

demonstrativo de la eficacia del proceder, debe esperarse una mayor experiencia sobre el mismo.

Tratamiento del papiloma vesical con oro radioactivo.—Los papilomas vesicales son generalmente múltiples y siempre es dudoso su carácter benigno o maligno, juzgando por su aspecto cistoscópico o histológico. ELLIS y OLIVER (*Br. Med. J.*, 1, 136, 1955) sugieren que el mejor tratamiento sería la radiación beta a partir de un medio que rellene la cavidad; las vellosidades son así irradiadas por todas partes y existe poco peligro de irradiación de las partes normales de la pared vesical. Disuelven 300 mc. de oro radioactivo (Au^{198}) en 100 c. c. de solución salina y lo introducen por la uretra mediante una sonda. Se mantiene la solución en la vejiga durante dos horas y media y se lava repetidamente la cavidad vesical. El tratamiento es repetido después de dos meses. En la publicación se detallan los aspectos técnicos y se refiere el caso de un hombre de sesenta y siete años que presentaba incontables papilomas y curó completamente con el citado tratamiento.

Cortisona en la sarcoidosis.—La sarcoidosis dispara mucho de ser inofensiva. Las localizaciones oculares suelen causar ceguera y a veces se llega a producir la muerte por insuficiencia respiratoria progresiva. De los distintos tratamientos propuestos, la cortisona parece ser el más eficaz, aunque se han señalado recaídas al suspender el tratamiento. ISRAEL, SONES y HARRELL (*J. Am. Med. Ass.*, 156, 461, 1954) tienen experiencia del tratamiento de 36 casos, a los que han podido seguir hasta cuarenta y seis meses. En todos ellos, excepto uno, se logró una mejoría sintomática considerable. La localización pulmonar sólo regresó en el 50 por 100 de los casos y no se modificaron las sombras mediastínicas. Mejores resultados se obtuvieron en las localizaciones ocular, parotidea, cutánea o miocárdica. No obstante esta mejoría inmediata, el curso de la afección no se modificó generalmente. No se observaron brotes tuberculosos, pero cuatro enfermos murieron de sarcoidosis progresiva a pesar de la terapéutica. El tratamiento está justificado cuando aparecen lesiones oculares, cuando los síntomas debilitan al enfermo o cuando aumentan las imágenes radiológicas.

EDITORIALES

EL SINDROME DE SEZARY

La asociación de síntomas cutáneos con las reticulosis es un hecho bien conocido. Dentro de este grupo de afecciones, tiene una cierta individualidad el síndrome descrito por SEZARY y BOUVRAIN, el cual se caracteriza por la aparición de unas células monocitoïdes especiales en la sangre.

El cuadro es sumamente raro, existiendo sólo siete casos publicados. Es probable que se pudiesen observar más si se tuviese en cuenta su posibilidad, como lo prueba el hecho de que tres observaciones procedan de SEZARY y sus colaboradores y dos de ALDERSON y los suyos. Casi siempre afecta a mujeres viejas. El primer síntoma suele ser prurito, el cual se asocia pronto a eritrodermia exfoliativa, púrpura, pigmentaciones cutáneas, artropatías, adenopatías, alteraciones ungueales y pilosas, etc.

El estado general de los enfermos de síndrome de Sezary puede conservarse indemne, pero no es raro que empeore y se acompañe de síntomas infecciosos (pielonefritis, etc.) como en algún caso descrito. Las manifestaciones pueden mejorar intensamente, de modo espontáneo o por la acción de un tratamiento, pero siempre se producen recidivas.

Lo más característico del proceso es la infiltración de la piel por células monocitoïdes, así como la presencia en la sangre de células de Sezary, a veces en proporción hasta del 35 por 100 de los elementos blancos. Las células monstruosas, como las denominó SEZARY, son grandes, de protoplasma basófilo, que no da la reacción de las peroxidasa, y un núcleo muy grande, reniforme o lobulado. No es raro encontrar mitosis en este tipo de células, el cual se encuentra también en pequeña cantidad en la médula ósea.

El aspecto histológico recuerda mucho el de la reticulosis lipomelánica, tanto en la piel como en los ganglios, cuya corteza aparece invadida de células monocitoïdes. Sin embargo, en los casos de reticulosis lipomelánica, ALDERSON y sus colaboradores no han podido hallar cé-

lulas de Sezary. Aunque la sistematización de la afección no puede considerarse definitiva, parece tratarse de un cuadro de transición entre la reticulosis lipomelánica y las reticulosis de células reticulares.

BIBLIOGRAFIA

- ALDERSON, W. E., BARROW, G. I. y TURNER, R. L.—*Br. Med. J.*, 1, 256, 1955.
SEZARY, J. y BOUVRAIN, M.—*Bull. Soc. Fran. Derm. Syph.*, 45, 254, 1938.

DISPLASIA FIBROSA POLIOSTOTICA

Aunque la alteración ósea figura en el primer plano en el síndrome descrito por MCCUNE y ERUCH, así como por ALBRIGHT y cols. y bautizado con dicha designación por LICHTENSTEIN, es lo cierto que se asocian las lesiones óseas a otras endocrinas o cutáneas, en un complejo sintomático, de difícil interpretación. La importancia del asunto se deduce de que en una revisión de 90 casos, realizada por LICHTENSTEIN y JAFFE, 23 de los mismos habían sido estudiados directamente por los clínicos citados. Es indudable que muchos casos de la enfermedad son considerados con otros diagnósticos y que los límites del proceso no son interpretados uniformemente por los distintos tratadistas.

Entre las posibles confusiones figuran las que se producen con otras afecciones óseas, especialmente enfermedad de Paget o de Recklinghausen. Mucho interés tiene la confusión posible con xantomatosis óseas, no siempre asociadas al cuadro de la enfermedad de Hand-Schüller-Christian. A este tipo de confusiones se presenta el variado aspecto histológico de la enfermedad. Así como en la mayoría de las descripciones se afirma que existe un tejido fibro-óseo, con proporciones variables

de hueso y de fibrosis, LICHTENSTEIN y JAFFE señalan la presencia ocasional de islotes cartilaginosos, células gigantes o células xantomatosas. DENKO y PERRIN describen un caso con lesiones radiológicas de aspecto quístico y en el que la biopsia reveló la existencia de abundantes células esponjosas xantomatosas; en opinión de los autores citados, la demostración de este tipo celular en biopsias de hueso con aspectos quísticos es un dato que habría muy en favor de que se tratase de una displasia fibrosa poliostótica.

La utilidad diagnóstica de la biopsia sería muy considerable, ya que existen muchos casos sin más manifestaciones que las óseas. LICHTENSTEIN y JAFFE han hecho notar que sólo 32 de los 90 casos analizados por ellos tenían pigmentaciones cutáneas anormales y sólo 20 enfermos mostraban signos de anomalía endocrina. No diagnosticar más casos de displasia fibrosa poliostótica que aquellos en los que coexiste la alteración ósea, la madurez precoz y la pigmentación cutánea, supone dejar sin etiquetar un considerable número de casos de este oscuro proceso.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, F., BUTLER, A. M., HAMPTON, A. O. y SMITH, P.—*New Eng. J. Med.*, 216, 727, 1937.
 DENKO, J. V. y PERRIN, T. L.—*A. M. A. Arch. Path.*, 59, 457, 1955.
 LICHTENSTEIN, L.—*Arch. Surg.*, 36, 874, 1938.
 LICHTENSTEIN, L. y JAFFE, H. L.—*Arch. Path.*, 33, 777, 1942.
 McCUNE, D. J. y BRUCH, H.—*Am. J. Dis. Child.*, 54, 806, 1937.

VALOR DE LA TOMOGRAFIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS CALCIFICACIONES VALVULARES EN EL CORAZON

La tomografía es una exploración sencilla y no modesta para el enfermo y que puede proporcionar datos

sumamente valiosos para el enjuiciamiento de las lesiones cardíacas. La demostración de calcificaciones indica la presencia de alteraciones profundas en las válvulas, alteraciones que se acompañan corrientemente de insuficiencia y muchas veces también de estenosis. SOLOFF y ZATUCINI han demostrado que no existe una calcificación aislada de las válvulas, sino asociada a lesiones inflamatorias y necróticas. Por otra parte, es muy frecuente la coexistencia de lesiones valvulares múltiples y la exploración clínica es a veces incapaz de descubrirlas; contribuye a esta dificultad la casi imposibilidad de apreciar los distintos soplos separados que pueden coexistir y la variación de los mismos con el estado de compensación dinámica de la lesión.

SOLOFF, ZATUCHNI y FISHER sostienen que la planigrafía puede tener tres misiones fundamentales en la clínica cardiológica: descubrir lesiones multivalvulares no sospechadas, revelar calcificaciones valvulares en casos no explicados de hipertrofia cardíaca y valorar el estado circulatorio de enfermos mitrales antes de la operación. La presencia de calcificaciones en la mitral supone peores perspectivas para la operación, ya que suele quedar bastante regurgitación ulteriormente. Por otra parte, en tales enfermos es mayor el riesgo de complicaciones tromboembólicas inmediatamente después de la intervención.

La posibilidad de demostrar por tomografía las calcificaciones es bastante frecuente. Las calcificaciones se delimitan perfectamente y su situación suele ser fácil de determinar. SOLOFF y cols. han estudiado 31 casos de enfermos candidatos a la comisurotomía mitral. De ellos, han observado calcificación de la válvula mitral sola en nueve casos, de la mitral y aórtica en nueve, de la mitral y aurícula izquierda en tres casos y solamente de la válvula aórtica en otros cinco enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- SOLOFF, L. A., ZATUCHNI, J. y FISHER, H.—*Circulation*, 9, 367, 1954.
 SOLOFF, L. A., ZATUCHNI, J. y FISHER, H.—*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 95, 219, 1955.

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

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

SESIONES DE LOS JUEVES. — CLINICAS

Jueves 26 de noviembre de 1953.

RADICULITIS

Enfermo de veintitrés años procedente de la Policlínica de los doctores ROMEO y ORTEGA, que cuando era pequeño le cayó un peso en el pie derecho y a los cuatro años experimentó una debilidad en ambas piernas y calambres que duraron tres años. Luego estuvo mejor unos meses, pero volvió a recaer con igual sintomatología, viniendo ahora a la consulta por estas molestias que tiene de debilidad en las dos piernas y sensación parestética en las mismas.

En la exploración es un enfermo bien constituido, con buena coloración de la piel y de las mucosas. La columna vertebral muestra buena movilidad y no hay dolor al golpeteo. En la pierna izquierda hay una atrofia marcada que también existe en la derecha, pero menos

intensa. El pie izquierdo está excavado. Los rotulianos están bilateralmente conservados, aunque el izquierdo es más débil. Los aquileos están abolidos en ambos lados. No hay Babinski. La sensibilidad es normal. No presenta alteraciones neurológicas en las extremidades superiores. La punción lumbar muestra una presión de 16 cm. sin existencia de bloqueo. En el líquido, de aspecto claro, hay 5 células y la reacción de Pandy, de dos cruces, con 28 mg. de proteínas totales. La curva de oro está ligeramente desviada a la izquierda. No presenta alteraciones hematológicas y la orina es también normal. Las radiografías de la columna, en posición anteroposterior y lateral, no muestran alteraciones.

Interviene en la discusión, junto con los doctores ROMEO y ORTEGA, el doctor OBRADOR y el profesor JIMÉNEZ DIAZ. El pie excavado parece un pie paralítico, ya que no puede hablarse de un Fiedreich por la existencia de calambres y parestesias. Igualmente no cabe pensarse