

se que toda pancreopatía aguda conspira contra nuestra seguridad pronóstica.

Y es que la verdad parece rondar esta suposición: Que sólo hay una pancreopatía aguda (o, casi mejor dicho, agudizada), la cual se nos muestra en un momento dado con una vis más o menos "dramática", pero sin que lo *momentáneo* suponga que así ha de ser lo *definitivo*.

En consecuencia: Cuando nosotros hablamos de contribuir al perfilamiento de la personalidad clínica de la forma no dramática de pancreopatía, más que "forma"—en el sentido "acabado" y rígido del cuadro—deberíamos decir el *momento*. Quede así anotado, mientras sigamos usando los términos usuales, e imperfectos, de la práctica actual.

ULCERA PEPTICA Y EMBARAZO

(Comunicación de dos casos y revisión de la literatura.)

C. COLMEIRO-LAFORET

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Municipal de Vigo. Jefe: Dr. C. COLMEIRO-LAFORET.

Los dos casos que sirven de base a estos comentarios han sido recogidos en un total de 2.325 historias obstétricas de nuestro Servicio, hospitalario y privado, hasta 1947. Los detalles más destacados de ellos son los siguientes:

Observación I.—Enferma de veintiocho años, a la que se ve en consulta con el médico de cabecera, que la asiste por melena profusa, que hace algunos días ha dado lugar a un cuadro alarmante de anemia aguda. Su hemorragia depende de una úlcera duodenal, diagnosticada clínica y radiológicamente en marzo de 1942 por el Dr. RUIZ MARTÍNEZ; en esa época estaba la paciente embarazada en tercer mes. Fué tratada con alcalinos, histidina y dieta, llegando a término su embarazo. Parto espontáneo, sin incidentes.

De nuestra primera exploración de esta enferma destacan los siguientes datos, en 21 de julio de 1943: Enferma pálida, que ha tenido cuatro partos espontáneos. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales sin valor, fuera de los citados. Menarquia a los trece años, con tipo menstrual 27/4. Última menstruación, en 12 de diciembre de 1942. No ha tenido abortos. No fué operada.

De su exploración resulta: Fondo de útero a 21 cm. (Titus). Foco de auscultación fetal positivo. Presentación cefálica móvil. Vientre con antiguas estrías. Varices en vulva. Tensión arterial 115/50 mm.Hg. En sangre: hematíes, 3.030.000; hemoglobina, 63 por 100. Grupo sanguíneo "A". Serología de lúes, negativa.

Se juzga que, desde el punto de vista obstétrico, no hay problemas en esta enferma, y se prescribe una nueva exploración pasado mes y medio, quedando confiada su asistencia a su médico de cabecera.

10 de junio de 1944.—Viene la enferma a la consulta por amenorrea desde el parto anterior, que fué espontáneo; cria al hijo. Se encuentra que su amenorrea depende ahora de un embarazo en tercer mes. No tiene molestias gástricas. El duodeno, visto en radioscopia, es sensible,

pero no deforme. Este embarazo evoluciona ulteriormente sin incidentes obstétricos, pero tiene durante él tres intensas hemorragias intestinales, que requieren transfusión.

28 de abril de 1946.—Nuevamente embarazada. Fondo de útero a 21 cm. Ha tenido dos hemorragias intestinales, una en tercer mes de este embarazo y otra en el sexto. En esta fecha se encuentra, subjetivamente, bien de su afección ulcerosa. Radioscopia de duodeno; no se encuentra deformidad ni perturbación del tránsito de la papilla. En heces, reacción positiva para sangre. El embarazo evoluciona sin incidentes.

Observación II.—Enferma de treinta y dos años, a la que se ve en consulta con su médico de cabecera y otro colega, que la asisten por gastrorragia profusa, que depende de un úlcus de curva ura menor, diagnosticado, clínica y radiológicamente, hace ya año y medio. El estado de la enferma parece que ha empeorado notablemente hace dos meses, a pesar del riguroso tratamiento médico a que está sometida, dando lugar a repetidas hemorragias. Su médico interesa una exploración genital de la enferma.

En 13 de agosto de 1944 recogemos, entre otros, los siguientes datos. Enferma con aspecto anemizado. Antecedentes familiares y personales, sin interés especial. Menarquia a los trece años. Tipo menstrual 29/5. Dos partos espontáneos a término. No ha tenido abortos. No fué operada. El último parto fué en marzo de 1944, y actualmente amamanta al hijo. Amenorrea desde el parto, que la enferma atribuye a la lactancia. En sangre: hematíes, 2.360.000; hemoglobina, 42 por 100; leucocitos, 8.100; tensión arterial, 105/60.

En su exploración genital se encuentra: antiguo desgarramiento de periné. Utero agrandado, globuloso, como correspondiente a un embarazo de diez semanas. Ninguna otra cosa destacable en sus genitales.

Los colegas que asisten a la enferma juzgan indicado el aborto, pues achacan al embarazo la agravación de su proceso ulceroso y las profusas hemorragias a que éste da lugar. No se acepta nuestra opinión de que la interrupción del embarazo no está justificada, ni siquiera el argumento de que, ya en pleno tratamiento de su úlcera, cursó, favorablemente, su embarazo anterior. En vista de esta disparidad de pareceres, perdemos toda relación con la enferma.

En enero de 1947 volvemos a ver a esta enferma. El motivo de esta nueva consulta es una infección ascendente, de origen gonocócico, que encontramos ya en fase de pelviperitonitis subaguda. Se hace un tratamiento conservador. Con motivo de esta nueva asistencia podemos reconstruir la historia anterior de la enferma, y así sabemos que, con ocasión del embarazo en que la vimos por primera vez, en 1944, se hizo un aborto, que evolucionó bien. A los seis meses del aborto, en vista del fracaso del tratamiento conservador y del empeoramiento de su afección gástrica, fué operada, fuera de aquí. Por lo que pudimos deducir de las referencias de la enferma y sus familiares, ya que del colega que la intervino no pudimos obtener ninguna información sobre ello, parece que se le hizo una resección de estómago por úlcera péptica antigua, de curvatura menor.

Es bien sabido que, en los tratados de Obstetricia y en la literatura ginecológica en general, se concede escasa o nula importancia al estudio de los trastornos del aparato digestivo, especialmente de estómago, en relación con el embarazo. El criterio vulgar de atribuir todas las molestias gástricas que pueda tener una embarazada a alteraciones peculiares de la gestación, está generalmente harto difundido, aun entre médicos, y muchos consideran inevitables y hasta sin valor ni significación patológica especial los síntomas de vómito, náuseas, sensaciones de ardor de estómago, pesadez, digestión penosa, etc., que

cada día nos refieren las embarazadas, especialmente en los primeros tiempos de la gestación. Contra esta tendencia empieza ya a reaccionarse (véase GÓMEZ-SIEGLER¹¹), pero todavía muy timidamente, y es interesante advertir que, a pesar de ese criterio general, debe de concederse su justo valor a los trastornos citados, tanto porque puedan corresponder a alteraciones de aparato digestivo iniciadas durante la gestación, como porque se trate de agudizaciones de afecciones existentes ya antes de que el embarazo se iniciara. El esclarecer en cada caso cuál sea la causa real de los síntomas que las pacientes refieren tiene un evidente interés, y requiere, frecuentemente, la estrecha colaboración del gastropatólogo con el ginecólogo.

Hace tiempo ya que ANDERSON³ comprobó que en los primeros tiempos del embarazo, especialmente mientras las náuseas y los vómitos son frecuentes, hay una marcada hipoclorhidria. Esta podría depender de un efecto inhibitorio de las hormonas de tipo hipofisario, placentarias o no, que en tan gran concentración se encuentran en la sangre y los humores de las embarazadas, sobre todo en los primeros tiempos del embarazo, ya que los ensayos experimentales de CULMER, ATKINSON e IVY⁸ han mostrado que la administración de dosis elevadas de gonadotropina coriónica, en perros, hace que disminuyan, muy aparentemente, las concentraciones de ácido clorhídrico libre y combinado. Según STRAUSS y CASTLE³⁵, esta inhibición de la secreción de ácido clorhídrico se modifica en el curso del embarazo, notándose, hacia el final de él, una manifiesta elevación de la acidez. Estas y otras observaciones semejantes pueden acaso explicar la intensidad de los síntomas gástricos que acusan muchas enfermas, hipoclorhídricas ya antes del embarazo, y el buen resultado obtenido en esos casos y también en otros en los que no hay antecedentes de afección gástrica, mediante un tratamiento adecuado.

El estudio de las afecciones gástricas que pueda tener una embarazada adquiere el mayor interés ante la posibilidad de afecciones graves, como la úlcera péptica, a la que hemos de referirnos brevemente en vista de nuestras dos observaciones, especialmente debido a su escasa frecuencia.

El criterio general de los gastropatólogos, que han estudiado esta cuestión con más detalle que los obstetras, ya que en la literatura ginecológica sólo muy raramente se encuentran referencias a esta cuestión, permite establecer que la úlcera péptica, de estómago o de duodeno, se encuentra con mucha más frecuencia en hombres que en mujeres. CORACHAN⁷ dió a conocer que en sus 675 casos operados sólo el 18 por 100 eran mujeres. Igualmente EMERY AND MONROE⁴², en 556 casos, sólo encuentran mujeres en un 27 por 100. MADINA VEITIA y ARGÜELLES⁴³, en 125 casos, observan la afección en mujeres en un 10,5 por 100. MAYO⁴⁴, en cambio, tiene un 29 por 100 de mujeres en su estadística, y GONZÁ-

LEZ BUENO¹² encuentra un 22 por 100 en sus observaciones.

Esta escasa incidencia general del úlcus en el sexo femenino motiva que los casos de coincidencia de esa afección y embarazo sean verdaderamente raros, y así en la estadística norteamericana de ABBOTT¹, que abarca 7.380 casos de muertes puerperales, observadas en un total de 1.176.603 partos, no se cita ni uno solo en el que pueda atribuirse la muerte a úlcera péptica. En la estadística inglesa de MAC NALTY²⁴ se encuentra, en cambio, un caso de muerte por perforación de úlcera péptica, en el puerperio, en un total de 770 casos de muerte puerperal. Igualmente HOOKER¹⁵, que estudió un material norteamericano de 348.310 casos, en el que hubo 1.564 muertes durante el embarazo, parto o puerperio, encuentra un caso en el que la causa de la muerte fué perforación de úlcera gástrica. SANDWELSS, SALTZSTEIN y FARBMAN³⁰⁻³⁷, con motivo de dar a conocer una observación personal de muerte por hemorragia debida a la perforación de una úlcera de cara anterior de duodeno en una mujer de cuarenta y dos años, embarazada de seis meses, hicieron una revisión de su material, encontrando que ese caso era único en un total de 70.310 historias obstétricas revisadas. La rareza general de la afección ulcerosa en la mujer se torna, pues, como era lógico esperar, en un acontecimiento francamente excepcional en las embarazadas.

Admitiéndose generalmente la menor frecuencia de la úlcera péptica en la mujer se ha supuesto que pudiera haber alguna influencia sexual, quizá ligada al más activo metabolismo de las foliculinas en ella, que la defendiera de la presentación del úlcus. Hablarían en ese sentido el hecho de que las transfusiones realizadas con sangre de mujer hayan podido curar algunos casos de úlcera masculina; la observación, según BOCKUS⁵, de que la notable diferencia de frecuencia de la aparición de úlceras en los dos sexos no pueda comprobarse en los pocos casos en los que la afección se inicia antes de la pubertad y muchas observaciones semejantes. Las investigaciones experimentales y clínicas que se hicieron tomando como base esa orientación general han permitido un detallado estudio de ciertos aspectos de estos problemas, y llevaron a ensayar, tanto en el hombre como en la mujer, el tratamiento de los casos de úlcera péptica por medio de la administración de estrógenos. De esta terapéutica, iniciada por KORBSCHE¹⁹, hay actualmente una amplia experiencia, que es conocida tanto por los trabajos publicados sobre ella (FOCKEN¹⁰, SCHITTELHELM³³, PARADE²⁶, VIESCA y FERNÁNDEZ³⁹, KORBSCHE¹⁹, etc.), como por las observaciones, en su gran mayoría inéditas, de los gastropatólogos que la han empleado. De unas y otras parece deducirse que el tratamiento de las úlceras gastroduodenales con estrógenos es digno de estudio y de ensayo, aunque no haya representado un progreso de tan

gran valor como el que se le atribuía en los primeros ensayos hechos con él.

Los estudios y experiencias hechos siguiendo esa orientación han llevado a una serie de conclusiones, de las que algunas parecen erróneas o, por lo menos, prematuras, y por ello nos interesa destacar aquí ciertos detalles. Algunos autores (SANDWEISS, SALTZSTEIN y FARBMANN³⁰⁻³¹) creen haber observado que el embarazo puede ser beneficioso para la evolución de los casos de úlcus; otros (CULMER, ATKINSON e IVY⁸) creen que las enfermas pueden curar durante el embarazo, y otros, finalmente (ver PIERRE MARIE²⁹), admiten que las úlceras pépticas tienen, en la mujer, mucha menor gravedad que en el hombre, y que en ella sólo en casos rarísimos dan lugar a accidentes graves de perforación.

Seguramente no tiene ningún valor ni interés práctico el discutir la posibilidad de la curación de las úlceras gástricas o duodenales durante el embarazo, aunque sea discreto advertir que el hecho de que hayan podido observarse tales curaciones no autoriza a hacerlas depender, necesariamente, de la influencia por estrógenos u otro motivo cualesquiera de la gestación, pues en la enfermedad ulcerosa la curación, o su evolución con tendencia a curar más o menos tiempo sin síntomas aparentes, es siempre posible, sin que, en muchos casos, pueda atribuirse esa mejoría a un motivo bien determinado. Nos importa, en cambio, advertir que tales posibilidades de curación no coinciden con lo que hemos podido observar en nuestros casos, a los que hemos de referirnos, aun no siendo más que dos, dada la poca frecuencia de observaciones semejantes.

En cuanto a la posibilidad de perforación de úlcus durante el estado puerperal, una revisión metódica de la bibliografía permite recoger algunas observaciones que, por otra parte, no modifican el criterio general de considerar como extremas rarezas tales accidentes. Seguramente fué LE PLAY²² el primero en publicar una observación de este tipo, y, en lo que hemos podido revisar la bibliografía, sólo dos autores, KUNTZ²⁰ y MUSSEY²⁷, pudieron observar dos casos cada uno. En el resto de los que se han dado a conocer se trata de observaciones únicas de perforación de úlcus durante el embarazo, parto o puerperio, y fueron publicados por ANDERS², BAUEREISEN⁴, CHABANNES⁹, KAMAN¹⁸, GMINDER¹³, HUMPSTONE¹⁶, HECKSCHER¹⁴, HOOKER¹⁵, IKEDA¹⁷, KUNTZ²⁰, LA KAKE²¹, MAC NALTY²⁴, MUSLOW AND BROWN²⁶, MERCKEL²⁵, STEPHAN³¹, SANDWEISS, SALTZSTEIN y FARBMANN³¹, TSCHAMAKOFF³⁷ y ZWEIFEL⁴¹. No debe de incluirse entre ellos el caso publicado por VIANNA³⁸, porque en él la perforación de estómago, que ocasionó una hemorragia mortal a las pocas horas de un aborto gemelar, no dependió de úlcus, sino de cáncer gástrico.

En nuestra sistemática revisión de la bibliografía, seguramente incompleta dadas las difi-

cultades de todo género con que se tropieza actualmente para un intento semejante, sólo hemos encontrado las observaciones que se citan. Sin embargo, tenemos la impresión de que debe de admitirse que los casos que evolucionan favorablemente, sobre todo sin motivar accidentes graves o mortales de hemorragia, perforación, etcétera, son mucho más frecuentes de lo que podría suponerse si la posibilidad de su presentación se juzgara solamente teniendo en cuenta las pocas referencias que a ellos se hacen en las publicaciones ginecológicas. Creemos necesario insistir en este punto de vista, porque nos parece razonable pensar que si se hiciera un examen clínico más detallado que el que rutinariamente se practica a las embarazadas, sería posible descubrir en ellas, con una frecuencia mucho mayor que la generalmente admitida hasta ahora, diversas afecciones gástricas, que puedan dar lugar a variadas molestias no explicables de otra forma, y, en casos excepcionales, a accidentes graves, quizá previsibles con tiempo suficiente para poder adoptar las medidas precisas para que su riesgo sea menor.

Pero es que además, y sin que, naturalmente, pueda pretenderse que se tomen como norma, nos interesa hacer notar que en nuestros dos casos hay algunos aspectos comunes que merecen ser destacados.

En primer lugar, nuestras dos observaciones se refieren a dos pacientes multiparas, enfermas de úlcera desde hace tiempo, y en las que sucesivos embarazos no han mejorado absolutamente nada su afección ulcerosa. La posibilidad de que las enfermas de úlcus puedan mejorarse o curar, durante el embarazo, no se discutirá aquí, pero queremos hacer constar que la pretensión de que ello sea debido al solo efecto de éste, quizá por consecuencia del notable aporte de foliculinas que la gestación representa para el organismo de la mujer no ha podido ser confirmada en nuestras observaciones. Es discreto pensar, pues, que, por el momento, no puede admitirse, sin ulterior estudio e información sobre ello, la curación de las úlceras pépticas por efecto del embarazo.

Igualmente habría de advertirse que, en nuestras dos observaciones, el proceso ulceroso no sólo no mejoró, sino que se agravó durante el embarazo, siendo el síntoma más alarmante, en los dos casos, las hemorragias a que dió lugar. En este aspecto nuestras observaciones son muy semejantes a la publicada recientemente por LE WINN²³. Tales hemorragias podrían atribuirse a un efecto vasodilatador de las foliculinas sobre la circulación capilar, que, por otra parte, ha sido utilizado para tratar afecciones de la circulación periférica por COBET y RATSCHOW⁶, lesiones por congelación por WOBKER⁴⁰, etcétera. No es inverosímil tal suposición si se recuerda que este efecto de vasodilatación de los capilares es muy manifiesto también en los del estómago, pues TANGARI³⁶ comprobó una mayor vascularización de la mucosa gástrica de cobayas

tratados con foliculinas, y SCHULTZ³² cree que la acción hiperemiante de las foliculinas sobre la mucosa gástrica puede ser utilizada para curar ciertos tipos de gastritis. Pero cualquiera que haya sido el motivo que motivara los episodios de hemorragia que en nuestros casos se observaron, es evidente que en nuestras dos pacientes, ulcerosas antiguas las dos, el embarazo incrementó notablemente las hemorragias dependientes de sus úlceras y, a pesar de ello, no se curaron éstas.

Prescindiendo de las varias consideraciones que podría sugerir el estudio de nuestros casos y las deducciones que se derivarían de la comparación de nuestra experiencia con los datos que pueden recogerse en la literatura, hemos de limitarnos a advertir únicamente el interés general que tiene un más detallado estudio de las embarazadas confiadas a nuestro cuidado, y de un modo particular de aquellas que tengan antecedentes, más o menos destacados, de afecciones gástricas. En este sentido nos parece de especial importancia el estudio metódico de la posibilidad de hemorragias ocultas de aparato digestivo en todos los casos de anemia coincidente con el embarazo, haya o no antecedentes de afecciones de tramo gastrointestinal.

RESUMEN.

Se refiere este trabajo a dos casos de úlcera péptica coincidente con embarazo. Una revisión sistemática de la literatura lleva a la conclusión de que se trata de un acontecimiento poco frecuente. Se advierte que la posibilidad de que la úlcera péptica, de estómago o de duodeno, se cure por consecuencia del embarazo, no pudo

confirmarse en las dos observaciones expuestas, en las que, por el contrario, la afección ulcerosa se agravó manifiestamente.

BIBLIOGRAFIA

1. ABBOTT.—U. S. Department of Labor, Childrens Bureau. U. S. Printing Office, Washington D. C., 1934.
2. ANDERS.—Amer. J. Obst. and Gynec., 43, 883, 1942.
3. ANDERSON.—Journ. Obst. and Gynaec. Brit. Emp., 39, 558, 1932.
4. BAUERBEISEN.—Zblatt f. Gynaek., 29, 185, 1905.
5. BOCKUS.—Gastroenterology, 1, 1946.
6. COBET UND RATSCHOW.—Klin. Wschr., 18, 347, 1939.
7. CORACHAN.—Cirugía gástrica, Vol. I, Barcelona, 1934.
8. CULMER, ATKINSON y IVY.—Endocrinology, 24, 631, 1939.
9. CHABANNES.—Cit. SANDWEISS y col. en (31).
10. FOCKEN.—Deutsch. Med. Wschr., 41, 118, 1941.
11. GÓMEZ-SIEGLER.—Clínica y Laboratorio, 32, 198, 1947.
12. GONZÁLEZ BUENO.—Cit. VIESCA y FERNÁNDEZ en (39).
13. GMINDER.—Zblatt f. Gynaek., 29, 469, 1905.
14. HECKSCHER.—Zblatt f. Gynaek., 52, 2886, 1928.
15. HOOKER.—Maternal mortality in New City. Comité of Public Health Relations, pág. 234, 1930-1932.
16. HUMPHSTONE.—Amer. J. Obst. and Gynec., 17, 1114, 1916.
17. IKEDA.—Japan. J. Obst. and Gynec., 14, 489, 1931.
18. KAMAN.—Zblatt f. Gynaek., 30, 12-9, 1906.
19. KORBSCHE.—Deutsch. Med. Wschr., 37, 559, 1937, y Die Mediz. Welt, 34, 489, 1942.
20. KUNTZ.—Zblatt f. Gynaek., 42, 371, 1907.
21. LA VAKE.—Cit. SANDWEISS y colaboradores en (31).
22. LE PLAY.—Cit. SANDWEISS y colaboradores en (31).
23. LE WINN.—Amer. J. Obst. and Gynec., 14, 114, 1947.
24. MAC NALTY.—Report on a Investigation into Maternal Mortality in England and Wales Presented by the Ministry of Health to Parliament, April 1937.
25. MERCKEL.—Zblatt f. Gynaek., 41, 183, 1906.
26. MUSLOW AND BROWN.—Amer. J. Obst. and Gynec., 31, 1041, 1936.
27. MUSSEY.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 2, 156, 1927.
28. PARADE.—Med. Klin., 49, 11-3, 1942.
29. PIERRE MARIE.—Presse Méd., 11, 139, 1943.
30. SANDWEISS, SALTZSTEIN AND FAREMANN.—Amer. J. obg. Dis., 3, 24, 1938, e idem id. id., 6, 6, 1939.
31. SANDWEISS, PODOBSKY, SALTZSTEIN AND FAREMANN.—Amer. J. Obst. and Gynec., 45, 131, 1943.
32. SCHULTZ.—Med. Klin., 27, 914, 1939.
33. SCHITTELHELM.—Deutsch. Med. Wschr., 2, 33, 1942.
34. STEPHAN.—Zblatt f. Gynaek., 46, 208, 1922.
35. STRAUSS AND CASTLE.—Amer. J. Med. Sci., 184, 655, 1932.
36. TANGARI.—Cit. PIERRE MARIE en (29).
37. TSCHAMACHOW.—Inaugural Dissertation, Berlin, 1939.
38. VIANNA.—Annal. d'Ostet. e Ginecol., 3, 371, 1933.
39. VIESCA y FERNÁNDEZ.—Rev. Clin. Esp., 6, 103, 1942.
40. WOKER.—Deutsch. Med. Wschr., 66, 1265, 1940.
41. ZWEIFEL.—Zblatt f. Gynaek., 43, 442, 1919.
42. Cit. CORACHAN (7).

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

EL TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA AREATA

A. CARRILLO AUSEJO

Director del Dispensario Oficial Dermatológico y de Higiene Social, Oviedo.

La alopecia en áreas, por su rebeldía a todos los tratamientos en algunos casos, y por lo gravemente que afecta a la estética, provoca en algunos pacientes, especialmente del sexo femenino, verdaderos disturbios psíquicos, por lo que no dejan de ser plausibles cuantas tentativas se hagan para tratar de resolver la terapéutica de tan rebelde afección. Es por esto por lo que consideramos interesante divulgar el conocimiento

de un proceder de tratamiento con el que hemos obtenido resultados superiores a todos los anteriormente empleados.

• • •

Naturalmente que, en el tratamiento de la pelada, lo primero que hay que tener en cuenta es descubrir su etiología—en los casos que esto sea posible—para hacerle al lado del tratamiento local el tratamiento de fondo de su afección general originaria. Ya sabemos que la sífilis, sobre todo la heredosífilis, juega un papel importante en un gran número de casos. Asimismo desde BASEDOW se conoce—y confirmadas estas observaciones por SABOURAUD—la coexistencia de pelada con bocio exoftálmico en un gran nú-