

SALVADO

Variedad	Procedencia	G. %
De trigo	Desconocida	10,773
De trigo	Desconocida	12,084

BIBLIOGRAFÍA

- 1 PETERS y VAN SLYKE. — Quant. Clinic. Chem., 530, 10, vol. 2.
- 2 ARNOLD-GUNNING. — Z. Anal. Chem., 535, 31, 1, 892.
- 3 KOCH-MCMEERING. — J. Am. Chem. Soc., 46, 2,066, 1924.
- 4 Métodos de análisis de trigos y harinas. Centro de cerealicultura. Publicaciones del Ministerio de Agricultura.
- 5 Methods of Analysis of the Association of Official Agricultural Chemist. Washington, 21, cap. II.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren haben den Proteingehalt einiger spanischen Getreide und Hülsenfrüchte bestimmt. Die aufgefundenen Zahlen werden in den beigefügten Tabellen verzeichnet.

RÉSUMÉ

Les auteurs déterminent le contenu en protéines de quelques céréales et des légumineuses espagnoles dont les chiffres figurent dans les cadres qui accompagnent le travail.

NOTAS CLÍNICAS

LOCALIZACIÓN Y EVOLUCIÓN RARA DE UNA ADENITIS SUPURADA. ADENOFLEMÓN DE UN "GANGLIO SUBTRAPECIANO DORSAL"

F. ORTS LLORCA y RAMÓN JULIÁ

A la consulta de uno de nosotros viene la madre de una niña de 25 meses diciendo que su hija tiene "un bulto en la espalda que le ha notado hace un mes y casualmente, ya que la nena no se queja de molestia alguna y no ha tenido fiebre". Reconocida, se comprueba la existencia de una tumoración dura del tamaño de un huevo de paloma colocada entre el borde espinal de la escápula y las apófisis espinosas y a la altura de la espina del omoplato. La piel se desliza sobre el tumor, pero éste está "anclado" profundamente. No es doloroso a la palpación ni le molesta al mover el cuello o brazos. Se observa la existencia de una extensa piodermatitis en toda la región occipital del cuero cabelludo. Los ganglios occipitales, así como los de la cadena cervical del nervio espinal, se encuentran aumentados de volumen, pero no dolorosos a la presión. La fórmula sanguínea es banal para una niña de esta edad (Leucocitos, 15.800; Polinucleares, 56 por 100; Eosinófilos, 1 por 100; Basófilos, 0 por 100; Linfocitos, 24 por 100, y Monocitos, 19 por 100).

Sospechamos que la tumoración dorsal sea una adenopatía como consecuencia de la infección del cuero cabelludo, y de serlo, dada su localización, tenía que ser de un ganglio subtrapeciano dorsal. En vista de ello, dirigimos nuestro tratamiento al cuero cabelludo, el cual se cura por completo a los cuatro días de tomar sulfotiazol y de tratamiento local con polvos de pental. Vista de nuevo la enfermita, han desaparecido las adenopatías cervicales, sigue febril, pero la tumoración dorsal ha aumentado de tamaño y dureza, continuando indolora.

Todo ello hace dudar del primer diagnóstico, por lo que le decimos que, si todo marcha bien, se deje ver de nuevo a los quince días. Entonces la tumoración ha aumentado enormemente de tamaño (como una mandarina), es dura, casi leñosa, la piel que la cubre es normal y deslizable, está fija a los planos profundos y continúa indolora y la enferma sin décimas. Ante la posibilidad de que fuese un tumor maligno de marcha rápida (osteosarcoma) se le hace una radiografía, que muestra un esqueleto normal. Al cabo de diez días más, aparece en la parte más prominente de la tumoración, que ha aumentado de tamaño y se ha reblandecido, una zona rojiza y edematosa, pero indolora a la presión. La punción demuestra la existencia de pus, y en las extensiones del mismo hechas por MARCANO aparecen estafilococos. Éstos son poco abundantes y se reco-

ren campos enteros de la preparación sin ver ninguno. Ante este resultado incidimos la tumoración y profundamente, después de atravesar el trapecio, sale abundante pus, se le deja un tubo de drenaje y la enferma cura en pocos días.

CONSIDERACIONES SOBRE EL CASO. — El diagnóstico exacto del caso presentaba dificultades de dos clases. El curso afebril, la fórmula leucocitaria, la evolución lenta y lo indoloro de la tumoración nos hablaban en contra de un proceso supurado agudo. Solamente la piodermatitis del cuero cabelludo y su curación rápida por el sulfotiazol hablaban en favor de una etiología estafilocócica. El diagnóstico de adenitis, tropezaba para quien no conociera con exactitud la topografía de ciertos grupos ganglionares con dificultades serias. En efecto los ganglios llamados "subtrapecianos" han pasado desapercibidos durante mucho tiempo no sólo a los anatómicos sino también a los cirujanos. Ni MOST, ni BARTELS, ni POIRIER, hablan de su existencia. Sólo BOURGERY, entre los autores antiguos, menciona *trois ganglions sus-scapulaires placés sous le trapèze*. MOUCHET y TANASESCO los citan también al hablar de los linfáticos de la articulación del hombro. Sólo ROUVIÈRE los describe con detalle, diciendo que son constantes en el feto y en el niño, en número de dos a cinco colocados debajo del trapecio y a lo largo del nervio espinal parecen ser la continuación de la cadena ganglionar cervical del nervio espinal. Los que están colocados hasta el nivel del ángulo superior de la escápula los llama "ganglios subtrapecianos cervicales", pero más abajo existen uno o dos más colocados sobre el músculo romboides. Uno de ellos constante se encuentra un poco por debajo de la espina del omoplato entre el romboides menor y el mayor. A estos ganglios los llama "subtrapecianos dorsales". Es en este ganglio en el que en nuestro caso se ha desarrollado el adenoflemón.

Para los clínicos han pasado con frecuencia desapercibidos por no describirse en los tratados clásicos, pero HUC y ROLLET DE COUDRAY han llamado la atención sobre los mismos en su tesis doctoral.

MECANISMO Y VÍA SEGUIDA POR LA INFECCIÓN EN EL CASO QUE DESCRIBIMOS. — Los linfáticos eferentes de la región occipital del cuero cabelludo van a parar en gran número a los ganglios occipitales superficiales, esos célebres ganglios que desde antiguo se conocen por aumentar de volumen en el período secundario de la sífilis. Muchos de los linfáticos eferentes de estos ganglios occipitales van a parar a los ganglios de la cadena cervical del nervio espinal y a lo largo de la misma alcanzan los ganglios subtrapecianos. Esta vía es la que seguramente ha seguido la infección en nuestro caso. El porqué ha supurado un ganglio tan lejano, habiendo otros más cercanos al punto de entrada de la infección, puede deberse a la existencia de colectores linfáticos directos, además de que los ganglios occipitales pueden faltar (cuatro veces en 50 fetos disecados por ROUVIÈRE) y lo mismo les sucede a los de la cadena cervical del nervio espinal que faltaban una vez en 50 sujetos disecados.

Como quiera que los ganglios de la cadena cervical del espinal y los subtrapecianos cervicales desaguan fácilmente hacia delante por medio de la cadena ganglionar cervical transversa, hay que admitir en nuestro caso alguna dificultad en la circulación linfática de esta vía, gracias a la cual la infección ganó por "vía retrógrada" el ganglio subtrapeciano dorsal.

RESUMEN

Se describe un caso de adenitis estafilocócica, raro tanto por su evolución como por su localización. Se trata de un ganglio subtrapeciano dorsal colocado entre el romboides menor y mayor. Los clínicos deben tener en cuenta estos ganglios subtrapecianos que existen constantemente en los niños, que se atrofian con la edad y que sólo se ven raramente en el adulto.

BIBLIOGRAFÍA

MOST. — A. Chirurgie der Lymphgefäße und der Lymphdrüsen, 1917.
 BARTELS, P. — Das Lymphgefäßsystem, 1909.
 POIRIER, P., y CUNEO, B. — Système lymphatique, 1896.
 ROUVIÈRE, H. — Anatomie des lymphatiques de l'homme, 1932.
 MOUCHET, A. — Lymphatiques de l'articulation de l'épaule. C. R. de l'Assoc. des Anat., 13 réunion, Paris, 1911.
 ROLLET DU COUDRAY, A. — Les adénites sous-trapéziennes. Thèse de Paris, 1929.
 TANASESCO, J. — Lymphatiques de l'articulation scapulo-humérale. Bibliog. anat., 1910.
 BOURGERY y JACOB. — Anatomie descriptive et physiologique, 1839.

BLOQUEO DE RAMA TRANSITORIO

F. MARTÍN-MORENO y J. CARRIÓN

Hospital Central de la Cruz Roja. Servicio de Cardiología

Son de todos conocidas, y ya muy estudiadas, las alteraciones electrocardiográficas que se presentan por lesiones de las ramas del fascículo de His, desde que EPPINGER y ROTHBERGER demostraron experimen-

talmente que su sección producía una modificación constante en los trazados eléctricos, el llamado bloqueo de rama. Fundándose en ello admitieron que la aparición de estas gráficas en el hombre permitían asegurar la existencia de una lesión orgánica en el sistema de conducción.

Desde entonces ha variado mucho el aspecto de la cuestión. Sin que nos propongamos hacer una revisión del conjunto de ella, apuntaremos que, si

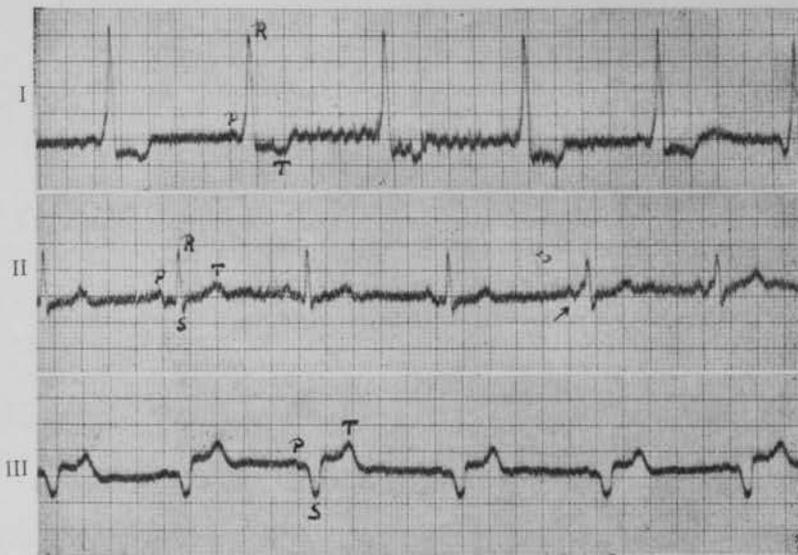


Fig. 1

bien en la mayor parte de los casos estudiados anatómicamente se ha confirmado la anterior hipótesis, hay publicados algunos en los que no se encontró la lesión supuesta y sí otras alteraciones anatómicas; también se han descrito casos de lesión de rama sin modificaciones electrocardiográficas y trazados eléctricos típicos de bloqueo por trastornos funcionales. Por tanto, el primitivo concepto que llevaba aparejada la persistencia de los electrocardiogramas atípicos ha ido evolucionando hasta llegar a la admisión de los bloqueos de rama transitorios.

Para contribuir al estudio del problema juzgamos interesante la publicación del siguiente caso:

J. I., de veintiocho años, soltera. Sin antecedentes familiares de interés. No ha padecido ninguna enfermedad infecciosa. No aqueja ningún trastorno de tipo cardiovascular. En la actualidad presenta un brote esquizofrénico (doctor VALLEJO NÁJERA) y va a ser tratada con electrochoque; previamente nos la envían para el estudio de su aparato circulatorio y obtenemos el siguiente resultado: Palpación, percusión y auscultación del corazón, normales; tensión arterial, 115/60 mm. Hg.; pulso, 58 regular.

En los electrocardiogramas recogidos se observa: en el primero (fig. 1) aparecen en D I y D III los complejos ventriculares típicos de un bloqueo de la rama derecha del haz de His (antigua nomenclatura) con un acortamiento manifiesto del espacio P-R; el segundo (fig. 2), obtenido a continuación del otro, presenta en las mismas derivaciones unos complejos ventriculares normales, siendo también normal el tiempo de conducción auriculoventricular. En ambos trazados se observa en D II el paso brusco de los complejos normales a los aberrantes, o viceversa, sin que se produzcan variaciones del ritmo. A los pocos días repetimos la exploración, recogiendo nuevos trazados que confirman la existencia del bloqueo transitorio, sin que la enferma sienta la menor molestia.

Al revisar la literatura encontramos que WOLF, PARKINSON y WHITE (*The American Heart Jour.*