

par séquelles de polymyélite, produit dans 6 cas, les effets suivants: augmentation de température dès les premiers instants de l'injection; apparition des mouvements musculaires dès le sixième jour de traitement; les faibles reflets augmentent dès le cinquième jour; la grosseur du membre augmente dès le 15^{ème} jour; la croissance de l'extrémité traitée apparaît dès le 15^{ème} jour et se continue par la suite; on trouve des réponses électriques de courant faradique et galvanique dans des muscles avec

réaction de dégénération ou un 0 de réponse électrique dès le 15^{ème} jour et les suivants; dans le muscle traité on voit une augmentation dans le nombre et épaisseurs des capillaires ainsi qu'une grande activité cellulaire; au moyen de téléradiographies on observe le développement de l'extrémité; on ne voit pas de réponses toxiques ni dans les hématies, hématocrite, protéines, glucose et urée en sang.

On doit poursuivre ces études et celle de la dose administrée.

NOTAS CLÍNICAS

ABSCESO CEREBRAL EN CARDIOPATIA CONGENITA

S. OBRADOR ALCALDE.

Sección de Neurocirugía del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Madrid.

La asociación de enfermedades de dos sistemas del organismo presenta siempre un gran interés patológico. Así, por ejemplo, podemos mencionar, en relación con el sistema nervioso, la relación existente entre procesos del aparato respiratorio (tumores y supuraciones) y el cerebro.

En los niños "azules", por cardiopatías congénitas, se presentan con cierta frecuencia cuadros de abscesos cerebrales que deben ser reconocidos y diagnosticados correctamente por los médicos, especialmente en nuestra época con el desarrollo de la cirugía cardíaca y las posibilidades actuales de tratar estos enfermos.

La aparición de abscesos cerebrales en casos de lesiones congénitas del corazón fué ya señalada en muchas observaciones de autopsia publicadas desde mediados del siglo pasado. La proporción de abscesos en estos enfermos y sin existir focos de supuración en otros lugares del organismo (óido, pulmón, etc.) ha variado en las diversas estadísticas, citándose por COHEN, BERGMAN y MALIS (1951) cifras hasta del 3 al 6 por 100 en algunas estadísticas (HANNA y ROBBINS).

Según mencionan ROGER, POURSINES y ROGER (1952) en su revisión de conjunto sobre el problema, fué RABINOWICZ, en 1932, quien realizó el primer diagnóstico en vida de un absceso cerebral en una cardiopatía congénita. Posteriormente se fueron presentando casos en la literatura, y COHEN, BERGMAN y MALIS (1951) reunían 40 ejemplos de lo que modernamente se han llamado abscesos paradójicos cerebrales. De estos 40 casos, sólo ocho habían sido diag-

nosticados en vida. ROGER, POURSINES y ROGER (1952) encontraron 72 ejemplos en la literatura médica.

El diagnóstico de estos casos ha sido, por tanto, un hecho raro hasta los últimos años y la gran mayoría de estos abscesos se consideraron erróneamente como encefalitis, meningitis o hemorragias subaracnoides.

En el análisis de la sintomatología que hacen COHEN, BERGMAN y MALIS (1951) de los 40 ejemplos de la literatura se ve que los síntomas más frecuentes correspondían a la hipertensión intracraneal, que aparecía en la mitad de ellos (20 casos) y a hemiparesias (23 enfermos). Signos meníngeos se presentaban en 17, y convulsiones, generalizadas o focales, en 11 casos. Otros síntomas importantes, como en el resto de los abscesos, corresponden a un estado estuporoso (más de la mitad) y fiebre. Concluyen de su análisis, COHEN y cols., que todo enfermo con una enfermedad cardíaca congénita con cianosis, comunicación venosa-arterial, que desarrolle signos progresivos de lesión encefálica, debe hacer sospechar la presencia de un absceso. Esto, naturalmente, tiene una gran importancia práctica y terapéutica.

Otro hecho importante es que la gran mayoría de los abscesos paradójicos de estos enfermos son únicos y sólo tres de los 40 analizados tenían abscesos múltiples. Las localizaciones más habituales corresponden a los hemisferios cerebrales (región frontal, parietal, temporal y occipital). También se menciona la poca tendencia a encapsularse, como otros abscesos metastásicos, por lo que se rompen a veces en los ventrículos o espacios subaracnoides (COHEN, BERGMAN y MALIS 1951).

La patogenia de estos abscesos cerebrales en cardiopatías congénitas, sin otros focos sépticos, no está del todo aclarada. Sin embargo, parece que la presencia transitoria de algunos gérmenes, no muy virulentos, en la sangre venosa de estos enfermos, puede ir seguida del

rápido paso a la sangre arterial, a través de las comunicaciones cardíacas, evitando el filtro de la red capilar de los pulmones. Se producirían así verdaderas embolias sépticas paradójicas al pasar la sangre venosa directamente al ventrículo izquierdo. Los hemocultivos suelen ser negativos. Algunos autores (LAFON y colaboradores, 1956) han destacado, en este sentido, la posibilidad patogénica de gérmenes saprofíticos intestinales y de otras bacterias; en su caso personal encontraron corinobacterias. También se ha visto cómo algunos cuadros coinciden en bacteriemias transitorias a la extracción de piezas dentarias, amigdalectomías, etc. Alguna enfermedad o antecedente infectivo aparecía en la mitad de los 40 casos de la literatura analizados por COHEN y cols. (1951). Por estas razones, tiene una gran importancia profiláctica, en estas cardiopatías congénitas con mezcla de sangre venosa y arterial, la aplicación de antibióticos en fases de enfermedad febril o intervenciones quirúrgicas.

Otros factores patogénicos asociados que se han mencionado para explicar los abscesos paradójicos cerebrales corresponden al estasis venoso y anoxia cerebral, junto con policitemia, aumento de la viscosidad sanguínea y consecuente disminución de la velocidad circulatoria. Todas estas circunstancias favorecen la trombosis y la implantación de gérmenes en el tejido cerebral y tampoco pueden descartarse los trombos endocardícos.

A continuación vamos a resumir una observación personal de un absceso paradójico en una cardiopatía congénita que hemos tratado quirúrgicamente y después haremos algunos comentarios sobre estos casos y los resultados del tratamiento quirúrgico.

Niña M. C. M. J., de siete años de edad, ingresa el 17-VII-56 en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas en el Servicio del doctor BARREDA.

Antecedentes familiares.—Sin interés nosológico especial.

Antecedentes personales. — Bronconeumonia a los diez meses de edad, tos ferina y otras enfermedades de la infancia.

Enfermedad actual.—Poco después de nacer notó su madre que la niña tenía una coloración cianótica en las porciones distales de las extremidades y en las mucosas, principalmente en la lengua, y que al darle el pecho se quedaba la niña casi cianótica y respiraba con mayor dificultad. A medida que la niña ha ido creciendo han notado que se sienta con frecuencia, teniendo que interrumpir los juegos habituales por un gran cansancio y disnea. Al mismo tiempo los dedos de las manos han ido tomando una forma en "palillo de tambor". Con estos trastornos continúa hasta hace dos años, en que fué vista por el doctor CASTRO FARÍAS, quien diagnosticó una cardiopatía congénita e indicó la conveniencia de hacer un sondaje cardíaco para decidir una posible intervención quirúrgica.

A parte de estas molestias, habituales en ella, hace veinte días que comienza a tener vómitos que no van precedidos de náusea. Junto a estos vómitos se queja de intensos dolores de cabeza y de dolor de nuca. Después de unos días de tratamiento con antibióticos le disminuyen los vómitos, aunque ha continuado con mareadas cefaleas. También ha tenido fiebre, que oscila entre 37,5 y 38°, y las orinas han sido oscuras y escasas.

En el estudio clínico general, efectuado por el doctor BARREDA y sus cols., la niña presentaba un buen desarrollo somático, pero estaba pálida, con la facies abotagada y los labios cianóticos. Pequeñas adenopatías duras en axilas, ingle y cuello. En el corazón se auscultaba un soplo rudo sistólico. Se palpaba el hígado a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal y no se palpaba ni se percibía el bazo. Un dolor selectivo a la presión en la región cervical, que se intensificaba en las maniobras de movilización de la cabeza. En las extremidades, los dedos "en palillo de tambor", especialmente en las manos.

En las exploraciones complementarias el estudio radiográfico de tórax (doctores LARA y MASJUÁN) demostraba un aumento de la silueta cardiaca a expensas del ventrículo derecho con desaparición del arco pulmonar. El pedículo vascular aparecía intensamente desviado hacia la derecha. Radiografías simples de cráneo, negativas.

La interpretación del electrocardiograma, realizado por los doctores VARELA DE SEIJAS y RÁBAGO, señalaba una taquicardia sinusal. Corazón en posición vertical. Bloqueo incompleto de la rama derecha y posible hipertrofia combinada.

Exámenes de laboratorio.—Glucemia y urea en sangre, normales. Diferentes exploraciones hematológicas señalaban una anemia con anisocitos y anisocromenia; 7.300 leucocitos con neutrofilia. Velocidad de sedimentación: índice, 48,5. En la orina, ligeros indicios de albúmina. Aglutinaciones en sangre a tíficas, paratifícas y melitensis, negativas. Un hemocultivo, según técnica de Schottmüller, en áereo y anaerobiosis, resulta negativo a los cinco días de observación.

La enferma fué vista por primera vez en el Departamento de Neurocirugía el 4-VIII-56 y entonces presentaba un cuadro de intensa obnubilación, respondiendo a los estímulos con marcada pereza, contestando a las preguntas con desgana y obedeciendo las órdenes tardía e incompletamente. El cráneo es indoloro a la percusión, pero existe una rigidez de nuca y signos meníngeos evidentes. Gran fotofobia. En el examen neurológico se observaba un estasis papilar bilateral, paresia del recto externo derecho muy evidente y pérdida de fuerza en los miembros del lado derecho con reflejos débiles y un esbozo de signo de Babinski en el pie derecho. En el examen de las sensibilidades se apreciaron errores frecuentes en la discriminación postural en la mano y el pie derechos.

La situación había sido interpretada por el profesor JIMÉNEZ DÍAZ y el doctor BARREDA como debida a un absceso cerebral en una cardiopatía congénita y el 4 de agosto de 1956 se practicaron dos trépanos en la región parieto-occipital de ambos hemisferios (doctores LAMAS y DIERSSEN). En la punción del lado izquierdo se encontró un absceso del cual fluyó un pus espeso y cremoso de color verduzco en una cantidad total de 80 c. c. A continuación se instiló en la cavidad del absceso penicilina y estreptomicina.

El examen del exudado del absceso cerebral, realizado por el doctor ALÉS, demostró en el estudio citológico abundante proporción de leucocitos, en su mayor parte polinucleares, neutrófilos bastante bien conservados y algunos hematies. En el examen bacteriológico aparecía una flora microbiana abundante, integrada morfológicamente por dos clases de gérmenes: unos, gram negativos, y los otros, cocos gram positivos, dispuestos en diplo y delicadas cadenas.

En el curso de la semana siguiente a la primera punción se hicieron otras dos punciones evacuadoras del pus del absceso, obteniéndose, respectivamente, 30 y 7 c. c. de contenido purulento, e inyectando localmente antibióticos.

Con este tratamiento, y la aplicación de diferentes antibióticos por vía parenteral, el estado de la niña mejoró mucho en sus aspectos general y neurológico.

Sin embargo, a principios de septiembre volvieron a presentarse fiebre y cefaleas. Un examen oftalmoscópico, realizado entonces por el doctor LEOZ, demostró unas papillas de bordes borrosos ligeramente elevadas

(con menos de una dioptria) y gran tortuosidad de los vasos, principalmente de las venas a la salida de la papila. Las características de la papila correspondían a un estasis papilar en regresión y a una cianosis retiniana.

El día 10 de septiembre se practica una nueva punción del absceso del hemisferio izquierdo (Dr. BOIXADÓS), encontrándose una franca resistencia y obteniéndose una pequeña cantidad de pus muy espeso. Se inyectaron algunos centímetros cúbicos de Lipiodol dentro del absceso y las radiografías (figs. 1 y 2) demostraron su si-

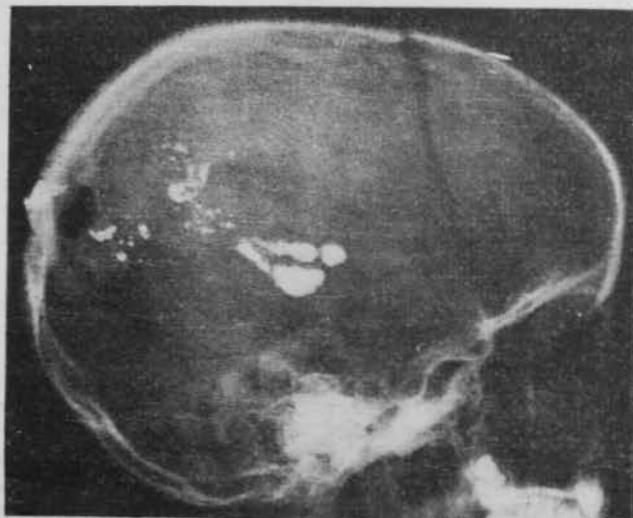


Fig. 1.

tuación y extensión en la profundidad de la parte posterior del hemisferio cerebral izquierdo. A pesar de este tratamiento y de la continua aplicación de antibióticos, el estado de la niña fué progresivamente empeorando. En algunos momentos se quejaba de intensos dolores de cabeza y en otros aparecía muy estuporosa y obnubilada. También la fiebre continuaba, llegando hasta 40° en algunos momentos. Desde el punto de vista neurológico persistía, en esta fase, el estasis papilar bilateral y se evidenciaba una marcada hemiparesia derecha con signos meníngeos positivos.

El estudio bacteriológico de dos muestras de pus del absceso, realizado por el doctor ALÉS, demostró el crecimiento tardío (48-72 horas) de un germen cocobacilo gram negativo que por sus caracteres se incluye en la familia Parvobacteriaceae, tribu Pasteurella, género *Actinobacillus lignieresii*. En las bacterias aisladas en el cultivo del pus del absceso, el estudio de la sensibilidad a diferentes antibióticos demostró que eran muy sensibles (~ 5 gammas), a la terramicina, aureomicina, cloromicetina y tetraciclina y regularmente sensibles a la penicilina (5 unidades) y estreptomicina y polimixina (10 gammas) y poco sensibles a la eritromicina (15 gammas). En un examen de líquido cefalorraquídeo de estas fechas aparecían solamente 1/3 células blancas con hematies 50/3, reacción de Pandy ligeramente positiva y proteinas totales, 25 mg. por 100.

Dada la progresión de la sintomatología se decidió hacer la extirpación quirúrgica del absceso, que se realizó el 28 de septiembre de 1956, tallando, bajo anestesia general, un colgajo parietal izquierdo. Las punciones exploradoras previas demostraron una resistencia a unos 3 cm. de profundidad en la parte más posterior de la región parietal, y más hacia delante, hacia la región rolánica, se encontró una colección de pus espeso y amarillento de 25 c. c. Después se abrió longitudinalmente la dura en la región parietal y a través de una incisión en la corteza se expuso, a los pocos centímetros de profundidad, un enorme absceso de forma muy irregular y con varias prolongaciones o lóculos. En algunos lugares la cápsula estaba bien formada, teniendo una franca consistencia; pero en otros era mucho más

débil y se rompió en las maniobras de disección de la misma, fluyendo abundante cantidad de pus en diferentes lugares. Lentamente fué disecándose todo el absceso de la sustancia cerebral vecina hasta conseguir una extirpación total y a trozos (fig. 3). Por delante, el absceso llegaba hasta cerca de la región rolánica y por detrás hasta la región occipital, necesitando obliterar algunas venas occipitales que iban en la cara medial del hemisferio hasta el seno longitudinal. Esta porción occipital, más posterior, tenía la mayor consistencia en la cara interna, en la profundidad; el absceso llegaba hasta la pared ventricular y al terminar la extirpación quedó abierta la porción posterior del cuerpo del ventrículo y se coaguló parcialmente el plexo coroideo. Terminada la extirpación, la cavidad residual tenía aproximadamente 7 cm. en dirección antero-posterior y unos 5 cm. en el sentido coronal. Despues de efectuar una cuidadosa hemostasia del lecho del absceso, sin dejar material hemostático extraño, se suturó la dura, instilando localmente penicilina y estreptomicina. La reposición del colgajo óseo y la sutura de partes blandas se hicieron en la forma habitual. La operación fué bien tolerada por la niña, que recibió, en el curso de la misma, unos 600 c. c. de sangre en "gota a gota". Durante la intervención, un estudio bacteriológico rápido del pus en frotis no demostró gérmenes.

El curso postoperatorio de la enferma fué bueno y desde el primer momento mantuvo un buen estado de conciencia y no se observaron trastornos motores en el lado derecho, ni alteraciones del lenguaje. Durante los cuatro primeros días se administraron penicilina, estreptomicina y sulfamidas (Gantrisona) por vía intramuscular. Despues se suspendió la medicación anterior y se administró solamente terramicina (100 mg. cada seis horas) durante un par de semanas. Durante el curso postoperatorio fué necesario practicar punciones lumbaras repetidas, siendo realizada la última el 18 de octubre.



Fig. 2.

tubre, en la cual la presión inicial era ya de 18 centímetros con buena manometría. Anteriormente la presión del líquido había sido algo elevada (22 a 26 cm. de agua), y diversos exámenes del líquido demostraron una pleocitosis que osciló desde 564/3 hasta 35/3, con reacciones de globulinas positivas, aumento de albúmina (30-40 mg. por 100) y algunas modificaciones en la curva del oro coloidal.

La niña fué dada de alta el día 22 de octubre con un buen estado general y sin que existiesen signos meníngeos. El estasis papilar había desaparecido por comple-

to y la exploración de los miembros demostraba que era un poco menor la fuerza en la pierna derecha y que aparecían algunos errores en el estudio de la sensibilidad postural de los dedos de la mano y del pie derechos. Un electroencefalograma, practicado por el doctor OLIVEROS, demostró un registro con una lentificación difusa de la actividad eléctrica cerebral, formada por potenciales theta, que eran más lentos y de mayor voltaje en el hemisferio izquierdo.

Posteriormente, la niña ha seguido bien y se ha enviado al doctor CASTRO FARÍÑAS para estudio detenido y tratamiento de su cardiopatía, que clínicamente interpreta como una tetralogía de Fallot con desraposición extrema.



Fig. 3.

COMENTARIOS.

El diagnóstico clínico de nuestro caso era claro y el absceso cerebral se encontró fácilmente en una punción exploradora de la parte posterior del hemisferio cerebral izquierdo.

En todo enfermo con una cardiopatía congénita y cianosis que presente signos progresivos de hipertensión intracranial (cefaleas, vómitos, etcétera) asociados a letargo o estupor, y sobre todo si aparecen además otras manifestaciones focales como convulsiones o paresias motoras centrales, debe sospecharse el desarrollo de un absceso cerebral aunque falten otros síntomas generales de infección. Este último dato es muy importante, porque en estos enfermos, según se ha dicho antes, existen una serie de circunstancias patogénicas (comunicación venosa-arterial, policitemia, aumento de la viscosidad sanguínea y estasis venoso) que facilitan la implantación y el crecimiento en el tejido cerebral de gérmenes que existen transitoriamente en la sangre sin producir síntomas generales (fiebre, leucocitosis, etc.) y con hemocultivos negativos.

Una vez establecida la sospecha clínica de este proceso deben realizarse algunas exploraciones auxiliares como electroencefalografía, angiografía o ventriculografía para proceder inmediatamente al tratamiento quirúrgico.

Hasta ahora sólo existen muy pocos casos presentados en la literatura, durante los últimos diez años, de estos enfermos a los que se ha podido curar con la intervención quirúrgica;

pero, sin duda, en el futuro el mejor conocimiento clínico de estos abscesos permitirá diagnosticar e intervenir más precozmente a estos frágiles enfermos y extirpar con éxito las colecciones purulentas bajo el amparo de los antibióticos.

Revisando los casos excepcionales que han sido tratados con éxito, tenemos uno de SMOLIK, BLATTNER y HEYS (1946) curado con drenaje y sulfonamidas. COHEN, BERGMAN y MALLIS (1951) refieren un absceso temporal extirpado con éxito en un enfermo de veintidós años con una tetralogía de Fallot. En el mismo año, BELLER (1951) presenta un niño de seis años con tetralogía de Fallot, que desarrolló un absceso parietal, extirpado con éxito. En su revisión del problema, GLUCK, HALL y STEVENSON (1952) mencionan que de 10 casos tratados por operación sólo en cuatro se logró la curación. Posteriormente, INGRAHAM y MATSON (1954), en su libro de Neurocirugía infantil, refieren seis ejemplos observados en el Hospital de Niños de Boston, y de los cuales sólo cuatro fueron operados (dos en condiciones extremas) con dos recuperaciones. LAFON y cols. (1956) presentan otro caso de dos abscesos frontales, al parecer independientes y extirpados en dos operaciones, en un enfermo de diecinueve años que se recuperó y fué operado después del proceso cardíaco (anastomosis subclavia-pulmonar). Finalmente, los doctores LEY tienen otro caso reciente de un absceso parietal, extirpado con éxito, en una niña de ocho años que había sido operada previamente de la cardiopatía con la intervención de Blalock. Esta observación de LEY está ya en prensa para publicarse en esta Revista.

En resumen, y aunque son todavía contados y excepcionales los ejemplos que existen en la literatura neuroquirúrgica de abscesos cerebrales tratados con éxito en las cardiopatías congénitas, el mejor diagnóstico clínico de estos procesos en el futuro permitirá, sin ninguna duda, aumentar la casuística, hoy tan escasa, de enfermos curados. El interés terapéutico reciente en el problema de las afecciones congénitas del corazón exige también la divulgación de estas graves complicaciones encefálicas, tan peculiares de estos enfermos.

RESUMEN.

Se presenta un caso de absceso cerebral en la región parieto-occipital de una niña que sufría una cardiopatía congénita (tetralogía de Fallot). El absceso fué tratado con éxito con una extirpación completa después de una serie de punciones evacuadoras.

Se revisa la literatura sobre este problema y el escaso número de casos curados que existen, y que alcanza solamente a ocho con nuestro ejemplo.

Un mejor conocimiento clínico de estos abscesos cerebrales paradójicos en las cardiopatías

congénitas y el interés reciente de estos problemas cardíacos aumentará, sin duda, las observaciones de este tipo en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- BELLER, A. J.—Journ. Neurosurg., 8, 239, 1951.
 COHEN, I., BERGMAN, P. S. y MALIS, L.—Journ. Neurosurg., 8, 225, 1951.
 GLUCK, R., HALL, J. W. y STEVENSON, L. D.—Pediatrics, 9, 192, 1952.
 INGRAHAM, F. D. y MATSON, D. D.—"Neurosurgery of infancy and childhood". Thomas, Springfield, 1954.
 LAFON, R., LABANGE, R., CADILHAC, J., VLAOVITCH, B. y SUIRE, A.—Rev. Neurol. París, 94, 386, 1956.
 ROGER, H., POURSINES, Y. y ROGER, J.—Rev. Neurol. París, 86, 208, 1952.
 SMOLIK, E. A., FLATTNER, R. J. y HEYES, F. M.—Journ. Amer. Med. Assoc., 130, 145, 1946.

TUMORACION INTRATORACICA DE ETIOLOGIA INCERTA

RAÚL CAPOTE.

Hospital Civil (Santa Cruz de Tenerife).

Considero de interés la publicación de este caso, porque como se verá en la reseña del mismo, si bien el problema terapéutico se resolvió totalmente con éxito, el diagnóstico nos planteó un problema que no ha sido resuelto ni aun con el estudio histopatológico de la pieza después de extirpada. Nuestra ilusión es que comunicaciones posteriores, de otros colegas que hayan tenido en sus manos casos similares al que nos ocupa, nos den la luz para aclarar la etiología de este proceso.

El caso es el siguiente:

Enferma N. R. D., de diecinueve años de edad, soltera, natural de San Miguel de Geneto (Tenerife).

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Menstruación, cada quince días, desde hace dos años.

Enfermedad actual.—Después de una bronquitis, como tardara más de lo corriente en recuperarse, consulta a su médico aquejando cansancio e imposibilidad de dormir acostada sobre el lado izquierdo, porque dice faltarle el aire en esa posición. Al hacer la exploración radioscópica de rutina se descubre una imagen, al parecer de aspecto normal, en el hemitórax derecho (fig. 1). La enferma es remitida por su médico a nuestra consulta, donde se practica una radiografía lateral (fig. 2), a la vista de la cual pensamos se trata de una tumoración posterior, al parecer extrapulmonar, y situada en la gotiera costovertebral.

Análisis de sangre.—Hematies, 4.100.000. Hb., 82 por 100. V. G., 1. Leucocitos, 5.200. Basófilos, 1. Eosinófidos, 6. Presegmentados, 8. Segmentados, 58. Linfocitos, 13. Monocitos, 14. Velocidad de sedimentación, 15-32 mm.

En vista de la discreta eosinofilia, que hace pensar en una enfermedad parasitaria, se practica un Cassoni que da resultado negativo. Aunque en Canarias no hay quistes hidatídicos, se

piensa en la posibilidad de que se trate de un quiste de esta naturaleza por lo anodino de los análisis de sangre, la velocidad de sedimentación baja, la juventud de la enferma y el buen estado general de la misma, que hacen pensar en un proceso benigno. Pero la negatividad de la reacción de Cassoni y la no existencia de esta

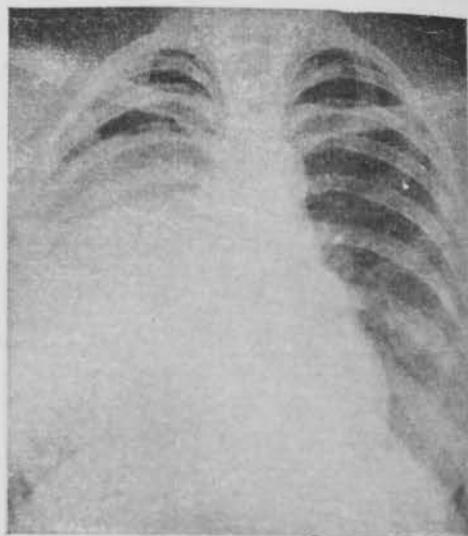


Fig. 1.—Radiografía antero posterior de tórax.

enfermedad en nuestro medio, nos hacen desistir de tal diagnóstico.

En el tiempo transcurrido desde que se operó esta enferma hasta la fecha, el autor ha tenido ocasión de intervenir dos quistes hidatídicos, uno de pulmón y otro de hígado, en indi-

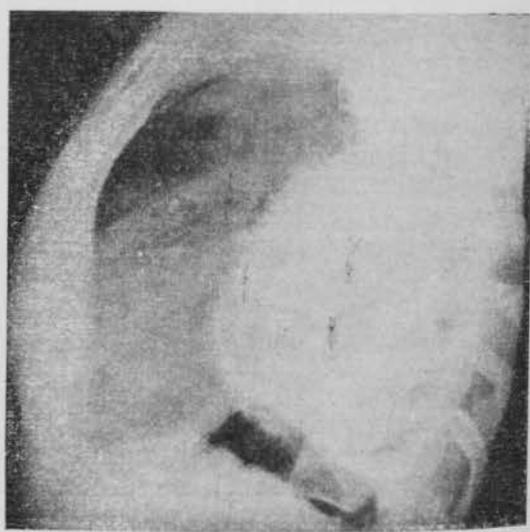


Fig. 2.—Radiografía lateral de tórax.

viduos que han vivido siempre en estas islas, lo cual demuestra que si esta enfermedad no es frecuente en estas latitudes, no por ello es imposible la aparición de casos aislados.

Pensamos entonces en las tumoraciones de la pleura parietal y en los tumores nerviosos de la gotiera costovertebral. Los primeros (endoteliomas, generalmente malignos), los descar-