

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 romboídes 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 Lymphgefäß 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 Anatom. 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.
BOURGEOY 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

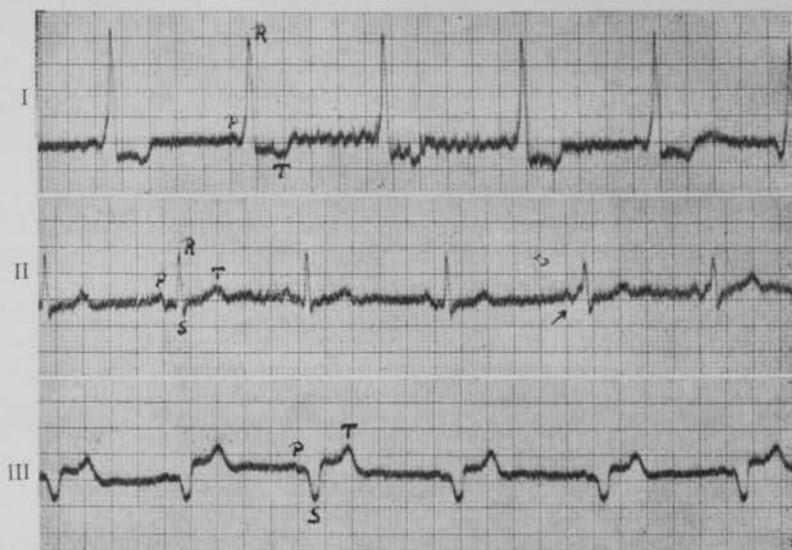


Fig. 1

bien en la mayor parte de los casos estudiados anatopatológicamente se ha confirmado la anterior hipótesis, hay publicados algunos en los que no se encontró la lesión supuesta y si 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-*

nal, agosto 1930) han descrito once casos de bloqueo funcional de rama coexistiendo con un espacio P-R anormalmente corto, en personas jóvenes con corazones normales. En ellos, bien espontáneamente, bien reduciendo el tono vagal con el ejercicio o la atropina, los complejos aberrantes se hacían normales y, coincidiendo con el cambio, el intervalo P-R se alargaba hasta ser de duración normal. En estos casos se dieron paroxismos de taquicardia y de fibrilación o flutter auriculares. La combinación de

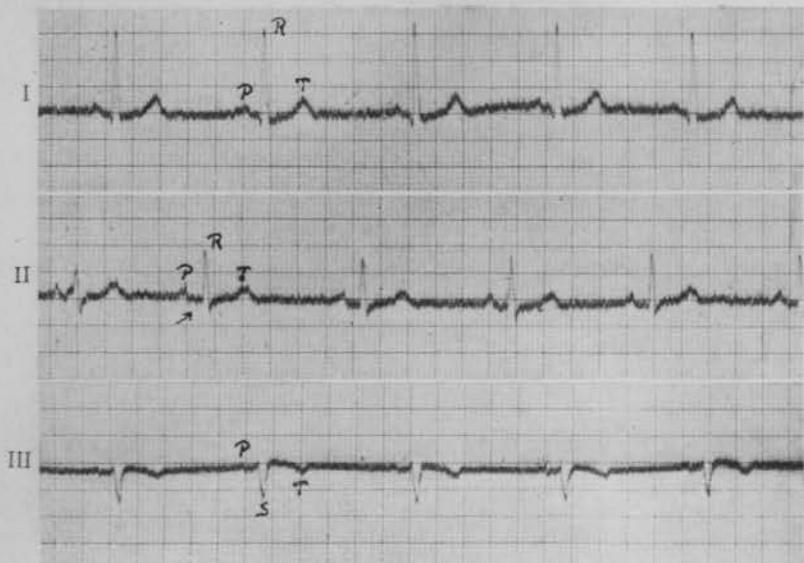


Fig. 2

estos datos constituye para los autores citados un tipo de bloqueo no descrito anteriormente y que, sin embargo, debe ser frecuente.

Las características que ofrece nuestro caso son idénticas: edad juvenil, corazón sano, bloqueo de rama transitorio y predominio del parasimpático. Confirma, pues, la hipótesis apuntada de que debe presentarse con alguna frecuencia y creemos que si no se le observa más a menudo es porque no suelen explorarse electrocardiográficamente los sujetos sanos. El atribuir su presencia a un desequilibrio nervioso vegetativo nos parece lo más verosímil, ya que estas alteraciones son frecuentes en las esquizofrenias y es posible que la disminución del tono vagal condicionada por la emoción producida al recoger el electrocardiograma influyera en la recuperación del funcionamiento normal del sistema de conducción; en efecto, no debemos olvidar que en todas las exploraciones realizadas en nuestra enferma siempre precedieron las contracciones aberrantes a las normales.

RESUMEN. — Descripción de un caso de bloqueo de rama transitorio en una esquizofrénica de 28 años, sin lesiones orgánicas cardíacas. Confirma el tipo de bloqueo descrito por WOLF, PARKINSON y WHITE, que se caracteriza por su aparición en sujetos jóvenes, su naturaleza funcional y transitoria y la coexistencia de un espacio P-R acortado. Los autores creen que, verosímilmente, esta alteración funcional del sistema de conducción es consecuencia de una disfonía neurovegetativa.

ILEUS AGUDO PARALÍTICO POR ACCIÓN DEL RAYO

P. PIULACHS y L. MIR Y MIR

Servicio de Patología Quirúrgica II de la Facultad de Medicina de Barcelona

Recientemente hemos tenido ocasión de observar el siguiente caso de ileus agudo paralítico por acción de un rayo.

F. S., natural de Alicante, de veinticinco años de edad, de profesión chofer.

Antecedentes. — No recuerda haber estado enfermo hasta los veintiún años de edad; en abril de 1939, conduciendo un coche militar, se hirió súbitamente en un esfuerzo de tos. Fue intervenido a los ocho días de su hernia inguinal derecha. A los nueve días se levanta (fue intervenido con anestesia raquídea) y nota grandes escalofríos, presentando una neumonía de base izquierda, guardando cama unos veinte días.

Enfermedad actual. — El 21 de junio de 1943, a las once de la noche, habiéndose desencadenado una tempestad, estando el paciente en una habitación a un metro de la pared, cayó un rayo en el edificio (derribando incluso una pequeña parte de la obra) y un relámpago cruzó la habitación, sintiéndose el paciente impulsado contra la pared y derribado al suelo.

Al momento notó gran dolor abdominal que le hizo encorvarse intensamente; ante sus quejas los compañeros le desabrocharon los pantalones y entonces con rapidez se le fué hinchando enormemente el vientre, a la par que le disminuía el dolor. Siguió con gran meteorismo hasta las cinco horas de la madrugada (seis después del accidente), hora en que nota que empieza a disminuir algo. Al siguiente día por la noche (a las veinticuatro horas del accidente) percibe por vez primera ruidos abdominales y emite algún gas; a la madrugada del miércoles, día 23, pudo ir de vientre (a las treinta y tres horas del accidente).

Al emitir ventosidades y disminuir la tensión abdominal, empieza a notar un escozor en la región inguinal derecha, escozor que se convertía en pinchazos al cambiar de posición.

El miércoles por la mañana, al explorarlo detenidamente, se queja de unas molestias alternativas de quemazón y pinchazos, a nivel de la cicatriz operatoria de la antigua hernia inguinal, sin que por palpación combinada con esfuerzo pueda apreciarse tumoración alguna.

Se trata, pues, de un individuo que por la acción de un rayo, en una noche de tempestad, es proyectado contra la pared, presentando al momento un cuadro progresivo y acentuado de parálisis intestinal, que persiste en su intensidad durante seis horas, disminuyendo luego, hasta que se resuelve espontáneamente a las veinticuatro horas del accidente.

La acción de la corriente eléctrica puede determinar lesiones directas, intensas o trastornos funcionales (estímulo o inhibición) consecutivos a lesiones directas poco acentuadas (edema).

JELLINECK, en su obra, donde compendia una enorme experiencia sobre lesiones por electricidad, indica ya la posible acción de la corriente eléctrica sobre el sistema neurovegetativo, que se traduciría a veces por escalofríos con sudoración, sin temperatura, o por trastornos de la evacuación de la vejiga urinaria, en forma de retención o de polaquiuria, o bien trastornos intestinales en forma de constipación o diarreas. Sin embargo, a pesar de su vasta expe-

riencia, no señala ningún caso de *ileus* dinámico como el que hemos expuesto.

Es evidente que en este caso la corriente eléctrica actuó sobre el simpático abdominal, reforzando su acción inhibidora sobre la motilidad del intestino. Es interesante en este caso también señalar el carácter

pasajero del cuadro, que se resolvió espontáneamente en pocas horas.

BIBLIOGRAFÍA

JELLINK, S. — Elektrische Verletzungen, Leipzig, 1932.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LOS HUESOS LARGOS POR EL MARKNAGELUNG

F. LÓPEZ AREAL

Ex Médico Interno del Servicio.

Asistente al Unfallkrankenhaus de Viena

Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Huesos y Articulaciones.
Jefe: DR. SIERRA CANO

En el año 1940, en un artículo publicado en el *Klinische Wochenschrif*, da a conocer KÜNTSCHER sus experiencias en animales, para un nuevo tratamiento de las fracturas de los huesos largos de las extremidades, y al que denomina *marknagelung*, que podemos traducir por "enclavijamiento medular". En esencia, este tratamiento lo podemos resumir diciendo que es "la introducción de un tallo metálico o clavo, en la cavidad medular de ambos fragmentos, fijando perfectamente la fractura hasta la consolidación ósea".

KÜNTSCHER hizo sus experiencias en perros, a los que fracturaba el fémur con el ósteoclasto de Alssberg, practicándoles luego el *marknagelung*, al principio con los clavos de Swen Johansson, empleados en el tratamiento operatorio de las fracturas del cuello del fémur, y luego con clavos parecidos, pero construidos especialmente para este nuevo tratamiento. El clavo más largo era también trilaminar.

En sus experiencias observó que en quince días se formaba un buen callo; estudiando en preparaciones anatómicas el proceso de su formación, tanto del callo endostal como perióstico, comprobó que no había ninguna alteración en el proceso de su formación. Las fracturas de los perros, al ser sacrificados éstos a los veintiún días de practicada la operación del enclavijamiento medular, presentaban un buen callo, tanto endostal como perióstico.

El peligro de infección — dice — es muy pequeño — un 1 por 100 — y no mortal; lo compara con las cifras de otros tratamientos operatorios, que valora entre un 3 y un 30 por 100, y que tienen una más alta mortalidad; y llega a la conclusión de que este peligro no debe hacernos rechazar un tratamiento como el presente que aporta considerables ventajas para el fracturado. En alguno de los perros se produjo una infección de la herida, pero

observó siempre que el callo no sufrió nada, formándose normalmente.

Este buen resultado en la experimentación animal le decidió a llevar a la práctica el tratamiento, publicando sus primeros resultados, meses después, en la misma revista *Klinische Wochenschrif*. En ese artículo escribe sobre la base práctica de doce fracturas de fémur tratadas por este procedimiento, obteniendo en todas ellas un buen resultado; al tratar de las ventajas de este nuevo método de tratamiento, escribe: "Para el tratamiento de las fracturas rige siempre el mismo principio, de mantener uno contra otro, los fragmentos del hueso, hasta que se haya formado un callo que sea lo suficientemente fuerte para mantener unidos estos fragmentos."

Para efectuar esto, en las fracturas de los huesos largos — y son éstas las más numerosas — no lo hacemos sin que fijemos también los músculos y articulaciones vecinas, impidiendo su normal juego. Es decir, ponemos en reposo partes blandas, músculos, tendones, cápsula articular, ligamentos.

Frecuentemente, por esto, se producen irreparables modificaciones en el funcionamiento del miembro fracturado. Esto no es producido por la fractura, sino "por la fijación de las articulaciones, músculos y partes blandas", ocurre también que tardamos casi lo mismo en reparar luego estas modificaciones presentadas por el miembro fracturado, como la fractura, es decir, de nueve a once semanas en una fractura de fémur.

"El *marknagelung* fija perfectamente los huesos, dejando en libertad el movimiento de músculos y articulaciones, suprimiendo también el tratamiento de masaje, ejercicios activos y pasivos..."

En el Congreso de Cirugía del año 1940, en Berlín, fué presentado y discutido este nuevo método de tratamiento; FISCHER, jefe de la Clínica Quirúrgica Universitaria de Kiel y KÜNTSCHER, *oberarzt* de la misma Clínica, hicieron la ponencia de presentación; el método fué largamente discutido, no faltando autores que le denominaran de "método bárbaro y primitivo"; naturalmente no nos puede extrañar esto, ya que el procedimiento se salía de las normas tenidas hasta entonces como clásicas. ¿Cómo un lesionado, portador de una fractura de fémur, podía levantarse y andar a los quince días de la fractura, sin que su miembro fracturado estuviera perfectamente fijo por una escayola? ¿La introducción de un clavo de esas proporciones en la