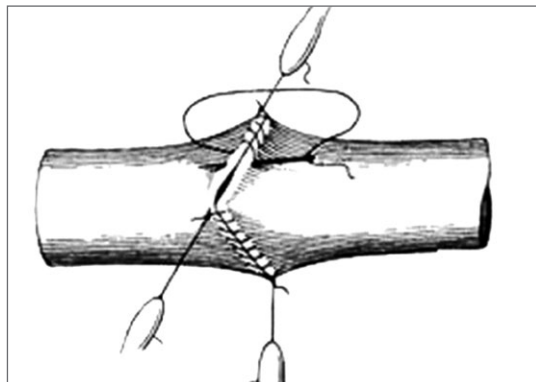


Fig. 1.

Biografía

Nos encontramos ante uno de los científicos quirúrgicos más importantes del siglo XX y un paradigma de la investigación experimental, nacido en Sainte Foy de Lyon, Francia (Figura 2). Su padre Alexis, empresario textil, falleció en 1878 a consecuencia de una neumonía, por lo que el niño Marie Joseph Auguste recibió el nombre de su progenitor.



Fig. 2. Marie Joseph Auguste (Alexis) Carrel.

A pesar de los cambios económicos en la familia, Alexis estudió en el colegio de los jesuitas de Lyon y se matriculó en la Facultad de Medicina, donde se licenció en tres años. Estuvo un año como externo y otro más como médico militar. Durante sus años de internado, entre 1895 y 1900, tuvo como profesores a Antonion Poucet, Mathieu Jaboulay, reconocido por su técnica de la piloroplastia y sus intentos de cirugía vascular y, finalmente, Leopold Ollier, reconocido por sus estudios sobre la regeneración ósea.

En el episodio del asesinato del presidente de la República Francesa, Sudi Carnot, por un anarquista italiano, quien le seccionó de una cuchillada la vena porta, al mandatario, aún con vida, le hicieron una ligadura, la única posibilidad en aquel momento, aunque Carrel creía que habría salvado la vida si los cirujanos hubieran

sabido cómo suturar el vaso. Esto le llevó a interesarse por los trabajos de Jaboulay y, junto con su compañero Bernard, realizó la primera anastomosis entre la arteria femoral y la vena safena en un perro, aunque el animal murió dos días después por la infección. Dado que los vasos en el perro eran de pequeño diámetro, diseñó agujas muy finas e hilo de pequeño diámetro, aprendiendo el arte de coser de *madame* Lerouquier, famosa bordadora de su ciudad. Publicó su primer trabajo en 1902, pero perfeccionó la técnica durante más de diez años. Su método era original. Para controlar la hemorragia colocaba cintas de lino muy delgadas alrededor de las arterias y venas, ya que la pinza disponible en quirófano destrozaba los vasos. Para evitar el contacto entre la sangre y el endotelio dañado por la aguja recubría esta y el hilo con vaselina. Recomendaba una sutura continua y para facilitarla efectuaba tres puntos de retención.

En este tiempo ocurrieron dos hechos que marcaron su vida. Por una parte, la formación sanitaria de unos misioneros que se estaban preparando para atender una zona del norte más extremo de Canadá y, por otra, un viaje a Lourdes. Carrel fue recogiendo notas sobre Canadá pues, cansado de la férrea estructura universitaria francesa, pensaba en emigrar allí. De Lourdes se recibían noticias de los milagros en enfermos muy graves y decidió enrolarse en una de las peregrinaciones al santuario. Allí se encontró con Marie Bailly, joven de 17 años a la que atendió en el tren debido a una peritonitis tuberculosa avanzada, asegurándole una muerte pronta. Antes del baño en la piscina de la basílica vio que su estado había empeorado, desaconsejándole entrar en el agua y recomendando que le echaran agua por encima. A la media hora vio cómo la respiración de la enferma mejoraba y el abultado abdomen disminuía, mientras que el pulso y la respiración se normalizaban. En su libro *Viaje a Lourdes* hizo un informe sobre este caso sin encontrar una explicación racional. La publicación no le benefició, pues para unos era muy escéptico y para otros un creyente poco

científico. Repitió anualmente estos viajes, despertando en él un gran interés por los fenómenos sobrenaturales.

Decidió centrarse en la cirugía experimental, marchando a París en 1903. Un año más tarde viajó a Canadá para conocer el país. Visitó Quebec City y luego Montreal, donde encontró un edificio, el hotel Dieu, que despertó su interés. Durante un paseo fue reconocido por François de Martigny, quien había visto su fotografía y conocía sus trabajos. Éste le presentó a su hermano, Adelstan, y entre ambos le persuadieron de que se quedase un tiempo en el hospital y presentase sus trabajos en el 2º Congreso de Lengua Francesa. En el congreso se le presentó Karl Beck, de Chicago, con quien había mantenido correspondencia desde la publicación de los primeros trabajos de Carrel en el *Lyon Medicine*, y que le invitó a trabajar con él. Beck había repetido el experimento de Carrel de trasplantar el riñón de un perro y colocarlo en el cuello. Carrel continuó su proyectado viaje y marchó a Chicago, donde aceptó el puesto en su universidad. Como no hablaba inglés le asignaron un joven médico, Charles C Guthrie, para escribir sus trabajos y dar sus charlas. Entre finales de 1904 y agosto de 1906 escribieron juntos 21 artículos. En Chicago perfeccionó la técnica de la triangulación para la anastomosis vascular, que le hizo conseguir el premio Nobel de Medicina en 1912, y junto a Guthrie realizó numerosos trasplantes orgánicos en animales (riñón, tiroides, córnea, ovarios, extremidades y corazón), mejorando la técnica que había utilizado en Francia. En la revista *Science*, en 1905, publicó un trabajo sobre el trasplante del riñón de un perro a su cuello, suturando la arteria renal a la carótida y la vena a la yugular drenando el uréter en el esófago. En Chicago trasplantó el corazón en un perro, suturando sus vasos, de nuevo, a la carótida y a la yugular, manteniéndolo vivo durante varias horas. Paralelamente, y sin su conocimiento, su madre murió de uremia.

Ese mismo año fue invitado por Harvey Cushing para dar una conferencia en el Johns

Hopkins Hospital, donde se encontraba el patólogo Simon Flexner, recién nombrado director del nuevo Instituto Rockefeller en Nueva York, quien no dejó pasar la oportunidad de ofrecerle la dirección de los nuevos laboratorios. En aquellos momentos Carrel sopesaba trasladarse a América del Sur para continuar sus estudios. El laboratorio se encontraba en el último piso del edificio, con unas magníficas vistas pero también con demasiada luminosidad en los días soleados, por lo que pintó los quirófanos de negro, confeccionando un vestuario quirúrgico y guantes del mismo color. Infundió miedo a entrar en el laboratorio para evitar las infecciones, aunque fue un centro por donde pasaron los maestros de la cirugía norteamericana.

En Chicago y Nueva York experimentó con trasplantes de arterias entre distintos animales. En 1909 publicó un artículo sobre la «vida latente de las arterias», reconociendo la necesidad de preservar y guardar las arterias. Probó la conservación en glicerina, formol, solución salina, sangre sin fibrina, suero y aire húmedo, siempre a 4° C. Descubrió que la capa muscular de las arterias necesitaban mantener sus células vivas para que el vaso se pudiera contraer. También describió la «arterialización» de las venas: si una arteria era anastomosada a una vena y se transmitía la presión arterial a la vena o si un segmento venoso era trasplantado en una arteria como un injerto libre, el vaso venoso adquiría morfología arterial, engrosando su pared y disminuyendo la luz.

Por aquellos tiempos los defensores de los animales se embarcaron en una encarnizada lucha contra los nuevos centros de investigación y muy especialmente contra el Instituto Rockefeller, que era una referencia. Todo cambió cuando Carrel, pese a no tener permiso para operar en Estados Unidos, se vio obligado a intervenir a una bebé, Mary Lambert, nacida en 1908, diagnosticada de melena neonatorum. Los Lambert eran una familia influyente: Alexander era presidente de la American Medical Association, Samuel era decano del College of Physicians

and Surgeons y Adrian, el padre, un reconocido profesor de Cirugía de la Columbia University. Tras negarse en varias ocasiones a intervenirla, anastomosó la arteria radial del padre a la vena poplítea de la niña utilizando la técnica de la triangulación. La niña recobró un color rosado, dejó de sangrar y se salvó. Así, un líder de la protección de los animales salvó a su hija con una técnica aprendida en un quirófano experimental. La niña vivió hasta los 34 años y fue muy afortunada por no presentar incompatibilidad con la sangre de su padre, hecho que era por entonces desconocido.

Samuel J. Meltzer, jefe del departamento de Fisiología del Instituto Rockefeller, y su yerno, John Auer, que tenían el laboratorio junto al de Carrel, comenzaron a trabajar en 1908 con sulfato de magnesio como agente anestésico. Cuando se inyectaba de forma subcutánea producía inconsciencia y relajación muscular. Sin embargo, su mayor peligro es que podía inhibir el centro de la respiración cerebral. También trabajaron en la idea de mantener hinchados los pulmones introduciendo una corriente de aire a través de un tubo endotraqueal. El sulfato de magnesio no se consideró adecuado, pero cuando se introducía por el tubo alguno de los vapores anestésicos disponibles mantenían a los animales anestesiados.

En uno de sus trabajos, en 1910, Carrel describió la parálisis de las patas posteriores en un perro al que se había clampado la aorta durante 17 minutos. En un experimento posterior, publicado en el mismo trabajo, resolvió el problema efectuando, por primera vez, un *shunt* intraluminal. En otro trabajo describió otros dos métodos para evitar el problema de la isquemia medular durante las resecciones de la aorta, estableciendo una comunicación entre las dos partes de la aorta utilizando un *by-pass*, que denominó «desviación lateral», o colocando un tubo de plástico en un extremo en el ápex del ventrículo izquierdo y el otro extremo distal en la aorta torácica. También describió la exploración digital de la válvula mitral o las resecciones

del ventrículo izquierdo, sin abrir ni detener el corazón. La mayor aportación de Alexis Carrel a la cirugía cardiovascular fue su técnica de sutura de la anastomosis vascular, desarrollada tras estudiar las técnicas de Payr y Murphy, por lo que recibió el premio Nobel en 1912.

Desde hacía tiempo Carrel tenía la idea de reemplazar órganos dañados por otros en buen estado. En este campo comenzó trabajando a nivel celular y progresó hasta conseguir llegar al órgano. Por indicación de Flexner envió a la Universidad de Yale a un joven ayudante, Monroe T. Burrow, para aprender las técnicas de cultivo celular con Ross G. Harrison, quien había desarrollado la técnica del estudio del desarrollo nervioso embrionario. Burrow mejoró la técnica y conjuntamente con Carrel comenzaron a cultivar diversos órganos. Fue muy criticado porque se adelantó a sus resultados sin esperar a tener un estudio profundo. Escribió que había conseguido cultivar tejido tiroideo normal cuando no sucedió tal cosa. De los 306 trabajos publicados por Carrel, 124 trataban sobre cultivos celulares. Su mayor contribución en este campo fue el desarrollo de la metodología del cultivo; de hecho, aunque de cristal, los frascos de cultivo que diseñó eran muy semejantes a los actuales. En 1912 tomó un corazón del embrión de pollo y lo puso a cultivar: los fibroblastos cultivados los mantuvieron hasta 1946. Cada año la prensa celebraba el «cumpleaños».

También estudió las células cancerígenas, señalando que mantenían su malignidad indefinidamente y que su índice de proliferación y su nutrición eran semejantes a los de las células normales. Dedujo una teoría viral para explicar el cáncer, obteniendo por ello el premio Nordhoff-Jung en 1931.

La vida de Carrel estaba dedicada al laboratorio, sin límites, pero los veranos los pasaba en Francia, ya que el Instituto Rockefeller cerraba durante los tres meses de verano. Como cada año seguía acudiendo a Lourdes, y en 1910 conoció a la que sería su esposa, Anne Marie, con quien se casó en 1913. En 1914, estando emba-

razada, tuvo un *shock* anafiláctico por la picadura de una avispa, que le provocó un aborto; nunca más quedaría en gestación. Como no le gustaba Nueva York se quedó a vivir en Francia, recibiendo las visitas de su marido cuando le resultaba posible.

En 1914, estando de vacaciones con su esposa en Anjou, estalló la Primera Guerra Mundial. Fue destinado a una estación de tren para seleccionar los heridos más graves. Como era una guerra de trincheras las infecciones y la gangrena eran frecuentes. Interesado por este tema, se trasladó a un hospital en Compiègne, a 12 kilómetros del frente, para montar un laboratorio. Recibió una ayuda de 8.000 dólares de Flexner, quien también le envió a un químico inglés, Henry Dakin, para ayudarle a buscar un antiséptico para el tratamiento de las heridas y las fracturas abiertas. Probaron más de 200 soluciones, eligiendo finalmente el hipoclorito sódico. Con la técnica de Carrel y el nuevo antiséptico se salvaron muchas extremidades y vidas. Dedicó mucho tiempo a la formación de médicos y, sobre todo, a las enfermeras, la mayoría de nacionalidad suiza procedentes de la clínica de Kocher. Sin embargo, y a pesar del éxito, su método no fue aceptado por los médicos franceses. Su técnica no consistía únicamente en debridar y aplicar la solución, sino que también hacía cultivos diarios de la herida para saber cuándo podía hacer el cierre secundario. Cuando Estados Unidos entró en guerra en 1917, Carrel dejó a su esposa en el hospital de Compiègne, donde trabajaba como enfermera, y volvió al Instituto Rockefeller para formar a los médicos en su método. Recibió numerosas condecoraciones, pero ninguna de ellas francesa.

Antes de cumplir los 50 años seguía con sus estudios sobre el crecimiento celular y orgánico, reflexionando sobre cómo mantener los órganos vivos. Para ello, un encuentro con el aviador Charles Lindbergh le ayudaría a seguir adelante (Figura 3). La cuñada de Lindbergh padecía fiebres reumáticas que afectaban a sus válvulas cardíacas, por lo que buscó soluciones

a su problema y le comentaron los trasplantes orgánicos y la cirugía cardiaca de Carrel. Lindbergh se entusiasmó con la idea y desarrolló durante cuatro años una bomba de perfusión para mantener vivos diferentes órganos. Lindbergh, después de varios prototipos, mantuvo un cultivo celular en un frasco de cultivo durante 105 días. Todos los aparatos que utilizó Carrel para sus trabajos fueron diseñados por Lindbergh y fabricados en el propio instituto por Otto Hopf, un maestro vidriero. Entre abril de 1935 y mayo de 1939 se hicieron 898 experimentos de perfusión de órganos con la bomba de perfusión de Lindbergh. Ante las dudas de los experimentos de Carrel, se reanudaron a partir de 1960 con el mismo aparato reproducido en el US Naval Medical Research Institute, repitiendo los mismos trabajos y comenzando otros incluso con nuevos diseños efectuados por el propio Lindbergh.



Fig. 3.

En su tiempo libre acudía al Century Club de Nueva York para discutir sobre aspectos filosóficos. Allí estaban Albert Einstein y otros personajes, quienes animaron a Carrel a publicar un

libro sobre sus ideas sobre el hombre. *El hombre, ese desconocido* apareció en 1935 y se convirtió en un *best seller* traducido a 19 lenguas. Hablaba sobre la decadencia de la civilización y el efecto beneficioso de la oración. Cada vez se interesaba más por la filosofía y menos por la ciencia.

En 1935 Simon Flexner se retiró como director del Instituto Rockefeller y fue sucedido por Herbert J. Gasser, quien introdujo cambios y dos aspectos que molestaron a Carrel: promocionar la investigación aplicada y la jubilación obligatoria a los 65 años. Esto afectó no solo a Carrel, sino también a Florence Sabin, descubridor de la vacuna de la polio, y a Karl Landsteiner, clasificador de los tipos de sangre en función del Rh, entre otros.

En 1939 regresó de vacaciones a Francia, rodeado del suficiente prestigio como para que le construyesen un laboratorio. Francia se rindió a la ocupación alemana y él siguió investigando ajeno a la situación política, estudiando el efecto del hambre en la población española y convenciendo a las autoridades norteamericanas para que le entregaran vitaminas con destino a España. Se impresionó tanto por el hambre encontrada que se quedó en Europa. En Francia quiso desarrollar su proyecto del Instituto del Hombre para estudiar los problemas del pensamiento y procedimientos como la hipnosis o la telepatía. En 1942, el nuevo Gobierno de Vichy detectó una buena posibilidad propagandística y creó la *Foundation Française pour l'Étude des Problèmes Humains*. Carrel se mantuvo alejado de los políticos y de la política, pero no escapó ni de la propaganda nazi ni de la acusación de colaboracionista.

En 1943 tuvo un primer infarto de miocardio. Un año más tarde Francia fue liberada y la fundación se clausuró, sufriendo Carrel un segundo infarto que le mantuvo en cama hasta su muerte el 5 de noviembre de 1944. Su esposa le sobrevivió 30 años.

Carrel puede ser considerado el padre de la cirugía cardiovascular que todavía tardaría

varios años en desarrollarse. Aunque algunos conceptos existían antes que él, supo desarrollar una técnica válida para todos. Durante 10 años mantuvo una actividad tremenda, haciendo avanzar a la cirugía, desarrollando nuevos prototipos y estimulando los desarrollos que necesitaba; tuvo desavenencias, abandonó Lyon, pero siempre siguió a su palabra favorita: «audacia». Nunca tuvo miedo a las nuevas ideas ni tampoco a cometer errores, pero supo abandonar aquello que resultaba estéril por mucha ilusión que le hubiera despertado.

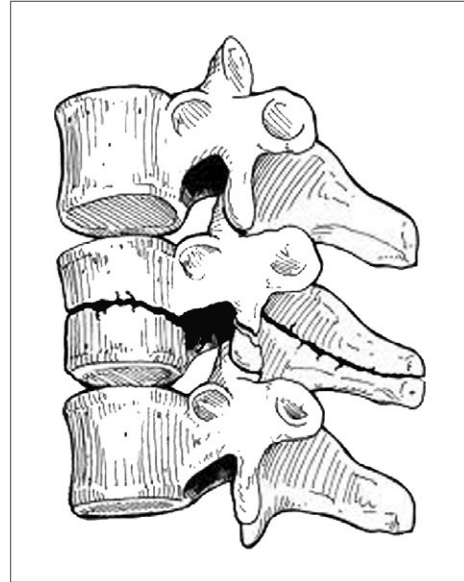
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrel A. Experimental surgery of the thoracic aorta by the method of Meltzer and Auer. JAMA 1910; 54:28.
2. Carrel A. On the experimental surgery of the thoracic aorta and heart. Am J Surg 1910; 52:83.
3. Cusimano R, Cusimano M, Cusimano S. The genius of Alexis Carrel. Can Med Assoc J 1984; 131:1142-50.
4. Malinin TI. Remembering Alexis Carrel and Charles A. Lindbergh. Texas Heart Inst J 1996; 23:28-35.
5. Edwards WS. Alexis Carrel's contributions to thoracic surgery. Ann Thoracic Surg 1983; 35:111-4.
6. Park H-W. «Senility and death of tissues are not a necessary phenomenon»: Alexis Carrel and the origins of gerontology. Korean J Med Hist 2011; 20:181-208.
7. Murphy JB. Resection of arteries and veins injured in continuity -end-to-end suture - experimental and clinical research. Med Rec 1897; 51:73-88
8. Payr E. Beiträge zur Technik der Blutgefäß- und Nerven-naht nebst Mittheilungen über die Verwendung eines resorbierbaren Mettalles in der Chirurgie. Arch Klin Chir 1900; 62:67-93.

George Quentin Chance

Epónimo asociado

Fractura de Chance: fractura vertebral entre el cuerpo vertebral y el arco neural. También conocida como la fractura del cinturón de seguridad, se produce en la unión tóraco-lumbar y se asocia con accidentes de tráfico.



Biografía

Poco se sabe de él. Radiólogo británico, trabajó en Manchester, en la Derbyshire Royal Infirmary, y fue miembro honorario del Royal College of Surgeons of Ireland. En 1948 describió en detalle el patrón de la fractura que lleva su nombre, reconociendo dichas fracturas como inestables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chance GQ. Note on type of flexion fracture of the spine. Br J Radiol 1948; 21:452-3.
2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: Who are those guys? RadioGraphics 2000; 20:819-36.

Karl Chiari. 1912-1982

I Epónimo asociado

Osteotomía pélvica de Chiari: para aumentar la cobertura de la cabeza femoral ósea.

I Biografía



Karl Chiari.

Procedente de una conocida dinastía de cirujanos austriacos, hijo de Richard Chiari, director del Hospital General de Linz, nieto de Ottokar Chairi, famoso laringólogo austriaco, y bisnieto de Johann Baptist Chiari, otro reconocido ginecólogo. Estudió en la Universidad de Viena, donde se graduó. Se doctoró en 1936 y durante un corto tiempo fue asistente de Eduard Pernkopf en el Instituto Anatómico, desde donde pasó a trabajar con Egon Ranzi. Al terminar la Segunda Guerra Mundial trabajó con Albert Lorenz, como él mismo decía, mientras faltaban médicos para dedicarse a la ortopedia. Siguiendo la tradición de la escuela de Alfred Lorenz, se dedicó a los problemas de la displasia congénita de cadera. Se habilitó en 1953 con un trabajo sobre prótesis acrílicas y se dieron a conocer sus primeras publicaciones sobre su osteotomía pélvica para cubrir la cabeza femoral luxada en la luxación

congénita de cadera, aunque la primera publicación inglesa no llegaría hasta 1974. En 1962 fue el primer catedrático de cirugía ortopédica en la Universidad de Viena y jefe de la Clínica Ortopédica Universitaria en Viena, institución donde permaneció hasta su muerte. En 1960 fue presidente de la Sociedad Alemana de Cirugía Ortopédica y miembro electo de la International Hip Society. Entre 1964 y 1973 fue presidente de los cirujanos ortopédicos austriacos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiari K. Ergebnisse mit der Beckenosteotomie als Pfannendachplastik. *Z Orthop* 1955; 87:14-26.
2. Chiari K. Medial displacement osteotomy of the pelvis. *Clin Orthop Rel Res* 1974; 98:55-71.
3. Endler F. [Prof. Karl Chiari on his 60th birthday]. *Wien Med Wochenschr* 1972; 122:407-8.
4. Lange M. [60th anniversary of Prof. Dr. Karl Chiari]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1972; 110:277-80.
5. Meznik F. Karl Chiari. *Obituary. Int Orthop* 1982; 6:139.

François Chopart. 1743-1795

I Epónimos asociados

Articulación de Chopart o articulación mediotarsiana, formada por las articulaciones calcáneo-cuboidea y escafoastragalina.

Amputación de Chopart: desarticulación de la parte delantera del pie en la articulación mediotarsiana (Figura 1).

I Biografía

Cirujano parisino que, como en el caso de Lisfranc, lleva su nombre asociado a una articulación del pie porque también realizó una amputación a ese nivel. Sin embargo, solo la realizó en una ocasión y nunca lo publicó, hasta que un estudiante suyo, Pierre-Joseph Desault (1744-1795), la dio a conocer.

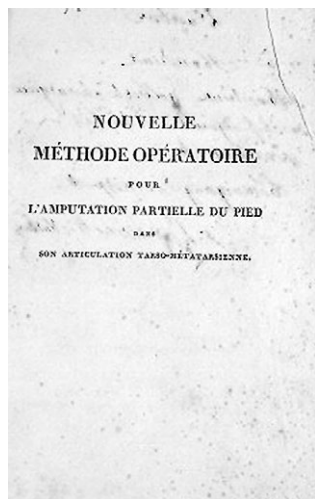
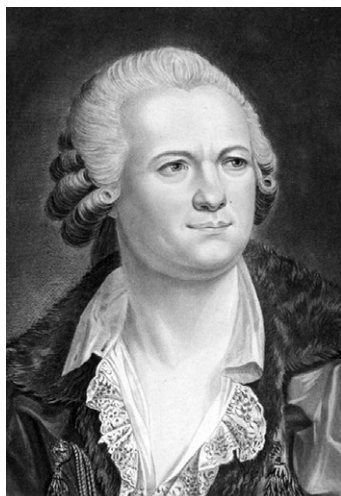


Fig. 1. Libro donde se describe la técnica de la amputación de Chopart.

Hijo de François Turlure y Marie-Anne Chopart, de quien tomó el apellido. Estudió medicina en el Hôtel-Dieu, en la Pitié y en la Bicêtre. En 1767 recibió un premio de la Academia de Cirugía y un año después volvió a recibir un nuevo premio por su tesis doctoral.



Pierre Joseph Desault.

En 1782 logró la cátedra de Fisiología. Chopart viajó a Londres, haciendo amistad con John Hunter (1728-1793), con quien desarrolló una prolífica correspondencia. Chopart y Pierre

Joseph Desault fueron los fundadores de la cirugía urológica. Falleció en la epidemia de cólera de 1795.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolf JH. François Chopart (1743-1795). Inventor of the partial foot amputation at the tarso-metatarsal articulation. *Orthopaedics and Traumatology* 2000; 8:314-7.

George Cierny, III MD. 1947-2013

Epónimo asociado

Clasificación de Cierny-Mader: sistema de estadiaje y algoritmo de tratamiento de la osteomielitis.

Biografía



George Cierny.

Nacido en San Diego (EE.UU.), se graduó en la facultad de medicina de la Universidad de California, Berkeley, en 1969. Realizó su residencia en Texas y desde el principio se interesó por el tratamiento de las fracturas de alta energía. Efectuó una estancia en oncología músculo-es-

quelética con Enneking, en la Universidad de Florida, Gainesville. Tras su traslado al departamento de cirugía ortopédica de la Universidad de Texas, en Galvestone, combinó su trabajo de reconstrucciones oncológicas y el tratamiento de las infecciones músculo-esqueléticas que le llevó a publicar, junto con Jon Mader, su conocida clasificación. Fue jefe de servicio y profesor en la Emory University, de Atlanta, hasta su definitivo traslado a San Diego, donde se dedicó exclusivamente al tratamiento de las infecciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cierny G 3rd, Mader JT, Penninck JJ. A clinical staging system for adult osteomyelitis. *Clin Orthop Relat Res* 2003; 414:7-24.
2. Patzakis MJ, Wongworawat MD. In *Memoir: George Cierny, III MD (1947-2013)*. *Clin Orthop Relat Res* 2013; 471:3100-1.

John Robert Cobb. 1903-1967

I Epónimo asociado

Ángulo de Cobb: universalmente aceptado para la medición de la curva escoliótica.

I Biografía

John Robert Cobb era descendiente, por parte materna, de un pasajero del *Mayflower*. Su padre defendía la conjunción de estudio y disciplina, por lo que le mandó a estudiar en la Academia Militar de Virginia. La economía familiar no le podía costear los estudios universitarios, por lo que tuvo que trabajar en verano, inicialmente como marinero en un mercante a vapor en el golfo de Méjico, donde sufrió un huracán que le dejó una viva impresión durante toda su vida. Ingresó en la Brown University para estudiar literatura inglesa, graduándose en 1925. Formaba parte de los equipos de natación y remo, y ganó el campeonato de campo a través.

Ser nadador le sirvió para mantenerse en forma y para trabajar nueve veranos como salvavidas en Rockaway Beach.

Cuando definitivamente decidió estudiar Medicina tuvo que replantearse sus estudios, pues no tenía base suficiente para cursar una carrera de ciencias. En Harvard realizó un postgrado de Ciencias Biológicas que siempre consideró como la mejor preparación para estudiar Medicina. Fue admitido en Yale, donde se graduó en 1930. Trabajó un año como cirujano interno y otro más como residente en el departamento de Ortopedia del hospital de New Haven. En 1934 realizó un *fellow*, con PD Wilson, en Nueva York, donde recibió el encargo de organizar y construir una clínica para el tratamiento de la escoliosis. En 1936 obtuvo su doctorado en la Universidad de Columbia. Poco se sabía entonces de la escoliosis, aunque esa época aparecieron los primeros trabajos de Robert Lovett y Albert Brewster, en Boston, y de Russell Hibbs y Joseph Risser, en Nueva York. Cobb experimentó con todos los métodos, concluyendo que el mejor era el yeso corrector, efectuando luego la artrodesis. Constató que no todas las curvas progresaban y que era mejor observar a los pacientes durante un tiempo, y nunca más del 10% de los pacientes requerían cirugía. Solo cuando la curva seguía progresando decidía intervenir.

Aunque dio a conocer sus resultados en congresos y formó a numerosos ortopedas y médicos generales, nunca quiso dar resultados preliminares hasta no estar seguro de la evolución de sus pacientes comparando diferentes métodos de tratamiento. Muchos de sus principios clínicos los condensó en epigramas que eran repetidos por el personal de la clínica. Trabajó en otras áreas de la especialidad y en diferentes centros, pero lo que más le enorgullecía era su presidencia de la Alumni Association del Hospital for Special Surgery.

No participó en la Segunda Guerra Mundial al ser excluido por padecer una hipertensión sin respuesta a ningún tratamiento. En 1954 sufrió

un infarto que le incapacitó durante un tiempo. Volvió a su actividad en 1956 hasta que en 1965 un segundo infarto le apartó definitivamente de la clínica.



John Robert Cobb.

Era un hombre de carácter que estaba en contra de muchas cosas. No toleraba que alguien hablase de algún tratamiento si no tenía pruebas fehacientes de su eficacia. Amaba contar historias y disfrutaba con el mar y los barcos, los útiles de carpintería y los instrumentos quirúrgicos. Compró un amplio terreno de bosques con un lago y una casa donde trasladó todas las radiografías e historias clínicas con la idea de estudiarlas, trabajo que nunca pudo llevar a cabo al fallecer en marzo de 1967.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson PD. John Robert Cobb. *J Bone Joint Surg (Am)* 1968; 50-A:1074-6.

Alessandro Codivilla. 1861-1912

Epónimos asociados

Técnica de Codivilla: técnica quirúrgica para el tratamiento del pie equino-varo.

Operación de Codivilla: distracción continua de un hueso mediante un clavo transfixiante colocado en la extremidad distal del hueso.

Biografía

Nacido y educado en Bolonia, su padre fue un prestamista que ayudaba a financiar la educación de los estudiantes. Alessandro Codivilla estudió Medicina en Bolonia, licenciándose en 1886 con su tesis *Sopra un caso di empyema necessitatis pulsans*. Fue asistente de Loreta y Poggi, pero las necesidades económicas le llevaron a la práctica clínica en el hospital de Castiglione Fiorentino. En 1894 fue nombrado consultor en el hospital de Macerata y pronto se trasladó al de Imola, donde permaneció hasta 1898, cuando le ofrecieron la jefatura del Rizzoli. Aceptó su nuevo puesto en enero de 1899 y decidió dedicarse exclusivamente a la ortopedia, viajando previamente por diferentes centros europeos para adquirir experiencia profesional y conocer la organización de los servicios alemanes de la especialidad. Le resultó de gran ayuda su contacto con los cirujanos alemanes J. W. Wolff, A. Schanz y O. Vulpius.

El Instituto Rizzoli, fundado por el cirujano boloñés Francesco Rizzoli (Milán 1809-Bolonia 1880) y abierto en 1896, se construyó aprovechando un convento en la colina de San Michele en Bosco, donde estaba la iglesia de San Michele. En su testamento, Rizzoli lo cedió a la provincia de Bolonia para construir un hospital de ortopedia. Su primer director fue Pietro Panzeri, quien siguió las directrices de Francesco Rizzoli, al que relevarían sucesivamente Alessandro Codivilla, Vittorio Putti y Francesco Delitala.

Durante dos años compartió la dirección del Istituto dei Rachitici de Milán, donde había sustituido a Pietro Panzeri, a la vez que dirigía los inicios del Instituto Rizzoli, en Bolonia. En estos

años, Codivilla estuvo a punto de regresar definitivamente a Milán, pero se quedó en «su» Instituto Rizzoli, mientras que para la dirección del centro milanés se designó, tras una oposición, a Roberto Galeazzi.

Codivilla, hombre tranquilo y humilde, abrió nuevos caminos en el tratamiento de muchas patologías músculo-esqueléticas, especialmente en las deformidades poliomiélicas, el pie equino-varo, la escoliosis o la luxación congénita de cadera. Publicó 124 artículos, recogidos en dos volúmenes por Bartolo Nigrisoli en 1944.

En aquella época hubo gran controversia con Steinmann por saber quién fue el primero en utilizar agujas transfixiantes. Codivilla describió en 1903 la utilización de las agujas transqueléticas para el tratamiento del retardo de consolidación y pseudoartrosis, mientras que Steinmann, en 1907 y 1910, defendió su uso en el tratamiento de las fracturas frescas. Sin embargo, siempre ha estado claro que Codivilla fue el primero en utilizar los clavos transfixiantes con un fijador externo para efectuar elongaciones. Su primera publicación en inglés sobre este tema data de 1905, basada en su presentación en la American Orthopaedic Association, en junio de 1904, dos años después de su publicación en Italia. Codivilla, sin embargo, no fue el primero en intentar elongar las extremidades.



Alessandro Codivilla.

Trató la parálisis flácida y espástica con trasplantes tendinosos, recogiendo resultados de 325 casos, ilustrándolos con su propio instrumental. Además de su contribución al tratamiento de la luxación congénita de cadera, para el pie zambo recomendaba el tratamiento conservador, y cuando fallaba describió una técnica quirúrgica muy difundida. Para ello, Codivilla modificó y mejoró la técnica del estadounidense Phelps, abriendo todas las articulaciones causantes de la deformidad, alargando y suturando todos los tendones mediales retraídos y estabilizando el pie con un yeso en la posición correcta.

Fue director, ayudado por Galeazzi, de los *Archivio di Ortopedia*, con los que impulsó la actividad editorial y devolvió la vida a la Società Ortopédica Italiana, que había decaído después de celebrarse los dos primeros congresos en 1892 y 1893, pues padecía una crisis de identidad para mantenerse independiente de la cirugía general. Impulsó el tercer congreso, celebrado en el Instituto dei Rachitici, con el objetivo de buscar la definición y los límites de la ortopedia. Codivilla era presidente de la sociedad y Galeazzi presidente del congreso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peltier LF. The role of Alessandro Codivilla in the development of skeletal traction. *J Bone Joint Surg Am* 1969; 51A:1433.
2. Brand RA. Advances in limb lengthening and reconstruction. Alessandro Codivilla, MD, 1861-1912. *Clin Orthop Rel Res* 2008; 466:2901-2.
3. Schnelldorfer T, Sarr MG. Alessandro Codivilla and the first pancreato-duodenectomy. *Arch Surg* 2009; 144:1179-84.
4. Spina N. Pietro Panzeri. Il primo faro dell'Ortopedia italiana. Macerata: Edizioni Simple; 2009.
5. Codivilla A. Meine Erfahrungen mit der Sehnenverpflanzung. *Z Orthop Chir* 1903; 12:17.
6. Codivilla A. Sulla cura del pied equino varo congénito. *Arch Ortop (Milano)* 1906; 23:245.
7. Codivilla, Alessandro. On the means of lengthening in the lower limbs, the muscles, and tissues which are shortened through deformity. *Am J Orthop Surg* 1905; 2: 353.

8. Romm S. Fritz Steinmann and the pin that bears his name. *Plast Reconstr Surg* 1984; 74:306-10.

Ernest Amory Codman. 1869 -1940

I Epónimos asociados

Bursa de Codman: sinónimo de bursa subacromial o bolsa subacromial.

Paradoja de Codman: descrita en 1934, es el movimiento del brazo extendido, centrado en el hombro, se efectúa con tres movimientos conjuntos y sucesivos de 90° de rotación.

Signo de Codman: en la rotura del tendón del m. supraespinoso, el brazo puede colocarse pasivamente en aducción sin dolor. El dolor reaparece cuando se retira el apoyo y se contrae el músculo deltoides.

Triángulo de Codman: área triangular que aparece en las radiografías en el punto donde el periostio, elevado por un tumor óseo, se une a la cartilaginosa ósea.

Tumor de Codman: condroblastoma.

I Biografía

Nació en Boston, EEUU, el 30 de diciembre de 1869. Graduado *cum laude*, en 1891, en Harvard Medical School fue íntimo amigo del neurocirujano Harvey Cushing. Después de viajar por Europa y Egipto y trabajar en Viena con Eduard Albert, dedicó su último año a realizar el internado en el Massachusetts General Hospital (MGH).

Obtuvo la plaza de *assistant* en Anatomía y comenzó su residencia con Francis Harrington. Se interesó por los recientemente descubiertos rayos de Röntgen y trabajó como radiólogo (*skiagrapher*), en el Boston Children's Hospital.

Fue un autor prolífico, publicó más de 100 artículos y libros y, en 1911, abrió su propio hospital, el Codman Hospital. Además fue miembro fundador, en 1903, de la American Society of Clinical Surgery, después conocida como Society of Clinical Surgery.



Ernest Amory Codman.

Intentó desde el principio crear estándares hospitalarios y describió una forma de recoger datos de los pacientes para utilizarlos como un registro pues estaba muy preocupado por conocer el resultado final de todos los procesos. De hecho, recogió 148 casos de sarcoma óseo de los cuales solo 68 fueron confirmados como «crecimiento maligno de origen óseo». Esto le sirvió para establecer, en un época donde el diagnóstico no era tan técnico como ahora, 25 criterios clínicos, radiográficos e histológicos para definir este tipo de tumores [1][2].

Brand [3] señala que Codman fue un avanzado de su tiempo y su concepto del «end result» es, sin lugar a dudas, el inicio de la medicina basada en evidencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Codman EA. The registry of bone sarcoma as an example of the end-result idea in hospital organization. *Bull Amer Coll Surg* 1924; 8:34-8.
2. Codman EA. Registry of bone sarcoma: Part I. Twenty five criteria for establishing the diagnosis of osteogenic sarcoma. Part II. Thirteen registered cases of "five year cures" analyzed according to these criteria. *Surg Gynecol Obstet* 1926; 42:381-93. En: *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467:2771-82.
3. Brand RA. Ernest Amory Codman MD, 1869 -1940. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467:2763-5.

Abraham Colles. 1773-1843

I Epónimos asociados

Fractura de Colles: aunque parece que fue descrita previamente por Claude Pouteau (1725-1775), cuyo trabajo permaneció en el anonimato, en ocasiones se habla de la «fractura de Pouteu-Colles».

Espacio de Colles: área situada debajo de la fascia perineal y que contiene los músculos transversos del periné, isquiocavernoso y bulbo-cavernoso, los vasos y nervios escrotales o labiales posteriores y la porción bulbar de la uretra.

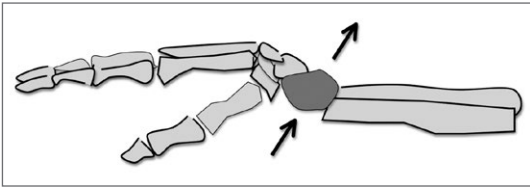


Fig. 1.

Fascia de Colles: capa profunda de la fascia perineal superficial.

Ligamento de Colles o ligamento inguinal reflejo.

I Biografía

Abraham Colles nació en Kilkenny (Irlanda) el 23 de julio de 1773 en una familia humilde. Su padre era capataz en una cantera de mármol y murió cuando Colles tenía seis años. Estudió en el College de Kilkenny, uno de los mejores en su momento, pasando después al Trinity College de Dublín y terminando sus estudios en 1795, a la vez que recibía el título de cirujano del Irish College of Surgeons. Partió a Edimburgo, ciudad de los avances médicos, donde aprendió anatomía con Alexander Monro y Charles Bell. Obtuvo el grado de *Medical Doctor* (MD) en 1797, tras defender su tesis *De venesectione*. De allí se marchó a Londres, donde fue ayudante de Astley Cooper. El mismo año regresó a Dublín y fue médico del Meath Hospital, a la vez que

establecía una consulta, conocida como el dispensario para los «enfermos pobres» de Dublín. Sucedió a su maestro, Philip Woodroffe, en el Dr. Steevens' Hospital, puesto que ocupó hasta 1841. En 1814 publicó *On the fracture of the carpal extremity of the radius*, donde describe la fractura que lleva su nombre.



Abraham Colles.

Cuando quedó libre la cátedra de Anatomía y Cirugía en el Trinity College, Colles la solicitó, pero no se la concedieron y realizó las reclamaciones oportunas, perdiendo finalmente su recurso, por lo que no volvió a solicitar jamás una plaza docente. Sin embargo, en 1804 fue contratado como profesor de anatomía y cirugía en el Royal College, y al año siguiente fue elegido decano, con 29 años. Con su labor contribuyó a que su institución fuera considerada como una de las más importantes a lo largo de dos décadas. Modificó la enseñanza de la anatomía, siguiendo la línea de James Macartney, quien empezó con la anatomía topográfica en el St. Bartholomew's de Londres, con la intención de que los cirujanos establecieran mejor las relaciones entre las estructuras. Hasta entonces, los alumnos disecaban los músculos en un lado del cuerpo y los nervios y vasos en el otro, sin llegar a establecer su relación. Colles fue un defensor ardiente de una educación completa; decía: «Ningún hombre puede conocer su profesión

perfectamente si no sabe nada más; y aquel que aspire a ser una eminencia en una ciencia particular, deberá adquirir primero el hábito de filosofar sobre materias de la ciencia en general».

Además de describir su fractura, fue el primero en ligar la vena subclavia en su entrada entre los músculos escalenos. Además, estableció una ley, demostrada falsa con los posteriores descubrimientos de Wassermann, según la cual un niño nacido de una madre sifilítica que no presentase síntomas desarrollará la enfermedad en pocas semanas e infectará a cualquier nodriza sana, pero no a su madre. No hubiese formulado esta ley de haber sabido que su madre estaba infectada. Sin embargo, consideraba que sus mejores trabajos habían sido *Practical observations on venereal disease* y *Use of mercury*.

Se jubiló de la docencia en 1836, con una salud deteriorada –bronquitis crónica y continuos ataques de gota–, pero continuó trabajando en el hospital hasta 1841, falleciendo dos años después a causa de uno de sus ataques de gota.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmichael SW. Abraham Colles (1773-1843). *Clin Anat* 2001; 14:387-8.
2. Peltier LF. Fractures of the distal end of the radius. An historical account. *Clin Orthop Rel Res* 1984; 187:18-22.
3. Peltier LF. Eponymic fractures: Abraham Colles and Colle's Fracture. *Surgery* 1954; 35:322-8.

Sir Astley Paston Cooper. 1768-1841

Epónimos asociados

Enfermedad de Cooper: quístico benigno en la mama.

Fascia de Cooper: capa del cordón espermático.

Hernia de Cooper o hernia retroperitoneal.

Ligamento de Cooper: continuidad aponeurótica densa y lateral del ligamento lacunar a lo largo de la línea pectínea del pubis.

Neuralgia de Cooper: irritabilidad y neuralgia de la mama.

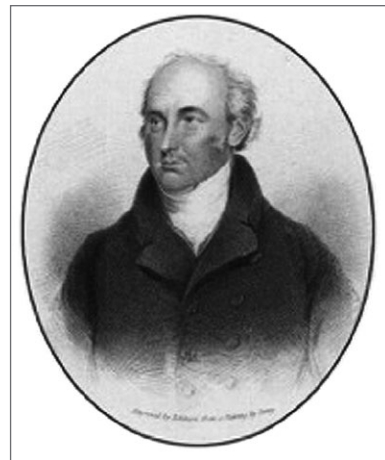
Ligamento transverso de Cooper: característica formación fibrosa desde el olecranon a la apófisis coronoides asociada al ligamento colateral medial del codo.

Ligamentos suspensorios de Cooper de la glándula mamaria.

Neuralgia testicular de Cooper.

Biografía

Cirujano y anatomista nacido en 1768 en Brooke, Norfolk, y fallecido en 1841 en Londres. Fue alumno de John Hunter, con quien practicó nuevas técnicas quirúrgicas, sobre todo relacionadas con la ligadura de los vasos. Fue un docente muy respetado y admirado. En 1785 estuvo junto a Henry Cline (1750-1827), el cirujano más conocido del St. Thomas Hospital de Londres. Esta relación con un famoso anatomista y cirujano marcó su futuro. En 1787 visitó Edimburgo y en 1789 fue profesor de anatomía en el St. Thomas Hospital, permitiéndole Cline, a partir de 1791, impartir algunas de sus conferencias.



Sir Astley Paston Cooper.

En 1792, recién casado, se fue a París acompañado por su esposa para estudiar con Pierre Joseph Desault (1744-1795) y François Chopart

(1743-1795), pero fue expulsado del país por los disturbios revolucionarios. A su vuelta comenzó a impartir clases de cirugía. En 1805 sucedió a William Cooper como cirujano en el Guy's Hospital. En esta etapa comenzó con la experimentación animal y la anatomía comparada, disecando, entre otras muchas especies, un elefante. Mantuvo una relación muy estrecha con los «resurreccionistas» o ladrones de cadáveres, los únicos que le podían aportar ese material. En 1813 fue nombrado profesor de anatomía comparada en el Colegio Real de Cirujanos, pero lo abandonó dos años después por su ingente labor asistencial, tanto privada como de cirujano en el Guy's Hospital, además de la docencia de anatomía y cirugía en el St. Thomas Hospital.

En 1825, debido a su estado de salud, abandonó la cátedra en el St. Thomas e intentó crear una escuela de medicina en el Guý's, provocando la separación de ambos hospitales. que siempre habían estado unidos. En 1821 fue nombrado barón por extirparle un quiste sebáceo del cuero cabelludo al rey Jorge IV y en 1828 se convirtió en sargento cirujano del monarca, cargo que mantuvo con su sucesor, Guillermo IV.

Como cirujano fue considerado una referencia por sus contemporáneos. Uno de sus alumnos fue el poeta John Keats (1795-1821). Sin embargo, siempre estuvo más interesado por los trabajos científicos que por la asistencia, y tal vez por su dedicación a la clínica no fue un escritor prolífico, pero sus publicaciones fueron de calidad y como resultado de su conocimiento y de la observación hecha durante largas horas de clínica, disección y experimentación. Conviene resaltar obras tan variadas como *Observaciones sobre los efectos que se producen por la destrucción de la membrana del tímpano del oído* o la publicación, en las Transactions de la Royal Society de Londres, de un caso de aneurisma de la arteria carótida. En 1805 informó de la primera ligadura de la arteria carótida.

La Royal Society le impuso la medalla Copley, su más alta distinción, por su contribución a la

medicina. Además, fue el primero en describir la que luego sería llamada fractura de Galeazzi. En 1805 fue uno de los fundadores de la Real y Médico Quirúrgica Sociedad de Londres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho Galindo J, Fernández Vázquez JM. Sir Astley Paston Cooper (1768-1841). Acta Ortop Mex 2006; 20:139-40.
2. Obras de Cooper en: <http://jdc.jefferson.edu/cgi/>
3. Singal R, Singal RP, Mittal A, Sangwan S, Gupta N. Sir Astley Paston Cooper. History, English surgeon and anatomist. Indian J Surg 2011; 73:82-4.
4. Rawling EG. Sir Astley Paston Cooper, 1768-1841; The prince of surgery. Canad Med Ass J 1968; 99:221-5.

George Washington Crile. 1864-1943

Epónimo asociado Pinzas Crile: pinzas hemostáticas.

Biografía

Nació en Chili, Ohio (EE.UU.), el 11 de noviembre de 1864. Estando en el Hospital Universitario de Cleveland, vivió la muerte de un compañero por un *shock*, después de amputarle las dos piernas. Este hecho motivó que Crile se convirtiese en uno de los primeros fisiólogos norteamericanos. Además, popularizó la monitorización de la presión arterial en quirófano y, en colaboración con Harvey Cushing, explicó el mecanismo del *shock* fisiológico. Pero por lo que es más recordado es por sus pinzas, muy parecidas a las de Halsted, diseñadas para sujetar tejidos. También desarrolló un manguito neumático para evitar la hipotensión en neurocirugía.

Cirujano muy rápido y eficiente: realizó 32 tiroidectomías en un solo día, alcanzando la cifra de 25.000 al final de su carrera. Además, efectuó la primera laringectomía total en Estados

Unidos, recomendó extirpar los ganglios linfáticos en el cáncer de cuello e ideó una técnica quirúrgica para la resección mamaria semejante a la operación radical de Halsted. Publicó 24 libros y más de 400 artículos. Fue uno de los fundadores del American College of Surgeons, consejero de la Fuerza Aérea y uno de los creadores de la Cleveland Clinic. Un buque de la Segunda Guerra Mundial y un cráter lunar recibieron su nombre.



George Washington Crile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crile G. George Crile. Crile G (ed.). An autobiography. Philadelphia: Lippincott. 1947:146.
2. Hermann RE. George Washington Crile (1864-1943). J Med Biogr 1994; 2:78-83..
3. Meals CG, Meal RA. A history of surgery in the instrument tray: Eponymous tolos used in hand surgery. J Hand Surg 2007; 32A:942-53.

Robert Danis. 1880-1962

I Epónimo asociado

Clasificación de Danis-Weber para las fracturas del tobillo. Introducida por Danis en 1949 y modificada por Weber posteriormente

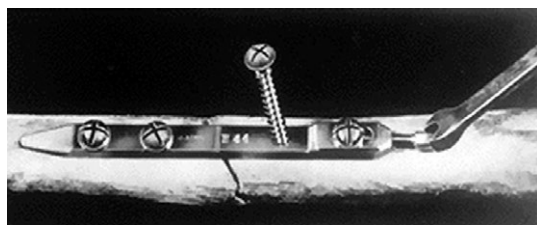


Fig. 1. Placa y tornillo de compresión de Danis.

I Biografía

Cirujano belga, diseñador inicial de los sistemas de osteosíntesis para las fracturas. Se graduó por la Universidad de Bruselas en 1904, llegando a profesor en su Facultad de Medicina en 1921. Desarrolló el concepto de fijación interna estable de los huesos fracturados, recogiendo las ideas de Championniere, Lambotte, Lane y Sherman, y fabricando él mismo el material en su casa. Buscando la compresión axial desarrolló una placa y tornillos compresivos (Figura 1), permitiendo una recuperación funcional inmediata y consiguiendo que los huesos reparasen por medio de lo que denominó «soldadura autógena».



Robert Danis.

Los trabajos de Danis habían caído en el olvido cuando, en 1958, Maurice E. Müller reunió a un grupo de cirujanos para formar un grupo de estudio bajo el nombre de Arbeitsgruppe

für Osteosynthesenfrage (AO), que los adoptó, mejoró y desarrolló. Fue un excelente pintor y músico, pianista además de compositor, disfrutando en sus ratos de ocio de la buena mesa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotton CL. The history of fracture treatment. Philadelphia: WB Saunders, 1998.
2. Danis A. Robert Danis. AO Dialogue 1/2000.
3. Danis R. Theorie et pratique de l'osteosynthese. París, Francia: Masson et Cie, 1949.
4. Kinnaert P. History of the ISS/SIC: Robert Danis, a true general surgeon. World J Surg 2002; 2:1202-5.

Fritz De Quervain. 1868-1940

Epónimos asociados

Enfermedad de De Quervain: tenosinovitis crónica que engrosa las vainas del tendón del músculo abductor largo del pulgar y del músculo extensor corto del pulgar.

Tiroiditis de De Quervain: inflamación subaguda no infecciosa de la glándula tiroides, frecuente tras sufrir infección vírica del tracto respiratorio.

Biografía

Nació en Sion, Valais (Suiza). Describió la tendinitis crónica que lleva su nombre, aunque también fue muy reconocido por su estudio de las enfermedades del tiroides.

En 1892 se doctoró en la Universidad de Berna, llegando a director del departamento de Cirugía del hospital La Chaux-de-Fonds, en el cantón de Neuchatel. Allí, el 18 de diciembre de 1894, describió la tenosinovitis en la señora D., una mujer de 35 años que presentaba un fuerte dolor en la región del músculo extensor del pulgar, excluyendo que se debiera a la tuberculosis.

En 1910 obtuvo la cátedra de la Universidad de Basilea y en 1918 pasó definitivamente al

Inselspital de Berna, donde sucedió a Kocher como profesor de Cirugía en la Universidad de Berna.



Fritz De Quervain.

Jacques Mathieu Delpech. 1777- 1832

Epónimos asociados

Ley de Delpech: la presión anormal sobre el cartílago de crecimiento lleva a cambios en la velocidad de crecimiento; en las zonas de mayor presión disminuye la velocidad, mientras que ésta se incrementa cuando disminuye la presión [1][2].

Biografía

Anatomista y cirujano francés, nacido en 1777 en Toulouse y fallecido el 28 de octubre de 1832 en Montpellier. Obtuvo su doctorado en medicina en París en 1801, volviendo a su ciudad natal como profesor de anatomía, donde optó a la cátedra de Cirugía, pero escogieron a Guillaume Dupuytren (1777-1835). Desde 1812 ocupó la cátedra de Cirugía en la Universidad de Montpellier.

Delpech fue un cirujano muy hábil aunque, como director del Hospital Saint-Eloi y jefe del servicio para enfermedades del aparato lo-

comotor, se dedicó y fue un defensor de los tratamientos conservadores en ortopedia. En su servicio dispuso de jardines para pasear, un gimnasio con calefacción para el invierno y otro al aire libre para el tratamiento de diversos trastornos del aparato locomotor. Sus pacientes pasaban largas estancias en el hospital, entre uno o dos años, hasta resolver sus enfermedades; en el centro disponían de uniformes especiales para realizar los ejercicios [3] (Figura 1).



Fig. 1. Jacques Mathieu Delpech.

Su vida estuvo llena de innovaciones y dedicación al tratamiento de las enfermedades músculo-esqueléticas. Fundó la revista *Chirurgie Clinique* de Montpellier (1823-1828) y la *Memorial des Hôpitaux du Midi et de la Clinique de Montpellier* (1829-1836). En 1809 tradujo la obra de Scarpa sobre los aneurismas. En las *Considérations sur la difformité appelée pied-bots*, describió la sección del tendón de Aquiles para el tratamiento del pie zambo, y fue el primero en demostrar el valor de las tenotomías en la corrección de las deformidades por contracturas musculares. En su manual *De l'par rapport à l'humaine orthomorphie espèce*, en dos volúmenes (1828), un amplio tratado de las deformidades de los huesos y las articulaciones, definió la naturaleza tuberculosa del mal de Pott. También fue el primero en efectuar seis

casos de rinoplastia y reparar el labio inferior con un injerto de piel de la garganta. Sin embargo, Delpech siempre será recordado porque en su tratado *De l'orthomorphie* publicó, al mismo tiempo que Hueter y Volkmann, una ley sobre los efectos de las presiones sobre el cartílago de crecimiento.

Murió en 1832 a consecuencia de los disparos efectuados por un paciente al que había operado de un varicocele.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shapiro F. Pediatric orthopedic deformities. Basic science, diagnosis and treatment. Orlando, FL, Academic Press, 2001. Delpech JM. *De l'Orthomorphie*, 2 vol. Paris: Gabon, 1828.
2. Cañadell J. Lesiones del cartílago de crecimiento. Ponencia oficial SECOT, Torremolinos 1976.
3. Glicenstein J. Pionniers et martyrs: Delpech, Guinard, Pozzi. *Ann Chir Plast Esthét* 54:171-5.

Christian Johann Doppler. 1803-1853

Epónimos asociados

Efecto Doppler: es un efecto de la física ondulatoria que ocurre cuando una fuente en movimiento emite ondas. Un observador situado delante de la fuente observará cómo la frecuencia de las ondas es mayor que la realmente emitida, mientras que un observador situado detrás de la fuente observará una mayor distancia entre los frentes de onda y, por lo tanto, una menor frecuencia. Ejemplo sencillo: el sonido de la sirena de un vehículo cambia conforme se acerca y, especialmente, cambia el tono cuando acaba de pasarnos. Por el contrario, el conductor no advierte dichos cambios.

Biografía

Christian Johann Doppler nació el 29 de noviembre de 1803 en Salzburgo (Austria) en el seno de una familia dedicada a los negocios.

Realizó sus estudios secundarios en Linz y, por consejo de uno de sus profesores, ingresó en el Instituto Politécnico de Viena, graduándose en 1825. Continuó sus estudios en la Universidad de Viena, donde fue contratado para impartir mecánica y matemáticas. Ante la falta de futuro universitario, trabajó 18 meses de contable en una fábrica de hilaturas de algodón. Cansado de su situación, quiso acceder a un puesto universitario en Estados Unidos pero finalmente eligió Praga, donde nunca llegó a enseñar por problemas burocráticos. Preparó oposiciones como profesor de matemáticas avanzadas para el Instituto Politécnico de Viena y de Praga. No tuvo éxito, pero fue contratado en Praga para impartir clases, a tiempo parcial, entre 1836 y 1838; en 1841 fue contratado como profesor a tiempo completo.

Presentó la idea sobre el efecto que lleva su nombre en una comunicación en el Congreso de Ciencias Naturales, celebrado en Praga en mayo de 1842, con el título *Über das farbige Licht der Doppelsterne*. La idea le surgió observando, durante mucho tiempo, los fenómenos de la naturaleza. En 1844 su salud había empeorado y, además, fue denunciado por sus alumnos por su exigencia docente, lo que le separó de la enseñanza hasta 1846. En junio de 1845, Ballot, un meteorólogo de Utrecht (Holanda), confirmó el principio de Doppler durante un viaje en tren. Doppler repitió el experimento colocando a un grupo de músicos en un ferrocarril y les indicó que tocaran la misma nota musical mientras que otro grupo de músicos, en la estación del tren, registraba la nota musical que oían cuando el tren se acercaba y alejaba de ellos sucesivamente. Una idea complicada, pero brillante. Es curioso que el ejemplo clásico que hoy mejor ilustra el *efecto Doppler* es el silbato de una locomotora acercándose y alejándose de un observador inmóvil. Más tarde, el físico francés Fizeau (1818-1896), quien había hecho las primeras mediciones de la velocidad de la luz, generalizó el trabajo de Doppler al aplicar su teoría no sólo al sonido, sino también a la

luz, señalando en 1848 que los cuerpos celestes que se acercan a la Tierra se ven de color azul, mientras que los que se alejan se observan rojos. Esto significa que las ondas de luz, cuando se aproximan hacia el observador, se dirigen hacia el extremo ultravioleta del espectro y cuando se alejan, se aproximan hacia el extremo infrarrojo del mismo, es decir, que sus ondas, al igual que las sonoras, se vuelven más altas cuando se aproximan y más bajas cuando se distancian.



Fig. 1. Christian Johann Doppler.

Tras el éxito de estos trabajos, se le ofreció un puesto de profesor de matemáticas, física y mecánica en una pequeña ciudad de Checoslovaquia. Poco después, en 1849, fue contratado como profesor en el Instituto Politécnico de Viena, y en 1850 fue nombrado primer director del nuevo Instituto de Física de la Universidad de Viena, donde examinó a un joven monje de 20 años llamado Gregorio Mendel.

Doppler también publicó sobre magnetismo, electricidad, óptica y astronomía, entre otras, y creó numerosos instrumentos, especialmente ópticos, mejorando otros ya existentes. Era conocido por tener ideas muy originales, aunque algunas no podían llevarse a la práctica, pero en otros casos fueron origen de desarrollos posteriores. Evidentemente, la de mayor aplicación y difusión fue el efecto que lleva su nombre que,

junto con el ultrasonido, han revolucionado el diagnóstico en medicina.

Enfermo de tuberculosis, partió para recuperarse a Venecia, falleciendo allí el 17 de marzo de 1853, a la edad de 50 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José L. Fresquet, Universitat de València. 2004.

Guillaume Benjamin Amand Duchenne de Boulogne. 1806-1875

Epónimos asociados

Atrofia muscular espinal de Aran-Duchenne: adelgazamiento progresivo de los músculos posteriores por atrofia y parálisis (François Amilcar Aran 1817-1861).

Enfermedad de Duchenne: degeneración de las raíces posteriores de la médula espinal y del tronco encefálico.

Enfermedad de Duchenne-Griesinger: debilidad y seudohipertrofia de los músculos afectados (Wilhelm Griesinger, 1817-1868).

Distrofia de Duchenne femenina: síndrome clínico de Duchenne-Griesinger en las mujeres.

Postura de Duchenne: hombro en rotación externa por la parálisis del músculo trapecio.

Síndrome de Duchenne: amiotrofia causada por una parálisis bulbar crónica, que pueden representar las manifestaciones tempranas de la esclerosis lateral amiotrófica.

Trócar de Duchenne: aguja en forma de arpón para efectuar biopsias musculares percutáneas sin anestesia.

Parálisis de Duchenne-Erb: parálisis congénita por lesión del nervio del músculo braquial, del plexo braquial, durante el parto. Se manifiesta como una parálisis flácida de músculos del hombro y del brazo, participando las raíces cervicales de cuarto, quinto, sexto y los nervios cervicales (Wilhelm Heinrich Erb, 1840-1921).

Biografía

Neurólogo francés, nacido el 17 de septiembre de 1806 en Boulogne-sur-Mer y fallecido el 15 de septiembre de 1875 en París. Guillaume Benjamin Amand Duchenne, descendiente de una familia relacionada con el mar del Norte, rompió la tradición, a pesar de los esfuerzos de su padre, y se decantó por la ciencia. Con 21 años de edad, comenzó los estudios de medicina con maestros como René-Théophile-Hyacinthe Laënnec (1781-1826), el barón Guillaume Dupuytren (1777-1835), François Magendie (1783-1855) y Léon Cruveilhier (1791-1874), graduándose en París en 1831. Probablemente influenciado por Dupuytren, presentó su tesis sobre las quemaduras.

Debido a la muerte de su padre, regresó a Boulogne, donde ejerció la medicina durante 10 años. Se casó en 1831, pero su esposa murió en el parto de fiebre puerperal, por lo que fue acusado por la familia política, que le retiró la custodia de su hijo. Perdió a gran parte de sus pacientes y, después de un nuevo matrimonio, regresó a París en 1842, sin nada más que su ilusión por la investigación neurológica y, especialmente, la electropuntura, inventada recientemente por Magendie y Jean-Baptiste Sarlandière (1787-1838).

En París no fue bien recibido. Fue ridiculizado por su acento y sus modales provincianos, siendo conocido como Duchenne de Boulogne para evitar la confusión con Édouard Adolphe Duchesne (1894-1869), médico de moda. Trabajó en las clínicas y hospitales de caridad, y ganó su sustento de la práctica privada, viviendo para sus pacientes y para los estudios neurológicos, realizados de manera poco ortodoxa pero efectiva. Sin embargo, fue un investigador diligente y metódico, analizando las historias clínicas. Cuando era necesario seguía a sus pacientes de un hospital a otro para completar sus estudios. De esta manera logró un material completo con buenos seguimientos, muy superior al que podía disponer cualquier otro médico u hospital. Además de su recorrido hospitalario diario, esta-

bleció sesiones clínicas donde acudían médicos extranjeros. Cada mes organizaba cenas con sus colegas –Charcot, Pierre Paul Broca (1824-1880), Auguste Nélaton (1807-1873) y Edmé Félix Alfred Vulpian (1826-1887)–, en las que veían preparaciones histológicas con cuadros divertidos para entretener a su nieto.

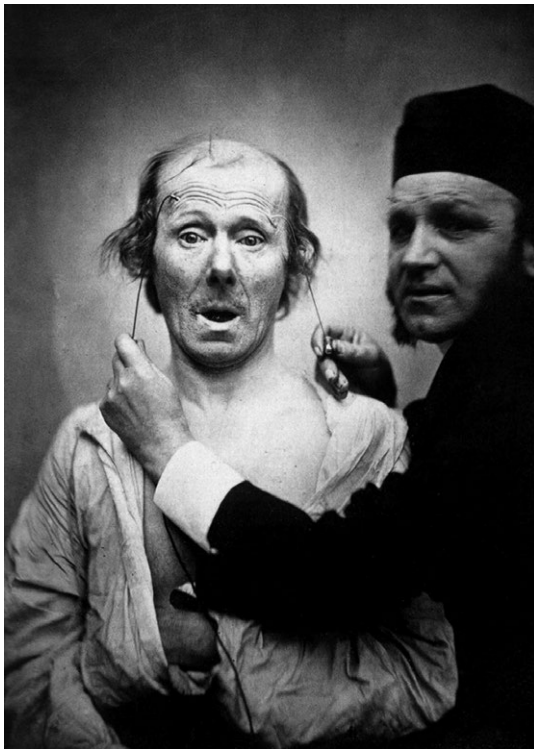


Fig. 1. Guillaume Benjamin Amand Duchenne de Boulogne.

Duchenne fue una figura solitaria de los hospitales de París, mofa de internos y desprecio de sus compañeros. Sin embargo, demostró enorme valentía y saber lo que quería, por lo que no tardó en obtener una reputación como neurólogo, con un cierto reconocimiento académico. Desarrolló su interés por las enfermedades musculares, electrodiagnóstico y estimulación eléctrica. De estos trabajos se conserva una magnífica colección fotográfica (Figura 1) y un intercambio de correspondencia con Charles Darwin (1809-1882), quien sacó numerosas

anotaciones para su tratado *La expresión de las emociones en el hombre en los animales* (1872). Duchenne construyó su propio aparato de estimulación neuromuscular y desarrolló la técnica del uso de electrodos de superficie, pues los estimuladores eléctricos anteriores causaban daños tisulares y quemaduras. La fuente de energía consistía en una batería de carbón-zinc. Con la estimulación eléctrica provocaba movimientos musculares como una forma de terapia, pero luego descubrió sus posibilidades como método de diagnóstico. Analizó el mecanismo de la expresión facial, el cual fue publicado e ilustrado por numerosas fotografías, siendo uno de los primeros en utilizar fotografías para ilustrar los procesos de enfermedad.

Duchenne distinguió entre la estimulación indirecta «a través» de los nervios y la estimulación directa del músculo. También realizó la electroestimulación del recto y la vejiga en la incontinencia y de útero en las amenorreas. Los primeros resultados se describieron en un informe a la Académie de Médecine de París en 1848.

Fue probablemente la primera persona en utilizar el procedimiento de biopsia para obtener tejido de un paciente vivo para el examen microscópico. Para ello desarrolló una aguja de punción que llevaba su nombre. Esto despertó controversia en la prensa por la moralidad de examinar tejidos vivos.

Sin embargo, Duchenne fue poco ambicioso, aunque hacia el final de su vida se estableció con Jean-Martin Charcot (1825-1893) en el Hôtel de Salpêtrière. Charcot fue uno de sus buenos amigos y lo reconocía como maestro; aunque en Francia no era querido, había adquirido un alto reconocimiento internacional y a principio de la década de 1870 viajó, siendo recibido en la corte de la reina Victoria de Inglaterra y en la corte de Felipe IV de España.

Durante la última parte de su vida Duchenne fue un hombre feliz, sobre todo después de reunirse con su hijo, al que apenas había conocido, que se dedicó a la neurología en París. Desgraciadamente, su vástago murió muy pronto de

fiebre tifoidea. A raíz de ello, Duchenne se deterioró con una aterosclerosis cerebral y falleció en 1875 de una hemorragia cerebral. En sus últimos días escribió con su propia mano sus propias vivencias sobre la hemiparesia progresiva.

Después de su muerte fue reconocido en la Salpêtrière y a pesar de que no se le dio un reconocimiento oficial de la Academia de Medicina y el Instituto de Francia, había sido nombrado miembro honorario o correspondiente de las academias en Roma, Madrid, Estocolmo, San Petersburgo, Ginebra y Leipzig.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rondot PGBA. Duchenne de Boulogne (1806-1875). *J Neurol* 2005; 252:866-7.
2. Parent A. Duchenne de Boulogne (1806-1875). *Parkinsonism Relat Disord* 2005; 11:411-2.
3. Parent A. Duchenne De Boulogne: a pioneer in neurology and medical photography. *Can J Neurol Sci* 2005; 32:369-77.
4. Clarac F, Massion J, Smith AM. Duchenne, Charcot and Babinski, three neurologists of La Salpêtrière Hospital, and their contribution to concepts of the central organization of motor synergy. *J Physiol Paris* 2009; 103:361-76.

Guillaume Dupuytren. 1777-1835

Epónimos asociados

Absceso de Dupuytren: absceso de la fosa ilíaca derecha.

Vendaje de Dupuytren: férula metálica para inmovilizar los huesos fracturados.

Enfermedad (contractura) de Dupuytren: retracción de la fascia palmar causando la flexión de los dedos, especialmente el cuarto y el quinto dedo de la mano.

Flemón de Dupuytren: en el cuello.

Fractura de Dupuytren: epónimo hoy abandonado que se refiere a las fracturas distales del peroné con lesión de los ligamentos tibio-fibulares y del ligamento deltoideo. Hay un despla-

miento lateral del astrágalo y una posible fractura del maléolo medial.

Biografía

Nació en Pierre-Buffière, cerca de Limoges (Francia), y debió ser un niño muy atractivo pues fue secuestrado dos veces, primero por una rica señora de Toulouse y después por un oficial de caballería. Estudió medicina en París, en la Charité, la Salpêtrière, la École de Santé y el Collège de Magnac-Laval, en la mayor pobreza; se dice que utilizaba la grasa de los cadáveres para iluminar sus noches de estudio.



Guillaume Dupuytren.

En 1796 fue uno de los fundadores de la Société Médicale d'Émulation y, en 1803, de la Sociedad Anatómica. Su carácter le hizo chocar con Laennec, quien le echó en cara su ingratitud hacia Bichat en su tesis de doctorado. Fue profesor de Anatomía interesado por las autopsias, por lo que pasó a ser profesor de anatomía patológica macroscópica. A los 25 años recibió el nombramiento de cirujano en el Hotel de Dieu, donde se enfrentó a su jefe, Philippe Jean Pelletan, al que consiguió superar. Dupuytren se ocupó de la fisiología experimental y realizó trabajos sobre la función de los nervios de la lengua, la respiración y los «movimientos» del cerebro.

Fue un hombre con una personalidad muy difícil pero también un docente fascinante al que se le pusieron muchos sobrenombres: «el primero entre los cirujanos y el último entre los hombres» o «Napoleón de la cirugía». No le gustaba escribir y todos sus trabajos fueron realizados por alumnos y publicados como lecciones. Renovó la docencia incorporando las enseñanzas de Bichat, uniendo el estudio *clínico* y la investigación de las lesiones anatómicas. Siguiendo a Hunter, fue un convencido de la cirugía experimental.

Describió la contractura en la mano y la técnica quirúrgica, demostrando que ésta se producía en la fascia palmar y no en los tendones o la piel, como señalaba Astley Cooper. Trató la tortícolis seccionando el músculo esterno-cleido-mastoideo y desarrolló un enterotomo muy utilizado por famosos cirujanos de su tiempo, como Cooper o Mickulicz, de quien tomó el nombre.

Su fama se había extendido por toda Europa y Luis XVIII lo nombró barón. En un año visitó a 10.000 pacientes, por lo que cuando Carlos X fue destronado, Dupuytren le ofreció un millón de francos, que el rey rechazó. En 1833, mientras dictaba una conferencia, sufrió un derrame cerebral que le dejó inválido. Aprovechó para viajar a Italia con la idea de volver a trabajar a su retorno. Sin embargo, su salud se fue deteriorando y murió en París a los 58 años. Dejó 200.000 francos para la cátedra de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de la Sorbona, que fueron empleados para crear el museo que todavía hoy lleva su nombre. Fue francmasón, miembro de la logia Sainte-Catherine, miembro del Consejo de Salud, de la Academia de Medicina –de la que fue presidente en 1824– y de la Academia de Ciencias, además de oficial de la Legión de Honor.

Contribuyó al estudio de la luxación congénita de cadera y en algunos lugares se habla del «abceso de Dupuytren», abceso de la fosa ilíaca derecha; también del «anillo o abrazadera de Dupuytren» o anillo metálico para la síntesis de fracturas óseas. Además, con un buen número

de cadáveres frescos, Dupuytren aplicó cargas controladas sobre el tobillo para disecarlo y visualizar las lesiones que se producían sobre el hueso y las partes blandas y analizar las fracturas de tobillo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fresquet JL. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia - CSIC). Febrero de 2006.
2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
3. Peltier LF. Guillaume Dupuytren and Dupuytren's fracture. *Surgery* 1958; 43:868-74.
4. Bonnin JG. Injuries of the ankle. Londres: Inglaterra; Heinemann, 1950.
5. Dupuytren G. Of fractures of the lower extremity of the fibula and luxations of the foot. *Med Classics* 1939; 4:151-72.

Wilhelm Heinrich Erb. 1840-1921

Epónimo asociado

Parálisis de Erb-Duchene: parálisis de origen obstétrico que afecta a las raíces nerviosas C5-C6 y en ocasiones también a la C7, que presenta un miembro superior en aducción y rotación interna (pronación del antebrazo).

Biografía

Wilhelm Heinrich Erb nació en Winweiler, Baviera (Alemania), hijo de un guardabosques. Estudió medicina en Heilderberg, Erlangen y Múnich, donde se graduó con la tesis *Die Pikrinsäure, ihre physiologischen und therapeutischen Wirkungen* (1864). Su obra científica abarca dos periodos que se desarrollaron en Heilderberg, con una etapa intermedia en Leipzig. En el primero de ellos se centró en el estudio de las enfermedades de los nervios periféricos y de la médula espinal, trabajando después con el sistema muscular.



Wilhelm Heinrich Erb.

En Heilderberg conoció a Nikolaus Friedrich, quien le animó hacia a la neurología, aunque inicialmente se interesó por la toxicología y la histología. En 1880 fue invitado por Ernst Wagner a Leipzig, donde desarrolló una unidad independiente de neurología, teniendo como discípulos a Paul Julius Möbius (1853–1907) y a Emil Kraepelin (1856–1926).

De nuevo en Heidelberg, en 1883, fue profesor de medicina interna y director del nuevo hospital neurológico, y contribuyó a fundar el *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, más tarde *Zeitschrift für Neurologie* y, finalmente, *Journal of Neurology*, donde publicó sus trabajos sobre las distrofias musculares. También publicó el primer manual sobre electroterapia (1882), donde proponía la «faradización localizada» para el diagnóstico y pronóstico y la investigación fisiológica. Fue de los primeros en introducir el estudio de los reflejos en la exploración clínica. De hecho, el reflejo patelar fue descubierto simultáneamente por Erb y por Carl Otto Friedrich Westphal (1833–1890), y ambos describieron también la ausencia del reflejo patelar en la tabes (signo de Westphal).

Erb contribuyó al estudio de la sífilis, analizó las formas juveniles de atrofas musculares y

distinguió entre mioatrofas y midistrofas. En 1891 sugirió que las distrofias musculares eran una degeneración primaria del músculo, y acuñó el término distrofia muscular progresiva.

En 1874 habló sobre una peculiar localización de la parálisis del plexo braquial, conocida como parálisis de Erb o parálisis de Erb-Duchenne. El artículo sobre el tema no apareció hasta 1877. Se jubiló en 1907 con todos los honores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarikcioglu L, Arican RY. Wilhelm Heinrich Erb (1840–1921) and his contributions to neuroscience. *J Neurology Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:732.
2. Watt AJ, Niederbichler AD, Yang LJ, Chung KC. Wilhelm Heinrich Erb, MD (1840-1921): A historical perspective on Erb's palsy. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119:2161-6.

Johannes Friedrich August von Esmarch. 1823-1908

I Epónimos asociados

Vendaje de Esmarch I: vendaje triangular.

Vendaje de Esmarch II: torniquete que sirve para controlar el sangrado.

Hemostasia de Esmarch: procedimiento para realizar hemostasia antes de la cirugía.

Máscara de Esmarch: una máscara metálica con tiras de gasa y cubierta de goma exterior para aplicar cloroformo o éter por inhalación.

Manipulación de Heiberg-Esmarch: manipulación sencilla que puede salvar la vida al mantener el paso abierto de las vías respiratorias

I Biografía

Johannes Friedrich August von Esmarch cirujano alemán, nació el 9 de enero 1823, en Töning, en el norte de Alemania, y falleció, el 23 de febrero 1908, en Kiel. Obtuvo el doctorado en medicina, en Kiel, habiendo sido asistente

de Bernhard Rudolf Konrad von Langenbeck (1810-1887).

En 1848, fue llamado a prestar servicio como cirujano en la guerra contra Dinamarca donde fue hecho prisionero por los daneses. Durante la tregua de 1849 obtuvo el título de Privatdozent, en Kiel, y al recrudescerse de nuevo la guerra fue ascendido al grado de cirujano jefe. Una vez finalizada regresó a Kiel, donde permaneció como director y profesor de cirugía hasta 1899. Entre tanto, participó en 1864 en una nueva guerra contra Dinamarca, y en 1866 formó parte, en Berlín, de la comisión sobre los hospitales militares. En la guerra franco-alemana de 1870 tuvo el cargo de Generalarzt.

No es de extrañar siguiendo sus avatares que se le considere una autoridad en la gestión hospitalaria y de la cirugía militar pues fue el primero en introducir el botiquín de primeros auxilios en el campo de batalla, en organizar la educación en primeros auxilios para el personal militar y civil, y sus manuales de las técnicas quirúrgicas en el campo de batalla fueron los más conocidos y editados. Además, Von Esmarch diseñó un vendaje triangular, de lino, para uso de los propios soldados. Como novedad en la envoltura del mismo aparecían impresas las instrucciones sobre su uso.

Von Esmarch se casó dos veces, primero con la hija de su maestro, von Langenbeck, y, en 1872, con una princesa real lo que le hizo tío del Kaiser Guillermo II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero Mújica AG. Johannes Friederich August von Esmarch (1823-1908). Acta Ortopédica Mexicana 2007; 21:230-1.
2. Wolf JH. Friedrich Esmarch als Erfinder der künstlichen Blutleere bei Operationen. J Op Orthop Traumat. Historischer Beitrag. 1990; 2.
3. Esmarch JFA. Handbuch der Kriegschirurgischen Technik. Hannover: 5th edition, 1901.
4. Esmarch JFA. Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Ein Leitfaden für Samariter-Schulen in fünf Vorträgen. Leipzig: 1882: 8-81.

Peter Gordon Lawrence Essex-Lopresti. 1916-1951

Epónimos asociados

Fractura de antebrazo de Essex-Lopresti: fractura rara del antebrazo que se produce por una fuerza longitudinal, con la mano y el brazo extendidos, fracturando la cabeza radial, con una luxación o subluxación asociada de la articulación radio-cubital distal. (Figura 1)

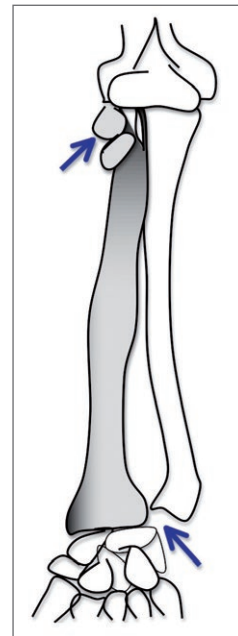


Fig. 1.

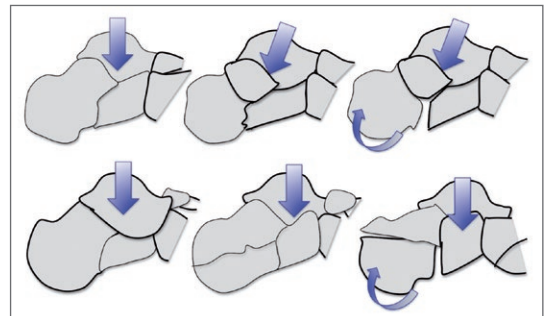


Fig. 2.

Maniobra de reducción de Essex-Lopresti para fracturas de calcáneo.

Clasificación fracturas de calcáneo de Essex-Lopresti: basada en la imagen radiográfica en función de la segunda línea de fractura a través de la faceta posterior. (Figura 2)

Biografía

Se formó en el London Hospital y al finalizar, en 1937, tras varios intentos de buscar trabajo, se incorporó a la sanidad militar en el Royal Army Medical Corps, sirviendo como cirujano en la 6ª brigada británica aerotransportada, donde clasificó las lesiones observadas en más de 20.777 saltos [1-3]. Las fracturas del calcáneo, observando las radiografías, las dividió en periféricas, extra e in-tra-articulares, las cuales, a su vez, podían provocar una depresión de la superficie articular, cuando la línea primaria sale del hueso cerca de la articulación subastragalina, o en lengua, cuando la línea primaria de la fractura sale por la cara posterior del hueso. Además, introdujo el concepto de reducción percutánea del fragmento desplazado de las fracturas de calcáneo, que en ocasiones aparece unido al de Westheus. La técnica de reducción percutánea era distinta para cada tipo de fractura. Después publicó un trabajo sobre las fracturas abiertas [4].

Al terminar la Segunda Guerra Mundial se incorporó en el Birmingham Accident Hospital, donde reorganizó el programa de formación de los residentes.

No es de extrañar que la lección que impartiera en la prestigiosa Hunter Lecture, el 6 de marzo de 1951, fuese sobre el mecanismo, reducción y resultados de las fracturas de calcáneo. Pero el recuerdo eponímico de Essex-Lopresti, que permanece hoy, se debe a la descripción de la lesión del antebrazo en dos pacientes que visitó el mismo año de su muerte [5]. Essex-Lopresti, un habilidoso pianista, murió en su domicilio de Warwickshire a los 35 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Essex-Lopresti P. The hazards of parachuting. Br J Surg 1946; 34:1-13.
2. Essex-Lopresti P. The problems of airborne surgery. Lond Hosp Gaz 1948; 51:7-13.
3. Essex-Lopresti P. The mechanism, reduction technique, and results in fractures of the os calcis. Br J Surg 1952; 39:395-419.
4. Essex-Lopresti P. The open wound in trauma. Lancet 1950; 1:745-51.
5. Essex-Lopresti P. Fractures of the radial head with distal radioulnar dislocation. J Bone Joint Surg (Br) 1951; 33-B:244-7.

James Ewing. 1866-1943

Epónimos asociados

Sarcoma de Ewing: tumor primario maligno óseo.

Sarcoma de Ewing de partes blandas: el sarcoma de Ewing cuando se encuentra totalmente restringido a los tejidos blandos.

Biografía

James Ewing, patólogo estadounidense, nació el 25 de diciembre 1866, en Pittsburgh (Pennsylvania), y murió el 16 de mayo 1943, en Nueva York. Fue hijo de un juez y miembro de una familia reconocida de Pensilvania. A los 14 años sufrió una enfermedad del fémur, que le tuvo confinado en cama por dos años. Durante este tiempo, participó en concursos ganando en uno de ellos un microscopio, que le marcaría toda su vida. Estudió en el Amherst College y en 1888 se incorporó al Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York, donde obtuvo el doctorado en medicina en 1891.

En Pensilvania se formó en el Hospital Roosevelt y en el Sloane Maternity, desarrollando su interés por la anatomía patológica. Posteriormente, regresó a su universidad como profesor de Histología (1893-1897). En 1898 se incoro-

poró como cirujano en el ejército de EE.UU. recibiendo a los soldados provenientes de Cuba y Filipinas, periodo en el que publicó varios artículos sobre la malaria. En 1899, Ewing aceptó, la recién estrenada cátedra de patología clínica en la Universidad de Cornell (Nueva York), donde realizó trabajos experimentales sobre el cáncer, bajo los auspicios del Memorial Hospital y financiado por la Fundación Huntington. La temprana muerte de su esposa y un hijo no nato en 1903, marcó su tendencia a recluírse y el carácter excéntrico de Ewing

En 1906, Ewing y su equipo publicaron un hallazgo en el linfosarcoma en perros, mostrando como se transmitía la enfermedad de un animal a otro, durante el coito, por transferencia de células tumorales. En 1907, fue co-fundador de la Asociación Americana para la Investigación del Cáncer y creador del Journal of Cancer Research.



Fig. 1. Portada del Time con el retrato de Ewing.

En 1913, sus trabajos lo relacionaron con James Douglas, un ingeniero de minas con formación médica. Douglas tenía interés en la posible capacidad terapéutica del radio. Ewing fue el primer director de investigación y director del Memorial Hospital (1931 - 1939) (Figura 1), donde surgió el reconocido Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de Nueva York, que bajo su dirección desarrolló un nuevo concepto en el tratamiento del cancer, lo que le valió ser portada de la revista Time, en 1931 (Figura 2). En los últimos años de su vida padeció una neuralgia de trigémino que limitó mucho sus actividades profesionales hasta que murió de cáncer de vejiga, a los 76 años de edad, en 1943.

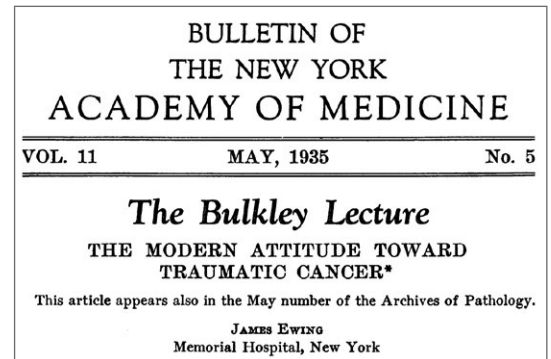


Fig. 2. Artículo de J Ewing sobre la actitud ante el cancer «traumatico», discurso en la Academia de medicina de Nueva York, en las «Fridays afternoon lectures», celebrada el 18 de enero de 1935.

Enrique Finochietto. 1881-1948

I Epónimo asociado

Signo del salto de Finochietto (lesión meniscal): el signo del salto lo observó Finochietto en 75 pacientes, 74 con lesión de la porción posterior del menisco interno [1][2] (Figura 1).

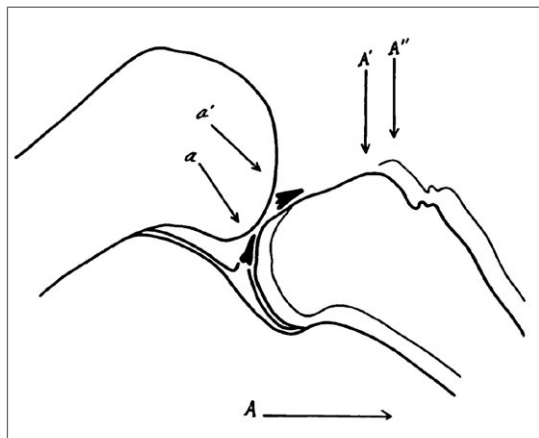


Fig. 1.

I Biografía

Nacido en Buenos Aires el 13 de marzo de 1881, donde falleció el 17 de febrero de 1948, destacó como profesor, investigador e inventor de un gran número de técnicas, aparatos e instrumentos de cirugía (Figura 2).

Hijo de inmigrantes italianos, con apenas 16 años ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Entre 1906 y 1909 viajó por Europa y para poder representar adecuadamente sus ideas, aprendió dibujo técnico por lo que sus publicaciones y trabajos posteriores destacaron por la precisión y calidad de las ilustraciones que realizaba.

En 1914 defendió la tesis «Los métodos operatorios para la exclusión del píloro». Regresó a la Argentina en 1919, afectado por una enfermedad contraída en Europa (presuntamente sífilis) que, según costumbre de la época, permanecería soltero el resto de su vida.

Volvió, de nuevo, a Europa en 1922, habiendo preparado previamente los planos para la construcción de la escuela de cirugía, el Pabellón IX del Hospital Rawson. Al retornar a su país, realizó cirugías torácicas de alta complejidad, incluyendo la incisión paradójica —una técnica propia—, denominada así porque la incisión se realizaba en sentido inverso al establecido por los métodos de la cirugía clásica. Su fama fue tanta que ha quedado la expresión porteña de «¡Pero quién te crees que sos! ¿Finochietto?» para expresar que el interlocutor exageraba. Su hermano y ayudante, Ricardo, lo bautizó como «El divino».

Los preceptos que inculcará en sus discípulos fueron: «Solo cumple con su deber quien va más allá de sus obligaciones», «la operación grande no es más que la sucesión de los tiempos de operaciones pequeñas» o «el dinero de los enfermos debe ser, primordialmente, para los enfermos».



Enrique Finochietto.

Inventó el frontolux, un sistema inspirado en las lámparas de los mineros que, ceñido a la frente del cirujano, permite iluminar el campo operatorio; el «empuja ligaduras», para detener las hemorragias; el porta-agujas, de diversas medidas y formatos; la pinza doble utilizada para la hemostasia y como pasahilos;

el aspirador quirúrgico para limpiar la sangre del campo operatorio; las «valvas Finochietto», para abrir heridas; la cánula para transfusiones; la mesa quirúrgica móvil, manejada con pedales e impulsada por motor eléctrico, el banco para operar sentado y el separador intercostal a cremallera para operaciones de tórax, conocido universalmente como «separador Finochietto».

Agravada su enfermedad, Finochietto renunció a la Cátedra de Clínica Quirúrgica en 1933. El 8 de marzo de 1940 realizó su última operación extrayendo un quiste hidatídico a un indio mapuche, otra intervención que sólo él parecía capaz de realizar. Murió el 17 de febrero de 1948.

Finochietto estuvo vinculado al ambiente del tango, siendo amigo de Carlos Gardel y el compositor Julio de Caro le dedicó, en 1925, el tango *Buen amigo*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Finochietto R. Meniscos de la rodilla. El signo del salto. Prensa Med Argentina 1930; XVII:302
2. Losee RE. Finochietto's «Jump Sign». Pathognomic sign of a posterior longitudinal tear of the meniscus knee. Iowa Orthop J 1983; 3:55-6.
3. Finochietto R. Semilunar cartilages of the knee. The «jump sign». J Bone Joint Surg 1935; XVII:916-21.
4. Deysine M. Enrique and Ricardo Finochietto: surgery, the ultimate devotion. Surgery 1973; 73:490-9.
5. Zabaleta DE. Enrique Finochietto: el hombre y el maestro. La Semana Médica 1962; 120:960-7.

Albert Henry Freiberg. 1868-1940

Epónimo asociado

Osteonecrosis de Freiberg: de la cabeza del segundo metatarsiano y, ocasionalmente, puede afectar al tercero. Es más frecuente en mujeres (Figura 1).



Fig. 1.

Biografía

Cirujano y profesor de Cirugía Ortopédica en Cincinnati (EE UU), Freiberg (Figura 2) fue un botánico aficionado, un consumado violinista y, además, buen fotógrafo. Graduado en la Universidad de Cincinnati y en el Medical College of Ohio, en 1890 fundó el Freiberg Orthopaedics and Sports Medicine Center, dedicando mucho tiempo a los niños discapacitados. Viajó durante un largo tiempo por Europa, estudiando en las universidades de Wurzburg, Estrasburgo, Berlín –con Julius Wolff– y Viena. A su regreso, en 1893, comenzó a trabajar en su ciudad, llegando a ser jefe del servicio de Ortopedia del Cincinnati General Hospital, del Children's Hospital y del Jewish Hospital. Entre 1910 y 1911 fue presidente de la American Orthopaedic Association. Pero sobre todo es recordado por describir el aplanamiento de la cabeza del segundo metatarsiano, que inicialmente consideró de causa traumática y después una osteocondritis, para finalmente regresar a la causa traumática original. Curiosamente, durante la Primera Guerra Mundial trabajó con Keller, quien hacía campaña para no dañar la cabeza del primer metatarsiano con la cirugía del hallux-valgus.



Fig. 2. Albert Henry Freiberg.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freiberg AH. The so-called infraction of the second metatarsal bone. *J Bone Joint Surg* 1926; 8:257-61.

Riccardo Galeazzi. 1866-1952

I Epónimos asociados

Fractura de Galeazzi: fractura de la mitad distal del radio con luxación o subluxación de la articulación radio-cubital distal.

Signo de Galeazzi: luxación congénita de cadera. Niño en decúbito supino, con las rodillas y caderas flexionadas a 90°, se observa las rodillas a diferente altura.

I Biografía

Nacido en Turín (Italia), completó su formación académica en la Clínica Chirúrgica dell'Ospedale Mauriziano de su ciudad natal, aunque siempre practicó la medicina en Milán. A los 37 años sustituyó a Codivilla como director del hospital milanés «dei Rachitici». Codivilla ha-

bía relevado a Pietro Panzeri en dicho centro, a la vez que dirigía los inicios del Instituto Rizzoli en Bolonia. En un momento determinado decidió abandonar Milán y esa plaza salió a concurso, siendo ganada por Galeazzi. Este reconoció siempre a Codivilla. De hecho, trabajaron conjuntamente en la dirección de los Archivo di Ortopedia y ambos favorecieron la celebración del congreso nacional de la Società Ortopedica Italiana, un empeño personal de Codivilla, quien recogió comunicaciones y la suscripción de todos los «ortopédicos» conocidos, además de buscar nuevos socios.

En el congreso de la sociedad de cirugía general, Galeazzi recibió el encargo de refundar la «asociación de los ortopédicos», elaborando sus estatutos. En el tercer congreso de ortopedia, celebrado en el Istituto dei Rachitici, con Codivilla como presidente de la sociedad y Galeazzi como presidente del congreso, el tema principal fue buscar la definición y los límites de la ortopedia.



Riccardo Galeazzi.

Galeazzi impulsó y modernizó el Istituto dei Rachitici y lo dirigió durante 35 años, hasta 1938. Desarrolló el centro Principe di Piemonte, dedicado a los trabajadores con incapacidades o mutilaciones por causa laboral. Comenzó la docencia en cirugía ortopédica construyendo

un anfiteatro en 1906 y posteriormente fue el titular de la cátedra de Cirugía Ortopédica de la Universidad de Milán, puesto que mantuvo hasta su jubilación en 1936.

Desarrolló un corsé para el tratamiento de la escoliosis infantil, sobre la que escribió una monografía, y otra sobre la luxación congénita de cadera, donde describió el signo clínico que lleva su nombre. Además, se ocupó de los problemas ortopédicos que más preocuparon en su tiempo –la poliomielitis, el genu valgo, el pie zambo y el pie plano y la tuberculosis osteoarticular–, aportando su experiencia en el tratamiento de las deformidades infantiles y la rehabilitación de las heridas de guerra. Publicó unos 130 artículos sobre temas variados. En traumatología se le reconoce por el epónimo de la fractura de antebrazo, aunque el primero en describirla había sido Astley Cooper. Sin embargo, en 1934 publicó su serie de 18 casos diagnosticadas y tratados. Fue presidente de la Società Italiana di Ortopedia entre 1931 y 1933. Falleció en Milán en febrero de 1952.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spina N. Pietro Panzeri. Il primo faro dell'ortopedia italiana. Macerata: Edizioni Simple; 2009.

Manuel Antonio de Gimbernat y Arbós. 1734-1816

■ Epónimos asociados

Ligamento de Gimbernat: porción pectínea del ligamento inguinal.

Operación de Gimbernat: técnica para resolver la hernia femoral estrangulada.

■ Biografía

Anatomista y cirujano español, nació en 1734 en Cambrils (Tarragona) y falleció en 1816 en Madrid. Estudió latín y filosofía en la Universidad de Cervera, y luego cambió a la Escuela

de Cirugía de Cádiz, donde se graduó en 1762. Una vez finalizados sus estudios se incorporó a la Armada española. Sin embargo, debido a sus habilidades en la disección anatómica, en 1765 fue nombrado profesor de anatomía en la Real Escuela de Cirugía en Barcelona, situada en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, permaneciendo allí entre 1762 y 1774. En 1768 demostró el ligamento lacunar del canal femoral, así como su técnica para la reparación herniaria. También inventó un sistema de litiasis renal muy popular en su tiempo, sin olvidar su contribución al conocimiento de la anatomía del diafragma.

Gimbernat fue un pionero en oftalmología, cirugía vascular y urología, considerado como un cirujano audaz gracias a sus conocimientos anatómicos. De hecho, en 1774, apoyado por Carlos III, viajó por Europa para aprender las últimas técnicas quirúrgicas. En Londres visitó a John Hunter, a quien Gimbernat enseñó su técnica para reparar una hernia diafragmática.



Fig. 1. Manuel Antonio de Gimbernat y Arbós.

De regreso a España, colaboró en la creación de la Real Escuela de Cirugía, en el Colegio de Cirugía de San Carlos, donde fue director y profesor de cirugía y traumatología. En 1789 fue nombrado médico personal de Carlos III, recibiendo un título nobiliario, y en 1801 llegó a

Primer Cirujano Real y fue presidente de todas las escuelas quirúrgicas de España.

Durante la invasión napoleónica, Gimbernat, como muchos intelectuales liberales españoles, colaboró con los invasores con la esperanza de liberalizar la vida política. Sin embargo, después de la guerra fue despedido de todos sus cargos por Fernando VII. El exilio le hundió, empeoró su salud y su estado de ánimo, perdiendo la vista hasta quedar, después de una intervención, completamente ciego. Murió en Madrid el 17 de noviembre de 1816.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loukas M, El-Sedfy A, Tubbs RS, Linganna S, Salter EG, Jordan R. Gimbernat y Arbós, Antonio de (1734-1816). *World J Surg* 2007; 31: 855-7.
2. Matheson NM. Antonio de Gimbernat, 1734-1816. *Proc R Soc Med* 1949; 42: 407-10.
3. Puig-La Calle J, Martí-Pujol R. Antonio de Gimbernat (1734-1816). *Anatomist and surgeon. Arch Surg.* 1995; 130: 1017-20.
4. Rutkow IM. A selective history of hernia surgery in the late eighteenth century: the treatises of Percivall Pott, Jean Louis Petit, D. August Gottlieb Richter, Don Antonio de Gimbernat, and Pieter Camper. *Surg Clin North Am* 2003; 83:1021-44.
5. Zandieh S, Nader A, Haller J. [Hydrocele in the woman as Gimbernat hernia].
6. *Rofo.* 2011; 183(9): 855-7.
7. Zaragoza Rubira JR. [Two little-known aspects of the work of Antonio Gimbernat]. *Med Esp* 1963; 49: 46-61.

Leon Athanese Gosselin. 1815-1887

Epónimo asociado

Fractura de Gosselin: fractura en forma de V de la tibia distal que se extiende en el pilón tibial y lo divide en un fragmento anterior y otro posterior

Biografía

Nacido en París, fue uno de los grandes cirujanos franceses del siglo XIX; dirigió varios servicios y hospitales y fue maestro en ortopedia, anatomía, fisiología y urología. Su mayor reconocimiento fue el estudio de las enfermedades testiculares y de la infertilidad. Pero su nombre ha quedado asociado a una fractura del tobillo descrita cuando era jefe del Hospital de la Charité.

Estudió en París, recibiendo el título de profesor de anatomía en 1842 y doctorándose al año siguiente con su tesis *Études sur les fibro-cartilages inter-articulaires*, obteniendo su agregadura en cirugía con un trabajo sobre las hernias estranguladas. Consiguió la primera cátedra de patología y la cuarta cátedra de cirugía en la Pitié, así como la tercera cátedra en la Charité, siendo además profesor en la Escuela Superior de Farmacia. Falleció el 30 de abril de 1887 en París.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gosselin LA, Stimson LA. *Clinical lectures on surgery.* Philadelphia, Pa: Lea, 1878.
2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. *Musculoskeletal eponyms: who are those guys?* *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
3. Vladimirov L, Diamantis A, Karamanou M, Androustos G. Léon Athanase Gosselin (1815-1887) et ses recherches sur les maladies du testicule. *Andrologie* 2009; 19:113-7.



Leon Athanese Gosselin.

Jean-Gaspard Blaise Goyrand.

1803-1866

Epónimo asociado

Fractura de Goyrand: epónimo utilizado en Francia para la fractura de Smith.

Biografía

Nació en la ciudad de Aix-en-Provence, aunque estudió en París. Fue jefe de cirugía del hospital de la ciudad de Marsella, donde aclaró la anatomía de varios tipos de fracturas del radio distal, incluyendo la epifisiolisis. Además, mantuvo posturas confrontadas con Dupuytren, demostrando el carácter genético de la contractura de la fascia palmar. En su obra, publicada por Masson en 1870, incluye el tratamiento del labio leporino, un caso de elefantiasis del pene y el escroto y el tratamiento de las heridas con Collodion Bands.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
2. Latil F, Hueston JT. J.G.B. Goyrand (1803-1866), chirurgien et académicien Aixois. *Ann Chir Plast Esthet* 1992; 37:574-8.

Jean Casimir Félix Guyon. 1831-1920

Epónimos asociados

Amputación de Guyon: transtibial, por encima de los maléolos.

Conducto o canal de Guyon: integrado por el carpo, rodeado por el retináculo flexor del carpo y formado por el m. flexor cubital del carpo para dar entrada a los vasos y al nervio cubital desde el antebrazo. Puede dar un síndrome compresivo (síndrome del conducto de Guyon).

Istmo de Guyon: constricción alargada entre el cuerpo y el cuello del útero.

Signo de Guyon: peloteo a la palpación renal.

Uretrotomo de Guyon: modificación del instrumento de Maisonneuve.

Biografía

Jean Casimir Félix Guyon era original de la isla de Reunión, en el océano Índico, al este de Madagascar. Estudió en París y se doctoró en Medicina en 1858, con una tesis sobre el útero, aunque dejó la ginecología para centrarse en la urología. Fue catedrático (1863), profesor de patología quirúrgica (1877), miembro de la Academia de Medicina (1878) y, desde 1890, profesor de la primera cátedra de Urología en la universidad parisina.

Trabajó en el hospital Necker, a donde acudían estudiantes de todo el mundo, pues era el urólogo más hábil y avanzado de su época y un cirujano muy reconocido. Fue cofundador de la Sociedad Internacional de Urología. Sin embargo, curiosamente, se le cita más habitualmente por un canal en el carpo que está en entredicho. Falleció en París en agosto de 1920.



Jean Casimir Félix Guyon.

Paul Randall Harrington. 1911-1980

I Epónimos asociados

Instrumental de Harrington: sistema de barra con palmeras en un extremo, que permite hacer distracción en la concavidad de la curva, y de una barra roscada que permite hacer compresión en la convexidad de la escoliosis. Los puntos de apoyo son ganchos que se apoyan en las apófisis articulares vertebrales, láminas o apófisis transversas. Para las fijaciones sacras ideó la «barra sacra» (Figura 1).

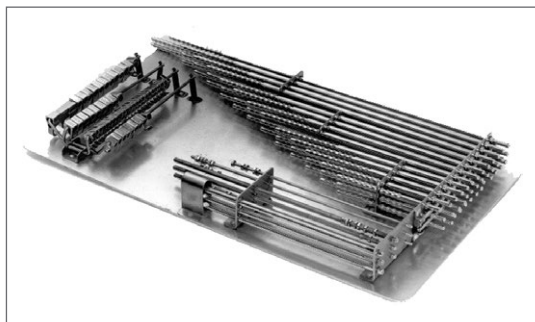


Fig. 1.

I Biografía

Paul Harrington (Figura 2) nació en Kansas City, ciudad en la que estudió. Después de la Segunda Guerra Mundial se instaló en Texas y trabajó en el Jefferson Davis County Hospital, de Houston. Al mismo tiempo colaboraba, en el Baylor College of Medicine, con el centro de afecciones respiratorias de la Asociación Americana de Lucha contra la Poliomielitis. Inicialmente no se interesó por la columna vertebral, pero las deformidades vertebrales producidas por la polio despertaron su interés por el tema. En estos casos efectuaba una corrección rápida, liberando inicialmente las carillas articulares, sin artrodesis vertebral, por lo que los resultados, aunque buenos inicialmente, volvían al poco tiempo a la deformidad inicial.



Fig. 2. Paul Randall Harrington.

Estos malos resultados le animaron a diseñar ganchos y tallos con rosca. Los implantes de columna se utilizaban desde muchos años antes, pero sus intentos no habían prosperado y terminaron, en la mayoría de las ocasiones, en fracasos estrepitosos, especialmente por la fatiga y la corrosión del material. Harrington empleó nuevos materiales combinando su implante con una artrodesis vertebral. La técnica funcionó desde el principio y cambió las perspectivas; el tallo se anclaba por sus extremos con los ganchos, que permitían realizar una distracción asimétrica, y el paciente seguía su tratamiento postoperatorio con un yeso.

Cuando en 1958 presentó su técnica y su instrumental en el Congreso de la AAOS, en Chicago, fue visto con mucho escepticismo e incluso algún reconocido especialista definió la idea como una abominación y solicitó su expulsión como miembro de la academia. Pero la técnica propuesta por Harrington estaba llamada a revolucionar la cirugía de la columna vertebral y especialmente de sus deformidades.

Como él mismo escribió, fue una instrumentación muy elaborada, pues inició sus trabajos en 1949, realizando hasta 1954 un total de 35 cambios, y otras 12 modificaciones más entre 1955 y 1960, hasta poner la técnica a punto [14]. En 1959, Harrington contrató la fabricación de su instrumental con Zimmer con la con-

dición de que los usuarios hicieran una estancia previa con él. Bastaron pocos años para que su técnica se convirtiese en una referencia en la cirugía de la escoliosis.

En el obituario, publicado en el *Journal of Bone and Joint Surgery*, se señalaba que «Paul será recordado no solo por el desarrollo de los implantes de Harrington; también por su honestidad y franqueza, sus pajaritas, su par de golf, su trompeta y, por encima de todo, por ser una persona estupenda»[5]. Como homenaje a su trayectoria, el Baylor College instauró el premio Paul Harrington a la excelencia científica en cirugía ortopédica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrington PR. Treatment of scoliosis. Correction and internal fixation by spine instrumentation. *J Bone Joint Surg (Am)* 1962; 44-A:591-610.
2. Harrington PR. The management of scoliosis by spine instrumentation: an evaluation of more than 200 cases. *South Med J* 1963; 56:1367-77.
3. Harrington PR. Spinal fusion in the treatment of idiopathic adolescent scoliosis. *J Tenn Med Assoc* 1963; 56:470-9.
4. Harrington PR. Present status of spine instrumentation in scoliosis. *Am J Orthop* 1963; 5:228-31.
5. Paul Randall Harrington MD (1911-1980). *J Bone Joint Surg (Am)* 1981; 63-A:857.

W. Robert Harris. 1922-2005

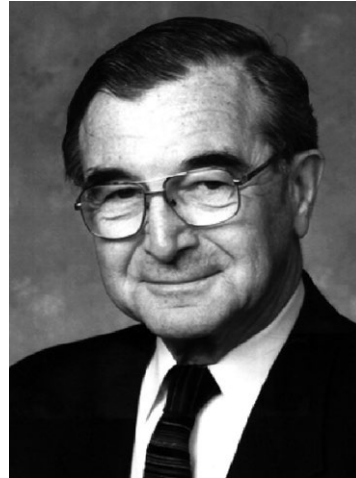
Epónimo asociado

Clasificación de Salter y Harris: 1963, para las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento.

Biografía

Según cuenta Salter, Harris y él colaboraron en el desarrollo de la clasificación de las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento.

Harris insistía en que su nombre debía ir detrás del de Salter, ya que la parte que él había investigado, la ciencia básica, había sido menor que la desarrollada por Salter, la parte clínica. Como los dos eran jóvenes en el momento de su publicación, cuando tenían médicos visitantes extranjeros les decían que era la clasificación ideada por sus padres.



W. Robert Harris.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salter RB, Harris WR. Injuries involving the epiphyseal plate. *JBJS* 1963; 43-A:587-622.
2. Salter RB. W. Robert Harris (1922-2005). *JBJS (Br)* 2006; 88-B:698.

Platt, Sir Harry. 1886-1986

Epónimos asociados

Técnica de Putti-Platt: técnica (ver en Vittorio Putti).

Síndrome de Harry Platt: avulsión de la cabeza del peroné por arrancamiento de la inserción del m. bíceps femoral y rotura del ligamento lateral externo de la rodilla con lesión del nervio peroneo común.

I Biografía

Nacido el 7 de octubre de 1886 en Thornham, Lancashire (Gran Bretaña), hijo de Ernest Platt, maestro cortador de terciopelo. La vida de Harry estuvo marcada por la tuberculosis en la rodilla que padeció desde los cinco años de edad y que le obligó, durante su infancia y juventud, a guardar reposo en cama, recibiendo la educación, católica, de forma privada en su domicilio. Como ocurre en estos casos, leyó con profusión y fue un gran conocedor de la literatura mundial aprovechando el manejo de varios idiomas, además de ser un melómano y buen pianista. Fue tratado por *sir* Robert Jones, de quien recibió mucho cariño y con quien trabajaría posteriormente.



Fig. 1. Platt, *sir* Harry.

Su juventud, pese a carecer de unas relaciones sociales normales, fue feliz. Llegado el momento tuvo que elegir entre dedicarse a la música o estudiar medicina, y la imagen de Robert Jones le empujó hacia la segunda. Estudió en la Victoria University de Manchester. Se graduó en 1909 por las universidades de Manchester y Londres. Tras efectuar su residencia en el Manchester Royal Infirmary, dio clases de anatomía en esta ciudad y terminó su residencia con la mayor evaluación, defendiendo su tesis doctoral sobre las lesiones de los nervios periféricos. Recibió

su formación ortopédica en el Royal National Orthopaedic Hospital de Londres, y más tarde en Boston (EE UU), con Elliot Brackett y R. B. Osgood, en el Massachusetts General Hospital y el Children's Hospital, asistiendo, además, al neurocirujano Harvey Cushing en el Peter Bent Brigham Hospital.

En 1914, de vuelta a Gran Bretaña, trabajó en el Ancoats Hospital de Manchester, donde montó el primer departamento organizado para la atención de fracturas. Durante la Primera Guerra Mundial trabajó junto con *sir* Robert Jones como capitán en un centro militar de Manchester, donde demostró habilidades organizativas. Pasó por diferentes instituciones, recibiendo el nombramiento de profesor de ortopedia. Durante la Segunda Guerra Mundial organizó de nuevo un servicio de asistencia militar. Fue presidente del colegio de cirujanos y recibió numerosas distinciones, entre ellas el título de *sir* y una baronía, doctorados *honoris causa* por las universidades de Berna, Liverpool, Manchester, Belfast, Leeds y París. En 1916 fue miembro fundador de la British Orthopaedic Association, y su presidente en los años 1934-35; miembro fundador de la Société Internationale de Chirurgie Orthopaedique et de Traumatologie (SICOT) en 1929, y su presidente de 1948 a 1953; presidente de la International Federation of Surgical Colleges en el periodo 1955-1966 y su presidente honorario desde 1970.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harry Platt Birthday. *J Bone Joint Surg (Br)*. 1966; 48-B.

Heinrich Hilgenreiner. 1870-1954

I Epónimo asociado

Línea de Hilgenreiner: sistema de líneas dibujadas en una radiografía antero-posterior de

pelvis para el diagnóstico de la luxación congénita de la cadera en bebés y niños de corta edad. (Figura 1)

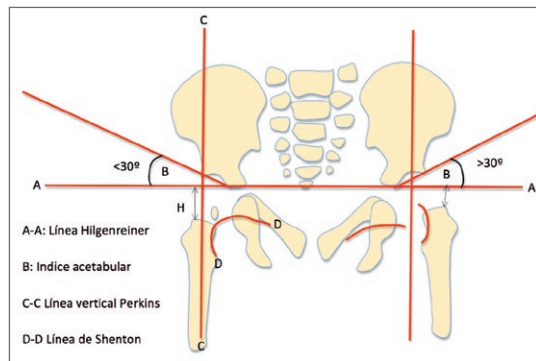


Fig. 1.

Biografía

Cirujano alemán aunque nacido en Praga, en el seno de una familia alemana, durante el Imperio austro-húngaro de los Habsburgo. Fue oficial médico durante la Primera Guerra Mundial y a su término fue nombrado profesor de la universidad alemana de Carlos-Fernando de Praga y director de la Clínica Infantil. En el año 1946, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, el Gobierno comunista de Checoslovaquia le obligó abandonar su país natal. Se exilió en Austria, donde vivió hasta su muerte, en 1954, en la ciudad de Spillern.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hilgenreiner H. Die angeborene Dysplasie der Hüfte: 10 Jahre Abduktionsschiene und Frühbehandlung der angeborenen Hüftverrenkung. *Z Orthop Chir* 1935; 63:344-83.

Harold Arthur Hill. 1901-1973

Maurice David Sachs. 1909-1987

Epónimos asociados

Lesión de Hill y Sachs: la impresión sobre la porción pósterolateral de la cabeza humeral como una fractura que se produce cuando la cabeza humeral luxada se dirige hacia delante e impacta contra el borde de la glenoide [13]. La lesión es mayor en relación con el número de luxaciones [4] (Figura 1).

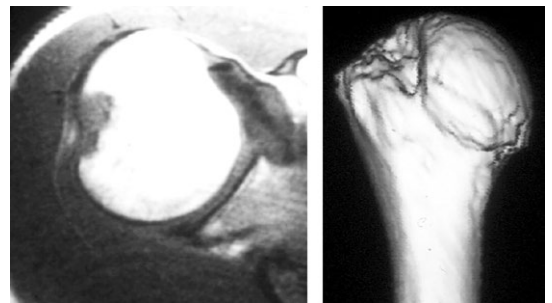


Fig. 1.

Biografía

Harold Arthur Hill (1901-1973) y Maurice David Sachs (1909-1987) fueron dos conocidos radiólogos californianos que trabajaron en San Francisco. Publicaron, tras una revisión de 119 casos de luxación del hombro, que una fractura era el defecto producido por la compresión de la cabeza humeral sobre el borde anterior de la cavidad glenoidea de la escápula. Antes de su publicación, este tipo de fractura ya se conocía como signo de luxación, pero su mecanismo y evolución eran desconocidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hill HA, Sachs MD. The grooved defect of the humeral head. *Radiology* 1940; 35:690-700.
2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.

3. Calandra JJ, Baker CL, Uribe J. The incidence of Hill-Sachs lesions in initial anterior shoulder dislocations. *Arthroscopy* 1989; 5:254-7.
4. Cetik O, Uslu M, Ozsar BK. The relationship between Hill-Sachs lesion and recurrent anterior shoulder dislocation. *Acta Orthop Belg* 2007; 73:175-8.

Thomas Hodgkin. 1798-1866

I Epónimo asociado

Enfermedad de Hodgkin (linfoma Hodgkin): cáncer que se origina en los linfocitos. Existen dos clases de linfomas: la enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin.

I Biografía

Nació en Pentoville, cerca de Londres. Sus padres, John y Elizabeth, eran cuáqueros y llevaban un estilo de vida muy estricta. Inicialmente se formó en su hogar, su padre le enseñó inglés, griego y matemáticas. También aprendió francés y latín y, más tarde, italiano y alemán. Mostró un temprano interés por la mecánica, la electricidad y la química.



Thomas Hodgkin.

En 1816 comenzó a estudiar, como aprendiz de boticario en una farmacia de Brighton. Inició los estudios de medicina en los hospitales de St. Guy y St. Thomas, pero se trasladó a la Universidad de Edimburgo, la mejor escuela de medicina de Gran Bretaña en su tiempo, donde obtuvo el grado de doctor en 1823.

En 1821 viajó a París, manteniendo una estancia probable en el Hospital Necker con Laennec, y a su vuelta introdujo en Inglaterra el uso del estetoscopio y, sobre todo, la mentalidad anátomo-clínica.

En 1825 fue elegido miembro del Real Colegio de Médicos de Londres y conservador del recién creado Museo de Patología de la Escuela de Medicina del Hospital St. Guy, con el apoyo de *sir* Astley Cooper (1768-1841). Hodgkin publicó un catálogo de las colecciones que describía cambios patológicos de varios órganos y tejidos, ya que practicaba unas cien autopsias por año. En 1832 publicó las sesiones clínicas, donde presentaba seis casos en los que destacaba la esplenomegalia y las adenopatías. Relacionó los nódulos linfáticos con el bazo por su semejante aspecto macroscópico. Inicialmente no despertaron mucho interés; más tarde, en 1856, Samuel Wilks, sucesor de Hodgkin, publicó una serie de 45 casos, describiendo la «enfermedad de Hodgkin».

Hodgkin fue uno de los primeros en describir la insuficiencia aórtica. Participó además en salud pública, como la lucha contra el cólera y la desnutrición, y se preocupó por aspectos de la educación médica.

En 1837 rechazó la invitación para incorporarse al Royal College of Physicians, porque el reglamento chocaba con las normas cuáqueras. Sin embargo, fue uno de los primeros miembros del Consejo de la recién creada Universidad de Londres, que integraba en su plan docente la medicina con la cirugía. Allí permaneció hasta su muerte, lo que le llevó al enfrentamiento con el St. Guy's Hospital y su escuela de medicina, además de afectar a su producción científica. Tuvo depresiones y se centró en la práctica pri-

vada. En 1840 fue requerido como perito en el intento de asesinato de la reina Victoria.

Vistió siempre como un cuáquero, vestido de negro con un pañuelo blanco anudado al cuello, y se comportó como tal. Participó en diversos movimientos reformistas luchando por el empleo y la vivienda dignos, por la asistencia médica para los pobres, haciendo oír sus inquietudes y opiniones sobre política exterior, colonización y abolición de la esclavitud. Alentó el establecimiento de asentamientos en Sierra Leona y Liberia para los negros americanos. Cuando Gran Bretaña y Liberia establecieron relaciones diplomáticas, Hodgkin fue designado representante oficial del nuevo país africano. Se opuso a las medidas restrictivas contra los aborígenes de las colonias británicas de Canadá, África del Sur y Nueva Zelanda. Fue uno de los fundadores de la Ethnology Society, destinada a recoger datos antropológicos sobre los pueblos primitivos y las «razas» en vías de extinción, preconizando el estudio de las culturas africanas y la preservación de sus lenguas. Además, fue partidario de adoptar el sistema métrico y de la aplicación de los estudios estadísticos en medicina. También luchó contra el consumo del tabaco, siendo miembro de la British Anti-Tobacco Society.

En 1851 fue nombrado secretario honorario de la Royal Geographical Society de Londres, donde falleció el 4 de abril de 1866.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fresquet Febrer JL. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia- CSIC). Diciembre, 2006.
2. Classics in Oncology. Thomas Hodgkin (1798-1866). CA Cancer J Clin 1973; 23:52-3.
3. Daws JJ. Thomas Hodgkin and the Museum at Guy's Hospital. Cancer Treatment Reviews 1999; 25:145.
4. Kass AM. Thomas Hodgkin remembered. Cancer Treatment Reviews 1999; 25:133-43.

Raoul Hoffman. 1881-1972

Epónimo asociado

Fijador externo de Hoffman u osteotaxo: fijador que coloca, en primer lugar, los clavos, los manipula para reducir la fractura (Figura 1) y, una vez conseguido, los estabilizaba con las fichas y barras.

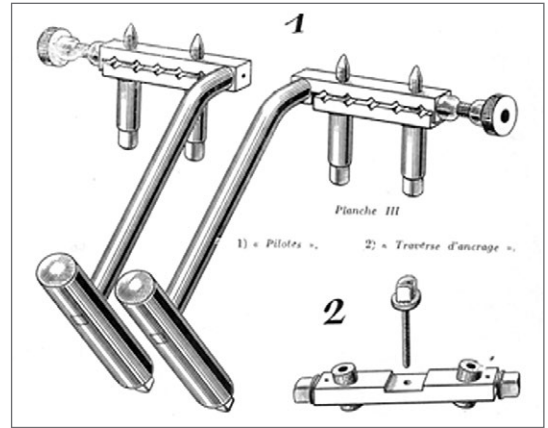
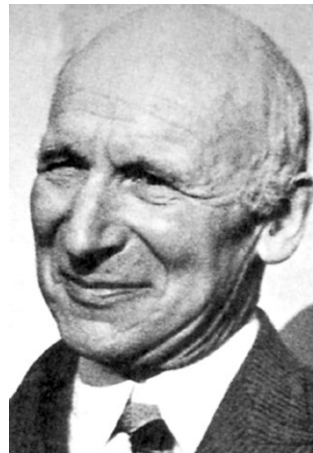


Fig. 1.

Biografía



Raoul Hoffman.

Berlinés e hijo de un ministro luterano, estudió primero en la universidad de su ciudad na-

tal, trasladando posteriormente su matrícula a la Universidad de Ginebra, con la idea de estudiar teología y luego medicina. Conoció a su esposa en Suecia y con ella partió hacia Cachemira (India) para ejercer como misioneros. Comenzó su práctica quirúrgica en una clínica privada de Ginebra y desarrolló su fijador con unos meta-lúrgicos, los hermanos Jacquet, en 1938.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwechter EM, Swan KG. Raoul Hoffmann and his external fixator. *J Bone Joint Surg (Am)* 2007; 89-A:672-8.

Jonathan Hutchinson. 1828-1913

Epónimos asociados

Fractura de Hutchinson: epónimo abandonado para describir la fractura oblicua de la estiloides del radio con un trazo que llega a la articulación de la muñeca.

Dientes de Hutchinson: en la sífilis congénita.

Facies de Hutchinson: en la oftalmoplejia.

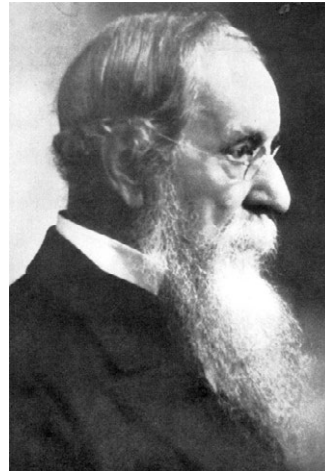
Síndrome de Hutchinson-Gilford: en la progeria de niños pequeños (Hastings Gilford, 1861-1941).

Síndrome de Hutchinson-Trias: se reconocen tres síndromes de sífilis congénita.

Biografía

Médico inglés, nacido en Selby, Yorkshire, en una familia cuáquera. Publicó un largo artículo sobre fracturas raras y luxaciones, incluyendo una discusión detallada de la estiloides del radio y cúbito con referencia al trabajo de Colles y Smith. Tras un aprendizaje inicial con un cirujano cuáquero, trabajó durante tres años con *sir* James Paget en el St Batholomews Hospital de su ciudad natal. Tras obtener la licencia para ejercer en la sociedad de boticarios y una vez admitido como miembro del Royal College of Surgery, regresó a York y trabajó en el County

Hospital. En 1862 fue elegido *fellow* del Royal College of Surgeons, y más adelante fue designado presidente de la Hunterian Society y de las sociedades de Patología, Oftalmología y Neurología, así como del Colegio de Cirujanos. En 1882 fue elegido *fellow* de la Royal Society y miembro de la Comisión real para la lucha contra la viruela y la lepra. A partir de 1880 realizó viajes por África y Asia, recogiendo material científico que, tras la muerte de su esposa, le llevó a organizar un «museo educativo» en un edificio de su propia granja de Haslemere. Tras el éxito obtenido con esta experiencia, abrió otro museo similar en Selby, donde aún se conserva el edificio a pesar de que el museo cerró en 1963.



Jonathan Hutchinson.

Su interés se centró en el estudio del sistema nervioso. Creía que el estudio de las enfermedades de transmisión sexual era fundamental para promover una buena salud en las capas más bajas de la población. Fue un investigador muy reconocido en la sífilis a pesar de que sus métodos de prevención y tratamientos fueron muy cuestionados. En 1908 recibió el título de *sir*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hutchinson J. Original lectures: notes on some of the more rare forms of fractures and dislocations. *Medical Times and Gazette*, June 30, 1866; 683-4.

- Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
- Sir Jonathan Hutchinson (1828-1913). *JAMA*. 1964; 188:998-99.
- McKusick VA. The Gordon Wilson Lecture: The clinical legacy of Jonathan Hutchinson (1828-1913): syndromology and dysmorphology meet genomics. *Trans Am Clin Climatol Ass* 2005; 116:15-38.

Geoffrey Jefferson. 1886-1961

I Epónimo asociado

Fractura de Jefferson: fractura por estallido del atlas (C1) (Figura 1) (Figura 2)

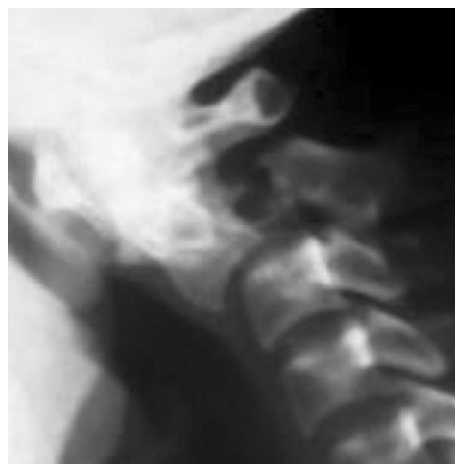


Fig. 1



Fig. 2

I Biografía

Neurólogo y neurocirujano inglés que recogió, por primera vez, un conjunto de fracturas del atlas en 1920, que incluía fracturas en pacientes y dos especímenes del museo con fracturas en C1. También revisó las 42 fracturas de C1 publicadas hasta entonces y efectuó observaciones sobre su evolución clínica y las fracturas asociadas. Las fracturas no se limitaron a las fracturas de C1 por estallido que llevan su nombre, sino que también abarcaban también las fracturas del arco posterior y anterior y de las masa laterales.

Dedujo por la historia y la anatomía el mecanismo de lesión resultante en las fracturas por estallido, y también opinó sobre la posibilidad de que una hiperextensión extrema puede llevar a una fractura aislada del arco neural de C1. Otra observación de interés fue que la odontoides es el lugar más frecuente si se produce una segunda fractura y que la muerte es más frecuente en casos de fracturas múltiples que en casos de lesiones aisladas de C1. El primer paciente descrito en su publicación fue un piloto de la RAF que se estrelló a 120 km/h contra un tendido de cables telegráficos.

Jefferson trabajó en un hospital de campaña en el frente del Este, en Petrogrado, adquiriendo habilidad quirúrgica con el tratamiento de las heridas de guerra. En una semana, en 1916, trató a 340 soldados, realizando 33 cirugías mayores. Ocupó la primera cátedra de Neurocirugía en el Reino Unido, en la Universidad de Manchester, en 1939.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: Who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
- Jefferson G. Fracture of the atlas vertebrae: Report of four cases and a review of those previously recorded. *Br J Surg* 1920; 7:407-22.

Robert Jones. 1857-1933

I Epónimo asociado

Fractura de Jones: fractura transversal de la diáfisis proximal del quinto metatarsiano, distal a la tuberosidad del quinto metatarsiano, sin componente articular. Se atribuye erróneamente este epónimo a la fractura más común de la base del quinto metatarsiano proximal a la tuberosidad.

I Biografía

Fue uno de los primeros médicos en aplicar los rayos X a la traumatología y con Oliver Lodge, un profesor de física, publicó, en *Lancet* en 1896, el primer caso utilizando la radiografía para localizar una bala en la muñeca de un chico de 12 años, dos meses después de que Roentgen diese a conocer su descubrimiento. Describieron la técnica empleando una exposición de dos horas.



Robert Jones.

Describió la fractura que lleva su nombre en sí mismo, pues sintió un fuerte dolor mientras bailaba y pensó que se había producido una lesión del tendón del músculo peroneo lateral corto, señalando que cuanto más interés ponía en el baile mayor dolor sufría. Tras el examen físico observó que su diagnóstico inicial era incorrecto. Bajó las escaleras para realizarse una

radiografía, que demostró «su» fractura. Pocos epónimos han estado tan bien ganados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones R. Fracture of the base of the fifth metatarsal bone by indirect violence. *Ann Surg* 1902; 35:697-706.
2. Jones R, Lodge O. The discovery of a bullet lost in the wrist by means of the Roentgen Rays. *Lancet* 1896; 1:476-7.
3. Jones R. Fracture of the fifth metatarsal bone. *Liverpool Med Chir J* 1902; 22:103-7.
4. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.

Ernest Juvara. 1870-1933

I Epónimos asociados

Técnica de Juvara para el hallux valgus: osteotomía diafisaria oblicua.

Técnica de Putti-Juvara para el tratamiento de tumores óseos malignos: consiste en la resección del tumor y la realización de una artrodesis de la articulación afectada.

Orificio retrocondíleo de Juvara: por donde discurre el nervio auriculotemporal para alcanzar la arteria maxilar interna

Ligamento de Legueu-Juvara: fibras verticales profundas de la aponeurosis central de la palma de la mano.

Músculo de Rouget-Juvara: esfínter externo del esfínter esofágico inferior

I Biografía

Médico rumano que obtuvo su doctorado con la tesis *Anatomía de la región ptérido-maxilar* (1894) en París, donde trabajó inicialmente en el laboratorio de anatomía patológica del profesor Poirier y posteriormente con Duplay. A su regreso a Rumania fue ayudante de Ionescu, trabajando al mismo tiempo en el laboratorio

de anatomía topográfica. En 1912 ocupó la plaza de profesor de cirugía ortopédica en Bucarest, desarrollando instrumentos como el fijador externo para las fracturas de tibia, las sujeciones metálicas para la osteosíntesis o un sistema para estabilizar las fracturas de la metáfisis proximal de la tibia. En 1910 fue nombrado miembro de la Academia Nacional de Cirugía de Francia.



Ernest Juvara.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palade R. Ernest Juvara: omul si opera. Ed Acad (Buc); 1992.
2. Angelescu N, Popa E. Ecoles chirurgicales roumaines de tradition française. e-memoires de l'Académie de Chirurgie 2007; 6:23-30.

Robert Kienböck. 1871-1953

Epónimo asociado

Enfermedad de Kienböck: necrosis del hueso semilunar del carpo.

Biografía

Nacido en Viena (Austria) y graduado en su universidad en 1895. Mientras viajaba por Europa conoció el funcionamiento y manejo de

los rayos X. Pocos años después, tras volver a Viena, abrió un gabinete de radiodiagnóstico y comenzó su labor como radiólogo, dedicando tiempo a trabajar e investigar sobre las posibilidades de la radioterapia. Estuvo empleado en el hospital General de Viena, donde obtuvo el cargo de profesor adjunto.



Robert Kienböck.

En 1900 comenzó una discusión para determinar si las quemaduras cutáneas eran producidas por los rayos X o por la electricidad que los alimentaba. Pronto demostró que las quemaduras eran proporcionales a la dosis de radiación absorbida y que afectaban a una población celular muy radiosensible. Fue el primero en inventar una técnica para medir las dosis de radiación efectuadas sobre los pacientes sometidos a radioterapia.

En 1910 describió la denominada por él «lunatomalitia» en *Über traumatische Malazie des Mondbeins und ihre Folgezustände (La malacia traumática del semilunar y sus consecuencias)*. Ese mismo año, a raíz de la caída de un caballo, cambió su personalidad de forma brusca y tras presentar un trabajo sobre el tratamiento radioterápico de las metástasis, en 1913, se dedicó cada vez más al radio-diagnóstico, describiendo un buen número de enfermedades del sistema músculo-esquelético.

Durante la ocupación alemana de Austria, en 1938, Kienböck sufrió mucho al ver cómo desaparecían muchos de sus amigos y médicos judíos. Fue cofundador, junto con Guido Holzknecht, y primer presidente de la Sociedad Austriaca de Radiología.

Estaba trabajando en el noveno volumen de su *X-ray diagnosis of illness of the bones and joints* cuando sufrió varios ictus. La obra de Kienböck ha quedado difuminada por su propio epónimo; fue un pionero que comenzó un mundo completamente nuevo y desconocido donde dejó 250 artículos y ocho volúmenes sobre radiodiagnóstico y radioterapia, una obra científica gigantesca que lo convierte en el padre del radiodiagnóstico músculo-esquelético y de la radioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chocole M. Robert Kienböck: The man and his work. *J Hand Surg Eur* 2010; 35:534-7.
2. Langer MF, Vieth V, Stehling C, Surke C. [Robert Kienböck and Kienböck's disease - A historical report]. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2010; 42:153-6.
3. Wagner JP, Chung KC. A Historical report on Robert Kienböck (1871-1953) and Kienböck's disease. *J Hand Surg* 2005; 30A:1117-21.

Martin Kirschner. 1879-1942

I Epónimos asociados

Aguja de Kirschner (K-wire): aguja fina de acero para fijación y tracción ósea.

Perforador de Kirschner: berbiquí adaptado a las finas agujas de Kirschner.

Arco de Kirschner: sistema para sujetar las agujas y realizar tracción.

I Biografía

Kirschner fue profesor de cirugía en Heidelberg donde perfeccionó la técnica de tracción, desarrollada por Steinmann y Codivilla. Sin

embargo, como cirujano general fue el primero en realizar la operación de la embolectomía pulmonar de Trendelenburg, de urgencia y sin anestesia con éxito.

Prefirió utilizar agujas de 0,7 mm de acero cromado por ser menos traumáticas que el clavo de Steinmann y reducir el riesgo de infección. Por ello sustituyó la "tracción por agujas" en vez de la «extensión por clavos» como defendía Steinmann. Como las agujas se doblan durante su inserción diseñó un perforador y un arco de tracción. Actualmente, más que como método de tracción, se utiliza como osteosíntesis, como guía, para estabilizar fracturas articulares de los dedos y para efectuar el obenque en la rótula y el olecranon.



Martin Kirschner

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kirschner M. Über Nagelextension. *Beitr Klin Chir* 1924; 133:312.
2. Kirschner M. Verbesserung der Drahtextension. *Arch Klin Chir* 1927; 148:650-8.
3. Kirschner M. Ein durch die Trendelburgische Operation geheilter Fall von Embolie der Art pulmonalis. *Arch Klin Chir* 1924; 133:312.
4. Meals C, Wang J. Origins of eponymous orthopaedic equipment. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468:1682-92.
5. Romm S. The person behind the name: Martin Kirschner. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72:104-7.

Emil Theodor Kocher. 1841-1917

I Epónimos asociados

Pinza de Kocher: pinza de hemostasia (Figura 1).

Signo de Kocher: asinergia óculo-palpebral del bocio tóxico, cuando el paciente levanta la mirada.

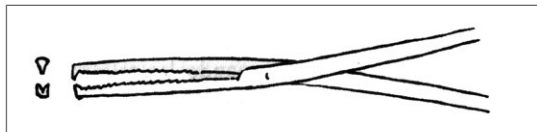


Fig. 1.

Sonda de Kocher: para disecar la tiroides y su cápsula

Técnicas de Kocher: 1. método de excisión de la articulación del tobillo, 2. reducción de una luxación subcoracoidea del húmero; 3. procedimiento de extirpación de la lengua y 4. pilorotomía.

Maniobra de Kocher: movilización operatoria del duodeno para exponer las porciones retroduodenal, intrapancreática e intraduodenal del conducto biliar común

Incisión de Kocher: abordaje subcostal derecha para exponer la vía y la vesícula biliar en el lado izquierdo para efectuar una esplenectomía o una anastomosis venosa esplenorenal.

Reflejo de Kocher: contracción de los músculos abdominales subsiguiente a la compresión exploratoria del testículo.

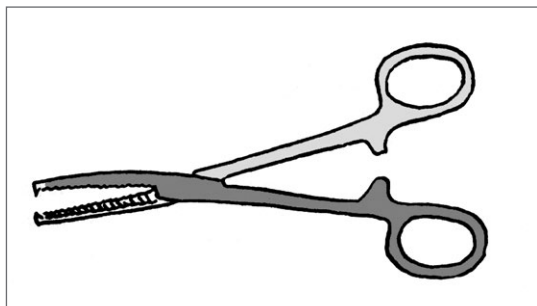


Fig. 2.

Abordaje de cadera de Kocher – Langebeck: Langebeck fue el primero en describir el abordaje posterior de la cadera, separando las fibras del glúteo mayor, penetra en la articulación coxofemoral entre los músculos piramidal y glúteo mediano. Kocher, en 1887, prolongó la incisión, en sentido distal, siguiendo la cara externa del trocanter mayor (Figura 2).

I Biografía

Kocher nació en Berna en una familia acomodada, fue un estudiante brillante que se dedicó, en su ciudad natal, a la actividad profesional. Se formó con Langenbeck en Berlín, con Billroth en Viena, y con Lücke, a quien sucedió en la cátedra de Berna y en la dirección de la clínica universitaria desde 1872 hasta el año de su muerte. De su escuela salieron profesionales como Roux, de Quervain o Cushing (Figura 3).

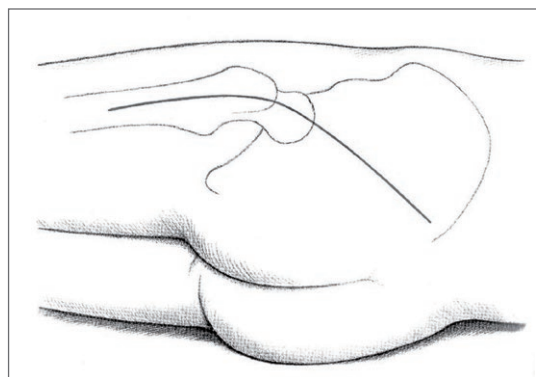


Fig. 3.

Kocher fue un cirujano excepcional con una técnica quirúrgica que ya había asumido la asepsia y se apoyaba en las ciencias básicas y que, además, intentaba restaurar la función. Además, poseía una destreza manual y una creatividad que le permitieron idear y desarrollar procedimientos e instrumentos que le permitiesen efectuar su técnica. Prefirió el trabajo lento, minucioso, sistemático y seguro frente al apresuramiento en el quirófano.

También fue un buen clínico y un investigador infatigable y participó en el nacimiento

de la endocrinología con sus trabajos sobre el tiroides que le hicieron merecer el premio Nobel de medicina, en 1909. En aquellos tiempos no se efectuaba el seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos; alertado por Reverdin, en 1882, Kocher revisó la evolución de las tiroidectomías practicadas en los últimos diez años. De 101 intervenciones de tiroides, 18 fueron extirpaciones totales de la glándula. Siguiendo estos pacientes relacionó la intervención radical con un cuadro clínico de grave deterioro general, físico y psíquico, que denominó «caquexia estrumipriva», evitando desde entonces la extirpación total, indicando la lobectomía. En 1903, Kocher efectuó la radiación con rayos X para tratar el bocio intratorácico y en 1914 logró el implante de tejido tiroideo de un bocio tóxico humano en médula ósea tibial de un paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meals CG, Meal RA. A history of surgery in the instrument tray: eponymous tolos used in hand surgery. *J Hand Surg* 2007; 32A:942-53.
2. Kazi RA. Theodor E Kocher (1841-1917): Nobel surgeon of the last century. *J Postgrad Med* 2003; 49:371-2.

Eugen Julius Karl Paul A. Stieda.

1869- 1945

Augusto Pellegrini. 1877-1958

I Epónimo asociado

Enfermedad de Köhler-Pelligrini-Stieda: osificación de la porción superior del ligamento colateral medial de la rodilla, cerca de su inserción femoral (Figura 1).

I Biografías

Eugen Julius Karl Paul Alfred Stieda estudió en las universidades de Tübingen, Königsberg y Ginebra, obteniendo su doctorado en Königs-

berg en 1891. Trabajó en Rostock y en Königsberg con Anton Freiherr von Eiselberg (1860-1939), Carl Garré (1857-1928) y Erich Lexer (1867-1937). Habilitado para la docencia en cirugía en la Universidad de Königsberg en 1905, se convirtió en profesor titular de 1907.

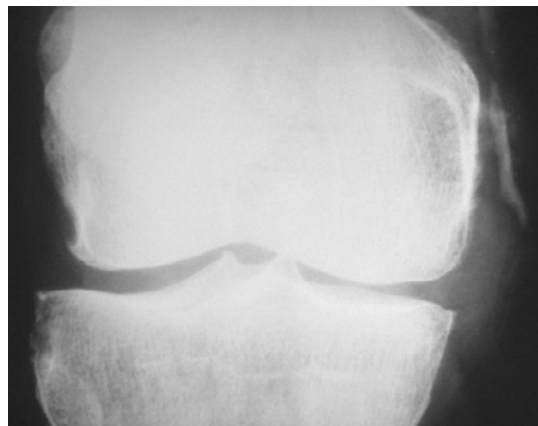


Fig. 1.

Augusto Pellegrini fue un cirujano de Florencia, nacido en 1877. Director del Servicio de Cirugía General de Perugia. Recorrió diferentes jefaturas, siendo pionero en las ortesis y uno de los primeros en aprovechar la fuerza muscular para conseguir movimientos articulares con prótesis del miembro superior. Preconizó la cirugía de la apendicitis aguda a las 24-48 horas para evitar complicaciones abdominales. En 1904 introdujo la desinfección de las manos únicamente con alcohol antes de la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: Who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
2. Pellegrini A. Osificazione traumatica del ligamento collaterale tibiale dell'articolazione del ginocchio sinistra. *Clin Moderna* 1905; 11:433-9.
3. Stieda A. Über eine typische Verletzung am unteren Femurende. *ArchKlin Chir* 1908; 85:815-26.

Gerhard Küntscher. 1900-1972

I Epónimo asociado

Clavo intramedular de Küntscher: para la estabilización de las fracturas de los huesos largos, con una sección en trébol de tres hojas y una ranura que le confiere elasticidad para adaptarse al tamaño del canal medular del hueso. Küntscher desarrolló un clavo femoral y otro tibial, una sierra intramedular endostal, fresas flexibles intramedulares, un clavo intramedular para comprimir el foco de fractura y el clavo tracantérico para fracturas proximales del fémur. Todos ellos llevan incorporado el epónimo de su inventor.

I Biografía

Nacido en Zwickau (Alemania) el 6 de diciembre de 1900. Tras su graduación, se unió al ejército. Completó sus estudios de medicina en las universidades de Wurzburg, Hamburgo y Jena, donde se graduó en 1926. Se formó como cirujano en Kiel, bajo la tutela de Anschütz, quien no compartía los métodos de tratamiento de las fracturas vigentes y animó a Küntscher para que estudiara la posibilidad de mejorar su tratamiento.



Gerhard Küntscher

Hay que tener en cuenta que la metalurgia no estaba desarrollada y que todo intento de colocar implantes terminaba con la corrosión del mismo, la rotura por fatiga o la infección, por eso describió inicialmente la «enfermedad de la fractura». En 1939 publicó con Fischer una serie de 77 pacientes tratados con el clavo de Smith-Petersen.

Su relación con el ingeniero y fabricante de implantes Ernst Pohl le permitió diseñar y fabricar los primeros clavos, que fue colocando en un paciente con fractura diafisaria de fémur en noviembre de 1939. En el congreso de la sociedad alemana de cirugía de 1940, celebrado en Berlín, presentó la primera serie de 13 casos; el trabajo no fue bien recibido. En los años 1943 y 1944, en plena Segunda Guerra Mundial, fue cirujano jefe en el hospital militar alemán de Kemio (Finlandia), donde trató a numerosos soldados heridos con su método, pues era barato y permitía la pronta recuperación y el traslado inmediato de los pacientes. Además, al ser destinado Böhler al frente, los jóvenes que se quedaron a su cargo –entre los que estaba Francisco Jimeno Vidal– utilizaron los clavos intramedulares, a lo cual se había negado hasta entonces Lorenz Böhler.

La publicación, en 1942, de la primera edición de la técnica del enclavado intramedular, por Robert Maatz, difundió su conocimiento. Posteriormente, Küntscher siguió imprimiendo ediciones de su técnica para prevenir las complicaciones iniciales, que estuvieron a punto de terminar con el nuevo método, a lo que se añadió la mala acogida que tuvo en los centros de cirugía alemanes. La primera edición del libro data de 1945, ya que todas las ilustraciones se perdieron en un bombardeo aliado sobre Leipzig.

El primer enclavado intramedular en EE. UU. fue en Boston, en 1945. McAusland empleó un clavo de tantalio similar al que le había sido extraído a un piloto norteamericano prisionero e intervenido en Alemania. También Watson Jones, cirujano de la RAF, quedó sorprendido al

revisar a los aviadores ingleses que habían sido tratados por cirujanos alemanes con esta técnica. Sin embargo, como editor del *JBJS* británico, señaló que la técnica tenía numerosas complicaciones difíciles de resolver y que había que ser cautos. Pero diez años más tarde, Charnley publicó en su libro sobre el tratamiento cerrado de las fracturas, con 35 casos intervenidos con el clavo intramedular. La incorporación de intensificadores de imagen, el nuevo instrumental y los nuevos clavos ampliaron las indicaciones y mejoraron los resultados.

En 1957, Küntscher fue nombrado director médico del Hamburg-Hafenkrankenhaus. Su invento conllevó numerosas patentes, innovaciones y publicaciones pero, sin embargo, nunca fue reconocido con un puesto académico, a pesar de sus cuatro libros y 200 publicaciones. Estuvo soltero, pues señalaba que «estaba muy ocupado». Era un hombre vitalista y humorista, al que le gustaba disfrazarse y crear figuras con las vendas de yeso para distraer a los pacientes. Murió en 1972 en Glücksburg sobre su mesa de trabajo, corrigiendo la nueva edición de su libro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lesić A, Bumbasirević M, Milosević I, Zagorac S. [Gerhard Küntscher and intramedullary fixation]. *Srp Arh Celok Lek* 2007; 135:594-9.

John Lachman. 1956-1989

I Epónimos asociados

Prueba de Lachman: con el paciente en decúbito supino, sobre la mesa de exploración, y la rodilla lesionada flexionada 20°, en rotación externa. Con una mano se sujeta el extremo distal del fémur y con la otra la extremidad proximal de la tibia. Con el pulgar, apoyado sobre la tuberosidad anterior de la tibia, se debe mover simultáneamente la tibia hacia delante y el fémur

hacia atrás para analizar el desplazamiento anterior de la tibia, que siempre se debe comparar con el lado contralateral.

I Biografía

Nacido en Filadelfia (EE.UU.), fue profesor de Cirugía Ortopédica en la Temple University, donde había estudiado medicina y realizado su residencia con JD Moore, a quien sustituyó como profesor. Como él mismo solía decir, tan solo quería servir a Dios y a la ortopedia; buen católico, fue muy querido por sus compañeros y residentes, quienes le conocían como «Latch» (Figura 1).

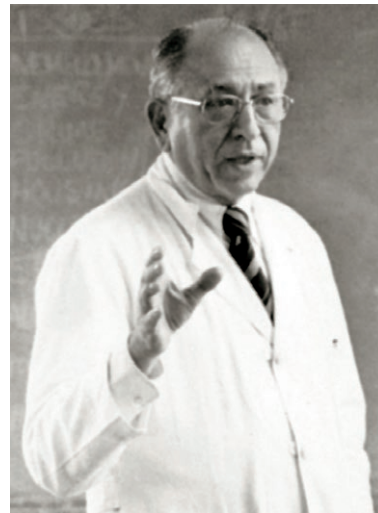


Fig. 1. John Lachman.

Torg escribió en su artículo que Lachman había observado, en numerosas ocasiones, que algunos pacientes, en posición supina, con una lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) mostraban una subluxación anterior pasiva de la tibia proximal con relación al fémur. Analizando esta observación, comprobó que la insuficiencia del LCA venía determinada fácilmente solicitando la rodilla en extensión más que produciendo el clásico cajón anterior. En su artículo, Torg señala que su primera experiencia con esta prueba fue, como residente, presentando un paciente a su jefe. Al levantar la sábana, La-

chman lo vio y dijo que tenía el LCA roto; el cajón anterior era inapreciable. Sin embargo, la cirugía demostró la lesión del ligamento.

Es cierto que, en 1875, Georgios C. Noulis (1849-1915), en Grecia, describió lo que hoy conocemos como prueba de Lachman de esta forma: «...fija el muslo con una mano; con la otra mano sujeta la pierna justo por debajo de la rodilla con el pulgar al frente y el resto de los dedos por detrás; entonces trata de empujar la tibia hacia delante y hacia atrás... Cuando únicamente el LCA está roto, el movimiento hacia delante se ve cuando la rodilla está ligeramente flexionada» [1-3]. Sterling Ritchey, del Walter Reed Army Hospital, en Washington DC, redescubrió el test [4], pero no fue hasta 1976 cuando Joseph Torg lo popularizó con su publicación como un medio de evaluación preoperatorio de la rotura del LCA y postoperatorio como evaluación de la cirugía [5]. Además, un caso curioso dentro de los epónimos, se lo dedicó a su jefe y maestro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schindler OS. Surgery for anterior cruciate ligament deficiency: a historical perspective. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2012; 20:5-47.
2. Noulis G. Entorse du genou. Thèse N° 142. Fac Med, Paris 1875.
3. Chouliaras V, Pässler H. The history of the anterior cruciate ligament from Galen to double-bundle ACL reconstruction. *Acta Orthop Trauma Hellen* 2007; 58: http://www.acta-ortho.gr/v58t2_4.html.
4. Ritchey SJ. Ligamentous disruption of the knee. A review with analysis of 28 cases. *US Armed Forces Med* 1960; 11:167-76.
5. Torg JS, Conrad W, Kalen V. Clinical diagnosis of anterior cruciate ligament instability in the athlete. *Am J Sport Med* 1976; 4:84-91.

Ernest-Charles Lasègue. 1816-1883

I Epónimos asociados

Gangrena de Lasègue: afección bronquial gangrenosa.

Maniobra de Lasègue: maniobra para expandir el pulmón.

Signo de Lasègue: afectación de la raíz lumbar o la irritación del nervio ciático al flexionar la cadera con la extremidad inferior extendida.

Síndrome de Lasègue: anestesia histérica con parálisis de una extremidad cuando los ojos están cerrados.

Síndrome de Lasègue-Fairet: psicosis frecuente en mujeres que viven limitadas.

I Biografía

Nacido en París, estaba enfocado desde pequeño al estudio de la filosofía, pero escuchando una conferencia de Armand Trousseau (1801-1867) en el hospital Necker cambió su interés por la medicina. Se matriculó en la Facultad de Medicina en 1839 y obtuvo el doctorado en París en 1847.



Ernest-Charles Lasègue.

Criticó la teoría celular de Virchow, señalando que la enfermedad celular es solo un fragmento de la patología. Virchow respondió que los únicos críticos que le preocupaban eran los

competentes y que hasta entonces no había oído hablar de ellos, a lo que Lasègue le respondió que los innovadores, como Virchow, eran como los caballeros que sienten que son más rápidos porque tienen unas espuelas más afiladas.

Durante sus estudios compartió apartamento con Claude Bernard, en el barrio latino de París, gastando su dinero en la adquisición de animales de experimentación. Con el tiempo se convertiría en el alumno favorito y colaborador de Trousseau.

En 1848 viajó al sur de Rusia para investigar una epidemia de cólera. En 1853 fue nombrado profesor al mismo tiempo que editaba los *Archivos generales de Medicina*. Fue médico de la Salpêtrière, Pitié, siendo jefe de la clínica Trousseau entre 1852 y 1854. Desde 1869 hasta su muerte fue profesor en el hospital Necker, pronunciando un panegírico que se considera uno de los mejores discursos en lengua francesa.

Se interesó por la psiquiatría aunque practicó otras ramas de la medicina, siendo uno de los primeros investigadores de la enfermedad psicósomática, intentando descubrir, con diferentes pruebas, a los simuladores. Estudió el alcoholismo como enfermedad y describió la anorexia nerviosa.

Murió de diabetes con 77 años de edad, dejando 115 trabajos publicados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mochón Halabe C, Berebichez Prenskey M, Berebichez Fastlicht E. Charles Ernest Lasègue. Acta Ortop Mex 2008; 22:341-2.
2. Sugar O. Charles Lasègue and his 'Considerations of sciatica'. JAMA 1985; 253:1767-8.
3. Van der Eycken W. Tribute to Lasègue. Am J Psychiatry 2001; 158:2092.

Niels Lauge-Hansen. 1899-1976

Epónimo asociado

Clasificación (genética) de las fracturas de tobillo: basada en el mecanismo de producción de

las fracturas del tobillo según la posición del pie y su movimiento con relación a la pierna.

Biografía

Radiólogo danés, del Central Hospital, en Randers, que desarrolló una clasificación según el mecanismo de producción de las fracturas de tobillo. Realizó sus experimentos sobre cadáveres para determinar las fuerzas necesarias para producir cada tipo de fractura y consideró que el mecanismo de supinación-eversión era el más frecuente. Entre 1959 y 1961 trabajó en Seúl (Corea del Sur), donde fue nombrado miembro honorario de la Asociación coreana.



Niels Lauge-Hansen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hansen NL. Fractures of the ankle. III. Genetic roentgenologic diagnosis of fractures of the ankle. AJR 1954; 71:456-71.
2. Hansen NL. The development and the embryonic anatomy of the human gastro-intestinal tract: a new basis for the study of anomalies of the gastro-intestinal tract. Eindhoven, Centrex Publishing Co, 1960.
3. Hansen NL. Ankelbrud I. Genetisk diagnose og reposition. Munksgaard, København, 1942.
4. Hansen NL. «Ligamentous» ankle fractures. Diagnosis and treatment. Acta Chir Scand 1949; 97:544.

Leon Clement Le Fort. 1829-1893

Epónimo asociado

Fractura de Le Fort del tobillo: fractura vertical de la porción anterior del maléolo peroneo con avulsión del ligamento tibio-peroneo anterior.

Biografía

Cirujano francés, yerno de Malgaigne. Descubrió comunicaciones directas entre los vasos pulmonares y bronquiales y publicó sobre las técnicas de amputación de la rodilla y de la cadera. Fue el introductor y defensor de la asepsia quirúrgica antes del desarrollo de la bacteriología, además de conocedor del tratamiento del prolapso uterino.

Fue tío de René Le Fort, clasificador de las llamadas fracturas de Le Fort del macizo facial.



Leon Clement Le Fort.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Le Fort LC. Note sur une variété non-décrite de fracture verticale de la malleole externe par arrachement. Bull Gen Ther 1886; 110:193-9.
2. Speert H. The book shelf: Leon Le Fort and his operation for uterine prolapse. Surg Gynecol Obstet 1957; 104:121-4.

3. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? RadioGraphics 2000; 20:819-36.

Émile Letournel. 1927-1994

Epónimo asociado

Clasificación de Letournel-Judet: para las fracturas de acetábulo.

Biografía

Nació en la isla de Saint-Pierre-et-Miquelon, por lo que algunos decían que era francés y norteamericano. Estudió en el Liceo francés de Edimburgo gracias a una beca del Gobierno galo. Finalizados sus estudios de medicina en París, acudió a Robert Judet por indicación de un amigo. Judet le solicitó cartas de recomendación de las que Letournel carecía, pero consiguió ser admitido para una estancia de seis meses, que luego se convirtieron en 12, y finalmente fue ayudante en la clínica privada de Judet y profesor asociado. Siguió trabajando con Judet hasta que éste se retiró definitivamente en el año 1978. Judet le confió dar solución a las fracturas de cotilo, que con el aumento de los accidentes de tráfico empezaban a ser todo un problema. Se interesó por diversos campos de la cirugía ortopédica, desarrolló una prótesis de rodilla en 1968 y describió una técnica de artrodesis escápula-humeral para pacientes que padecían miopatía fascio-escápulo-humeral. Para un mejor acceso a las fracturas de cotillo desarrolló abordajes quirúrgicos, Judet combinaba el método Kocher con el Langebeck, pero Letournel desarrolló después el abordaje ilio-inguinal y más tarde el ilio-femoral. También desarrolló técnicas de reducción y de osteosíntesis. Su pasión fue seguir la evolución de todos los pacientes.

Letournel fue jefe del departamento de Cirugía ortopédica en el Centro Médico Quirúrgico de la Port de Choisy, en el sureste de París, has-

ta su jubilación en 1993. Fueron famosos sus cursos teóricos y con cirugías programadas en directo, además de las estancias de un día en el famoso instituto anatómico Fer à Moulin. Los cursos terminaban con una clásica cena, llamada de la corbata negra, y solían finalizar con Letournel cantando *La prune* y, por supuesto, *La marseillesa*.



Émile Letournel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Helfet DL. Professor Emile Letournel. Orthop Rev 1994; (Suppl:5-6).
2. Johnson EE, Matta JM, Mayo KA, Mast JW, Martimbeau C. A tribute to Émile Letournel, MD (1927-1994). Clin Orthop Rel Res 1995; 310:281-2.
3. Judet R, Judet J, Lanzetta A, Letournel E. [Fractures of the acetabulum. Classification and guiding rules for open reduction]. Arch Orthop. 1968; 81:119-58. (italiano)
4. Judet R, Judet J, Letournel E. Fractures of the acetabulum: classification and surgical approaches for open reduction. J Bone Joint Surg (Am) 1964; 46:1615-46.
5. Judet R, Judet J, Letournel E. [Fractures of the acetabulum] Acta Orthop Belg 1964; 30:285-93. (Francés).
6. Letournel E. [Surgical management of hip joint-acetabulum fractures]. Langenbecks Arch Chir 1966; 316:422-37. (Alemán)
7. Letournel E. Acetabulum fractures: classification and management. Clin Orthop Relat Res 1980; 151:81-106.
8. Letournel E. Pelvic fractures. Injury. 1978; 10:145-8.

Jacques Lisfranc de San Martín. 1790-1847

Epónimos asociados

Amputación de Lisfranc: amputación parcial del pie por la articulación tarso metatarsiana.

Articulación de Lisfranc o articulación tarso-metatarsiana.

Ligamento de Lisfranc: ligamento entre la cara plantar de la superficie externa de la primera cuña y la cara plantar de la base del segundo metatarsiano.

Luxación o fractura – luxación de Lisfranc: luxación de los cuatro huesos metatarsianos laterales.

Método de Lisfranc o técnica quirúrgica para el tratamiento del cáncer de recto.

Tubérculo de Lisfranc: tubérculo del músculo escaleno anterior sobre la primera costilla.

Biografía

Ginecólogo y cirujano francés, nacido en 1790 en Saint-Paul-en-Jarez, Loira. Jacques Lisfranc de San Martín comenzó su formación quirúrgica en Lyon y luego se trasladó a París, donde trabajó como ayudante de Guillaume Dupuytren (1777-1835). Obtuvo el título de médico en 1813 y fue, durante poco tiempo, cirujano militar. A partir de 1814 se dedicó a la cirugía hasta que en 1826 consiguió su propio servicio en L'Hôpital de la Pitié, en París, donde comenzó la enseñanza de la medicina clínica. Curiosamente, nunca describió el patrón de la fractura que lleva su nombre, aunque fue muy experto y rápido, amputando en menos de un minuto por la articulación tarso-metatarsiana.



Jacques Lisfranc de San Martín.

Lisfranc inventó y practicó numerosas técnicas quirúrgicas, la mayoría hoy abandonadas, como la resección del recto, la litotomía en mujeres y la resección del cuello del útero. Su libro sobre las enfermedades del útero, publicado en 1836, fue preparado por uno de sus asistentes, Jean Hippolyte Pauly (1806-1854), y constituye un tratamiento integral basado en las historias clínicas del L'Hôpital de la Pitié.

Lisfranc, además, trató y describió numerosas fracturas y comenzó a utilizar el estetoscopio con fines diagnósticos. En 1815, con Champesme, describió un método para desarticular el hombro. A pesar de su prestigio, fue una persona de difícil trato con el que era complicado establecer amistad. Falleció en París en 1847.

Adolf Lorenz. 1854-1946

Epónimo asociado

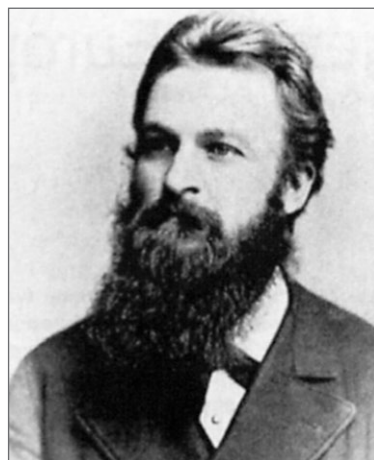
Posición de Lorenz: o de la rana para la reducción de la luxación congénita de cadera.

Biografía

Cirujano ortopédico austriaco, nacido en Weidenau, en la Silesia del Imperio austro-húngaro y actualmente perteneciente a la República

Checa. Estudió medicina en la Universidad de Viena, ayudando al cirujano Eduardo Albert (1841-1900). En 1901 fue uno de los fundadores de la Sociedad Alemana de Cirugía Ortopédica.

Es reconocido por sus trabajos en las deformidades de los huesos. Siendo joven tuvo una reacción alérgica al ácido carbónico, muy utilizado en los quirófanos, por lo que se vio obligado a dejar la cirugía y se convirtió en un «cirujano seco», tratando a los pacientes ortopédicamente, para lo cual creó técnicas no invasivas y desarrolló la llamada «Escuela vienesa sin sangrado». Así creó el tratamiento para la luxación congénita de cadera, reduciendo la cadera bajo anestesia y colocando al paciente con una espica de yeso con la cadera en aducción y rotación externa. También desarrolló una ayuda para andar que media el movimiento. Creó un tratamiento manipulador para el pie equino y por medio de poleas y tracción desarrolló un mecanismo para corregir la escoliosis.



Adolf Lorenz.

En su viaje a Estados Unidos para dar a conocer sus métodos fue recibido por el presidente Teodoro Roosevelt y fue el catalizador para la fundación del Texas Baptist Memorial Sanitarium, conocido más tarde como Baylor University Medical Center y Baylor Health Care System. Lorenz se retiró en 1923, pero fue nominado

para el Premio Nobel, que al parecer perdió por un único voto. Cinco décadas después, en 1973, su segundo hijo, Konrad Lorenz (1903-1989), biólogo, obtuvo el prestigioso galardón por el desarrollo de la etología.

En el año 1896 fundó el ambulatorio universitario de cirugía ortopédica en el segundo patio del Hospital General de Viena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jackson RW, Pollo FE. The legacy of Professor Adolf Lorenz, the «bloodless surgeon of Viena» Proc (Bayl Univ Med Cent). 2004; 17:3-7.



Antoine Louis.

Antoine Louis. 1723-1792

Epónimo asociado

Ángulo de Louis: ángulo que forman el manubrio y el mango del esternón, visto lateralmente.

Biografía

Cirujano y fisiólogo francés. Profesor de fisiología y pionero en el nacimiento de la medicina legal. En 1749 presentó las diferencias entre los signos de la muerte natural y el suicidio, que todavía hoy se estudian. Diseñó un prototipo de guillotina, aunque sería el ingeniero alemán Schmidt el primero en construirla, en París. Joseph Guillotin, profesor de anatomía, estaba incluido en el comité. La máquina se conoció inicialmente como Louisette o Louison en memoria de Antoine Louis, pero la prensa la acabó denominando como guillotina. Cuando Guillotin falleció, sus sucesores cambiaron su apellido para que no se les asociase con el mortal instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amin NF, Uddin MM, Haque AQMA, Hossain MM. Interesting life stories of some great eponymous anatomists. AKMMC J 2012; 3:20-3.

Otto Wilhelm Madelung. 1846-1926

Epónimos asociados

Deformidad de Madelung: deformidad congénita de la muñeca con una curvatura idiopática del radio que aparece en chicas adolescentes. Se ha asociado con el síndrome de Marfan y la enfermedad de Leri-Weill, caracterizada por baja estatura [1-3] (Figura 1).



Fig. 1. Síndrome de Leri-Weill. Discondrosteosis con deformidad de Madelung.

Enfermedad de Madelung: depósito masivo de grasa distribuido de forma simétrica en la cara, cuello y nuca que aparece en hombres de mediana edad asociado, habitualmente, con el abuso de bebidas alcohólicas [4].

Biografía

Cirujano alemán, nacido el 15 de mayo de 1846 en Gotha y fallecido el 22 de julio 1926 en Gotinga. Hijo de comerciante, estudió medicina en Bonn, Berlín y Tubinga, donde se doctoró en 1869. Al estallar la Guerra Franco-Prusiana fue asistente en el hospital de enfermedades mentales, cercano a Bonn. Viajó por Inglaterra y Estados Unidos, regresando luego a Bonn. En 1882 fue nombrado profesor de cirugía y director de la clínica de la Universidad de Rostock, en el mar Báltico, hasta que dos años más tarde se trasladó a Estrasburgo, donde tuvo una exitosa carrera. Al término de la Primera Guerra Mundial, cuando esta ciudad fue cedida a Francia, los cirujanos galos sustituyeron a Madelung y al resto de especialistas alemanes. Sin embargo, debido a su prestigio, Madelung fue el último de los profesores germanos en abandonar su puesto. Después de un breve periodo de arresto domiciliario se retiró a Gotinga, donde murió en 1926.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madelung O. Die spontane Subluxation der Hand nach vorne. Verhandl Deutsch Gesellsch Chir 1878; 7:259-76.
2. Schmidt-Rohlfing B, Schwöbel B, Pauschert R, Niethard FU. Madelung deformity: clinical features, therapy and results. J Pediatr Orthop B, 2001; 10:344-8.
3. Arora AS, Chung KC. Otto W. Madelung and the recognition of Madelung's deformity. J Hand Surg Am 2006; 31:177-82.
4. Sokolov M, Mendes D, Ophir D. Madelung's disease. Isr Med Assoc J 2010; 12:253-4.

Angelo Maria Maffucci. 1847-1903

Epónimo asociado

Síndrome de Maffucci: descrito en 1881, a partir de la autopsia de una mujer de 40 años con múltiples tumores vasculares fallecida por la hemorragia provocada al reseca uno de ellos. Se acompaña de encondromas múltiples (síndrome de Ollier).

Biografía

Nacido en Calitri (Italia), después de obtener su licenciatura en la Universidad de Nápoles, en 1872, se dedicó a la anatomía patológica y a la cirugía. Sin embargo, aunque es conocido por la descripción del síndrome que lleva su nombre, su mayor contribución a la medicina fue el estudio de las infecciones, especialmente la tuberculosis y el ántrax. Fue un pionero en la vacunación contra la tuberculosis y sus trabajos ofrecieron las bases teóricas a Calmette y su equipo para desarrollar la vacuna de Calmette-Guerin.



Angelo Maria Maffucci.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hwang S, Schneider R. Eponyms of tumors and tumorlike lesions in the musculoskeletal system:

- who were the people and what are the lesions? Pictorial review. *AJR* 2010; 195:S50-S61.
2. Ciranni R. A forgotten Italian pathologist: Angelo Maffucci (1845-1903) and his scientific thought. *Virchows Archiv* 2006; 449:495-7.

Jules Germain François Maisonneuve. 1809-1897

Epónimo asociado

Fractura de Maisonneuve: fractura espiral del tercio proximal del peroné asociada con lesión de la sindesmosis tibio-peronea y de la membrana interósea. Asociada en ocasiones con fracturas del maléolo medial y co rotura del ligamento deltoideo.

Biografía

Cirujano francés, estudiante de Dupuytren y polemista como su maestro. Fue el primero en describir la rotación externa como un mecanismo de producción de fracturas del tobillo.



Jules Germain François Maisonneuve.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maisonneuve JG. *Recherches sur la fracture du peroné*. Paris: Loquin&Cie, 1840

2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. *Musculoskeletal eponyms: who are those guys?* *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.

Joseph François Malgaigne. 1806-1865

Epónimos asociados

Fractura de pelvis de Malgaigne: fractura vertical de la pelvis o luxación sacroilíaca bilateral que separa la pelvis en dos partes (Figura 1).

Amputación de Malgaigne: técnica de amputación del pie conservando el astrágalo.

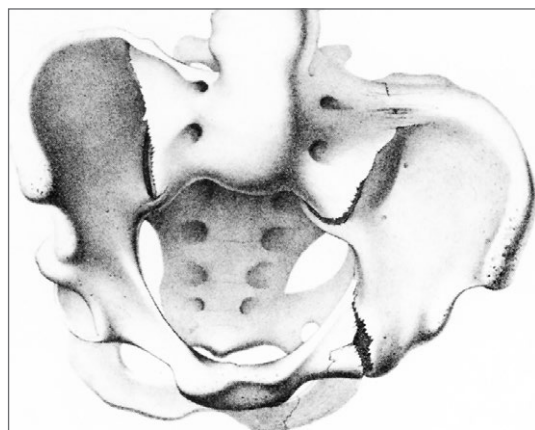


Fig. 1.

Biografía

Nació el 14 de febrero de 1806 en Charmes-sur-Moselle, hijo de un oficial de sanidad que murió de cólera en 1832. Malgaigne estudió medicina en las universidades de Nancy y París. Tras pasar por el hospital militar, dimitió como cirujano militar, aunque en 1825 fue nombrado oficial de sanidad (Figura 2). En 1827 fue externo de los hospitales de París. En 1830, empujado por sus ansias de libertad, ayudó al pueblo polaco en su liberación de la ocupación rusa y organizó una unidad hospitalaria voluntaria con nueve cirujanos para apoyar la campaña del ejército. En 1831 obtuvo el grado de doctor

con la tesis *Paradoxes de médecine théorique et pratique*, obra en la que defendió la enseñanza de la historia de la medicina y de la cirugía. En 1835 fue cirujano del Bureau Central y estuvo en los hospitales de Saint Louis (1845) y Charité (1858), así como en Beaujon.

Como tantos otros, concurrió varias veces a las oposiciones que organizó la facultad de Medicina para cubrir cátedras. Escribió dos tesis para agregadurías: *Des polypes utérins* (1832) y *Quel traitement doit-on préférer pour les fistules lacrymales?* (1835). En 1850, tras varios intentos, ganó finalmente la cátedra de cirugía, plaza que conservó hasta 1865, cuando dimitió por motivos de salud.



Fig. 2. Joseph François Malgaigne

En 1840 fundó el *Journal de Chirurgie* y en 1847 fue nombrado editor de la *Revue médico-chirurgical de Paris*. En una de sus recordadas revisiones decía que «el trabajo contiene muchas cosas buenas y nuevas. Desgraciadamente las cosas buenas no son nuevas, y las nuevas no son buenas».

Parece que fue el primer médico en Francia en introducir el éter en la anestesia quirúrgica y manifestó haber *eterizado* con éxito a tras pacientes por vía intranasal con un aparato de su invención.

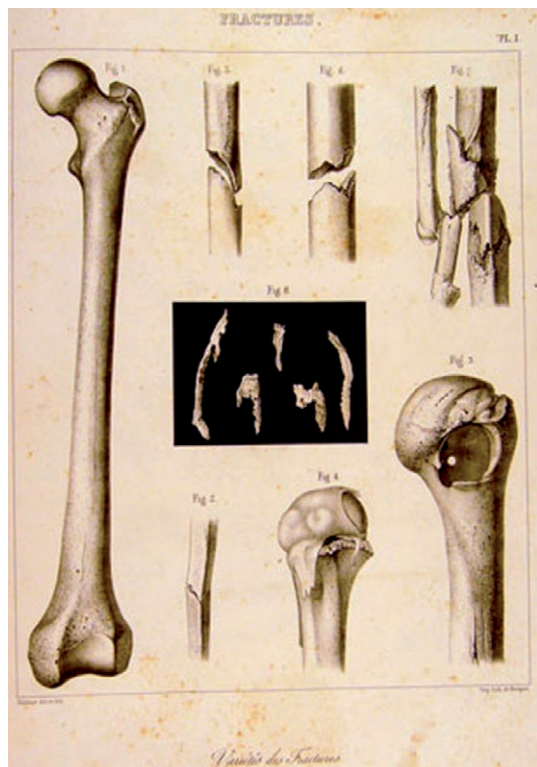


Fig. 3.

En su época no se contaba con una descripción sistemática y detallada de las lesiones de la pelvis. En el año 1847 publicó *Traité des fractures et des luxations*, en dos volúmenes, acompañado de un atlas complementario (Figura 3). Se trataba de la obra sobre fracturas más completa de la época, quizá todavía mejor que *A treatise on dislocations and on fractures of the joints*, de Astley Paston Cooper (1768-1841). Posteriormente publicó su obra de mayor difusión y la que le dio más fama, *Manuel de médecine opératoire* (1834), un libro de pequeño tamaño, de unas 800 páginas, reconocido en toda Europa y en cuyas páginas se recogían las técnicas de mayor interés. También recopiló los trabajos de Ambrosio Paré efectuando un recorrido histórico de la cirugía.

Describió en diez pacientes la fractura que lleva su nombre, una lesión pélvica inestable, comentando que la mayor complicación de esas fracturas eran las lesiones que provocaban en las

vísceras vecinas (Figura 1), una idea que sigue siendo cierta en nuestros días. Creó una técnica de amputación del pie conservando el astrágalo y desarrolló uno de los primeros fijadores externos para las fracturas de rótula (Figura 4) y un tornillo para reducir las fracturas de tibia (Figura 5).

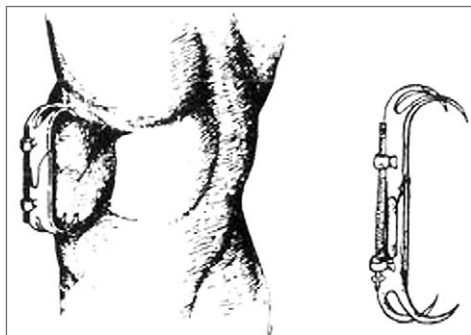


Fig. 4.

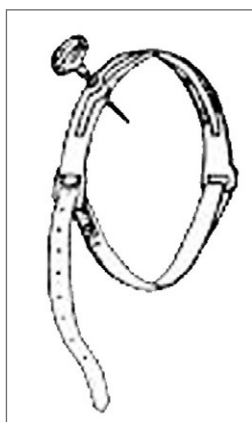


Fig. 5.

Malgaigne se interesó por la epidemiología y la estadística. En los hospitales de París comprobó que de 560 operaciones realizadas en cinco años se produjeron 300 defunciones. Fue diputado, miembro y cofundador de la Sociedad de Cirugía, miembro de la Academia de Medicina, sección de medicina quirúrgica, desde 1846 y su presidente en 1865. Fue nombrado *officier de la Légion d'honneur* y también se le otorgó la medalla al mérito militar de Polonia. Murió el 17 de octubre de 1865 en Saint-Gratein.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buchholz RW. The pathological anatomy of Malgaigne fracture-dislocations of the pelvis. *J Bone Joint Surg (Am)* 1981; 63A:400-4.
2. De la Huerta Villanueva F. Joseph François Malgaigne (1806-1895). *Medigraphic Artemisa* 2008; 4:224-6.
3. Fernández Palomo LJ, Fernández Vázquez JM, Camacho Galindo J. Joseph François Malgaigne (1806-1865). *Acta Ortop Mex* 2005; 19:284-5.
4. Hammacher ER. Fixator for the treatment of patellar fractures. *Knee Surg Sports Traum Arthrosc* 2004; 12:259.
5. Jarcho S. An early medicostatistical map (Malgaigne, 1840). *Bull N Y Acad Med* 1974; 50:96-9.
6. Peltier LF. Guerin versus Malgaigne: a precedent for the three criticism of scientific paper. *J Orthop Res* 1983; 1:115-8.
7. Peltier LF. Joseph Francois Malgaigne and Malgaigne's fracture. *Surgery* 1958; 44:777-84.

Bernard-Jean Antoine Marfan.

1858-1942

Epónimos asociados

Síndrome de Marfan: trastorno hereditario autosómico dominante del tejido conectivo que afecta al sistema músculo-esquelético, cardiovascular, ojos y piel. Un tercio de los casos no son hereditarios. Las pacientes se caracterizan por ser altas y delgadas, con extremidades largas, dedos en forma de araña (aracnodactilia), malformaciones torácicas (*pectus excavatum* o *pectus carinatum*), escoliosis y características faciales: dientes apiñados y paladar muy arqueado. Se acompaña de anomalías cardiovasculares y pueden desarrollar un aneurisma aórtico disecante.

Técnica de Marfan: punción del pericardio por vía epigástrica subxifoidea.

Signo de Marfan: aparición de un triángulo rojo en la punta de una lengua saburral que se relaciona con la fiebre tifoidea.

I Biografía

Nació en Castelnaudary, Languedoc-Rosellón (Francia). Su padre era un humilde médico rural que trató de evitar que su hijo estudiara medicina, pero en 1877 se matriculó en la facultad de medicina de Toulouse, finalizando sus estudios en París, donde fue alumno interno con muchas personalidades de la medicina francesa. En 1887 obtuvo su doctorado sobre la tuberculosis pulmonar, estableciendo la conocida «ley de Marfan», que sostenía que aquellos que en la infancia padecieron adenitis supuradas y curaban, no padecían la enfermedad tuberculosa. Aplicó la misma regla a la escrofulosis y a la tuberculosis articular.



Bernard-Jean Antoine Marfan.

Marfan fue de los primeros en reconocer la importancia de las reacciones dérmicas utilizando de forma inmediata la técnica de cuti-reacción, descubierta por el pediatra alemán Clemens von Pirquet. Calmette, creador de la vacuna contra el bacilo de Koch, pudo conocer los trabajos de Marfan.

En 1897 fue coautor de *Tratado de las enfermedades de niños*, que recibió el premio de la Academia francesa de Ciencias. Investigó los efectos perjudiciales de la leche de cabra en los niños y destacó el uso de rayos ultravioleta para la prevención y el tratamiento del raquitismo. En 1896 presentó a la Société Médicale des Hôpitaux de Paris el caso de una niña de cinco años, Gabrielle P., con miembros desproporcionados y largos, delgadez ósea y dedos de pies y manos excepcionalmente largos y delgados. Marfan usó los términos «dedos de araña» (aracnodactilia) y dolicoostenomelia para referirse a esta enfermedad. La niña empeoró de sus alteraciones óseas y hoy se cree que murió de tuberculosis. En 1902, Henri Méry y Léon Babonneix estudiaron de nuevo el caso, con la ventaja de disponer de radiografías, y advirtieron que tenía una gran escoliosis con asimetría torácica, para lo cual acuñaron el término hipercondroplasia. Por su parte, Achard informó de otra chica con características similares, bautizando a la enfermedad como «aracnodactilia», además de comentar la laxitud articular asociada.

En 1901 fue designado jefe del servicio de niños diftéricos en el Hôpital des Enfants Malades, y en 1914 fue nombrado primer profesor de higiene y clínica infantil. También fue miembro de la Academia de Medicina. Marfan mostró gran preocupación por la nutrición infantil –muchos colegas acudían a su consulta para aprender sus reglas– y se involucró con las campañas gubernamentales para la prevención de la tuberculosis en la infancia. A su muerte dejó para este fin una inmensa fortuna. En 1922 le fue concedida la Legión de Honor y en 1934 fue elegido miembro honorario de la Royal Society of Medicine de Londres. Murió en París en 1942.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fresquet JL. Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia (Universidad de Valencia-CSIC). Octubre, 2002.

Henry Austin Martin. 1824-1884

Epónimo asociado

Vendaje de Martin: vendaje enrollado, ancho y de goma.

Biografía

Aunque no es muy conocido en nuestro medio, Martin fue el primero en utilizar un vendaje ancho, de goma y enrollado para tratar úlceras vasculares. Su vendaje se sigue utilizando en quirófano para drenar la sangre distal de las extremidades y aplicar, posteriormente, un torniquete en la extremidad [1]. La venda de Martin se cita en muchas ocasiones como venda de Esmarch, o mal dicho Esmark. Von Esmarch describió la técnica de la hemostasia y Martin disponía del vendaje apropiado. Además, Martin introdujo la vacunación animal en los EEUU.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meals C, Wang BA. Origins of eponymous orthopaedic equipment. *Clin Orthop relat Res* 2010; 468:1682-92.

Hermann Matti. 1879-1941

Epónimos asociados

Técnica de Matti: (con el añadido de Russe) para el trata

miento de las pseudoartrosis de escafoides.

Pinza de Matti: pinzas dentadas y bloqueables.

Biografía

Médico suizo que trabajó en hospitales militares alemanes durante la Primera Guerra Mundial, donde adquirió experiencia quirúrgica y traumatológica de la cual surgió su famoso manual *Fracturas óseas y su tratamiento: un libro de texto para estudiantes y médicos*. Una

vez finalizada la contienda bélica, Suiza dispuso hospitales para los prisioneros de guerra en Lucerna y Friburgo, dirigidos por Hans Brun y Clement respectivamente, y donde trabajaron cirujanos suizos como Hermann Matti, de Berna, Carl Schlatter y Hans Hoessly, de Zúrich, Friedrich de Quervain, de Basilea, o Charles Juillard, de Ginebra.

Matti publicó en 1918 su artículo para la estabilización extrarticular tras la rotura del ligamento cruzado anterior con un doble injerto de fascia lata cruzando el espacio articular interno de la rodilla. Esta técnica fue muy seguida posteriormente con numerosas modificaciones.

En 1936 dio a conocer su técnica para la pseudoartrosis del escafoides carpiano, que fue completada por Otto Russe del servicio de traumatología de la Universitätsklinik de Innsbruck, quien popularizó el abordaje volar del escafoides carpiano para desarrollar la técnica de Matti con el objetivo de mejorar la visualización de algunas fracturas de escafoides y evitar así la estilectomía radial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Draenert MO. Swiss contributions to war surgery during the Great War. *Clin Orthop Relat Res* 2013; 471:2712-25.
2. Matti H. Kriegschirurgische Beobachtungen und Erfahrungen (Fortsetzung). *Correspondenzblatt Schweizer Aerzte* 1915; 65:801-18.
3. Matti H. Die Knochenbrueche und ihre Behandlung. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Vol. I. Die Allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen und ihre Behandlung. Berlin, Germany: Julius Springer, 1918.
4. Matti H. Ersatz des gerssenen vorderen Kreuzbandes durch extraartikuläre freie Faszientransplantation. *Munch Med Wschr* 1918; 17:451-2.
5. Matti H. Technik und Resultate meiner Pseudoarthrosenoperation. *Zentralbl Chir* 1936; 63:1442-53.
6. Russe O. Fracture of the carpal navicular. Diagnosis, non-operative treatment and operative treatment. *J Bone Joint Surg* 1960; 42-A:759-68.

William James Mayo. 1861-1939

Charles Horace Mayo. 1865-1939

Epónimos asociados

Tijeras de Mayo: tijeras de punta curva.

Porta de Mayo: portaagujas para suturar (Figura 1).

Mesa de Mayo: mesa de quirófano.

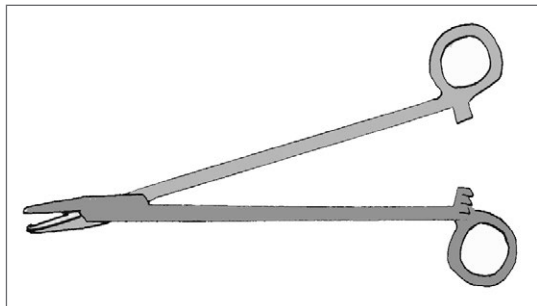


Fig. 1

Biografía

La clínica Mayo lleva el nombre familiar de estos dos médicos hijos de médico, William Worrall Mayo (1819-1911), quien en 1863 llegó a Rochester, Minnesota (EE.UU.), para ejercer su profesión. Fundó el hospital de St Marys y desde muy temprana edad hizo que sus hijos le ayudasen en su práctica diaria; de hecho, el más joven le ayudó como anestésista desde la adolescencia. Ambos estudiaron en la Facultad de Medicina de Michigan.



Charles Horace Mayo y William James Mayo.

En 1883 un tornado afectó a Rochester, y tanto los Mayo como las monjas aunaron sus fuerzas para tratar a las víctimas. Como consecuencia de ello, las monjas realizaron una colecta para construir un hospital y llamaron a los Mayo como cirujanos. Así nació una de las clínicas más famosas del mundo.

Pero los Mayo ayudaron mucho a la evolución de las técnicas quirúrgicas y a la educación médica. No se sabe cual de los dos hermanos desarrolló las pinzas que llevan su nombre. En 1915 fundaron la Mayo Foundation for Medical Education and Research.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meals CG, Meals RA. A history of surgery in the instrument tray: Eponymous tools used in hand surgery. *J Hand Surg* 2007; 32 A:942-53.
2. Spinner RJ, Al-Rodhan NRF, Piepgras DG. 100 years of neurological surgery at the Mayo Clinic. *Neurosurgery* 2001; 49:438-45.

Robert Merle d'Aubigne. 1900-1989

Epónimos asociados

Escala de valoración funcional de la cadera de Merle d'Aubigné: valoración objetiva a los pacientes tratados de una patología de cadera.

Biografía

Nació en Neuilly (Francia) en 1900, dentro de una familia hugonote. Sirvió dos meses en el ejército en 1918 poco antes de la firma del armisticio que finalizó con la Primera Guerra Mundial. Se formó en la Facultad de Medicina de París, institución con la que terminó teniendo un desacuerdo y pasó, como adjunto de cirugía general al hospital de Vaugirard durante 12 años, donde despertó su interés por la traumatología y la cirugía ortopédica.

En los años treinta trabajó con Lorenz Böhler, en Viena, y con Vittorio Putti, en Bolonia. Par-

ticipó en la II Guerra Mundial como capitán de una unidad móvil, aunque durante la ocupación alemana de Francia fue miembro activo de la resistencia.

A la llegada de De Gaulle, en 1944, reorganizó el Servicio de Sanidad del ejército francés. Ese mismo año viajó a Gran Bretaña donde coincidió con personalidades como Watson Jones, Seddon y Gutmann, y adquirió una nueva visión de la cirugía ortopédica. Al regresar a Francia trabajó en el Centre de Chirurgie Réparatrice, un centro de nueva creación de la sanidad militar desde el que pasó, con su equipo, al Hospital Foch, coincidiendo en él mismo con Michel Postel y Jacques Ramadier, entre otros. En 1948 le ofrecieron la jefatura del Hospital Cochin donde permaneció hasta su jubilación en 1970.

Existió siempre cierta confusión con su nombre. En el *Journal of Bone and Joint Surgery*, apareció como Merle d'Aubigné, en el trabajo que hacía pública la escala «Merle d'Aubigné-Postel» para la evaluación funcional de la cadera. Sin embargo en 1954, su apellido aparece como «d'Aubigne RM».

De la escala de valoración de la cadera se publicaron tres versiones, en los años 1949, 1954 y 1970. El artículo de 1949 lo firman Merle d'Aubigné, Cauchoix y Ramadier después de la presentación del estudio en el Congreso Internacional de Cirugía Ortopédica, en Amsterdam, en 1948. En 1954, Merle d'Aubigné y Postel hicieron público el estudio de 323 pacientes con prótesis acrílica por etiología traumática, degenerativa y subluxaciones, en el *JBJS*. En esta publicación se cita la «Merle d'Aubigné score» eliminando a los otros autores que aparecían en la publicación francesa previa, donde se nombraba la escala como «Postel-Merle d'Aubigné» o «PMA score». La última versión de la escala apareció en 1970, en la *Revue Francaise de Ortopédie*, después de que Larson propusiera, en 1963, la escala de valoración funcional de Iowa y William H. Harris, la conocida como Harris Hip Score, en 1969.

Merle D'Aubigné murió en 1989 en Jávea, en la costa de Alicante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biau DJ, Brand RA. Robert Merle d'Aubigné, 1900–1989. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467:2-6.
2. D'Aubigné RM, Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. *J Bone Joint Surg (Am)* 1954; 35:451-75.
3. Merle d'Aubigné R. Cotation chiffrée de la fonction de la hanche. *Rev Chir Orthop* 1970; 56:481-6.
4. Merle d'Aubigné R, Cauchoix J, Ramadier JV. Evaluation chiffrée de la fonction de la hanche. Application à l'étude des résultats des. *Rev Chir Orthop* 1949; 35:5-12.
5. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg (Am)* 1969; 51-A:737-55.
6. Larson CB. Rating scale for hip disabilities. *Clin Orthop Relat Res* 1963; 31:85-93.

Minerva

Epónimo asociado

Enyesado tipo Minerva: corsé de yeso utilizado para inestabilidades cervicales altas.



Minerva.

I Biografía / mitología griega

Minerva (griego, Atenea), la diosa de la sabiduría, creció de la cabeza de Júpiter (Zeus), que había sido golpeada por Vulcano (Hephaestus).

Giovanni Battista Monteggia.

1762-1815

I Epónimo asociado

Fractura de Monteggia: fractura de tercio proximal del cúbito con luxación anterior de la cabeza radial.

I Biografía

Nacido en Laveno, junto al lago Mayor (Italia), en 1762. Empezó a practicar la cirugía en Milán, en el Ospedale Maggiore, con 17 años de edad. Obtuvo el doctorado en 1789 en la Universidad de Pavia. Desde 1790 trabajó como cirujano asistente, profesor de Anatomía y médico de prisiones. En 1795 fue nombrado profesor de Anatomía y Cirugía, obteniendo la cátedra de Cirugía en Pavia. Esto le obligó a practicar numerosas autopsias, en una de las cuales se contagió de la sífilis. Posiblemente la conjunción de su caso y el de un estudiante le hizo interesarse y publicar sobre las enfermedades venéreas pero, sobre todo, se dedicó a la patología del aparato locomotor y efectuó la primera descripción de la poliomielitis.

En 1791 tradujo del alemán el *Compendio de las enfermedades venéreas*, de Fritze. Tres años después publicó sus *Anotaciones sobre las enfermedades venéreas*, a la vez que recibió el encargo de dar lecciones gratuitas de cirugía a los jóvenes cirujanos. En 1796 publicó en latín las *Observaciones anatómico-patológicas*, luego traducidas al italiano, que sirvieron como un adelanto de sus famosas *Instituciones quirúrgicas*, una obra en ocho volúmenes que recoge el conocimiento quirúrgico de la época napoleónica, donde describe la fractura que lleva su

nombre. Reimprimió, corregido, su *Compendio de las enfermedades venéreas*, introduciendo su experiencia y sobre todo el apéndice «Razonamiento sobre el uso de la zarzaparrilla», un fármaco que recomendaba en estas enfermedades y que Monteggia ofrecía gratuitamente a los boticarios. Publicó un estudio sobre la extirpación del cáncer de útero (1794). En 1799 fue nombrado cirujano y cirujano obstetra de la Pía Casa de Santa Caterina alla Ruota.



Giovanni Battista Monteggia.

Incansable en sus visitas, consultas, cirugías y, sobre todo, estudios anatómicos, se cortó e infectó en numerosas ocasiones, jugando con su vida, y estuvo a punto de perder el brazo izquierdo. Llevaba medicamentos a los enfermos pobres, anotando siempre sus observaciones. La muerte le sobrevino cuando trabajaba en una nueva edición de sus *Instituciones*.

En Milán, en la vía Sant'Antonio, 9, muy cerca del Ospedale Maggiore, todavía se puede leer una placa: «G. B. Monteggia, professore e scrittore insigne di scienze mediche e chirurgiche, abitò questa sua casa e vi morì il 17.1.1815».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fiamberti AM. The life and works of Giovanni Battista Monteggia (8th August, 1762 – 17th January, 1815). A commemorative talk on the

bicentenary of his birth. *Panminerva Med* 1963; 104:427-30.

2. Peltier LF. Eponymic fractures: Giovanni Battista Monteggia and Monteggia's fracture. *Surgery* 1957; 42:585-91.

Luis Morquio. 1867-1935

Epónimos asociados

Enfermedad de Morquio: mucopolisacaridosis con excreción de sulfato de queratano por la orina. Displasia ósea que asocia enanismo tronco corto, con desalineación de la columna vertebral, hepatomegalia, incompetencia aórtica, facies peculiar, opacidad corneal y sordera.

Síndrome de Morquio – Ulrich (1894-1957): síntomas y signos del síndrome de Morquio con una o más características propias del síndrome de Hurler.

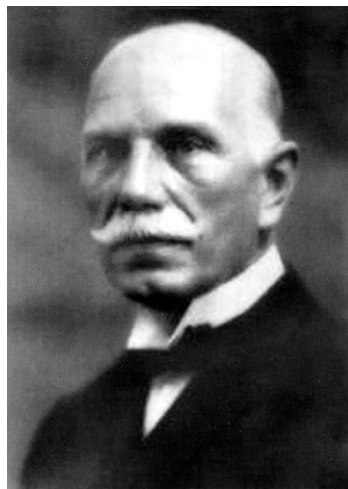
Biografía

Pediatra uruguayo, nacido el 3 de enero 1867, Montevideo, y fallecido en 1935. Estudió en la facultad de Medicina de Montevideo doctorándose con una tesis sobre el tratamiento de la fiebre tifoidea. En 1893 realizó su primer viaje a Europa, donde trabajó con Antoine-Jean Bernard Marfan (1858-1942) visitando a famosos médicos de la época como a Jean Martin Charcot (1825-1893) entre otros.

Regresó a Uruguay, en 1894, donde se dedicó a la práctica y enseñanza de la pediatría y fundó la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Sus relaciones con Francia, donde era miembro de varias sociedades científicas, terminaron con la concesión, por parte del gobierno francés de nombramiento de oficial de la Legión de Honor y, en 1930, en Ginebra, fue elegido presidente de la sociedad para la protección de la infancia «Save the Children», el mismo año en que fue nombrado director del Instituto de Pediatría Clínica, en Montevideo, dedicándose especialmente al estudio de las enfermedades

congénitas y adquiridas de la infancia. Murió inesperadamente, en 1935, a la edad de 68 años.



Luis Morquio

Thomas Georg Morton. 1835-1903

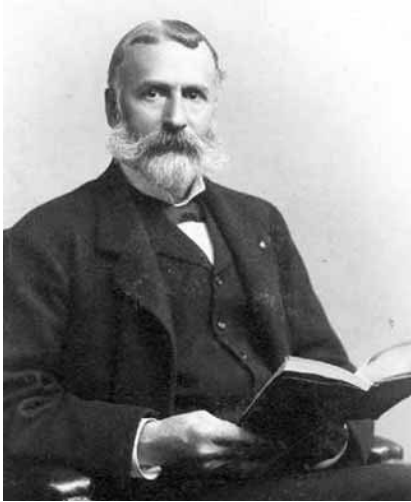
Epónimo asociado

Neuroma de Morton: descrito en 1876, es una fibrosis perineural y degeneración nerviosa del nervio interdigital a nivel de la cabeza del metatarsiano, generalmente en el espacio entre el tercer y cuarto metatarsiano. Está causado por la irritación y compresión del nervio por el ligamento intermetatarsiano. Fue descrito inicialmente por Lewis Durlacher en 1845, pero el término de «neuralgia de Mor-ton» lo introdujo Lewin en 1876.

Biografía

Nació en Filadelfia (EE. UU.), hijo del científico Samuel Georg Morton. Obtuvo su grado de doctor en 1856 en la Universidad de Pensilvania. Durante la guerra civil norteamericana organizó numerosos hospitales militares y con David H. Agnew, entre 1862 y 1865, dirigió el Mary Hospital de Filadelfia, el mayor en

aquellos tiempos, con 500 camas. En 1866 fue nombrado director médico del hospital de Pensilvania. Escribió sobre los temas más variados, como la transfusión sanguínea o la metatarsalgia. En 1886 fue uno de los primeros en realizar con éxito una apendicectomía. Murió de cólera en 1903.



Thomas Georg Morton.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hwang S, Schneider R. Eponyms of tumors and tumorlike lesions in the musculoskeletal system: who were the people and what are the lesions? Pictorial review. *AJR* 2010; 195:S50-S61.
2. Morton TG. The classic: a peculiar and painful affection of the fourth metatarso-phalangeal articulation. *Clin Orthop Rel Res* 1979; 142:4-9.

Dudley Joy Morton. 1884-1960

Epónimo asociado

Síndrome de Morton: un pie congénito con un primer metatarsiano corto, segmento hiper móvil y callosidades en el marco del segundo y tercer metatarsianos.

Biografía

Además de cirujano fue paleoantropólogo, con especial interés en el estudio del desarrollo del pie y la marcha; de hecho, fue el primero en sugerir que el *Australopithecus* debía incluirse entre los homínidos. Morton relacionó su síndrome con la morfología del pie y lo denominó metatarso atávico, como pie ancestral o pie de Neandertal, también relacionado con el pie griego, a partir de una escultura clásica con la que se encontró, en oposición con el pie egipcio, que tiene un primer dedo más largo. Consideró este tipo de pie como el modelo clásico y también del Renacimiento. Incluso en la Estatua de la Libertad, en Nueva York, encontró este tipo de pie. También lo consideró el pie propio de los celtas.



Dudley Joy Morton.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decherchi P. [Dudley Joy Morton's foot syndrome]. *Presse Med* 2005; 34:1737-40.
2. Glasoe WM, Coughlin MJ. A critical analysis of Dudley Morton's concept of disordered foot function. *J Foot Ankle Surg* 2006; 45:147-55.

Maurice Müller. 1918-2009

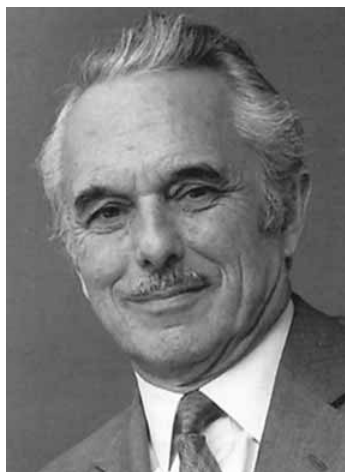
I Epónimos asociados

Prótesis de Müller

Clasificación de las fracturas de Müller

I Biografía

Fundador del grupo y de la técnica AO, diseñó más de 80 instrumentos para el manejo quirúrgico de las fracturas. Inspirado en el trabajo de John Charnley, desarrolló su modelo de prótesis de cadera. Se calcula que durante su vida realizó unas 20.000 intervenciones quirúrgicas.



Maurice Müller.

Nació en Biel (Suiza), estudiando medicina en Neuchatel y Berna y licenciándose en Lausana en 1944. Su interés por la especialidad se agudizó al visitar a un excombatiente de la Segunda Guerra Mundial, portador de un clavo de Küntscher. Se formó en la clínica Balgrist de Zúrich y se doctoró en esta Universidad en 1946. El mismo año contrajo matrimonio y un año después viajó, con su esposa, al hospital de Jimma (Etiopía), donde se ofreció al emperador Haillie Selassie para organizar la red asistencial traumatológica, pero este insistió en su interés por prevenir el tracoma. Müller se afanó por operar y por desarrollar el plan contra el traco-

ma. A su vuelta pasó por los hospitales de Liestal, Friburgo y Zúrich.

Durante una estancia en Bélgica, en 1950, contactó en Bruselas con Robert Denis, el cirujano pionero de la reducción anatómica, la fijación interna y la consolidación «sin callo visible» de las fracturas. De aquel encuentro surgió la idea de la AO suiza, fundada en 1958 con Martin Allgöwer, Hans Willenegger y Robert Schneider. Se desarrollaron implantes e instrumentos y se publicó un manual con los principios para el tratamiento de cada tipo de fractura. La AO también creó un centro de documentación de los casos clínicos tratados con la técnica AO para analizar los éxitos y los fracasos.

En 1960 fue nombrado jefe del servicio del Hospital de Sant Gallen (Suiza), donde colocó su primera prótesis total de cadera tipo Charnley. En 1963 fue nombrado profesor de la Universidad de Berna y jefe del servicio del Insel Spital, donde permaneció hasta 1980. Fue presidente de SICOT entre 1981 y 1984.

Maurice y su esposa, Martha Lüthi, donaron 33 millones de euros para la construcción y equipamiento del Centro Cultural Paul Klee de Berna, sorprendente edificio singular diseñado bajo su inspiración y que acoge un museo con más de 4.000 obras de arte. Fue autor de 250 trabajos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orozco L. Legado de Maurice Müller a España (1918–2009). *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2009; 53:

Charles S Neer II. 1917-2011

I Epónimos asociados

Clasificación de Neer: para las fracturas de la extremidad proximal del húmero [1].

Prótesis de Neer: para la sustitución de la cabeza humeral [2].

I Biografía

Charles Neer II nació en Vinita, Oklahoma (EE UU), hijo y nieto de médicos. Obtuvo su graduación en la Universidad de Pennsylvania y comenzó su residencia en el Presbyterian Hospital de Nueva York. Tras la Segunda Guerra Mundial regresó a Nueva York, a la Columbia University, para terminar su formación y quedarse en ese centro hasta que se retiró como profesor emérito en 1990 [3].

Fue un escritor fecundo, tratando sobre muchos aspectos, aunque mayoritariamente sobre el hombro. Su primer artículo, en 1948, trató sobre las fracturas de cadera. Fue fundador de la American Shoulder and Elbow Surgeons en 1982.

Entre sus trabajos más considerados está la clasificación de las fracturas del hombro, en 1970, pero además destaca su explicación y el tratamiento del síndrome subacromial [4]. Neer fue un pionero en las artroplastias de hombro y desarrolló la primera prótesis de hombro difundida a escala mundial gracias a su incesante actividad docente.

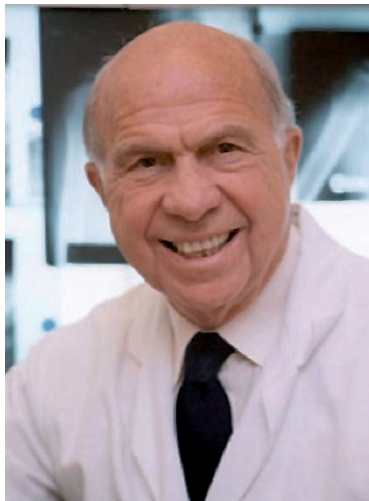


Fig. 1. Charles S Neer II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neer CS II. Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation. *J Bone Joint Surg (Am)* 1970; 52A:1077-89.
2. Neer CS II. Articular replacement for the humeral head. *J Bone Joint Surg (Am)* 1955; 37-A:215-28.
3. Hawkins RJ. Biographical Sketch: Charles S Neer II, MD. *Clin Orthop Rel Res* 2006; 442:77.
4. Neer Cs II. Anterior acromioplasty for the chronic impingement síndrome in the shoulder: a preliminary report. *J Bone Joint Surg (Am)* 1972; 54:41-50.

Auguste Nélaton. 1807-1873

I Epónimos asociados

Línea de Nélaton-Roser: línea recta, oblicua hacia abajo y adentro, formada por la espina ilíaca anterosuperior, el vértice del trocánter mayor y el isquión, cuando el miembro inferior está en semiflexión. Es una referencia para diagnosticar el desplazamiento del trocánter mayor en fracturas o luxaciones de la cadera.

Triángulo de Nélaton: triángulo equilátero en el codo, cuyos vértices lo forman el epicóndilo, la epitroclea y el olecranon, con el codo en flexión. Con el codo en extensión estos tres puntos forman una línea (línea de Hunter).

Sonda de Nélaton: catéter flexible.

I Biografía

Nació en París el 17 de junio de 1807 y comenzó sus estudios de medicina en 1828, siendo alumno externo en el Hôtel-Dieu, en el servicio de Dupuytren, con quien trabajó entre 1831 y 1836. Se doctoró con la tesis *L'affection tuberculeuse des os* y posteriormente hizo el trabajo de agregado sobre *Des tumeurs de la mamelle*. Como ha ocurrido con otros muchos famosos de la medicina, se presentó sin éxito a diversas plazas académicas, hasta que en 1851 obtuvo el puesto de profesor de clínica quirúrgica, que mantuvo tres años, siendo sustituido por P.P. Broca.



Auguste Nélaton.

En 1862 fue llamado por Garibaldi para que le curara una herida de bala y, tras el éxito de su tratamiento, publicado en toda la prensa europea, se convirtió en el cirujano de moda. Nélaton también fue cirujano del emperador y en 1868 fue elegido senador. Un año antes fue nombrado profesor honorario, ya que quiso desvincularse de la docencia para atender su consulta.

Introdujo diferentes innovaciones instrumentales y terapéuticas, extirpó tumores nasofaríngeos y fue el primer francés en efectuar una ovariectomía. Además, contribuyó a mejorar la técnica del cateterismo vesical y describió por primera vez el hemocele retrouterino. Aunque no fue un escritor prolífico, entre sus obras destacan *Éléments de pathologie chirurgicale*, en cinco volúmenes (1844-1860), y *Leçons sur l'hématocèle rétro-utérine*.

Fue miembro de la Academia de Medicina y de Ciencias y recibió la distinción *Grand officier de la Légion d'honneur* (1867). Murió el 23 de septiembre de 1873.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Judet H. Hommage á Auguste Nelaton. Acad Nat Chirur. Séance solennelle 2010; 11-3.
2. Ribes Vallés C. Epónimos científicos. <http://blog.uchceu.es/eponimos-cientificos>

Karl Nicoladoni. 1847-1902

Epónimos asociados

Signo de Nicoladoni: también conocido como signo de Branham y signo de Nicoladoni Israel Branham, es la dismunición de las pulsaciones del corazón como respuesta a la compresión manual de una fístula arterio-venosa.

Técnica de Nicoladoni: para la corrección de las deformidades del pie.

Biografía

Nació en Viena (Austria), donde estudió y se doctoró. Se formó con Von Dürnheim y Teodoro Billroth. Sus plazas docentes estuvieron en Innsbruck (1881) y Graz (1885). Publicó el libro *La torsión en la escoliosis. Un estudio anatómico*. En otra publicación lanzó la posibilidad de trasplantar el segundo dedo en las amputaciones del pulgar. Estuvo especialmente interesado en el tratamiento de la escoliosis, efectuó trasplantes de pulgar y un caso de trasplante en un joven con amputación del pulgar de una transferencia del segundo dedo del pie. También desarrolló técnicas urogenitales y gastrointestinales para el tratamiento del divertículo esofágico y la torsión del cordón espermático, intentando realizar una gastroenterostomía.



Karl Nicoladoni.

Como cirujano fue de los primeros en realizar una resección en bloque del riñón y glándula suprarenal, pero también comenzó con las transposiciones musculares. Reconocido por sus tratamientos pioneros de la escoliosis, luxaciones y fracturas. Es especialmente recordado por sus novedosas técnicas de las deformidades del pie. Efectuó una detallada clasificación de las deformidades graves del pie y sus técnicas de tratamiento para el pes calcaneus y el pie equino-varo paralítico. Murió de un infarto de miocardio a los 55 años de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gurunluoglu R, Shafiqhi M, Huemer GM, Gurunluoglu A, Piza-Katzer H. Carl Nicoladoni (1847–1902). Professor of Surgery. *Ann Surg* 2004; 239:281-92.
2. Haeseker B. 1891–1991: The centenary of innovative reconstructive hand surgery by Carl Nicoladoni. *Brit J Plast Surg* 1991; 44:306-9.
3. Nicoladoni C. The classic. On the treatment of pes equinus paralyticus. *Clin Orthop Rel Res* 1978; 135:2-3.
4. Nicoladoni C. Daumenplastik. *Wien Klin Wochenschr* 1897; 28:663–666.

Louis Xavier Édouard Léopold Ollier. 1830-1900

Epónimos asociados

Enfermedad de Ollier: o encondromatosis múltiple, patología no hereditaria con múltiples encondromas y condromas subperiósticos. Aparecen en la infancia y no suelen aumentar de tamaño cuando se detiene el crecimiento.

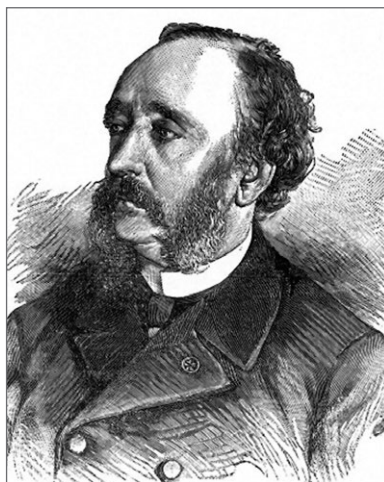
Capa perióstica de Ollier (*cambium layer*): porción del periostio en contacto con el hueso.

Injerto parcial de piel de Ollier-Tiersch.

Biografía

Nació en Vans, Ardèche (Francia), donde tanto su padre como su abuelo habían sido médi-

cos. Estudió ciencias naturales en Montpellier y fue profesor ayudante de botánica en la Facultad de Medicina. Se graduó en Medicina en 1856, trabajando como alumno interno en el Hospital de Lyon en 1851. Se doctoró en París en 1857 con una tesis sobre la histología de 400 tumores malignos, *Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses aux diverses périodes de leur développement*. Consiguió la jefatura de cirugía en el Hôtel-Dieu de Lyon, uno de los hospitales más antiguos de Europa.



Louis Xavier Édouard Léopold Ollier.

Entendió que la cirugía ortopédica debía ser una especialidad, a pesar de que los cirujanos ridiculizaban la ortopedia y a los ortopedas, a quienes asimilaban con los corsés y las ortesis. En 1858 introdujo un vendaje para el tratamiento de las fracturas compuestas.

Fue llamado padre de la Cirugía Ortopédica, pues se interesó por la cirugía osteoarticular, la traumatología y la cirugía reconstructiva corporal y facial, utilizando injertos de piel, que algunos consideran como su mayor contribución a la cirugía; en 1872 ideó el método de injerto de piel, modificado posteriormente por Karl Thiersch.

Fue un cirujano meticuloso que adquirió fama internacional, reconocido por el desarrollo de

las técnicas de resección en las extremidades en lugar de amputación, publicado en los tres tomos del *Traité des resections*, y por sus estudios sobre la regeneración ósea por efecto del periostio. Describió la astragalectomía como técnica quirúrgica.

También se le ha considerado el padre de la cirugía experimental, pues fue el primero en aplicar a sus pacientes lo aprendido en la cirugía sobre animales. Trabajó con pollos, gallinas, palomas, ratas, conejos, gatos y perros en la granja de su padre y, más tarde, en un laboratorio de veterinaria de Lyon. Paralelamente con el cirujano británico *sir* William Macewen (1848-1924), fue un pionero de los injertos óseos, a pesar de la oposición que encontraron entre los médicos. Sus experimentos le ayudaron a entender la función integral del periostio en la formación ósea y le permitieron efectuar técnicas de resección articular. Demostró que tanto el autoinjerto como el aloinjerto óseo eran capaces de integrarse, mientras que los xenoinjertos fracasaban. Sus experiencias se recogieron en dos tomos del *Traité experimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux*.

En 1877, Ollier sugirió que el crecimiento óseo se podía frenar reseccando la fisis para corregir ciertas deformidades. Investigó el crecimiento óseo y soñaba que algún día se podrían tratar algunas patologías estimulando la mineralización del cartílago.

Fue uno de los primeros en aplicar las técnicas de asepsia en quirófano.

La enfermedad que lleva su nombre se basó en un informe que presentó en junio de 1897 en la reunión de la Sociedad de Cirugía de Lyon, al final de su vida académica, sobre dos niñas de seis años con deformidades en el antebrazo y en el muslo, que se asoció con lesiones múltiples en los dedos. Posteriormente estudió a otra niña de nueve años, demostrando la existencia de regiones radiolúcidas en las diáfisis de sus huesos largos.

Cuando se construyó la nueva Facultad de Medicina de Lyon, en 1870, Ollier fue nombra-

do profesor de cirugía clínica. El 24 de junio de 1894 fue distinguido como comandante de la Legión de Honor por el presidente francés Carnot; esa misma tarde el presidente fue asesinado por un anarquista italiano. Ollier acudió a atender inútilmente las heridas del político.

Murió en Lyon en 1900 a la edad de 70 años. En esa ciudad se le recuerda con una magnífica estatua de bronce y con su nombre identificando el Instituto de Anatomía Patológica.

Hiram Winnett Orr. 1877-1956

Epónimo asociado

Método de Orr: tratamiento cerrado para las fracturas abiertas.

Biografía

Cirujano ortopédico nacido en West Newton, Pennsylvania (EE UU), que pasó toda su vida en Lincoln, Nebraska. Terminó sus estudios en la Universidad de Michigan y comenzó a trabajar en el Nebraska Orthopaedic Hospital. Durante la Primera Guerra Mundial, Orr trabajó con Alexis Carrel (1873-1944), científico y cirujano francés, en el Welsh Metropolitan War Hospital de Cardiff (Gales, Reino Unido). Carrel defendía que la infección de las heridas era inevitable sin un cuidado y desarrolló un antiséptico conocido como solución de Carrel-Dakin, en honor a su propio nombre y al del químico inglés Henry D. Dakin (1880-1952). De nuevo en Nebraska, fue nombrado jefe de servicio del Hospital de Ortopedia, así como del Bryan Memorial Hospital y del Lincoln General.

Fue conocido por su descripción del método que lleva su nombre para el tratamiento de las infecciones óseas. En Francia, Orr siguió el tratamiento de Carrel para limpiar las heridas, cubriéndolas con una gasa bañada en petróleo y colocando un yeso para inmovilizar la fractura. Este método permitió el transporte de numero-

unos soldados desde el frente y su llegada en buenas condiciones a casa.



Fig. 1. Hiram Winnett Orr.

La heridas y las fracturas abiertas eran siempre un grave problema, pero muy especialmente en tiempo de guerra. Orr propuso un método de tratamiento barato a base de vendas, yeso y agua, con pocos requisitos técnicos, con el que se conseguía una curación más rápida y efectiva. Su técnica consistía en la reducción de la fractura sobre mesa de tracción; el desbridamiento y lavado de la herida con iodo diluido en alcohol; tapar la herida con una gasa vaselinada, colocando gasas secas por encima y enyesando el miembro, incorporando un clavo de tracción. No recomendaba curar la herida en un periodo de cuatro a ocho semanas y aconsejaba cambiar de yeso cuando el olor era insoportable, siempre en condiciones de mayor asepsia. Presentó una casuística de 288 fracturas conminutas abiertas, con 259 curaciones y solo tres casos de fallecimiento.

Como señala Ponseti [4], quien trabajó con Orr unos meses, «Orr tenía ideas muy claras sobre el tratamiento de la osteomielitis. Su profundo conocimiento de la biología de la inflamación le llevó a desechar el uso de desinfectantes, así como de frecuentes curas, haciendo hincapié sobre el drenaje y el reposo de la extremidad lesionada como el mejor medio de favorecer

las defensas naturales del cuerpo (...). Orr fue quien escribió el prefacio del libro *Treatment of war wounds and fractures*, de Trueta, publicado en Gran Bretaña en 1940. Estaba muy interesado en conocer los detalles de nuestra experiencia en España con su método. Se los di. El desbridamiento y los drenajes que hacíamos eran más completos que los suyos, mientras que nuestra técnica de vendajes de yeso sin almohadillar hacía posible poner yesos menos extensos que permitían cierta movilidad de las extremidades así que las heridas comenzaban a cicatrizarse».

Fue editor del *Journal of Orthopaedic Surgery*. Murió en Rochester, Minnesota, en 1956.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Sabaté A. Barcelona y la SECOT. Diálogos entre 1936 y 2002. SECOT. Madrid: MMC 2003.
2. Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. Treatment of war wounds. A historical review. *Clin Orthop Rel Res* 2009; 467:2168-219.
3. Mercer W. A catalogue of the H. Winnett Orr historical collection. *J Bone Joint Surg (Br)* 1961; 43-B:621.
4. Orr HW. Development of fracture surgery during the past 100 years. *Clin Orthop* 1953; 2:5-11.
5. Ponseti I. Autobiografía. En: Fernández Sabaté A. Barcelona y la SECOT. Diálogos entre 1936 y 2002. MMC 2003; 343-70.

Carl B. Schlatte. 1864-1934

Robert Bayley Osgood. 1873-1956

Epónimos asociados

Enfermedad de Osgood-Schlatter: osteocondrosis de la tuberosidad de la tibia y una de las causas más comunes de dolor de rodilla en el adolescente.

Operación de Schlatter: gastrectomía con yeyunostomía término-lateral del esófago.

I Biografía de Carl B. Schlatter

Nacido el 18 de marzo de 1864 en Wallisellen-Zurich (Zuiza), Schlatter estudió en las universidades de Zurich, Heidelberg, Viena y París, doctorándose en medicina por la Universidad de Zurich en 1889. Al año siguiente partió hacia Viena para trabajar con Theodore Billroth (1829-1894) y Eduard Albert (1841-1900). De vuelta en Zurich, trabajó con Krönlein (1847-1910) en la Clínica Universitaria de Zurich, donde se convertiría más adelante en profesor de cirugía hasta su jubilación. Fue un cirujano muy hábil y un profesor muy querido y recordado.

Además de describir la enfermedad que lleva parcialmente su nombre, de manera independiente, con Robert Bayley Osgood (1873-1956) [1], realizó, con éxito en 1897 la primera gastrectomía. En 1914-1915, al inicio de la Primera Guerra Mundial, trabajó en campos de prisioneros y, posteriormente, en el Hospital Militar de Stuttgart. Poco antes de retirarse cayó enfermo y murió repentinamente de una enfermedad pulmonar en 1934.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schlatter C. Verletzungen des schnabelförmigen Forsatzes der oberen Tibiaepiphyse. [Bruns] Beiträge zur klinischen Chirurgie 1903; 38: 874-87.

I Biografía de Robert Bayley Osgood

Cirujano ortopédico, nacido el 6 de julio de 1873 en Salem, Massachusetts (EE.UU.), y fallecido en 1956. Estudió y se doctoró en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard en 1899. Realizó su internado, en primera instancia, en el recientemente creado servicio de radiología y fue allí donde hizo sus observaciones sobre las alteraciones en el desarrollo de la tuberosidad anterior de la tibia [1]. Su interés por la radiología duró poco, aunque le dejó importantes marcas cancerígenas en sus manos. Schlatter publicaría sus observaciones algo más tarde [2] (Figura 1).

Viajó por Alemania, Francia y el Reino Unido, donde conoció a Hugh Owen Thomas y a su sobrino Robert Jones (Figura 2). A su



Fig. 1. Robert Bayley Osgood.



Fig. 2. Robert Jones y Robert Osgood con sus perros.

vuelta a Estados Unidos, trabajó con Joel E. Goldthwait y John Painter en su práctica privada. Pasó como adjunto al servicio de cirugía ortopédica del Carney Hospital, en Boston, y posteriormente se incorporó al Massachusetts General Hospital, donde fue jefe de servicio de cirugía ortopédica en 1919. En 1922 fue nombrado jefe de servicio del Children's Hospital.

Estuvo muy interesado en la investigación, analizando el metabolismo de los pacientes reumáticos. Demostró, con William B. Lucas, que el virus de la poliomyelitis permanecía latente en los nódulos linfoides nasofaríngeos de los monos durante al menos seis meses, pudiendo contagiar a otros animales durante ese tiempo. Con Goldthwait y Painter participó en uno de los primeros libros de cirugía ortopédica, *Diseases of the bones and joints*, publicado en dos volúmenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osgood RB. Lesions of the tibial tubercle occurring during adolescence. *Boston Med Surg J* 1903; 148:114-7.
2. Obituari. Robert B Osgood. *J Bone Joint Surg (Am)* 1957; 39-A:726-33.

Hugh Thomas Owen. 1834-1891

Epónimos asociados

Collarete de Thomas: para tuberculosis de columna cervical.

Prueba de Thomas: paciente en decúbito supino. Flexión de la cadera y rodilla hasta tocar la cara anterior del muslo con el abdomen. El ángulo de la cadera contralateral con el plano de la mesa indica la contractura en flexión (Figura 1).

Férula de Thomas: inicialmente para fracturas de fémur, posteriormente se adaptaron a otros huesos largos (Figura 2).

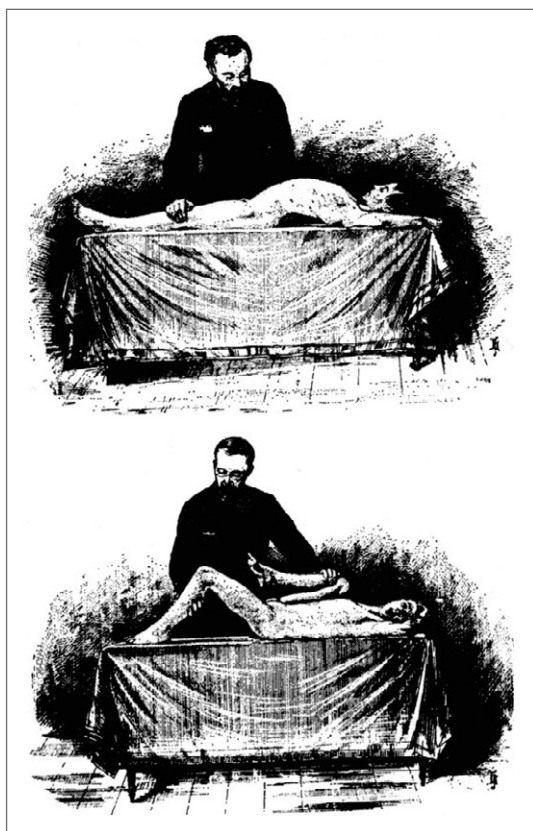


Fig. 1.

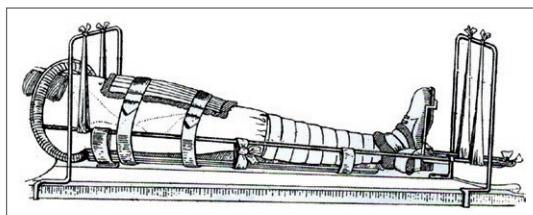


Fig. 2.

Biografía

Hugh Owen Thomas (Figura 3) ha sido considerado el padre de la ortopedia británica. Provenía de una familia de manipuladores de huesos y articulaciones cuyos secretos se fueron transmitiendo de generación a generación. Su padre, Evan Thomas llegó a Liverpool para trabajar con marinos y trabajadores del puerto.

Aunque nunca tuvo problemas con los médicos y cirujanos de la ciudad si que tuvo que acudir a los tribunals en varias ocasiones. Eso hizo que se empeñase que sus hijos obtuviesen el título official, consiguiendo que cinco de ellos se titulasen.

Hugh Owen Thomas fue, desde niño, delgado y nervioso. Esto hizo que su persona y hallazgos fueran ignorados y despreciados por sus colegas. Nunca trabajó en un hospital. Sin embargo, fue muy popular y su consulta siempre estaba llena de pacientes, desde horas muy tempranas, todos los días de la semana. Nunca salía de casa si no era por motivos profesionales. Tan solo dedicaba tres días al año a visitar la tumba de su madre. Vestía con un abrigo negro abotonado que le cerraba hasta el cuello y una gorra de marinero que le tapaba uno de los ojos. Su imagen se relaciona con un cigarillo entre sus labios.



Hugh Thomas Owen

Hugh O. Thomas trabajó con su tío, Owen Roberts, en St Asaph, en Gales del Norte, durante cuatro años y luego estudió medicina en la Universidad de Edinburgo y en el University College, de Londres. Finalizados sus estudios, en 1857, regresó a Liverpool para ayudar a su padre, hasta que se estableció por su cuenta

como médico general en los barrios más pobres. Con el tiempo fue conocido por su dedicación al tratamiento de la tuberculosis y de las fracturas, Thomas defendió el reposo que debía ser «forzado, ininterrumpido y prolongado». De ahí que diseñase férulas para inmovilizar las articulaciones y las fracturas mientras permitían la actividad de los pacientes. Su férula para la extremidad inferior fue muy popular en la primera Guerra mundial gracias a difusión que hizo su sobrino, Sir Robert Jones, viendo como descendió la mortalidad en un 60%. También inventó un aparato para reducir fracturas y otro para efectuar osteoclastias, rompiendo el hueso y colocándolo en la posición correcta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kirkup J. Thomas'splint. J Med Biogr 2008; 16:104.

Antonio Pacchioni. 1665-1726

Epónimos asociados

Gránulos de Pacchioni: en su disertación de 1705, Pacchioni hizo una descripción muy exacta de los gránulos aracnoideos aunque pensó, equivocadamente, que eran los responsables de la secreción del líquido cerebrospinal.

Agujero de Pacchioni (foramen) o incisura tectorial: se pensó que servían para inserción de los músculos y ligamentos que comprimían las glándulas cerebrales y secretar, así, el espíritu de los animales.

Biografía

Nació en Reggio (Italia). A los 24 años inició en Roma el estudio de la anatomía con Marcello Malpighi, coincidiendo con quien sería su amigo Giovanni Maria Lancisi, el primero en describir la sífilis cardíaca y en sugerir al mosquito como transmisor de la malaria. Por su parte, Pacchioni se dedicó al estudio de la anatomía y

a analizar la función de las meninges. Tres décadas más tarde, Giovanni Fantoni publicó su *Opuscula medica et physiologica* (1738), donde demostró que la duramadre no contenía fibras musculares y que las granulaciones aracnoideas eran para reabsorber y no para secretar el líquido cerebrospinal.



Fig. 1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olry R. Antonio Pacchioni and Giovanni Fantoni on the anatomy and functions of the human cerebral dura mater. *J Int Soc Plastination* 1999; 14:9-11.

Sir James Paget. 1814-1899

I Epónimos asociados

Absceso de Paget: absceso que recidiva.

Cáncer de la areola mamaria de Paget: cáncer de la glándula mamaria que comienza como un eczema alrededor de la areola.

Células de Paget: células típicas de la enfermedad de Paget.

Enfermedad extramamaria de Paget: cáncer de la piel con las mismas células que el tumor mamario de Paget

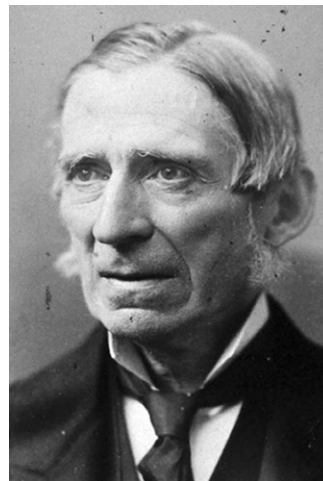
Enfermedad de Paget (osteítis deformans): enfermedad del esqueleto con engrosamiento y reblandecimiento de los huesos y arqueamiento de huesos largos.

Enfermedad de Paget-Schroetter: enfermedad en la cual se forman trombos en el sistema venoso de la extremidad superior, con mayor frecuencia en la vena axilar y la vena subclavia.

Signo de Paget: prueba clínica para observar la fluctuación de una masa.

I Biografía

Nació en Great Yarmouth, hijo de un fabricante de cerveza y armador, además de alcalde, siendo el octavo de 16 hermanos. A los 16 años fue aprendiz de un cirujano y farmacéutico local y cuatro años más tarde ingresó en el Saint Bartholomew's Hospital, en Londres, donde permaneció desde 1834 hasta 1871, año en que escapó de la muerte por un corte accidental en la sala de disección, renunciando a su plaza hospitalaria y dedicándose a la actividad privada.



Sir James Paget.

Siendo estudiante de primer año, durante la disección anatómica descubrió unas manchas en el músculo. Fueron examinadas por el anatomista y paleontólogo Richard Owen (1804-1892), quien efectuó la primera descripción de la triquinosis en el hombre.

James Paget se graduó y se incorporó en 1836 al Real Colegio de Cirujanos, dio clases particulares, fue subdirector de alguna revista médica y completaba sus ingresos mediante la traducción de artículos y libros. Desde 1837 hasta 1843 fue el director del Museo de Anatomía del Real Colegio de Cirujanos, dejando la base de su catálogo de piezas. Sus conocimientos anatómicos le facilitaron el puesto de profesor de anatomía y cirugía del Real Colegio de Cirujanos. En 1851 comenzó su práctica privada con un gran éxito. En 1854 le nombraron cirujano personal de la reina Victoria y en 1877 del príncipe de Gales. En ese mismo año describió la enfermedad que lleva su nombre, lo que le valió el título de *baronet*.

En 1851 fue elegido miembro de la Royal Society, de la que llegó a ser nombrado vicepresidente y luego presidente. También fue vicerrector honorario de la Universidad de Londres y doctor *honoris causa* en las universidades de Oxford, Cambridge y Edimburgo.

Era un orador dotado y fue considerado como el mejor profesor de su área. Paget tuvo un contacto estrecho con médicos alemanes y fue muy amigo de Rudolf Virchow. Era un ardiente defensor del método científico y siempre luchó por disponer de animales de experimentación y cadáveres para la investigación, especialmente después de que Virchow impartiese en Londres su conferencia sobre la importancia de la experimentación en medicina.

Aunque su práctica le procuró ganancias muy elevadas, siguió publicando. Dedicaba 16 horas diarias a la consulta, visitando a más de 200 pacientes diarios. Fue un cirujano incansable y un eminente patólogo; junto con Virchow, convirtió el microscopio en un instrumento indispensable para el clínico. Además, sentía pasión por la anatomía, la fisiología y la botánica, publicando durante sus estudios sobre la naturaleza de Yarmouth el libro *Sketch of the natural history of Yarmouth and its neighborhood*.

Paget fue uno de los primeros en recomendar la extirpación quirúrgica de los tumores de

la médula ósea (sarcoma mielóide) en lugar de amputar la extremidad. Sin embargo, su fama se apoya en las descripciones clínicas. La de mayor repercusión fue la conocida como osteítis deformante o enfermedad de Paget, en 1877. La historia es de sobra conocida: su paciente era un hombre con una deformidad progresiva al que había visto por primera vez en 1856. Paget observó y apuntó en cada consulta cómo aumentaba el diámetro del cráneo, se inclinaba cada vez más hacia delante, aumentando la cifosis, con un cada vez más pronunciado varo de rodillas, adquiriendo con el tiempo una postura simiesca. Además, en 1872 su paciente perdió la visión por hemorragias de la retina y desarrolló una sordera. Tuvo la oportunidad de hacer la autopsia, comprobando que el hueso era tan suave que podía cortarlo con una cuchilla.

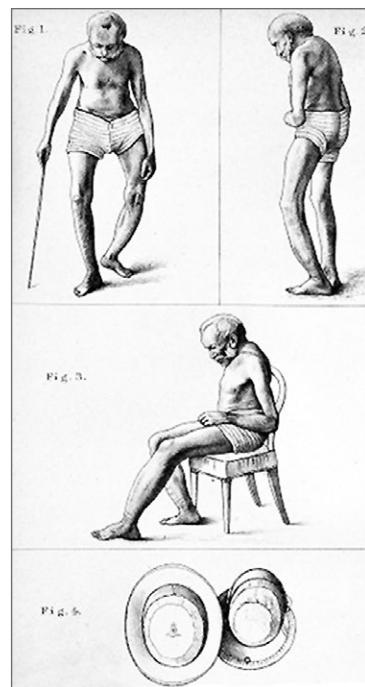


Fig. 1.

También fue el primero en describir la ostecondrosis, conocida como enfermedad de Os-good-Schlatter; fue el primero en reconocer que el nervio mediano podía ser comprimido en

la muñeca; el primero en describir numerosas patologías como son la propia enfermedad de Paget, la neoplasia extramamaria que afecta el área uro-genital, la trombosis venosa axilar, el fibrosarcoma de los músculos abdominales, especialmente del m. recto anterior (fibroide recurrente de Paget), y los abscesos recurrentes (absceso residual de Paget).

Padre de seis hijos, amaba la música. Todavía en 1891 viajó a Roma como consejero. Murió a los 85 años de edad en Londres, oficiando el sepelio uno de sus hijos, obispo de Oxford. Con otro de sus vástagos, Stephen Paget (1855-1926), reconocido investigador de las metástasis, escribió sus memorias, *Sir James Paget: Memoirs and Letters*, publicadas después de su muerte, acaecida el 30 de diciembre de 1899, un día antes de que comenzase un nuevo siglo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buchanan W. The contribution of Sir James Paget (1814–1894) to the study of rheumatic disease. *Clin Rheumatol* 1996;15:461-72.
- Buchanan WW. Sir James Paget (1814–99): Surgical Osler? *Proc R Coll Physician Edinburgh* 1996; 26:91-114.
- Colman E. Sir James Paget: The man and the eponym. *Calcif Tissue Int* 2002; 70:430-1.
- Díaz Díaz RM, Prats Caelles I, López de Ayala Casado E. Sir James Paget. *Actas dermosifiliogr* 2002; 93:567-8. <http://www.paget.org.uk/pagetbooklet/pagetbooklet.pdf>
- McManus. Sir James Paget's research into medical education. *Lancet* 2005; 366:506-13.
- Paget J. Account of a dislocation, in consequence of disease of the first and second cervical vertebrae. *Med Chir Trans.* 1848; 31:285-95.
- Paget J. Additional cases of osteitis deformans, notes on seven cases. *Trans Med Chir Soc* 1882; 65:225–36. (descarga libre)
- Paget J. An address on the utility of scientific work in practice. *Br Med J.* 1887; 2:811-4. (descarga libre)
- Paget J. On a form of chronic inflammation of bones (osteitis deformans). *Trans Med Chir Soc* 1877; 60:37–40. (descarga libre)
- Paget J. The first description of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Eur Vol.* 2007; 32:195-7. (descarga libre)
- Paget J. Ununited fractures in children. 1891. *Clin Orthop Relat Res.* 2007; 458:8-9. (descarga libre)

Erwin Payr. 1871-1946

Epónimos asociados

Abordaje de Payr: abordaje parapatelar de la rodilla. **Signo meniscal de Payr:** con el paciente sentado en posición de sastre o de indio, siente dolor en interlínea interna cuando hay daño meniscal.

Signo de Payr: indicación de la tromboflebitis. Se produce dolor cuando se presiona la planta del pie

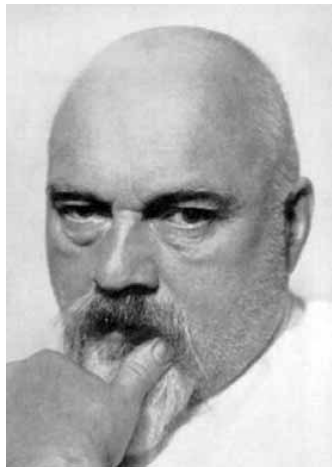
Enfermedad de Payr o síndrome del ángulo esplénico: adhesiones del colon transversal y descendente que se producen en el colon irritable con manifestación pospandrial.

Pinzas de Payr: diseñadas para la sección pi-lórica

Biografía

Nacido en Innsbruck (Austria), en cuya universidad se graduó entre 1889 y 1894, obteniendo su doctorado con la tesis *Patología y tratamiento del hallux valgus*. Se habilitó en 1899 en la Universidad de Graz y trabajó en el Instituto de Anatomía Patológica de Viena. Discípulo de Nicoladoni, fue profesor en Graz, jefe de cirugía en Greifswald (Königsberg) y, finalmente, en Leipzig, en 1911, donde estuvo hasta su jubilación en 1937. Fue un excelente y conocido cirujano general que aportó contribuciones en muchos campos, especialmente en patología articular, cirugía abdominal, pulmonar y de la glándula tiroidea. Fue el primer cirujano en utilizar ozono para eliminar bacterias, método que había aprendido del suizo E. A. Fisch; también introdujo las suturas de magnesio en la

cirugía neuro-vascular y realizó trabajos experimentales en animales para hacer anastomosis con túbulo reabsorbibles de magnesio. Utilizó los tallos de grosella para drenar los abscesos cerebrales.



Erwin Payr.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kühnel K, Seifert V. [Erwin Payr and his contributions to neurosurgery]. *Zentralbl Neurochir* 1998; 59:27-35.
2. Payr E. Beitrage zur Technik der Blutgefass und Nervenahrt nebst Mittheilungentiber die Verwendung eines resorbierbaren Metalles in der Chirurgie. *Arch Klin Chir* 1900; 62:67-93.
3. Schwokowski CF. [On the 50th anniversary of the death of Erwin Payr (1871-1946)]. *Zentralbl Chir* 1996; 121:335-9.

Nicolay Ivanovich Pirogoff. 1810-1881

Epónimos asociados

Ángulo de Pirogoff: al arco formado por las venas subclavia y yugular internas.

Amputación de Pirogoff: amputación, basada en la técnica de Syme, conservando una porción del calcáneo.

Biografía

Nacido en Moscú en 1810, fue un cirujano reconocido que aportó nuevos conocimientos en la anatomía quirúrgica, la ortopedia y la anestesia. Quedó huérfano a corta edad y en condiciones precarias. Sin embargo, un tío suyo le ayudó a ingresar en la Facultad de Medicina a los 14 años. En cuatro años se licenció y comenzó su especialización en cirugía. Pirogov formó parte de un grupo selecto de licenciados a los que se les preparaba para ser profesores y mejorar el nivel científico de Rusia. Lo enviaron a la universidad báltica de Dorpat, hoy Universidad de Tartu (Estonia), en aquel momento una de las universidades bajo influencia alemana de mayor prestigio, donde trabajó en anatomía y cirugía. Se doctoró en 1832 con un trabajo sobre la ligadura de la aorta abdominal (*Num vinctura aortae abdominalis in aneurysmate inguinali adhibita facile ac tutum sit remedium*). Posteriormente visitó las universidades de Berlín y Gotinga, donde observó que para hacer una cirugía científica, no solo artística, necesitaba apoyarse en la anatomía y en la fisiología.

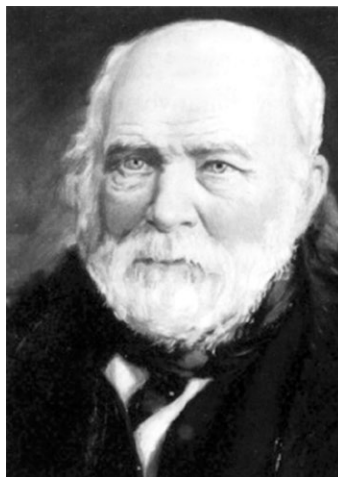


Fig. 1. Nicolay Ivanovich Pirogoff.

Consiguió la cátedra de Dorpat a los 26 años de edad, adquiriendo renombre en la anatomía quirúrgica. Entre 1852 y 1859 apareció su conocido atlas *Anatome topographica sectionibus*

per corpus humanum congelatum triplici directione ductis illustrate, con 200 imágenes que muestran a gran escala secciones congeladas de partes del cuerpo. En 1940 fue invitado a ocupar la cátedra de cirugía del Hospital y la Academia de Medicina Militar de San Petersburgo, donde además creó el Instituto de Anatomía, llevando a cabo más de 12.000 disecciones.

En 1847 desarrolló una teoría sobre la acción y los usos de la anestesia que se aplicó a sí mismo antes de utilizarla en los pacientes. Inicialmente realizó numerosas intervenciones usando el anestésico por vía rectal, que tuvo que abandonar por las irritaciones producidas. También estudió las consecuencias de la infección postoperatoria, en paralelo a Malgaigne en París. Pirogoff anotó 159 fallecimientos entre 400 cirugías recogidas entre 1852-53, que consideró debidas en gran parte a las infecciones.

Mientras servía en el ejército zarista introdujo enfermeras entrenadas en los hospitales militares y trabajó para modernizar los equipos de campaña. En 1854, con el estallido de la Guerra de Crimea entre el Imperio ruso y la alianza formada por Reino Unido, Francia, el Imperio otomano, y el Reino de Piamonte y Cerdeña, el número de soldados heridos fue muy elevado. Pirogoff solicitó ser trasladado al campo de batalla, donde ideó los moldes de yeso –idea tomada de los escultores– y la técnica de amputación que lleva su nombre, e introdujo el uso de anestésicos. En 1864 publicó sus experiencias en Alemania en lo que sería la obra de referencia de sanidad militar.

En 1856, cansado de la actitud militar, se retiró de la enseñanza y del hospital. Publicó un trabajo sobre los problemas de la educación que produjo un fuerte impacto, ya que condenaba la restricción de acceso a la enseñanza a las clases desfavorecidas y a los que no eran de origen ruso y reclamaba la educación para las mujeres. Se opuso a una especialización temprana y abogó por el establecimiento de escuelas secundarias. Fue nombrado inspector de escuelas en el sur de Rusia pero, tras tener problemas con el go-

bernador de Odessa, fue transferido a un puesto similar en Kiev. Tres años después fue obligado a jubilarse y trabajó como juez de paz en Ucrania.

En 1862 fue consultado sobre una herida que sufrió Garibaldi en una pierna durante la batalla de Aspromonte, recomendando una cura que tuvo éxito. De vuelta en Rusia, en 1866, viajó como representante de la Cruz Roja para supervisar los servicios sanitarios de los contendientes en la Guerra Franco-Prusiana, en 1870. Siete años después, en 1877, actuó como cirujano en la guerra entre Rusia y Turquía por la independencia de Bulgaria.

Murió el 5 de diciembre de 1881 en Vishnya (Ucrania) y su cadáver fue embalsamado por su hijo. En 1978, especialistas rusos viajaron a este lugar para comprobar el estado del cadáver, constatando que había comenzado a descomponerse. Lo recompusieron y cada año Rusia entregó una aportación económica para su mantenimiento. Rusia ha reclamado en repetidas ocasiones el cadáver de Pirogoff, pero Ucrania se niega a entregar el cuerpo de quien considera el más grande entre sus científicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. Treatment of war wounds. A historical review. *Clin Orthop Rel Res* 2009; 467:2168-219.
2. Fresquet JL. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia-CSIC). Julio de 2007.

Ignacio Ponseti. 1914 - 2009

Epónimo asociado

Método de Ponseti: para el tratamiento del pie zambo.

Biografía

Nacido el 3 de junio de 1914 en Ciudadela (Menorca), hijo de un relojero, se trasladó a los

ocho años a Palma de Mallorca y, finalmente, a Barcelona, donde realizó sus estudios, licenciándose en Medicina y Cirugía el 17 de julio de 1936. Trabajó con Jimeno Vidal en Reus en lo que pronto se convirtió en un hospital de guerra de referencia. A punto de finalizar la contienda salió, por Francia, hacia México. Allí trabajó en Juchitepec, un pequeño pueblo al sur de la capital. En 1941, con el dinero ahorrado, pasó, por Laredo, a Estados Unidos, donde había recibido una beca de estudios con Steindler en la Universidad de Iowa. Al entrar Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial, tras el ataque japonés a Pearl Harbour, muchos facultativos estadounidenses fueron movilizados y los que quedaron tuvieron que hacerse cargo de todo el trabajo. En aquellos momentos, en la ortopedia infantil las enfermedades más frecuentes eran la poliomielitis, la tuberculosis osteo-articular y la osteomielitis. Las dos últimas desaparecieron pronto con la llegada de la penicilina y la estreptomycinina; la polio, algo más tarde con la vacuna de Salk y de Sabin, El raquitismo ya no se veía desde que se añadió la vitamina D a la leche. El trabajo del ortopedista pediátrico se centró, en su mayor parte, en las deformidades congénitas, la escoliosis idiopática, la artritis y, sobre todo, los accidentes de tráfico y deportivos.



Fig. 1. Ignacio Ponseti.

Winnett Orr, jefe del hospital infantil de Lincoln, Nebraska, amigo íntimo de Steindler, invitó a Ponseti para conocer su centro. Allí tuvo la oportunidad de comparar los métodos del tratamiento de heridas y fracturas abiertas publicados por el propio Orr y por Trueta en dos revistas norteamericanas. De vuelta en Iowa, comenzó a trabajar en el laboratorio de patología ósea; después obtuvo una beca de investigación en Chicago, bajo la dirección de Phemister y Hutcher, por lo cual a su regreso a Iowa se hizo cargo del laboratorio y de la docencia de patología ósea, tanto a los residentes como a los estudiantes.

Su primer proyecto fue estudiar la incidencia de la hernia discal en cadáveres; el segundo, analizar los casos de pie zambo congénito tratados en Iowa durante más de veinte años, observando que, pasado el tiempo, presentaban una rigidez invalidante. Intentó publicarlo pero Steindler no lo permitió, sugiriendo que la cirugía había mejorado y que los resultados posteriores iban a ser mucho mejores [1].

En 1947 obtuvo la ciudadanía norteamericana y trabajó en la prevención de la luxación congénita de cadera, aplicando la maniobra de Ortolani. Publicó sobre el fracaso del tratamiento de la cadera tras la cirugía del techo acetabular. Además, analizó cortes histológicos de la embriología de la cadera normal y luxada, y estudió la escoliosis experimental en ratas y conejos jóvenes alimentadas con guisantes, demostrando cambios bioquímicos en los enlaces de las fibras de colágeno.

En 1954 fue uno de los fundadores de la Orthopedic Research Society y el encargado de efectuar el congreso de la misma, en colaboración con la AAOS, durante los primeros años hasta que en 1960 alcanzó la presidencia.

Publicó la técnica para corregir el pie zambo, basada en la anatomía de la deformidad y funcional del pie, y los resultados obtenidos con su método después de diez años de experiencia [2][3]. El trabajo, según Ponseti, «no se leyó cuidadosamente y, por lo tanto, la com-

pleja deformidad en tres planos del pie zambo no se entendió y el trabajo fue ignorado durante 30 años» [1]. Por el contrario, el trabajo sobre la corrección del metatarso aducto, publicado más tarde, fue muy comentado, ya que la deformidad ocurre en un solo plano [4]. Por eso, «solo tras la publicación, en 1995, del seguimiento de mis pacientes tratados 30 años antes, así como de la publicación de mi libro *Congenital clubfoot: fundamentals of treatment*, un año más tarde, algunos cirujanos ortopedistas comenzaron a utilizar mi técnica» [1]. Efectivamente, en 1970, revisó con Sterling Laaveg los casos de pie zambo tratados 20 años antes, constatando que una gran mayoría eran pies funcionalmente normales [5]. En 1996, tras muchos avatares, y preocupado por el alto número de cirugías practicadas en el mundo con los pies zambos, publicó su reconocido libro. Falleció en Iowa en octubre de 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponseti I. Autobiografía. En: Fernández Sabaté A. Barcelona y la SECOT. Diálogos entre 1936 y 2002. MMC 2003; 343-70.
2. Ponseti IV, Campos J. Pathogenesis and treatment of congenital clubfoot. *Clin Orthop Rel Res* 1972; 84:50-60.
3. Ponseti IV. Treatment of congenital clubfoot. *J Bone Joint Surg (Am)* 1992; 74:448-54.
4. Ponseti IV, Becker JR. Congenital metatarsus adductus: the results of treatment. *J Bone Joint Surg (Am)* 1966; 48:702-11.
5. Laaveg SJ, Ponseti IV. Long-term results of treatment of con-genital clubfoot. *J Bone Joint Surg (Am)* 1980; 62:23-31.

Percivall Pott. 1714-1788

■ Epónimo asociado

Mal de Pott o tuberculosis vertebral. (Figura 1)

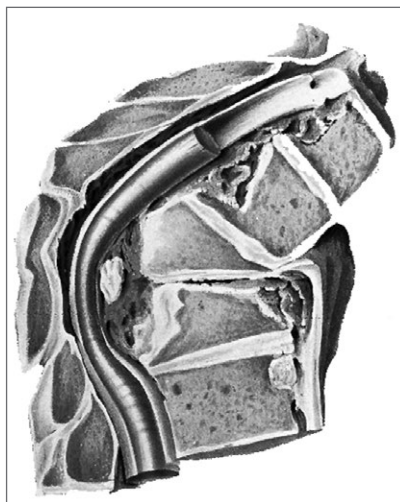


Fig. 1.

■ Biografía

Nació en Londres, hijo de un copista y escritor quien al morir dejó a su viuda y a sus dos hijos en la miseria. Pott tenía entonces tres años y fue tutelado por el obispo de Rochester, familiar de su madre. Estuvo de aprendiz con Edward Nourse (1701-1761), cirujano del St. Bartholomew's Hospital, para lo que tuvo que pagar una buena cantidad de dinero. Le ayudaba a preparar piezas para las clases privadas de anatomía, con un temario bien establecido de 27 lecciones: dos de anatomía general, 20 de anatomía sistemática, una de fisiología y cuatro de cirugía. En 1736 ingresó en el gremio de barberos-cirujanos por recomendación de su maestro, obteniendo el título que acreditaba su capacidad para ejercer la cirugía. En 1744 fue contratado como cirujano auxiliar y, a los cinco años, como cirujano en el St. Bartholomew, donde trabajaría durante 38 años. Entre sus alumnos figuraron John Hunter y John Jones (1729-1791), de Nueva York, quien sería el primer profesor de cirugía del King's College, después Columbia College. En 1745, Pott fue uno de los cirujanos más activos en la creación de la corporación de los cirujanos, separada de los barberos.

En 1756, su caballo resbaló sobre el hielo, produciéndole una fractura abierta de tibia y peroné con afectación del tobillo, siendo trasladado a su casa. Los médicos decidieron amputar la pierna, pero poco antes de comenzar la cirugía se presentó su antiguo maestro, Nourse, quién defendió un tratamiento conservador. Días después, Pott publicó una descripción detallada de la lesión que pasó a convertirse en un clásico. La larga recuperación pudo ser la causa de que se dedicara a escribir *A treatise on ruptures* (1756), seguido de otros 13 libros que alcanzaron gran difusión y varias ediciones e idiomas. Su libro sobre las fracturas y luxaciones (*Some Few General Remarks on Fractures and Dislocations*, 1769) ejerció una poderosa influencia, recomendando el tratamiento precoz de las mismas.



Percivall Pott.

Pott y Heister pensaron que la formación de pus tras un traumatismo craneal externo se debía a una lesión vascular, preconizando la trepanación como única solución posible. Por esa época, Petit y La Dran (1731) describieron la conmoción cerebral y trataron de establecer un diagnóstico diferencial con la compresión del cerebro. Por su parte, Bell (1749-1806) definió los tres estados postraumáticos craneales: conmoción, compresión e inflamación. La actitud

frente a la conmoción dividió a los cirujanos: los más atrevidos, como Pott, se decantaron por la trepanación, mientras que los más conservadores recomendaban la sangría, la purgación drástica y el empleo de narcóticos.

Fue el primero en describir la hernia congénita, lo que le llevó a veces a polémicas ante la acusación de plagiar los estudios de los hermanos Hunter. Se ocupó igualmente de la estrangulación de las hernias. Pott ideó una técnica nueva, sencilla y menos dolorosa para el tratamiento de las fístulas anales –introducía un dedo en el ano y usaba el bisturí–, y también mejoró el uso de ligaduras para tratar hemorroides internas (*Remarks on the disease commonly called fistula in ano*, 1765). Durante esta época se interesó por las enfermedades laborales y en 1775 publicó un tratado sobre el carcinoma de los deshollinadores (*Chirurgical observations relative to the cataract, the polypus of the nose, and the cancer of the scrotum, the different kinds of ruptures, and the mortification of the toes and feet*), donde describía la conocida como «verruca tiznada», una úlcera en el escroto, recomendando su extirpación inmediata. Fue una de las primeras descripciones de cáncer provocado por un agente externo y de una enfermedad laboral.

En su último tratado (*Remarks on that kind of palsy of the lower limbs, which is frequently found to accompany a curvature of the spine, and is supposed to be caused by it. Together with its method of cure*, 1779) abordó las parálisis de las extremidades inferiores, atribuidas a las curvaturas progresivas de la columna vertebral. Frente a la opinión generalizada, Pott las atribuía a «caries» en los cuerpos vertebrales, que en otros escritos describió como una forma de tisis. Hoy sabemos que se trata de la tuberculosis en el cuerpo vertebral y en el disco intervertebral, y aunque el cirujano francés Jean-Pierre David también publicó hallazgos semejantes, el trabajo de Pott fue el más reconocido (Figura 1).

Pott permaneció soltero hasta el fallecimiento de su madre en 1746, y al poco tiempo contrajo matrimonio, teniendo cuatro hijas y cinco hijos.

En 1761, Pott sucedió a Nourse e impartió clases como su maestro, pero presentando sus propios casos. Fue elegido miembro de la Royal Society, decano de los cirujanos en el St. Bartholomew's Hospital y presidente de la corporación de cirujanos. En 1786 fue nombrado miembro honorario del Colegio Real de Cirujanos de Edimburgo y en 1787 del Real Colegio de Cirujanos de Irlanda, año en el que se jubiló en el St. Bartholomew's.

Los últimos años de su vida vivió en Neasden, al norte de Londres. En diciembre de 1788 se trasladó a visitar a un paciente a 35 kilómetros de Londres y después fue a ver a varios enfermos, regresando con escalofríos y fiebre, muriendo a los pocos días.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Androustos G. The outstanding British surgeon Percivall Pott (1714-1789) and the first description of an occupational cancer. *J BUON* 2006; 11:533-9.
2. Denkler K. Sir Percivall Pott, Sir James Paget, and soot cancer of the hand. *Lancet* 2004; 364:582.
3. Dobson J. Percivall Pott. *Ann R Coll Surg Eng* 1972; 50: 54-65.
4. Flamm ES. Percivall Pott: an 18th century neurosurgeon. *J Neurosurg* 1992; 76:319-26.
5. http://books.google.es/books/about/The_chirurgical_works_of_Percival_Pott.html.
6. McCrory PR. Sir Percivall Pott—the first sports neurologist? *Br J Sports Med* 2001; 35:278-80.
7. Percivall Pott. *JAMA*. 1963; 186:795-6.
8. Pott P. The classic *The chirurgical works of Percivall Pott, F.R.S., surgeon to St. Bartholomew's Hospital, A new edition, with his last corrections*. *Clin Orthop Rel Res* 2002; 398:4-10.
9. Pott P. Some few general remarks on fractures and dislocations. 1758. *Clin Orthop Relat Res*. 2007; 458:40-1.
10. Steinbach G. Percivall Pott: Tuberculosis spondylitis. *J Emergency Med* 1996; 14:79-83
11. Tattersall R, Tattersall R. Pott's puffy tumour. *Lancet* 2002; 359:1060-3.

Claude Pouteau. 1725-1775

Epónimo asociado

Fractura de Pouteau-Colles: es el nombre aplicado, en la literatura francesa, a la fractura de Colles.

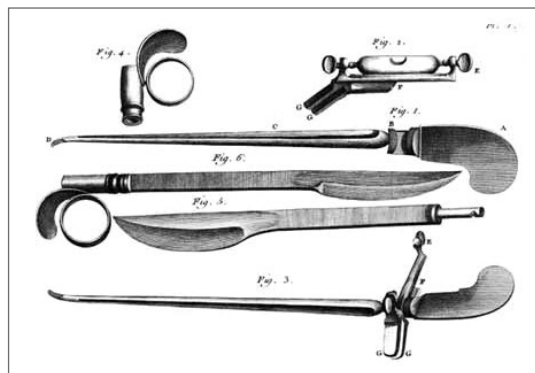


Fig. 1.

Biografía

Cirujano de Lyon (Francia), fue un avanzado de la limpieza quirúrgica, exigiendo el lavado de manos y la utilización de material desechable. Fue, también, uno de los primeros litotomistas que extraían cálculos vesicales a través de una incisión en el periné con el paciente, sin anestesiarse, en posición de litotomía y una mortalidad muy baja.



Claude Pouteau.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pouteau C. Contenant quelques reflexions sur quelques fractures de l'avant-bras, sur les luxations incompletes du poignet et sur le diastasis. En: Obres posthumes de M Pouteau, Paris: Pierres 1783.
2. Fischer L, Touil K. [Clause Pouteau (1725-1775), surgeon at the l'Hôtel-Dieu de Lyon: his «asepsis» using water, fire and ligne propre]. *Hist Sci Med* 1998; 32:27-37.

Vittorio Putti. 1880-1940

I Epónimos asociados

Técnica de Putti-Platt: capsulorrafía indicada en la luxación recidivante del hombro. Tensa la cápsula anterior y el m. subescapular, con lo cual elimina grados de rotación externa para aumentar la estabilidad de la articulación glenohumeral. Aunque Platt fue el primero en realizarla en el Ancosat Hospital en noviembre de 1925, Putti la efectuaba de forma independiente desde 1923, y también era indicada por su maestro, Codivilla. Los primeros resultados se publicaron, por primera vez, por Osmond-Clarke en 1948 [1].

I Biografía

Nacido en Bolonia (Italia) el 1 de marzo de 1880, hijo de un cirujano. Se graduó en la facultad de medicina de su ciudad en 1903, demostrando un gran interés por la anatomía patológica. Estando en el laboratorio de anatomía patológica recibió el ofrecimiento de Codivilla, entonces director del Instituto Rizzoli, para ser su asistente.

Tras su especialización en las incipientes técnicas radiológicas en Múnich, en 1905 regresó a Alemania para obtener su título alemán y poder trabajar en clínicas germanas. Pero pronto fue nombrado vicedirector del Instituto Rizzoli, después director médico y, finalmente, director

general en 1915. También su carrera universitaria prosperó al mismo tiempo, siendo profesor de ortopedia clínica en 1910 y catedrático en 1919.

Durante la Primera Guerra Mundial se enfrentó al problema de alojar en el instituto a los numerosos soldados con lesiones graves. Para ello gestionó el aprovechamiento de todos los espacios disponibles, incluida la famosa biblioteca y el refectorio de los monjes, obteniendo 500 nuevas camas. Poco después consiguió un nuevo edificio para practicar la cirugía ortopédica que pronto alcanzó fama en toda Europa, desarrollando piernas artificiales y ortesis para un número incalculable de discapacitados, procurando que fueran funcionales y razonables, además de estéticas, teniendo en cuenta que su diseñador era Augusto Fusaroli, el mismo ebanista que había fabricado los muebles de la biblioteca y del despacho de Putti.

En 1923 transformó un viejo hotel en Cortina d'Ampezzo en un centro de helioterapia para el tratamiento de la tuberculosis osteoarticular, al que denominó Clínica Codivilla en memoria de su maestro. La fama del Instituto Rizzoli y del propio Putti crecieron y un residente que lo visitó, llamado Harry Platt, señaló que el instituto boloñés era «la meca de los cirujanos ortopédicos». No es de extrañar, pues Putti mejoró muchos y diversos aspectos de la ortopedia: demostró su método para el tratamiento de la anquilosis de cadera, la luxación congénita de cadera, deformidades pos-traumáticas, dismetrías, parálisis y tumores óseos; fue un iniciador de la cirugía de columna vertebral y realizó una importante contribución a la cirugía de los nervios periféricos, a la técnica de la amputación cinemática y a las prótesis de la rodilla. En 1918 presentó casos de elongación femoral de hasta 10 cm obtenidos mediante el «osteotono», un pequeño fijador externo. Estableció diez reglas de oro para el tratamiento de las fracturas, algunas de ellas revolucionarias y novedosas, y sobre todo muy actuales [2].



Fig. 1. Vittorio Putti.

Fue un aficionado a la historia de la cirugía ortopédica, firmando 26 publicaciones de carácter histórico, además de bibliófilo y coleccionista de todo aquello que tuviera que ver con la medicina. En su testamento dejó escrito que la «biblioteca científica (Biblioteca Umberto I) y sus anexos pasan a propiedad del Instituto Rizzoli para aprovechamiento de los estudiantes». Su biografía sobre Berengario de Carpi, publicada en 1937, es un profundo estudio sobre el cirujano y anatomista predecesor de Vesalio, y su historia de las prótesis para amputados, inicialmente publicada en el *American Journal of Surgery* en 1929, fue posteriormente editada como un libro.

Fue uno de los fundadores de la SICOT (Société Internationale de Chirurgie Orthopedique et Traumatologie), miembro honorario de las sociedades italiana, norteamericana y británica, así como corresponsal extranjero del *Journal of Bone and Joint Surgery* desde 1928. En 1917, como uno de los fundadores de la revista italiana *Chirurgia degli organi di movimento*, introdujo el concepto de «patología de los órganos del movimiento», pues la traumatología quedaba excluida de la cirugía de las deformidades óseas. Por eso, en el congreso de la SICO (nótese que falta la T), en 1939, durante la conferencia

inaugural, señaló que la cirugía ortopédica había crecido lo suficiente y estaba preparada para incluir a la traumatología; la asamblea general aprobó convertirse en SICOT. Robert Merle d'Aubigne, en 1980 en Palermo, dijo que «Italia es el país de Europa donde nació la cirugía ortopédica moderna, tal y como la entendemos ahora, esto es, la cirugía de todo el aparato locomotor, incluyendo la traumatología. En Italia, hace 50 años, visitando a Putti en el Instituto Rizzoli, decidí hacerme cirujano ortopédico» [3]. Murió repentinamente, en 1940, a los 60 años, debido a una angina de pecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osmond-Clarke H. Habitual dislocation of the shoulder; the Putti-Platt operation. *J Bone Joint Surg (Br)* 1948; 30-B:19-25.
2. Vittorio Putti (necrológica). *J Bone Joint Surg*, 1941; 23:187-9.
3. Casuccio PC. Pioneers in orthopaedics. Vittorio Putti, 1880-1940.

Jacques-Louis Reverdin. 1842-1929

Epónimos asociados

Injerto de piel de Reverdin o pinch graft: Injerto libre de piel tomado de una zona sana para ser implantado en áreas faltas de cobertura epitelial.

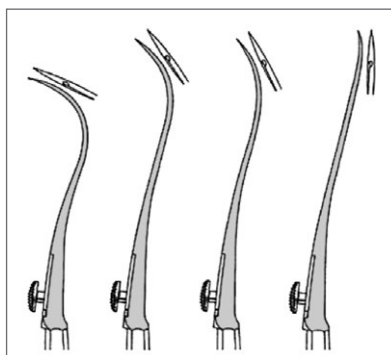


Fig. 1.

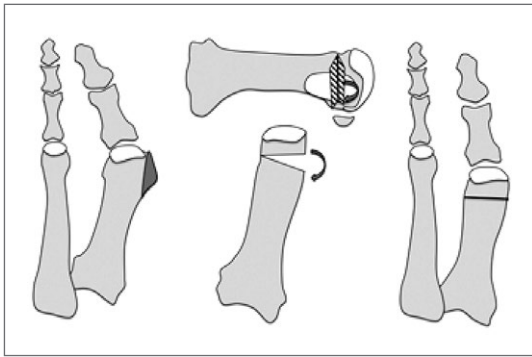


Fig. 2.

Aguja de Reverdin: para ser utilizada en urología y pasar a través de ella la sutura, con una ranura cuya apertura y cierre se controla con un mango, para asegurar el control de los pedículos viscerales (Figura 1).

Osteotomía de Reverdin para el hallux valgus: originalmente fue descrita como una técnica, que tras extirpar la eminencia interna de la cabeza del primer metatarsiano, se efectuaba una osteotomía distal oblicua, con cuña interna, del primer metatarsiano. Ha sufrido diferentes modificaciones (Green, Laird, Todd) aunque la más utilizada actualmente es la propuesta por Isham, y se suele acompañar de otros gestos (Figura 2).

I Biografía

Cirujano suizo nacido en Coligny. Estudió en París y trabajó en los famosos hospitales parisinos de La Pitié (con Goselin), Saint Louis (con Guérin) y Lariboisière, así como en Necker con Jean Casimir Guyon (1831-1920); volvió a Ginebra, donde fue nombrado jefe de cirugía en el Hospital Cantonal.

En 1869 realizó el primer injerto libre de piel. El trasplante de piel no se popularizó hasta que Reverdin utilizó delgadas trozos de epitelio como injerto cuando trabajaba en 1872 en el Hospital Necker bajo la dirección de Felix Jacques Guyon. En 1870 defendió su tesis doctoral *Etude sur l'uréthrotomie interne*, aportando las experiencias de 63 cirugías realizadas con su

maestro Guyon y ganando el premio Civiale y la medalla de bronce de la Facultad de Medicina de París.

Con su primo Augusto Reverdin (1848-1908) observó el mixedema que se producía como una complicación tardía cuando se extirpaba la glándula tiroides, que publicaron en 1882. Hubo cierta discusión con otro cirujano suizo, Emilio Teodoro Kocher, sobre quién fue el primero en notar que no se debía extirpar la glándula tiroides completamente. Es, sin embargo, recordado por la aguja que diseñó, luego fabricada por Felix Demareux y posteriormente modificada por Augusto Reverdin (1848-1908) y su hijo Alberto Reverdin (1881-1929).

Se retiró en 1910 y se dedicó al estudio de las mariposas, escribiendo importantes trabajos como miembro fundador y presidente de la Sociedad Lepidopterológica de Ginebra. Es autor de 45 trabajos sobre la clasificación y características de varias especies de mariposas, y donó su colección de mariposas, sus libros y más de 10.000 preparaciones microscópicas de sus estudios al Museo de Historia Natural. Falleció en Pregny en 1929 a los 86 años de edad.



Jacques-Louis Reverdin.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fariña-Pérez LA. Jaques-Louis Reverdin (1842-1929): The surgeon and the needle. Arch Esp Urol. 2010; 63:269-74.
2. Isham SA. The Reverdin-Isham procedure for the correction of hallux abducto valgus. A distal metatarsal osteotomy procedure. Clin Podiatr Med Surg 1991; 8:81-94.
3. Reverdin JL. Greffe epidermique-Experience faite dans le service de M. le docteur Guyon, á l'hópital Necker. Bull Soc Imp de Chir de Paris 1869; 10:511-5. Reimpreso en: Plast Reconstr Surg 1968; 41:79-82.
4. Reverdin J. De la derivation en dehors du gros orteil (hallux valgus, vulg. «oignon», «bunions», «Ballen») et de son traitement chirurgical. Trans Internat Med Congr 1881; 2:406-12.
5. Reverdin J. Anatomic et operation de l'hallux valgus. Int Med Congr 1881; 2:408

Joseph C Risser. 1892-1982

Epónimos asociados

Signo de Risser: grado de osificación de la cresta iliaca para predecir el tiempo resultante de crecimiento. Estableció una correlación entre el crecimiento vertebral y el de la cresta iliaca.

Yeso de Risser: yeso de corrección progresiva de curvas escolióticas (Figura 1).

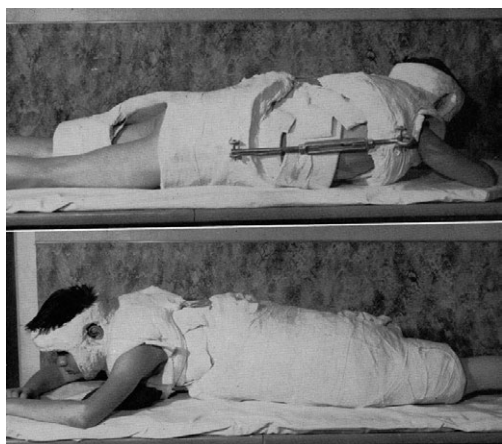


Fig. 1.

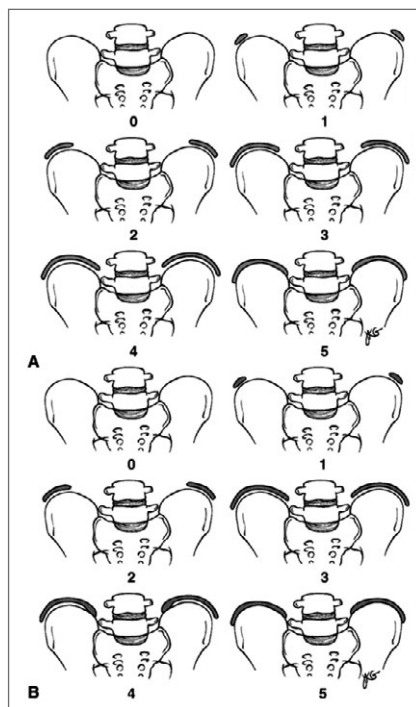


Fig. 2.

Biografía

Joseph C. Risser nació el 6 de agosto de 1892 en Des Moines, Iowa. Estudió en la Universidad de Iowa donde se graduó en 1923, realizando su formación en el New York Orthopaedic Hospital. Como residente trabajó en el tratamiento de la escoliosis, en un estudio de larga evolución. La recogida de datos le sirvió como base a sus investigaciones para el tratamiento de las curvas vertebrales durante cincuenta años.

El signo de Risser no fue fruto de una inspiración, nació de muchos años de trabajo y de colaboración [1].

Antes de 1930 la relación entre crecimiento vertebral y deformidad no se entendía. Albert B Fergusson, ayudado por Risser, desarrolló métodos radiográficos de medición de las curvas escolióticas hasta que en 1936 describieron la progresión de la curva escoliótica en pacientes no tratados y percibieron un crecimiento lento de la columna vertebral 5 y 10 años después.

En 1947 Risser dio a conocer sus observaciones sobre el desarrollo vertebral y la cresta iliaca en el congreso de la AAOS que publicaría once años más tarde. En 1958, en el *Clinical Orthopaedics Related Research*, señaló que los cartílagos de crecimiento vertebrales no eran fáciles de ver mientras que la osificación de la cresta iliaca coincidía con el crecimiento de las vértebras [2-4].

Actualmente hay dos escalas de Risser, la americana que divide la cresta iliaca en cuartos mientras que la francesa lo hace en tercios pero las dos tienen 6 grados (Figura 2).

Risser escribió libros sobre nutrición y llegó a ser presidente de la *Academy of Applied Nutrition*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manring MM, Calhoun J. Joseph C Risser Sr, 1892-1982. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468:643-5.
2. Risser JC. The iliac apophysis; an invaluable sign in the management of scoliosis. *Clin Orthop Relat Res* 1958; 11:111-9.
3. Risser JC. Treatment of scoliosis during the past 50 years. *Clin Orthop Relat Res* 1966; 44:109-13.
4. Risser JC, Ferguson AB. Scoliosis: its prognosis. *J Bone Joint Surg (Am)* 1936; 18-A:667-70.

Heinrich Moritz Romberg. 1795-1873

I Epónimos asociados

Síndrome de Parry-Romberg: trastorno muy raro caracterizado por la atrofia progresiva de algunos o todos los tejidos en un lado de la cara. También puede afectar a otras partes del cuerpo.

Signo de Romberg: balanceo o caída del cuerpo cuando el paciente se pone de pie con los pies juntos y cierra los ojos. Se observa en el tabes dorsal y enfermedades que afectan a los cordones posteriores de la médula espinal.

Prueba de Romberg: si el paciente, con los ojos cerrados, presenta torpeza de los movimientos, así como en la bipedestación y durante la marcha, nos encontramos ante una ataxia periférica. Si no se producen estos cambios se tratará de una ataxia cerebelosa.

Espasmo de Romberg: trismo, o trastorno del n. trigémino que produce espasmo de los músculos masticadores, dificultando la abertura de la boca. Síntoma propio de las primeras fases del tétanos.



Heinrich Moritz Romberg.

I Biografía

Nació en Meiningen (Alemania) y estudió medicina en Berlín, donde obtuvo su doctorado en 1817 con una tesis sobre el raquitismo, que ofrecía su descripción de la acondroplasia como «raquitismo congénito». Estuvo en Viena con Johann Peter Frank (1745-1821) estudiando las enfermedades de la médula espinal. Frank fue también fundador de la higiene pública moderna. De nuevo en Berlín, en 1820, trabajó con pacientes indigentes, llegando a ser el primer neurólogo clínico. Durante las epidemias de cólera de Berlín en los años 1831 y 1837 trabajó desinteresadamente con estos pacientes. En 1838 fue nombrado profesor y en 1840 se le encomendó

la dirección de la clínica universitaria, donde obtuvo la cátedra de Patología Especial y Terapia y la dirección de la clínica. Su principal contribución a la neurología fue la descripción del signo que lleva su nombre, pero su libro de texto, en tres volúmenes, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen* (*Manual de las enfermedades nerviosas*) fue la base de todos los manuales publicados posteriormente. Murió de una enfermedad cardíaca crónica a los 78 años de edad.

Wilhelm Conrad Röntgen. 1845-1923

I Epónimos asociados

Roentgenología o radiología

Rayos Röntgen o rayos X



Fig. 1.

I Biografía

Wilhelm Conrad Röntgen nació en 1845 en Lenep, Prusia, hijo de un comerciante textil. A los tres años la familia se trasladó a Apeldoorn (Holanda) y con 16 años ingresó en la Escuela Técnica de Utrecht, de donde fue expulsado por un episodio –divulgar la caricatura de un profes-

or– del que parece era inocente. A los 20 años comenzó sus estudios de ingeniería mecánica en Zúrich (Suiza), donde mostró interés por la física. Se graduó en 1869 y ocupó la plaza de profesor asistente, desarrollando, junto con su maestro Kundt, el laboratorio de física experimental. Más tarde se trasladó a la Universidad de Wurzburg (Alemania), pero no pudo conseguir plaza académica al no superar los exámenes de latín y griego necesarios.

En 1872, Röntgen se trasladó, junto a Kundt, a la Universidad de Estrasburgo, donde finalmente fue nombrado profesor. Investigó sobre el calor específico de los gases, la conductividad térmica por los cristales y la rotación del plano de polarización de la luz por los cristales. Un año más tarde aceptó ser profesor de matemáticas y química en la Academia Agrícola de Hohenheim, pero poco tiempo después regresó a Estrasburgo con un puesto de profesor asociado de física teórica que le permitió dedicar mucho tiempo a la investigación. En 1879 aceptó el cargo de profesor y director del Instituto de Física de la Universidad de Giessen, cercana a Fráncfort, que le permitió disponer de una posición holgada. Optó a la cátedra de Wurzburg, donde disponía de excelentes instalaciones experimentales, y posteriormente fue elegido rector.

El 8 de noviembre de 1895, cuando se encontraba experimentando con la penetración de los rayos catódicos, observó que una placa de cartón cubierta de cristales de platino-cianuro de bario emitía fluorescencia que desaparecía al desconectar la corriente. Siguió experimentando, de acuerdo a su lema «Yo no pienso, investigo», y descubrió que esos rayos, que denominó «X», atravesaban distintos tipos de materiales, pero no el plomo. También observó que al sostener un aro de plomo con sus dedos podía ver los huesos de su mano. Se le ocurrió que podía «imprimir» la imagen en una placa fotográfica (Figura 1). Fue así como hizo la primera radiografía. El 28 de diciembre de 1895 presentó su trabajo *Sobre una nueva clase de rayos. Comunicación preliminar*, publicado en pocos días, y

envió separatas con sus hallazgos a todos sus amigos, que produjeron un gran impacto entre el público general.

En febrero de 1896 tomó una radiografía de un brazo fracturado y la mandó al *British Medical Journal* para probar el extraordinario poder diagnóstico de su hallazgo. El trabajo apareció publicado el mismo mes. Sin embargo, no se ocupó más de su descubrimiento en su aplicación a la clínica y prosiguió con sus investigaciones físicas. En 1901 recibió el primer Premio Nobel de Física, cuya cuantía donó a la Universidad en apoyo de la investigación.

Algunos físicos habían producido estos rayos pero no fueron capaces de reconocer la importancia ni la aplicación del hallazgo. Aunque es cierto que Phillip Lenard ideó el tubo con un orificio que permitía escapar a los rayos catódicos, no recibió el reconocimiento merecido. Los rayos X se popularizaron pronto en comercios y espectáculos y fueron utilizados de forma banal hasta que se constató su peligro, momento en el que se restringió su uso a la medicina. Importantes empresas pretendieron obtener la patente para producir aparatos de rayos X. Sin embargo, era tradición en la universidad alemana que los descubrimientos de los profesores pertenecían a la humanidad y no debían ser ni controlados, ni patentados, ni tampoco limitados.



Wilhelm Conrad Röntgen.

En 1900, Röntgen decidió aceptar el cargo de profesor en la Universidad de Múnich. En 1914, cuando estalló la Primera Guerra Mundial, se refugió en los Alpes bávaros. A su término, su mujer Bertha falleció (1919) y también perdió su fortuna por la quiebra del marco alemán en la postguerra. Vivió modestamente y renunció a su plaza de profesor hasta su muerte, en Múnich en 1923, a consecuencia de un cáncer intestinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fresquet JL. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación (Universidad de Valencia-CSIC). Marzo, 2002.
2. Gillanders IL. The Roentgen Rays in bullet extraction. *Br Med J.* 1898; 1:1252-3.
3. McCausland RB. Two unusual cases of foreign bodies removed by the aid of the Roentgen Rays. *Br Med J.* 1898; 1:1196-7.
4. Codman EA. Experiments on the application of the Roentgen Rays to the study of anatomy. *J Exp Med.* 1898; 3:383-91.
5. Williams FH. Some of the medical uses of the Roentgen Rays. *Br Med J.* 1898; 1:1006-7.
6. Davidson JM. Roentgen Rays and localization: an apparatus for exact measurement and localization by means of Roentgen Rays. *Br Med J.* 1898; 1:10-3.
7. Fenwick EH. The Roentgen Rays and the fluoroscope as a means of detecting small, deeply-placed stones in the exposed kidney. *Br Med J.* 1897; 2:1075-7.
8. Walsh D. Deep tissue traumatism from Roentgen Ray Exposure. *Br Med J.* 1897; 2:272-3.
9. Crocker HR. A case of dermatitis from Roentgen Rays. *Br Med J.* 1897; 1:8-9.
10. Drury HC. Dermatitis caused by Roentgen X Rays. *Br Med J.* 1896; 2:1377-8.
11. Smith N. The detection of spinal caries by the Roentgen process. *Br Med J.* 1896; 1:1382-3.
12. Marsh H. A case of Roentgen photography. *Br Med J.* 1896; 1:1318-20.
13. Keevil GM. The Roentgen Rays. *Br Med J.* 1896; 1:433-4.

Robert Bruce Salter. 1924-2010

I Epónimos asociados

Clasificación de Salter y Harris: 1963, para las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento

Osteotomía innominada de Salter: para el tratamiento de la luxación congénita de cadera

I Biografía



Robert Bruce Salter.

Cirujano canadiense, nacido en Stratford, Ontario, y reconocido por sus investigaciones, en modelos experimentales, sobre el efecto del movimiento pasivo continuo en el cartílago articular y, además, por ser uno de los pioneros de la ortopedia infantil. Se graduó en la Universidad de Toronto en 1947, trabajando dos años en el Grenfell Medical Mission, en Newfoundland. Ese mismo año trabajó con Ham, autor del famoso tratado de Histología, escribiendo el capítulo sobre la consolidación de las fracturas. Efectuó su residencia, durante tres años, con WE Gallie, recibiendo el premio Reeves. Posteriormente, con el McLoughlin Fellow, estuvo un año en Oxford (Gran Bretaña) y en el London Hospital junto con

Reginald Watson-Jones, quien defendía, para el tratamiento de las fracturas, la inmovilización completa, rígida y prolongada. Salter rechazó estos principios, demostrando el efecto perjudicial de la inmovilización y desarrollando su principio de la movilidad pasiva continua. En 1955 volvió al Hospital for Sick Children de Toronto, donde obtendría la jefatura del departamento. Proyectó un sistema para corregir la luxación congénita de cadera y desarrolló, junto con Harris, un sistema para clasificar las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento. También ideó en 1960 una osteotomía para reorientar el acetábulo en la luxación congénita de cadera. De su libro, *Disorders and Injuries of the Musculoskeletal System*, traducido a seis idiomas, se han vendido 195.000 copias. Defensor de la investigación en los centros ortopédicos, definió la «investigación transformacional» como aquella que transforma el tratamiento de los pacientes y permite su utilización mundial. Recibió numerosas condecoraciones y nominaciones canadienses e internacionales. Su jubilación fue muy corta: después de impartir su último seminario, murió a las seis semanas, el 10 de mayo de 2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polenakovic M, Dzolev G. In memoriam: Dr. Robert Bruce Salter (1924-2010). *Prilozi*. 2011; 32:337-8.
2. Alman B, Wedge J. Robert Bruce Salter, C.C., MD, FRCSC. Dec 15, 1924–May 10, 2010. *J Child Orthop* 2010; 4:275-6.

Paul Schober. 1865-1943

I Epónimo asociado

Signo de Schober: prueba para medir la flexibilidad de la columna, utilizada principalmente para valorar la espondilitis anquilosante.

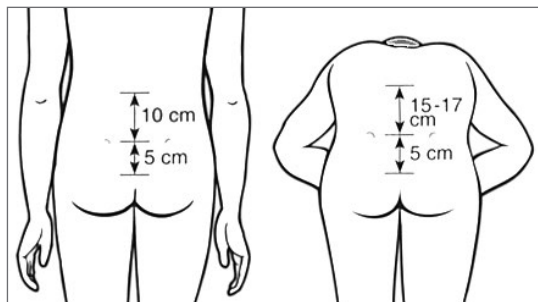


Fig. 1

Biografía

Médico alemán, nacido el 11 de marzo 1865 en Stuttgart. Estudió en Tübingen, Berlín y Estrasburgo. Trabajó en Tübingen, aunque durante un tiempo fue médico de la marina mercante, en el trayecto entre Alemania y su colonia en África Occidental. En 1896 homologó su título médico y se instaló en París. En 1914, ante el comienzo de la Primera Guerra Mundial, dejó París para trasladarse a Stuttgart, donde trabajó como médico en el campo de prisioneros de guerra franceses. De 1816 a 1933 se dedicó a la hidroterapia, dirigiendo diferentes balnearios. Murió en 1943.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schober P. Lendenwirbelsäule und Kreuzschmerzen. *Much Med Wochenschr* 1937; 84: 336-9.

Paul Ferdinand Segond. 1851-1912

Epónimo asociado

Fractura de Segond: pequeña avulsión del platillo tibial externo asociado a una rotura del LCA. En una época donde no existían los rayos X, sostenía que «esta lesión es patognómica de una torsión de la rodilla en rotación interna y en ligera flexión, y está asociada con rotura del LCA».

Biografía

Hijo del anatómico Louis Auguste Segond (1819-1908), Paul Ferdinand estudió en París y estuvo de médico interno en 1875. En 1878 recibió el nombramiento de profesor de anatomía, hasta 1882, y se doctoró en 1880. En 1883 fue nombrado cirujano y profesor agregado en el hospital de la Pitié-Salpêtrière, trabajando junto a Ulises Trélat. Se dedicó inicialmente a la cirugía del tracto urinario y a la ginecología. Perfeccionó la hysterectomía transvaginal y, además, fue un reconocido especialista de la rodilla que describió ¡en 1879! los signos y síntomas de la rotura de los ligamentos cruzados: «fuerte dolor articular, con un rápido hinchazón articular y un movimiento ántero-posterior anormal de la rodilla durante el examen clínico».



Paul Ferdinand Segond.

Trabajó muchos años en la Clínica Baudelocque hasta que en 1905 sucedió a Paul Jules Tillaux (1834-1904) como catedrático en la Facultad de Medicina de la Universidad de París. En 1909 fue nombrado miembro de la Academia Nacional de Medicina francesa. Murió en París en 1912.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segond PF. Recherches cliniques et experimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse. *Prog Med* 1879; 16:297-421.

2. Schindler OS. Surgery for anterior cruciate ligament deficiency: a historical perspective. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2012; 20:5-47.

Nicholas Senn. 1844-1908

I Epónimo asociado

Separador de Senn-Müller: separador pequeño con dos extremos diferenciados, uno en forma de espátula y el otro de rastrillo (Figura 1).



Fig. 1

I Biografía

Nació en St Gallen (Suiza), pero con 8 años de edad su familia emigró a Ashborn, Wisconsin (EE.UU.). Doctor en derecho y en medicina. Trabajó en Milwaukee y después en Chicago, y fue un seguidor temprano de la anestesia, con el método de Lister, y de las técnicas de asepsia, con un *spray* de ácido carbólico.



Nicholas Senn.

Estudió las lesiones gastrointestinales y la tuberculosis ósea y utilizó los entonces todavía desconocidos rayos X para el tratamiento de la leucemia. Disponía de un laboratorio en el sótano de su casa y se comentaba que no quedaban gatos alrededor de su parcela. En su publicación describió una serie de instrumentos diseñados por él, pero el más conocido fue el separador doble de pequeño tamaño que inventó para suturar una rotura de uretra.

En 1870 volvió a Europa y se volvió a graduar en la Facultad de Medicina de la Universidad de Múnich. En su retorno a Estados Unidos fue, a partir de 1890, jefe del departamento de cirugía general en el Rush de Chicago.

En estos años su interés por la medicina militar le llevó a crear la Sociedad Americana de Cirugía Militar, participando activamente en la guerra de Cuba contra España. Construyó un edificio de consultas en el Rush que llevó su nombre y cedió más de 10.000 volúmenes y 25.000 artículos a la Nowberry Library, que hoy se pueden consultar en la John Crerar Library, de la Universidad de Chicago. Fue un viajero infatigable y falleció de una miocarditis, probablemente exacerbada después de una ascensión en los Andes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meals CG, Meals RA. A history of surgery in the instrument tray: Eponymous tolos used in hand surgery. *J Hand Surg* 2007; 32 A:942-53.
2. Senn N. *Practical surgery for the general practitioner*. Philadelphia: WB Saunders, 1901.
3. Natvig P. Nicholas Senn of Milwaukee and Chicago, his contributions to plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61:167-76.

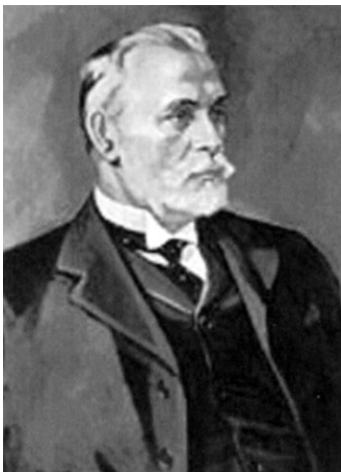
Francis J. Sepherd. 1851-1929

Epónimo asociado

Fractura de Sepherd: incluye el tubérculo lateral de la cara posterior del astrágalo, simulando un os trigonum.

Biografía

Aunque británico de nacimiento y de formación, acudió en 1875 como profesor de Anatomía a la Universidad de Mc Gill, en Montreal (Canadá), a donde emigró, consiguiendo ser uno de los cirujanos más reconocidos del país. Se consideró primero anatómico y después cirujano. Aunque quiso ser dermatólogo, solo 12 de sus 212 publicaciones hacen referencia a este campo.



Francis J. Sepherd.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McDermot HE. History of Canadian surgery: Francis J. Sepherd. *Can J Surg* 1957; 1:5-7.
2. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
3. Howell WB. The late Francis J. Sepherd. *Can Med Assoc J* 1932; 26:491.

Karl Gustaf Torsten Sjögren.

1859-1939

Epónimos asociados

Síndrome de Marinesco-Sjögren-Garland: enfermedad congénita rara que presenta ataxia espinocerebelar, cataratas congénitas, hipertensión, disartria, baja estatura, dentadura anormal, cabello frágil y fino, retardo mental y deformidades esqueléticas.

Síndrome de Sjögren-Larsson: ictiosis congénita asociada con oligofrenia y paraplejía espástica.

Síndrome de Graefe-Sjögren: retinitis pigmentaria, ataxia espinocerebelar y sordera.

Biografía

Karl Gustaf Torsten Sjögren, psiquiatra y genetista, fue un pionero de la psiquiatría moderna en Suecia. Estudió el bachiller en Estocolmo y se licenció en la Universidad de Upsala, obteniendo el título de doctor en la Universidad de Lund en 1931. Entre 1922 y 1927 trabajó en diferentes puestos como neurólogo, psiquiatra e internista en Estocolmo. Entre 1935 y 1945 fue jefe del departamento de psiquiatría y director médico del Hospital Sahlgrenska, en Goteburgo. En 1945 ocupó la cátedra de psiquiatría en el Instituto Karolinska. En 1951 fue nombrado miembro de la Academia de las Ciencias sueca. Además, fue consultor de la OMS para los temas de psiquiatría. Pero entre sus muchas contribuciones científicas están los síndromes que llevan su nombre.



Karl Gustaf Torsten Sjögren.

Henrik Samuel Conrad Sjögren. 1899-1986

I Epónimo asociado

Síndrome de Sjögren o síndrome de Gougerot-Houwer – Sjögren o enfermedad de Von Mickulicz-Gougerot-Houwer – Sjögren: enfermedad crónica autoinmune, exocrinopatía inflamatoria que afecta a mujeres postmenopáusicas (80-90%) o a mujeres jóvenes después de una menopausia artificial.

I Biografía

Oftalmólogo sueco graduado en medicina en el Instituto Karolinska en 1922. En 1927 obtuvo su título y se casó, al poco tiempo, con María Hellgren, hija de un famoso oftalmólogo de Estocolmo. En 1925, trabajando en el Serafimerlassarettet, estudió una paciente de 49 años con «su» síndrome. Pronto recopiló, trabajando en otro hospital, cuatro casos más, que publicó en 1930. En 1933 defendió su tesis doctoral, *Zur Kenntnis der keratoconjunctivitis sicca*, que no obtuvo el grado de excelencia

deseado, lo cual le cerró su carrera académica. Sin embargo, con la publicación en inglés, en 1943, de la patología, pronto se le concedió el epónimo.

En 1925, el dermatólogo francés Henri Gougerot (1881-1955) había descrito tres casos de atrofia de glándula salivar asociada a sequedad en los ojos, boca y vagina. Houwer (1927) y Wissmann (1932) notaron la unión de queratoconjuntivitis seca y artritis. También las observaciones parciales del síndrome por parte del cirujano austro-polaco Johann von Mikulicz-Radecki (1850-1905) se asociaron al síndrome.

En 1938, Sjögren comenzó a trabajar en un hospital de Jönköping, donde desarrolló el primer servicio de oftalmología en Suecia. Posteriormente, en 1951, recibió el nombramiento de profesor adjunto en la Universidad de Goteborg y en 1957 el de profesor honorario.

No debe confundirse con Karl Gustaf Torsten Sjögren, otro científico sueco que describió el síndrome de Sjögren-Larsson.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al About K, Al About A. Eponyms in the dermatology literatura linked to the oral disorders. *Our Dermatol Online*. 2013; 4:247-50.



Henrik Samuel Conrad Sjögren.

Robert William Smith. 1807-1873

Epónimo asociado

Fractura de Smith: fractura distal del radio con un desplazamiento volar, opuesta al desplazamiento dorsal en la más frecuente fractura de Colles; por eso se conoce en inglés como *reverse Colles*, *reverse Barton* o también fractura de Goyrand. Es una lesión del radio distal y no debe alcanzar la superficie articular (Figura 1).



Robert William Smith.

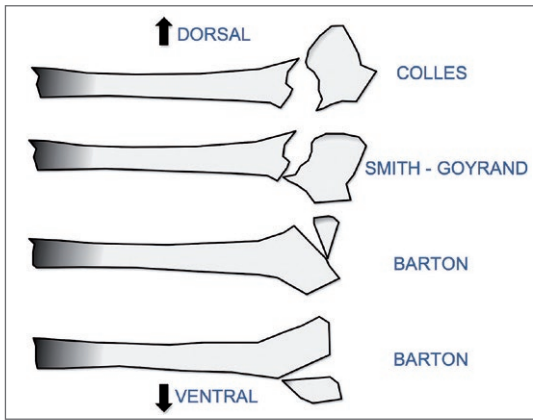


Fig. 1.

Biografía

Cirujano irlandés que no adquirió tanta fama como alguno de sus contemporáneos, especialmente Colles. Fue profesor del Trinity College, de Dublín, sucediendo a Colles. Escribió el *Treatise on fractures in the vicinity of joints*, en el cual rebatió algunos de los errores traumatológicos de su tiempo. Poco después publicó un libro detallando el caso de dos pacientes con neurofibromatosis, 33 años antes de que lo hiciera Von Recklinghausen. Fue un apasionado de la anatomía patológica y empleó mucho tiempo en dibujar sus hallazgos y fabricar maquetas de yeso. Cofundador de la Pathological Society de Dublin; el propio Colles manifestó su deseo de que su autopsia fuese realizada por Smith.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
2. Peltier LR. Eponymic fractures: Robert William Smith and Smith's fracture. *Surgery* 1959; 45:1035-42.
3. Smith RW. *A treatise on fractures in the vicinity of joints, and on certain forms of accidental and congenital dislocations.* Dublin, Ireland: Hodges & Smith, 1847.

Fritz Steinmann. 1872-1932

Epónimos asociados

Clavo de Steinmann: clavo largo en punta de 3 a 5 mm de diámetro.



Fig. 1.

I Biografía

Steinmann fue estudiante con Teodoro Kocher, el famoso cirujano suizo acaparador de varios epónimos, en una época de la que solía comentar «no solo no tuve un momento libre, a menudo pasaron meses sin dejar el hospital».

Creó un hospital privado contando con uno de los primeros aparatos de rayos X lo que le permitió evaluar los traumatismos rápidamente y estuvo muy interesado en el estudio de las fracturas por armas de fuego, tan es así que colgaba esqueletos de un árbol cerca de su casa y les disparaba para estudiar los efectos.

Describió su técnica de tracción, en 1908, con un clavo muy sencillo, entre 3 y 5 mm de diámetro, con punta, para ser introducido con un berbiquí. Por último, colocaba unas pinzas en el extremo del clavo para traccionar, colocando un peso. Steinmann defendió su técnica frente al yeso para conseguir la «libertad de posición» de las extremidades y la posibilidad de ajustar la fuerza de distracción. Además, era muy cuidadoso con la infección por lo que sugirió emplear dos clavos unicorticales.

Alessandro Codivilla describió, en Italia, entre 1903 y 1904, un sistema muy parecido de tracción. En 1910 acusó públicamente a Steinmann de robarle su idea. El intercambio de acusaciones y discusiones entre ambos se publicó en un conocido diario de la época.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Codivilla A. Sulla correzione delle deformata da frattura del femore. Bull Sci Med Bologna 1903; 3:83.
- Codivilla A. Zur Behandlung der Coxa vara. Zeit Orthop Chir 1904; 12:91.
- Codivilla A. Über Nagelextension. Z Orthop Chir 1910; 27:404.
- Meals C, Wang J. Origins of eponymous orthopaedic equipment. Clin Orthop Relat Res 2010; 468:1682-92.
- Romm S. Fritz Steinmann and the pin that bears his name. Plast Reconstr Surg 1984; 74:306-10.

Steinmann F. Eine neue Extensionsmethode in der Frakturbehandlung. Cor B1 Schweiz Aerzte 1908; 38:3.

Steinmann F. Nail extension for fractures. Br Med J 1912; 2:1534-7.

Homer Stryker. 1894-1980

I Epónimos asociados

Sierra de Stryker

Mesa de Stryker

I Biografía

Merece la pena citar este epónimo, pues tal vez es el único que refleja una compañía industrial. **Homero Stryker** (Figura 1) al volver de la primera guerra mundial estudió medicina en Michigan. Su vocación era claramente ortopédica y desde el principio desarrolló sus habilidades técnicas. Produjo una suela de goma para proteger los yesos de la extremidad inferior, experimentó con una cama para manejar lesionados de columna vertebral (Figura 2), la «cama giratoria» (*turning bed*). Dado el éxito, fundó la Orthopaedic Frames Company en 1946, lo que le costó un año más de residencia pues había dedicado demasiado tiempo a sus inventos.



Fig. 1. Homero Stryker.



Fig. 2. La cama giratoria de Stryker en la famosa serie de TV, Dr Welby.

Posteriormente, en 1945 inventó la sierra para cortar yesos que lleva su nombre, una sierra oscilante que apenas dañaba la piel. En los primeros modelos utilizó el motor de una batidora, lo que dio origen a otras muchas sierras quirúrgicas –productos de utilidad para el cirujano– y a una de las empresas punteras en el sector ortopédico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meals C, Wang J. Origins of eponymous orthopaedic equipment. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468:1682-92.

Nicola Tesla. 1856-1943

I Epónimo asociado

Tesla: unidad de medida del campo magnético en el Sistema Internacional de Unidades.

I Biografía

Nicola Tesla, de padres serbios, nació en el pueblo de Smiljan, en el Imperio Austro-Húngaro, en la actual Croacia. Padeecía de sinestesia

y no dibujaba esquemas, pues visualizaba sus invenciones mentalmente con gran precisión. Sus trabajos permitieron adaptar la electricidad a nuestras vidas, ya que creó al motor eléctrico polifásico, además de generar y transmitir energía a distancia.

Su vida universitaria no se caracterizó por los éxitos. Comenzó los estudios de ingeniería eléctrica en la Universidad de Graz (Austria), donde estudió los usos de la corriente alterna. No consta que obtuviese título alguno. Dejó Graz y perdió la relación familiar, por lo que pensaron que se había ahogado en el río. Sin embargo, obtuvo su primer empleo en Eslovenia, durante un año, como ayudante de ingeniería, sufrió posteriormente una crisis nerviosa. Su padre le persuadió para estudiar en Praga –donde conoció a Ernst Mach–, pero solo completó un curso.

En 1881 comenzó a trabajar en la central telefónica húngara, en Budapest, llegando a jefe de electricistas y más tarde ingeniero del primer sistema telefónico del país. También desarrolló un dispositivo que, al parecer, era un repetidor telefónico, un amplificador o, tal vez, el primer altavoz. En 1882 se trasladó a París para trabajar como ingeniero en la Continental Edison Company, una de las compañías de Thomas Alva Edison, mejorando el equipo eléctrico diseñado por este. Ese mismo año concibió el motor de inducción y varios dispositivos que usaban el campo magnético rotativo.

En 1884 llegó a Nueva York con una carta de recomendación para Edison. Empezó a trabajar como ingeniero eléctrico y pronto rediseñaba los generadores de corriente continua. En 1885, cuando Tesla preguntó por el pago de sus patentes, Edison le replicó: «Tesla, usted no entiende nuestro humor estadounidense»; este humor le llevaría a cavar zanjas para la compañía de Edison, para sobrevivir.

En 1886 fundó su propia compañía, Tesla Electric Light & Manufacturing, y construyó el primer motor de inducción sin escobillas alimentado con corriente alterna; desarrolló la bobina de Tesla y comenzó a trabajar con Geor-

ge Westinghouse en la Westinghouse Electric & Manufacturing Company's, en Pittsburgh. Investigó sobre lo que después se llamó rayos X, usando su propio tubo de vacío, y en 1892 se percató de que la radiodermatitis era causada por los rayos X.



Nicola Tesla.

Propuso un sistema mundial para la transmisión de energía eléctrica sin cables basado en la conductividad eléctrica de la tierra y demostró la transmisión inalámbrica de energía. El «efecto Tesla» es un término para una aplicación de este tipo de conducción eléctrica. Nacionalizado estadounidense, obtuvo las primeras patentes relacionadas con la alimentación polifásica, continuando con sus investigaciones sobre los principios del campo magnético rotativo. Entre 1893 y 1895 investigó la corriente alterna de alta frecuencia, generó corriente alterna con un millón de voltios usando una bobina de Tesla cónica e investigó el efecto en conductores. Inventó una máquina para inducir el sueño, lámparas de descarga inalámbricas y transmisión de energía electromagnética, construyendo el primer radiotransmisor. Investigó la radiación de fondo de microondas. En 1897 presentó la patente de la radiotransmisión, dos años antes de que Guglielmo Marconi realizara su prime-

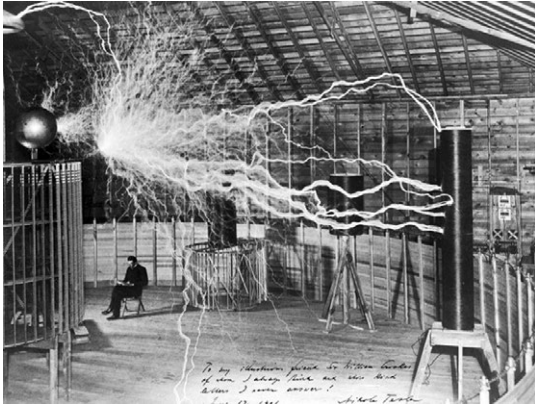
ra transmisión de radio. Marconi registró su patente en 1900, pero fue rechazada por ser copia de la de Tesla. Se inició un litigio entre la compañía de Marconi y Tesla hasta que la Corte Suprema de Estados Unidos falló en 1943 a favor de Tesla. Pese a ello, la mayoría de los libros siguen mencionando a Marconi como el inventor de la radio.

En la Exposición Universal de Chicago, en 1893, Tesla y Westinghouse iluminaron el recinto mediante corriente alterna. Además, exhibieron las lámparas fluorescentes y bombillas de Tesla de un solo nodo. No es de extrañar que comenzase contra Edison la llamada «guerra de las corrientes», demostrando Tesla la superioridad de la corriente alterna sobre la corriente continua de Edison. Este intentó disuadir de la corriente alterna fomentando el peligro que se corría con este tipo de corriente, aplicándola, para desprestigiarla, en la silla eléctrica que él mismo fabricó.

Con los desarrollos de Tesla se construyó en 1893, en las cataratas del Niágara, la primera central hidroeléctrica, consiguiendo transmitir electricidad a la ciudad de Búfalo (Nueva York). Con el apoyo financiero de Westinghouse, la corriente alterna sustituyó a la continua y Tesla fue considerado, desde entonces, el fundador de la industria eléctrica. En 1899 se trasladó a un laboratorio en Colorado Springs (EE.UU.) para iniciar sus experimentos con alta tensión y mediciones de campo eléctrico. En 1898 hizo la primera demostración de un barco guiado por control remoto y en 1900 alertó sobre la escasez de recursos fósiles, por lo que animaba a utilizar la energía solar o eólica.

El desconocimiento de su figura se debe a su escasa sociabilidad. Era incapaz de estrechar la mano por una obsesiva higiene o miedo a contagios, estaba obsesionado por los números 3 y 13, sentía repulsión hacia los pendientes de las mujeres, los *flashes* y las luces... Su mente se deterioró poco a poco hasta su muerte en Nueva York, en 1943. Cuando murió, el Gobierno estadounidense intervino todos los documentos

de su despacho con sus estudios e investigaciones. Años más tarde, la familia Tesla y la Embajada yugoslava recuperaron el material incautado, que hoy día se exhibe en el Museo Tesla de Belgrado. Curiosamente, el premio Nobel de Física recayó en el año 1909 en Marconi por la invención de la radio; irónicamente, el único premio que obtuvo Tesla fue la medalla que lleva el nombre de su mayor enemigo, Thomas Edison. El aeropuerto de Belgrado lleva su nombre.



Tesla durante unos trabajos con corriente eléctrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Firmado: Nicola Tesla. Ed Turner.
2. Cheney M. El genio al que le robaron la luz. Ed Turner 2009.

Paul Jules Tillaux. 1834-1904

Epónimos asociados

Fractura Tillaux: fractura-arrancamiento del tubérculo anterior de la tibia.

Tubérculo de Tillaux - Chaput: El tubérculo anterior de la tibia.

Aparato de Tillaux: dispositivo para reducir y mantener las fracturas de diáfisis femoral en la extensión constante constante.

Enfermedad de Tillaux: mastopatía fibroquistica.

Maniobra Tillaux: para demostrar un tumor de mama adherido al músculo pectoral mayor.

Espiral Tillaux: línea imaginaria que conecta las inserciones de los músculos rectos del ojo.



Paul Jules Tillaux

Biografía

Cirujano francés, nacido el 8 de diciembre de 1834, en Aunay-sur-Odon, departamento de Calvados y que murió a finales de octubre de 1904. Estudió medicina en Caen y París, doctorándose en la Universidad de París en 1862. Fue catedrático de cirugía, miembro de la Academia de Medicina y director del anfiteatro anatómico de los hospitales de París.

Tribades

Epónimo asociado

Tribología: ciencia y tecnología de la interacción entre superficies en movimiento relativo que comprende el estudio de la fricción, el desgaste y la lubricación.

I Etimología

El término tribadismo deriva del verbo griego τριβω (tribo), que significa «frotar». En la Grecia antigua, «tribades» (τριβας) eran mujeres que frotaban sus órganos genitales con los de otra mujer.



Josep Trueta Raspall. 1897-1977

I Epónimo asociado

Técnica de Trueta o «método español»: para el tratamiento de las heridas y fracturas abiertas.

I Biografía

Nació y murió en Barcelona, después de un largo recorrido vital. Estudió en la Universidad de Barcelona y trabajó, como cirujano, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, en el servicio de Manuel Corachán. Viajó por Europa, conociendo en 1932 a Lorenz Böhler y a su ayudante Jimeno Vidal. En 1933 fue jefe de servicio y en 1935 participó en la fundación de la SE-

COT. Durante la Guerra Civil trabajó con heridos de guerra, recogiendo sus experiencias en el tratamiento de las heridas. En 1938 envió a su familia a Francia y, poco después, salía él mismo hacia el exilio. Estando en Francia fue invitado por el Gobierno británico como asesor de la defensa civil. Entre 1939 y 1944 dictó 83 conferencias en el Reino Unido sobre la cirugía de la guerra [1]. Girdlestone le ofreció trabajar en Oxford, donde muy pronto, en 1943, fue nombrado doctor *honoris causa*. Mientras Trueta dirigía el Servicio de Accidentes, en el Wingfield Morris Orthopaedic Hospital, patrocinado por *sir* Morris, el fabricante de automóviles, se creó el departamento de cirugía experimental, donde compaginaba su trabajo experimental con *sir* Ernst Chain, químico judío alemán huido del nazismo, y Gardner, bacteriólogo, con quienes trabajó en la aplicación de la penicilina en las heridas abiertas [2]. A consecuencia de los bombardeos sobre Londres observaron que los ciudadanos que quedaban sepultados bajo las ruinas y eran rescatados entraban en un estado de *shock*. Trueta y Barnes buscaron la causa del llamado «síndrome de aplastamiento» y, trabajando con conejos, descubrieron que se debía a un espasmo arteriolar del riñón, describiendo las dos circulaciones renales [3][4].

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, con la reorganización del servicio, Trueta se ocupó de la sección de poliomieltis y, una vez conseguida la nacionalidad inglesa, obtuvo una de las cinco cátedras de cirugía ortopédica en la universidad oxoniana. Debido a la precariedad económica y a las necesidades de ampliación del hospital, se volvió a contar con la ayuda de *lord* Nuffield, título aristocrático de *sir* Morris, por lo que el viejo hospital pasó a denominarse Nuffield Orthopaedic Center [5]. Trueta siguió publicando sobre el cartílago de crecimiento, el osteoblasto, la formación ósea, la vascularización de la cabeza femoral y otros huesos, como la rótula y el astrágalo, y también sobre la artrosis, para lo cual contó con la ayuda de Fritz Schajowicz, otro austriaco judío huido de su patria y

que terminaría en Buenos Aires, trabajando con Ottolenghi y para la OMS en la clasificación de los tumores óseos [6-8].

Volvió a Barcelona en 1967, a punto de cumplir los 70 años, y falleció el 19 de enero de 1977, habiendo recobrado la nacionalidad española.



Fig. 1. Josep Trueta Raspall.

Sobre el «método español»

El propio Trueta habla en su libro de la aportación de otros cirujanos al conocido como método español. Por eso, la traducción de su obra al ruso habla de la «técnica de los yesos iniciada en el lado republicano de la guerra española» o «método de Pirogoff»; en Francia lo llamaron método de Ollier; en Italia, de Magatti, y los norteamericanos, método de Orr [1][9-12]. Sin embargo, el «método español» para el tratamiento de las heridas y fracturas abiertas no tuvo un creador único, sino que fue un proceso que nació en la Guerra del Rif, en Marruecos, donde participaron Trías Pujol y Manuel Bastos, y se perfeccionó en la Guerra Civil con Trueta y Jimeno Vidal. En la Segunda Guerra Mundial, Trueta, desde Oxford, lo puso en práctica con los heridos que le llegaban desde el frente y, sobre todo, fue el mejor posicionado para difundirlo. Trueta lo publicó y sistemati-

zó el método en cinco puntos: tratamiento inmediato, limpieza de la herida, excisión de los tejidos necrosados, drenaje e inmovilización y reposo. A pesar de esto, en la literatura se insiste en que [13][14], en 1918, Winnett Orr se dio cuenta de que las fracturas abiertas que eran enyesadas y enviadas para su tratamiento a Estados Unidos tenían mejor aspecto que aquellas que venían tratadas o abiertas. De aquí sacó su método para tratar la osteomielitis crónica en la práctica civil, pero sería Trueta quien modificó el método y lo aplicó a las fracturas abiertas frescas.

Trueta nunca se apropió del método y reconoció la aportación al mismo de muchos antecesores. De hecho, en la edición mexicana de su obra reconoce la importancia de Larrey, Pirogoff y Nightingale en el tratamiento inmediato de la herida; de Theodore de Longobourg, Henri de Mondeville, Ambrosio Paré, Lister, Von Bergman, Carrel, Domack y Trefouel reconoce sus aportaciones a la limpieza de la herida; en la excisión de tejidos necróticos y lacerados reconoce a Botallo, Desault, Larrey, Friederich, Milligan, Grey, Ranzi y Lemaire; en el drenaje, a D'Argelata, Chassaignac, Lister y Orr, y, por último, en el reposo inmovilizado, a Magati, Ollier, Billroth, Thomas, Jones y Orr.

Como señala Ponseti [15], quien trabajó con Orr unos meses, «Orr tenía ideas muy claras sobre el tratamiento de la osteomielitis. Su profundo conocimiento de la biología de la inflamación le llevó a desechar el uso de desinfectantes así como de frecuentes curas, haciendo hincapié sobre el drenaje y el reposo de la extremidad lesionada como el mejor medio de favorecer las defensas naturales del cuerpo (...). Orr fue quien escribió el prefacio del libro de Trueta, *Treatment of war wounds and fractures*, publicado en Gran Bretaña en 1940. Estaba muy interesado en conocer los detalles de nuestra experiencia en España con su método. Se los di. El desbridamiento y los drenajes que hacíamos eran más completos que los suyos,

mientras que nuestra técnica de vendajes de yeso sin almohadillar hacía posible poner yesos menos extensos que permitían cierta movilidad de las extremidades así que las heridas comenzaban a cicatrizarse».

Sin embargo, la polémica más interesante fue la mantenida con Watson-Jones, quién definió a Trueta, en el *British Medical Journal*, como «el que había desarrollado el método de Orr durante la Guerra Civil Española (...)». Trueta no desarrolló la técnica. Böhler la rechaza. Es la técnica de Winnet Orr. Fue desarrollada durante la última guerra hace un cuarto de siglo (1914-1918). Los casos fueron debidamente documentados en 1929». Watson-Jones, por su parte, aconsejaba en estos casos la sutura primitiva de las heridas frescas.

Trueta quiso contestar, pero fueron Girdlestone y Seddon quienes lo hicieron, señalando que del método de Orr lo único que utilizó Trueta fue la envoltura con yeso, ya que Orr rechazaba la excisión de los tejidos muertos. En 1928 y 1929 Trueta trató muchas infecciones óseas y osteomielitis crónicas. Para ello aplicaba el método de Orr, publicado en 1924, que consistía en abrir la piel, reseca los tejidos necrosados, aplicar gasa con vaselina e inmovilizar la extremidad con un yeso, inmovilizando las articulaciones proximal y distal. El pus drenaba manchando el yeso progresivamente y desprendiendo un olor fétido. La quietud del foco permitía el crecimiento del tejido de granulación y los resultados fueron más favorables que con el método de Dakin y de Carrel, mediante el goteo de un antiséptico.

Trueta pensó que se podía hacer lo mismo con las fracturas abiertas recientes, efectuando una excisión temprana y generosa, según lo descrito por Friederich en 1897. Incluso recomendaba la sutura de las heridas cuando el herido era controlado por un cirujano, la sutura se hacía sin tensión y se podía examinar repetidamente la herida, pero estas no son las condiciones habituales del campo de batalla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Sabaté A. Barcelona y la SECOT. Diálogos entre 1936 y 2002. SECOT. Madrid: MMC 2003.
2. Trueta J, Barclay AE, *et al.* Studies of the renal circulation. *Bristol Med Chir J* (1883) 1948; 65:16-8.
3. Trueta J, Barclay AE, *et al.* Discussion on renal circulation. *Proc R Soc Med* 1948; 41:339-42.
4. Trueta J. The organization of hospital services for casualties due to the bombing of cities, based on experience gained in Barcelona-with special reference to the classification of casualties: (Section of Orthopædics). *Proc R Soc Med* 1939; 33:13-23.
5. Trueta J. The Nuffield Orthopedic Centre, Oxford. *Br Med J* 1951; 1:940-1.
6. Trueta J. A theory of bone formation. *Acta Orthop Scand* 1962; 32:190-8.
7. Trueta J, Trias A. The vascular contribution to osteogenesis. IV. The effect of pressure upon the epiphysial cartilage of the rabbit. *J Bone Joint Surg (Br)* 1961; 43-B:800-13.
8. Trueta J. Kidney. *Annu Rev Physiol* 1950; 12:369-98.
9. Trueta J. Treatment of war wounds and fractures. *Br Med J* 1942; 1:616-7.
10. Trueta J, Barnes JM. The rationale of complete immobilization in treatment of infected wounds. *Br Med J* 1940; 2:46-8.
11. Trueta J. The treatment of war fractures by the closed method: (Section of Surgery). *Proc R Soc Med* 1939; 33:65-74.
12. Trueta J. Ten years of war surgery. *St Bartholomews Hosp J* 1948; 51:181.
13. King KF. Orthopaedic aspects of war wounds in south Vietnam. *J Bone Joint Surg (Am)* 1969; 51-A:112-7.
14. Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. Treatment of war wounds. A historical review. *Clin Orthop Rel Res* 2009; 467:2168-219.
15. Ponseti I. Autobiografía. En: Fernández Sabaté A. Barcelona y la SECOT. Diálogos entre 1936 y 2002. MMC 2003; 343-70.

Antonio Maria Valsalva. 1666-1723

I Epónimos asociados

Maniobra de Valsalva: para explorar el sistema parasimpático. Consiste en hacer una inspiración forzada contra la glotis abierta o cerrada, pero con la boca y nariz cerradas, aproximando las cuerdas vocales (como cuando tosemos). La intención inicial de Valsalva era expulsar el pus del oído medio y mejorar la hipoacusia. Esta maniobra puede ser espontánea, como ocurre al toser o defecar, o también provocada. Aumenta la presión intratorácica e intraabdominal, disminuye la frecuencia cardíaca y el retorno venoso y aumenta la presión venosa. Sin embargo, es ampliamente utilizada en la medicina de hoy, tanto para aclarar síntomas o reacciones en el paciente, como para tratamiento en el caso de la taquicardia supraventricular, donde aumenta el tono vagal. También se utiliza cuando existe bloqueo del oído durante un descenso de altura y en la investigación de hernias de la pared abdominal o de anomalías vasculares venosas, como el varicocele.

Seno de Valsalva, seno de Petit, seno de Morgagni (*sinus aortae*): es cada una de las dilataciones entre la pared de la arteria aorta y las valvas semilunares de la válvula aórtica. En dos de estos senos se originan las arterias coronarias.

Ligamentos de Valsalva o ligamentos auriculares: son tres (anterior, superior y posterior) y ayudan a mantener el pabellón auricular en su posición.

Músculo de Valsalva o músculo del tragus: banda de fibras musculares verticales de la superficie externa del trago de la aurícula.

Antro de Valsalva o antro mastoideo.

Tenias de Valsalva: tres bandas en las cuales se fijan las fibras musculares del intestino grueso, excepto el recto.

I Biografía

Nació en Imola (Italia). Su padre, Pompeo Pini, era joyero y adoptó el apellido Valsal-

va por ser el lugar original de su familia. Sus primeras enseñanzas en humanidades, matemáticas y ciencias naturales las recibió de los jesuitas, quienes le ayudaron a despertar el interés por la morfología de los animales y los insectos. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Bolonia tuvo clases de anatomía con Marcello Malpighi, uno de los pioneros en el uso del microscopio, que logró importantes observaciones sobre la estructura microscópica en animales y plantas. Valsalva se convirtió pronto en uno de sus alumnos predilectos. Se graduó de médico y filósofo en 1687 con la disertación *Sobre la superioridad de la doctrina experimental*.

Nada más terminar sus estudios, ante la peste aparecida en Bolonia, fue nombrado inspector de salud pública. A los 39 años, en 1705, fue nombrado profesor de anatomía de la Universidad de Bolonia y poco más tarde presidente de la Academia de Ciencias. Apasionado de la experimentación, su contribución a la medicina fue muy importante. Se encerraba, siempre que podía, en el laboratorio de anatomía, donde investigó sobre distintos tipos de secreciones purulentas que probaba él mismo; así descubrió que el exudado de la gangrena era muy ácido e irritaba las papilas gustativas. Fue muy querido por sus alumnos, uno de los cuales, Giovanni Battista Morgagni, publicó muchos de los trabajos de Valsalva.

En 1704 publicó *De aure humana tractatus* (*Tratado sobre el oído humano*), obra que marcó una nueva forma de hacer medicina basada en la anatomía, la fisiología y la patología. De hecho, Valsalva fue el primero en establecer la división del oído en sus segmentos externo, medio e interno, y en este libro describe la maniobra que lleva su nombre.

Con sus investigaciones contribuyó decisivamente al manejo de los aneurismas, estudió la nefrectomía en animales, inventó instrumentos quirúrgicos y trabajó en diversas áreas que posteriormente se denominarían oftalmología, otorrinolaringología, oncología e incluso psi-

quiatría. Fue de los primeros en defender que los pacientes psiquiátricos requerían de un trato humanitario. Además, Valsalva reunió a lo largo de su vida los hallazgos patológicos encontrados en los enfermos que llegaban a la sala de autopsias. A su muerte, en 1723, el material fue confiado a Morgagni, quien empezó a desarrollar el *De sedibus*.



Antonio Maria Valsalva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio Maria Valsalva (1666–1723). Valsalva maneuver. *JAMA* 1970; 211:655.
2. Choudhry N, Rao RC. Valsalva Retinopathy. *N Engl J Med* 2014; 370.
3. García D, García C. Valsalva mucho más que una maniobra. Antonio Maria Valsalva (1666-1723). *Rev Méd Chile* 2006; 134:1065-8.
4. Rehan K, Triaridis S. A short biography on the life of the dedicated anatomist: Valsalva. *JPGM* 2004; 50:314-5.
5. Yale SH. Antonio Maria Valsalva (1666-1723). *Clin Med Res* 2005; 3:35-8.

Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau. 1795-1867

Epónimos asociados

Vendaje de Velpeau: vendaje blando que inicialmente se utilizó para la flebitis de la extremidad inferior y que posteriormente se adaptó para inmovilizar las fracturas proximales del húmero adhiriendo el brazo al tronco.

Cuadrilátero de Velpeau (síndrome): lesión del nervio circunflejo debido a un golpe directo, estiramiento o compresión prolongada de la región axilar posterior.

Hernia de Velpeau: lesión.

Canal de Velpeau: canal inguinal.

Fosa de Velpeau: fosa isquiorectal.

Enfermedad de Velpeau: hidradenitis supurativa.

Proyección de Velpeau: variante de la visión axial de hombro clásica.

Biografía

Nacido en Brèches, Indre-et-Loire (Francia) en 1795, hijo de un herrador de caballos y «artista veterinario». Estaba destinado a seguir los pasos de su padre, pero se interesó por la medicina, por lo que se compró dos textos médicos con el dinero recogido tras vender castañas. El doctor Bodin, médico de su ciudad, le introdujo en la aristocracia local para que le permitieran recibir lecciones de los propios tutores de sus hijos. A los 21 años le puso en contacto con Vincent Gourand, cirujano de un hospital en Tours, quien, por su parte, le envió con Pierre-Fidèle Bretonneau, el nuevo jefe del hospital, quien le aportó nuevos conocimientos para el tratamiento y comprensión de la difteria, el raquitismo y las fiebres tifoideas, y con quien realizó nuevas investigaciones, para lo que se vieron obligados a recurrir a la vieja costumbre de asaltar cementerios para obtener material adecuado.

En 1819 Velpeau era *officier de santé* del hospital y a los 25 años se fue a París, al Hospital

de San Luis, donde fue nombrado *agrège de médecine*. Defendió en latín su tesis, dirigida por Laennec, que trataba sobre fiebres crónicas e intermitentes, basándose en los estudios realizados con Bretonneau en Tours. A los 29 años era cirujano en varios hospitales: Saint Antoine, La Pitié y La Charité. En 1828, tras pasar su examen *Chirurgical*, el mayor grado en cirugía, fue nombrado cirujano en La Pitié. En 1833 sucedió a Alexis de Boyer como catedrático de cirugía clínica de la Universidad parisina donde estuvo hasta su muerte.



Fig. 1. Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau.

Velpeau fue un cirujano hábil y reconocido por su conocimiento de la anatomía quirúrgica. Con la aparición de los primeros anestésicos y, en concreto, del cloroformo, en 1840, y siendo uno de los cirujanos más famosos de su tiempo, pensó que la cirugía sin dolor era impensable y que los dos términos siempre estarían unidos a pesar de los nuevos fármacos.

Su forma de actuar era disponer de un diagnóstico preciso y realizar el tratamiento adecuado. Fue elegido miembro de la Academia de Medicina en 1832 y de la Academia de Ciencias en 1843, sustituyendo al barón de Larrey. Murió pocos días después de sufrir una amputación, a la edad de 72 años, siendo enterrado en el cementerio de Montparnasse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aron E. Alfred Velpeau (1795–1867). Une carrière exceptionnelle. *Hist Sci Med*1994; 28:1–7.
2. Dickson Wright A. Two great French Surgeons. *Hist Med*1970; 2:11–13.

Alfred Wilhelm Volkmann. 1801-1877

Epónimos asociados

Conductos de Volkmann: canales transversos u oblicuos en el hueso cortical de los huesos largos, que no están rodeados por lamelas óseas concéntricas, para la penetración de los vasos y nervios desde el periostio (Figura 1).

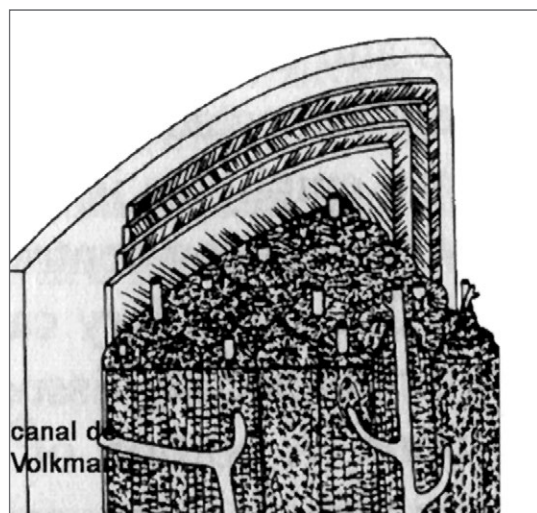


Fig. 1.

Biografías

Fisiólogo alemán nacido el 18 de julio 1801 en Zschortau, Sajonia, Alemania. Estudió en Leipzig, doctorándose en 1826, con la tesis «Observatio biologica de magnetismo animali». Trabajó como *Priatdoent* en la Universidad de Leipzig en 1828 hasta que, en 1837, aceptó ser profesor de fisiología y patología, en la Escuela de Medicina de Dorpat, hoy Tartu (Estonia), en-

tonces países bálticos alemanes, donde comenzó a estudiar el sistema nervioso. En 1842, junto con Friederich Heinrich Bidder (1810-1894) describió el sistema nervioso simpático (Figura 2).

Obtuvo la cátedra de fisiología en la Friedrichs-Universität de Halle (1843), donde fue rector en varios periodos y donde se mantuvo hasta su muerte, en 1877. En Halle, asumió la enseñanza de la anatomía en 1854, hasta que en 1872 se separó de la fisiología. Volkmann ha sido reconocido por sus trabajos sobre el sistema nervioso, el sentido de la vista y la sangre, que le convirtieron en uno de los iniciadores de la fisiología, publicando tratados como *Physiologische Untersuchungen auf dem Gebiet der Optik* (1863/64) y *Die Hmodnamik nach Versuchen* (1850). Construyó diferentes instrumentos para medir la velocidad de la sangre y de la atención. Su hijo, Richard von Volkmann, se convirtió en un distinguido cirujano.



Alfred Wilhelm Volkmann

Richard Volkmann. 1830-1889

I Epónimos asociados

Contractura de Volkmann o parálisis isquémica de Volkmann: contractura de los dedos de la mano y, a veces, de la muñeca tras una lesión grave en la región del codo o por el uso de un torniquete que elimina la vascularización muscular.

Deformidad de Volkmann: luxación congénita del astrágalo.

Férula de Volkmann: férula utilizada en las fracturas de la extremidad inferior que tiene un apoyo para el pie y dos soportes laterales.

Cucharilla de Volkmann: cucharilla profunda para extraer hueso necrótico u otro tipo de tejidos

Triángulo de Volkmann: arrancamiento del borde póstero-lateral distal de la tibia, por tracción de los ligamentos, en las fracturas de tobillo. Término muy utilizado en la literatura alemana [1-5]. Es análogo al triángulo de Tillaux-Chaput. Sin embargo, al parecer el triángulo de Volkmann es anterior, siendo el llamado triángulo de Earle el posterior. Un interesante tema de discusión teórica [6]. También se habla del triángulo de Volkmann en el codo [7].

I Biografía

Nació en Leipzig el 17 de agosto de 1830, hijo del conocido fisiólogo Wilhelm Volkmann. Se doctoró en Berlín y a los 27 años trabajaba en una clínica privada hasta que estalló la guerra de las siete semanas contra Austria, en la que fue sargento. Un año después sería nombrado titular de la cátedra de Cirugía y director del Instituto de Cirugía de la Clínica Universitaria de Halle.

En Richard von Volkmann ocurre como con otros escritores de cuentos infantiles famosos. Perrault era funcionario, los hermanos Grimm filólogos e historiadores, Lewis Carroll matemático y Richard Leander, seudónimo de Richard von Volkmann, uno de los cirujanos más conocidos de su época. Todos ellos fueron creadores de mundos fantásticos, pero, además, von

Volkman escribió algunos de sus relatos en el frente de batalla. Sus publicaciones literarias fueron *Soñando junto a chimeneas francesas*, *Reinos invisibles* y *Pequeñas historias* donde se recogen sus cuentos, poemas y recopilaciones de viejas y nuevas canciones de trovadores.

En la guerra contra Francia, en 1870 y 1871, probó los métodos propuestos por Joseph Lister (1827-1912) para el tratamiento de las heridas y aunque los resultados no fueron buenos, disminuyó el número de infecciones.



Richard Volkmann

En 1872 retomó su actividad docente y fundó la sociedad alemana de Cirugía, junto con Gustav Simon y Bernhard von Langenbeck. En 1879 inició el nuevo hospital de Halle, centro europeo de referencia de su tiempo, siguiendo sus conceptos e ideas, especialmente en lo referente a la cirugía del aparato locomotor y del cáncer. Escribió el «Sammlung klinischer Vorträge» donde contribuyeron los médicos más destacados de su época. Trató la tuberculosis articular y ósea con aceite de hígado de bacalao, yodo y dietas. Desgraciadamente, el hacinamiento de los soldados en su clínica produjo numerosas infecciones que obligó al cierre.

En 1881 describió el síndrome que lleva su nombre y fue nombrado caballero por el Kaiser, convirtiéndose en Richard von Volkmann.

Murió de una parálisis por una enfermedad vertebral crónica en Jena, el 28 de noviembre de 1889 [8-11].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sigel A. [Classification and therapy of dislocation-fractures of the upper ankle bone astragalus with clipping of apiece of the posterior tibia fracture (so-called triangle of Volkmann)] Arch Orthop Unfallchir 1951; 44:341-64.
2. Lichtenauer F, Benthien C. [Treatment of luxation fractures of the upper ankle joint with longitudinal splitting from the tibia (so-called Volkmann's triangle) with extension and percutaneous fixation with Kirschner's wire traction]. Monatschrift Unfallheilk Versicherungsmed 1954; 57:338-41.
3. Fuchs CC, Scharplatz D. [Should Volkmann's triangle be screwed?] Helv Chir Acta 1989; 56:259-61.
4. Meenen NM, Lorke DE, Westerhoff M, Dallek M, Jungbluth KH. [Isolated fracture of Volkmann's triangle. A unique injury] Unfallchir 1993; 19:98-107.
5. Neumaier Probst E, Maas R, Meenen NM. Isolated fracture of the posterolateral tibial lip (Volkmann's triangle). Acta radiologica 1997; 38:359-62.
6. Bartoníček J. Avulsed edge of the tibia. Earle's or Volkmann's triangle? J Bone Joint Surg (Br) 2004; 86-B:746-50.
7. Von Elmendorff HF. [Resetting forceps for fractures of the elbow and the Volkmann's triangle]. Chirurg 1970; 41:90-1.
8. Fernández Vázquez JM, Camacho Galindo J. Richard von Volkmann (1830-1889). Acta Ortopédica Mexicana 2008; 22:278-9.
9. Volkmann R. Krankheiten der Bewegungsorgane. En: Pitha-Billroth, publishers: Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, Vol 2: 845-920. Erlangen, 1869.
10. Volkmann R. Die ischämischen Muskellähmungen und Contracturen. Centralblatt für Chirurgie, Leipzig 1881; 8:801-3.
11. Volkmann R. Ein Fall von hereditärer kongenitaler Luxation beider Sprunggelenke. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Leipzig, 1873; 2:538-42.

Friedrich Daniel von Recklinghausen. 1833-1910

Epónimo asociado

Enfermedad de Von Recklinghausen o neurofibromatosis tipo 1: enfermedad de carácter hereditario autosómico dominante; grupo de alteraciones neurocutáneas multisistémicas que afectan a los derivados neuroectodérmicos y mesenquimales. Clínicamente los pacientes manifiestan neurofibromas, manchas café con leche y el iris pigmentado (nódulos de Lisch). Además, es característica la escoliosis torácica, las anomalías costales y los orificios neurales más grandes.

Biografía



Friedrich Daniel von Recklinghausen.

Nació en Gutersloh (Alemania). Comenzó sus estudios en Bonn en 1882, continuó luego en Wurzburg y finalizó su doctorado en Berlín en 1855. Von Recklinghausen escribió una de las primeras publicaciones sobre la hemocromatosis e introdujo este término en la terminología médica. En 1862, mientras ayudaba a Rudolf Virchow, publicó trabajos identificando los leucocitos; estableció la técnica de la tinción con plata

para teñir las uniones celulares. Trabajó con Julius Friedrich Cohnheim (1839-1884) estudiando la migración de los leucocitos y el proceso de inflamación. Von Recklinghausen escribía tanto en alemán como en latín. Tras terminar sus estudios con Virchow, viajó a Viena, Roma y París, volviendo en 1858 a Berlín, donde trabajó en el Instituto Virchow de Anatomía Patológica hasta 1864. En Königsberg (actualmente Polonia) fue contratado como catedrático por un periodo corto, adelantando así en su carrera académica. En 1872 regresó a Wurzburg, pero fue nombrado definitivamente profesor en Estrasburgo, siendo designado rector de su universidad, donde permaneció hasta su muerte en 1910.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brand RA. Biographical sketch: Friedrich Daniel von Recklinghausen, MD (1833-1910). *Clin Orthop Relat Res* 2011; 469:1225-6.
2. Ferner RE, Gutmann DH. Neurofibromatosis type 1 (NF1): Diagnosis and management. *Handb Clin Neurol* 2013; 115:939-55.
3. Meyer CA, Vagal AS, Seaman D. Put your back into it: Pathologic conditions of the spine at chest CT. *Radiographics* 2011; 31:1425-41.
4. Mohammed T-LH, Saettele MR, Saettele T, Patel V, Kanne JP. Eponyms in cardiothoracic radiology: Part I-Neoplasms. *Curr Probl Diagn Radiol* 2014; 43:91-8.
5. Ton J, Stein-Wexler R, Yen P, *et al.* Rib head protrusion into the central canal in type 1 neurofibromatosis. *Pediatr Radiol* 2010; 40: 1902-9.

Bernhard Georg (Hardy) Weber.

1927-2002

Epónimo asociado

Clasificación fracturas tobillo: en algunas publicaciones se conoce como clasificación de Danis-Weber, pues fue introducido primero por Danis en 1949 y después modificado por Weber.

La clasificación es sencilla, en tres tipos básicos, A, B y C, según sean infra, trans o suprasindesmales. Esto ha facilitado su difusión.

I Biografía

Cirujano suizo, perteneciente al grupo AO, que trabajó en el hospital Cantonal de St. Gallen (Suiza) y que a punto estuvo de realizar su sueño de ser arquitecto. En Zúrich, durante su formación, se volcó en la traumatología y supo aplicar sus aficiones técnicas y arquitectónicas a la reparación de las fracturas.



Bernhard Georg (Hardy) Weber.

Trabajó con Maurice Müller en St. Gallen, en 1960, y cuando éste ocupó la cátedra de la Universidad de Berna en 1967, Weber fue nombrado jefe de servicio del hospital Cantonal hasta 1986, cuando pasó a la Klinik am Rosenberg, también en St. Gallen. Aplicó los principios de la AO en el estudio de las fracturas de tobillo. Además, diseñó una prótesis de cadera tras la estancia efectuada con Charnley. En su libro sobre las pseudoartrosis (1976), conjunto con O. Cech, de Praga, utiliza una clasificación según la actividad biológica de las mismas. Sin embargo, las obras de las que se encontraba más orgulloso eran su tratado sobre fijación externa junto con Magerl y sus trabajos sobre las osteotomías de tibia para el genu varo. Él mismo se operó de os-

teotomías de tibia bilaterales para poder seguir esquiando y jugando al tenis. Su pericia como esquiador la demostraba su certificado como instructor de esquí de equipos profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunter TB, Peltier LF, Lund PJ. Radiologic history exhibit. Musculoskeletal eponyms: who are those guys? *RadioGraphics* 2000; 20:819-36.
2. Weber BG. Die Verletzungen des oberen Sprunggelenkes. 2nd ed. Bern: Huber, 1972.
3. Obituario. Bernhard Georg Weber (1927-2002). *J Bone Joint Surg (Am)* 2003; 583.

Franz Weitlaner. 1872-1944

I Epónimos asociados

Separador automático de Weitlaner: creado para separar tejidos sin necesidad de asistente. Mal llamado, en algunos artículos, separador de Wheatlander, Weetlander o Wheatie.

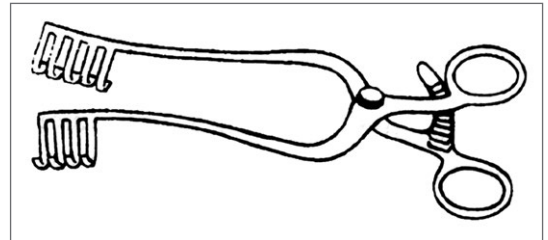


Fig. 1.

I Biografía

Nació el 17 de septiembre de 1872 en Welsberg, a los pies de los Dolomitas, en el Südtirol, una región entonces del imperio austro-húngaro, que actualmente, con su idiosincrasia, pertenece a Italia. En 1892, se matriculó en la Facultad de Medicina, de la Universidad de Innsbruck, donde recibió el doctorado a los 26 años. Siguió en esta ciudad tirolesa otros cuatro años siendo adjunto en el hospital universitario.



Franz Weitlaner

En 1902 fue contratado por la compañía Lloyd austriaca como médico marino viajando desde Trieste hasta el Japón, la China y la India, donde publicó un tratado de enfermedades del mar. También publicó sobre la sífilis de los marineros y de las plagas existentes entre los habitantes de Bombay. Después de varios meses volvió a trabajar en el hospital de St. Poelten cerca de Viena, y tras su matrimonio ocupó la plaza de médico en Ottenthal, una pequeña ciudad del norte de Austria, donde nacieron su hijo y su separador.

En 1905 publicó su invento nacido de la necesidad, por falta de ayudante en una ciudad tan pequeña, para curar las heridas. Este separador fue fabricado por Windler, Berlín, en dos tamaños, uno de 17 cm y otro de 23, y un precio de salida de 20 marcos, ¡equivalentes a unos 150 euros actuales! Sin embargo, Weitlaner no registró la patente ni recibió cantidad alguna por su invento.

A partir del separador de Weitlaner, demostrando su adaptabilidad y utilidad, surgieron diferentes modelos con epónimos propios según la especialidad; el separador de Gelpi, en neurocirugía, el de Beckman, en cirugía general y el de Chung, para efectuar exposiciones profundas en cirugía ortopédica.

En 1909 Weitlaner dejó Ottenthal para ocupar la plaza de médico de las comunidades de Purkesdorf y Bernhardsthal. En 1933 escribió a la organización médica por sus problemas de salud con la vista y el oído. En 1944 falleció de un infarto, pocos días antes de cumplir los 72 años. Además de sus escritos iniciales, publicó sobre la tuberculosis, la inflamación del tracto respiratorio y llevado de su afición por la naturaleza sobre el pie ventosa de la salamandrina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meals CG, Meals RA. A history of surgery in the instrument tray: eponymous tools used in hand surgery. *J Hand Surg* 2007; 32 A:942-53.
2. Sharma A, Swan KG. Franz Weitlaner: the great spreader of surgery. *J Trauma* 2009; 67:1431-4.
3. Weitlaner F. Bei den Pestkranken und Aussäzung in Bombay. *Wien med Presse*. 1902; XIII:1323-6.
4. Weitlaner F. Eine Untersuchung über den Haftfuß des Gecko. *Verhdl Zool Bot Ges* 1902; 52:328-32.
5. Weitlaner F. Zur Verhütung einer bestimmten Art extragenitaler Syphiliseinschleppung. *Wien klin Rundschau* 1903; XVII:504.
6. Weitlaner F. Ein automatischer Wundspreizer. *Wiener Klin Rundschau* 1905; 19:114-5.

Gunnar Georg Fredrik Wiberg.

1902-1988

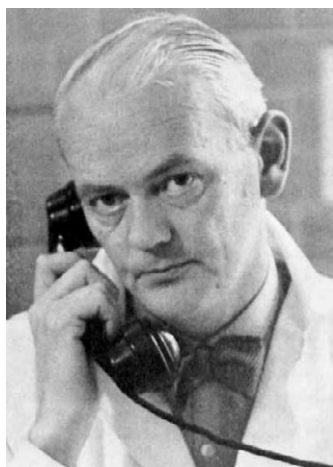
Epónimos asociados

Ángulo de Wiberg o ángulo centro-borde: ángulo entre una línea perpendicular a la línea de Perkins que pasa por el centro de la cabeza del fémur y otra línea que desde el centro de la cabeza del fémur pasa tangente por el borde externo del acetábulo. Wiberg encontró un rango normal en adultos entre 20 y 40°.

Clasificación de la morfología rotuliana: en tres tipos.

Biografía

Ortopeda sueco, nacido en Goteborg, directivo en numerosas sociedades médicas y diseñador del actual logotipo de las sociedades de ortopedia escandinavas. Recomendaba transferir las fracturas, una vez tratadas, a los servicios de ortopedia. Publicó sobre sus investigaciones en la displasia de cadera, la rótula y la cirugía de la columna lumbar. Su tesis doctoral *Studies on dysplastic acetabula and congenital subluxation of the hip joint*, de 1939, demostraba la importancia del recubrimiento de la cabeza femoral en las displasias residuales de la cabeza femoral en pacientes jóvenes para prevenir la artrosis.



Gunnar Georg Fredrik Wiberg.

Fue un jugador apasionado de tenis hasta poco antes de su muerte, así como un reconocido carpintero, especializado en cómodas estilo siglo XVIII. Creó una fundación para conseguir fondos para el departamento de ortopedia vendiendo los zuecos quirúrgicos de madera que él mismo diseñaba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bauer GCH. Gunnar Wiberg (1902-1988). Acta Orthop Scand 1988; 59:732-7.
2. Wiberg G. Studies on dysplastic acetabula and congenital subluxation of the hip joint. Acta Orthop Scand (suplement) 1939; 58:1-132.

3. Wiberg G. Roentgenographic and anatomic studies on the femoropatellar joint. Acta Orthop Scand 1941; 12:319-410.
4. Gunnar Wiberg. Acta orthop Scandinav 1969; 40:411-2.

Thomas Willis. 1621-1675

Epónimo asociado

Polígono de Willis: círculo arterial en la base del cerebro.

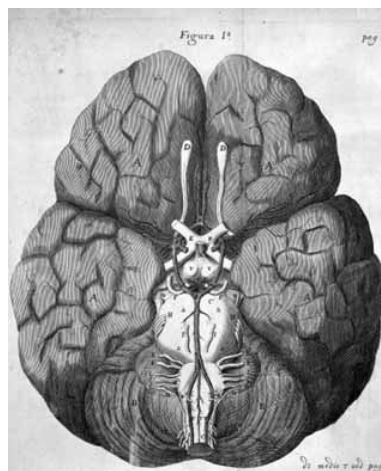


Fig. 1.

Biografía

Fue uno de los hombres más prominentes de la medicina del siglo XVII. Además de la descripción del círculo arterial que lleva su nombre, acuñó los términos de tálamo óptico, núcleo lentiforme y cuerpo estriado.

Willis describió en 1659 la epidemia de tífus y las fiebres tifoideas, así como la tosferina, la meningitis, la narcolepsia y la parálisis general. Reconoció que la histeria no era una enfermedad uterina, sino que tenía origen cerebral. Describió por primera vez la fiebre puerperal.

La vida de Willis empezó a cambiar el 14 de diciembre de 1650 cuando, acompañado por

un médico apellidado Petty, revisó el cadáver de Anne Green, prisionera de 22 años de edad, empleada en el hogar de *sir* Thomas Read, en Oxfordshire. Anne fue, posiblemente, seducida por el nieto de *sir* Thomas, quien la abandonó cuando quedó embarazada. Tuvo un parto prematuro en el que falleció su hijo, cuyo cuerpo escondió, aunque fue finalmente encontrado. Fue acusada de darle muerte y sentenciada a morir en la horca en Oxford. Tras el ahorcamiento, estuvo colgada durante media hora hasta que fue declarada muerta y colocada en un féretro. Cuando Willis y Petty, en el domicilio de éste, abrieron el féretro para realizar su disección, comenzaron a escuchar un extraño sonido procedente de la garganta del supuesto cadáver, que comenzó a respirar. Se enrojecieron sus brazos y piernas, abrió los ojos y comenzó a sangrar. A las 12 horas empezó a hablar. Al día siguiente respondía a las cuestiones que se le planteaban y a los cuatro días comenzó a comer sólidos. Al mes estaba completamente restablecida. El tribunal indultó a Anne Green, que recuperó su libertad. La joven regresó a su casa, llevando consigo siempre el féretro donde había estado alojada. Se casó y tuvo tres hijos, viviendo 15 años después de su fallida ejecución. Willis, por su parte, se sintió muy afectado en su vida per-

sonal: seis de sus ocho hijos murieron antes de la adolescencia y su primera esposa falleció en 1670.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amin NF, MM Uddin MM, Haque AQMA, Hossain MM. Interesting life stories of some great eponymous anatomists. AKMMC J 2012: 3:20-3.

Julius Wolff. 1836-1902

Epónimos asociados

Ley de Wolff: el hueso es reabsorbido y remodelado de acuerdo con las tensiones a las que está sometido. Estableció una relación entre la forma y la función del hueso y señaló que son las leyes físicas quienes gobiernan el crecimiento óseo.

Biografía

Anatomista y cirujano ortopédico alemán, nacido el 21 de marzo 1836 en Märkisch-Friedland, Prusia Occidental, pero realizó sus estudios de bachiller y universitarios en Berlín, donde obtu-

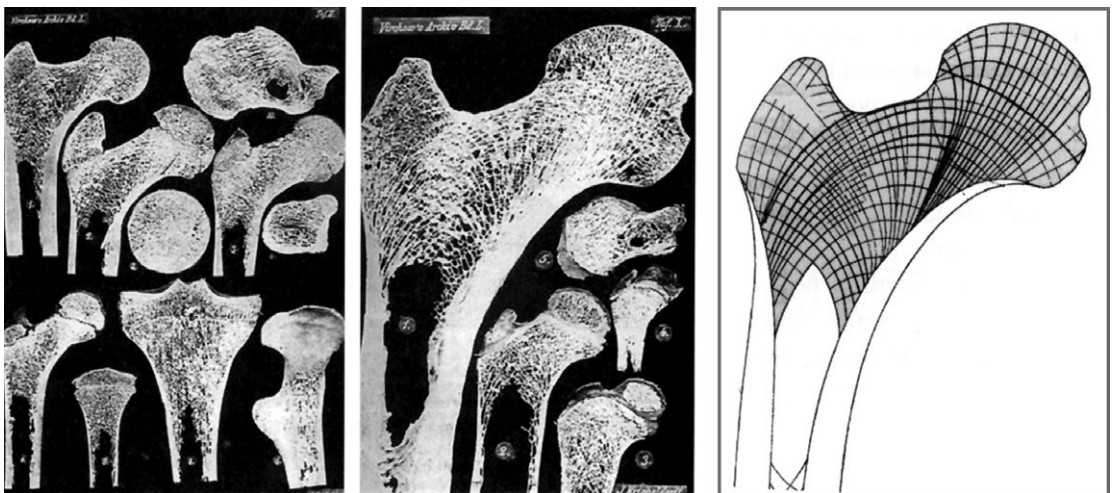


Fig. 2, 3 y 4.

vo el doctorado, en el hospital de la Charité, en 1860, tutoriado por B. Rudolf Konrad von Langenbeck (1810-1887) (Figura 1). Su tesis doctoral versó sobre el tema que le preocupó toda su vida, la estructura interna del hueso y su modificación con las tensiones. La forma del hueso estaba diseñada para soportar las cargas pero lo que se modificaba era su estructura interna. Las trabéculas óseas eran más densas allí donde eran más necesarias para soportar las tensiones. Treinta dos años después de defender su tesis publicó su obra definitiva, *Gesetz der Transformationen der Knochen*, para demostrar su famosa ley (Figura 2) (Figura 3) (Figura 4). Este trabajo inició una etapa nueva para muchas especialidades médicas y quirúrgicas, cuando todavía no se habían descubierto los rayos X (1895).

En 1886, Wolff fue co-fundador de la sociedad berlinesa de cirugía. Fue médico en el ejército prusiano en las campañas contra Dinamarca en 1864, Austria en 1866, y contra Francia, 1870-1871, recibiendo la Cruz de Hierro.

Wolff fue un clínico práctico y un académico, sus sesiones ortopédicas, a las que acudían oyentes de todos los puntos de Europa, fueron famosas. En 1902, falleció tres días después de sufrir un ictus.



Julius Wolff

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Das Gesetz der Transformation der Knochen. Berlín, A. Hirschwald de 1892. ?Publicado el apoyo ingenio de la Real Academia de Ciencias de Berlín. Traducido por P. Maquet y R. Furlong al inglés. Belin, Springer-Verlag, 1986.
2. Meyer B. Der Arzt Julius Wolff (1836-1902). Monatsschrift Berlinische, 1997, 2: 79-83. (<http://www.berlinische-monatsschrift.de/bms/bmstxt97/9702pord.htm>)

FUNDACIÓN **MAPFRE**

www.fundacionmapfre.org

Paseo de Recoletos, 23

28004 Madrid