

de dos episodios de obstrucción intestinal, han de ser achacadas a otra causa distinta de su enfermedad torácica, probablemente la fiebre tifóidea, que fué diagnosticada anteriormente.

Las lesiones cutáneas de las manos y pies tienen probablemente una causa constitucional congénita, lo mismo que su lesión pulmonar, sin que entre ambas se pueda establecer relación, pero que indican la presencia de un proceso degenerativo genético o adquirido durante la vida intrauterina.

#### RESUMEN.

Presentamos un enfermo con una lesión torácica que afecta el mediastino posterior e hilio izquierdo, y basados en consideraciones anatómicas, patogénicas, etiológicas y de actividad, la consideramos como un tumor benigno, probablemente un disembrionoma mixto con localización hilar y probablemente bronquial.

### LA PENICILINA EN LAS TORACOPLASTIAS INFECTADAS

J. L. LÓPEZ SENDÓN

Gijón.

La infección de la herida operatoria, en la toracoplastia, es con frecuencia la única causa del mal pronóstico e incluso del fallecimiento de los enfermos, y así HEDLON asigna en sus estadísticas un 16 por 100 de mortalidad debido a esta complicación.

Dos factores debemos tener en cuenta cuando sobreviene la infección de la herida operatoria: 1.º La infección en sí misma con todas las consecuencias a ella inherentes; y 2.º El retraso que representa para la realización de los tiempos de toracoplastia posteriores, y con ello la dificultad de lograr un colapso homogéneo, por lo cual muchos de estos enfermos se hacen tributarios de las toracoplastias correctoras. Así, pues, el tratamiento penicilínico cumple aquí una doble misión: la de anular la infección y la de hacer posible la realización precoz de los tiempos de toracoplastia que sean necesarios, y con ello poder lograr un colapso homogéneo.

El objeto de esta comunicación es la presentación de un caso de toracoplastia por nosotros realizada, en que por infección de la herida operatoria después del primer tiempo, merced a la asociación de un tratamiento penicilínico, nos ha sido posible realizar el segundo tiempo de una forma precoz y con éxito.

Enfermo E. A., de treinta y dos años, natural de Avilés. — Lesión úlcero-fibrosa del lóbulo superior del pulmón izquierdo, con baciloscopia positiva (fig. 1). Hacemos propuesta de toracoplastia en dos tiempos, siendo aceptada por el enfermo.

Operación.—Cirujano Dr. JOSÉ LÓPEZ SENDÓN.

Primer tiempo de toracoplastia (29-X-1946).—Anestesia de base con escofedal y loco-regional, con novocaina al 0,5 por 100. Incisión de Roux. Resección subtotal de la tercera y segunda costilla y ablación de la primera, con desarticulación costo-esterno-clavicular. Api-



Fig. 1.

colisis extrafascial, según SEMB. Cierre de la herida por planos, sin drenaje.

Curso postoperatorio.—A las cuarenta y ocho horas se levanta el apósito, se encuentran los últimos puntos de la herida infectados, y en los días sucesivos se propaga al resto de los mismos. Al retirar los puntos se produce dehiscencia de la herida. A los nueve días, ra-



Fig. 2.

diografía (fig. 2), en la que se aprecia residuo cavitario a nivel de cuarto, quinto y sexto arcos costales posteriores; baciloscopia positiva.

Tratamiento de la herida infectada con penicilina local al 1 por 1.000, y por vía intramuscular a razón de 20.000 unidades cada tres horas. A las doce horas de iniciado este tratamiento se practica:

Segundo tiempo de toracoplastia (9-XI-1946).—Extirpación de los bordes de la herida. Resección paravertebral de cuarta, quinta, sexta y séptima costillas en una extensión de 10, 9, 8 y 7 cm., respectivamente. Lavado del campo operatorio con 40.000 unidades de penicilina en solución al 1 por 1.000. Cierre de la herida por planos y drenaje.

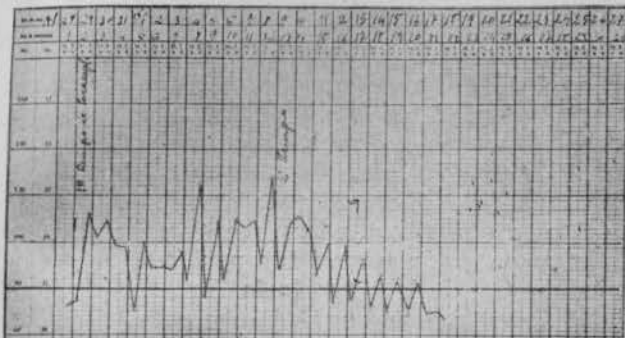


Fig. 3.

Curso postoperatorio.—Se continúa el tratamiento penicilínico localmente a través del tubo de drenaje a razón de 10.000 unidades, dos veces al día, durante cuarenta y ocho horas, en que se retira el drenaje por fluir líquido serosanguinolento exclusivamente. Se continúa también el tratamiento penicilínico por vía intramuscular a razón de 20.000 unidades cada tres horas y en un total de 500.000 unidades. El curso febril ha desaparecido por completo desde la iniciación del tratamiento, cual puede apreciarse en la gráfica térmica (figura 3). Cicatrización de la herida por primera intención.

A los cinco meses el enfermo se encuentra bien. Ha

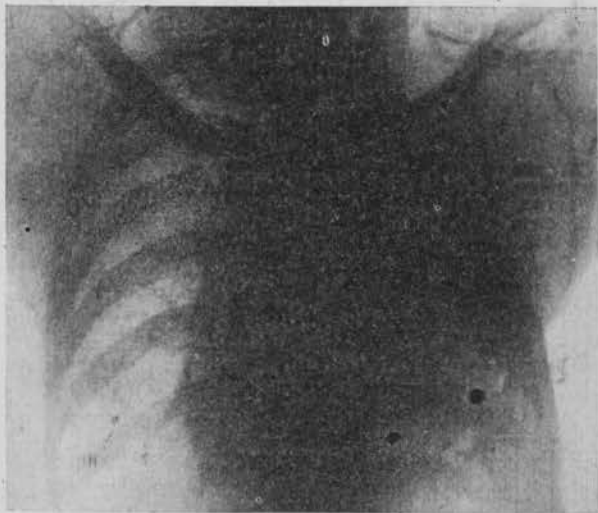


Fig. 4.

desaparecido su cavidad, como puede apreciarse en la radiografía del 5-V-1947 (fig. 4), y su baciloscopia es negativa.

#### RESUMEN.

Presentamos un caso de toracoplastia en dos tiempos, habiendo sido realizado el segundo tiempo con herida infectada, empleando penicilina por vía parenteral y local y seguido de éxito.

## UN CASO DE REACCION DE HIPERSENSIBILIDAD A LA PENICILINA

J. FORTÉZA BOVER

Médico de Sanidad del Aire, Valencia.

La literatura actual sobre los problemas médicos que plantea el uso de la penicilina se ha hecho florida en cuanto se refiere a citar las diversas reacciones cutáneas que se manifiestan en los enfermos con motivo de practicarles una terapéutica penicilínica. Nosotros, interesados en este aspecto, hemos podido comprobar, en parte, lo reseñado por otros autores con motivo de estudiar un caso clínico de meningitis meningocócica tratada con penicilina intrarraquídea y endovenosa conjuntamente.

A continuación exponemos la historia clínica con las incidencias ocurridas en la misma, manifestando previamente que, por causas ajenas a nuestra voluntad, no hemos podido practicar más pruebas de estudio que las que se señalan.

#### HISTORIA CLÍNICA.

M. T. S. O., de dieciséis años, antecedentes familiares y personales, sin interés.

El día 9 de septiembre de 1946 vimos a la enferma, con el siguiente cuadro agudo: brusca elevación de temperatura a 39°, vómitos fáciles y fuerte cefalalgia. En la exploración clínica nos llama rápidamente la atención la rigidez de nuca, el signo de Kernig positivo, el contralateral y la posición de los miembros clásica. Aunque ya de por sí bastaban estos datos para sentar un diagnóstico, la exploración nos dio más: rigidez pupilar muy marcada con ceguera total, hiperestesia, raya meningítica y un signo que falta algunas veces pero que cuando se presenta, como en nuestra enferma, tiene mucho valor: una bradicardia relativa de 70 pulsaciones. No dudamos en hacer una punción lumbar, y el análisis del líquido cefalorraquídeo da: un aumento de la presión, aspecto turbio, células, 281 por milímetro cúbico, albuminorraquia, reacciones de Pandy, Nonne-Appelt, fuertemente positiva, y en el examen citobacteriológico: abundantes leucocitos polinucleares y meningococos.

Diagnóstico: meningitis meningocócica.

Tratamiento. — Penicilina sódica en solución salina fisiológica a la dilución de 1.000 unidades Oxford por centímetro cúbico. Utilizamos la vía intrarraquídea siguiendo la pauta de dos inyecciones intratecales diarias, una cada doce horas de 10 c. c. de la solución (10.000 unidades), y al mismo tiempo 20.000 unidades por vía endovenosa cada tres horas. Un total de 180.000 unidades diarias por ambas vías.

Al cuarto día queda la enferma apirética, habiendo cedido la totalidad de su florida sintomatología, recobrando la vista con estado general bueno. El líquido cefalorraquídeo se vuelve claro, y en su examen citobacteriológico no se observan gérmenes, dando negativas las reacciones a las globulinas, presentando solamente 40 células por milímetro cúbico; continuamos durante seis días más inyectando por vía intrarraquídea penicilina; tres de ellos con dos inyecciones diarias y tres con una sola. Durante estos seis días se sustituyó la vía intravenosa por la intramuscular, inyectando 20.000 unidades cada tres horas. La enferma es dada de alta por curación el 20 de septiembre.

A los cinco días, el 25 de septiembre, se nos requiere nuevamente para ver a la enferma, la cual presenta un cuadro febril de 37,8°, y una reacción cutánea en la cual salta a la vista la urticaria muy intensa y gene-