

estados que pueden desde fuera determinar una enteropatía, son indispensables. El estudio de la flora intestinal en las enteritis tiene un objeto científico y sobre todo sanitario para los casos de enteritis primariamente infecciosoparasitarias; los predominios de fermentación o putrefacción para el práctico no revisten una importancia singular.

El estudio se justifica por la enorme frecuencia y la intensa repercusión general de las enteritis delgado; aquí como en otros procesos se ve el paso

de un proceso disfuncional a una enfermedad orgánica en el sentido histológico y la cronificación por la persistencia de factores que cierran un círculo vicioso. El intestino no es la causa de todos los males pero lo es de muchos, y su enfermedad crea una alteración en funciones complejas en las que trabaja sinérgicamente con otros órganos; a la larga afecciones muy orgánicas e irreparables son su consecuencia; en este aspecto se abren a la hora actual prometedores horizontes.

## ORIGINALES

### ASPECTOS POCO FRECUENTES EN LOS QUISTES HIDATÍDICOS TORÁCICOS

L. DE LARA

(Radiólogo)

Clinica Universitaria, Madrid. Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ. Departamento de rayos X

Es bien conocido cómo a la variabilidad de las imágenes radiológicas de los quistes hidatídicos pulmonares debida a su estado de evolución, infeción, ruptura, etc., hay que añadir las originadas por el asentamiento en zonas especiales en las que las características radiológicas del quiste, quedan no sólo desdibujadas sino que adoptan las de otros procesos formativos totalmente distintos. Nos referimos como es natural, al hacer estas consideraciones previas a los quistes cerrados, sin complicaciones, aislados del parénquima circundante que, como es sabido son los que reúnen las condiciones ideales para la representación radiológica clásica en forma de sombra redondeada, de contornos nítidos sin alteraciones en la zona circundante y aislada en pleno parénquima pulmonar, definición que desde BÉCLÉRE y pese a las múltiples objeciones ESCUDERO, etc., es la que nos permite sólo por la lectura radiográfica establecer en firme o con grandes probabilidades de acierto el diagnóstico de quiste hidatídico.

*Primer caso.* — Referido ampliamente por nuestro compañero el Dr. ROMEO en esta misma Revista (15 enero 1944). Por esta razón no haremos más que describir sucintamente las principales características clínicas.

Se trataba de un enfermo de sesenta años que aquejaba fundamentalmente disnea de esfuerzo desde hacia año y medio, que fué en aumento hasta el momento de consultar en que con el más ligero esfuerzo la sensación de ahogo es intensa. En decúbito sólo puede estar sobre el lado derecho ya que en supino e izquierdo la disnea se acentúa considerablemente. Parestesias en las yemas de los dedos y gran cianosis de labios. Ninguna otra sintomatología. Antecedentes personales y familiares sin interés. Los datos más salientes de la exploración clínica (doctor ROMEO) son: Cianosis de labios, orejas y mucosa bucofaríngea. Miosis bilateral sin reacción a la luz y acomodación, enoftalmos y disminución de la

hendidura palpebral. En tórax, enfisema, matidez en una zona paravertebral, que comprende desde tercio superior de escápulas hasta bases pulmonares, matidez de forma redondeada y de unos 15 cm de diámetro. En plano anterior, matidez paraesternal derecha de forma oval y diámetro mayor longitudinal. Estertores secos y húmedos y abolición del murmullo vesicular a nivel de la matidez. La exploración de restantes aparatos nada fundamental. Análisis de orina, sin interés. Un análisis de sangre daba como datos más significativos: 14.000 leucocitos, 84 neutrófilos, 14 linfocitos y 1 eosinófilo. V-S. índice de 7.5. Análisis de esputos: numerosos polinucleares y algunas células de epitelio bronquial. Numerosa flora de estafilococos, tetragenos, *micrococcus catarralis*. No bacilos de Koch. Otro análisis posterior: 10.100 leucocitos, 81 neutrófilos, 14 en cayado y 0 eosinófilos. V-S. índice 7 mm.

De la exploración radiológica resultaba lo siguiente: En radioscopía se observa una masa densa de aspecto formativo, en el lado derecho y yuxtacardial, confundida con la silueta cardíaca. Los contornos de la formación aparecían nítidos y angulados y no eran pulsátiles. En el lado izquierdo reacción hiliar marcada. En proyección lateral derecha la masa se confunde con la sombra cardíaca permaneciendo libres los espacios ante y retrocardiacos, no pudiendo ser aislada del mediastino (figuras 1 y 2).

La radiografía, además de completar lo visto en la radioscopía, demuestra éstasis vascular muy intenso en ambos campos pulmonares con una imagen densa en sentido vertical yuxtamediastínica. Engrosamiento de las regiones hiliares especialmente la izquierda en la que es perceptible una imagen gruesa adenopática inmediata a cayado aórtico. Refuerzo trabecular y sombras redondeadas poco densas y otras más pequeñas irregulares ambas diseminadas por ambos campos pulmonares (fig. 3).

Del estudio del cuadro clínico y radiológico se llegó, como es natural al diagnóstico genérico de tumoración mediastínica. Desde el primer momento se plantea el diagnóstico diferencial entre linfosarcoma y linfogranuloma. Teniendo en cuenta la leucocitosis con neutrófilia y radiológicamente si bien los caracteres de la neoformación (desarrollo preferente en un solo sentido, contornos definidos y angulados y falta de sombras propiamente ganglionares con espacio retrocardíaco libre), no iban

muy en favor de la enfermedad de Hodgkin, se admitió como más verosímil siendo ingresado en la clínica con la idea de ser sometido al tratamiento radioterápico y seguir la evolución.

A las pocas horas de su ingreso desarrolla un cuadro grave de insuficiencia circulatoria que, pese al intenso tratamiento progresó rápidamente hasta dar lugar al *exitus* a las 36 horas.

El informe de autopsia (Dr. ARTETA) circunscribióndose a los hallazgos de pulmón y mediastino que son los que nos interesan fundamentalmente, dió lo siguiente: tórax, extensas y difusas adherencias en el lado derecho. En el plano anterior, entre el borde anterior del pulmón y pericardio existe una masa alargada en sentido longitudinal, de forma ovoidea, adherida a pulmón de un lado y al pericardio de otro, formando cuerpo con ambos. Hendida una gruesa cápsula fibrosa, se individualiza un contenido de vesículas en forma de granos de uva, conteniendo un líquido transparente, como agua de roca. La cavidad tiene aproximadamente las dimensiones de un puño cerrado, comprime aurícula derecha, arteria pulmonar derecha y bronquio del mismo lado.

Ganglios mediastínicos de color rojonegruzco, muy aumentados de tamaño, muy blandos, mostrando su parénquima a la sección un aspecto semejante a la pulpa esplénica. Bronquios pueden seguirse con la tijera hasta sus ramificaciones más distales. Tumefacción y replección vascular de la mucosa que ofrece un aspecto aterciopelado y contiene un abundante flujo purulento. Pulmón derecho, contiene en sus lóbulos inferiores escasa cantidad de aire, de las boquillas bronquiales seccionadas por expresión rezuma abundante pus. Pulmón izquierdo: de la superficie de sección por expresión rezuma abundante cantidad de líquido espumoso y de los bronquios seccionados, pus.

El resumen del diagnóstico anatómico era el siguiente: quiste hidatídico pulmonar. Bronquitis crónica. Atelectasia del pulmón derecho. Congestión y edema del izquierdo. Dilatación e hipertrofia predominante del ventrículo derecho. Degeneración tigroide. Arteriosclerosis. Congestión y degeneración adiposa del hígado. Várices esofágicas.

Segundo caso. — Doctor RODA. Enfermo de 18 años de edad, profesión pastor. Hace un año en pleno estado de sa-

lud anterior, sintió un dolor poco intenso y persistente en base de hemitórax derecho (cara anterior) con febrícula, sin escalofríos, le duró el dolor 2-3 días, quedando luego con ligera astenia, tos escasa, sin expectoración. La tos y los movimientos no influían para nada el dolor. Al poco tiempo siente las mismas sensaciones dolorosas en hemitórax izquierdo, en cara anterior en base. Guardó cama durante cuatro días durante los cuales le remitió algo el dolor sin llegar a desaparecer del todo hasta pasar varios días. Al poco tiempo nueva recidiva persistiendo el dolor hasta el momento de venir a consultar. Ha abandonado el trabajo, habiendo hecho ejercicio discreto sin notar aumento de las molestias, no impidiéndole asimismo ninguna de sus habituales actividades.

Por parte de los restantes aparatos no se recoge ningún síntoma especial.

Antecedentes familiares, sin interés; personales igualmente sin importancia.

Exploración: Enfermo bien constituido, buen estado de nutrición; buena coloración de piel y mucosas. Dentadura bien, faringe normal. Adenopatía del tamaño de un garbanzo pequeño, de consistencia fibrosa, rodadera, no dolorosa, en axila izquierda.

Pulmones: Percusión y auscultación, normales.

Corazón: Tonos normales, arritmia respiratoria, 76 pulsaciones.

Abdomen: No se percute ni palpa nada anormal. Hígado y bazo no aumentados. No puntos dolorosos.

Sistema nervioso: Exploración negativa.

Datos de laboratorio: Orina, densidad 1.013; reacción ácida; albúmina y glucosa, no contiene. Análisis de sangre: Hematies, 4.300.000. Hg., 86. V. G., 1. Serie blanca, Leucocitos, 9.000; neutrófilos adultos, 58; cayado, 15; total, 73. Eosinófilos, 7; basófilos, 0; linfocitos, 14; monocitos, 6. Velocidad de sedimentación: índice, 1.75.

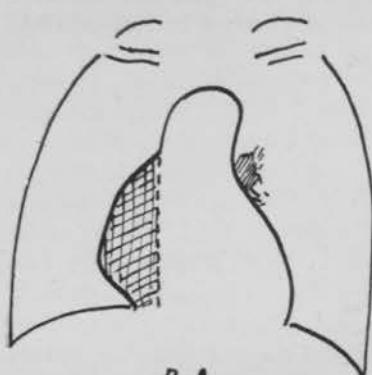


Fig. 1

borde anterior del pulmón y pericardio existe una masa alargada en sentido longitudinal, de forma ovoidea, adherida a pulmón de un lado y al pericardio de otro, formando cuerpo con ambos.

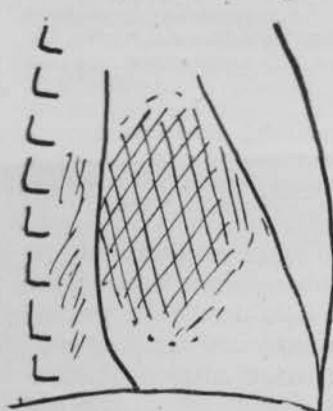


Fig. 2. — Lateral D.

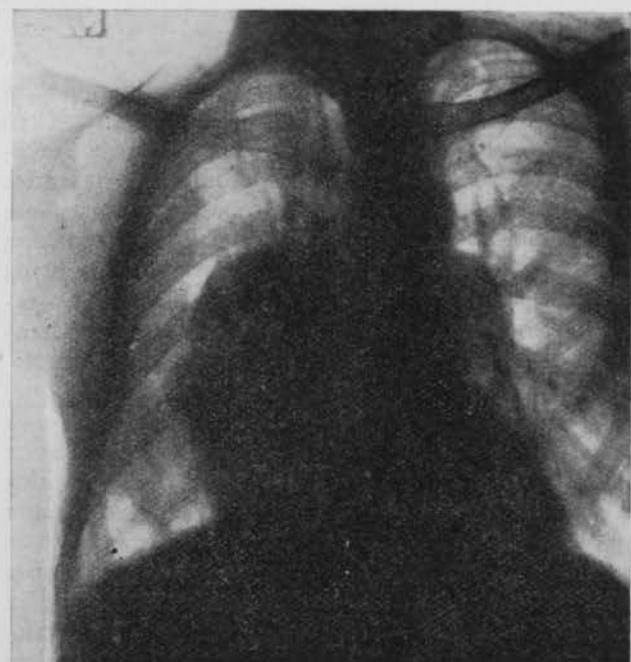


Fig. 3

Exploración radioscópica de tórax: En hemitórax izquierdo y superpuesta al cayado aórtico imagen semiesférica, de densidad media y de contornos nítidos, no pulsátil y que en proyección lateral aparece superpuesta a la sombra de aorta, quedando claro el espacio retrocardíaco. En hemitórax derecho en base y próxima a pared derecha, imagen densa redonda, de contornos regulares sin reacción de parénquima circundante, sin ocupación de seno costodiaphragmático y con buena movilidad diafragmática (figura 4). La figura 5 confirma los datos radioscopicos.

Clinicamente ante una sintomatología tan escasa no era factible sentar con probabilidades de acierto ningún diagnóstico, el cual quedaba a resultas de las exploraciones complementarias, laboratorio, rayos X, etc. A la vista del hallazgo radioscópico y del estudio de la radiografía quedaba aclarada la cuestión en el sentido de quistes hidatídicos pulmonares. La eosinofilia de 7, así como la positividad del

Cassoni que dió 4 cruces lo corroboran.

En nuestra opinión el interés de este caso, mucho menor desde luego que el anterior, es que el diagnóstico radiográfico pudo establecerse con certeza por la imagen del quiste de la base derecha, ya que la del situado en el lado izquierdo, por su localización yuxtaáortica, por sí solo, nos parece poco característica.

Tercer caso. — Enfermo de 17 años de edad; hace seis años y encontrándose anteriormente completamente bien se despertó con fuerte dolor y sensación de quemazón que desde el hombro derecho se irradiaba hasta el codo. Tuvo entonces que llevar el brazo en flexión sobre el pecho, ya que el menor movimiento provocaba violentos dolores. Simultáneamente se notaba el brazo más caliente que el resto del cuerpo e insensible. Al mismo tiempo percibió que se le caía el párpado del

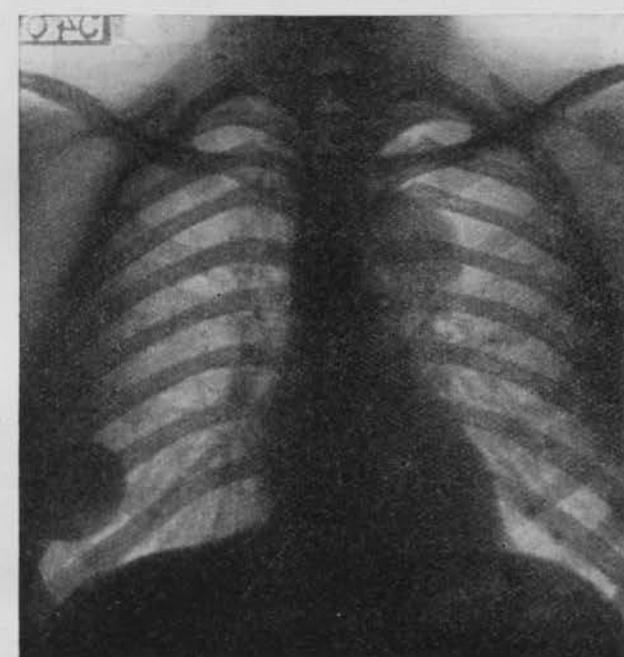


Fig. 5

ojo derecho y ligera desviación de la boca hacia el mismo lado derecho. Siguió con los dolores durante ocho días al cabo de los cuales le fueron remitiendo poco a poco, percibiéndolos ulteriormente muy ligeros durante unos meses, y sólo con los cambios de temperatura. Desde entonces persiste la ptosis palpebral derecha, habiendo notado que no tiene secreción sudoral en la mitad derecha de la cara, hombro y brazo derechos, así como dificultad para respirar por la ventana nasal del mismo lado.

Siguió haciendo su vida corriente hasta mayo último en que comienza a notar fatiga a los esfuerzos con sensación de opresión en la parte superior del hemitórax derecho. La disnea



Fig. 6

se fué acentuando, llegando a limitar grandemente su actividad. No tenía tos, ni expectoración, ni dolores en el brazo derecho. En septiembre, bruscamente, fiebre alta y escalofrío, sin dolores de ningún género, le duró ocho días con abundante expectoración de color verdoso y algo de mal olor, sin sabor especial. Los tres primeros días sentía ruidos en el pecho con mucha opresión y fatiga. El cuadro fué cediendo hasta quedarse bien al cabo de una semana.

En la actualidad sigue con disnea de esfuerzo, que es lo que motiva el consultar. Buen apetito, sin pérdida de peso.

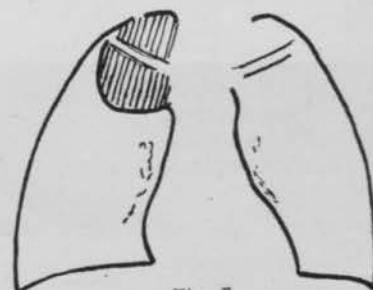


Fig. 7

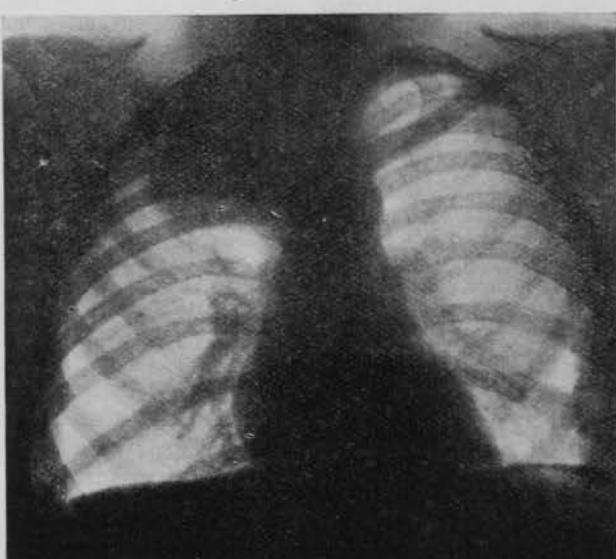


Fig. 8

Antecedentes personales y familiares, sin interés. Los datos de más relieve en la exploración clínica, son:

Ptosis acentuada del párpado superior del lado derecho con enoftalmos y miosis. Exploración de nervios craneales, normal. En porción anteroinferior derecha del cuello abultamiento blando, no doloroso, sin bordes precisos (fig. 6).

Matidez en vértice derecho que se extiende desde la cresta del omóplato hasta primero-segundo espacio intercostal por delante. Disminución del murmullo vesicular con soplo tubárico inspiratorio y espiratorio.



Fig. 9. — A 6 cm. de pared posterior

Corazón normal. Tensiones 9-6. Disminución del pulso radial con retardo en el lado derecho que desaparece al colocar el brazo en extensión y hacia arriba.

*Exploración neurológica.* — Ligera disminución de fuerza en la mano derecha. Disminución de reflejos en ambos lados sin reflejos patológicos. Zona de hipoestesia que abarca desde la mitad derecha del cuello, hombro y se extiende por la cara inferior e interna de brazo y antebrazo hasta la palma de la mano.

*Análisis de esputos:* Mucopurulentos no adherentes, muy aireados, pus color amarillo verdoso, dispuesto en grumos gruesos y filamentos. No se han visto bacilos de Koch, flora microbiana escasísima, heterogénea. Alguna célula faríngea, células bronquiales muy escasas, neutrófilos en regular cantidad, células atípicas, alguna con caracteres de célula tumoral.

*Análisis de sangre:* Hematies, 4.520.000. V-S, índice, 5. Leucocitos, 6.100; neutrófilos adultos, 54; cayado, 6; eosinófilos, 1; basófilos, 0; linfocitos, 34; monocitos, 5.

*Exploración radiológica.* — En la radioscoopia de tórax, se aprecia la existencia de una sombra redondeada densa, de contorno regular, que ocupa el vértice derecho y parte del lóbulo superior. Hilios reforzados sin ninguna otra particularidad (fig. 7). La radiografía hace más manifiesto el carácter de la sombra formativa, demostrando un adelgazamiento y destrucción en la extremidad de la primera costilla (fig. 8).

Ante este cuadro radiológico se establece el diagnóstico de tumoración pulmonar de la región api-

cal cuya filiación exacta resulta poco segura. La edad juvenil del enfermo, la evolución larga sin afectación general y radiológicamente, la delimitación nítida del contorno, permiten suponer la neoformación de naturaleza benigna. La existencia de un síndrome de Bernard-Horner, la afectación del plexo braquial, la localización apical y la destrucción costal son por otra parte elementos suficientes para enjuiciar el caso como tumor del sulcus pulmonar, tumor de Pancoast. Con esta tendencia diagnóstica es ingresado el enfermo para su observación y fundamentalmente para ser sometido a tratamiento radioterápico. Durante su estancia en la clínica no se observa ninguna particularidad clínica ni de exploración y recibe 36 sesiones de radioterapia sin apreciarse la menor variación en ningún sentido. La imagen persiste con los mismos caracteres. La exploración tomográfica (Dr. MIÑANA) demuestra con gran claridad la neoformación única, de densidad uniforme y de contornos regulares, apreciándose una sensible desviación traqueal hacia la izquierda (fig. 9).

Ante la negatividad de la radioterapia y el probable fácil acceso quirúrgico, se decide la operación. Es intervenido el día 7 de febrero del año actual (Dr. DUARTE) resecándose 5 cm. de las costillas 3-4 entre la columna vertebral y el ángulo costal, apareciendo una masa blanquecina subpleural, bien visible por transparencia. La punción da un líquido transparente de aspecto típicamente quístico. Se inyecta alcohol para esterilizar el quiste. La pleura



Fig. 10

aparece rechazada hacia afuera y adelante. El quiste, que está situado a la derecha en la parte superior del mediastino posterior es extraído totalmente (figura 10). Se deja tubo de drenaje.

El curso postoperatorio es normal.

#### CONCLUSIONES

Consideramos de interés la comunicación de estos tres casos, sobre todo el primero y el tercero, por las siguientes razones:

En el primer caso, cuadro radiológico de tumor mediastínico (linfogranuloma-linfosarcoma), aneurisma disecante, divertículo pericárdico de Kiemböck.

En el tercer caso cuadro de tumoración apical en el que junto a signos de neoformación benigna (contornos nítidos, densidad homogénea de la sombra, carácter expansivo, desplazamiento traqueal) existe como dato de malignidad la destrucción de la primera costilla y clínicamente el síndrome de plexo braquial y de Bernard-Horner que inclinan al diagnóstico en el sentido de tumor de Pancoast.

El segundo, el menos atípico, tiene el interés de la asociación de una imagen dudosa (mediastínica izquierda) con una imagen típica en base derecha, que es la que permite establecer con seguridad el diagnóstico de quiste hidatídico. Se deduce el valor de las imágenes redondeadas de contornos bien limitados en favor de quiste hidatídico.

Como conclusión accesoria y ya bien conocida, la significación diagnóstica diferencial de la ineffectiva de la radioterapia frente a las tumoraciones benignas (tercer caso).

#### ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund dreier Fälle von Lungenhydatidenzyste, die ein atypisches Roentgenbild zeigten, beschreibt der Verfasser die Differentialdiagnose dieser Prozesse sowohl was die Roentgenbilder anbetrifft als auch die therapeutischen Ergebnisse.

#### RÉSUMÉ

À l'occasion de trois cas qui offraient une image radiologique atypique de kyste hydatidique pulmonaire, l'auteur fait quelques commentaires sur le diagnostic différentiel de ces processus, aussi bien radiologique que des résultats thérapeutiques.

#### ALTERACIONES DIAFORÉTICAS EN LAS NEUROPATHIAS DE LA ENFERMEDAD DE CASAL

M. PERAITA,

(Director del Manicomio  
Nacional de Santa Isabel.  
Leganés.)

J. MÁRQUEZ

(Del P. N. A.)

y B. LLOPIS LLORET

(Jefe clínico del Hospital Provincial de Madrid)

Al estudiar clínicamente los casos con síndromes neurológicos carenciales, que surgieron en Madrid durante el invierno de 1937-1938, y los enfermos con cuadros pelagrosos típicos que comenzaron a presentarse en la primavera de este último año, pronto advertimos que tanto en aquéllos como en éstos, una gran parte de la sintomatología hallá-

base condicionada por alteraciones más o menos extensas y más o menos profundas del sistema vegetativo, en especial de determinadas estructuras neurovegetativas. En este sentido orientamos diversas investigaciones clínicas (investigaciones sobre la regulación vasomotora, pruebas de termorregulación, pruebas farmacológicas, etc.) y ya entonces nos propusimos estudiar, de igual modo, la secreción

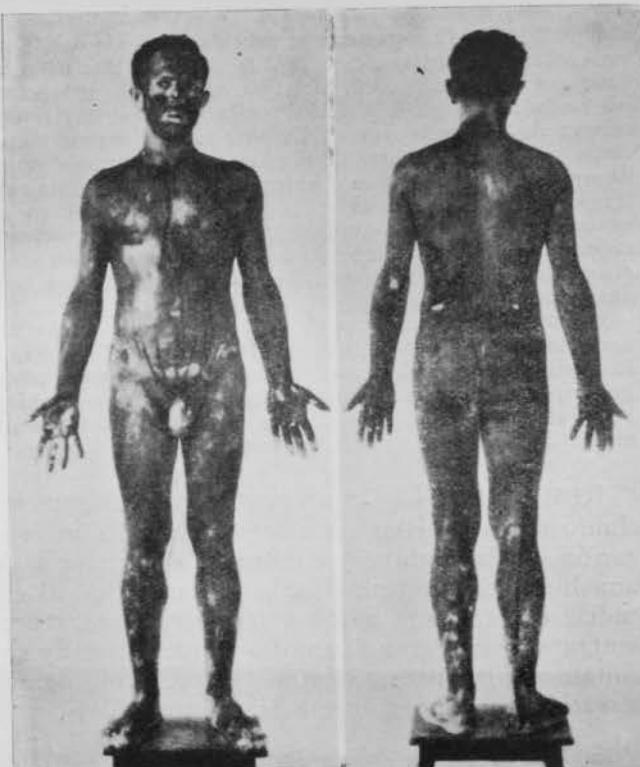


Fig. 1. — Sujeto normal. Diaforesis normal

sudoral. Pero todavía en aquella época ninguno de nosotros pudo prever la frecuencia y la importancia de las alteraciones diaforéticas que los enfermos iban a presentar algún tiempo más tarde, al iniciarse el verano. Al comenzar la estación calurosa, en efecto, y como ya hemos indicado en otro lugar (M. PERAITA), los enfermos acudían a nosotros sumamente extrañados explicándonos que por primera vez en su vida, al aparecer el calor, no sudaban, o apenas si sudaban. El trastorno, como se verá a continuación, unas veces era de tipo global, interesando la mayor parte de la superficie cutánea, y en otras ocasiones no afectaba más que a zonas muy limitadas de la misma. A la vista de estos datos clínicos estimamos inaplazable estudiar con mayor detenimiento dichas alteraciones, para lo cual nos hemos valido del método ideado por VÍCTOR MINOR. Este método se ha revelado como muy superior a las técnicas anteriormente usadas para el estudio de la diaforesis y, como señalan GUTTMANN y LIST, es especialmente apropiado para efectuar determinaciones de índole cuantitativa. La intensidad y los contrastes de color que se producen en la superficie cutánea permiten obtener asimismo excelentes reproducciones fotográficas de las zonas cuyo estudio interesa.

Es sabido que el método de Minor en manos de los investigadores de la escuela neurológica de Bres-