

**Últimas sesiones clínicas de
la Casa de Salud Valdecilla
(Abril de 1936)**

Varios autores

COLECCIÓN FUENTEMAR, 8

**Últimas sesiones clínicas de
la Casa de Salud Valdecilla
(Abril de 1936)**

Varios autores

COLECCIÓN FUENTEMAR, 8

La tipografía empleada en los primeros documentos de la Casa de Salud Valdecilla pertenecía a la familia de la Bauhaus, escuela de diseño, artes plásticas y arquitectura alemana de vanguardia que fue fundada en 1919. La Colección Fuentemar ha retomado este vínculo.

Últimas sesiones clínicas de la Casa de Salud Valdecilla (Abril de 1936)

Guillermo Arce, Abilio García Barón, Juan González-Aguilar,
Heliodoro Téllez Plasencia *et. al.*

Colección Fuentemar, 8

Edición: Biblioteca Marquesa de Pelayo

Introducción y Edición literaria: Mario Corral García

Diseño y maquetación: Helena Ángela Reyero

D.L. SA-501-2014

Todos los derechos reservados.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN	II
- Sesiones clínicas en la Casa de Salud Valdecilla.....	II
- Los <i>Anales de la Casa de Salud Valdecilla</i>	13
CRITERIOS DE EDICIÓN	15
ÚLTIMAS SESIONES CLÍNICAS DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA (ABRIL DE 1936).....	17
- Modificaciones de la Cloremia en la encefalografía.....	17
- Nuevos conceptos sobre la hemoístasia de los planos superficiales en las heridas operatorias.....	19
- Actimonicosis de los maxilares: Presentación de dos casos.....	20
- Constitución de un patrón nacional de la unidad Roentgen.....	24
- El tratamiento de la enfermedad de Dupuytren.....	25
- La rotura alveolar en el niño y síndromes consecutivos.....	27
ÍNDICE DE AUTORES	33

PRESENTACIÓN

La Biblioteca Marquesa de Pelayo se inaugura el año 1929. Su actividad se ceñía al personal médico de la Casa de Salud Valdecilla, inaugurada el mismo año. Su misión: apoyar la asistencia clínica, la docencia y la investigación. En la actualidad, la misión, mutatis mutandis, se conserva, pero el rango de usuarios se ha ampliado de forma significativa: es ahora todo el personal, sanitario o no, adscrito al Sistema Sanitario Público de Cantabria, a los que atiende, fundamentalmente, aunque sin abandonar su sede física en uno de los pabellones históricos del hospital, a través de la Biblioteca Virtual Marquesa de Pelayo.

La Colección Fuentemar es una colección de libros electrónicos que pretende recuperar para difundir de la forma más abierta como sea posible, desde la propia Biblioteca Virtual o desde cualquier otra plataforma de difusión disponible, siempre que sea libre y gratuita, los textos fundacionales de la Casa de Salud Valdecilla: discursos inaugurales, primeras y últimas sesiones clínicas, epistolarios, etc.

El presente título recoge los últimos resúmenes publicados de sesiones clínicas celebradas en la Casa de Salud Valdecilla durante el periodo republicano. Estos resúmenes no se publicaron en los *Anales* de la Casa de Salud Valdecilla, donde correspondería, sino en la revista madrileña *La Medicina Ibera*. Si además de ser los últimos publicados fueran los resúmenes de las últimas sesiones celebradas en la Casa de

Salud Valdecilla durante la República, como creemos, estaríamos ante un documento de extraordinario valor histórico. Sea como fuere, los textos que ahora recuperamos para la Colección Fuentemar nunca perderán su condición de testigos de una época, la primera de la Casa de Salud Valdecilla, buque insignia de la Edad de Plata de las Ciencias Españolas, de la que sentirnos orgullosamente herederos.

Esperamos le sea una lectura provechosa.

Mario Corral García
Director
Biblioteca Marquesa de Pelayo

INTRODUCCIÓN

Sesiones clínicas en la Casa de Salud Valdecilla.

La Casa de Salud Valdecilla fue inaugurada el 24 de octubre de 1929, coincidiendo con la apertura de los consultorios de especialidades. Es más que probable que se esté en lo cierto, pero lo que es seguro es que, al margen de convenciones, su puesta de largo en sociedad se produjera coincidiendo no con el acto citado anteriormente sino con la inauguración del Instituto Médico de Post-Graduados (IMP tal y como era conocido en la época), lo que supone adelantar la fecha de inauguración de la Casa de Salud Valdecilla hasta el 2 de enero de 1930. No por casualidad el IMP era uno de los puntales del hospital, si no el principal. El mismo día de la inauguración, el Dr. Wenceslao López Albo declaraba a *Gaceta Médica de España* (nº 4, p. 1.594) que el IMP “celebrará sesiones científicas semanales, de marcado carácter práctico, en las cuales el Cuerpo Médico de la Casa de Salud Valdecilla (...) expondrá y discutirá los casos clínicos de mayor interés y de imprecisión diagnóstica, sobre todo si han de ser operados.” Lo cierto es que esta práctica era común en las principales sociedades científicas de la época; así, en España, la Sociedad de Cirugía de Madrid, la Academia Médico-Quirúrgica Española, la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, la Sociedad de Pediatría de Madrid, el Instituto de Patología Médica del Dr. Marañón, el Instituto Rubio, la Academia de Medicina de Barcelona, la Sociedad Española de Tisiología, la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Barcelona, la Sociedad de Cirugía de Cataluña, la Sociedad Oftalmológica de Cataluña, etc.

Los resúmenes de las sesiones los redactaba, creemos, el primer Bibliotecario, Dr. Julio García Sánchez-Lucas a partir de notas tomadas en el momento o , más frecuentemente, a partir del original cedido por el autor, cuando no era el propio autor el que elaboraba el resumen y se lo cedía al Bibliotecario. Sabemos, por ejemplo, que los resúmenes de las conferencias del Dr. Juan González-Aguilar los preparaba él mismo. Estos resúmenes se iban guardando hasta su publicación en bloque, siguiendo orden cronológico, en los *Anales*.

El último número de los *Anales* quedó cercenado. La última entrega es de junio de 1936. La revista termina de forma abrupta en la página 287. El último acopio de resúmenes lleva fecha de 16 de abril de ese mismo año. ¿Qué pasó en adelante? Es una incógnita por despejar. Tarea difícil, teniendo en cuenta la notable falta de fuentes relacionadas con la Casa de Salud Valdecilla (apenas se conocen más que las Actas, y no todas). ¿Siguieron celebrándose sesiones clínicas? Tras arduo rastreo hemos localizado los resúmenes del día 23 de abril de 1936, que ahora recuperamos para la Colección Fuentesmar. Corresponden a las sesiones celebradas tras aquéllas cuyos resúmenes fueron los últimos publicados por los *Anales*. No conocemos otros posteriores. Probablemente no los haya. No porque dejaran de publicarse, sino porque seguramente las sesiones clínicas sufrieron un parón a mediados de 1936 cuya duración desconocemos. De ser así, es probable que los del 23 de abril de 1936 sean los de las últimas sesiones celebradas en la Casa de Salud Valdecilla, las últimas de la primera época del hospital, marcada por el Dr. Wenceslao López Albo (que no liderada, pues este doctor estuvo apartado del hospital durante algo más de un lustro), la misma época en que la Casa de Salud Valdecilla era buque insignia de la Edad de Plata de las Ciencias Españolas, por ende, la época en que la Casa de

Salud Valdecilla estaba en primer línea, en vanguardia, de la medicina española moderna (tan tardía, tan convulsa).

Éstos resúmenes de las sesiones del 23 de abril de 1936 fueron publicados por el que creemos penúltimo número de la revista madrileña *La Medicina Ibera*, nº 970, de 13 de junio de 1936. El último de esta revista sería el correspondiente a 20 de junio. Decimos “creemos” porque se supone que esta revista continuó publicándose hasta finales de 1936, pero lo cierto es que tal extremo no lo hemos podido confirmar. Se da la circunstancia de que, según los catálogos colectivos consultados, que han sido todos los de alcance nacional, los únicos que tenemos la supuesta colección completa de esta revista, incluidos los números de la segunda mitad del año 1936, es decir, el volumen dos de dicho año, somos nosotros, la Biblioteca Marquesa de Pelayo, pero en ésta no hemos podido confirmar la existencia de tal volumen, quizá porque haya desaparecido o quizá, lo más probable, porque nunca existió, en cuyo caso nuestro catálogo estaría equivocado. Ojalá seamos nosotros los equivocados y no nuestro catálogo, y que el segundo volumen de 1936 aparezca en alguna colección privada o colección aislada. Es improbable que ocurra. De todas formas, hasta que no podamos demostrar firmemente nuestra suposición, mantendremos la catalogación heredada.

Los Anales de la Casa de Salud Valdecilla.

Los *Anales de la Casa de Salud Valdecilla* nacieron el año 1930 como prolongación del Instituto Médico de Post-Graduados. Se coordinaba desde la Biblioteca Marquesa de Pelayo. Esto es así porque servía al Bibliotecario para el intercambio de publicaciones con otras instituciones.

La revista tenía tres objetivos básicos: divulgar información institucional (composición del Patronato, oferta de cursos, etc.), estadísticas de los Servicios y resúmenes de las sesiones clínicas del hospital.

Pronto la revista comenzó a incluir artículos originales sobre todo de autores de la institución, se presentaran o no en sesión clínica, e incluso tesis doctorales completas. Esta tendencia se consolida en 1934. Es entonces, también, cuando las distintas entregas de la revista comienzan a numerarse. Los *Anales de la Casa de Salud Valdecilla* se profesionalizan. Los resúmenes de las sesiones clínicas pierden protagonismo, pero no llegan a desaparecer, acertadamente.

El año 1936 se cancela la revista, que no reaparecerá hasta el año 1944. Cabe decir que es de las pocas revistas desaparecidas con la Guerra Civil que se retoman en la posguerra sin sufrir cambios profundos: se respeta el título original, la estética e incluso la paginación. Pero no podemos cerrar los ojos a la realidad. Fue mucho lo que quedó atrás. La última sesión clínica de 1936, la última de la primera época de la Casa de Salud Valdecilla, nunca vio la luz en los *Anales*. En 1944, a pesar de la apariencia de normalidad, del continuismo aparente, podemos afirmar que comienza la segunda época de la revista.

Los *Anales* se agotan en 1968 por problemas económicos. Se intenta reflotar la revista el año 1974, pero no es posible. La segunda época ha llegado a su fin. La única colección completa conocida se conserva en la Biblioteca Marquesa de Pelayo.

CRITERIOS DE EDICIÓN

Los resúmenes de las sesiones clínicas del 23 de abril de 1923 se han tomado del nº 970 de la revista madrileña *La Medicina Ibero*, correspondiente al 13 de junio, revista desaparecida, según creemos, en julio de 1936 (no en diciembre). Son resúmenes no publicados en los *Anales de la Casa de Salud Valdecilla*, desaparecida en junio de ese mismo año. Es probable estos resúmenes sean los de las últimas ponencias impartidas durante la primera época de la Casa de Salud Valdecilla, que se extiende, sacados los años de proyección teórica, de 1929 a 1937, aunque este extremo no lo hemos podido confirmar. De confirmarse, se trataría del último testimonio del eje sobre el que giró el proyecto del Dr. Wenceslao López Albo, el proyecto original, fuertemente vinculado a la Edad de Plata de las Ciencias Españolas.

Para la presente edición se ha respetado el orden original de publicación en *La Medicina Ibero*.

Se ha añadido un índice de autores al final del libro.

ÚLTIMAS SESIONES CLÍNICAS DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA (ABRIL DE 1936)

Modificaciones de la Cloremia en la encefalografía.

Dres. P. Vidal y F. Pulido

A consecuencia de la encefalografía se han hallado distintas alteraciones del sistema nervioso vegetativo y del metabolismo. Los autores estudian las modificaciones de la Cloremia por considerarla como el exponente más esencial de la concentración salina. El estudio de la Cloremia en la encefalografía presenta ciertas dificultades y exige la eliminación de algunos factores que podrían ser causa de error en la interpretación de los resultados (vómitos y sudores que se presentan en un tanto por ciento muy elevado de los casos). Se han estudiado 20 enfermos de afecciones diversas, a los cuales se les practicó la encefalografía por vía lumbar y se les determinó la Cloremia antes de la intervención y en las horas sucesivas. De los resultados hallados se deduce lo siguiente: 1º Se produce una alteración de los valores de la Cloremia, que alcanza, por regla general, su máximo de las dos a las seis horas. 2º Las modificaciones no son siempre en el mismo sentido. De los 20 casos, hay 14 en que disminuye y 6 en que asciende. 3º Por regla general las cifras obtenidas en la última determinación (a las veinticuatro horas) son próximas a las iniciales. Como los ascensos de la Cloremia no fueron valorados, porque correspondían a enfermos que tuvieron sudores, deducen que existe después de la encefalografía una tendencia a la hipocloremia. La multiplicidad de factores que intervienen en la regulación del recambio de cloro, y las circunstancias

especiales en que se encuentra el enfermo sometido a la encefalografía (ayuno, punción, etc.) podría dar lugar a distintas interpretaciones de los resultados obtenidos. Para evitar esto han controlado los resultados en cuatro sujetos que fueron sometidos exactamente a las mismas condiciones de la encefalografía, incluso extracción de L. C. R., pero no se les inyectó aire; en estos cuatro casos no se observaron alteraciones.

Si se tiene en cuenta que la única diferencia que existe entre estos enfermos y los anteriores es la inyección de aire, podremos considerar a este fenómeno como el factor determinante de las modificaciones de la Cloremia.

Basándose en que los datos de la clínica y de la experimentación demuestran la existencia de una regulación central de la Cloremia en los núcleos hipotalámicos y que en la encefalografía se produce una excitación de los mismos, interpretan los autores los resultados hallados como consecuencia de la irritación de dichos núcleos motivada por el aire inyectado.

Nuevos conceptos sobre la hemostasia de los planos superficiales en las heridas operatorias.

Dr. Barón

El autor expone detalladamente la teoría, de exactitud al parecer bien confirmada por la práctica de Riese, Fomaning, Kokoria, etc., sobre los inconvenientes de la hemostasia excesivamente cuidadosa realizada con pinzas, ligaduras, suturas hundidas, vendajes compresivos, etc., en las heridas operatorias de la piel y tejido celular subcutáneo. Según esta teoría, la hemostasia artificial, con sus obligadas necrosis de los tejidos, altera la autoantiseptia del organismo y es el origen principal de trastornos perturbadores del curso aséptico de la herida. Esta hemostasia cuidadosa se hace por temor al hemaotima, pero la práctica ha demostrado que, de una parte, el hematoma no es más frecuente cuando se limita la hemostasia artificial a un mínimo y, de otra, que la sangre acumulada y no expuesta a una infección de origen externo no es, como se cree, un buen medio de cultivo para las bacterias. El autor recomienda especialmente la lectura del importante trabajo de Riese (*Gegen die gewaltsame Blutstillung in der Aut. Und im Unterhautzellgewebe-Ein Beitrag zur Verhütung posoperativer Wundkomplikationen*, Zentr. Fuer Chirurgie, 1934, n° 23, páginas 1.342-1.364).

Actinomicosis de los maxilares: Presentación de dos casos.

Dr. S. Bustamante

Nos proponemos, mediante esta comunicación, llamar la atención sobre la frecuencia de “la actinomicosis de los maxilares”, que no es tan escasa como hasta ahora ha venido creyéndose. Lo que equivale a decir que son muchos los casos en que la infección actinomicósica no llega a diagnosticarse.

No puede extrañar esto, si se tiene en cuenta la extraordinaria difusión de los actinomices en la naturaleza, que permite su fácil llegada a la boca transportada por los alimentos y otros objetos del mundo vegetal y, por otra parte, la frecuencia con que aquéllos encuentran puerta de entrada fácil en esta cavidad. A través de las piezas dentarias cariadas, como Partchs demostró de modo incontrovertible hace años, a lo largo del reborde gingival y a través de heridas de la mucosa, especialmente de los desgarros de la misma que acompañan a las fracturas, pueden los actinomices ganar la profundidad de los tejidos y dar lugar a la infección específica crónica, determinada por distintas variedades de aquéllos y caracterizada principalmente por la formación de tumoraciones de tejido de granulación y supuración rebelde.

Von Esmarch hizo una descripción que es clásica “de una neoformación inflamatoria de consistencia dura, que gradualmente se desvanece en los tejidos sanos vecinos y que desde la profundidad progresa hasta alcanzar la piel; simultáneamente se producen pequeños focos de reblandecimiento como consecuencia de la infiltración grasienta y fusión de las granulaciones; la piel que cubre el proceso toma un color

rojo-azulado, y por adelgazamiento de la misma en determinados sitios se prepara la abertura que dejará escapar pequeñas cantidades de pus fluido. A la abertura de los pequeños abscesos, sucede la formación de fístulas rebeldes, cuyo trayecto es cada vez más profundo y ramificado, a medida que nuevos focos de reblandecimiento se ponen en comunicación con él. Esta descripción se ajusta a los estados avanzados de la enfermedad, pero en ningún modo es posible reconocer a través de ella los estados incipientes de la misma, cuyos caracteres quedan enmascarados por los de la infección piogénica concomitante. Durante mucho tiempo se ha creído que la actinomicosis era una infección pura a la que tan solo acompañaban microtinomicosis aguda. Ya en el año de 1909, Kantorowick llamó la atención sobre una forma de actinomicosis dentaria originada en torno a raíces enfermas y que sin trastornos óseos apreciables se manifestaba en las partes blandas de una manera en nada diferenciable de las periodontitis crónicas granulomatosas, ordinarias, y que podía alcanzar la curación con las simples medidas terapéuticas empleadas en las infecciones piógenas crónicas. Los modernos trabajos de Axhausen le han permitido, por medio de la investigación sistemática de las granulaciones de los abscesos crónicos submucosos y perimandibulares, el hallazgo de colonias de actinomicos, bien formadas, en el 28 por ciento de los casos; así como ha encontrado que en ninguno de sus 48 casos la infección actinomicosa era pura, sino que a ella había asociada una infección piógena común que le lleva a la creencia, que nosotros compartimos, de que son los gérmenes piógenos los que proceden y preparan el camino para la infección por los actinomicos; aquellos, procedentes de focos de periodontitis, ganan la superficie del hueso después de atravesarlo por el camino más corto, sin determinar grandes trastornos en el mismo, y labran de este modo

el camino que los actinomicas han de seguir para alcanzar los tejidos blandos perimaxilares.

El diagnóstico de la actinomicosis, que solo puede hacerse con seguridad con el microscopio, exige, por tanto, la investigación sistemática de los gránulos que el pus de los abscesos subagudos y crónicos pueden contener y el examen histológico de las granulaciones de los mismos. Para buscar el actinomicas en dichos gránulos, convendrá hacer un examen de los mismos en fresco y con poco aumento, en el que podrán reconocerse las geodas de mazas radiadas, y preparaciones secas que, teñidas por el Gram, permitan el reconocimiento de los micelios, que con aquél se tiñen intensamente.

Respecto al tratamiento, hemos de decir que el tratamiento por los rayos X, si bien ha sido el mejor hasta ahora, no es, por varias razones, completamente satisfactorio. Wassmund ha comunicado recientemente los mejores resultados, incluso en casos rebeldes a los rayos X, obtenidos por la iontoforesis yódica; coloca para ellos, sobre la parte afectada, una compresa empapada en yoduro potásico al 5 por 100 en comunicación con el cátodo y el ánodo, envuelto en una compresa con suero fisiológico, en la parte opuesta de la cabeza de la nuca o en el hombro opuesto. Se hace pasar una corriente de tres o cuatro M. A. durante diez minutos. Esto se repite en días alternos, hasta curación completa, que sobreviene en un espacio variable de unas semanas a tres meses.

Caso primero.- Mujer de sesenta y tres años. Hace cinco meses notó hinchazón en el pómulo derecho, con signo de dolor, fiebre y escalofríos; se puso paños calientes y cataplasmas, abriéndose al cabo de un mes en el surco vestibular superior de la boca, con salida de algo de pus. A los diez días se le formó un absceso en la mejilla, que se

abrió espontáneamente por dos agujeros pequeños: posteriormente se cerraron las fístulas durante algunos días, volviéndose a abrir después, descargando pus abundante unas veces y otras poco. Trabaja en el campo y recuerda haberse metido en la boca hierbas y pajas para andarse en los dientes.

Caso segundo.- Hombre de veinticinco años. Hace ocho días empezó a inflamarse la mejilla derecha; en la actualidad, 39 grados; 124 pulsaciones y absceso en la región malar. Incisión; en el pus cocos Gram positivos y bacilos fusiformes. A los diecinueve días alta curado. Posteriormente dos nuevas incisiones para evaluar pequeños abscesos. Un mes más tarde la supuración persiste y en el pus se encuentran gránulos, que muchas veces se han buscado, sin éxito, en los que se hallan micelios de actinomicas. Trabaja en el campo y recuerda haberse andado con hierbas en los dientes.

Ambos casos están siendo tratados por iontoforosis y su curso es favorable.

Constitución de un patrón nacional de la unidad Roentgen.

Dr. Téllez Plasencia

Desde su adopción oficial en el II Congreso Internacional de Radiología (Stockolmo, 1926), la unidad Roentgen ha sido objeto de determinaciones absolutas en diversos laboratorios nacionales (*Bureau of Standards*, de Washington; *Physical National Laboratory*, de Londres; *Physalisches Technichs Reichsamtalt*, Berlín); en otros países ha sido establecido en servicios hospitalarios, por iniciativa de sus jefes (*Hôpital St. Antoine*, París, Dr. J. Solomon; *Radiumbemet*, Stockolmo, R. M. Sierert; etc.)

La ausencia de una iniciativa análoga en nuestro país ha llevado al autor a emprenderlo por sí. Ha utilizado dos cámaras construidas en los talleres del Servicio de Fisioterapia de esta Casa; una, análoga a la empleada por O. Glasser, de Cleveland; otra, como la de Behnken, de Berlín. Como patrón primario de cantidad de electricidad, se utiliza una lámina de cuarzo piezo-eléctrico procedente del Instituto de Radium de París; como patrón secundario de intensidad una preparación de radium contrastada por el cuarzo. Las dos cámaras contrastan con el radium y entre sí por medio de un electrómetro de Piccard.

Este trabajo se publicará "in extenso" ulteriormente.

El tratamiento de la enfermedad de Dupuytren.

Dres. J. González Aguilar y J. Sala de Pablo

Los medicamentos queratolíticos, el Humenol, las radiaciones, los extractos tiroideos, la hemocrioterapia, etc., no han sido ensayados, teniendo en cuenta que la mayoría de los autores no han obtenido con ellos ninguna mejoría o éstas han sido muy pequeñas y pasajeras.

Leriche y Yung citan dos casos y Powers otros, en los cuales, por medio de los extractos paratiroides, obtuvieron una curación completa. No habiendo encontrado entre la bibliografía mundial más que estos tres casos de tratamientos de las enfermedades de Dupuytren por medio de extractos paratiroides y animados por los éxitos obtenidos por esta terapéutica en espondilosis enquilopoyéticas (J. González Aguilar y H. F. Buño; Calcemia paratiroides y patología ósea), en contra de las teorías de Samarin, combatidas por Gold, nos decidimos a ensayar este procedimiento en cuantos casos nos fuera posible.

En diez casos tratados con Parathormona, se obtuvieron dos ligeras mejorías, y en tres casos una mayor flexibilidad en los movimientos de los dedos. Teniendo en cuenta el elevado precio de la Parathormona y la inseguridad de su acción es de presumir que esta terapéutica no adquiera gran difusión.

Por otra parte, hemos operado nueve casos, y según se desprende de los resultados obtenidos por nosotros y de la experiencia de los demás autores, no se puede considerar la resección de la aponeuosis palmar, con un procedimiento ideal para el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren, porque con él no se consigue en todos los casos una

recuperación completa de la capacidad funcional de la mano; y en algunos las dificultades de la disección de la aponeurosis palmar son tan insuperables, que no se puede llevar a cabo. Sin embargo, este procedimiento aventaja considerablemente a la aponeurectomía, con la cual sólo se obtienen resultados mediocres y pasajeros y a la operación radicar de Lexer que solo se empleará en los casos en que la hiperplasia fibrosa haya invadido el dermis y los planos profundos, teniendo en cuenta, además, que con la resección de la aponeurosis palmar evitamos al enfermo las molestias de una plástica libre o pediculada y que, tanto bajo el punto de vista funcional como bajo el punto de vista estético, la resección de la aponeurosis palmar es una operación muy superior a la excisión de la piel y aponeurosis, según Lexer, pudiéndose obtener con ella opuestamente a la opinión de Decref, que asegura que con el tratamiento quirúrgico solo se obtienen desastres y recidivas, excelentes resultados funcionales y estéticos, según muestran nuestros films.

La rotura alveolar en el niño y síndromes consecutivos.

Dr. G. Arce

La rotura de los alvéolos pulmonares en la primera infancia es relativamente frecuente, aunque en vida pueda pasar desapercibida por la falta de síntomas clínicos manifiestos.

Al desgarrarse la pared del alvéolo, tres posibilidades pueden presentarse: neumotórax por irrupción de aire en plena cavidad pleural; enfisema intersticial, subpleural y mediastínico y en los casos más intensos enfisema subcutáneo; formas mixtas de neumotórax y enfisema.

Parece ser más frecuente estas roturas alveolares en la primera infancia. La razón de esta frecuencia en el lactante debe buscarse en determinadas condiciones anatómicas. El tórax del niño está en posición de inspiración media y la respiración es de tipo diafragmática, lo que hace suponer que el alvéolo está en un estado de distensión relativa permanente; al someterle a un exceso de trabajo funcional puede desgarrarse con mayor facilidad. Por otra parte, las fibras elásticas parecen ser menos consistentes y se dejan alterar más fácilmente por algunos estados patológicos que, produciendo anoxemia y alteraciones metabólicas en el sentido acidótico, se encuentran en la etiología de estos enfermos; el tejido celular peribronquial, perivascular y mediastínico es más laxo que en el adulto y se deja distender más fácilmente por el aire que transcurre a su través. El hecho de repetirse las roturas alveolares en un mismo niño ha hecho suponer pueda influir una inferioridad constitucional de las fibras elásticas. Guillot, Roger,

Kirkgaesner, han publicado casos de enfisema pleural y mediastínico en recién nacidos sometidos a maniobras obstétricas, o con hemorragias meníngeas, cianosis congénita y bronconeumonías por aspiración. Nosotros hemos tenido ocasión de comprobar el enfisema subpleural y mediastínico en un recién nacido con cianosis congénita, atelectasia de pulmón, hemorragia meníngea. Rauchafuss y Faber describen enfisemas mediastínicos y subcutáneos en recién nacidos con síndrome de obstrucción de vías altas respiratorias. Consideramos como factor etiológico más importante la bronconeumonía terminal de los distróficos y atróficos, cuyo punto de partida probable es el enfisema pulmonar acompañante.

Síntomas. Forma manifiesta.- Comienzo súbito con disnea, cianosis, palidez, fiebre o tendencia a hipotermia, posición del tórax en inspiración forzada, timpanismo sobre ambos pulmones más notable en región paravertebral; disminución del murmullo vesicular, más perceptible si se añade neumotórax; rechazamiento del corazón hacia atrás, con tonos cardíacos atenuados y desaparición de la matidez cardíaca; fenómenos de estasis venosos y trastornos de la deglución radiográficamente se percibe el enfisema intersticial bajo la forma de manchas claras perfectamente limitadas de los campos pulmonares y el enfisema mediastínico, bajo la forma de una banda clara paravertebral entre el hilio y la columna vertebral, dando la sensación que el hilio del pulmón está sin conexión central y que queda libre en el campo pulmonar; contornos borrosos de los límites de corazón.

Si el enfisema alcanza el tejido celular subcutáneo, se percibirá la crepitación característica de nieve. Descenso en la curva de peso, somnolencia y coma.

Forma latente.- Palidez y cianosis sin causa aparente; caída en la curva de peso; imagen radiográfica característica.

Observación nº 1.- Edad: diez semanas.

Peso al nacer, 2.900 grs. Talla, 50 cm.

Alimentación mixta.

Enfermedad actual.- Comienzo por fiebre, vómitos, palidez con cianosis de labios, tiraje supracostal, abdomen timpanizado, diarrea amarilla acuosa.

Exploración.- Estado de nutrición correspondiente a distrofia. Aleteo nasal, respiración quejumbrosa, tiraje supraesternal. Estertores subcrepitantes finos en región supraclavicular izquierda; submatidez en planoposterior de mismo lado; disminución de murmullo vesicular en plano posterior derecho. Secreción purulenta de nariz y vulva.

Radiografía: Aumento de densidad en campo superior izquierdo; vesícula de enfisema en región hiliar; neumotórax en lado derecho.

Diagnóstico.- Distrofia. Coriza purulenta. Vulvovaginitis. Bronconeumonía. Neumotórax. Evolución favorable y curación.

Observación nº 2.- Edad: nueve semanas.

Peso al nacer: 3.000 grs. Talla: 52 cm. Alimentación mixta.

Enfermedad actual.- Comienzo brusco por fiebre, tos, disnea, palidez, espiración quejumbrosa, cianosis de labios y enfisema subcutáneo de cuello y parte superior de tórax.

Exploración: Estado de nutrición correspondiente a distrofia. Posición del tórax en inspiración. Submatidez y estertores subcrepitantes finos en plano posterior de base izquierda. Sonoridad aumentada en ambos hemitórax. Desaparición de la matidez cardiaca. Tonos cardíacos difícilmente perceptibles. Radiografía: vesícula central correspondiente a enfisema mediastínico; imagen de bronconeumonía bilateral. Al día siguiente se ha extendido el enfisema a cabeza, mitad superior del tronco y extremidades superiores. Mejoría de síntomas funcionales. Descenso de la curva de peso. Al tercer día, el enfisema es generalizado sobre todo el cuerpo. Radiográficamente, gran vesícula paramedianística, subpleural o intersticial; imagen cardiaca muy borrada. Somnolencia, tendencia a hipotermia, descenso de la curva de peso, coma y muerte.

Autopsia.- Gran enfisema mediastínico; múltiples vesículas de enfisema intersticial y subpleural; bronconeumonía en ambos lóbulos inferiores; pequeña cantidad de líquido fibrinoso en pericardio; hígado grande y congestivo.

Diagnóstico.- Distrofia. Bronconeumonía. Enfisema intersticial, subpleural, mediastínico y subcutáneo.

Observación nº 3.- Edad, doce meses.

Enfermedades sufridas: vulvitis, hipoalimentación por anorexia, distrofia, raquitismo, hernia umbilical.

Enfermedad actual.- Comienzo brusco por fiebre. 38 grados, voz y tos ronca y disnea.

Exploración.- Estado de nutrición correspondiente a distrofia (5.000 grs.). Palidez, aleteo nasal, disnea con estridor respiratorio (semejante a la bronquitis asmática), tos bitonal. Submatidez en fosa infraespinosa derecha. Exploración de faringe negativa. El frotis de exudado faríngeo, escasos bacilos diftéricos. 140 pulsaciones, 60 respiraciones. Al día siguiente, disnea muy intensa; estridor inspiratorio muy acentuado, tiraje supraesternal y subcostal; gran cianosis de piel y mucosas. Temperatura, 39 grados. Pulso, 160. Respiraciones, 65. Sonoridad aumentada, respiración soplante y broncofonía en fosa infraespinosa derecha. Radiografía: neumotórax del lado derecho. Una hora antes se le ha intubado, sin conseguir gran mejoría. La tarde del mismo día, disnea intensísima, estridor inspiratorio más notable. La cianosis se acentúa por momentos, el tiraje aumenta. Agitación continua, los ojos están saltones y desmesuradamente abiertos. Fallece a las pocas horas.

Autopsia: En laringe y tráquea no se encuentra obstrucción alguna ni señales de compresión. Hepatización del lóbulo superior y medio derecho. Focos bronconeumónicos del lóbulo inferior izquierdo. Focos de enfisema diseminados. Pulmón derecho ligeramente colapsado.

Diagnóstico.- Bronconeumonía. Neumotórax del lado derecho.

ÍNDICE DE AUTORES

- Arce G.
La rotura alveolar en el niño y síndromes consecutivos.
- Barón A. G.
Nuevos conceptos sobre la hemoŕstasia de los planos superficiales en las heridas operatorias.
- Buŕtamante S.
Actimonicosis de los maxilares: Presentaci3n de dos casos.
- Gonz1lez-Aguilar J.
El tratamiento de la enfermedad de Dupuytren.
- Pulido F.
Modificaciones de la Cloremia en la encefalograf1a.
- Sala de Pablo J.
El tratamiento de la enfermedad de Dupuytren.
- T3llez Plasencia H.
Constituci3n de un patr3n nacional de la unidad Roentgen.
- Vidal P.
Modificaciones de la Cloremia en la encefalograf1a.

Títulos publicados en la Colección Fuentesmar:

1. *La obra cultural de la Marquesa de Pelayo: La Biblioteca de la Casa de Salud Valdecilla*, de Wenceslao López Albo.
2. *Las obras de la Casa de Salud Valdecilla explicadas por su arquitecto*, de Gonzalo Bringas.
3. *Epistolario*, de Wenceslao López Albo y Gonzalo Bringas.
4. *Planeamiento y Organización de un Hospital Moderno*, de Wenceslao López Albo.
5. *Discursos Inaugurales*, de Wenceslao López Albo y Emilio Díaz-Caneja.
6. *Conferencia inaugural de la Casa de Salud Valdecilla (Enero 1930)*, de Juan González-Aguilar.
7. *El problema de los enfermos psíquicos en Cantabria*, de Wenceslao López Albo.
8. *Últimas sesiones clínicas de la Casa de Salud Valdecilla (Abril de 1936)*, de varios autores.

Últimas sesiones clínicas de la Casa de Salud Valdecilla (Abril de 1936)

La Casa de Salud Valdecilla tenía en el Instituto Médico de Post-Graduados uno de sus puntales. Entre sus funciones estaba la organización de sesiones clínicas. Los resúmenes de estas sesiones eran publicados en los *Anales de la Casa de Salud Valdecilla*. Esta revista nació el año 1930 y murió en junio de 1936. La última sesión publicada lleva por fecha 16 de abril de 1936. ¿La última? No; el 23 de abril al menos hubo otra, quizá ésta sí la última, cuyos resúmenes hemos localizado en *La Medicina Ibera*, revista madrileña también desaparecida en junio de 1936, resúmenes que ahora recuperamos. Es probable que éstos correspondan a los de las últimas sesiones clínicas de la primera época de la Casa de Salud Valdecilla, a la época del hospital diseñado por el Dr. Wenceslao López Albo, plenamente integrado en la conocida como Edad de Plata de las Ciencias Españolas. De ser así, de tratarse de los resúmenes de las últimas sesiones clínicas de la Casa de Salud Valdecilla republicana, como creemos, se trataría de documentos de enorme valor.



Visítanos en:

biblioteca.humv.es

COLECCIÓN FUENTEMAR, 8