

# 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 SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sábado 14 de mayo de 1955.

### CISTICERCOSIS CEREBRAL

Doctor R. MIÑÓN.—P. Ll. P., mujer de cuarenta años, casada, de la provincia de Guadalajara.

Ingresa en la Sala después de haber sido estudiada por el Dr. FERNÁNDEZ CRIADO. Cuenta la siguiente historia: Hace año y medio, después de una fuerte impresión, empezó a sentir pérdidas de fuerzas en las cuatro extremidades con marcha muy vacilante hasta el punto de llegar a caer hacia adelante sin pérdida de la conciencia. Desde entonces se queja de cefaleas frontales constantes que no ceden a los analgésicos, que son más fuertes por la mañana y que aumentan con los cambios de postura y en el acto de la defecación. Estos dolores se extienden también a la región cervical a nivel de la séptima vértebra, dificultando a veces los movimientos de la cabeza.

Se queja de un estreñimiento hasta de quince días. Le sienta mal todo lo que come y vomita con frecuencia lo ingerido últimamente. No cree haber tenido fiebre. Mal sabor de boca, sed y sequedad de mucosas.

Parestesias en los dedos de la mano derecha. Zumbidos de oídos.

Antecedentes: Operada de una hernia umbilical. No recuerda haber sufrido traumatismo. Ciclo menstrual normal. Antecedentes familiares sin interés.

Exploración.—Enferma de talla baja, coloración moreno-pajiza de la piel, conjuntivitis con blefaritis. Boca y cuello normal. Pulmón y corazón normal. T. A., 12,5/9,5. Vientre flácido con cicatriz de hernia umbilical.

Dolor electivo a la presión en la séptima vértebra cervical. Reflejos tendinosos y periósticos normales. Reflejos vivos en miembros inferiores con pseudoclonus. No Babinski ni sucedáneos. Nistagmus en la dirección izquierda de la mirada. No adiodocinesia. Dificultad para mantenerse con los pies juntos. No atrofas musculares, fuerza conservada, sensibilidades normales. Radioscopia de tórax normal en todos los aspectos.

Análisis de orina normal. Análisis de sangre normal, con 3 eosinófilos y un índice de 11 en la velocidad de sedimentación. Las radiografías de columna cervical no permiten apreciar nada patológico. En el fondo de ojo acusa palidez muy acentuada de ambas papilas ópticas con probable aracnoiditis optoquiasmática por meningitis quística o serosa. Las reacciones serológicas de lúes son negativas.

Se le hace la punción lumbar y se extrae un líquido cristal de roca con 21 de tensión que sube a 25 con el Queckneted. Da 600 células con una fórmula de 45 leucocitos, 8 neutrófilos, 37 eosinófilos y 10 células endoteliales. Las reacciones de Pandy, etc., son fuertemente positivas. Las proteínas totales son de 45 mg. por 100, y la curva de oro coloidal es de 2-3-4-4-4-3-2-1-0-0. La reacción de Wassermann fué negativa hasta con 1 c. c. de líquido cefalorraquídeo.

Aunque la historia y exploración clínica son muy poco elocuentes respecto a la enfermedad que la enferma sufre, la existencia de 37 eosinófilos en el líquido es muy sugerente de una parasitosis cerebral. Pensando en esto se practicó la reacción de Weimberg, que fué negativa con antígeno de líquido hidatídico y de membrana de quiste, siendo fuertemente positiva con antígeno de cisticercos.

Con el diagnóstico de cisticercosis cerebral nos dispusimos a hacer un tratamiento con radioterapia y He-trazán, pero no hubo tiempo, pues la enferma falleció a los pocos días de su ingreso, habiéndose quejado de fuertes cefaleas, que sólo se aliviaban ligeramente con inyecciones intravenosas de suero hipertónico.

En el estudio histológico se han encontrado unas formaciones microquísticas parasitarias, que parecen corresponder a una forma muy rara de presentación de los cisticercos, la llamada de cisticercos acéfalo.

### CANCER DE VESICULA BILIAR CON LITIASIS

Doctor R. MIÑÓN.—Mujer de cincuenta y siete años, casada, natural de Piedralaves (Avila).

Hace veinte años que se queja de plenitud postprandial y molestias en hipocondrio derecho dos horas después de las comidas, que se irradian a epigastrio. Por este tiempo tuvo dos cólicos en forma de dolor agudo en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho y espalda hasta la paletilla con vómitos y sin descomposición de vientre, sin fiebre ni ictericia.

Hace cuatro años empezó con dolores más fuertes y cólicos más violentos con fiebre y en alguna ocasión con algo de ictericia. Muy estreñida. Buen apetito. En cuatro años ha perdido 20 kilos.

Hace un año fué vista por mí y diagnosticada de coledocitis; se le practicó una colecistografía que presentó vesícula excluida. Entonces la palpación de vientre era dolorosa en hipocondrio derecho, sin que se palpara nada patológico. Se estableció la indicación quirúrgica, que la enferma rechazó, y últimamente volvió a verla porque sus molestias se habían intensificado y todo lo que comía le sentaba mal. Esta segunda vez se palpaba en hipocondrio derecho una tumoración de consistencia leñosa del tamaño de una pera grande que debería corresponder a vesícula. Por fuera esta tumoración se palpa perfectamente el riñón derecho. No se palpa el hígado ni el bazo aumentado. En el corazón se ausculta un timpanismo acusado del segundo tono aórtico. La silueta cardíaca presenta hipertrofia del ventrículo izquierdo. Tensión arterial, 19/11. Pulmón y resto de exploración es normal.

Antecedentes personales sin interés.

Familiares: Madre muerta de hemorragia cerebral. Una hermana hipertensa murió de uremia, dos hermanos viven hipertensos. Tiene seis hijos sanos.

Análisis de sangre: Hematías, 5.420.000. V. de S., 19 de índice, y fórmula leucocitaria, normal, con 7.500 leucocitos; colemia, 0,4 mg. por 100 total. Colinesterasa, 397 mm. c. CO<sub>2</sub>/100 mm. c. de suero. Orina normal.

La palpación nos obliga a hacer el diagnóstico de neoplasia injertada en una vesícula calculeosa. No obstante, vamos a la intervención con la esperanza de que no se confirme la neoplasia habida cuenta de la falta de anemia, de la V. de S. discretamente alta y de su buen estado general.

Es intervenida por el Dr. GONZALEZ BUENO, quien encuentra una vesícula biliar grande de paredes esclerosas con contenido calculeoso e infartos ganglionares en su pedículo, con propagación de su lesión orgánica al lóbulo derecho del hígado, que en gran parte es extirpado. Se practica una colecistectomía de vértice a base con extirpación de los infartos ganglionares. Los con-

ductos hepáticos y común muestran permeabilidad perfecta.

El estudio histopatológico dice que, de acuerdo con el diagnóstico clínico en la vesícula biliar extraordinariamente dilatada, existe un adenocarcinoma que forma grandes masas en su cavidad de aspecto de coliflor por la tendencia al crecimiento exofítico. Corresponde a su grado II, sus glándulas son irregulares y poliestratificadas con células con modradas atipias que presentan regular número de mitosis. Penetra poco en la pared del órgano, que es gruesa y fibrosa. El nódulo hepático corresponde a una metástasis de neoplasia que en él presenta estructura algo diferente también con marcada tendencia papilomatosa.

Los cálculos, en número superior a 50, y de tamaño que oscilan entre una castaña y un garbanzo, son de color blanco de superficie poliédrica y presentan al corte una zona central rojiza que el análisis ha mostrado ser de bilirrubinato cálcico y otra zona exterior de colestestina pura (Dr. MORALES PLEGUEZUELO).

Comentan el caso los Dres. MARINA, PARRA, ZUMEL, RODA, MOGENA, VIVANCO, Prof. GONZÁLEZ BUENO y profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

Se discute la relación patogenética que pueda tener la litiasis con el cáncer de la vesícula, asociación clínica constante en nuestra experiencia, de la que discrepan los doctores de la Clínica Mayo, y se plantea como hipótesis a investigar, de un lado, si coincide cáncer con litiasis de una determinada composición química, o si existe alguna alteración en el metabolismo esteroideo que sea capaz de provocar litiasis y cáncer en un mismo sujeto.

También en relación a la agresividad quirúrgica que debe mostrarse ante estos enfermos, aunque tengan metástasis hepáticas, se relata la experiencia de la sección de Nutrición del Instituto de Investigaciones Médicas en ratas, en las que la hepatectomía de un 65 por 100 del órgano va seguida de la regeneración total, rapidísima, pues en cuarenta y ocho horas ya se puede haber regenerado un 30 por 100.

#### ESTRECHEZ ESOFAGICA POR ULCERA PEPTICA

Doctor MONERO.—Voy a presentar ante ustedes el caso de la paciente Francisca G. R., de treinta y nueve años, casada, que desde hace seis años, encontrándose previamente bien, viene notando dificultad en el paso de los alimentos. Comenzó el cuadro con la aparición de un dolor en el reborde costal derecho inmediatamente después de la deglución, notando como un nudo que le subía hasta la garganta cuando los alimentos eran sólidos. Los líquidos no le producían molestia alguna. Al cabo de un año comenzó a tener vómitos postprandiales inmediatos, el dolor se hizo más persistente a medida que aumentaba los esfuerzos para poder tragar bien. Fue vista en el año 1953 por el Prof. ORTIZ DE LANDÁZURI, que le diagnosticó espasmo del cardias y úlcera de la curvadura menor alta del estómago. Con un tratamiento dietético y Cafnitrina se mejoró, pudiendo tragar mejor. Al poco tiempo comenzaron otra vez los vómitos, ya para toda clase de alimentos, por lo que fué intervenida por el Dr. SÁNCHEZ CÓZAR, el cual no encontró nada de particular en la laparotomía que le practicó, salvo la presencia de algunos ganglios aumentados de tamaño en las cercanías del páncreas, que dice está, asimismo, engrosado.

Desde la intervención hasta la actualidad sus síntomas se han ido agravando progresivamente de tal forma, que en el mes de agosto último pasó cuatro días sin poder alimentarse en absoluto, pues todo lo devolvía, quedándose después con sensación de ardores retrosternales. Últimamente le han aparecido unos dolores en región lumbar y espalda que se irradian hacia el lado izquierdo.

Nada de particular entre los antecedentes personales y familiares. Encontrándonos en la exploración una enferma bien constituida, desnutrida, pero con buena coloración de piel y mucosas. El hígado se palpa a unos

dos traveses de dedo blando y no doloroso, habiendo un dolor electivo a la palpación profunda en epigastrio.

Fué vista por el Dr. MERCHANTE, quien después de detenidas exploraciones nos la envió para su intervención con el diagnóstico de estrechez del cardias, posiblemente por úlcera.

La intervención, realizada en el Servicio del Profesor GONZÁLEZ BUENO, del Hospital Provincial, el 27 del mes pasado, fué como sigue:

Se hizo una toracotomía resecando la octava costilla izquierda y se prolongó transversalmente por el abdomen. Inciso radialmente el diafragma y la pleura mediastínica, se expuso en su totalidad el tercio inferior del esófago, cardias y estómago, encontrándose que si bien el primero parecía infundibuliforme, no se encontraba en la inspección y palpación de todas estas estructuras lesión orgánica alguna que pudiera resecar su resección, por lo que, pensando en la posible existencia de un simple cardioespasmo, se procedió a la práctica de una cardiomiectomía según la técnica de HELLER, de cuyos buenos resultados tenemos ya en la clínica una gran experiencia. Después de incindir toda la capa muscular, pudimos observar que la mucosa del esófago no hacía prominencia como en otras ocasiones, estando, al parecer, más gruesa que de costumbre, la abrimos y por su aspecto granuloso y no liso, como corresponde al esófago, supusimos se trataba de una hernia submucosa del hiato esofágico. Practicamos a continuación una plastia del cardias suturando transversalmente con puntos sueltos de catgut el cardias abierto longitudinalmente, y cerrando el diafragma en corona alrededor de esta sutura. Asimismo se hizo vaguetectomía.

Cierre del diafragma, pared costal y abdominal.

El curso postoperatorio ha sido magnífico. La enferma fué alimentada desde el segundo día a través de una sonda en el estómago, y en la actualidad está tomando alimentación blanda múltiple que traga con toda facilidad sin vómitos y regurgitaciones.

*Resumen.*—Cardioplastia y vaguetectomía realizada en un caso de estrechez del cardias con hernia submucosa del hiato.

Sábado 21 de mayo de 1955.

#### AORTITIS LUETICA Y ATROFIA

Doctores FRANCO y ESCALADA.—J. M. H., de sesenta años, soltera, sirvienta, natural de Avila. Ingresó el 16 de enero de 1955.

Desde hace un año edemas maleolares, que desaparecen con el decúbito. Disnea y palpitations de esfuerzo. Continuó así hasta hace dos meses, en que de modo brusco, al levantarse de la cama, tuvo un acceso violento con sensación de ahogo, mareos y palpitations. Hubo de guardar reposo en cama, y con un tratamiento que no recuerda, mejoró en dos días. Desde entonces edemas de piernas más acusados y oliguria y mayor disnea al esfuerzo. Nunca fiebre, ni tos, ni hemoptisis. Catarrosa desde hacía muchos años.

*Antecedentes familiares.*—Padre muerto de estómago. Madre muerta de parto. Tres hermanos, uno muerto al nacer y otro a los tres años no sabe de qué.

*Antecedentes personales.*—Menarquia a los once años. un aborto. Menopausia a los cuarenta y cinco años. No recuerda más enfermedades.

*Exploración.*—Delgada y pálida de piel y mucosas. Boca séptica. Ingurgitación de las venas del cuello y danza arterial. Carótida derecha dilatada y con latido vivo. Arritmia completa. Sopro sistólico suave en todos los focos.

P. A., 14-8. Pulmones normales. Abdomen: hígado a tres traveses de dedo, firme, no duro y de borde regular. Reflujo hepatoyugular, ++; no bazo. Meteorismo marcado. Arreflexia tendinosa de los rotulianos. Argyll Robertson, ++.

En la radioscopia de tórax se aprecia una notable dilatación del pedículo vascular, con ensanchamiento muy marcado de la aorta ascendente y ligera porra del



cayado. Pulmones de estasis con bloqueo de senos pleurales.

Se trataba, pues, de una enferma cardíaca en hiposistolia con una aortitis muy acusada y en arritmia completa con hepatomegalia. El aspecto de la aorta en la radioscopia y radiografías (adjuntas) sugería más bien una etiología luética, con el antecedente del aborto en una soltera.

Se hicieron análisis de sangre, que era prácticamente normal.

En la orina nada anormal. Tenía, en cambio, un Wasserman y complementarias de + + + +, lo cual confirmaba el diagnóstico. La colesteroemia era normal. El espectro proteico daba 5,89 de proteínas totales con inversión del cociente a 0,65, con aumento de beta y gammaglobulinas.

La oscilometría en miembros era normal.

Se la puso un tratamiento con eufilina, digital y diuréticos mercuriales y penicilina a 800.000 unidades diarias, y se mandó un E. K. G., que fué practicado por el doctor LOSADA, en el que existe arritmia completa por fibrilación auricular con un descenso de S-T en la derivación y en precordiales izquierdas, lo que sugiere o anoxia miocárdica, o acción digitálica o sobrecarga izquierda iniciada.

Durante su estancia en la sala mejoró poco, si bien al comienzo de ser tratada la disnea disminuyó mucho, la fibrilación fué siempre rápida, por encima de las 100 pulsaciones, y en cuanto se suspendía la inyección de diuréticos disminuía mucho la diuresis y aparecían edemas y estertores en las bases. Sin embargo, la respuesta a los mismo fué cada vez menos intensa, aun a pesar de no hacerse la inyección muy frecuente, y comenzó a tener intolerancia a la digital, con vómitos y náuseas en cuanto tomaba cualquier preparado del mismo fármaco. Al mes de tratamiento con 25.000.000 de unidades de penicilina, el Wasserman seguía siendo de + + + +, y se comenzó un tratamiento con yodo y bismuto. Nuevo tratamiento digitálico hubo que suspenderse a los dos días por náuseas y vómitos, inyectándose Digilanil en vena con eufilina, con lo cual mejoró unos días, para volver a empeorar con disnea de decúbito, estertores numerosos en las bases pulmonares, iniciándose un hidrotórax derecho. Se repitió el E. K. G. para desechar la posible existencia de una lesión anóxica extensa, que no se demostró en el mismo que era superponible al primeramente practicado, y en esta situación, cada vez peor, falleció en edema agudo del pulmón el día 29 de marzo del presente.

En la sección se encontró líquido seroso en ambas pleuras, más en la derecha; adherencias pleurales en lado izquierdo. Pulmones enfisematosos con atelectasia de bases. Corazón con pequeña cantidad de líquido en pericardio. Notable hipertrofia del v. izquierdo. Válvulas mitral, tricúspide y sigmoideas pulmonares normales. S. aórticas con engrosamiento escleroso. Miocardio con pequeños focos hemorrágicos. Gran dilatación de la aorta ascendente y del cayado, con placas de ateroma en todo su trayecto sobre la ascendente. El resto de la aorta, con placas ulceradas y calcificadas. La dilatación del cayado ocupada por una masa trombótica organizada, que al desprenderla es friable y deja erosionada la íntima. Ganglios de la bifurcación grandes y congestivos.

**Hígado.**—Grande, con cápsula engrosada, con aspecto congestivo. El resto de las vísceras, congestión únicamente.

Riñones congestivos solamente.

**Informe histopatológico (Dr. MORALES PLEGUEZUELO).**

**Aorta.**—Íntima con claras lesiones de ateroma, engrosamiento, alguna placa calcificada y ligeros depósitos lipídicos. Media con su disposición alternante elástico-muscular. En algunos lugares hay pequeños infiltrados de células linfoides y plasmáticas, que también se ven en la adventicia, ligeramente espesa.

**Corazón.**—Haces musculares normales, algunos acúmulos linfocíticos perivasculares principalmente. Aumento del conectivo interfascicular.

**Hígado** de estasis con lagos sanguíneos, algunas zonas cicatriciales conectivas, parénquima vacuolizado, al-

gunos neotúbulis y acúmulos moderados de conectivo en los espacios porta.

**Bazo** congestivo.

**Riñón** congestivo y con edema, sobre todo en la médula. Infiltrados inflamatorios pequeños y linfoides en distintos sitios de la corteza. Algunos glomérulos están hialinizados.

**Pulmón** enfisematoso.

Se trata, pues, de una aortitis sífilítica con aneurisma del cayado en fibrilación auricular y con un cuadro de hiposistolia de ambos ventrículos que curso de modo progresivo hasta la muerte por fracaso agudo del v. izquierdo.

En los comentarios al caso, el Prof. GILSANZ señala la relativa discordancia que existe entre la clínica, en la que la lúes parecía la causa de todo, y la anatomía patológica, que muestra una aterosclerosis fundamental. Así, pues, parece una combinación de lesiones.

El Dr. RODA abunda en los mismos extremos, y señala la falta de tipicidad de los infiltrados viscerales.

El Dr. CASTRO FARÍAS se refiere al cambio que ha experimentado últimamente el aspecto terapéutico de los aneurismas, recogiendo como últimos avances, en primer lugar, los injertos de tejido de polivinilo y nylon para efectuar sus sustituciones, y en segundo, la posibilidad de pinzar la aorta un determinado tiempo, e intercalar un tubo de cristal, abriendo el aneurisma, para después continuar la operación.

Recuerda el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, que histológicamente, cuando no hay gomas, es muy difícil hacer el diagnóstico de sífilis aórtica, y que no hay sífilis aórtica sin aterosclerosis, si ha pasado ya algún tiempo, y una vez más nos recuerda cómo su maestro LOESCHKE distinguía macroscópicamente la aterosclerosis aórtica secundaria a lesiones sífilíticas por su color grisáceo, a diferencia del amarillento de la aterosclerosis pura. En cuanto al mecanismo de la muerte de esta enferma, cree que se trató de una insuficiencia coronaria que había llegado a provocar una fibrilación auricular.

#### MENINGOEXOTELIOMA PARASAGITAL

Doctor S. OBRADOR.—Vamos a presentar un caso que tiene gran interés clínico por una larga evolución de un tumor cerebral y porque en ella está comprendida el desarrollo de nuestra escuela, ya que fué visto al poco tiempo de su llegada a Madrid por el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, hace unos veintiocho años, y ha sido recientemente operado en el Servicio de Neurocirugía de la nueva Clínica del Instituto de Investigaciones.

El enfermo fué enviado de la Sección Médica del doctor BARREDA, con la siguiente historia:

F. G. P., de cincuenta años, carpintero.

La historia comienza hace unos veintiocho años, en que se inician síntomas motores del brazo y pierna izquierdos (temblor, tirantez y flojedad), con algunas crisis en las que perdía algo el conocimiento. Entonces estuvo ingresado en el Servicio de San Carlos del Prof. JIMÉNEZ DÍAZ, y según manifiesta después el enfermo, ya se habló de intervención quirúrgica. El paciente continuó tomando luminal ocasionalmente y aquejando algunas cefaleas y crisis espaciadas con temblor en brazo y pierna izquierdos, que no impedían su trabajo.

Sigue así hasta hace unos dos o tres años, en que aumenta la paresia de la pierna izquierda, que dificulta la marcha, y del brazo izquierdo. Fué tratado como un síndrome extrapiramidal con Artane, antihistamínicos, etcétera.

En la exploración neurológica el fondo de ojo era normal y existía fundamentalmente una marcada hemiparesia izquierda, con mayor afectación de la pierna, exaltación de reflejos, signos piramidales positivos y trastornos sensoriales muy acusados.

En los exámenes complementarios el EEG demostró en la región frontal derecha un foco de ondas delta irregulares con propagación hacia región temporal y zonas homólogas del otro hemisferio. Serología en sangre y examen del líquido cefalorraquídeo negativos.

En la arteriografía de carótida derecha apareció una

imagen con discreto desplazamiento de la cerebral anterior hacia la izquierda e interrupción de la porción media de la pericallosa derecha. Pero la imagen de aire, por pneumoencefalografía cisternal, fué mucho más clara y demostró un intenso desplazamiento del ventrículo derecho por un gran proceso expansivo intracraneal de la región parasagital media.

Intervención quirúrgica (25-IV-55). Bajo anestesia general se talla un colgajo osteoplástico de la región fronto-parietal derecha que llega hasta la línea media. La dura estaba muy vascularizada e incindida la misma encontramos un gran tumor duro, rojizo y con aspecto de meningioma. Hemostasia cuidadosa de los vasos que le rodeaban en su lecho en el tejido cerebral hasta lograr la enucleación total hasta la superficie de implantación en la región del seno longitudinal y de la hoz del cerebro que fué fulgurada cuidadosamente por electrocoagulación. Sutura de dura.

La operación fué bastante bien tolerada a pesar del gran tamaño y enorme vascularización del meningioma. En la fase de extirpación se trabajó con hipotensión controlada (Arfonad), que se suspendió al sangrar profusamente la implantación en la región del seno. Durante la intervención se pusieron dos litros de sangre-suero en inyección intravenosa (gota a gota) que se continuó después durante las primeras horas del curso postoperatorio por el marcado estado de shock que sufría el enfermo (hipotensión arterial, taquicardia, frialdad, etcétera). Lentamente fué recuperándose durante las pri-

meras veinticuatro horas hasta lograrse una mejoría de las constantes cardiovasculares. El resto del curso postoperatorio ha sido bueno y actualmente está en regresión la hemiplejía residual, pudiendo andar y comenzando la recuperación de movimientos del miembro superior en el hombro y codo.

El tumor pesó 150 gramos y el estudio histopatológico dice: "Meningeoxotelioma que tiene tendencia a disponerse en acervuli, formado, sobre todo, de células grandes. Morfológicamente benigno" (Dr. MORALES PLEGUEZUELO).

En la discusión se destaca la larga y lentísima evolución que puedan tener estos tumores que llegan a alcanzar gran tamaño, en el curso de los años, sin producir modificaciones del fondo del ojo. Frente a estos síndromes cerebrales calificados de "vasculares", "extrapiramidales", etc., es necesario recurrir a los estudios neuroquirúrgicos complementarios, como pneumoencefalografía, arteriografía, etc.

El Dr. OLIVEROS, en los comentarios al caso, hace hincapié en el aspecto electroencefalográfico, señalando cómo la localidad de las alteraciones, su escasa difusibilidad, parece decidir hoy en día en pro de la benignidad del proceso expansivo que las ha causado.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ evoca algunos recuerdos del caso, que vió y diagnosticó hace veintiocho años, considerando cómo la lentitud de la evolución ulterior corresponde bien con la de los clásicos psammomas, meningiomas con calcificaciones.

## INFORMACION

### MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 1 de agosto de 1956 referente a las oposiciones a las cátedras de Fisiología general y Química biológica y Fisiología especial de las Universidades de Granada y Sevilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 3 de septiembre de 1956.)

Otra de 26 de julio de 1956 por la que se convoca concurso-oposición para proveer una plaza de Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. (*Boletín Oficial del Estado* de 15 de septiembre de 1956.)

### ADMINISTRACION CENTRAL

#### EDUCACION NACIONAL

##### Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Anunciando convocatoria para los premios anuales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas del año 1956. (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de septiembre de 1956.)

##### Dirección General de Enseñanza Universitaria.

Convocando a concurso de traslado la cátedra de Anatomía Descriptiva y Topográfica y Técnica Anatómica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. (*Boletín Oficial del Estado* de 9 de septiembre de 1956.)

### TRABAJO

#### Dirección General de Previsión.

Resolviendo concurso para nombramiento definitivo de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en las provincias de Huelva, Teruel y Cádiz. (*Boletín Oficial del Estado* de 1 de septiembre de 1956.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacante de Facultativo de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad existente en la provincia de Guadalajara. (*Boletín Oficial del Estado* de 2 de septiembre de 1956.)

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Badajoz. (*Boletín Oficial del Estado* de 2 de septiembre de 1956.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Palencia. (*Boletín Oficial del Estado* de 2 de septiembre de 1956.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Valencia. (*Boletín Oficial del Estado* de 6 de septiembre de 1956.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Medicina Ge-