

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS JUEVES. CLINICAS

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

Sesión del 13 de mayo de 1948.

Enfermos presentados:

TUMOR PSAMOMATOSO DEL BAZO

Enferma de cuarenta y ocho años, ingresada en el Hospital de San Carlos y estudiada por el Dr. LORENTE, que en el año 1945 se notó en el lado supero izquierdo del vientre un bulto del tamaño de un huevo de gallina. Desde entonces ha ido aumentando progresivamente de tamaño, y en agosto de 1947 empezó a notar dolor al tocarse en el mismo. Hace dos meses el dolor se ha acentuado, y aparece a veces espontáneamente, afectando a la mitad izquierda del vientre y siendo en alguna ocasión muy violento. Ha perdido bastantes kilogramos desde el comienzo de su proceso, y tiene anorexia. Amenorrea desde hace tres meses. En ocasiones, fiebre, que oscila entre 37 y 38°.

Es una enferma muy desnutrida, con un color pálido terroso de la piel y gran palidez de mucosas. Los datos de mayor interés en la exploración son los de abdomen, en el que se aprecia un gran abultamiento en el lado izquierdo, que se le ve salir de debajo de reborde costal, llegando hasta la fossa iliaca y rebasando en dos traveses de dedo la línea media. Este abultamiento está producido por una tumoración que, aunque no es pétrea, es de consistencia firme, más bien dura, con algún nódulo en su superficie.

En una radiografía simple se aprecia que gran parte de la tumoración está calcificada, y una pielografía demuestra que empuja el riñón hacia abajo, llevándolo casi a la pelvis, y siendo éste de apariencia normal. La radiografía de tórax es normal. El análisis de orina es también normal. El Wassermann, negativo, y en sangre tiene una velocidad de sedimentación de 79,5, con 10.000 leucocitos, y de ellos 79 polinucleares. Las reacciones de Weimberg y Cassoni son negativas.

Los Dres. MOGENA y GONZÁLEZ BUENO se inclinan a pensar que se trata de un quiste o un sarcoma de bazo. Lo mismo piensa el Dr. ROF, que señala que la calcificación parece dibujar este órgano. Los Dres. OYA y BARRERA, aunque se inclinan más al mismo diagnóstico, no descartan la posibilidad de que se trate de un sarcoma osteogénico hecho a partir de una costilla el primero y de un tumor suprarrenal que también puede calcificarse, el segundo.

El Prof. JIMÉNEZ DIAZ también considera que el tumor asienta en el bazo, y por estar calcificado y ser los tumores conjuntivos los que más fácilmente se calcifican o se hacen psamomatosos, cree se trata de un sarcoma de evolución lenta. En disyuntiva, también admite la posibilidad de que se trate de un quiste o de un hemangioma de bazo, los cuales pueden igualmente calcificarse. Se aconseja en todo caso la intervención quirúrgica.

LUES CEREBRAL

Enferma de cuarenta y cuatro años, que en febrero de 1947 tuvo un proceso febril con escalofríos y cefalea frontal intensa, que duraba diez y doce horas sin calmarse y se acompañaba de náuseas. La fiebre desapareció en pocos días, pero la cefalea ha persistido, presentándose intermitentemente hasta febrero último,

en que se ha hecho más constante e intensa, y se han unido a ella unas crisis dolorosas de tipo neuralgiforme, que comienzan en región parieto-occipital izquierda y recorren a partir de ahí todo el perímetro craneal. Desde el comienzo de su enfermedad ha engordado 25 kilogramos, y presenta unos accesos de hormigueos que afectan a brazo, pierna izquierda y mitad del cuerpo del mismo lado, que se presentan paroxísticamente y con frecuencia variable.

Es una enferma obesa, con grasa distribuida fundamentalmente en tronco y raíz de los miembros. La tensión arterial es normal. En la exploración ocular, realizada por el Dr. MARÍN ENCISO, se encuentra una estrechez bitemporal del campo visual, y en fondo de ojo palidez en la región temporal de ambas papillas, sin estasis papilar. El resto de la exploración neurológica es negativa. Los análisis de sangre y orina son normales. Las reacciones de Wassermann y complementarias son positivas. La radiografía lateral de cráneo es normal; en ella se aprecia una silla turca casi cerrada, pero sin alteraciones.

El Dr. CASTILLO, que presenta la enferma, piensa por la reducción de campo visual encontrada, que demuestra una compresión quiasmática, y por la positividad del Wassermann, que se trata de un goma supraselar que afecta al quiasma. El Dr. ROF, que interviene en la discusión, después de desechar por la normalidad de la silla turca el que pudiera tratarse de una tumoración selar, se inclina también a admitir un goma yuxtapiasmática. En cambio, los Dres. RODA y LEY piensan que se trata de una paquimeningitis basal luética, señalando el último que el cuadro del goma es análogo al que produce un tumor cerebral y, por tanto, ya debía existir pérdida de visión, si de tal se tratase. El Dr. OBRADOR cree que la enferma presenta un síndrome quiasmático hipotalámico por meningo-encefalitis luética, indicando la importancia que tendría el estudio del líquido cefalorraquídeo.

El Prof. JIMÉNEZ DIAZ descarta en primer lugar el que se trate de un tumor de hipófisis, por la ausencia de síntomas endocrinos y de signos destructivos de silla turca en la radiografía de cráneo. También desecha la posibilidad de un tumor cerebral de otra localización, porque llevando un año de cefalea, que tendría que ser en tal caso por hipertensión intracraneal, no podría faltar la estasis papilar. Acepta, en cambio, la naturaleza luética del proceso, y considera que el carácter difuso de la cefalea indica que está producida por afectación meníngea, y las crisis de hormigueo en lado izquierdo confirman que dicha afectación tiene una zona electiva en la región postroláctica derecha. Por tanto, admite por estos datos la existencia de una lues meningo-vascular, pero señala dos datos que indican que la lues ha afectado también al hipotálamo, que son: el hecho de que la enferma ha engordado en el curso de su proceso 25 kilogramos y la presentación junto a la cefalea constante de unas cefaleas críticas de tipo neuralgiforme, que son muy típicas de los tumores de cerebro medio que afectan a dicha región. Cree que se trata, por tanto, de una lues cerebri, indicando se estudie el líquido cefalorraquídeo, que será lo más objetivo. Se aconseja tratamiento específico, empezando por penicilina, para pasar más tarde al yodo y bismuto, y, por último, al salvarsán.

CARDIOPATIA CONGENITA

Enferma de seis años, que cuando tenía tres empezaron a notar que se le ponían los labios y las porciones distales (nariz, manos y pies) de color morado. Al mismo tiempo le aparecieron unas chapetas rojas en mejillas y comenzó a tener disnea de esfuerzo. Así ha estado hasta hace tres meses, que con motivo de la tos ferina todo el cuadro descrito se agudizó mucho, habiendo vuelto a mejorar algo últimamente. No tiene edemas y orina bien.

Lo que más llama la atención en la exploración es una cianosis muy intensa en cara, unida a acropacia en los dedos de las manos y también en los de los pies. Tiene un soplo sistólico muy rudo y largo, que se ausculta en todo el tórax, siendo más intenso en el foco pulmonar y región mesocárdica.

El análisis de sangre revela una poliglobulina de 7.480.000, y el de orina indicios de albúmina, sin nada anormal en el sedimento.

Tiene unido a esto una hipertrofia cardíaca hecha a expensas de ambos ventrículos, ya que en O. A. D. el derecho llega al límite anterior del tórax y en O. A. I. el izquierdo rebasa la columna vertebral. El espacio retrocardiaco está libre.

En el electrocardiograma, el eje eléctrico está desviado a la izquierda. La onda P es grande en las derivaciones de los miembros y es difásica en CF.

La enferma es presentada por el Dr. FRANCO, quien por la cianosis, acropacia y auscultación, piensa se trata de una lesión congénita de corazón, planteando el diagnóstico entre una estenosis pulmonar unida a una comunicación interventricular o una tetralogía de Fallot. El Dr. VARELA DE SELVAS, que interviene en la discusión, considera que es interesante hacer un estudio radiológico detenido para poner de manifiesto la situación exacta de la aorta, ya que si está en su sitio puede desecharse el diagnóstico de tetralogía de Fallot, pudiendo tratarse en ese caso de la trilogía del mismo autor, o sea, estenosis pulmonar unida a comunicación interventricular e interauricular.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ piensa también, por todos los datos, que se trata de una lesión cardíaca congénita, y comenta lo difícil que es por medios clínicos exclusivamente llegar al diagnóstico exacto del tipo de cardiopatía, el cual sólo puede hacerse mediante la angiocardiógrafía. Cree que lo único que puede asegurarse por el carácter del soplo que presenta y su localización es que uno de los elementos en esta cardiopatía es la estenosis de la pulmonar, pero no puede asegurarse a qué otro tipo de malformaciones va unida. Considera también de gran interés un estudio radiográfico detenido que fije la posición de la aorta, ya que si se demuestra que no está en dextroposición, servirá para eliminar el diagnóstico de tetralogía de Fallot, que se tiende a hacer en la actualidad con excesiva frecuencia.

DOBLE LESION MITRAL ASOCIADA A LESION TRICUSPIDE, AMBAS ENDOCARDITICAS

Enferma de diecisésis años, ingresada en el Hospital de San Carlos por los Dres. RODA y FERNÁNDEZ PÉREZ, cuyo síntoma más dominante cuando ingresó era una gran cianosis, que hacia pensar en una lesión pericárdica, pero que en la exploración no se encontró nada de pericardio, teniendo, en cambio, un soplo sistólico intenso en foco mitral, con desdoblamiento del segundo tono pulmonar, unido a un soplo diastólico marcado en foco tricúspide. Un hígado que se palpaba tres a cuatro traveses de dedo por debajo de reborde costal, ascitis de mediana intensidad y edemas acusados en extremidades inferiores. Era indudable, por tanto, la existencia de una lesión mitral en periodo de descompensación, y se la ingresó con objeto de vigilar su tratamiento. En el tiempo que ha estado en la sala ha mejorado mucho, desapareciendo los edemas, disminuyendo hasta la casi normalización el hígado y haciéndose mucho menos marcada la cianosis, aunque todavía persiste en la actualidad. Mientras se la ha observado no se ha comprobado fiebre, y la velocidad de sedimentación es de 6.

La existencia de una cianosis tan marcada, unida a una asistolia de entrada muy evidente, hicieron pensar que, junto a la lesión mitral existía asociada una lesión tricúspide que se ponía de manifiesto en la auscultación hallada en el foco correspondiente a esta válvula. No obstante, el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ plantea aquí el problema de si no se tratará de una lesión congénita, dado que la velocidad de sedimentación es normal y que no se ha comprobado fiebre que justificase un proceso infeccioso capaz de dar una endocarditis que afectase a ambas válvulas. En tal caso, como la lesión mitral es indudable, habría que admitir que el tipo de lesión congénita que a ella se asociaba era una estrechez tricúspide, pero como nadie ha descrito esta asociación, y por otra parte, pugna un poco admitir que, dadas dos lesiones valvulares una sea congénita y la otra asociada, se concluye, después de discutir el caso, que a pesar de ser la velocidad de sedimentación normal en el tiempo en que se la ha observado y no haberse podido objetivar fiebre, se trata de una lesión valvular compleja que afecta a la válvula mitral y a la tricúspide de naturaleza endocardítica.

NEFRITIS EVOLUTIVA

Enfermo de seis años, que en abril de 1947, después de observarse durante unos días edemas en extremidades inferiores, tuvo una gran anasarca, sin molestias ni fiebre, y acompañada de orinas escasas y rojas. Le diagnosticaron de nefritis y le trataron en ese sentido. Fué mejorando, pero en mayo siguiente tuvo durante unos días un proceso febril, con escalofrios, que desapareció con penicilina. Siguió con hinchazón ligera, y en agosto último volvió a tener fiebre de 40° con dolor en abdomen y fosas renales, tos y disnea, siendo diagnosticado después de practicarle un estudio radioscópico de pleuresia izquierda. Volvió a mejorar con penicilina, pero han persistido desde entonces los edemas, sobre todo en cara, y la oliguria. Entre los antecedentes figuran anginas varias veces, que obligaron a amigdalectomía.

En la exploración, presenta facies edematosas, con palidez de mucosas y un tinte algo violáceo de la piel. La presión arterial es de 14 y 7,5. La exploración, por lo demás, es normal. En la radioscopia de tórax se comprueba una ligera hipertrofia de ventrículo izquierdo con hiliros cargados y senos costodiafragmáticos libres. Presenta repetidos análisis de orina, teniendo en todos albuminuria, que oscila entre 0,6 y 1,8 gr. En el practicado en la actualidad tiene 7 gr. por 1.000, con 1.026 de densidad, y en el sedimento, hemáties, leucocitos y cilindros de todas clases. Tiene además 4.600.000 hematies con 9.700 leucocitos, y una colesterinemia de 1,97 gr. por 1.000.

El Dr. PARRA presenta al enfermo, y cree que se trata de una glomerulonefritis que se ha mantenido activa y que evoluciona hacia la nefrosis, pero a pesar de ser febril, no encuentra datos suficientes para pensar en su origen ascendente. Como factor etiológico, señala la existencia de amigdalitis que obligaron a la amigdalectomía.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ considera también que se trata de una nefritis difusa, pero ante la cual, a pesar de la normalidad de la tensión arterial y de su tendencia edematosas, no se puede hablar de cuadro nefrótico, ya que presenta poca albuminuria en la mayoría de los análisis que trae y no tiene el cuadro humorar de las nefroses, puesto que la colesterina es normal. Respecto a la etiología, considera que se trata de un tipo de nefritis distinto del que suele verse en el curso de ciertas infecciones (difteria, escarlatina, etc.), siendo prueba de su peculiaridad la poca tendencia a la curación que ha presentado. Cree que las nefritis de este tipo son bacterianas y que se originan por una inflamación verdadera del riñón debida al asiento del propio germen en el parénquima del mismo, donde persiste manteniendo activo el proceso. Estos casos nos demuestran cómo el esquema clásico y sencillo de clasificación de las nefritis que hicieron VOLHARD y FAHR va borrándose, ya que se observan tipos de nefropatías que se salen del mismo.

DISTONIA VEGETATIVA

Enferma de veintiséis años, que desde hace tres meses ha comenzado a tener unos mareos, durante los cuales tiene sensación de que las cosas dan vueltas, pero no llega a perder el conocimiento; únicamente, desde hace un mes, en que se han hecho más intensos, cree que en alguna ocasión ha llegado a perderlo momentáneamente. Tiene desde que le han aparecido cansancio y poco apetito.

En la exploración presenta unas adenopatías a ambos lados del cuello, que revelan una infección bacilar atenuada y explican una velocidad de sedimentación de 32 que tiene. Pero, aparte de esto, el Dr. LÓPEZ GARCÍA, que presenta la enferma, observó cuando la exploró por primera vez un Bernard-Horner en el ojo izquierdo, que en la actualidad no existe. El pulmón y el corazón son normales y tiene una presión arterial de 8,5/7. El análisis de orina y el morfológico de sangre son normales.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, para explicar el cuadro de la enferma y el Bernard-Horner pasajero que presentó, llama la atención sobre las manos de la misma, que son frías y sudorosas, y el aspecto emotivo de la cara, que está intensamente enrojecida, indicando unas reacciones vasomotoras intensas. Todo corresponde al cuadro de la distonía vegetativa o de la labilidad tiroidea, que se acompaña en este caso de la existencia de un tiroídes que se palpa un poco aumentado de tamaño. En estos casos existe un síndrome vegetativo que es el responsable de las crisis de mareo que presenta la enferma, y el cual se acompaña muchas veces de un espasmo pasajero del músculo orbicular, que da al ojo el aspecto que presenta en el síndrome de Bernard-Horner, como fué observado en la primera exploración realizada a nuestra enferma.

MIELITIS INDUCIDA POR UNA SUPURACION EN BRAZO

Enferma de nueve años que, cuando tenía dos, tuvo un absceso en el brazo derecho, que le abrieron. Poco tiempo después dice que notaron que tenía la mano derecha como caída y con dificultad para los movimientos. Con radioterapia curó, pero cuatro años más tarde volvió a tener dificultad para los movimientos con esa mano, presentándose una atrofia muscular en la misma y persistiendo este cuadro en la actualidad.

En la exploración se encuentra una atrofia muscular distal en el miembro superior derecho, con fuerza disminuida y sensibilidad normal. Cicatriz en la cara posterolateral del brazo.

El Dr. RODA, que presenta la enferma, piensa que el absceso que padeció dió origen a una neuritis del radial y del mediano, responsable del cuadro motor que presenta en la actualidad.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ admite la posibilidad de este diagnóstico, pero encuentra en contra del mismo el que existe una disminución global de fuerza en la porción distal de la extremidad, pero sin existir parálisis radial por no tener el típico cuadro de la mano caída que origina, y, por otro lado, la presencia de amiotrofias en zonas como la región tenar, donde no las podría explicar una parálisis de ninguno de los dos nervios considerados. Por ello, teniendo esto en cuenta, y el hecho de que llama más la atención la amiotrofia que la parálisis, se inclina a admitir otras tres posibilidades diagnósticas:

cas: 1.º Una mielitis inducida a través de un nervio y secundaria a la supuración del brazo, ya que es indudable que una zona inflamada puede actuar produciendo una lesión en el centro medular correspondiente que además puede desarrollarse tarde. 2.º Una miopatía de origen medular (enfermedad de Aran-Duchenne) que no tenga nada que ver por tanto con el absceso. Pero admitir esto repugna un poco, porque ya es raro que el trastorno sea unilateral y precisamente originado en el lado en que existió la supuración; y 3.º Que se trate de una costilla cervical que habrá que excluir mediante un estudio radiográfico, posibilidad a la que también se inclina el Dr. OBRADOR, que interviene en la discusión.

De estas tres posibilidades, a la que más se inclina es a la primera de ellas, rechazando también el que pueda tratarse de una forma frustrada de poliomielitis, posibilidad señalada por el Dr. ROF, por localizarse generalmente las amiotrofias en esta enfermedad en la raíz de los miembros.

SIRINGOMIELIA DEL SEGMENTO CERVICO-DORSAL

Enfermo de treinta y tres años, que en el año 1937 se quedó dormido con la mano izquierda cubierta por nieve, y a raíz de ello comenzó a tener hormigueos y a perder fuerza en la misma, yendo adelgazándole progresivamente. El mismo cuadro se le ha presentado a partir del año 1947 en la mano derecha. En la izquierda no siente apenas el calor.

En la exploración presenta una atrofia distal de la musculatura de ambas extremidades superiores, siendo especialmente intensa en eminencias tenar e hipotenar, lumbricales e interóseos, con posición en garra de amparo del año 1947 en la mano derecha. En la izquierda los reflejos tendinosos están abolidos.

En la exploración de la sensibilidad en tronco y en extremidades superiores se demuestra una hipoestesia muy marcada, casi anestesia para las sensibilidades térmica y dolorosa, correspondiendo a las metameras de los últimos segmentos cervicales y primeros dorsales. La sensibilidad táctil es normal.

En las extremidades inferiores existe una respuesta clonoide de los reflejos tendinosos con sensibilidades normales.

El enfermo es presentado por el Dr. RODRÍGUEZ MIÑÓN, que por el cuadro motor y el típico trastorno de la sensibilidad, hace el diagnóstico de siringomielia del segmento cervico dorsal. El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ llama la atención sobre el hecho curioso de que el cuadro se ha puesto en marcha a raíz de un traumatismo físico producido al quedarse dormido con la mano primeramente afecta cubierta por nieve. Para relacionar con esto la enfermedad hay que admitir que el enfermo era un siringomielico en potencia y tenía, por tanto, una gliosis medular en el momento del enfriamiento de la mano, y este trauma físico por medio de un reflejo vascular o una alteración inducida a lo largo del nervio puso en marcha la gliosis larvada, abriendo paso a la siringomielia.

Se aconseja el tratamiento radioterápico, ya que después de discutir con los Dres. LEY y OBRADOR la utilidad de la apertura quirúrgica de las cavidades medulares, se llega a la conclusión de que los resultados no son nada satisfactorios.

SESIONES DE LOS SABADOS. ANATOMO-CLINICAS

Sesión del día 22 de marzo de 1948.

ESPONGIOBLASTOMA POLAR INTRAMEDULAR

Los Dres. GILSANZ y OBRADOR presentan un caso de tumor intramedular en una enferma de treinta y tres años, con historia de pérdida de fuerza en las piernas de cuatro años de duración. No presentó dolores, y después fué aumentando la paresia y sensación de anestesia en piernas.

En la exploración, paresia muy intensa de las dos piernas, más marcada en la derecha. Reflejos patelares, abolidos; reflejos aquileos, exaltados, con clonus de pie. Sensibilidades afectadas a partir del dermatoma L₁, con alteración de vibración y sentido de posición. Bloqueo en prueba manometrítica con punción lumbar, obteniéndose líquido xantocrómico. En la operación se encuentra un enorme tumor intramedular, afectando los segmentos lumbares L₁ a L₅, que se extirpa. En total se obtiene

una masa tumoral de 15 gr., después de incindir longitudinalmente la cara posterior de la médula en una longitud de 7 cm.

Después de la operación, paraplejia completa, que se recupera en las primeras semanas del curso postoperatorio. Parálisis vesical, que también cede después. Mejoría a las sensibilidades.

Señala el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ la rareza de una evolución tan lenta, en cuatro años, de un tumor intramedular, glioma por tanto, en contra de lo que se acostumbra a ver. Terapéuticamente, la extirpación, seguida de radioterapia, ofrecerá las mejores posibilidades.

HEMATOMA SUBDURAL POR TRAUMA MINIMO

El Dr. OBRADOR presenta un caso de hematoma subdural no traumático en un joven de veinte años, con historia corta de tres meses, con gran hipertensión intracraneal, cefaleas, vómitos, etc.

En la exploración, estasis papilar, y prácticamente ausencia de síntomas focales. La ventriculografía demuestra un proceso expansivo del hemisferio izquierdo, que desplazaba el sistema ventricular hacia la derecha. En la operación se encuentra un gran hematoma subdural bien encapsulado y rodeado de membranas, que ocupaba casi toda la superficie superior del hemisferio izquierdo. Se extirpa el saco del hematoma completamente. Después de la operación presenta un cuadro de disfunción del hemisferio izquierdo, con paresia y afasia, que cede a las dos semanas. Actualmente el enfermo se ha recuperado al mes de la intervención, y solamente queda una ligera dificultad de palabra, que sigue mejorando. Se discute la patogenia de las alteraciones postoperatorias y la ausencia de síntomas focales preoperatorios, a pesar de la intensa compresión del hemisferio izquierdo.

ANEURISMAS INTRACRANEALES

El Dr. OBRADOR refiere dos casos de hemorragias subaracnoideas debidas a aneurismas intracraneales, demostrados por arteriografía cerebral. En uno de ellos el aneurisma ocupaba la porción posterior de la carótida interna, y en el otro la unión de las arterias cerebrales anterior y media. En este último caso se ligó la carótida y el enfermo falleció varias semanas después, comprobándose en la autopsia la localización del aneurisma en el lugar señalado, con reblandecimiento en el tejido cerebral vecino de la cara interna del lóbulo temporal y presencia de un marcado hematoma organizado dentro del ventrículo lateral derecho.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ dice que no debemos, en el futuro, adoptar una actitud expectante en casos de ictus, sobre todo cuando recaigan en sujetos de no mucha edad, no hipertensos, sin historia previa de sífilis, porque en un gran porcentaje se deben a malformaciones vasculares, sobre las que, previa arteriografía de urgencia, es posible actuar, ligando mejor la carótida común que la interna, y haciendo después radioterapia de alto voltaje, lográndose así intervenciones salvadoras.

CANCER BRONQUIAL INFILTRANTE

Dr. ALIX.—Se trataba de un sujeto de cuarenta y cinco años, afecto de un proceso atelectásico en parte, y en parte con zonas de enfisema en lóbulo inferior izquierdo. Su sintomatología consistía en que, desde hacía varios meses, había sufrido frecuentes episodios calificados como neumonía o abscesos pulmonares, y se calificó como bronquiectásico. Con este diagnóstico fué enviado a nosotros, y el estudio broncográfico demostró la existencia de una imagen de "stop" del lipiodol, a unos 4 cm. de la bifurcación, seguida de un estrecho desfiladero irregular y desflecado hacia abajo y afuera. La broncoscopia descubrió esta estenosis, formada por una masa proliferante de la luz bronquial, fácilmente sanguinante, hasta el punto de que la biopsia fué dificultada y hubo de ser tomada a ciegas, dentro de la zona enchar-

cada por la sangre, y no acertó a recaer sobre la propia masa tumoral. No obstante, macroscópicamente el diagnóstico era seguro.

Existía una atelectasia de la porción más interna e inferior del lóbulo inferior y una parálisis diafragmática. Con este último dato especialmente se pensó en la imposibilidad de obtener beneficio con la operación, pero, no obstante, se practicó una toracotomía (Dr. ESCUDERO), y una vez liberada la gran masa adherencial que existía, se exploró el mediastino, encontrando numerosas adenopatías y una rigidez de la pleura mediastínica. Las adenopatías se prolongaban hacia arriba y hasta la zona de la bifurcación traqueal, por lo que se juzgó inútil la excisión.

El curso post-toracotomía fué normal.

Las consideraciones que este caso nos sugiere son las siguientes:

Procesos agudos repetidos de carácter neumónico o supuratorio pulmonar en un sujeto en "edad de cáncer", o incluso en otra edad cualquiera deben poner en guardia contra la posibilidad de cáncer bronquial por fenómenos oclusivos.

La demora en el diagnóstico conduce a esta desgraciada situación.

Debe considerarse punible la expectación ante un diagnóstico dudoso.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ señala que, en estos últimos tiempos, prestándole una atención especial, el cáncer bronquial es la neoplasia visceral más frecuente en el varón, incluso más que el del estómago.

Síntoma valioso para el diagnóstico en este caso es la desviación del mediastino a la izquierda, demostrando atelectasia parcial. En otros casos, el hecho de que haya absceso y parálisis del diafragma, o ésta y disnea, deben siempre hacer pensar en cáncer, más todavía cuando existe parálisis diafragmática y desviación del mediastino hacia ese mismo lado.

NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL TOTAL

Dr. ALIX.—Presenta las imágenes radiográficas de una enferma en la que existía una tuberculosis ulcerosa extensa, con lesiones no muy grandes y repartidas difusamente por todo el pulmón derecho, suficientemente alejadas de la pleura. En el otro lado, infiltrado subclavicular en vías de ulceración.

Dado que eran lesiones del lado derecho, en las que una plastia total siempre determina afectación grave de la circulación menor, y dado que era preciso hacer un tratamiento de colapsoterapia bilateral por la lesión infiltrativa ulcerada del lado izquierdo, se pensó en obtener un neumotorax extra, total, que se realizó (Dr. ESCUDERO). La tolerancia fué buena, y desde hace un año se mantiene con aire a presión positiva, y se ha instituido un neumotorax de relajación del otro lado, que la ha hecho abarcillera.

Las consideraciones, breves, son:

El neumotorax extrapleural debe conservarse como una indicación preciosa para muchos casos.

Es conveniente que las lesiones que le sirven de indicación no se encuentren vecinas de pleura, para evitar perforaciones o supuración.

Es más útil, según mi experiencia, el neumotorax extra que el oleotorax extra, porque se controla con más facilidad y obliga al enfermo a someterse más cuidadosamente a vigilancia, de lo cual sale beneficiado.

Para los métodos de colapsoterapia combinada, el neumotorax extrapleural representa un método muy útil.

LOBECTOMIA POR BRONQUIECTASIAS CONSECUTIVAS A LA ASPIRACION DE UN CUERPO EXTRANO

Dr. C. GIL-TURNER.—La historia clínica del enfermo que motiva su presentación a la consideración de ustedes es la siguiente:

A. P. S., niño de doce años de edad, natural de Arroyo (Santander), cuyos antecedentes familiares y persona-

les carecen de interés. Hace cinco años, estando el niño jugando, y sin que ningún familiar lo advirtiese, ingirió un alfiler negro, sin presentar tos ni ningún síntoma que llamase la atención. Siguiendo una vida casi normal, ha padecido después, sin embargo, de catarros frecuentes, acompañados de tos y expectoración. Hace tres años se intensificaron las bronquitis, teniendo varias hemoptisis copiosas en junio de 1947. Las hemoptisis llegaron a ser de 250 c. c. cada vez, repitiéndose hasta cuatro veces al día, durante cinco consecutivos. Alarmados los familiares, acudieron al médico, quien recomendó la toracotomía para extraer el alfiler; tal intervención se efectuó sin lograr el objetivo. Hasta hace dos meses los síntomas no se han vuelto a presentar. Desde esa época las hemoptisis se han vuelto a repetir, ha adelgazado y se encuentra más débil. No presenta expectoración, fiebre, disnea, ni cianosis. En la exploración se encuentra respiración ruda en base derecha plano posterior, no auscultándose estertores. En las radiografías antero-posterior y lateral se observa el alfiler alojado en el ángulo cardiofrénico derecho, con imagen de neumonitis y bronquiectasias alrededor del cuerpo extraño. Las broncografías igualmente muestran unas bronquiectasias de tipo cilíndrico. El resto de la exploración es normal, salvo la V. de S. que es de 14 mm. a la primera hora y de 36 mm. a la segunda; índice de Katz, 16 mm. En broncoscopia, el único dato de interés que se puede recoger es la dicotomización del bronquio del lóbulo inferior, de donde se aspiran bastantes secreciones.

El 22-III-48 es operado, bajo anestesia endotraqueal pentotal sódico-éter-oxígeno. Toracotomía con incisión dorso-anterior, siguiendo la dirección de la séptima costilla. Se libera el lóbulo inferior de las múltiples adherencias que lo ligaban al diafragma y pared costal. La lobectomía del lóbulo inferior derecho se efectúa por la técnica de ligadura individual de los elementos del hilus pulmonar. El bronquio se sutura según la técnica de Sweet. El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta el paciente a los trece días. Actualmente se encuentra bien, y no ha vuelto a tener síntomas.

El problema primordial que este enfermo planteaba, como se puede enjuiciar por la historia anteriormente resumida, era de indole terapéutica. Imposible la extracción del cuerpo extraño por endoscopia, y por otra parte la naturaleza irreversible de las lesiones que había producido en el parénquima pulmonar; lesiones de neumonitis y bronquiectasias que hubieran continuado progresando aun en el caso de ser posible la simple extirpación del alfiler, me inclinaron desde un principio a realizar la lobectomía. La pieza operatoria, cuyas fotografías les presento y el examen histológico, han confirmado el diagnóstico. Actuando de esta manera se le ha librado al enfermo de un proceso bronquiectásico más grave y difuso, que, sin duda, hubiera presentado en el futuro, de haber sobrevivido a las hemoptisis, que cada vez presentaban carácter más alarmante. La lobectomía en casos semejantes es la terapéutica más adecuada, debiendo conceder la preferencia a la resección pulmonar segmentaria cuando el proceso se halle localizado a uno o varios segmentos con integridad de los restantes que componen el lóbulo.

Sesión del 9 de octubre de 1948.

HEPATITIS INFECCIOSA DE EVOLUCIÓN CI- RROTICA

J. M. ROMEO ORBEGOZO. — Se trataba del enfermo J. M. S., de treinta y cuatro años, que cuatro meses antes de la fecha de la historia clínica empezó a notar ardor epigástrico y diarrea de 10-12 deposiciones diarias, diurnas, blandas y de color aproximadamente normal; las orinas eran de color caoba. A los tres o cuatro días cambió la coloración de las deposiciones, que se hicieron como la masilla de cristalero, sintiéndose el enfermo muy decaído, pero sin fiebre. A los quince días le apareció un tinte icterico en conjuntivas, que en el término de cuatro días se extendió poco a poco por todo el cuerpo. No tenía picor; mal gusto de boca;

no dolores de cabeza ni de ningún otro sitio. Ahora sigue en el mismo estado, aunque dice que el color le ha bajado algo, pero sigue con el ánimo decaído; hace unas seis deposiciones, blandas y decoloradas. Orinas muy oscuras; mal olor de boca; no se le ha hinchado el vientre.

Tiene buen apetito, le sienta bien lo que come; restos alimenticios visibles en las heces; ha adelgazado mucho. No palpaciones. Disnea de esfuerzo; edemas maleolares desde hace un mes.

Antecedentes personales y familiares, sin interés.

En la exploración nos encontramos con un sujeto bien constituido, fuertemente desnutrido, con profunda ictericia de tipo verdínico. Lengua blanca, bien hidratada. Boca y faringe, normales. No adenopatías en cuello y axilas y pequeñas y rodaderas en ingle. Doble hernia inguinal. Tórax normal a la percusión y auscultación. Corazón normal; 86 pulsaciones rítmicas; presión arterial, 11,5/6,5. Abdomen sin circulación colateral, en el que se aprecia un hígado cuyo borde inferior se palpa en la fossa iliaca derecha y sigue en línea oblicua atravesando el ombligo y yendo a introducirse en la arada costal izquierda, a nivel de la línea mamilar. El borde es duro y afilado, sin evolución. La superficie hepática se aprecia finamente granulada. La consistencia es dura, y a nivel del epigastrio existe un abultamiento considerable, aunque sin delimitarse del resto de la superficie hepática. La abertura inferior del tórax está francamente aumentada de diámetro. No se percute ni se palpa el bazo. Fétor hepático. Edemas maleolares ligeros.

En estas condiciones, nuestro pensamiento, que por la historia clínica venía orientado en el sentido de una hepatitis infecciosa de evolución crónica, se apoyaba por el hallazgo de esa gran hepatomegalia; aunque realmente el abultamiento en el epigastrio podría ser interpretado como un hepatoma, bien maligno o benigno (que no son raros en este tipo de evolución de la hepatitis), sin embargo, la ausencia de esplenomegalia nos llamaba poderosamente la atención, y, por lo tanto, al propio tiempo que tratar de confirmar la existencia de una hepatitis teníamos también que barajar otras posibilidades diagnósticas, entre las que teníamos fundamentalmente el quiste hidatídico, otras tumoraciones benignas o malignas y una ictericia obstructiva de tipo extrahepático.

La investigación en el sentido de un quiste hidatídico fué totalmente negativa, ya que el Weinberg y el Cassoni fueron negativos, y la exploración radioscópica del tórax no arrojaba ninguna anomalía en la cúpula diafragmática.

El examen de la sangre daba una cifra normal de hematies (4.850.000), con valor globular de 1; anisocitosis ligera, con presencia de algunos macrocitos. Velocidad de sedimentación de 67,5, índice de Katz; 11.150 leucocitos, con 61 neutrófilos, de ellos 13 en cayado, 1 eosinófilo; 25 linfocitos y 13 monocitos. Tiempo de Quick, 80 por 100. En la orina, de densidad 1.022 y reacción ácida, existían ligeros indicios de albúmina; pigmentos y sales biliares muy positivos, sin urobilina, y en el sedimento se veían escasos cristales de oxalato de cal, regular cantidad de uratos amorfos, escasas células de vías bajas, algún leucocito y hematíe aislado, algunos cilindros hialino-granulosos y varios granulosos.

Las reacciones de Wassermann y complementarias fueron negativas.

Las heces, sin forma, muy blandas, hidratadas, con aspecto grumoso, sin moco y sin restos alimenticios, color ocre claro y reacción ácida. En el examen microscópico se veían algunas fibras musculares bien y regularmente digeridas, pequeño número de granos de almidón intracelulares, no se ve flora yodófila y muy abundante cantidad de grasa neutra en grandes gotas. Reacción de Schmidt positiva muy débil.

Las reacciones de Hanger y Mac Lagan fueron negativas en dos determinaciones con intervalo de doce días.

Se investigó también la coleemia, que arrojó una cifra inicial de 20,41 mgr. por 100 con 13,85 de directa, y en otras dos determinaciones más las cifras fueron de 13,83 con 10,24 y 17,18 con 11,94, respectivamente.

La calorimetria de las heces con una dieta privada de grasa dió una cifra de 1.253 calorías de pérdida diaria (207 calorías por 100 gr. de heces) y con una dieta de grasa 1.189 y 192, respectivamente.

En vista de lo que antecede, y concretando, se trataba de un caso con historia clínica de hepatitis infecciosa de evolución crónica, en el que nos llamaba poderosamente la atención la ausencia de esplenomegalia y el que las pruebas funcionales eran negativas. Aun pensando en este sentido, y con el objeto de confirmar o rectificar nuestro punto de vista por la posibilidad de una obstrucción, se decidió que se hiciera una laparatomía exploratoria.

Se le preparó con vitaminas, especialmente vitamina K en inyección y dieta de protección hepática, y una vez conseguido normalizar el tiempo de protrombina el sujeto fué intervenido. En la operación se confirmó, naturalmente, la hepatomegalia, no viéndose, en cambio, ninguna alteración en la zona que nosotros palpábamos en el epigastrio; la superficie del hígado era, efectivamente, finamente granulosa. La vesícula biliar y el colédoco estaban discretamente dilatados, y al abrir la vesícula se observó la existencia de una bilis muy oscura y espesa; parecía realmente meconio. El Profesor MARTÍN LAGOS, después de limpiarlos bien, creyó notar un endurecimiento a nivel de la ampolla de Vater. Se hizo una anastomosis de la vesícula biliar con el estómago.

El enfermo fué tratado a continuación con complejo B, vitamina K, ácido nicotínico, Hepaprotect, transfusiones de sangre y plasma. A las cuarenta y ocho horas se aprecia una fuerte elevación de temperatura, por lo que a pesar de no percibirse nada en la exploración de tórax, se instituyó un tratamiento con penicilina que consiguió descender la fiebre a las pocas horas. Sin embargo, al día siguiente el enfermo tiene vómitos muy abundantes de color oscuro y fallece a las pocas horas.

En la sección no se encontró nada anormal en el tórax y en el abdomen, aparte, naturalmente, de la hepatomegalia ya descrita clínicamente y confirmada en la operación, se apreció la existencia de una peritonitis supurada por dehiscencia de la sutura de la anastomosis. Por lo demás, las vías biliares estaban completamente permeables y no existía nada a nivel de la ampolla de Vater. Macroscópicamente, el páncreas no presentaba ninguna anormalidad.

Se cogieron piezas del hígado, bazo y riñón, que, examinadas por el Dr. LÓPEZ GARCÍA, dió el siguiente informe:

Hígado: La estructura se encuentra muy desorganizada. El conjuntivo interlobulillar es muy abundante, y en su seno se hallan numerosos seudotubuli de regeneración; algunos conductillos están dilatados; en ciertos puntos, escasos, se aprecia una infiltración de células redondas en acúmulos. Las trabéculas de los lobulillos se ven muy disociadas, con ampliación de los sinusoides; las zonas más conservadas son las periféricas, en las que a veces se descubren acúmulos de pigmento biliar y algunos focos de regeneración necrosados; las porciones centrales del lobulillo se colorean peor que las periféricas, y algunas muestran pequeñas zonas de necrosis, así como infiltración por células mononucleares. No se observa infiltración grasa. El conjunto se interpreta como una hepatitis evolucionando a cirrosis.

Bazo: Cápsula gruesa. Senos dilatados. Septos ricos en células. Los folículos son más bien grandes, y en varios de ellos se observan pequeñas masas hialinas que no dan la reacción de amiloide.

Riñón: Glomérulos sin lesiones, excepto un pequeño exudado albuminoso en muchos de ellos. Tubos con moderada degeneración turbia y algunos con exudado albuminoso en la luz.

En resumen, se trataba, pues, de un caso de hepatitis infecciosa en evolución a la cirrosis hepatolítica, tal y como habíamos pensado de primera intención, pero en el que la ausencia de esplenomegalia y sobre todo la negatividad de las reacciones de Hanger y Mac Lagan suscitaron la duda diagnóstica. Es, por tanto, interesante señalar este caso precisamente por estos últimos datos que hemos consignado; esto es, que puede haber casos

de hepatitis infecciosa de evolución cirrótica que, en un primer estadio, acompañándose de ictericia, no cursen con insuficiencia hepática.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ resumió la discusión habida en este caso con motivo de su diagnóstico diferencial, ampliando lo descrito por el Dr. ROMEO. En cuanto a la bilis oscura encontrada en la vesícula, dice que ha sido ya señalada por EPPINGER como presente en todas las hepatitis. Su explicación está en una cierta atonía de la vesícula, que recibe una bilis espesa, por disminución del flujo biliar. De todos modos, parece que, en la génesis de la ictericia, además del estasis y obstrucción intrahepática, existen otros factores, aparte de la hipótesis de la angina de la ampolla de Vater, que en este caso podría encontrar un cierto apoyo en su dureza, que hizo pensar al cirujano en la existencia de una neoplasia, uno de aquellos que HOEPER señaló, sería la pancreatitis concomitante, que en las hepatitis provoca una compresión del colédoco.

Es interesante que éste haya sido hasta ahora el único caso de hepatitis epidémica de nuestra experiencia que ha tenido Hanger negativo y Mac Lagan de una unidad. No podría explicarse por la existencia de una gran regeneración celular, con poca degeneración, que mantuviera una buena función, y en cambio, por la ingurgitación de los espacios porta, suficiente para provocar obstrucción radicular, la ictericia se sostendría con colema principalmente directa. Es decir, enseña que en toda ictericia epidémica hay un componente obstructivo, intrahepático, que en algunos casos, como éste, puede ser el de mayor relieve clínico, sin acompañarse de déficit funcional hepático.

El propio EPPINGER, al describir la Anatomía Patológica de las hepatitis, establece unos formas "hepáticas" y otras "colangíticas", y WATSON ha hablado del "síndrome funcional de la obstrucción" y del "síndrome funcional de la lesión", considerando como expresivos del trastorno de la célula hepática, las pruebas de galactosa, urobilinogenuria, Hanger, Mac Lagan, las alteraciones del espectro proteico y el desplazamiento de los eosinófagos. Indicativos del componente obstructivo serían el aumento de las fosfatasas y la colema directa.

PINEALOMAS

El Dr. OBRADOR presenta dos casos de tumor de la región pineal en niños de siete a quince años. En la historia clínica de estos enfermos aparecían signos de hipertensión intracranal, alteraciones motoras, pérdida de memoria, disminución de vista y oído en uno de ellos. En la exploración se apreciaban trastornos oculares típicos (estrabismos, incoordinación de movimientos oculares, abolición de los movimientos verticales, trastorno de la convergencia, anisocoria y alteración de las reacciones pupilares). En el fondo de ojo, atrofia óptica secundaria. En el resto de la exploración neurológica dominaban síntomas cerebelosos con ataxia, inseguridad en la marcha, disdiadiocinesia, etc. Uno de los enfermos presentaba además hemiparesia y signo de Babinski bilateral. En ninguno de los dos casos existían macrogenitosomia o modificaciones corporales marcadas. La ventriculografía demostró claramente, además de una gran hidrocefalia, la imagen típica de estos tumores con una obliteración de la parte posterior del tercer ventrículo. En los dos casos se hizo una ventriculostomía, con la apertura de la lámina terminal del tercer ventrículo a través de un colgajo subfrontal. Despues se irradiaron ambos enfermos a través de distintos campos convergentes sobre la región pineal y en dosis totales de 9.900 y 10.700 unidades r. (Dr. CARLOS ALBERT). Ambos enfermos mejoraron mucho con esta combinación de ventriculostomía y radioterapia.

Se discute la sintomatología clínica de los tumores de la región pineal, resaltando, aparte de los síntomas de hidrocefalia, los signos oculomotores. Los síntomas cerebelosos parecen ser debidos a la compresión de los pedúnculos cerebelosos en el agujero tentorial. Los síntomas motores pueden ser debidos también a la compresión o invasión de las vías descendentes en el mesen-

céfalo. La disminución de agudeza auditiva indica la afectación de los tubérculos cuadrigéminos inferiores. Los síndromes endocrinos sexuales que han sido señalados en estos tumores faltan frecuentemente. En la patología de los tumores de esta región dominan los pinealomas y tumores teratoides, y son menos frecuentes los gliomas. Desde el punto de vista del tratamiento, y debido a la alta mortalidad operatoria que sigue los ataques directos a la región pineal (vía transcallosa o transventricular) se tiende a practicar operaciones paliativas y descompresoras. La ventriculostomía parece ser la operación más indicada en estos casos de gran hidrocefalia. Algunos tumores de esta región (pinealomas) parecen ser radiosensibles, y debe siempre ensayarse un tratamiento de radioterapia profunda en dosis adecuadas.

Dr. ROF.—Insiste en la falta de seguridad en el diag-

nóstico de tumor pineal o tumor de la vecindad con sintomatología similar. Se han descrito pinealomas sin alteraciones endocrinas, los cuales entonces deben ser atribuidos a compresión del hipotálamo.

Dr. RODA.—Resume su experiencia en casos de macrogenitosomía, en muchos de los cuales no existía sintomatología de proceso expansivo intracranial, y sólo unas calcificaciones de la zona correspondiente a la epífisis, que más que de tumor habría de una anulación funcional.

Dr. JIMÉNEZ DÍAZ.—Insiste en la dissociación del síndrome endocrino y tumoral, tratando de explicarlo por alteración de los núcleos paraventriculares u otros, o por alteraciones primarias en hipófisis o gonadas, con repercusión sobre la pineal. Discute las posibilidades actuales, e insiste en la necesidad de un estudio más completo de los casos así etiquetados.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 28 de marzo de 1949 por la que se resuelve el concurso-oposición para cubrir plazas de Médicos To-cólogos. (B. O. del E. de 3 de abril de 1949.)

Orden de 28 de marzo de 1949 por la que se resuelve con carácter definitivo el concurso de antigüedad de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. (Boletín Oficial del Estado de 4 de abril de 1949.)

Orden de 28 de marzo de 1949 por la que se dispone se convoque oposición para ingreso en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria o de Distrito. (B. O. del E. de 6 de abril de 1949.)

Orden de 6 de abril de 1949 por la que se dispone la plantilla de destinos a ocupar por los Médicos Maternólogos de los Servicios de Puericultura Rural. (Boletín Oficial del Estado de 11 de abril de 1949.)

Orden de 28 de marzo de 1949 por la que se resuelve el concurso para provisión de vacantes de Inspectores Médicos de la Policía Gubernativa, convocado por Orden de 9 de julio de 1948. (B. O. del E. de 14 de abril de 1949.)

Patronato Nacional Antituberculoso.

Resolución del concurso convocado en 22 de diciembre de 1948 (B. O. del E. del 29) para la provisión de vacantes de Médicos Directores de este Organismo. (Boletín Oficial del Estado de 9 de abril de 1949.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Dirección General de Enseñanza Universitaria.

Convocando a oposición las Cátedras de "Fisiología General y Química Biológica" y "Fisiología especial" de las Facultades de Medicina de las Universidades de Sevilla (Cádiz) y Zaragoza. (B. O. del E. de 10 de abril de 1949.)

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

Orden de 26 de marzo de 1949 por la que se resuelven las oposiciones a plazas de Médicos del Cuerpo de los Servicios Sanitarios de la Zona de Protectorado de España en Marruecos. (B. O. del E. de 13 de abril de 1949.)

MINISTERIO DEL EJERCITO

Orden de 26 de marzo de 1949 por la que se anuncia concurso para cubrir vacantes de Oficiales Médicos existentes en las Unidades del Ejército de Marruecos. (B. O. del E. de 2 de abril de 1949.)

MINISTERIO DE MARINA

Orden de 16 de marzo de 1949 por la que se convocan exámenes de oposición para cubrir diez plazas de Tenientes Alumnos Médicos del Cuerpo de Sanidad de la Armada. (B. O. del E. de 2 de abril de 1949.)

MINISTERIO DE JUSTICIA

Dirección General de Justicia.

Anunciando a concurso de traslación entre Médicos Forenses de primera, segunda y tercera categoría las Forenses de los Juzgados de Instrucción de Allariz, Bujalance, Celanova, Corcubión, Coria, Esteja, Falset, Haro, Huercal-Overa, Garrovillas, Guernica, La Bisbal, La Cafiiza, Luarca, Motilla del Palancar, Murias de Paredes, Navahermosa, Olot, Purchena, Santa Coloma de Farnés, Santa María de Nieva, Sevilla número 3, Sori, Vendrell, Viella y Castropol. (B. O. del E. de 2 de abril de 1949.)

CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL EUROPEA DE HEMATOLOGIA

(Société Internat. Européenne d'Hématologie.)

El Congreso de este año, de la Sociedad, fundada en 1947, tendrá lugar en Montreux, en Suiza, del 15 al 17 de septiembre de 1949, bajo la presidencia del Profesor Chevallier, del Prof. Lambin y del Prof. Di Guglielmo. Los temas principales son:

1. Anemias hemolíticas.
2. Sustancias inhibidoras de las mitosis y citostáticas.

La duración de las comunicaciones está limitada a diez minutos. Pueden ser en francés, alemán o inglés.

Las inscripciones deben dirigirse oportunamente al Secretario, Priv. Docente Dr. S. Moeschlin, Medizinische Universitätsklinik, Zürich (Suiza).

ASOCIACION DE MEDICOS DE LENGUA FRANCESA

Modificación de las fechas del XXVII Congreso Francés de Medicina.

Habiendo trasladado el Congreso Francés de Cirugía las fechas de sus sesiones a los días 3 al 7 de octubre de 1949, el Congreso Francés de Medicina tendrá lugar los días 29 y 30 de septiembre y 1 de octubre, en Ginebra.