

da. Escasos policromatófilos. Algunos dianacitos mal repartidos. Ligera poiquilocitosis y 2 hematias con punteado basófilo y uno con azurófilo por cien formas blancas. El diámetro corpuscular medio fué de 8 micras, y había 145 reticulocitos por 1.000.

El estudio de la resistencia globular osmótica demostró un comienzo de la hemólisis en la solución de cloruro sódico al 0,50 por 100, que se hacía total en la solución al 0,35 por 100.

La velocidad de sedimentación arrojó un índice de 19.

Tenía 10.400 leucocitos por milímetro cúbico, con la siguiente fórmula: Neutrófilos en cayado, 1, y adultos, 54. Eosinófilos, 27. Basófilos, 0. Linfocitos, 17 y monocitos, 1.

El estudio del mielograma, realizado por el Dr. PANIAGUA, daba por cien formas blancas: Mieloblastos, 2. Promielocitos, 2. Mielocitos, 17. Metamielocitos, 20. Cayados, 22. Segmentados, 7. Eosinófilos, 22. Linfocitos, 8. Monocitos, 0. Un 90 por 100 de formas rojas repartidas de la siguiente forma: Proeritroblastos, 1. Eritroblastos basófilos, 4. Eritroblastos policromatófilos, 25. Normoblastos policromatófilos, 32. Normoblastos ortocromáticos, 28. Y, por último, un 5 por 100 de células reticulares, de las cuales eran 2 reticulocitos macrolinfoides y 3 reticulocitos microlinfoides. No se vió ningún plasmocito. Los megacariocitos estaban marcadamente aumentados y semimaduros.

Se realizaron unas radiografías de cráneo y de manos, que resultaron completamente normales, y por ello no las presentamos.

La normalidad de las radiografías de huesos, y asimismo la falta en la sangre periférica de eritroblastosis y demás características de la anemia de Cooley descartaba por completo esta enfermedad.

Existían 145 reticulocitos por 1.000 y la resistencia globular osmótica estaba algo disminuida, hablando ello en favor de una anemia hemolítica, pero este diagnóstico no explicaba la intensa eosinofilia, y por otra parte el aumento de reticulocitos, lo único que indica es el carácter regenerativo de la anemia.

Una marcada eosinofilia se observa tras intensos tratamientos con inyecciones de extractos hepáticos, pero el enfermo había sido tratado con éstos sólo durante corto tiempo. Había que pensar en una parasitosis intestinal, y, en efecto, un examen de heces demostró la existencia de hemorragias ocultas fuertemente positivas y numerosos huevos de anquilostoma duodenal.

La anquilostomiasis explica la anemia y las crisis de epilepsia jacksoniana sensorial serían debidas a una acción de los productos parasitarios.

El enfermo, como queda dicho en la historia, procedía del pueblo de Mejorada del Campo, de la provincia de Madrid, donde trabajaba en las huertas del lugar, con frecuencia con los pies descalzos. Gracias a la diligencia y amabilidad del médico de dicho pueblo, D. JULIO DE LA MORENA, que nos pudo enviar heces de otros enfermos con un cuadro análogo, pudimos descubrir también en ellas abundantes huevos de anquilostoma.

Nuestro objetivo al publicar este caso es únicamente llamar la atención sobre un foco de anquilostomiasis, lo que, aparte de su interés sanitario, tiene un interés clínico. Ante enfermos

con anemia de oscuro origen es menester pensar todavía en la región central de España en posibles casos de anquilostomiasis. Tras la intensa campaña que por la Dirección General de Sanidad, conjuntamente con la Fundación Rockefeller, se realizó en nuestro país hace algunos años, y de los trabajos de HERNÁNDEZ PACHECO, DARRIBA, etc., la anquilostomiasis había disminuido considerablemente, de tal forma, que en el gran contingente de enfermos vistos en nuestro Servicio, que alcanza actualmente a varios millares procedentes de las más diversas zonas de España, era excepcional en los últimos años este diagnóstico. Tanto más motivo para que, por las autoridades sanitarias, se proceda cuanto antes a la eliminación de este foco parasitario, cuya extensión y alcance no han podido ser estudiados en esta comunicación previa.

## LA HIDATIDOSIS PULMONAR COMO PROBLEMA QUIRURGICO

J. NAVLET RODRÍGUEZ

Zafra.

El hecho de ejercer en una zona endémica en lo que respecta a la equinococosis, como hacemos constar en anterior publicación<sup>1</sup>, nos ha llevado a prestar especial atención al aspecto terapéutico de esta parasitosis en su localización pulmonar.

A nuestro juicio, y suponemos que al de todo clínico, la hidatidosis pulmonar (H. P.) es un proceso genuinamente quirúrgico, puesto que ante él no caben sino dos alternativas: abandonarle a su espontánea evolución o intervenir por procedimiento cruento. Queremos hacer bien patente este concepto general, porque al contribuir nosotros con una nueva aportación al conflicto establecido entre *intervencionistas* y *abstencionistas* aspiramos muy fundamentalmente a llevar al ánimo de los médicos generales e internistas la delicada responsabilidad en que se incurre a veces con los repetidos plazos de expectación a que son invitados los enfermos.

Mucho desorientan las discordantes estadísticas que se recogen en la literatura referentes a la curación por vómica. Como ejemplo resumimos los siguientes datos que tenemos más a la mano:

DEVE <sup>2</sup>	90 por 100
CALVO MELENDRO <sup>3,4</sup>	90 —
DEW <sup>5</sup>	75 —
ALVIRA <sup>6</sup>	57 —
TUPFIER <sup>7</sup>	36 —

Discordancia que viene haciendo cada vez más necesaria una revisión crítica del significado de la vómica en la H. P. Hoy no se pone en duda

la posibilidad de curación absoluta tras la rotura espontánea: todos la hemos observado. Ahora bien, en las casuísticas de curación no se consigna corrientemente la objetividad de esta curación. Revisando el protocolo de GARCÍA PORTELA<sup>8</sup> hemos encontrado, entre unos 15 casos dados por curados a través de vómica, 8 casos que sólo han tenido confirmación clínica junto a los restantes que la tuvieron clínica y radiológica. ALVIRA, en su tesis doctoral no consigna la evolución de muchas de las 100 observaciones, ni hace constar si los casos curados por vómica fueron revisados radiográficamente. La publicación de DEVÉ<sup>2</sup> tampoco alude a pruebas objetivas. Sólo CALVO MELENDRO<sup>4</sup>, al tratar de 7 casos de curación por vómica de los 15 que llevaba observados y en un caso publicado aisladamente<sup>9</sup> consigna la prueba radiográfica.

Por otra parte, el tiempo de esta evolución curativa es muy variable, pudiendo oscilar en-

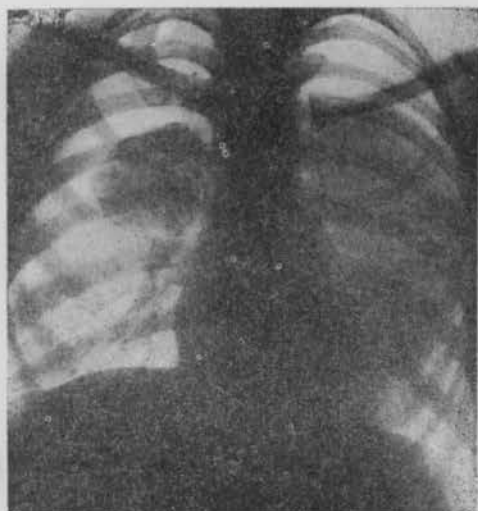


Fig. 1.—Observación I. Radio primera.

tre varios días y más de veinte años. Pero fácilmente se nos alcanza que en el terreno clínico práctico no debe rebasar un límite prudencial. Una vez acaecida la vómica, el enfermo entra en la fase de curación expulsando de tanto en cuando trozos de membrana (el vaciamiento completo, en un único episodio, de la membrana es excepcional), expectorando con variable intensidad esputos más o menos purulentos; la hemoptisis no se considera en modo alguno ajena a esta fase. Así transcurre un mes, bastantes meses e incluso más de un año o dos, hasta que la sintomatología, al cabo, se extingue y el enfermo cura con cicatrización apenas evidenciable (lo más infrecuente) o dejando un campo de esclerosis (bastante frecuente) o de bronquiectasias bien visibles (menos frecuente).

OBSERVACIÓN I.—E. R. D., natural de Alconera (Badajoz), catorce años de edad. Acude a la consulta el 17 de abril de 1943. Un año antes, dolor en hemitórax izquierdo y febrícula, que dura una semana. Desde entonces le han persistido molestias, mal definidas por la enferma, en ese hemitórax. Tres días antes de visitar-

nos, hemoptisis, que se repitió al día siguiente, y que fué precedida durante meses del cortejo de adinamia, disnea de esfuerzo, diaforesis, anorexia y adelgazamiento. La exploración de tórax puso de manifiesto los signos de ocupación correspondientes a las imágenes de la radiografía primera (fig. 1). Cassoni francamente positivo, 110 eosinófilos por milímetro cúbico. Aconsejamos intervención del quiste izquierdo y expectación respec-

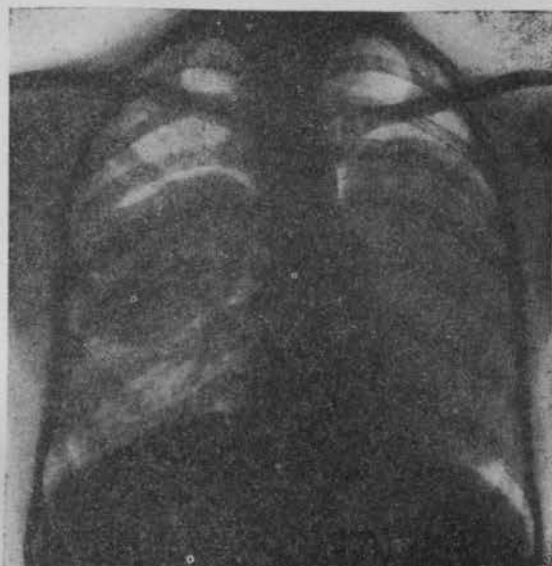


Fig. 2.—Observación I. Radio segunda.

to al derecho. El cirujano la demora. Seis meses después los quistes de ambos campos han crecido notablemente (fig. 2) y aumentado la disnea. La enviamos a otro cirujano, y antes de llegar a sus manos sobreviene la vómica del quiste izquierdo y en pocas semanas desaparecen los síntomas clínicos, siendo intervenida por el Dr. TÉLLEZ, de Badajoz, del quiste derecho, con favorable y breve evolución postoperatoria. Al año vol-



Fig. 3.—Observación I. Radio tercera.

vemos a ver a la enferma, y comprobamos opacidad de base izquierda (fig. 3). Dos años después la opacidad es apenas perceptible. Campo derecho sin imagen residual. No había vuelto a resentirse en absoluto y había ganado 9 kilogramos de peso.

El tanto por ciento de enfermos que sigue este curso breve y que después de la crisis de



rotura no vuelve a ver comprometida su vida, llegando a la normalidad evidenciable clínica y radiográficamente, es el que tenemos que recoger en las estadísticas bien orientadas para poder enjuiciar el problema de curabilidad por vómica.

En el segundo grupo de enfermos incluiremos aquellos cuya sintomatología, al cabo de meses

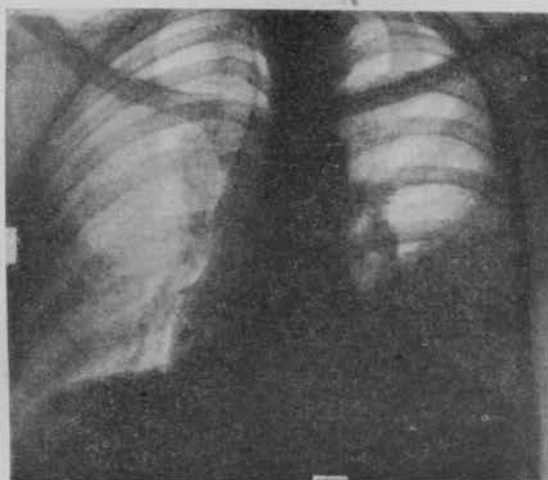


Fig. 4.—Observación II. Radio en O. A. I.

o años continúa estacionada o ajustada a periodos de agudización alternantes con otros de remisión o silencio, enfermos que se ven comprometidos por hemoptisis repetidas y a las veces copiosas, que arrastran una sepsis subaguda o crónica caquectizante e incluso abocan a la perforación pleuropulmonar o a la gangrena.

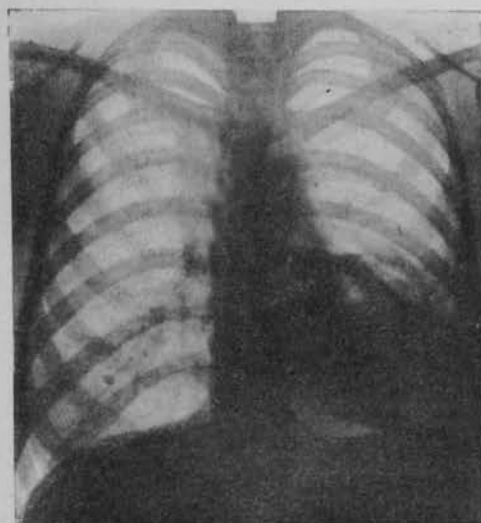


Fig. 5.—Observación III. Radio primera.

**OBSERVACIÓN II.**—T. L. G., natural de Bodonal de la Sierra, de veintisiete años de edad y oficio labrador. Acude a la consulta el 24 de diciembre de 1945. Dos años antes se le iniciaron dolores en hemitórax izquierdo, y a los quince días de los mismos, tos intensa, seguida de expulsión de gran cantidad de agua clara, en la que observó trozos de membrana parecida a pellejos de uvas y sofocación pasajera. Desde entonces, expectoración sanguinolenta muy reiterada, tos escasa (radiografía correspondiente a la fig. 4). Aconsejamos interven-

ción, que rechazó. Vuelve a vernos dos meses después, refiriéndonos haber sobrepasado dos hemoptisis de bastante intensidad. Más tarde hemos sabido que prosigue tratamiento conservador dirigido por tisiólogo.

**OBSERVACIÓN III.**—D. G. G., natural de Zafra, veintidós años de edad. Acude a la consulta el 22 de agosto de 1944. Diagnosticada varios años antes de quiste hidatídico de hemitórax izquierdo, fué invitada a esperar la vómica, que tuvo lugar ocho meses antes de nuestra primera observación, habiendo sido precedida durante años de frecuentes hemoptisis, expectoración purulenta y adelgazamiento de 11 kilogramos (fig. 5). A partir de la vómica, aumento de la expectoración, tos bastante rebelde a la codeína y progresivo descenso de la curva ponderal. Aconsejamos intervención, que rechazó. El 15 de septiembre de 1945 refiere haber expulsado nuevamente membranas; presenta fiebre y expectoración muy abundante y purulenta. Insistimos en la necesidad ineludible de intervención, a la que se vuelve a negar. Un mes más tarde había llegado a un estado de agotamiento e intoxicación acentuados, que le impulsó al quirófano. Operada por el Dr. ESTELLA BERMÚDEZ, de Madrid, con pocas probabilidades de éxito, tuvo la suerte de escapar del proceso gangrenoso, ya instaurado. Meses después había cerrado el trayecto fistuloso de dre-

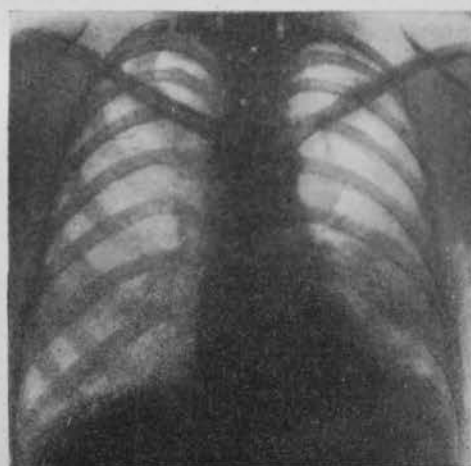


Fig. 6.—Observación III. Radio segunda.

naje y la radiografía (fig. 6) no ofrecía signos de cavidad. Continúa asintomática, persistiendo sólo la opacidad basal. Ha recobrado su peso.

El caso de nuestra observación II es de porvenir incierto; puede con el tiempo terminar de expulsar todas las membranas y llegar a la cicatrización, pero puede ser alcanzado por el éxito en una de las hemoptisis, o derivar al absceso. El caso de la observación III es de los que figuran en todas las estadísticas entre los no curados sin discusión, pues que se encamina visiblemente hacia la terminación fatal; su número, afortunadamente, no es muy numeroso y constituye hasta hoy en las estadísticas casi por sí solo el porcentaje de fracaso de la vómica.

Pero entre estos dos grupos existe un tercero intermedio.

**OBSERVACIÓN IV.**—A. Z. P., natural de Puebla de Sancho Pérez, de treinta y tres años de edad. Acude a la consulta el 18 de diciembre de 1944. A los veintidós años, proceso respiratorio, que duró dos meses y que fué seguido de evacuación de "aguas" con la tos. Después ha seguido asintomático. Dos meses antes de venir a vernos, fiebre, tos y expectoración hemoptoica, que dura

quinze días. Desde entonces, adinamia y quebrantamiento general. A la pantalla fluoroscópica, imagen cavitaria parahiliar derecha, circundada por estructuras desflecadas. (No conservamos radiografía.) Cassoni francamente positivo y 324 eosinófilos por milímetro cúbico. En 12 de enero del 47 sigue con expectoración hemoptoica y de tanto en cuando purulenta y en gran cantidad, y sólo en una ocasión hemoptisis de moderada intensidad. En el intervalo de nuestras observaciones le hemos analizado los esputos unas 15 veces, siempre con resultado baciloscópico negativo.

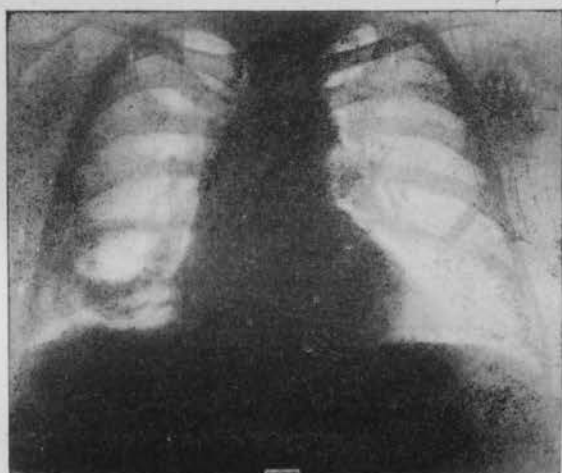


Fig. 7.—Observación V.

OBSERVACIÓN V.—J. M. R., natural de Calamonte, de treinta y seis años de edad. Acude a la consulta el 11 de mayo de 1943. Unos diecisiete años antes, vómica hidatídica, que fué interpretada como curativa, ya que desde poco después de acaecida quedó sin sintomatología respiratoria, conservando muy buen estado general, peso de 79 kilogramos (talla, 160 cm.) y perfecta ca-

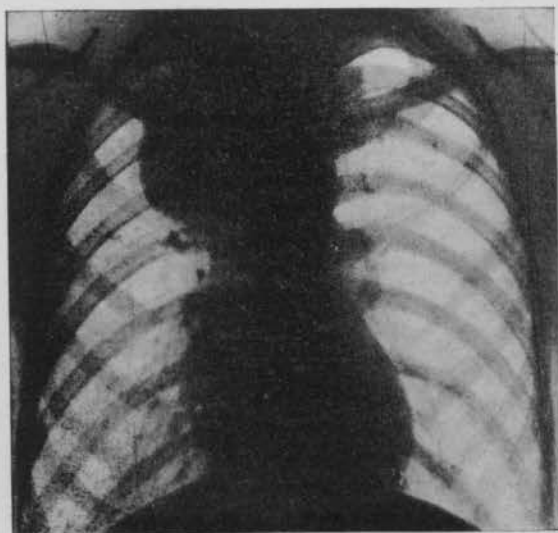


Fig. 8.—Observación VI. Radio primera.

pacidad para el trabajo. No obstante, compruébase en la radiografía (fig. 7) cavidad amplia en base derecha, demarcada por grueso reborde. Desde tres años antes de acudir a nuestra consulta viene padeciendo flemones de variada localización y evolución tórpida. Explorados todos los posibles focos de sepsis crónica, ninguno se nos ha podido hacer sospechoso de responsabilidad como esta cavidad residual. Todos los tratamientos encaminados a poner fin a esta situación nos han fracasado, y en estas últimas semanas ha vuelto a consultarnos con mo-

tivo de un dolor cada vez más intenso, de dos meses de duración, en pierna izquierda, a cuyo nivel pusimos de manifiesto un absceso de Brodie.

Estos casos no creemos sean infrecuentes, y juzgados por la evolución clínica inmediata a la vómica, suelen ser considerados como curados, pasando a engrosar el porcentaje de curaciones espontáneas.

Las precedentes consideraciones nos obligan a juzgar indispensable para establecer el criterio de curación por vómica, la triple prueba radiográfica, clínica y analítica (de laboratorio) y a creer en los bajos porcentajes y por ende a inclinarnos en términos generales hacia el lado del intervencionismo.

La mortalidad operatoria de los diferentes autores viene a ser bastante concordante: PRIM<sup>10</sup>, de un 5 por 100; ALVIRA<sup>6</sup>, un 11,7 por 100; GARCÍA PORTELA<sup>8</sup>, un 12,5 por 100; GARULANO<sup>11</sup>, un 3 por 100 para los simples y un 10 por 100 para

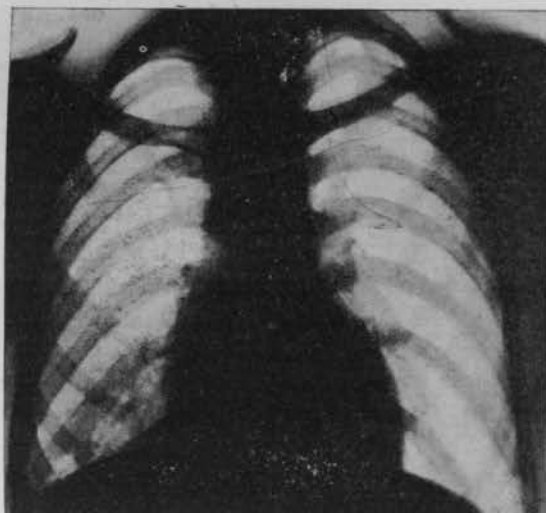


Fig. 9.—Observación VI. Radio segunda.

los complicados, y DEW<sup>12</sup> menos del 5 por 100 para los simples y un 10 por 100 para los complicados. Podríamos, pues, estimarla entre el 3 y el 5 por 100 para los no complicados por término medio.

Pero más desalentador que el índice de mortalidad es el porcentaje poco precisado en las estadísticas de resultados incompletos: la recidiva del quiste es infrecuente, el fracaso localizador en el momento operatorio desde que se cuenta con la tomografía debe ya considerarse excepcional incluso para los quistes pequeños. Otra cosa es la cavidad residual, la fístula bronquial (la directa y la cavitaria) y las hemoptisis tardías.

La fístula directa no parece preocupar mucho a los cirujanos. Las fístulas cavitarias y las mismas cavidades residuales implican la no curación absoluta, aspiración ineludible, dejando de hecho al enfermo en la misma situación del que ha sobrepasado una vómica sin éxito definitivo. También son desagradables las hemoptisis tardías, que suelen atribuirse principalmente a



bronquiectasias y a cavidades pequeñas y a las a veces difícilmente evidenciables.

Estas secuelas que aparecen en los intervenidos por quistes complicados y en los intervenidos por quistes no complicados, aunque siempre más raramente, son consecuencias de la situación histopatológica de la zona de tejido pulmonar en que asentaba el parásito. Desde el momento en que tiene lugar la implantación del embrión en el pulmón actúa en el seno de éste como cuerpo extraño, despertando una reacción de naturaleza conjuntiva que crea la membrana adventicia que establece el contacto con la capa cuticular del quiste. A partir de esta membrana fibrosa se origina una rica neoformación vascular, y con el aumento de tamaño del quiste va creándose un campo de atelectasia que favorece en gran manera la proliferación fibroesclerosa y secundariamente las formaciones bronquiectásicas. Prescindiendo de los factores humorales y tisulares, mal conocidos todavía, que puedan influir en la mayor o menor tendencia a la respuesta esclerótica en cada individuo, es el factor tiempo el que obra en general y en relación con él estará el grado de alteración histológica. Por tanto, mientras más antiguo sea el quiste, la *restitutio ad intergrum* después de la vómica o la intervención será más difícil y las secuelas más de esperar.

Si la vómica tuviera tendencia a acaecer precozmente, el resultado curativo sería más numeroso y radical. Y si la intervención se llevase a cabo tempranamente, las secuelas serían rarísimas. En nuestra casuística de intervenidos, el de tamaño más pequeño y sintomatología más reciente corresponde al de la observación siguiente:

OBSERVACIÓN VI.—P. G. T., natural de Alconera, de diecisiete años de edad, labrador. Acude a la consulta el 15 de enero de 1944. Desde siete meses antes, catarro de vías respiratorias casi constante, con abundante expectoración y tos, más insistente con el decúbito. Las últimas semanas, disnea de esfuerzo moderada. La radiografía (fig. 8) puso de manifiesto un quiste de tamaño de una mandarina pequeña yuxta mediastínico en intercleidohiliar derecha. La localización no era la más favorable para ser abordado. Sin embargo, fué intervenido a los pocos meses por el Dr. BENZO, de Madrid, con éxito, permaneciendo desde entonces asintomático y no apreciándose imagen residual en radiografía de abril de 1946 (fig. 9).

Al observar la poca atención que los especialistas de aparato respiratorio prestan corrientemente a la equinocosis y lo reacios que suelen mostrarse muchos cirujanos ante la misma, creemos que están en lo cierto los Dres. PURSELL MÉNGUEZ y LORENZO FERNÁNDEZ<sup>13</sup> al decir que existen minorías selectas que dominan a la perfección todos los matices que en clínica nos plantea esta enfermedad, y entendemos que ello no precisamente a causa de incompetencia, sino a que no sienten el problema como verdadera preocupación.

Mucho ha progresado la cirugía de tórax desde que TROUSSEAU preconizase la abstención quirúrgica en la H. P. por el año 1862. El gran

jalón lo marcó el descubrimiento de la exploración rontgenológica; después el perfeccionamiento de las técnicas operatorias, que no cesa, y luego han venido a cooperar en su favor, como en el de la cirugía en general, los modernos anti-infecciosos (sulfamidas y antibióticos).

Pese a lo cual, justo es reconocer que aún no se ha llegado a la meta de poder hacer extensiva la indicación operatoria a todo portador de quiste cualesquiera que sean sus características y circunstancias, y que en algunos casos seguirá siendo lo más prudente la expectación. Mas nosotros tenemos confianza en el porvenir de esta cirugía torácica, y sospechamos que en tiempo no muy lejano se habrá relegado como tópico anticuado ese criterio de intervenir casi exclusivamente los quistes superficiales grandes y basales, en obsequio de lo cual deben contribuir los médicos generales e internistas.

#### CONCLUSIONES.

1.<sup>a</sup> Que el criterio de curación por vómica debe establecerse con la triple prueba radiográfica, clínica y analítica.

2.<sup>a</sup> Que siguiendo este criterio, el porcentaje de curación radical resultará siempre muy por debajo del 90.

3.<sup>a</sup> Que en vista de ello debemos ir cobrando un mayor entusiasmo por la tendencia intervencionista en general, máxime cuando la cirugía del aparato respiratorio progresa visiblemente y ha encontrado poderoso auxiliar en la planigrafía.

4.<sup>a</sup> Que en la H. P. debemos aspirar al diagnóstico precoz, y a la intervención precoz, con lo que se verán reducidas al mínimo las secuelas postoperatorias, y para lo cual el médico general y el internista deben pasar estos enfermos a un cirujano de especial experiencia, quien en último extremo se pronunciará por una u otra actitud, según las razones particulares de cada caso, antes que amedrentarles con los riesgos de la intervención, que luego van a rehusar incluso en los momentos de indicación más imperiosa.

#### RESUMEN.

Recoge 6 observaciones de H. P. del protocolo del autor, alrededor de las cuales estudia la significación de la vómica, llegando a la conclusión de que los porcentajes de curación absoluta tras la misma son inferiores a los que suele brindar las estadísticas, construídas en buena proporción por casos cuya curación se establece atendiendo a los signos clínicos. Se pasa revista a las secuelas postoperatorias más importantes y al porcentaje de mortalidad por intervención, haciendo constar la relación que unas y otro guardan con el grado de alteración histológica de la zona de implantación del parásito, lo que a su vez depende en gran parte de la antigüedad del proceso, y en atención de lo cual se hace resaltar la conveniencia del diagnóstico precoz y co-

laboración estrecha en cada caso con cirujano de especial experiencia para que queden establecidas las indicaciones operatorias con la mayor oportunidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. J. NAVLET RODRÍGUEZ.—Med. Clín., 7, 210, 1946.
2. F. DEVÉ.—Arch. Med. Cir. y Esp., 69, 1922.
3. J. CALVO MELENDRO.—Arch. Med. Cir. y Esp., 507, 161, 1931.
4. J. CALVO MELENDRO.—Los Progr. de la Clín., 277, 3, 1935.
5. DEW.—Cit. ALVIRA (6).
6. M. ALVIRA MALLEN.—Equinococosis Pulmonar. Zaragoza, 1942.
7. TUPPIER.—Cit. ALVIRA (6).
8. GARCÍA PORTELA.—Quistes hidatídicos de pulmón. Madrid, 1942.
9. CALVO MELENDRO.—Rev. Clín. Esp., 11, 269, 1941.
10. PRIM.—Rev. Cir. Barcelona, 11, 228, 1936.
11. GARULENO.—Cit. ALVIRA (6).
12. DEW.—Cit. GARCÍA PORTELA (8).
13. A. PURSELL MÉNDEZ y T. LORENZO FERNÁNDEZ.—Rev. Clin. Esp., 15, 107, 1944.

## EL SÍNDROME DEL ESCALENO ANTERIOR

### E. SANTO TOMÁS COBOS

Jefe clínico por oposición de Servicio Quirúrgico del Hospital Provincial de Madrid. Servicio de Cirugía General núm. 1.  
Cirujano jefe: Prof. D. TOMÁS RODRÍGUEZ MATA.

El haber tenido ocasión de operar en nuestro Servicio un caso que posee ciertas peculiaridades que creemos son de interés clínico, nos induce a exponerlo, aunque no sea más que brevemente, para hacer las consideraciones pertinentes a este síndrome cervicobraquial, en donde las manifestaciones sintomáticas son siempre idénticas, a pesar de que su constelación etiológica es sumamente variada. Nos referimos al "síndrome del escaleno anterior".

Se trata de una muchacha de veintisiete años de edad, natural y residente en León, soltera y de profesión sus labores.

Los antecedentes familiares carecen de interés, y entre los personales, aparte de algunas eruptivas propias de la edad infantil y catarros, merecen citarse en su haber el haber pasado una fiebre tifoidea de larga duración, dos o tres meses antes de la aparición de las molestias por las que acude a nosotros. Menarquia tipo 28/3. No leucorrea; no simenorreya.

**Historia actual.**—A su ingreso (junio de 1946) nos refiere que hace un año, y encontrándose completamente bien, empezó a notar que la cara y las manos se le tornaban de un color rojo violáceo, frías y sudosas, y que perdía fuerza en los brazos, sobre todo al final de la jornada diaria. Estas manifestaciones, que eran en un principio pasajeras, fueron paulatinamente aumentando en intensidad y duración. Cuando peor lo pasaba era en los días fríos.

Hace seis meses se le acentúan más estos síntomas, y aparecen otros nuevos, que consisten en: dolores que, en ocasiones, alcanzan hasta los codos y los hombros, hormigueos, acorchamiento de las manos, calambres y en ciertos momentos la coloración de la piel en determinadas zonas es blanco-amarillenta y contrasta con el resto, rojo-violácea, y con las uñas cianóticas.

Dice que el tacto se le embota, cayéndosele los objetos, que coge fácilmente.

Ultimamente, al levantarse, puede hacer las faenas caseras, pero en seguida una gran falta de fuerzas le

impide todo trabajo. Lo que más difícil la resulta es la ejecución de faenas delicadas, como el coser y escribir.

**Exploración.**—Se trata de una joven fuerte, de mediana talla y bien constituida. Boca en buenas condiciones y color sano y sonrosado. La tónica muscular es inmejorable.

A la inspección se aprecian netamente los escalenos anteriores fuertemente contracturados, hecho que se comprueba a la palpación, dándole al cuello una forma cónica, donde no se aprecia la transición entre éste y los hombros. Ligera adenopatía en el lado izquierdo.

El resto de los hallazgos de interés, que sistematizamos, es como sigue:

**Movilidad activa en los brazos.**—Es normal en los primeros momentos, pero en seguida sobreviene una gran fatiga muscular, que hace que los movimientos sean torpes y perezosos.

**Fuerza.**—Muy disminuida en ambos lados.

**Reflejos.**—El radial y el olecranio, un poco exaltados.

**Trastornos nerviosos.**—Manifestaciones dolorosas en forma de crisis con elección sobre el territorio del mediano. Ligera disminución de las sensibilidades táctil, térmica y dolorosa, sin precisa distribución metamérica.

**Trastornos vasomotores.**—Cianosis marcada, sobre todo en muñecas y manos, gran frialdad e hiperhidrosis.

Cuando los dolores se agudizan, la piel del territorio del mediano adquiere un tinte pálido-amarillento, que desaparece al poco rato.

Con los brazos elevados la coloración se vuelve pálida para hacerse otra vez cianótica cuando cuelgan.

**Trastornos circulatorios.**—Ligera taquicardia, tensiones un poco bajas, sobre todo en el lado derecho, pero con muy poca diferencia. El pulso se palpa bien en ambas radiales.

**Trastornos simpáticos.**—Reflejo oculocardíaco 107/70, no miosis ni exoftalmía.

**Trastornos tróficos.**—Atrofia general en las dos extremidades, más marcada en las regiones tenar e hipotenar.

**Exploraciones auxiliares.**—La prueba de la inyección intradérmica (con Cladene), que se hace verificando varios habones de hombro a manos, está retardada.

**Infiltración del ganglio estelar.**—Se hace con Oleocaína, y aparece el síndrome de Claude-Bernard-Horner, y mejora enormemente el cuadro clínico, que reaparece cuando cesan los efectos de la infiltración.

En general, las molestias son más acentuadas en la extremidad derecha.

La ausencia de signos radiológicos (costilla cervical) y resto de exploraciones nos hacen formular el diagnóstico de síndrome del escaleno anterior.

**Intervención.**—A los pocos días de su ingreso, con anestesia local. Se hace una incisión en el lado izquierdo del cuello, como para verificar una freniceptomía, y se descubre el escaleno anterior, que está tenso, un poco pálido y contracturado, rodeado de un tejido escaso de grasa, con apariencias de estar en fase inflamatoria crónica. La arteria subclavia y el plexo braquial son de aspecto normal, pero se encuentran fuertemente comprimidos entre los dos escalenos, favoreciendo la elevación de la primera costilla esta constricción. Se secciona el escaleno anterior, evitando el nervio frénico, próximo a su inserción costal, procediendo con prudencia de las capas superficiales a las profundas bajo el control visual.

Ya intraoperación se percibe la liberación vasculonerviosa. Cierre total, con sutura intradérmica.

**Resultados.**—El mismo día de la intervención desaparecen gran parte de las molestias. La mano gana en calor y mejora su color. Es dada de alta a los ocho días, curada, quedando en volver para operarse el otro lado.

### DISCUSIÓN.

En este caso son claramente marcados los trastornos de ambas extremidades, no sólo nerviosos, sino vasculo-simpáticos, y parecería lógi-