

SUMMARY

A combined treatment is reported for certain types of insufflated cavities, in particular of the hilum. This treatment consists in an adequate dose of streptomycin-one hundred grammes at least-and hypertensive pneumothorax. A great number of cases have improved with this combined treatment, owing to the effects of the antibiotic drug as much as to those of collapsing therapy.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreibt eine kombinierte Behandlung für bestimmte Arten aufgeblähter Kavernen, vor allem, wenn es sich um hiluskavernen handelt. Die Therapie besteht in einer genügend

grossen Streptomycinmenge, mindesten 100 g und einem Ueberdruckpneumothorax. Viele Patienten sind durch diese Behandlungsmethode gebessert worden, die sowohl auf die Wirkung des Antibioticums wie auf die des Kollapses zurückzuführen sind.

RÉSUMÉ

On indique un traitement combiné de certains genres de cavités insufflées, surtout hilaires. Ce traitement se compose d'une dose suffisante de streptomycine, au moins 100 gr. et de pneumothorax hypertensif. Avec ce traitement combiné un grand nombre de malades se sont bénéficiés autant par les effets antibiotiques que par ceux du colapse.

NOTAS CLINICAS

SINDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY,
ARACNODACTILIA, ESPLENOMEGLIA Y
ANEMIA HIPOCROMA CONSTITUCIONAL
(PRESENTACION DE UN CASO)

F. MARTORELL.

Sección de Cirugía Vascular del Instituto Policlínico de Barcelona.

Hemos tenido ocasión de observar un caso raro en el que coexistían diversas malformaciones vasculares y sanguíneas con aracnodactilia. Este caso recuerda, en algún aspecto, una observación de síndrome de Marfan con flebectasia en la extremidad inferior, publicado recientemente por P. DE LA BARREDA (1).

Observación clínica: El 23-VIII-49, el Dr. PESQUERO, de Córdoba, nos envia a un enfermo de veinticuatro años que se halla en pésimo estado general. El paciente presenta una gran delgadez, palidez cérea, respiración fatigosa, fiebre y gran hinchazón del vientre. Nos cuenta la siguiente historia:

Nació con una extensa mancha amoratada que ocupaba el hemiabdomen y la pierna izquierda. Los dedos de las manos eran delgados, exageradamente largos y algo desviados. Aunque sufrió alguna erisipela en la pierna izquierda los primeros años de su vida transcurrieron bien. Poco a poco las venas de dicha extremidad fueron dilatándose, hasta constituir enormes varices que se extendían por la pierna, por el muslo y hasta por la pared abdominal. Con el crecimiento esta pierna aumentaba progresivamente su desproporción de tamaño con la pierna sana.

A partir de los diecisiete años, a este cuadro se añaden hemorragias repetidas en diferentes territorios. Primero fueron varicorragias internas y externas en la pierna enferma. Hace tres años, una hematuria, seguida de tromboflebitis que le obligó a guardar cama tres meses. Hace un año, una copiosa melena, y poco después nueva varicorragia. Hace tres meses, copiosa

melena, que se repitió quince días antes de acudir a nuestro consultorio.

Ha empeorado notablemente, observando que el vientre se le hincha de forma progresiva y que tiene fiebre y trastornos intestinales con diarrea. No existen antecedentes familiares de interés.

La exploración del paciente pone de manifiesto los datos siguientes: Enfermo muy delgado, de baja estatura, con acentuada palidez de piel y mucosas, taquicardia, disnea y fiebre (38-39°).

Presenta un extenso nevus vascular que ocupa el hemiabdomen izquierdo en su totalidad, limitado perfectamente por la línea media se extiende hacia arriba hasta la base del hemitórax y comprende hacia abajo la casi totalidad de la extremidad inferior izquierda. En conjunto tiene una manifiesta disposición radicular limitada por arriba por la D. 6 (fig. 1).

Tiene también acusadas flebectasias en toda la extremidad inferior, en el escroto y en la parte baja del hemiabdomen izquierdo. Existe insuficiencia del cayado de la safena interna e insuficiencia del de la safena externa. En la región supramaleolar y en su cara anteroexterna existe una placa de esclerodermia pigmentada ulcerada, con abundante linforragia permanente. La extremidad inferior izquierda en su conjunto está hipertrofiada; aunque existe un cierto grado de edema, la pierna y pie así como los dedos están notablemente engrosados. El índice oscilométrico y la temperatura local están aumentados en el lado enfermo. La existencia de nevus, varices e hipertrofia del miembro permiten catalogar a este enfermo dentro del síndrome de Klippel-Trenaunay.

En las manos existe una manifiesta aracnodactilia, los dedos son largos, delgados, desiguales, y el medio presenta, además de un aumento notable de longitud, una visible incurvación. El examen del cristalino no mostró nada anormal.

El enfermo presenta una acusada esplenomegalia, y el examen de su sangre da el siguiente resultado (Dr. GUASCH):

Hemacias	2.400.000
Hemoglobina	37 %
Valor globular	0.77
Leucocitos	1.700
Neutrófilos	74 %
Basófilos	1 %
Monocitos	6 %
Linfocitos	19 %

(1) P. DE LA BARREDA.—"Síndrome de Marfan (aportación de un nuevo caso). Rev. Clín. Esp., t. XXXIV, núm. 6, página 408; sept. 1949.

Serie roja: macro-normo-microcitosis (anisocitosis accusada). Anisocromia, con dominio de los hematies pálidos. Algunos eliptocitos y dianacitos tipos III y IV. Reticulocitos 0,5,5 %.

Entre los neutrófilos, 26 núcleos en franja.

Plaquetas: normales en número, a menudo aisladas.

Tiempo de sangría, 1'. Tiempo de coagulación, 2'. Fibra, al microscopio, escasa. Prueba del brazal, negativa. Hemocultivo negativo.

El examen del corazón no muestra nada anormal (Dr. CODINA-ALTÉS). T. A. 10/6,5.

Se practica una flebografía con Thorotrust en decúbito supino mediante punción de la safena externa di-

de tamaño. Se encuentra perfectamente, tiene buen apetito y la fiebre ha desaparecido. El examen de sangre da el siguiente resultado (Dr. ALVAREZ PÉREZ):

Hematies	3.250.000
Hemoglobina	41 %
Valor globular	0,63
Leucocitos	5.400
Basófilos	0 %
Eosinófilos	2 %
Mielocitos	0 %
Metamielocitos	0 %
Neutrófilos en cayada	7 %
Neutrófilos segmentados	73 %
Linfocitos	9 %
Monocitos	9 %

Unicamente le molesta la recidiva de una pequeña úlcera en la pierna izquierda por la que pierde otra vez linfa.

El interés de este caso radica en la coexistencia de tres tipos de malformación congénita, casi puede decirse que se reúnen en un mismo enfermo, un síndrome de Klippel-Trenaunay, un síndrome de Marfan y un síndrome de anemia hipocroma constitucional. La existencia de aracnodactilia y flebectasias al repetirse en nuestro enfermo permite establecer una relación entre ambas malformaciones. Hemos creido interesante publicar este caso que con el de LA BARREDA constituye una nueva aportación a la bibliografía nacional sobre este tipo de malformaciones congénitas.

RESUMEN.

Se comunica un caso de síndrome de Klippel-Trenaunay con aracnodactilia esplenomegalia, hemorragias y anemia hipocroma constitucional.

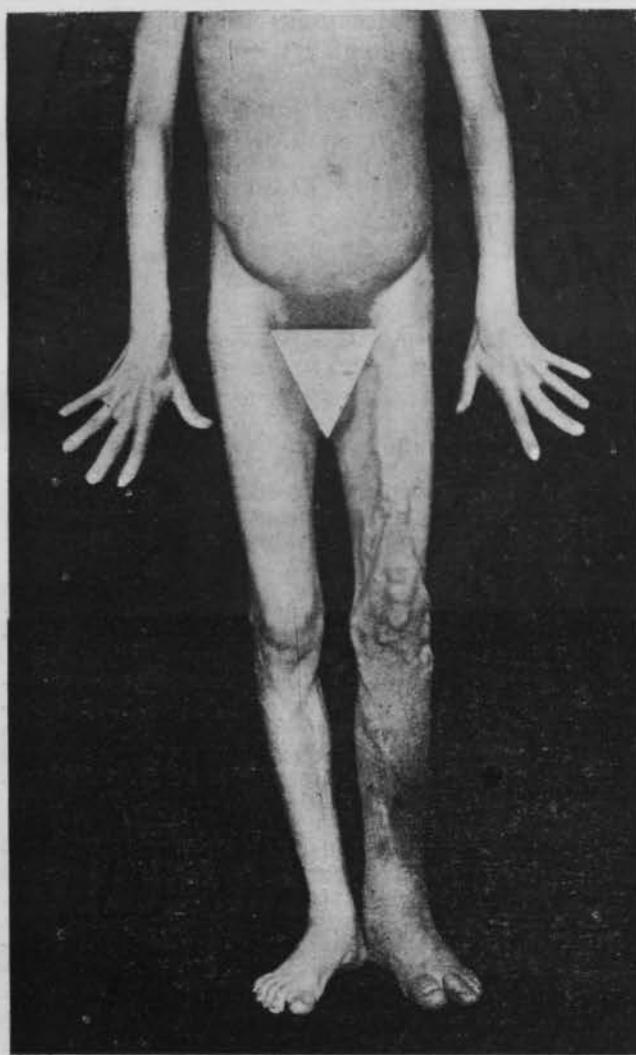


Fig. 1.—Fotografía del enfermo. Obsérvese la aracnodactilia, la hipertrofia del miembro inferior izquierdo y las flebectasias. El nevus vascular aparece poco visible.

latada. El flebograma demuestra que no existe obliteración o aplasia de las ilíacas izquierdas. Por el contrario, aparecen francamente dilatadas (Dr. OSÉS).

Como tratamiento, después de unos días de reposo en cama administrándole sulfoguanidina por sus trastornos intestinales, se inició una terapéutica con Liverín y Hierro y posteriormente Rutina.

El 10-IX-49, bajo anestesia local, se practicó la resección del cayado de la safena interna, muy dilatado, así como de sus colaterales.

En pocos días mejoró notablemente, permitiéndosele su retorno a Córdoba. Siguió el tratamiento con Liverín y Hierro.

En diciembre de 1949 me comunican que ha ganado ocho kilos, que el vientre ha disminuido notablemente de volumen y el bazo ha sufrido una gran disminución

CANCER GASTRICO Y TAQUICARDIA PAROXISTICA

J. VARELA DE SEIJAS.

y

J. M. ROMEO ORBEGOZO

Clinica Médica del Hospital General. Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

El día 24 de noviembre de 1949 tuvimos ocasión de ver conjuntamente un enfermo cuya historia es la siguiente:

F. V., varón, de setenta y tres años, que desde hace mes y medio viene teniendo pirosis, náuseas y vómitos postprandiales a veces con alimentos del día anterior. En dos ocasiones, hematemesis y melena. Anorexia y astenia. Ha perdido rápidamente 20 kilogramos de peso. Un poco antes de comenzar con estas molestias había