

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren untersuchen die Folgen der Phlebitis, sowie ihren Entstehungsmechanismus und Behandlung. Sie bringen die Erfolge der Lumbargangliktomie bei 17 Fällen und besprochen die Indikation für diesen Eingriff. Dann erwähnen sie noch, aus welche Symptome er hauptsächlich einwirkt, welche Komplikationen auftreten können sowie Erfolge und Misserfolge. Die eigene Erfahrung scheint wirklich gut zu sein.

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent les séquelles post-phlébitiques, leur mécanisme de production et leur traitement. Ils présentent le résultat obtenu par la gangliectomie lombaire dans 17 cas étudiés et discutent l'indication de cette intervention, au sujet des symptômes où elle agit principalement, ses complications, ses succès et ses échecs. Leur expérience personnelle est dans son ensemble franchement bonne.

CISTICERCOSIS DEL IV VENTRÍCULO

E. TOLOSA y F. DURÁN.

Servicio de Neurocirugía del Instituto Neurológico de Barcelona.

Entre las afecciones parasitarias del sistema nervioso central ocupa un lugar preeminente la cisticercosis, producida por la localización en el encéfalo y las meninges de la larva de la *Tenia Solium* en sus diferentes estadios de evolución, dando lugar al desarrollo de vesículas o granulomas en las leptomeninges, en la sustancia nerviosa o en los ventrículos. Las vesículas pueden presentarse aisladas, constituyendo un quiste único, o bien agrupadas en racimos (cisticercosis racemosa). El granuloma es un estadio ulterior en la evolución del parásito, que al morir provoca una reacción inflamatoria en el tejido que lo contiene, acabando por calcificarse en la mayoría de los casos.

En las leptomeninges adopta frecuentemente la forma de cisticercosis racemosa y se localiza de preferencia en la base del cráneo o en la cisterna magna.

En la sustancia nerviosa los cisticercos tienen especial predilección a localizarse en la superficie cortical, aunque han sido hallados en cualquier otra región del parénquima cerebral.

De los ventrículos, es especialmente en el IV ventrículo donde más a menudo ha sido hallado el parásito, ya sea en su forma de larva enquistada (vesícula) o constituyendo un nódulo calcificado. La localización ventricular es

la menos frecuente en relación a las otras localizaciones nerviosas. ARANA y ASENJO², en 1945, aportan siete casos entre una serie de 25 observaciones de cisticercosis cerebral. PINTO PUPO y MATOS PIMENTA¹⁰ estudian cuatro casos entre los de otras localizaciones. STEPIEN y CHOROSKI¹¹, entre una serie de 23 observaciones, hallan tan sólo cuatro casos de cisticercosis del IV ventrículo. De las aportaciones de otros autores, SCHMITE y LEMOYNE, ALOJOUANINE, THUREL y HORNET, ADELSTEIN¹¹, DICKMANN⁶, ALAYZA y CHÁVEZ IZQUIERDO¹, INSAUSTI⁸, CAZENEURVE⁵, y entre nosotros: BARCIA GOYANES³, OBRADOR ALCALDE⁹ y GOTOR⁷, se deduce que la frecuencia del cisticercos en el IV ventrículo oscila entre 20-25 por 100 en relación a las otras localizaciones del parásito en el sistema nervioso.

Nuestro material comprende una serie de 16 observaciones de cisticercosis cerebral, de entre las cuales 4 corresponden a la forma ventricular. En dos de ellos existía una ependimitis granulosa concomitante; en los otros dos casos la cisticercosis del IV ventrículo no se hallaba asociada a otras lesiones. En uno de los casos se practicó una craniectomía suboccipital, pero la lesión intraventricular no fué extirpada. El paciente falleció en el curso postoperatorio. En un segundo caso se practicó una operación paliativa (craniectomía descompresiva subtemporal derecha), con lo cual se logró una remisión completa de la sintomatología durante un período de cuatro años. En los otros 2 casos se expuso la cavidad ventricular y se extrajeron de la misma los cisticercos. Uno de estos enfermos murió después de la intervención. En el caso restante, que es el que motiva el presente trabajo, se ha conseguido, en cambio, una curación clínica que persiste desde hace dos años.

Observación.—Se trata de una enferma de treinta y cinco años (A. L. S.), casada, en cuyos antecedentes familiares y personales no se observa ningún dato digno de mención.

Su enfermedad actual se inicia hace seis meses, apareciendo como sintomatología subjetiva inicial, y de un modo brusco, cefalea violenta de localización frontal bilateral y suboccipital, vértigos y vómitos. Estos tres síntomas se presentan en forma de una crisis aguda que duró aproximadamente unas veinticuatro horas. Desde entonces ha presentado crisis semejantes que se repiten en intervalos de un mes. En los períodos interparoxísticos aqueja sólo trastornos de la marcha, con inseguridad, pulsión hacia atrás y vértigos. Estos últimos aparecen especialmente en los cambios de posición de la cabeza y del tronco, así como al dirigir la mirada hacia los lados. Durante la marcha mantiene el cuello y tronco rígidos, procurando no mover la cabeza ni balancearse. Desde hace un mes, las crisis antes mencionadas se presentan cada ocho días, siendo mayor su intensidad y duración. En la última de ellas llegó a perder el conocimiento.

Desde hace ocho semanas, disminución bilateral de la agudeza visual y diplopia transitoria. Ingresa en el Servicio de Neurocirugía del Instituto Neurológico.

Examen objetivo (30-VIII-1949): Borrosidad peripapilar en ambos lados. Paresia del sexto par derecho. Paresia facial izquierda de tipo central, sólo en las inervaciones emocionales. Hipoacusia bilateral, más marcada en el lado izquierdo. Sacudidas nistágmicas de pequeña amplitud en las posiciones laterales extremas de la mirada. En la prueba de Barany se pone de manifiesto

una hipoexcitabilidad bilateral. Romberg: caída hacia atrás y a la derecha. Brazos extendidos: elevación de ambos brazos y caída hacia atrás y a la derecha. Marcha: insegura, titubeante y con pulsiones hacia la derecha y atrás. Pruebas de coordinación correctas en las cuatro extremidades. Actitud anormal de la cabeza, que mantiene ligeramente flexionada hacia la izquierda. Ligera rigidez de la nuca. El resto de la exploración neurológica es negativa.

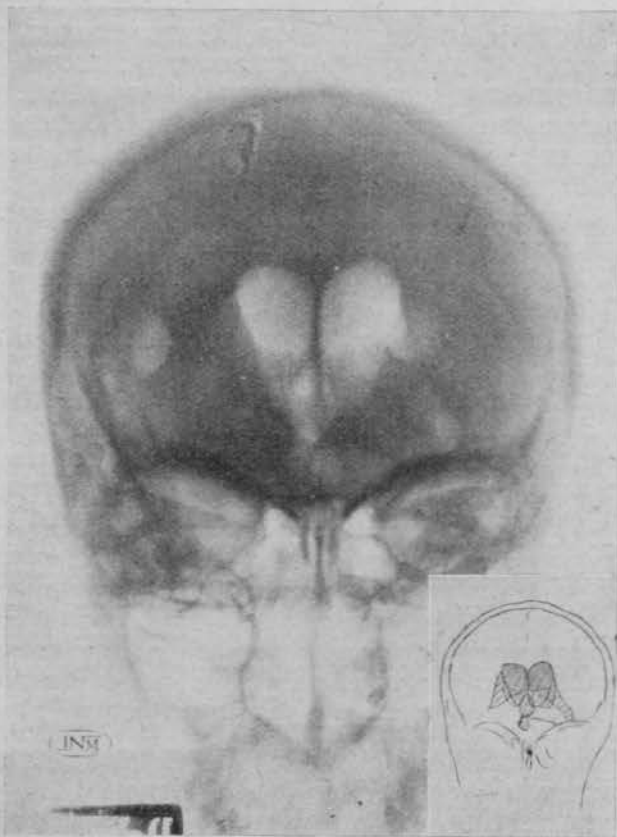


Fig. 1.—Proyecciones sagitales, occipucio placa y frente placa (fig. 2). Dilatación simétrica de los ventrículos laterales y del III ventrículo. Visualización del IV ventrículo, que muestra un defecto de repleción en su mitad inferior.

En los exámenes de laboratorio sólo se pone de manifiesto una eosinofilia con ligera leucopenia.

Ventriculografía por trépano-punción bilateral de las astas occipitales: No existe hipertensión intracraneal acusada. Insuflación de aire a través de ambas cánulas ventriculares.

En las radiografías (figs. 1, 2 y 3) se observa: En las proyecciones sagitales, una distensión global y simétrica de los ventrículos laterales y del III ventrículo, que ocupa una posición normal. El IV ventrículo aparece visualizado en forma de una sombra irregular, estando desplazado hacia arriba y ocupando el aire sólo su parte superior. En las proyecciones laterales, el IV ventrículo muestra un defecto de repleción de su porción postero-inferior.

Diagnóstico ventriculográfico Proceso expansivo del vermis cerebeloso o tumor del IV ventrículo.

Operación (7-X-49): Craniectomía suboccipital bilateral tipo Dandy. Resección del arco posterior del atlas. Después de incidir la dura, se observa un cono de presión simétrico y poco acusado. La inspección del agujero de Magendie revela la presencia de un quiste intraventricular. Sección sagital y media del vermis cerebeloso, profundizando hasta el techo del IV ventrículo; en el momento de incidir la membrana tectoria, se exterioriza un quiste del tamaño de un grano de uva, de paredes bastante traslúcidas, a través de las cuales se observa una pequeña masa blanquecina, del tamaño de un guisante, en el interior del quiste. Este no contraía ninguna adherencia con las paredes ventriculares, por lo cual se exterioriza con facilidad. La

inspección de la cavidad ventricular revela la presencia de un segundo quiste (fig. 4), que es fácilmente exteriorizado con las pinzas.

Sutura hermética de la dura y reposición habitual del colgajo músculo-tegumentario.

Examen histológico.—El examen de los quistes muestra la típica estructura del cisticerco.

En el curso postoperatorio, que transcurre dentro de los límites de la normalidad, hay que destacar solamente

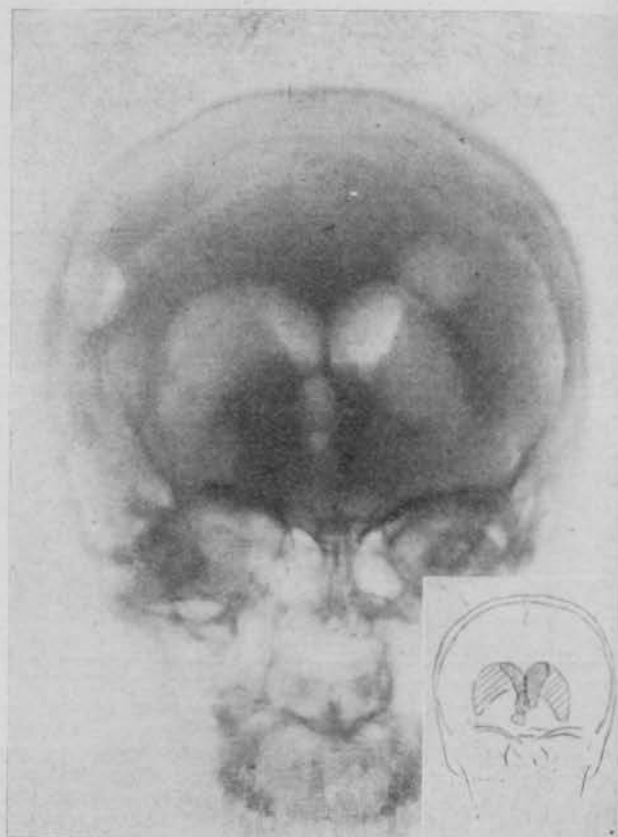


Fig. 2.

la aparición de un síndrome meníngeo, que se presenta un mes después de la operación. El análisis de l. c. r. en esta fecha muestra las características de una meningi-

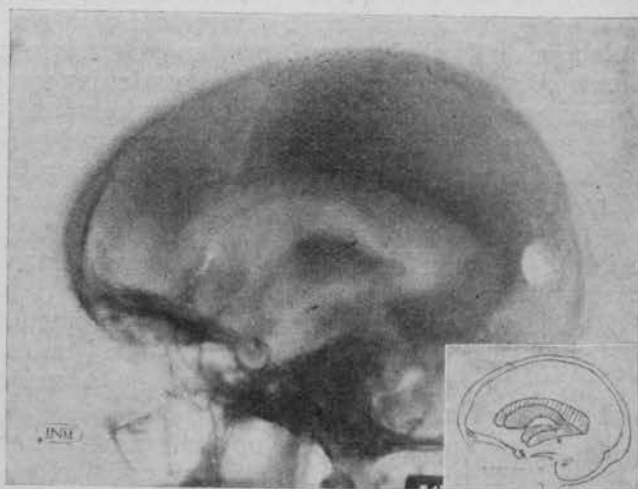


Fig. 3.—Proyección lateral. El IV ventrículo muestra un claro defecto de repleción en su porción postero-inferior.

tis aséptica (células, 2.000; albúmina, 1,60 g.; citología, predominio de linfocitos). Dicho síndrome regresa en el curso de una semana.

La enferma (fig. 5) es dada de alta dos meses más tarde (tres meses después de la operación) sin ninguna

molestia subjetiva y siendo su exploración neurológica prácticamente negativa. Persiste sólo un ligero trastorno de la marcha.

En la actualidad (dos años después de la operación) su estado es satisfactorio, llevando a cabo una vida completamente normal.

COMENTARIOS.

Creemos de interés destacar que la sintomatología que presentaba nuestra enferma se parece considerablemente a la descrita por BRUNS como característica de la cisticercosis del IV ventrículo. Hay que tener en cuenta, sin embar-



Fig. 4.—Aspecto de los quistes extirpados.

go, que este cuadro no puede en modo alguno ser considerado como estrictamente patognomónico, pues ha sido observado en otras lesiones subtentoriales de la línea media, e incluso de los hemisferios cerebelosos.

El diagnóstico de la cisticercosis del IV ventrículo ofrece dos aspectos. Por una parte, el diagnóstico focal, o sea de afección del IV ventrículo, y por otra, el diagnóstico etiológico.

En cuanto al primero, la sintomatología clínica es con frecuencia suficientemente característica para orientar el diagnóstico de localización hacia el IV ventrículo, o por lo menos hacia la fosa craneal posterior. Es típica la aparición de crisis de hipertensión intracraneal con cefaleas, vómitos y vértigos que se presentan y desaparecen bruscamente y que se desencadenan de ordinario por los cambios de posición de la cabeza. El examen objetivo neurológico confirma casi siempre la existencia de un síndrome de hipertensión intracraneal, asociado a un síndrome vestibular o cerebeloso. El ventriculograma es el que permite, sin embargo, establecer con seguridad el diagnóstico de afección del IV ventrículo, mostrando una dilatación bilateral y simétrica de los ventrículos laterales. El III ventrículo y el acueducto aparecen también dilatados, mientras que el IV ventrículo o no se visualiza o muestra defectos parciales de repleción.

En cuanto al diagnóstico etiológico, son varios los datos que pueden orientarnos hacia la cisticercosis. En ocasiones es posible observar la presencia de nódulos en otros puntos del organismo (tejido celular subcutáneo, lengua, pulmones, etc.). La radiografía simple del cráneo puede mostrar, en ocasiones, calcificaciones

múltiples, que corresponden a otros tantos cisticercos calcificados. En los dos casos de ALAYZA y CHÁVEZ¹ se observan calcificaciones múltiples.

Los exámenes de laboratorio son de un interés considerable. En sangre es frecuente encontrar eosinofilia. En el l. c. r. son datos de un valor positivo la linfocitosis con eosinofilia. La positividad de las reacciones de desviación del complemento con antígeno de cisticercos no dejan lugar a dudas en cuanto al diagnóstico etiológico. Sin embargo, la negatividad de las mismas no excluye la cisticercosis. Por otra parte, cuando se ha establecido el diagnóstico clínico de síndrome del IV ventrículo con hipertensión intracraneal, se renuncia prudentemente a practicar una punción lumbar, por las consecuencias que la misma podría acarrear. Un caso relatado por BARCIA GOYANES², en el que la punción lumbar produjo la muerte del enfermo, es demostrativo a este respecto. El análisis del l. c. r. obtenido por punción ventricular no hace, en caso de ser positivo, cambiar la conducta terapéutica, la cual es decidida predominantemente por los resultados del ventriculograma. Es, por estos motivos, que el diagnóstico serológico ofrece sólo una importancia relativa, ya que en realidad lo decisivo para el pronóstico y la indicación operatoria es el carácter (único o múltiple) de las lesiones y la mayor o menor difusión de las mismas, datos que no pueden ser indicados por el análisis del l. c. r.

El ventriculograma ofrecería, según ARANA y ASENJO², determinadas características, tales



Fig. 5.—La zona operatoria dos meses después de la intervención.

como defectos de repleción en el acueducto y IV ventrículo y presencia de aire en la cisterna magna y en la convexidad del cerebelo. En algunos casos les ha sido posible observar cómo el aire delineaba la imagen del quiste. En nuestra casuística hemos encontrado siempre imágenes ventriculográficas que traducen la existencia de un proceso expansivo de la fosa cra-

neal posterior. En el caso que motiva la presente comunicación, el acueducto se visualiza sólo parcialmente y el IV ventrículo muestra un defecto de repleción de su porción postero-inferior. Es posible ver pequeñas cantidades de aire en la cisterna y en la convexidad del cerebelo. A pesar de la frecuencia con que se presentan las mencionadas imágenes ventriculográficas, creemos que no puede concederse a las mismas un valor diagnóstico absoluto. Es al cotejar los datos clínicos con el resultado de los exámenes de laboratorio y la ventriculografía cuando se puede tener una impresión diagnóstica sobre la localización y la naturaleza del proceso causal.

Pasando ahora a ocuparnos de los resultados operatorios debemos señalar, en nuestro caso, la total regresión de la sintomatología (tanto en las manifestaciones focales como del síndrome de hipertensión intracraneal), lo que creemos que autoriza a hablar de una curación clínica probablemente definitiva, pues la persistencia de la misma a los dos años de la operación nos hace suponer que se trataba de una lesión única del neuroeje y que éste se halla en la actualidad libre de vesículas parasitarias. Estas características catamnésicas nos parecen tanto más interesantes cuanto que en muchas de las observaciones publicadas las referencias sobre la evolución postoperatoria son insuficientes o imprecisas, o el tiempo transcurrido desde la operación es excesivamente corto para poder valorar con la perspectiva necesaria la eficacia de la misma.

La cirugía de la cisticercosis cerebral no ha sido valorada de un modo unánime por los diversos neurocirujanos, aunque cabe afirmar que el criterio pesimista ha predominado en todo momento. Así, DANDY, que aportó dos casos en 1932, consideraba inútiles los esfuerzos de la cirugía en el tratamiento de la cisticercosis cerebral. CAIRNS considera indicada la intervención quirúrgica sólo en aquellos casos en los que "uno o dos quistes son la causa de ataques epileptiformes focales". DIXON, SMITHERS y ALEXANDER insisten en la importancia del diagnóstico de esta enfermedad, ya que así puede ser evitada una operación inútil en el cerebro. No menos pesimista es, asimismo, la opinión de MAC ARTHUR en su serie de 60 observaciones. Sin embargo, trabajos recientes se expresan en el mismo sentido. STEPIEN y CHOROBSKI¹¹ analizan los resultados obtenidos en 98 casos sometidos al tratamiento quirúrgico, resumiendo los resultados del mismo en el siguiente cuadro:

Recuperados	19,1 %
Mejorías	30,9 %
Sin modificación	9,6 %
Exitus	34,0 %
Desconocidos	6,4 %

Como puede verse, la mortalidad operatoria es de un 34 por 100 y los resultados favorables alcanzan un 50 por 100.

Dejando aparte estos datos generales, nos interesa aquí analizar concretamente los resultados del tratamiento operatorio en la cisticercosis aislada del IV ventrículo.

A este fin hemos reunido en el cuadro adjunto todos los casos de la misma que hemos hallado en la literatura. Tan sólo hemos incluido en nuestro cuadro las observaciones en que la vesícula o vesículas del IV ventrículo fueron extirpadas totalmente.

Los casos en que la operación se limitó a una simple exploración o consistió únicamente en una descompresiva, han sido excluidos de nuestra tabla, así como aquellos en que las vesículas ventriculares coexistían con vesículas en la cisterna magna o en el ángulo ponto-cerebeloso, hallazgos dependientes de una cisticercosis racemosa concomitante.

Nuestra lista no pretende tener, de ningún modo, un carácter exhaustivo, sino tan sólo valorar en una serie de casos los resultados de la extirpación de los cisticercos aislados del IV ventrículo.

Es por los motivos que anteceden que dos de nuestras cuatro observaciones de cisticercosis del IV ventrículo no han podido ser tabuladas, pues en un caso no se extirpó la vesícula parasitaria y en otro sólo se llevó a cabo una descompresión subtemporal.

Por motivos análogos no se han inscrito en nuestra tabla algunas observaciones de PINTO PUPO y MATOS PIMENTA¹⁰.

El examen del cuadro siguiente muestra que en 16 casos se trataba de un quiste intraventricular único, mientras que en 5 casos el I ventrículo contenía dos o más vesículas.

Desde el punto de vista de los resultados operatorios los casos pueden clasificarse en tres grupos:

Recuperados	5 (25 %)
Mejorados	6 (30 %)
Exitus operatorios	9 (45 %)

Estas cifras nos muestran que, a pesar de la gravedad de la lesión que nos ocupa, cabe razonablemente esperar que la extirpación operatoria de la misma se acompañará de resultados satisfactorios en más de la mitad de los casos.

RESUMEN.

Se describe un caso operado de cisticercosis del IV ventrículo con regresión completa del síndrome neurológico y curación clínica de la enferma, que persiste dos años después de la operación. Se revisan 19 casos aportados en la literatura, mostrando que los resultados del tratamiento operatorio han sido satisfactorios en el 50 por 100 de los casos. Estos datos invalidan el criterio excesivamente pesimista mantenido por algunos autores sobre el tratamiento quirúrgico de esta lesión.

CISTICERCOSIS AISLADA DEL IV VENTRÍCULO (CASOS CON ABLACION COMPLETA DE LAS VESÍCULAS INTRAVENTRICULARES)

Autor	Sintomatología	Ventriculografía	Operación	Resultado
MINTZ.	Sindr. hip. int. Nistagmus. Trans. de la marcha.	—	Extirpación 1 quiste del IV ventr.	Exitus al quinto día.
MINTZ.	Sindr. hip. int. Trans. de la marcha.	—	Extirpación 1 quiste del IV ventr.	Exitus. Meningitis.
SCHMITE y LEMOINE.	Sindr. hip. int.	Normal	Extirpación 3 vesículas del IV ventrículo.	Exitus al sexto día. Meningitis.
ALOJOUANINE, THUREL y HORNET.	Atrf. opt. Trans. de la marcha. Romberg.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 quiste del IV ventr.	Exitus al séptimo día. Meningitis.
ADELSTEIN.	Sindr. hip. int. Nistagmus. Trans. de la marcha.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Mejoría.
ARANA y ASENJO.	Sindr. hip. intr. Trans. de la marcha.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Recuperación.
ARANA (R.) y ASENJO (A.).	Sindr. hip. int. Crisis vertiginosas.	—	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Exitus a las veinticuatro horas.
ARANA (R.) y ASENJO (A.).	Sindr. hip. int. Anosmia. Trans. de la marcha.	Dilatación del sistema ventr.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Mejoría.
ARANA (R.) y ASENJO (A.).	Sindr. hip. int.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Exitus al tercer día.
ARANA (R.) y ASENJO (A.).	Cefaleas. Vómitos. No est. pap.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Recuperación.
HOFF.	—	—	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Mejoría.
DICKMANN (H.).	Sindr. hip. int. Nistagmus. Trans. de la marcha.	Hidrocefalia bilateral simétrica. Dilat. del aceduct.	Extirpación 2 vesículas del IV ventrículo.	Estado satisfactorio dos años después.
STIEPIEN (L.) y CHOROBSKI (J.).	Sindr. hip. int. Nistagmus. Trans. de la marcha. Romberg lateraliz.	—	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Estado satisfactorio tres años después.
STIEPIEN (L.) y CHOROBSKI (J.).	Sindr. hip. intr. Trans. la marcha. Romberg: c. h. atrás.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Exitus al cuarto día. Meningitis.
INSAUSTI (T.).	Sindr. hip. int. Trans. de cerebelosos.	Hidrocefalia bilateral simétrica.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Exitus al noveno día.
PINTO PUPO y MATTOS PIMENTA.	Sindr. hip. intr. Trans. psíquicos.	Hidrocefalia bilateral simétrica. Estenosis de acued. y bloqueo del IV ventr.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Pers. de trans. psi. un año después.
ALAYZA (F.) y CHÁVEZ (M.).	Sindr. hip. intr. Trans. cerebelosos.	Hidrocefalia bilateral simétrica. Inyec. parcial IV ventr. Aire cis.	Extirpación 2 vesículas del IV ventrículo.	Alta.
ALAYZA (F.) y CHÁVEZ (M.).	Sindr. hip. int. Síndr. cerebeloso derecho.	Hidrocefalia bilateral simétrica. Dilat. acueduc. Aire cisterna.	Extirpación 2 vesículas del IV ventrículo.	Alta.
TOLOSA (E.) y DURÁN (F.).	Sindr. hip. int. Síndr. cerebeloso.	Hidrocefalia bilateral simétrica. Obstruc. acueduc. y IV ventr.	Extirpación 1 vesícula del IV ventrículo.	Exitus al segundo día.
TOLOSA (E.) y DURÁN (F.).	Crisis cefalea. Vértigos. Vómitos. Síndr. vestibular. No hiper. intracran.	Hidrocefalia bilateral simétrica. Obstr. parcial IV ventr. Aire cisterna.	Extirpación 2 vesículas del IV ventrículo.	Estado satisfactorio dos años después.

BIBLIOGRAFÍA

- ALAYZA (F.) y CHÁVEZ IZQUIERDO (M.).—Rev. de Neuro-Psiquiat. Lima, 14, 1, 1951.
- ARANA y ASENJO.—Jour. Neurosurg., 2, 181, 1945.
- BARCIA GOYANES.—Rev. Esp. de O. N. O. y Neurocirugía, 4, 1.
- BRONSON (S. R.).—Arch. Neurol. a Psychiat., 45, 494, 1941.
- CAZENNEURVE (L.).—Presse Méd., 70, 717 1912.
- DICKMANN (C. H.).—Rev. Neurol. Buenos Aires, 11, 2, 1946.
- GOTOR (P.).—Rev. Clin. Esp., 4, 121, 1941.
- INSAUSTI (T.).—Neuropsiquiatría, 1, 3, 1950.
- OBRAADOR ALCALDE (S.).—Actas Luso Españolas de Neurol. y Psiquiat., 6, 1.
- PINTO PUPO (P.) y MATTOS PIMENTA (A.).—Arquiv. Neuro-Psiquiat. Sao Paulo, 274, 1949.
- STIEPIEN (L.) y CHOROBSKI (J.).—Arch. Neurol. and Psych., 61, 5, 1949.

SUMMARY

A case of cysticercosis of the fourth ventricle is reported. It was operated upon with complete remission of the neurological syndrome and clinical recovery of the patient who lived 2 years after the operation. A review is made of 19 cases recorded in medical literature, pointing out that the results obtained by surgical treatment were satisfactory in 50 % of the cases. These results are against the excessively pessimistic view held by some authors concerning the surgical treatment of these lesions.

ZUSAMMENFASSUNG

Mans stellt einen Fall mit Cysticercosis im 4. Ventrikel vor, dessen neurologisches Syndrom nach der Operation völlig zurückging. Die Patientin ist 2 Jahre nach dem Eingriff weiterhin ganz gesund. Die in der Literatur vorgefundenen, gleichartigen Fälle, 19 an der Zahl, wurden in 50 % erfolgreich operiert. Diese Daten sprechen gegen die zu pessimistischen Ansichten einiger Autoren in bezug auf die chirurgische Behandlung.

RÉSUMÉ

On présente un cas opéré de cysticercose du IV ventricule avec regression complète du syndrome neurologique et guérison clinique de la maladie; cette guérison se maintient deux ans après l'intervention.

On revise 19 cas présentés dans la littérature, et qui prouvent que les résultats du traitement opératoire ont été satisfaisants chez le 50 % des cas. Ces résultats annulent l'opinion excessivement pessimiste soutenue par certains auteurs au sujet du traitement chirurgical de cette lésion.

VALOR DIAGNOSTICO COMPARATIVO DE LAS PRUEBAS DE EXPLORACION FUNCIONAL HEPATICA

C. CASIMIRO SAN SEGUNDO, I. MADRIGAL DE ALBA y L.-F. PALLARDO.

Cátedra de Patología y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Madrid. Profesor encargado: Dr. L.-F. PALLARDO.

El gran número y variedad de las pruebas propuestas para la exploración de la función hepática, en el diagnóstico de las hepatopatías,

corren parejos a la distinta valoración que unos y otros autores vienen adjudicando a cada uno de los distintos métodos, de acuerdo con la personal experiencia, una vez transcurrido aquel período de excesivo optimismo que cada nuevo procedimiento lleva al ánimo de los que le propusieron y de la masa médica en general. Desde hace años hemos orientado nuestra atención al problema que intitula este trabajo, fruto de la cual pueden considerarse algunos trabajos y tesis doctorales, salidos de nuestro Servicio. Por éste han venido desfilando un tal volumen de enfermos—hepáticos, entre otros—, que nos coloca en condiciones de formarnos un criterio propio y bien fundamentado, a propósito de la valoración diagnóstica respectiva que debe adjudicarse a cada uno de los métodos exploratorios de utilización corriente, desde un doble punto de vista: su positividad en las hepatopatías manifestadas y la especificidad de su comportamiento.

Con objeto de recoger, en términos matemáticos, esta nuestra dilatada experiencia, hemos revisado cuidadosamente los protocolos de las historias clínicas de cuantos enfermos fueron estudiados en nuestro Servicio en los tres últimos cursos, tratárase de confirmados hepatopatas, de portadores de una "hepatopatía latente" o de sujetos diagnosticados de una afección seguramente no hepática.

Debemos advertir que es nuestro criterio, bien fundamentado en nuestra propia práctica—y acorde, por lo demás, con el expuesto por cuantos han estudiado este problema—, que *única-mente por el empleo simultáneo de un buen número de pruebas de exploración funcional podemos llegar a conclusiones ciertas acerca del aspecto fisiopatológico del hígado*, en cualquier contingencia patológica. Se comprende, dada aquella pluralidad fisiológica—y por consiguiente fisiopatológica—del hígado, que la única manera de poder llegar a un conocimiento, siquiera sea aproximado, de la capacidad funcional del órgano, sea ésta la de utilizar a la vez distintos métodos enderezados al conocimiento del fracaso de aspectos funcionales diversos. Pese a la consideración que antecede, hemos de confesar que no siempre nos ha sido dable seguir la directriz expuesta, en todos y en cada uno de nuestros pacientes, por razones ciertamente ajenas a nuestro deseo.

I.—SISTEMATIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE EXPLORACIÓN FUNCIONAL HEPÁTICA.

A guisa de orientación, y tomando como módulo de una exposición sistemática—que no pretendemos que sea completa—las facetas funcionales cuyo tono se intenta explorar por cada uno de los métodos más corrientemente empleados, pasamos a hacer una relación de los mismos.