

S. S. A.

U. N. A. M.

A. M. A. L. A.

② lej.

CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA.

PROFESOR DEL CURSO: DR. FERNANDO LATAPI

DIRECTORA DEL CENTRO: DRA. OBDULIA RODRIGUEZ

ASESOR: DR. PEDRO LAVALLE

TESIS DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA, LEPROLOGIA Y MICOLOGIA.

" LAS MICOSIS EN MEXICO "

REVISION BIBLIOGRAFICA DE 1900 A 1979

PRESENTA:

DR. JOSE DOLORES CERON ESPINOSA.

MEXICO, D. F.

1985.





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

El conocimiento de las micosis es fundamental para el dermatólogo, ya que es en la piel donde ocurren las principales manifestaciones clínicas de este grupo de padecimientos. Para el dermatólogo mexicano cobra mayor importancia, pues por las características biogeográficas de México, que le hacen un país como ha dicho F. Mariat, "extremadamente rico en micosis" en el que se pueden encontrarse -- prácticamente todas las micosis humanas hasta ahora descritas, por lo tanto el dermatólogo mexicano debe contar con una sólida formación micológica que le permita no sólo el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, sino también su difusión en la enseñanza y -- así como en la publicación de los aspectos clínicos y epidemiológicos, que son quizá las más relacionados con la práctica asistencial en las diversas regiones de nuestro país donde él se desarrolla.

La dermatología ha sido en México como en el resto del mundo -- la especialidad que más ha impulsado el estudio de las micosis. En nuestro país desde las primeras publicaciones a principios de este siglo por Cicero, Gayón, etc... los dermatólogos han sido quienes -- más han contribuido a la micología nacional así como algunas veces a la mundial. Algunos de estos trabajos ya no son solo imprescindibles en la bibliografía en México sino también en las del extranjero.

El principal objetivo de este trabajo, es el de reunir en un solo tomo el mayor número posible de publicaciones sobre las micosis en México realizados por autores mexicanos, de 1900 a 1979. Con el fin de contar con una guía bibliográfica fácil y rápida de consultar tanto para estudiantes interesados en el tema como para futuras publicaciones sobre estas enfermedades y así mismo tener un panorama histórico de la micología en México.

(1)

GONZALEZ-UREÑA, J.: Necesidad de fundar en México un dispensario-escuela para niños tiñosos. Gac. Méd. Méx. 5:235, 1905.

El autor hace algunas consideraciones de la enfermedad, haciendo incapié en lo difícil del tratamiento, con antisépticos, eficaces in vitro pero que "no pueden franquear la trinchera de 4 ma que tiene de profundidad en la piel el folículo piloso" y con acetato de Thallio "que produce alopecia perfecta y pasajera en a cambio de accidentes de intoxicación general de tal modo graves, que los que han ensayado dicha sustancia no invitan a que se les imite".

Refiere lo efectivo del tratamiento con rayos X, que fueron utilizados desde finales del siglo pasado; así como lo útil que ha sido en algunas escuelas de París donde han sido tratados niños tiñosos sin dejar de asistir a la escuela.

En base a lo anterior el autor propone que en México el gobierno cree escuelas-dispensarios para niños tiñosos donde puedan ser tratados con rayos X.

(2)

CICERO, R.E.: Técnica del tratamiento de las tiñas por los rayos X. Gac. Méd. Méx. 4:499, 1909.

Se hacen algunas consideraciones las tiñas y en especial en lo difícil de tratar la tiña de la cabeza, pues los parásitos se alojan en el interior de los cabellos y "como lo ha demostrado Sabouraud, no hay sustancia capaz de penetrar a una profundidad mayor de un milímetro en los folículos pilosos, y los cabellos están implantados a profundidades de 4, 5 y hasta 6 milímetros".

Se menciona que el único tratamiento es la avulsión de los cabellos enfermos que puede realizarse por varios medios como el acetato de thallio que por sus graves accidentes los resultados no han sido satisfactorios.

Se hace una revisión histórica de los rayos X así como la evolución de su técnica. Menciona también algunas consideraciones prácticas de su uso, destacando que el tiempo de exposición debe ser de 20 minutos en 1 ó 2 semanas y en 3 semanas ocurre la depilación y a los 3 meses, ha salido por completo el nuevo cabello completamente sano.

(3)

CICERO, R.E.: El micetoma. Gac. Méd. Méx. 7:291-301, 1912.

Se reportan cinco casos vistos por el autor, el primero en un campesino de Yautepéc en 1900, el segundo en el consultorio de la beneficencia pública en 1905, el tercero en el Hospital Militar y los otros dos en el Hospital General. Menciona que tiene conocimientos de otros casos en México.

Se hace una revisión del tema, en la que se destaca, la sinonimia, - distribución geográfica, anatomía patológica, aspectos clínicos, etiolo

gía en la que se refiere al *Streptothrix* o *Discomyces madurae* que forma granos blancos y que los granos negros observados son debidos a la pigmentación de un derivado de la hemoglobina, sin embargo han sido obtenidos granos negros en cultivos, para unos autores es un mismo agente el productor de ambos granos pero para otros son especies distintas y que las lesiones anatomopatológicas que producen difieren en algunos detalles.

En cuanto a los granos rojos constituidos por fosfatos y carbonatos, se encuentran teñidos por una sustancia derivada de la hemoglobina según Lewis y Cuninghame.

No se ha demostrado un solo caso de contagio es más frecuente en el sexo masculino y en la edad adulta, es excepcional antes de la pubertad. Se encuentran personas que trabajan descalzas.

Finalmente se menciona el diagnóstico diferencial que debe hacerse con: actinomicosis, la elefantiasis de los árabes, la lepra, las linfangitis y osteo-artrosis tuberculosa del pie los tumores malignos del pie y la dracunculosis.

"El tratamiento es exclusivamente quirúrgico, y la intervención debe ser radical".

(4)

GAYON, J.P.: Un caso de Esporotricosis. Gac. Méd. Méx. 9:18, 1914.

Se presenta el caso de una mujer de 40 años de edad, cocinera y residente en Jalapa, Ver. que presentaba lesiones en la piel cabelluda, - - constituidas por alopecia irregular, pelos conglomerados por un exudado gomoso y purulento que le daba gran semejanza con el favus, así como ulceras serpiginosas de forma irregular con tendencia a unirse por sus -- bordes, de color rojo su fondo cubierto por yemas carnosas, su puración abundante y fétida, una Linfangitis bien marcada con adenopatía cervical dolorosa al tacto. Cefalea nocturna y una palidez bien notable del resto de la piel. Con una evolución de 8 meses.

Se practicó cultivo en gelosa de sabouraud y crecieron colonias como las descritas por Beummann y Gougerot. Se trató con yoduro de potasio y un mes después "salió del hospital enteramente sana".

(5)

FARIAS, A.G.: Algunas consideraciones sobre el Favus. Mem. V Congr. Méd. Méx. Puebla, Pue. 1918, p.235.

Se presenta el autor como caso clínico, haciendo consideraciones a lo observado acerca de su enfermedad de 21 años de evolución. Menciona las causas posibles de ésta, síntomas, características del cuero cabelludo, partes pilosas de las regiones facial y anterior del cuello, partes glabras del cuerpo, diagnóstico en el que si bien debe hacerse por examen microscópico, el autor lo basa en la clínica, por exclusión, tiene fávica. Finalmente menciona los múltiples e inefectivos tratamientos utilizados.

GONZALEZ-URENA, J.: Las tiñas en México, su tratamiento por el acetato de talio. Bol. Univ. Nal. Méx. 309-325, 1922.

El autor divide a las tiñas en Microsporias, Tricoficias y Favus. -- Presenta datos de 25 casos estudiados en 1921, en la que predominó la tiña microspórica (18 casos). Menciona la forma de la toma de los cabellos parasitados, las características de las microsporias, así como algunos casos clínicos, datos micológicos, medios de cultivos y datos taxonómicos.

Refiere que el tratamiento de las tiñas "fue durante muchos años el oprevio de la dermatología" pues el tratamiento consistía en depilar, -- al principio en forma mecánica, después con acetato de talio que por -- sus graves intoxicaciones y por el advenimiento de los Rayos X fue subg tituído por este último recurso.

En México el Dr. Cicero por carecer de rayos X utiliza de nuevo el -- acetato de talio inicialmente en vaselina, al 10% con buenos resultados, posteriormente por vía oral a dosis de 5 mg. por Kg. de peso también -- con buenos resultados en mas de 150 casos, datos que fueron presentados a la Academia Nacional de Medicina en 1918. Luego del Dr. González Herrerejon en 1919 realiza su tesis, estudiando el tratamiento de las tiñas con acetato de talio por vía oral, administrado entre 5 y 8 mg. por Kg. de peso, obteniendo mejores resultados con 7 y 8 mg. por Kg. de peso.

Finalmente el autor reporta que de los 25 pacientes estudiados, a 16 se les administró acetato de talio observando mejoría en 11 de ellos, y que este tratamiento administrado en forma adecuada es más fácil de -- aplicar que los rayos X.

(7)

PRIETO, I.: Algunos casos de Actinomicosis. Gac. Méd. Méx. 57:49, 1926.

El autor hace algunas consideraciones de las generalidades de la enfermedad y presenta dos casos de actinomicosis en pacientes masculinos, y concluye que la actinomicosis es un padecimiento que se presenta con relativa frecuencia, al grado de constituir un recuerdo forzoso en la -- práctica médica.

Refiere también que las dos formas anatómicas, neoplásica y fistulosa se pueden observar y si el diagnóstico de la segunda es fácil debido a la expulsión de granos, la primera necesita el conocimiento de la mancha y el estudio detenido de su crecimiento.

Reporta que el tratamiento arsenical unido al yodurado, permite lograr resultados curativos que no alcanza el yoduro solo y acorta de este modo la duración del tratamiento.

Observó también que cuando "el desarrollo del hongo ha alcanzado las pieas huesosas y se establecen fistulas el tratamiento se alarga debido a la acción de los gérmenes banales cuyo acceso facilitado por las -- fistulas establecidas".

"Al nivel de los orificios naturales y mucosas de la boca el padecimiento se ha manifestado rebelde a todo tratamiento, debido creemos a la acción conjunta de los gérmenes de la cavidad oral y del aire, - que suma energía a la del hongo, lo que modifica el padecimiento haciéndolo resistente al tratamiento."

(8)

CICERO, R.E.: Algunas consideraciones sobre la Blastomicosis. Con motivo de un caso clínico. Gac. Méd. Méx. 59:565, 1928.

El autor hace una exhaustiva revisión de los aspectos generales de la enfermedad, presenta el caso de un niño de cinco años de edad, y resume "En conclusión los caracteres clínicos y entre ellos la tendencia espontánea a la curación una vez colocado el enfermo en condiciones favorables y la presencia de levaduras demostradas por el examen microscópico, autorizan diagnosticar: DERMATITIS BLASTOMICOSICA. Pudiere sin embargo pensarse en "erupción de origen Bromoplásico" que según Ormsby en algunos casos simulan gran parecido a dicha dermatitis y aún pudiera aducirse en favor de esa idea la circunstancia de haber desaparecido rápidamente después de la supresión de toda medicación de ese orden; pero hay que pensar para eliminarla, el hecho de que el niño había sido sujeto a medicación bromurada desde fines de 1924 y que solamente en mayo de 1927 fué cuando apareció la erupción, la cual por otra parte tuvo remisiones sin haberse suspendido esa medicación. Lo que no habría podido suceder si ella fuera el agente causal; pues bien sabido es que en tratándose de erupciones de origen medicamentoso se impone so pena de verlas persistir y agravarse. Sin embargo será necesario cerciorarse en caso de recidiva en el niño si ésta se produce consecutivamente a nueva medicación bromurada."

(9)

GONZALEZ-UREÑA, J.: Ringworm of the soles in Mexico. Arch. Dermatol. Syphi. 21:909-915, 1930.

El autor hace algunas consideraciones acerca de las características de las tiñas de la planta de los pies, en México, así como de la terapéutica.

Se presenta el caso de un paciente con una tiña de las plantas --- con características clínicas típicas, que curó con el tratamiento empleado (descamación después de inmersión en agua y aplicación tópica de solución yodada). El Estudio micológico reportó *Trichophyton asteroides*.

Finalmente el autor hace algunas consideraciones sobre la clasificación de los dermatofitos.

(10)

CICERO, R.E.: El granuloma coccidioidal. Presentación de un caso clínico y consideraciones de la enfermedad. Gac. Méd. Méx. 63:139-157, 1932.

Se presenta el caso de un paciente masculino originario del estado de Puebla sin antecedentes personales ni familiares de importancia. -

El paciente había vivido en Okland, Cal. E.U. trabajando en una fábrica de algodón y a los pocos meses presentó la enfermedad, la cual afectó los ganglios linfáticos del cuello en diferentes partes de la piel, el ilíaco y el omóplato izquierdos formando abscesos oxifluentes. Durante este tiempo no tuvo síntomas subjetivos ni compromiso serio del estado general excepto anemia.

El caso fué estudiado en los Estados Unidos por el Dr. Templeton - que aisló el coccidioides immitis. Fue tratado con antimoniales, vacuna tifoidica, yoduro de potasio, violeta de genciana, cobre coloidal y una vacuna específica, con buenos resultados.

A su regreso a México fué estudiado por el autor, pues de nuevo -- aparecieron lesiones. El Dr. Perrin aisló el coccidioides immitis y fue tratado con electrocrol, con buenos resultados.

Finalmente se hace una revisión del tema.

(11)

PERRIN, T.G.: Un caso de Granuloma coccidioidal. Demostración del - - "coccidioides immitis." *Gas. Méd. Méx.* 63:158-161, 1932.

"Se presenta un espécimen de "coccidioides immitis" aislado por -- primera vez en México. La demostración es precedida por algunas consideraciones biológicas del parásito; y se propone y defiende que la de nominación de granuloma coccidioidal sea cambiado por el de Granuloma to sis coccidioidal."

(12)

ESCALONA-PEREZ, E.: Diagnóstico y Tratamiento de las micosis de la -- piel por la Dermotricofitina y el Dermatocol. Tesis Recepcional, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, U.N.A.M. México, D.F. - 1936.

Se hace una revisión de las dermatomicosis que tienen dos localiza -- ciones, una epidérmica y otra profunda, con especial referencia a las primeras.

La Dermotricofitina se obtiene "del filtrato en medio líquido de - los cultivos de 300 razas diferentes de tricofitos, endodermofitos, - ascarias, microsporas y epidermofitos, añadido del 0.25% de ácido fé -- nico y esterilizado." y el Dermatocol es una vacuna polivalente de "las mismas 300 muestras distintas de parásitos de la piel, de los pe los, uñas, y en medio perfectamente isotónico."

Se concluye que la Dermotricofitina es de utilidad variable pues - no es completamente específica, la positividad parece estar en razón directa del estado inflamatorio de cada variedad de epodermomicosis.

La eficacia terapéutica del Dermatocol resulta también variable según los distintos grupos de micosis estudiadas. En general parece - estar en razón directa de la intensidad de la intradermorreacción a

la dermatocofitina. Los resultados de la vacunoterapia se mostró - claramente inferior a los procedimientos terapéuticos habituales.

(13)

MARTINEZ-BAEZ, M.: Un caso de probable dermatitis verrucosa. Estudio histopatológico. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 1 (4):323-338, 1940.

"Se describe el caso de una dermatosis del pie izquierdo con muchas características de cromoblastomycosis. Se discuten los datos - histológicos y el diagnóstico con algunas de las enfermedades que - pueden ser consideradas como cromomycosis. Algunos cuerpos extraños incluidos en las células gigantes, semejantes a las células del hongo de la cromomycosis fueron encontrados en los tejidos. El aislamiento del supuesto hongo no ha sido obtenido todavía."

(14)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Hallazgos del *Fonseca pedrosioi* variedad *cladosporioides* en México. Rev. Inst. Salub. Enferm. Trop., Méx. 2 (2): 187-91, 1941.

"Se hace un estudio del *Fonseca pedrosioi* Variedad *cladosporioides* encontrado en México y se confirma la autenticidad del primer caso de cromomycosis descrito por Martínez Baez como probable dermatitis verrucosa."

(15)

GONZALEZ-OCHOA, A.: El *Microsporium canis* (Bodin y Almy, 1879) en México. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 2(3-4):319-326, 1941.

"Se exponen los resultados de un estudio llevado a cabo en 135 casos de tiñas de la piel cabelluda para conocer la incidencia de las microsporias con relación a las infecciones por otros géneros - en la ciudad de México.

De 135 casos de tiñas de la piel cabelluda, 113 fueron microsporias o sea el 9.6%

La sola especie encontrada como causa de esas microsporias es el *M. canis*.

Se expone un estudio de las cepas encontradas, en el que se describen ligeras variantes.

Se sugiere el tratamiento local en lugar de la depilación para las microsporias de la ciudad de México."

(16)

GONZALEZ-OCHOA, A. y ZOYAYA, J.: Influencia de la sulfanilamida "in vitro" sobre el desarrollo y estructura del *Microsporium canis*, *Sporotrichum Schenkii* y *Actinomyces asteroides*. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 3 (2): 145-152. 1942'

"1.- Existe una acción fungistática franca de la sulfanilamida para el *M. canis* a la concentración de 1:5000; 1:10000 y 1:20000. Para el *S. schenckii* a las 1:5000 y 1:10000. Para el *A. asteroides* al 1:5000. Esta inhibición disminuye a 37°C para el *M. canis* y se acentúa en el *S. schenckii*, siendo aproximadamente igual para el *A. asteroides*. La inhibición se observa particularmente en las primeras fases del desarrollo.

2.- Las modificaciones estructurales que produce la sulfanilamida al *M. canis* consisten en acentuar la aparición de largos filamentos y en disminuir la producción de aleurias y sobre todo de cistozonas. El *S. schenckii*, en los cultivos en serie, toma parcialmente un aspecto levaduriforme, tanto en morfología macroscópica como microscópica, además favorece la aparición de formas parasitarias o en cigarro. Estos cambios probablemente tienen la significación de variantes. Con el *A. asteroides* no hay modificación."

(17)

GONZALEZ-OCHOA, A.: El micetoma por *actinomyces Mexicanus*, Boyd y -- Crutchfield. 1921 en México. Rev. Inst. Salubr. Enf. Trop., 3(4): 303-317, 1942.

"Se presenta un estudio sobre 2 casos de diversos tipos de micetoma actinomicéticos por *A. Mexicanus* Boyd y Crutchfield, 1921, y se hace una revisión micológica de las cepas aisladas."

(18)

RAMIREZ, R.V.: Reflexiones sobre dermatomicología clínica. Gac. Méd. Méx. 72:273, 1942.

"1.- Hay en nuestro país un gran número de dermatosis con caracteres de micosis, cuya clasificación clínica y micológica aún no se ha realizado y que constituyen un campo abierto para la investigación clínica y de laboratorio.

2.- Es indispensable mejorar la cultura dermatológica, insistiendo acerca de estos temas, que se atreve a calificar de interés nacional, en los cursos de dermatología para estudiantes y para graduados.

3.- Es necesario poner al alcance del médico, con todas las facilidades requeridas, los medios del laboratorio para el diagnóstico de las dermatomicosis."

(19)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SANDOVAL, M. de los A.: Estudio sobre 5 especies del género *Candida* Berkhout 1923, causantes de lesiones húmedas. Rev. Inst. Salubr. Enfs. Trop. 4(2): 149-161, 1943.

"Las siguientes son especies de levaduras aisladas y estudiadas de lesiones húmedas en pacientes de la ciudad de México: *Candida albicans*, *C. guilliermondii*, *C. pseudotropicalis*, *C. parakrusi* y *C. deformans*.

Se hacen algunas consideraciones de la morfología y métodos bioquímicos de identificación en levaduras, y el autor encuentra que ambos métodos pueden ser utilizados para esos propósitos. Al final se la prueba se considera al método bioquímico de un valor decisivo."

(20)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SANDOVAL, M. de los A.: Aislamiento de actinomyces microaerofílicos en amígdalas humanas. Rev. Inst. Salub. - Enfs. Trop. 4(4):319-322, 1943.

"Se hizo un estudio sobre el aislamiento de actinomyces microaerofílicos en 260 pares de amígdalas obtenidas de tonsilectomías practicadas en la ciudad de México, habiendo observado granos en 115 de ellas, de las cuales sólo el 49.5% presentaron formaciones actinomicósicas. Por el cultivo de la totalidad de los granos se obtuvieron 19 cepas (9.5%)."

(21)

GONZALEZ-OCHOA, A. y RULLOBA, J.: Acción del propionato de sodio "in vitro" sobre Actinomyces Mexicanus y Cephalosporium sp. Ensayo terapéutico en micetomas producidos por estos hongos. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 5 (2):83-86, 1944.

"Se presenta un estudio sobre la acción fungistática del propionato de sodio "in vitro" sobre A. mexicanus y Cephalosporium sp., hongos productores de micetomas. Se observó completa inhibición del desarrollo a las concentraciones de 2 y 1.25 por ciento. A la de 0.125 por ciento hay inhibición parcial. La de 0.0125 por ciento, no mostró poder fungistático definido.

La aplicación de esa substancia en 3 casos de micetomas causados por esos hongos, siguiendo la vía oral, a la dosis de 6 gramos durante la primera semana, y a 42 durante las dos semanas subsecuentes, no dió resultados satisfactorios."

(22)

GONZALEZ-OCHOA, A. y RULLOBA, J.: Acción de la mezcla urea-sulfanilamida-acido p. aminobenzoico "in vitro" sobre microsporium canis y candida albicans. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 6 (1): 1-9, -- 1945.

"La urea a concentraciones mayores de 1.6% tiene acción fungistática ante M. canis, su acción asociada a la sulfanilamida es acumulativa y no sinérgica. A concentraciones de 1.6%, aún fungistática, al asociarla a la sulfanilamida, interfiere la acción de ésta, observándose un desarrollo mayor en lugar de aumentar la inhibición. A concentraciones menores de 0.5%, no fungistática, no modifica la acción de la sulfanilamida.

Frente a C. albicans, levaduras sulfamidorresistentes, la urea a 1.6% siendo fungistática, no potencia la acción de la sulfanilamida."

(23)

GONZALEZ-OCHOA, A. y ROMO, V.B.: Dermatofitos causantes de tiña de la piel cabelluda en la ciudad de México. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 6(3):145-148, 1945.

"Se presenta un estudio sobre la incidencia de los dermatofitos aislados en 268 casos de tiña de la piel cabelluda en la ciudad de México. Las tricoficias (91.8%) dominan sobre las microsporias - (8.2%). Dentro de los tricofitos encontramos el más frecuente es el *T. tonsurans* (89.45%). En el género *microsporum* solamente se aisló la especie *canis*. Se sugiere la reducción del grupo crateriforme a una sola especie: *T. tonsurans*."

(24)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Estudio comparativo entre *Actinomyces Mexicanus*, *A. Brasiliensis* y *A. Asteroides*. Rev. Inst. Salub. Enf. Trop. - 6(3):155-162, 1945.

"Se presenta un estudio comparativo entre los actinomyces *Brasiliensis* (Lindenberg), 1909, *A. Mexicanus* Boyd y Crutchfield, 1921, y *A. Asteroides* (Eppinger), 1890, en el que concluye que *A. brasiliensis* tiene actividad enzimática, dato que no había sido señalado; por lo tanto, es igual a *A. mexicanus* y claramente distinto de *asteroides* que no la tiene. Conforme a la ley de prioridad deberá primar el nombre de *Brasiliensis* al considerarle su actividad enzimática."

(25)

GONZALEZ-OCHOA, A. SANDOVAL, H. de los A. y MORENO, A.: Acción de la penicilina sobre hongos patógenos. Rev. Inst. Salub. Enfs. -- Trop. 7(4): 193-200, 1946.

"Se estudió la susceptibilidad a la penicilina de 76 cepas de hongos patógenos o tomados como tales, encontrándose que excepto *actinomyces bovis* y 4 cepas de *micromonospora* ninguna fue sensible a -- 4u/O por cc. Nuestra cepa de *A. bovis* fué completamente inhibida a .08u/O por cc. La más sensible de las cepas de *micromonospora* dió una zona de inhibición de 10 mm de diámetro a 20u/O por cc; las --- otras tres sólo mostraron inhibición apreciable a 3u/O por cc."

(26)

CONTRERAS-CARRANZA, J.S.: Coccidioidomicosis en el estado de Sonora. Tesis Recepcional, Facultad de Medicina, U.N.A.M. México, D.F. - 1947.

Se hacen algunas consideraciones sobre la enfermedad y los motivos por los que el autor realizó el trabajo.

Se presentan cinco casos de coccidioidomicosis del estado de Sonora, haciendo al final algunos comentarios de los casos clínicos estudiados.

(27)

PERRIN, T.G. y MARTINEZ-BAEZ, M.: Nota sobre el primer caso de histoplasmosis en México. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 4(1):79-87, 1947.

"Se comenta el primer caso de histoplasmosis en México diagnosticado en vida y que posteriormente falleció.

Se comenta que en México pueden existir más casos de esta grave micosis que hasta la fecha todos los casos publicados han sido mortales."

(28)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SOTO-FIGUERA, E.: Polisacáridos del *Sporotrichum Schenckii*. Datos inmunológicos. Intradermoreacción en el diagnóstico de la esporotricosis. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 8(2): 143-151, 1947.

"El presente trabajo se refiere a un polisacárido obtenido del *Sporotrichum Schenckii*, en que parece ser específico dados los resultados obtenidos en el laboratorio (reacción de precipitación) y en la clínica (reacciones cutáneas en casos de esporotricosis).

Los estudios practicados consistieron en la obtención de dos sustancias, una partiendo del hongo y otra de la parte líquida del cultivo. Con dichas sustancias se hicieron reacciones de precipitación frente a sueros de conejo inmunizado con diversas cepas de *S. schenckii* y sueros de enfermos con esporotricosis; además se les estudió su toxicidad, antigenicidad y reacción cutánea, ésta última en animales inmunes y en individuos esporotricósicos, y por último se les hizo un somero estudio químico para tratar de determinar su naturaleza.

No son antigénicos ni tóxicos, y la prueba cutánea practicada con estas sustancias parecen tener valor en diagnóstico de la esporotricosis."

(29)

GONZALEZ-OCHOA, A. y LAVALLE, P.: Dermatófitos causantes de las diversas tiñas de la piel lampiña observadas en nuestro medio. - Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. Méx., 8(4): 265-272, 1947.

"Se presenta un estudio sobre la incidencia de las diversas especies de dermatófitos que causan las tiñas de la piel lampiña en nuestro medio. Las especies aisladas, en orden de frecuencia, fueron: *Trichophyton mentagrophytes* 30.9% *Microsporum canis* 25.0%; *T. rubrum* 21.2%; *T. tonsurans* 15.3%; *Epidermophyton floccosum* 3.8% y *T. concentricum* 3.8%.

En este estudio se señalan además algunos aspectos clínicos, epidemiológicos e inmunológicos particulares a algunas tiñas de la piel lampiña.

Se deja asentada la existencia de casos esporádicos de tinea imbricaria en México y el aislamiento, por consiguiente de su agente etiológico: El *T. concentricum*; así como el hecho de que la tinea favosa puede ser causada por *T. tonsurans*."

(30)

GONZALEZ, B.J.: Crebromastomicosis en México. Tesis Recepcional, --

Facultad de Medicina, Universidad de Nuevo León, Méx. 1948.

Se hace una revisión del tema, mencionando su distribución geográfica, sinonimia, epidemiología, agentes causales, sintomatología, estudios complementarios, aspectos histopatológicos, diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente masculino, campesino de 66 años de edad, originario de San Rafael, estado de Hidalgo, con cromoblastomycosis en el miembro inferior derecho que afecta pie, pierna y muslo.

Al examen directo se observaron "corpúsculos con características morfológicas semejantes a los de cromoblastomycosis", en los cultivos se obtuvieron "colonias de forma circular, de superficie elevada, de cuyos bordes parten una serie de pliegues radiados, la colonia es de color verde olivo y gris verdoso", clasificada como *hermodendrum pedrosoi*. La histopatología reporta, "por haberse encontrado en las lesiones *hermodendrum pedrosoi* puede hacerse el diagnóstico seguro de cromoblastomycosis".

El tratamiento fue a base de yoduro de potasio, electrocoagulación, radioterapia y podofilina, solamente se observó mejoría con la electrocoagulación.

(31)

MADRID, G.: Las micosis pulmonares. Rev. Mex. Tuber. 9(46):32-55, 1948. 9(47):87-111, 1948.

Se hace una exhaustiva revisión del tema que fue publicada en dos partes con las referencias antes citadas.

Se mencionan datos históricos, epidemiológicos, características clínicas, pruebas de laboratorio, pronóstico y tratamiento de las siguientes enfermedades: actinomycosis pulmonar, coccidioidomycosis en la que se hace referencia a algunos casos estudiados por el autor y se presenta un caso clínico, blastomycosis, histoplasmosis, moniliasis broncopulmonar, aspergiliosis, esporotricosis y finalmente se revisan algunos aspectos generales de los hongos.

(32)

GONZALEZ-OCCHOA, A., EZQUIVEL-MEDINA, E. y CACERES, M.: Investigación de la reactividad cutánea a la histoplasmina, tuberculina y coccidioidina, relacionada con catastro toraccico en Yucatán. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. Méx. 9(1):58-61, 1948.

"Se presentan los resultados preliminares de un estudio sobre la sensibilidad cutánea a la histoplasmina, coccidioidina y tuberculina, y roentgenfotografía pulmonar que se realiza en diversos poblados del estado de Yucatán. En 150 casos estudiados se encontró una incidencia de 55.3% positivos a la histoplasmina, 23.3% positivos a la tuberculina y ninguno positivo a la coccidioidina. La

roentgenfotografía mostró 3 casos de calcificaciones pulmonares, - uno con lesiones parenquimatosas excavadas, en individuos positivos a la histoplasmina y negativos a la tuberculina; en el caso de lesiones parenquimatosas excavadas no se encontró al bacilo de Koch."

(33)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Coccidioidomicosis. Pren. Méd. Méx. 14(7-8): -- 246-252, 1949.

"Se presenta una revisión de las principales contribuciones al conocimiento de algunos aspectos de la coccidioidomicosis. Se analiza el problema del padecimiento en México discutiendo la autenticidad de los diversos casos descritos en el país. Se dan a la publicación los resultados de la exploración sobre reactividad cutánea a la coccidioidina practicada por González-Ochoa y García (1945) en sujetos de Hermosillo, Sonora, y de Mexicali y Pueblo Nuevo, Territorio norte de Baja California, las que acusaron una incidencia total de reacciones de 17.21 por ciento, de los que correspondieron -- 12.64 por ciento a hombres y 4.57 por ciento a mujeres, además se hace mención de nuevas exploraciones sobre reactividad a la coccidioidina en sujetos de diversos estados de la República y practicada por diversos autores. Se hace una síntesis de los estados actuales sobre coccidioidomicosis."

(34)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Conceptos actuales sobre sensibilización cutánea a la histoplasmina. Gac. Méd. Méx. 79:65, 1949.

Se hace una revisión histórica de la enfermedad así como de sus relaciones con la tuberculosis y coccidioidomicosis y se mencionan algunos casos publicados en México.

Se reportan los datos preliminares de una investigación de reactivos a la histoplasmina en un poblado de Yucatán en el que se aplicó también coccidioidina y tuberculina.

Se concluye que en Yucatán no hay coccidioidomicosis y que el -- 55.5% de la población investigada resultó positiva a la histoplasmina. Se menciona también que existen otros trabajos en otras regiones de la República en los que destacan el estado de Veracruz con un 29.5% de positividad seguido por Yucatán con un 24% a la histoplasmina.

Finalmente se hace un llamado a los neumólogos para considerar -- más esta micosis con el diagnóstico diferencial con la tuberculosis.

(35)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SANDOVAL, M. de los A.: Suceptibilidad del actinomyces Bovis a la sulfadiazina, penicilina, estreptomocina y promina. Rev. Inst. Salub. Enf. Trop. 10(1):69-76, 1949.

"Se presenta un estudio comparativo sobre la acción inhibitoria de la sulfadiazina, penicilina, estreptomocina y promina sobre tres

cepas de actinomyces bovis. Los resultados obtenidos parecen indicar que, de las drogas estudiadas, la penicilina tiene una acción más efectiva y constante y que a esta sigue la sulfadiazina; que la acción de la estreptomocina es de menor constancia, y parece estar condicionada en mayor grado a la particular susceptibilidad de cada cepa, y que con la promina solamente se obtiene ligera inhibición del actinomycete con altas concentraciones.

Se advierte que la acción de estas diversas drogas es diferente para cada cepa en particular, y parece existir paralelismo entre la mayor o menor susceptibilidad de una cepa a las diferentes drogas."

(36)

LAVALLE, P. y MULLAN, J.: Estudio clínico y psicológico de un caso de micetoma de la mano. Prensa Méd. Méx. 14:106-107, 1949.

J.G. paciente masculino de 35 años de edad originario de Aguascalientes, presentó un micetoma localizado en la mano derecha, constituido por escasas lesiones úlcero fistulosas, sin presentar tumora- ciones, que no ha invadido los planos profundos a pesar de tener 25 años de evolución y que fué producido por *A. pelletieri*.

(37)

GONZALEZ-OCHOA, A. y ESQUIVEL-MEDINA, E.: Primer caso de granuloma paracoccidióideo (*Blastomycosis sudamericana*) en México. Rev. -- Med. Hosp. Gral. Mex. 13(3):159-168, 1950

"Se presenta el primer caso encontrado en la República Mexicana de Granuloma Paracoccidioides (*Blastomycosis Sudamericana*) de localización pulmonar exclusivamente y comprobado por examen directo de esputo, inoculaciones y cultivos."

(38)

LATAPI, F.: Esporotricosis facial infantil, nota clínica, estudio de un caso. Prensa, Méd. Méx. 15(10): 259-262, 1950.

Se describe el caso de un paciente masculino de 3.3 años con esporotricosis facial. La enfermedad fue adquirida en Yerecuaro, Mich. (Méx.). Se describen los datos clínicos y los hallazgos patológicos. El yoduro de potasio a las dosis recomendadas, produjo curación clínica.

El autor enfatiza el hecho de que esta enfermedad es más frecuente en México de lo que se ha sabido hasta ahora. Es polimorfa, pero muchas veces fácil de reconocer clínicamente, y la confirmación del diagnóstico por exámenes complementarios está al alcance de cualquier médico que piense en la enfermedad.

(39)

GARCIA, M.P.: Sulfonas en el tratamiento del micetoma. Estudio de un caso. Prensa, Méd. Méx. 15(10):262-266, 1950.

"Se hace una breve descripción del aspecto etiológico, clínico, -

micológico e histopatológico del micetoma agregando algunas palabras sobre el tratamiento único que se había empleado hasta ahora para tal padecimiento.

Como el *actinomyces mexicanus* es pariente cercano de las *mycobacterias* lepra y tuberculosis, se pensó que las sulfas, que habían demostrado gran eficacia en el tratamiento de las enfermedades causadas por éstas, serían de utilidad en las infecciones actinomicósicas.

Los resultados obtenidos hasta ahora son de lo más prometedores y para muestra se presenta aquí un caso típico de micetoma del codo y parte superior del antebrazo izquierdo, cuyo diagnóstico fué establecido tanto por estudio micológico como histopatológico, en el -- que el tratamiento con Diamidin durante tres meses 56 gr. en total, dió resultados muy satisfactorios."

(40)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SOFO-PACHECO, R.: Desarrollo del *Sporotrichum Schenckii* en el pus obtenido de gomas esporotricósicas. Algunos datos sobre su ciclo evolutivo. *Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop.* -- 11(1): 3-20, 1950.

"En la presente nota nos referimos al cultivo del *Sporotrichum Schenckii* en el pus extraído de gomas esporotricósicas sin adición de sustancias nutritivas, y se señalan algunos aspectos morfológicos del parásito en la esporotricosis humana, sugiriéndose su ciclo desde el estado parasitario hasta el micelial o de cultivo. El parásito se presentaría bajo la forma de elementos cocoides de 2 a 3 micras, gram positivas, o de formaciones que semejan esferitas huecas, medias lunas o signos de "coma" y que se hallan rodeados por una substancia acidófila de contornos amiboides. Ambos tipos de elementos se encuentran libres e intracelulares, particularmente dentro de los linfocitos.

De estas formaciones se derivarían elementos fusiformes semejantes a las formas en "cigarro" vistas en la esporotricosis experimental de los animales de laboratorio, elementos que después de engrosarse, emitirían un tubo germinativo que constituiría el micelio, el cual, al fin produciría su aparato conidiano."

(41)

MENDIOLA, R. y CORTES, R.: Rinosporidiosis. Primer caso encontrado en México. *Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop.* 11(2-3-4):159-166, 1950.

"Los autores señalan, por primera vez, la existencia de la rinosporidiosis en México presentando el estudio histopatológico de una lesión polipoides nasal en un adulto del sexo masculino residente en la costa del estado de Jalisco, en los límites con el estado de Colima."

(42)

DE LA GARZA, S. y RODRIGUEZ-QUINTANILLA, M.: Cuatro casos de coccidioidomycosis diagnosticados por biopsia y comprobados por el cultivo

vo. Rev. Hosp. Univ. "Dr. J.E. González", 2(5):181-214, 1952.

"Se reportan cuatro casos de coccidioidomicosis de forma granulomatosa en enfermos estudiados en el Hospital Universitario de Monterrey. El diagnóstico se verificó por medio del estudio histopatológico de tejido extirpado en el que se encontraron típicas esférulas de Coccidioides immitis con doble contorno y formación de endosporas. El diagnóstico se comprobó por el cultivo del microorganismo - que formó colonias características con formación de hifas septadas provistas de artrosporas. En tres de los casos la inoculación intratesticular al cobayo de elementos del cultivo provocó típica inflamación con formación de nuevas esférulas de C. immitis.

Se hace hincapié que estos cuatro casos corresponden a individuos que nunca habían salido del país, excepto uno de los casos que había estado en California 23 años antes de iniciado su padecimiento.

Se efectúa un breve resumen de los estudios verificados en México sobre Coccidioidomicosis y se describen los caracteres histopatológicos encontrados así como las características macro y microscópicas del desarrollo del C. immitis."

(43)

GONZALEZ-BENAVIDES, J.: La esporotricosis como enfermedad ocupacional de los alfareros. Rev. Hosp. Univ. "Dr. J.E. González", 2(5): 215-232, 1952.

1o.- Dada la frecuencia de casos de esporotricosis entre el personal de la industria alfarera y las personas relacionadas con esta industria, sobre todo los que utilizan zacates en el empaque del producto, considero a la Esporotricosis como enfermedad ocupacional en los alfareros.

2o.- Atendiendo a que en la Esporotricosis la reinfección puede presentarse, después de curada, considero que debe recomendarse a la industria alfarera se tomen las siguientes medidas:

- a) Cambiar el material de empaque (cartón, papel, fibrilla de madera, lana de vidrio), o en su defecto someter a fumigaciones fungicidas este material (zacate) que comúnmente se emplea.
- b) Visitas periódicas a las alfarerías por el Departamento de riesgos profesionales o de Autoridades Sanitarias.
- c) Que exijan a la empresa proporcione material de protección a los obreros (guantes, ropa, baños, botiquines, etc., etc.).
- d) Educar al personal de estas industrias de la significación que tiene la observación fiel de estas medidas, así como explicar sobre la enfermedad.

3o.- Que las Organizaciones Médicas de la República hagan gestiones, ante quien corresponda, para que se incluya en la Ley Federal de Trabajo. La Esporotricosis como Enfermedad Ocupacional en el personal de la industria alfarera y las personas relacionadas con esta industria."

GONZALEZ-OCHOA, A., SHIELS, J. y VAZQUEZ, P.: Acción de la 4-4 diamino difenil sulfona frente a nocardia brasiliensis. Cac. Méd. - Méx, 82:345, 1952.

"El trabajo presentado se refiere a la exploración de la sensibilidad de la nocardias patógenas a la 4-4 diamino difenil sulfona -- (DDS), a la acción de esta substancia en la infección experimental del ratón, y a diversos casos de micetoma por *N. brasiliensis*.

Los resultados muestran que inicialmente *N. brasiliensis* es sensible y se inhibe completamente el desarrollo al 1:10000 y parcialmente a 1:50000. En la infección experimental los resultados son pobres, debido probablemente a que la inoculación intraperitoneal produce una infección total, ya que no transcurre el tiempo necesario, por muerte del animal, para que se constituyan las defensas inmunológicas.

Por el contrario, en casos humanos los resultados obtenidos fueron favorables, ya que, de ocho enfermos, seis se consideraron curados, uno mejorado, y sólo uno no respondió al tratamiento. La dosis administrada, de 200 mg. diarios, no produjo efectos tóxicos."

(45)

GONZALEZ-OCHOA, A. y OROZCO-VICTORIA, C.: El micetoma maduromicosico en México. Mem. X Congr. Cient. Mex. Ciencias Médicas, UNAM - México, D.F. 1953, p. 266.

Se hacen algunas consideraciones sobre el micetoma maduromicosico.

Se presentan los dos primeros casos de micetomas maduromicosicos en México, pues en caso de "micetoma negro" descrito en 1934, carece de comprobación micológica. El primer caso corresponde a un paciente mestizo de 33 años de edad originario de Mocorito Sin., Méx. con micetoma en el miembro inferior izquierdo (tobillo y pierna) -- del que se aisló *Cephalosporium*, que hasta ese momento no había sido clasificado.

El segundo caso corresponde a un niño 14 años de edad, mestizo, originario de Tampico, Tamps., Méx. con lesiones en la rodilla izquierda de las que se aisló *Monosporium* no clasificada hasta ese momento.

Se hacen algunas consideraciones micológicas de los agentes aislados de estos micetomas.

(46)

MENDIOLA, R. y LICONA, J.M.: Un caso de histoplasmosis. Rev. Inst. Salub. Enf. Trop. 13(1):9-12, 1953.

"En Hermosillo (Sonora, México), región cálida, seca y de poca elevación sobre el nivel del mar, un hombre vigoroso y de buena salud hasta el principio de su padecimiento, presentó un cuadro infec

cioso, complejo, subagudo, apirético, que cursó con emaciación, anorexia leucopenia, con cuarenta por ciento de linfocitos, signos pulmonares, diarrea, parodontosis, y una lesión ulcero-necrótica lentícular y superficial, en el borde izquierdo de la lengua, lugar en el que se hizo por biopsia y por examen anatómico-patológico, el diagnóstico de histoplasmosis. La enfermedad cursó en seis meses y terminó con la muerte del sujeto."

(47)

GONZALEZ-OCHOA, A. y VAZQUEZ-HOYOS, A.: Relaciones serológicas de los principales actinomicetos patógenos. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 13(3):177-187, 1953.

"Se presenta un estudio sobre las relaciones serológicas puestas de manifiesto por reacciones de precipitación, de los principales actinomicetos patógenos entre sí y con especies del género streptomyces. Dicho estudio comprendió 18 cepas que, aunque provisionalmente fueron tomadas como nocardias siguiendo el consenso de los autores, correspondieron a especies realmente válidas, a sinonimias o a especies que no pueden ser mantenidas dentro del género nocardia; estas fueron *N. asteroides*, *N. sppsoides*, *N. carnei*, *N. leishmani*, *N. pelletieri*, *N. brasiliensis*, *N. mexicana*, *N. somaliensis*, *N. madurae*, *N. africana* y *N. paraguayensis*; además de estas supuestas nocardias se estudiaron una cepa de actinomyces bevis y una de streptomyces lavendulae, *S. albus* y *S. griseus*.

Los resultados, que pusieron de manifiesto una correspondencia entre la morfología microscópica y las relaciones serológicas, autorizarían a constituir cuatro grupos: el grupo Bovis con *A. bovis*, *N. asteroides* y *N. brasiliensis*. El grupo Somaliensis constituida por sólo especie *N. somaliensis* que fragmenta y no es acidorresistente. El grupo Madurae con las especies *madurae*, *pelletieri* y *africana*, ésta última igual a *pelletieri*. El grupo Paraguayensis con la especie del mismo nombre que no fragmenta, no es acidorresistente, y que tiene relaciones serológicas con *S. lavendulae*, *S. albus* y *S. griseus*.

Las especies pertenecientes a los dos últimos grupos no pueden ser incluidos dentro del género Nocardia."

(48)

GONZALEZ-OCHOA, A. y BARANDA, F.: Una prueba cutánea para el diagnóstico del micetoma actinomycetico por Nocardia Brasiliensis. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 13(3): 189-197, 1953.

"El presente trabajo se refiere a la obtención de varios antígenos a partir de nocardia brasiliensis. La aplicación intracutánea de uno de ellos, consistente en un carbohidrato al que denominamos L-2, en 16 enfermos de micetoma actinomycetico por ese actinomyceete acusó reacción positiva. Esta reacción muestra especificidad para considerarle valor diagnóstico ya que aplicada en 2 casos de micetoma actinomycetico por actinomyces Bovis, en 8 casos de otras micosis profundas, en 9 de dermatofitosis, en 11 padecimientos no micóticos y en 10 sujetos normales, acusó resultados negativos.

La pérdida de la reactividad cutánea a dicho antígeno, en los casos de micetoma actinomicósicos por *N. brasiliensis*, hace suponer mal pronóstico."

(49)

GONZALEZ-OCHOA, A. y ROSILES, H.: Probable curación de un caso de coccidioidomicosis por la hidroxiclороquina. Rev. Inst. Salub. - Enfs. Trop. 13(4):261-263, 1953.

"Se presenta un caso de coccidioidomicosis que aparentemente curó con hidroxiclороquina. El enfermo primeramente fué sometido a la acción del vainilato de etilo, con el que obtuvo ligera mejoría clínica; pero un mes después de suspendido continuó siendo positiva en las observaciones microscópicas y en los cultivos del material patológico de sus diversas lesiones.

En las condiciones anteriores se le administró hidroxiclороquina a la dosis de dos tabletas diarias de 250 mg. consiguiéndose la cicatrización de sus lesiones después de 40 días de tratamiento. El fármaco no produjo manifestaciones tóxicas durante 60 días de suministrado."

(50)

GONZALEZ-OCHOA, A., HERNANDEZ, P.E. y COLORADO-IRIS, R.: Experimentación con Vainilato de Etilo en dos casos de coccidioidomicosis y uno de micetoma actinomicósico por *nocardia brasiliensis*. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 13(4):265-277, 1953.

"Dos casos de coccidioidomicosis y uno de micetoma actinomicósico por *nocardia brasiliensis*, fueron tratados con vainilato de etilo. Los microorganismos aislados de los respectivos enfermos, fueron inhibidos "in vitro" por concentraciones de 12.5 mg. por ciento de vainilato de etilo, en tratándose de coccidioides immitis, y de 50 mg. por ciento para *N. brasiliensis*. La administración del fármaco, durante 40 días, resultó ineficaz. En ninguno de los casos fue posible obtener niveles sanguíneos, continuados por un tiempo suficiente, que aseguraran las concentraciones requeridas para obtener inhibición "in vitro" aún con dosis tan elevadas como 50 a 60 gr. diarios y sostenidas durante 24 días, fue imposible alcanzar niveles estables, observándose descensos de 5 mg. por ciento y elevaciones de 39.5 por ciento (caso No. 2)."

(51)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SANDOVAL, M.de los A.: Levaduras intestinales no tratadas con antibióticos. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. - 16(4):15-19, 1953.

"La comparación del resultado del aislamiento de levaduras del género *Candida* en las heces fecales de sujetos de la ciudad de México realizado en 1947, antes del empleo de los antibióticos de amplio espectro, con aislamientos similares efectuados, tanto en la propia ciudad de México como en los E.E.U.U., pero en sujetos sometidos a los antibióticos de espectro amplio, muestra un aumento en la frecuencia de los portadores de *C. albicans* que va del 44% en el

primer grupo al 70 y 77% en los dos segundos. Además, parece que dichos antibióticos influyen en la aparición o incremento de C. tropicalis y en la desaparición o disminución de C. pseudotropicalis."

(52)

SLIM, V. y ARANDA, R.B.: Coccidioidomicosis e histoplasmosis en el valle de Mexicali, Méx. Bol. Of. Sanit. Panam. 34:137-142, 1953.

"La ciudad y el valle de Mexicali deben considerarse como una zona endémica de coccidioidomicosis, histoplasmosis y tuberculosis.

Las observaciones clínicas demuestran que la coccidioidomicosis y la histoplasmosis se presentan en forma benigna.

La tuberculosis alcanza en Mexicali una incidencia que la coloca dentro de los primeros lugares en la República Mexicana, y se considera como el problema número uno desde el punto de vista sanitario de la Baja California.

La coccidioidomicosis y la histoplasmosis alcanzan índices significativos a partir de los 15 años de edad."

(53)

CARDONA, A. y VELAZQUEZ, T.: Infección del sistema nervioso central por coccidioides immitis, en un hombre adulto de México, que más probablemente adquirió la infección en el sur de los Estados Unidos de Norteamérica."

(54)

MARTINEZ-BAEZ, M., REYES-MOTA, A. y GONZALEZ-UCHOA, A.: Blastomicosis norteamericana en México. Rev. Inst. Salub. Enf. Trop. - - 14(4):225-232, 1954.

"Se describe el primer caso hallado en México de blastomicosis norteamericana o enfermedad de Gilchrist. Se presentan los datos patológicos encontrados a la autopsia y los microscópicos correspondientes así como los que reveló el estudio micológico completo, que permitió identificar el parásito hallado como Blastomyces dermatidis Gilchrist y Stokes, 1898."

(55)

NUNEZ-ANDRADE, R.: Tiña imbricata, Gac. Méd. Méx. 84:265, 1954.

Se hace una exhaustiva revisión del tema en el que destaca los siguientes aspectos: etiología, sinonimia, definición, historia, -- distribución geográfica, epidemiología, clínica, etiopatología, anatomía patológica, tratamiento y profilaxis.

Esta es una revisión muy completa del tema hasta esa época, por lo que debería consultarse este trabajo en la investigación de este tema.

GONZALEZ-OCHOA, A.: Recientes adquisiciones en el conocimiento de la coccidioidomicosis. Gac. Méd. Méx. 84:307-312, 1954.

"En la comunicación presentada se hace una revisión sucinta de los principales quiones que marcan el conocimiento de la coccidioidomicosis en los 72 años transcurridos desde que se encontró el padecimiento.

Se hace hincapié en las reacciones serológicas (presipitación y fijación del complemento) recientemente puntualizados por Smith (1950), para el diagnóstico de la infección primaria activa, para sospechar el paso de ésta a la fase de diseminación, y para el diagnóstico y pronóstico de la última.

En lo referente a la terapéutica, el autor expone sus resultados negativos con el vainillato de etilo, y como contribución personal se hace una comunicación previa acerca del empleo de la hidroxiclo-roquina a dosis de 500 mg. diarios, con lo que probablemente se obtuvo curación en dos casos de coccidioidomicosis diseminada."

GONZALEZ-OCHOA, A. y MACOTELA-ROIZ, E.: Tratamiento de las micosis profundas con esteroides. Rev. Inst. Salub. Enf. Trop. 15(1): 9-13, 1955.

"Se reporta el fracaso de la pregnonolona en un caso de micetoma actinomicótico por nocardia brasiliensis. El proceso, localizado a miembro inferior derecho, asentaba un tercio superior de pierna y mitad inferior de muslo. Después de una gran mejoría obtenida con diámetro-difenil-sulfona (D.D.S.), el enfermo suspendió la medicación apareciendo la recidiva a los dos meses; a pesar de la reinstalación de la D.D.S. el proceso continuó extendiéndose, debido a la resistencia del actinomicete; reaparecieron las lesiones en la mitad superior de muslo e invadieron las regiones crural, inguinal y glútea. En estas condiciones se administró la pregnonolona a la dosis diaria de 300 mg. Un mes después de haber recibido una dosis total de 8.10 g. del esteroide, el enfermo había empeorado de sus lesiones micóticas y se produjo una marcada ginecomastia dolorosa."

GONZALEZ-OCHOA, A.: Las enfermedades por hongos en México. Rev. Inst. Salub. Enf. Trop. 15(3):133-147, 1955.

"Se presenta una revisión de las enfermedades causadas por hongos que se han registrado en México, las cuales corresponden prácticamente todas las micosis humanas hasta ahora conocidas.

Se hace resaltar las peculiaridades más notables de las micosis superficiales como se presentan en el país; en cuanto a las micosis profundas, se presentan las características que en México ofrecen - las tres dominantes de este grupo, a saber: el micetoma actinomicótico por nocardia brasiliensis, la esporotricosis y la coccidioidomicosis. A propósito de la esporotricosis se propone una clasificación nueva, con base patológica y se menciona el diagnóstico median

to una prueba cutánea; se hace notar la importancia considerable -- que en México tiene la coccidioidomicosis, así como que cada día se encuentran más y más casos de histoplasmosis, la que en algunas regiones del país es conocida como "Fiebre de las minas abandonadas"; en cuanto al resto de las micosis humanas, se consignan la existencia en México de la cromomicosis, las blastomicosis sudamericana y norteamericana, el micetoma maduromicótico, la candidiasis visceral, la rinosporidiosis, la criptococosis y la aspergillosis pulmonar."

(59)

GONZALEZ-OCHOA, A. y FANFOVAL, M. de los A.: Características de los actinomicetos patógenos más comunes. Rev. Inst. Salub. Enfs. - - Trop. 15(3):149-161, 1955.

"Los autores presentan un estudio sobre los actinomicetos patógenos humanos más comunes. Consideran que las especies *madurae*, *pellegrinii* y *paraguayensis*, deben ser trasladados al género *Streptomyces*, basándose en la ausencia de fragmentación y en la producción de micelio aéreo y conidias, al cultivar las primeras especies en medios especiales, y de las mismas características observables, aún en medios ordinarios, en la especie *paraguayensis*.

Se exponen las características determinativas de las especies *bovis*, *asteroides*, *brasiliensis*, *madurae*, *pellegrinii* y *paraguayensis*, así como el método seguido para su identificación. Consideran que -- con excepción de *paraguayensis*, que es una especie rara, las otras son las más comúnmente encontradas como causa de micetoma actinomicótico y de nocardiasis."

(60)

GONZALEZ-OCHOA, A., DOMINGUEZ, L. y MACOTEIA, E.: Tratamiento de la moniliasis oral con Nystatin. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 15(4) 195-203, 1955.

"La aplicación tópica de Nystatin en 75 niños con moniliasis -- oral mostró notables resultados curativos. El criterio diagnóstico sustentado se basó en la presencia de placas blanquecinas en la mucosa bucal, las que al microscopio mostraron grandes cantidades de filamentos y células levaduriformes y que por cultivo desarrollaron *Candida albicans*.

En el 100% de los casos las lesiones desaparecieron en un promedio de 2-4 días de tratamiento. De estos el 30.6% curó en un sólo día; el 26.6% en dos días; el 30.6% en 3 días, y sólo el 12.2% tuvo que ser tratado de cuatro a siete días.

En los 75 casos curados se registraron 4 recaídas que curaron -- con nueva aplicación de Nystatin durante tres días.

En dos casos que habían resistido a los tratamientos clásicos -- (bicarbonato de sodio y violeta de genciana), uno por 15 días y el otro por 2 meses, se obtuvo la curación con 3 días de la aplicación de Nystatin.

No se observaron efectos colaterales."

(61)

LAVALLE, P.: Mycoses in México. Seventh Annual Meeting of Pacific - Dermatologic Association. México, D.F., 1955.

El autor hace una breve revisión de las micosis más frecuentes - en México así como de las no frecuentes pero que han sido reportadas.

En las micosis superficiales menciona que la *Tinea capitis* es -- más frecuentemente producida por el *T. tonsurans* (90%), la *Tinea pedis* producida más frecuentemente por *M. canis* (55%), la *Tinea corporis* predominó la producida por *T. rubrum* (67%), agente causal que -- predominó también en la *Tinea cruris*, la *Tinea unguium* fué más frecuente producida por *T. tonsurans*. De la *Tinea imbricata* producida por *T. concentricum* se han observado pocos casos, la *Tinea versicolor* producida por *M. furfur* menciona que es muy frecuente en las -- áreas tropicales, así como el eritema producido por *M. minutissima*. Menciona que la moniliasis es cada vez más frecuente.

De las micosis profundas encontradas en México menciona que el - micetoma es el más frecuente que en el 90% es producido por *N. brasiliensis*, aunque se han encontrado por otros agentes incluyendo -- los hongos verdaderos. La topografía habitual es la podal aunque -- son frecuentes los del dorso, y desde 1947 se utilizan las sulfonas en tratamiento, también ha sido utilizada la isoniazina.

La Actinomicosis es una variedad de micetoma producida por *A. bovis* no es frecuente en México con topografía habitual cervico-fa--cial.

La esporotricosis producida por *S. Schenckii* es frecuente en México existiendo algunas zonas endémicas, no tiene edad ni sexo predominantes. Se menciona la clasificación de la que la linfangítica facial es la más frecuente en México. Se mencionan las pruebas de laboratorio así como que el tratamiento de elección es el yoduro de potasio.

De la Cromomicosis refiere que de las tres especies productoras de esta micosis solo se ha aislado *Normodendrum pedrosoi*, existen pocos casos, predomina en masculinos y en miembros inferiores. Desde 1951 Satapá recomienda el uso de la vitamina D2 habiendo algunos casos curados.

Con el subtítulo de otras micosis profundas menciona a la coccidioidomicosis que es endémica en la zona norte de México, los casos mexicanos se han observado predominantemente en "braceros". De la histoplasmosis existen pocos casos, aunque se han observado histoplasminoreactores en varios estados de la República Mexicana. De la blastomicosis sudamericana existen dos casos uno con compromiso pulmonar y otro con lesiones mucocutáneas ambas originarios del es-

tado de Veracruz. De la blastomicosis norteamericana existe un caso recientemente reportado, que había vivido en los Estados Unidos por varios años, siendo poco probable que la hubiera adquirido en México.

(62)

ROMO-DIEZ, N.: Contribución al estudio de la nocardiosis. Rev. Méd. Hosp. Gen. Méx, 18:401, 1955.

"El autor hace - consideraciones sobre - la patología de la nocardiosis y establece la importancia que tiene el diagnóstico diferencial con la actinomicosis por anaerobios, siendo necesario el examen micológico completo, esto es, el examen directo y cultivo -- por técnica especializado. En ocasiones, se hará el estudio histopatológico en cortes seriados del territorio afectado.

Se hace hincapió sobre la utilidad y necesidad de hacer sistemáticamente el estudio radiográfico en la nocardiosis.

Se opina que cuando la nocardiosis ha afectado porciones óseas, el tratamiento médico generalmente fracasa, existiendo la necesidad de hacer la amputación, en aquellos casos donde sea factible."

(63)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SANDOVAL, M. de los A.: Revisión determinativa de algunas especies de actinomicetes patógenos descritas como diferentes. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 16(2):17-25, 1956.

"La multiplicidad de especies de actinomicetes aerobios, descritas como agentes de micetoma, en contraste con las cuatro frecuentemente aisladas en México: *N. brasiliensis*, *N. asteroides*, *S. madurrae* y *S. pellicieri*, nos llevó a intentar su revisión determinativa. El estudio de algunas de ellas, hechó sobre la base del método seguido en el Laboratorio de Micología del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de eso hace 14 años (González Ochoa, 1942), nos mostró que *N. Leishmani* Chalmers and Christopherson, 1916, y *N. phenotolerans* (Werkman in Gammel, 1943), deben caer en sinonimia de *N. asteroides* (Eppinger, 1901) y que *N. transvalencis* Pijper and Pullinger, 1927, y *N. pretoriana* Pijper and Pullinger, 1927, deben caer en sinonimia de *N. Brasiliensis* (Linderberg, 1901).

Este estudio nos autoriza a sugerir que *N. brasiliensis*, la especie más importante como agente de micetoma en México y una de las más importantes en el resto del continente americano, tiene repartición cosmopóleta."

(64)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Clasificación clínica de las micosis. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 16(3): 1-8, 1956.

"Se sugiere una clasificación clínica de las micosis basada en - la especial afinidad que todos los hongos patógenos tienen por el - tegumento. Se consideran tres grupos: a) micosis exclusivamente teg

gumentarias, b) micosis inicialmente tegumentarias, y c) micosis secundariamente tegumentarias.

En el primer grupo: exclusivamente tegumentarias, se colocan los padecimientos micóticos cuyos agentes etiológicos reducen su capacidad invasora a las estructuras más superficiales de la piel y a sus faneras; pelos y uñas. Comprendé este grupo las dermatofitosis o tiñas, la pitiriasis versicolor, el eritrasma, la tinea nigra, la otomycosis y las pieдрas.

El segundo grupo: micosis inicialmente tegumentarias, comprende los padecimientos en los que el agente etiológico penetra por la piel o las mucosas externas, pero va más allá de las capas superficiales, invadiendo no sólo la dermis y el "corium", sino estructuras profundas como son el tejido subcutáneo, el muscular, las aponeurosis, los huesos, las articulaciones, los linfáticos y hasta las vísceras. Se colocan en este grupo la moniliasis tegumentaria, la cromomicosis, la rinosporidiosis, la esporotricosis y los micetomas.

El tercer grupo: micosis secundariamente tegumentarias, encierra aquellos padecimientos en los que el hongo que los origina tiene habitualmente una vía de penetración diversa de la del tegumento, pero tarde o temprano hará localizaciones tegumentarias secundarias. Se colocan en este grupo a la coccidioidomicosis, la histoplasmosis, la actinomicosis, la nocardiosis, la blastomicosis norteamericana, la blastomicosis sudamericana, la blastomicosis europea y a la moniliasis profunda o sistemática.

Divididas así las micosis se ve que cada uno de estos grupos comprende padecimientos que guardan semejanza entre sí, no sólo por lo que se refiere a la patogenia de la infección, sino por lo que respecta a contagiosidad, frecuencia, curabilidad y tipo de especialidad médica a que el enfermo acude."

(65)

GONZALEZ-OCHOA, A. y DOMINGUEZ, L.: Algunas observaciones epidemiológicas y patológicas sobre moniliasis oral del recién nacido. - Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 17(1):1-12, 1957.

"Estos resultados y consideraciones creemos que nos autorizan a emitir la hipótesis de que durante los primeros días que siguen al nacimiento, *C. albicans* penetra a la cavidad bucal del niño sin producir enfermedad en la mayoría de los casos, o con una leve sintomatología que pasa inadvertida, como sucede en otros padecimientos micológicos (histoplasmosis, coccidioidomicosis); de la cavidad bucal se extendería el resto del tegumento mucocutáneo determinando que el individuo sea portador el resto de la vida; y que las formas de moniliasis en edades posteriores se deberian a una infección por la levadura ya existente en el sujeto debido a una modificación constitucional del huésped. La hipótesis explicaría la significación que tienen las modificaciones locales y generales del terreno en la aparición de la moniliasis, el que las epidemias de moniliasis solamente han sido observadas en niños, así como la tan trivial existencia

de anticuerpos y estados de sensibilización a la reacción cutánea con levurina."

(66)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Monilias y moniliasis. Valoración de los diversos recursos para el diagnóstico de la moniliasis. Rev. Inst. -- Salub. Enfs. Trop. 17(1):13-21; 1957.

"Dando por asentado el aumento de levaduras del género candida, a consecuencia del uso de antibióticos de amplio espectro, el autor insiste en que no debe ser confundido este aumento aparente de los portadores de moniliasis: un fenómeno biológico, con moniliasis: un fenómeno patológico.

El criterio que se sugiere para el diagnóstico de moniliasis se basa en la clasificación de esta micosis dos tipos: tegumentario y - profundo o metastásica. El tegumentario comprendería las formas mucosa y cutáneas, en las que la levadura no invade estructuras más allá del corión o de la dermis; el tipo profundo abarcaría aquellas formas que se presentan cuando la levadura ha traspasado las estructuras tegumentarias e invade tejidos profundos. En los productos patógenos de supuestas moniliasis tegumentarias, provenientes de mucosas y piel donde estas levaduras se encuentran como huéspedes normales, el diagnóstico no debe hacerse por el aislamiento de candida por cultivo, sino por la observación microscópica de abundantes - - blastosporas y pseudomicelio. En la moniliasis profunda el aislamiento de candida por cultivo, a partir de "substrato" no comunicados con el tegumento cutáneo-mucoso: (sangre, líquido cefalorraquídeo, ascitis, empiemas, abscesos cerrados) establece el diagnóstico de moniliasis.

La observación de blastosporas y pseudomicelio en los productos patológicos será suficiente para concluir que existen monilias. En la observación microscópica de los especímenes por examinar, particularmente en escamas, es posible incurrir a errores diagnósticos, al confundir las blastosporas de candida con artefactos de preparación (probables jabones o gotas de grasa), con otros elementos microscópicos (pityrosporum ovale, malasszia furfur) y con células del propio organismo humano (principalmente leucocitos).

En la valoración de los demás recursos diagnósticos se hace hincapié en la gran utilidad del examen histopatológico cuando los elementos de candida se encuentran entre las estructuras vivas. Finalmente se recomienda, para determinados casos, recurrir al diagnóstico terapéutico por medio de la nystatina, dada la gran actividad -- que este antimicótico tiene en la moniliasis."

(67)

GONZALEZ-OCHOA, A. y OROZCO-VICTORIA, E.: Dermatofitos causantes de "Tinea Unguis" en México. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 17(3):93-95, 1957.

"Se presenta un estudio de 100 casos de tinea unguis comprobados por el examen microscópico directo, de los que sólo fue posible ais-

lar el dermatofito en 12 de ellos. La determinativa de las especies aisladas fue la siguiente: *Trichophyton rubrum* 50%, *T. tonsurans* -- 37% y *T. mentagrophytes* 13%.

Se señala la ausencia de correspondencia entre el aspecto clínico y morfológico del dermatofito al estado parasitario, con la especie aislada, así como los datos morfológicos predominantes y la dificultad del aislamiento del dermatofito a partir de tinea unguis, en comparación con otras localizaciones de las dermatofitosis."

(68)

GONZALEZ-OCHOA, A. y DOMINGUEZ, L.: Blastomicosis sudamericana en - México. Casos Mexicanos. Rev. Inst. Salub. Epi. Trop. Méx. - - 17(3): 99-103, 1957.

"Se presenta el análisis de tres casos de blastomicosis sudamericana, con lesiones tegumentarias, observados en el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, uno de los cuales había sido publicado hace 6 años, cuando únicamente presentaba lesiones pulmonares.

Se insiste en la patogenia de la infección, primaria pulmonar y secundariamente tegumentaria."

(69)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Histoplasmosis pulmonar aguda primaria. Cac. -- Méd. Méx. 87:733-744, 1957.

"Se presentaron algunos conceptos generales sobre la histoplasmosis, así como la clasificación sugerida por Furcolow, en la que se introducen algunas variantes. El trabajo se refiere únicamente a la forma clínica de histoplasmosis primaria pulmonar aguda o epidémica, de la que se hace la revisión histórica en los Estados Unidos, y el análisis de 14 epidemias registradas en ese país. Se analiza el problema en México aportándose algunos datos históricos. Se relatan varias epidemias agrupándolas en diversas categorías: a) epidemias probables en las que únicamente se tiene como datos la sintomatología y el carácter epidémico relacionado a un foco común de infección, - cavernas o minas abandonadas con presencia de guano de murciélago. b) un segundo grupo de epidemias en que además de los datos anteriores existen la radiografía pulmonar característica y de positividad a la reacción histoplasmínica; c) un tercer grupo al que se añade la serología positiva; y e) un cuarto grupo en el que a los anteriores postulados se agrega el aislamiento de *H. capsulatum* a partir de los dos enfermos de esa última epidemia observada.

Del análisis comparativo de las epidemias norteamericanas con -- las mexicanas se desprenden tres hechos: 1) que las mexicanas están constantemente asociadas con la presencia de excremento de murciélago en el foco de infección; hecho poco frecuente en las epidemias norteamericanas; 2) la gravedad de las epidemias mexicanas por los numerosos casos mortales y 3) la repartición geográfica tan amplia de las epidemias mexicanas las que no están reducidas a determinada zona, sino que se han registrado en los estados de Coahuila, Duran-

go, Tamaulipas, San Luis Potosí, Querétaro, Guerrero, Nayarit y Yucatán, entidades de lo más apartadas entre sí."

(70)

ALARCON, G.D.: Histoplasmosis pulmonar epidémica. Gac. Méd. Méx. -- 87:745-750, 1957.

Se reportan tres casos de histoplasmosis pulmonar, dos mexicanos y uno norteamericano. Los casos mexicanos iniciaron dos meses después de una excursión a unas cuevas del estado de Nuevo León, los datos clínicos fueron semejantes. En uno de ellos logró aislarse al histoplasma capsulatum en la inoculación al hamster. La histoplasma fue positiva en los dos casos.

El tercer caso es un norteamericano que inició su enfermedad dos semanas después de una excursión a una cueva en el estado de Yucatán. En este caso el diagnóstico fue retrospectivo, la histoplasmina y tuberculina fueron positivas.

(71)

MARQUEZ-ITURRI-BARRIA, F. y FARIAS-RODRIGUEZ, J.M.: Tratamiento de - la tinea capitis. Método combinado con radiación y talio. El Médico. Abril, 43-45, 1957.

"1. Se presentan los resultados obtenidos en un grupo de 40 enfermos afectados de tiña de la cabeza, sometidos a un método combinado de depilación que consistió en la aplicación conjunta de la mitad de cada una de las dosis empleadas en la depilación con rayos X y con acetato de talio.

2. En todos los casos la depilación fue completa y se obtuvo la curación, no habiéndose observado en ninguno de los pacientes accidente o secuela postradiación ni manifestación de intolerancia para la droga.

3. De acuerdo con los resultados del presente estudio el método de depilación combinado ofrece ventajas sobre los procedimientos clásicos hasta ahora empleados."

(72)

GONZALEZ, J.: Las esporotricosis como enfermedades ocupacionales en los trabajadores de alfarerías. Arch. Méd. Del I.M.S.S. 1(6): 527-538, 1958.

"1o.- Se presenta un estudio practicado a todas las alfarerías de Monterrey, para observar la incidencia de la Esporotricosis, habiéndose notado un alto índice (16 casos clínicos) entre aquellos que manejan el zacate (sobre todo el de San Felipe, Guanajuato), -- como medio de empaque.

2o.- Se presentan conclusiones sobre los datos de concentración y se dan indicaciones sobre la forma de disminuir su incidencia y -- los resultados obtenidos cinco años después."

(73)

GONZALEZ-OCHOA, A., y AHUMADA-PADILLA, M.: Tratamiento de la micetoma actinomicótico por la inyección local de la Diamino-difenil-sulfona. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 18(1): 41-44, 1958.

"Se presentan cuatro casos de micetoma por nocardia brasiliensis tratados con inyecciones locales de diaminodifenilsulfona (D.D.S.) a la dosis de 2cc diariamente de la solución al 20% (200 mg). La -- respuesta favorable al medicamento fue más rápida con este procedimiento que la observada al aplicarlo por vía oral."

(74)

NOVALES, J.: Cromomicosis, comunicación de un caso Dermatología, -- Rev. Méx. 2: 30, 1958.

"Pocos fueron los casos observados en el lapso de nueve años en el servicio de dermatología del Hospital General, quizá pueda explicarse por el poco conocimiento de la enfermedad y la falta de medios diagnósticos apropiados.

Son de señalarse los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de esta micosis con el empleo de calciferol y diamino difenil -- sulfona.

Se comunica el caso de un paciente masculino de 38 años de edad, campesino originario de Aztlán San Luis Potosí con lesiones en el miembro inferior izquierdo aislandose Phialophora pedrosoi tratado con diamino difenil sulfona (avlosulfon) con mejoría evidente 4 meses después."

(75)

CARMONA, D.: Talio y tiña. Sem. Méd. Méx. 19(3):95-96, 1958.

El autor hace referencia a dos trabajos publicados anteriormente, no estando de acuerdo con conceptos emitidos en ellos, como "En al guino de los artículos a que aludo, la cita, además de breve, es vaga e irreverente." "En el otro artículo la mención es errada: atina a las volandas cuando asienta que el método es "metamente mexicano" para atribuirlo acto continuo a Cicero"

Finalmente el autor transcribe las conclusiones del trabajo "Reglas para obtener con el empleo del acetato de talio en el tratamiento de las tiñas los mejores resultados." del Dr. Cicero.

(76)

AHUMADA-PADILLA, M.: Micetoma. Rev. Méd. Sría. de Marina. 5(16):33-37, 1959.

"Se hace una revisión del micetoma, tomando en cuenta su clasificación micológica, los conceptos fisiopatológicos y su sintomatología. Se pone de manifiesto la facilidad de establecer el diagnóstico, por la observación directa de los granos al microscopio y por medio del cultivo. Finalmente se abordan el tratamiento, anotando las diferencias de éste según se trate de hongos aerobios o anaerobio, y el pronóstico del padecimiento según su localización."

CASTILLO-NAVA, J.: Micosis pulmonares. Rev. Mex. Tuberc. 20(6): 493-522, 1959.

Se hacen unas breves consideraciones del tema, y presenta el estudio de 8 casos de micosis pulmonares distribuidas de la siguiente manera: Coccidioidomicosis, 2 casos, Actinomicosis, 2 casos, Micetoma toracopulmonar, 2 casos, Nocardiosis, 1 caso, Moniliasis, 1 caso.

Todos los casos fueron masculinos, de los ocho pacientes cuatro de ellos fallecieron y llegaron a la autopsia, siendo este estudio el determinante en el diagnóstico de 2 casos.

Cinco micosis diferentes fueron las concurrentes en los casos de esta comunicación, y de ellos únicamente en el caso de la actinomicosis puede hablarse en la actualidad de que existe tratamiento específico.

DE LEON-CABALLERO, R.: Tiña de la cabeza. Contribución al estudio - de los dermatofitos causantes en México. Tesis Recepcional, Facultad de Medicina, U.N.A.M. México, D.F., 1959.

Se estudiaron 718 pacientes de tiña de la cabeza que acudieron al servicio de Dermatología del Hospital General de México durante los años 1956 a 1958.

"El sexo no tiene importancia en la incidencia del padecimiento habiendo un ligero predominio del sexo femenino.

La tiña de la cabeza predomina en niños y cada vez se ve más en adultos, en el estudio sólo se vió un adulto femenino causada por el *T. tonsurans*.

Clínicamente las lesiones fueron en muchos casos semejantes en las especies causales. Solo el laboratorio dá la especie.

La tiña de la cabeza en México sigue siendo causada principalmente por el *T. tonsurans*; sin embargo, no en la misma proporción que señalan los estudios anteriores sino que se nota aumento franco de la incidencia del *M. canis*, lo que de confirmarse en estudios de mayor número de casos, nos permitirá señalar que en México está sucediendo lo mismo que en otros países, es decir, un cambio en las especies dominantes causales de las tiñas de la cabeza."

Se menciona que la griseofulvina es la droga que ha resolucionado el tratamiento de esta enfermedad que la cura y evita las complicaciones de la depilación y el tratamiento local.

BEIRANA, L. y NOVALES, J.: Tiña universal y granulomatosa por trichophyton tonsurans. Estudio de un caso y discusión patogénica.- Dermatol. Rev. Mex. 3(1): 4-16, 1959.

"Se estudia un caso de tiña universal y granulomatosa por trichophyton tonsurans en una niña de 7 años, quien adquirió al enfermedad poco después de nacer, en el núcleo familiar, donde cuatro de sus parientes, dos de ellos adultos tenían tiñas superficiales.

Se considera que la penetración de los hongos se hizo a través de folículos y conductos sudoríparos. Se cree que debido a la mala respuesta inmunológica fue posible que los hongos sobrevivieran en tejidos vivos produciendo lesiones granulomatosas diseminadas."

El tratamiento fue a base de yoduro de potasio y extracto tiroideo, sin buenos resultados.

(80)

LAVALLE-AGUILAR, P.: Las tiñas. Su diagnóstico. Rev. Mex. Ped. 28-- (1):249-254, 1959.

"Todas las variedades de tiñas son enfermedades importantes de la niñez. El autor describe el cuadro clínico y la localización de estas enfermedades por hongos con especial referencia de la tiña de la cabeza.

De acuerdo con el autor hay dos tipos de tiñas: la seca y la húmeda. En el primer grupo se consideran la microspórica, la tricofítica y la fúrica. Cada una tiene un cuadro clínico diferente por el que puede hacerse el diagnóstico sin recurrir al laboratorio. Las lesiones típicas del pelo y cuero cabelludo hacen el diagnóstico certero. Otras infrecuentes enfermedades como la alopecia areata, la psoriasis, etc., pueden cuestionar el diagnóstico.

Finalmente el autor hace notar que en México, Centroamérica y Suramérica, la forma tricofítica representa del 90 a 98% de todas las tiñas de la cabeza."

(81)

GONZALEZ, J.: Tratamiento de las tiñas de la cabeza. Rev. Mex. Ped. 28 (1):255-257, 1959.

"Cerca del 50% de los niños atendidos en la clínica dermatológica en México tienen tiña de la cabeza. El hongo responsable penetra por la piel por lo que mientras más externo esté, menos infectante es. Los tratamientos adecuados incluyen: Talio y radioterapia.

El acetato de talio se da a una dosis exacta de 7 mg. por kilogramo de peso y el médico personalmente debe verificar la relación droga peso del paciente. Catorce días después de la administración de la droga, el pelo comienza a caer y la depilación se completa con pinzas y cinta adhesiva."

(82)

GONZALEZ-OSHOA, A.: Dos casos de esporotricosis curados con griseofulvina. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. (Méx.) 19(2):245-249, 1959.

"Una pequeña epidemia de esporotricosis de dos meses de evolución observada en tres sujetos, el padre y la madre de 32 y 24 años respectivamente con infección tipo linfangítico, forma clínica gomosa -- ascendente, y el niño, de ocho meses de edad, con un tipo fijo, forma clínica verrucosa fue sometida a la siguiente experimentación terapéutica: El padre, tomado como control, fue tratado con yoduro de potasio, comenzando con 0.5g. y aumentando la misma cantidad diariamente hasta alcanzar 4 g. diarios, dosis que se sostuvo durante los tres meses de tratamiento; a la madre y al niño se les suministró griseofulvín, a la primera 1 g. y al segundo 250 mg. diariamente, divididos en cuatro dosis, durante tres meses. Los resultados benéficos del griseofulvín, en la madre y el niño, fueron en todo comparables a los del yoduro de potasio suministrado al padre, obteniéndose la curación en un lapso paralelo con los dos medicamentos; los enfermos continuaron en observación cuatro meses después de suspendido el tratamiento, sin que se hubiera observado recaída. El antibiótico no produjo efectos colaterales."

(83)

GONZALEZ, A., FUENTES, E. y PEREZ-TAMAYO, R.: Criptococosis Generalizada. Presentación de un caso. Prensa Méd. Mex. (9):373-378, 1959.

"Se presenta un caso fatal de criptococosis generalizada, el primero estudiado con autopsia en México. Se comentan algunos aspectos generales de la criptococosis y el agente etiológico y se discuten algunos aspectos de la patología del caso presentado."

(84)

SAUL, A. y ORTIZ, Y.: Esporotricosis, Conceptos generales y estudio de un caso. Sem. Méd. Méx. 20(12):427-431, 1959.

"Se hacen algunas consideraciones generales sobre la esporotricosis en general señalando su etiología, medio de adquisición, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Se estudia un caso de esporotricosis en una mujer de 81 años con la forma de "chancro gigante" y que curó con 594 g. de yoduro de potasio. Se termina con un pequeño comentario sobre la importancia de pensar en la esporotricosis para hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad en casos crónicos resistentes a los tratamientos habituales."

(85)

GONZALEZ-OCHOA, A., y AHUMADA-PADILLA, M.: El griseofulvín en el tratamiento las dermatofitosis Gac. Méd. Méx. 89:1017-1024, 1959.

"Se presentan los resultados del tratamiento de 20 casos de dermatofitosis a los que se les administró griseofulvín durante 2 meses. El lote de enfermos comprendió casos de *Tinea corporis* localizada y generalizada, de *tinea pedis*, *cruris*, *capitis* y *unguis*, con diversas formas clínicas, tiempo de evolución que varió de 2 semanas a 30 años y edades comprendidas entre los 4 y los 82 años, así como por las especies *T. tonsurans*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* y *M. canis*. La infección de la piel lampiña curó en todos los casos entre las 2 y 8 semanas de tratamiento, según la antigüedad y extensión de las lesiones. De nueve casos de *tinea capitis* tratadas 8 curaron dentro

las 2 y las 8 semanas, y el caso restante, con solo 4 semanas de tratamiento, mostraba una mejoría de 80%. Los casos de tinea unguis sola o complicando otras localizaciones de la dermatofitosis, mostraban, a las 8 semanas de tratamiento, curación de las uñas menos infectadas, y una mejoría del 40 al 90% en los sujetos en los que la infección invadió más de la mitad de la uña.

Los efectos colaterales indeseables fueron: 1 caso de prurito generalizado que cedió al disminuir la dosis, 1 caso de reactivación de una colitis antigua, y 2 casos de cefalea, en estos 3 las molestias desaparecieron sin que se hubiera suspendido el tratamiento."

(86)

GONZALEZ-UCHOA, A.: El factor sensibilización en los dermatofitos de la piel lampiña. III Congr. Ibero Lat. Amer. Dermatol., México, - D.F. 1959, p. 157.

"1. La aplicación de 20 mg. de un cultivo vivo de *T. mentagrophytes*, *T. concentricum* y *M. canis*, en la cara interna del antebrazo de sujetos normales, produce en determinado número de sujetos una placa eritematoescamosa con vesiculación macroscópica de 1-2 cm. a partir del cuarto día y cuya histopatología muestra espongiosis edema intracelular y formación de vesículas. Una vez retirado el inoculum continúa aumentando la lesión y alcanza su máximo de actividad al octavo día para después desaparecer espontáneamente en las especies *Mentagrophytes* y *canis*, continuando su extensión en el caso de *concentricum*.

2. Los mismos inoculi, aplicados en las mismas condiciones, en el otro antebrazo del mismo sujeto, pero adicionados de Florcortisona a la concentración de 10 mg.% en cantidad de 0.3 por inoculum, evita la aparición de la respuesta inflamatoria, en todos los sujetos, con cualquiera de los dermatofitos mencionados.

3. La aplicación de los mismos inoculi, en las mismas condiciones pero sometidos al autoclave producen el mismo tipo de respuesta inflamatoria que en el caso primero, en los sujetos sensibilizados a los dermatofitos, solo que a los 8-10 días de incubación. Estos inoculi muertos, adicionados de Florocortisona, no producen la respuesta eczematosa.

De lo anterior es posible deducir que el mecanismo fundamental en la producción de las dermatofitosis de la piel lampiña, es el de Sensibilización produciendo una lesión alérgica eczematosa."

(87)

BARBA-RUBIO, J. PEREZ-SUAREZ, G.: El acetato de talio en el tratamiento de las tiñas. Mem. III Congr. Ibero Lat. Amer. Dermatol., México, D.F. 1959, p. 168.

"1. Creemos que el acetato de talio, al igual que los rayos X, son los métodos más atinados para la depilación del cuero cabelludo en el tratamiento de la tiña de la cabeza simple.

2. No intentamos afirmar que sea mejor depilar el cuero cabelludo con acetato de talio que con rayos X, sino que estos dos procedimientos deben ser aceptados según el caso.

3. Tomando los exámenes rutinarios consistentes en estudio médico general del paciente, confirmación laboratorial de la integridad en el funcionamiento renal con urianálisis, administración de acetato de talio a dosis 7 mg. por Kg. de peso sin rebasar la dosis de -- 300 mg. y siendo el propio médico el que pese y administre el medicamento, nunca hemos tenido que lamentar accidente alguno de importancia y siempre hemos tenido buenos resultados.

4. Opinamos que la literatura médica ha exagerado la peligrosidad de la administración del acetato de talio pregomando que nuestra experiencia nos ha evidenciado magníficos resultados.

5. Ensayando los tópicos fungicidas y las vacunas en la curación de la tiña del cuero cabelludo sin depilación total, siempre hemos fracasado en los resultados y creemos que hasta la fecha no hay técnica más apropiada y más fácil que la aplicación por rayos X o por talio continuada por 3 ó 4 meses de aplicación de yodo.

6. Como manifestaciones tóxicas solo encontramos artralgias, -- mialgias y neuritis de las extremidades inferiores en una frecuencia de 17.4% que se presentaron en la segunda semana de la administración del Talio y que cedieron espontáneamente ocho días más tarde -- siendo fácilmente curados por la administración de pequeñas dosis de antipirina o de otros analgésicos."

(88)

ACEVES-ORTEGA, R.: Algunas observaciones efectuadas en 1200 casos de tiña de la cabeza- Tratados con Acetato de talio de 1949 a 1956.- Mem. III Congr. Ibero-lat. Amer. Derma. México, D.F. 1959, p. 171.

Se hace una revisión de 1200 casos de tiña de la cabeza de 1949 a 1956 observados por el autor. La tiña de la cabeza constituyó una de las dermatosis más frecuentes en general (4.2%) y entre los niños el tercer lugar de frecuencia; Así como la micosis más frecuente tanto superficial como profunda (47% de las superficiales). Predominó entre los 4-12 años de edad, en el sexo femenino y en lugares donde -- hay aglomeraciones infantiles, predominando (93%) las tricofíticas -- sobre las microsporicas, encontrando un caso de tiña fávica.

Se utilizó el tratamiento depilatorio con acetato de talio fundamentalmente y con rayos X accesoriamente así como el tratamiento antifungoso tópico.

Se observó el 99% de resultados satisfactorios con el acetato de talio y la presentación de leves trastornos tóxicos que desaparecieron rápidamente en el 12% de los casos.

Se concluye que el acetato de talio es el tratamiento de elección en la tiña de la cabeza por sus resultados efectivos, su facilidad de aplicación, su economía y su carencia de peligro si se usa correc

tamente. Los rayos X son un método igualmente útil pero requiere de un equipo especial y personal especializado que lo hace costoso por lo que no está al alcance de todos.

Este trabajo fue publicado también en: Sem. Méd. Méx. 16(10):331-333, 1958.

(89)

MARQUEZ-ITURRIBARRIA, F. y FARIAS-RÓDRIGUEZ, J.M.: Método combinado con radiación y talio en el tratamiento de la tinea capitis. Mem. III Cong. Ibero-lat.Amer. Derm. México, D.F. 1959, p. 175.

"1. Se presentan los resultados obtenidos en un grupo de 52 pacientes de Tinea capitis sometidos a un método combinado de depilación con rayos X y acetato de talio.

2. En todos los pacientes se obtuvo depilación y curación, no observándose en ninguno de ellos accidente o secuela alguna postradiación ni manifestaciones de reacción tóxica a la droga.

3. De acuerdo con los resultados de este estudio, el método combinado de depilación ofrece ventajas en relación con los procedimientos clásicos que hasta ahora han sido empleados."

(90)

ESTRADA-SILOS, C. y LAVALLE, P.: Tiña imbricada; Tratamiento con Benzotiazol. Mem. III Congr. Ibero Lat.Amer. México, D.F. 1959, p. 176.

" I. Se comunica el primer caso de tiña imbricada originado en la ciudad de México.

II. Se hace su descripción clínica y se presenta la confirmación micológica del caso.

III. Se describen los resultados de su tratamiento con el 2 dimetilamino 6 beta dietilamino etoxibenzotiazol en unguento al 5% con el cual se obtuvo curación en un promedio de 2 semanas no habiéndose observado síntomas de intolerancia al producto."

(91)

GUERRERO, S.J.: Tratamiento quirúrgico de la cromoblastomicosis. III Congr. Ibero Latino Amer. Mem. México, D.F. 1959, p. 181.

El autor describe la técnica quirúrgica empleada. Refiere que 5 casos han sido tratados con este método, dos no regresaron a su control y los tres que han sido controlados no han presentado recidivas. En algunos casos había una evolución de mpas de veinte años.

Concluye que el tratamiento quirúrgico de la cromomicosis dá magníficos resultados y está indicado en aquellos casos que han fracasado con el tratamiento médico.

RODRIGUEZ, O.: Cromoblastomicosis, su tratamiento con calciferol. -- Mem. III Cong. Iber. Lat. Amer. Derm. México 1959, p. 182.

Se hace una revisión de los aspectos generales del padecimiento y en lo referente al tratamiento se menciona que en 1951 Latapisugirio el empleo de Calciferol por la acción resolutive en algunas formas de tuberculosis cutánea y por su semejanza clínica e histopatológica con la cromoblastomicosis.

Se presentan dos casos de cromoblastomicosis, del sexo masculino, de 52 y 66 años de edad con evolución de 16 y 26 años. Fueron tratados; El primero con electrocoagulación y 600,000u. de calciferol en solución alcohólica dos veces por semana durante seis meses, luego, una vez por semana por seis meses y finalmente cada quince días por seis meses habiendo una curación clínica e histopatológica.

El segundo paciente, se trató con 600,000u. una vez por semana, - habiéndose observado discreta mejoría a los pocos meses de tratamiento. "Seguirá bajo control". Resultado discreta mejoría.

Se concluye que "En cuanto a la forma en que esta droga actúa es difícil de precisar, creemos sin embargo que es semejante a como se dice lo hace en la tuberculosis cutánea o sea movilizando los lípidos del granuloma.

El resultado obtenido en estos enfermos, sobre todo en el primero, es evidente y justifica el uso del calciferol en casos semejantes."

(93)

LAVALLE, P.: Esporotricosis en México. Algunas peculiaridades clínicas y síntesis patogénica. Mem. III Congr. Iber. Lat. Amer. Derm. México 1959, p. 190.

1.- Se presentan datos generales sobre la esporotricosis en México indicando su frecuencia, la presencia de zonas endémicas y el carácter ocupacional de la micosis en los alfareros.

2.- Se hace una descripción de los principales cuadros clínicos - observados entre nosotros: "Linfáticos" de miembros, faciales, miceto matoides, de lesión única y residuales. Se intenta hacer una clasificación de estos cuadros.

3.- Se describe un caso de esporotricosis cutánea y esporotricosis ósea, haciendo algunas consideraciones de orden patogénico.

4.- Se propone considerar una esporotricosis primaria consecutiva a la inoculación del hongo y que consiste esencialmente, en la formación de un complejo primario con diferentes localizaciones y variedades y una Esporotricosis secundaria, que se derivaría de la anterior por propagación hematogena que se presenta raramente, pudiendo ser diseminada o localizada (piel y órganos internos).

5.- Se indica la utilidad de la prueba cutánea con polisacárido del *S. Schenckii*; Se hacen consideraciones acerca del diagnóstico - del laboratorio y se comunica un caso en que se utilizó la desensibilización, previal al tratamiento con yoduro de potasio, mediante el antígeno antes mencionado."

(94)

LAVALLE, P.: Coccidioidomicosis en México. Mem. III Congr. Iber. -- Lat. Amer. Derm. México 1959, p. 198.

" a) Se recuerda las principales características de la Coccidioidomicosis teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos desde su descubrimiento hasta nuestros días.

b) Se pasa revista a los trabajos Mexicanos sobre investigación de coccidioidoreactores y comunicación de casos clínicos. Se concluye con escasos y fragmentarios; por lo que toca a los primeros, parece que confirman la existencia de una zona endémica en los estados fronterizos, principalmente los del noroeste y de otros focos -- más al sur, como en Sinaloa, Colima y parte vecina de Michoacán -- (cuenca del Tepalcotepec).

c) Dos casos autóctonos apoyan la existencia de este último foco.

d) La mayoría de los casos de granuloma coccidioidal conocidos en la ciudad de México, se originaron en los Estados Unidos; dos de ellos, estudiados en el servicio de Dermatología del Hospital General, correspondieron a "braceros" es decir, campesinos mexicanos -- que emigraron temporalmente a aquel país, para la recolección de co-- sechas.

e) La alfluencia cada vez mayor de estos trabajadores a las zonas endémicas de E.E.U.U. hacen tener un mayor número de casos de -- granuloma coccidioidal en el futuro.

f) Se relatan ensayos terapéuticos, hechos por el autor, en un caso, concluyéndose que no hay ningún medicamento verdaderamente -- eficaz hasta la fecha, especialmente entre los que se han ensayado en México, incluso la hidroxicloroquina. Sin embargo, las medidas -- que tienden a mejorar el estado general, principalmente las transfusiones de sangre en casos avanzados, logran cambiar favorablemente el pronóstico de esta enfermedad."

(95)

LATAPI, F.: Micetoma. Análisis de 100 casos estudiados en la ciudad de México. Mem. III Congr. Ibero-Lat. Amer. Derm. México 1959, -- p. 203.

"Se revisan los datos existentes sobre el micetoma por nocardia brasiliensis en México, y se agregan los obtenidos por el estudio -- de 100 casos en el servicio de dermatología del Hospital General de México. Se insiste en algunos aspectos clínicos encontrados en este

material y especialmente en los resultados favorables del tratamiento sulfónico iniciado por el autor en el año de 1947. Por último se recuerda la necesidad de que los estudiantes de medicina reciban -- una educación dermatológica suficiente, particularmente indispensable en los países tropicales."

(96)

ROMO-DIEZ, X.: Micosis profundas; Lesiones óseas y su tratamiento quirúrgico. III Congr. Ibero-Lat. Amer. Dermatol. México, D.F. -- 1959, p. 214.

El autor reporta que la nocardiosis y la actinomycosis son las micosis profundas que más frecuentemente producen alteraciones -- óseas, en su experiencia de 15 años en el Hospital General de México.

Finalmente concluye: "En nuestro criterio, el tratamiento médico de las micosis profundas, logra actualmente curaciones clínicas, pero el enfermo debe continuar generalmente bajo tratamiento de sostén. Las recidivas son frecuentes al descubrirse dicha terapéutica, maxime si existen lesiones óseas definidas que ensombrecen el pronóstico por lo tanto, nuestra colaboración ortopédica será fundamental para ayudar a que esa curación clínica lograda por los dermatólogos se haga un poco más aparente mientras llega el día en que desterramos totalmente la terapéutica mutilante en el tratamiento de estos padecimientos."

(97)

NOVALES, J.: Histopatología de las micosis profundas. III Congr. -- Ibero Lat. Amer. Dermatol. Mem. México, D.F. 1959, p. 222.

"Prácticamente todas las micosis profundas han sido observadas -- en México, siendo las más frecuentes nocardiosis y esporotricosis, la cromomicosis y coccidioidomicosis se presentan en proporción menor. Por lo que toca a la Blastomicosis son pocos los casos comunicados hasta el momento."

Se hace un pequeño resumen de las siguientes micosis Nocardiosis, Actinomycosis, esporotricosis, Cromomicosis y Coccidioidomicosis -- mencionando la etiología, aspectos clínicos e histopatológicos.

Se reporta el material de dos años y medio que lleva de funcionar el departamento de histopatología del Centro Dermatológico Pascua, en el que fueron vistos seis casos de esporotricosis, ocho de nocardiosis, uno de actinomycosis, tres de cromomicosis y dos de coccidioidomicosis.

Se hace una descripción de los hallazgos histopatológicos de estos casos.

"Aunque la imagen histopatológica de estas micosis en ausencia -- del organismo casual no es típica y el diagnóstico se dificulta es posible orientarnos hacia la posible etiología del padecimiento re-

lacionando los datos clínicos e histopatológicos."

(98)

GONZALEZ-BENAVIDEZ, J.: Lepra y coccidioidomicosis; Estudio de un caso con ambos padecimientos. Dermatol. Rev. Mex. 5(2):113-119, 1960.

"Se presenta el primer caso dimorfo de lepra con coccidioidomycosis visto en la consulta dermatológica del I.M.S.S., Hospital de zona, Monterrey, Nuevo León y el primer caso en el estado en se emplea la Anfotericina B, para el tratamiento de la coccidioidomycosis.

Por el resultado terapéutico obtenido en este caso con el empleo de dicho medicamento consideramos que es de recomendarse el uso del citado producto para el tratamiento de esta micosis, siempre y cuando su administración sea bajo vigilancia hospitalaria.

Los efectos secundarios que se presentaron (cefalea, hipertermia, escalofrío, hiporoxia), fueron fácilmente controlados. No hubo alteraciones en la fórmula química ni hemática y no fue afectado el estado general.

El tratamiento de la lepra con avlosulfon, fué una vez más otro éxito terapéutico."

(99)

RAMIREZ, J.: Esporotricosis. Algunos datos estadísticos a propósito del estudio de un caso. Dermatol. Rev. Mex. 5(2): 120-127, 1960.

"A propósito del estudio de un caso de esporotricosis facial del tipo dermoepidérmico en una joven de 20 años de la ciudad de México, el autor hace una revisión de los casos de esporotricosis vistos en el servicio de dermatología del Hospital General de enero de 1959 a junio de 1960. Fueron 27 casos vistos en ese período de tiempo, predominaron en la mujer, de 5 a 34 años de edad, en personas dedicadas en especial a labores domésticas y en escolares y su topografía es especialmente en la cara y en los miembros superiores."

(100)

MAGAÑA, M.: Micetomas. Aspectos clínicos y terapéuticos. Bol. Dermatol. 1(3):7-11, 1960.

Se hace una breve revisión del tema, refiriéndose a los aspectos histopatológicos, características clínicas, evolución, pronóstico y tratamiento. Se mencionan algunos datos de la enfermedad en México.

(101)

BEIRANA, L. y MAGAÑA, M.: Primer caso mexicano de tiña producida -- por *Microsporium nanum*. Bol. Dermatol. 1(4):11-13, 1960.

Se describe el primer caso mexicano de tiña producida por *microsporium nanum*, en una paciente femenina de 45 años de edad con lesio-

nes inguinales y submamarias, de gran extensión. La paciente tenía el antecedente de penfigo vulgar tratado con esteroides por largo tiempo.

El diagnóstico fué basado en las características descritas por Fuentes en 1956.

(102)

GONZALEZ-OCHOA, A. y CERVANTES-OCHOA, A.: Histoplasmosis epidémica y su prevención. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 20(3):129-145, -- 1960.

"Las peculiaridades de las numerosas epidemias mexicanas de histoplasmosis, en comparación con las registradas en otros países, -- son fundamentalmente su gravedad, amplia repartición geográfica -- (11 estados en diversas latitudes), y el presentarse asociadas con guano del murciélago.

El análisis de la reciente epidemia acaecida en el estado de Colima, que tuvo como foco de infección un túnel, mostró que de 59 -- trabajadores expuestos, 50 enfermaron. La tasa global de ataque fue de 88% pero la tasa de ataque en 35 de los trabajadores expuestos, en que se pudo explorar la reactividad cutánea a la histoplasmina -- fue de 100% para los histoplasminonegativos y de 0% para los histoplasminopositivos, es decir, éstos no enfermaron. El período de incubación varió probablemente de 7 a 10 días. El grado de infección fue de 6 casos graves, y 44 ambulatorios; de los ambulatorios 31 -- presentaron sintomatología moderada y 13 leve; de los 6 casos graves 3 murieron (letalidad 50%).

La sintomatología de los casos muy graves se singularizó por una disnea tan intensa que produjo la muerte por asfisia. Los signos radiográficos en todos los casos fueron asombrosamente similares (multiplicidad de micronódulos en ambos campos pulmonares) difiriendo en el tamaño y número con relación a la gravedad de la infección; la relación de la sintomatología con los signos radiológicos mostró una discordancia de 27% y con la existencia de precipitinas de 29%, la discordancia en la relación de la radiografía con las precipitinas fué aún mayor: 30%.

El aislamiento de *H. capsulatum* se logró a partir de la sangre -- de 2 de los enfermos en vísperas de morir.

El hongo se aisló de varias de las muestras de suelo superficial en el foco de infección, siendo más abundante en las muestras con -- un PH de 5.20 a 6, y un contenido de materia orgánica de 2.12 a 4.4.

La histopatología pulmonar de los sujetos fallecidos consistió -- en una destrucción alveolar y bloqueo por acúmulo de células inflamatorias y necrosis, observándose muy pocos elementos de *h. capsulatum*.

Al reanudarse los trabajos en el túnel con sujetos histoplasmino positivos e histoplasminonegativos, se presentaron nuevamente casos entre trabajadores histoplasminonegativos, pero no los hubo en los histoplasminopositivos, pero no los hubo en los histoplasminopositivos; por lo tanto, al parecer, se comprobaría la hipótesis de que la prevención de estas epidemias consistiría en que solamente sujetos histoplasminopositivos fueran expuestos a los focos de infección."

(103)

GONZALEZ-OCHOA, A. y SANDOVAL, M. de los A.: Aislamiento de nocardia brasiliensis y asteroides a partir de suelos. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 20(3):147-151, 1960.

De 21 muestras de suelos tomadas en el estado de Morelos, se observaron 767 colonias que semejaron macroscópicamente la morfología de *N. brasiliensis* y *n. asteroides*, de estas se sembraron 153 colonias sospechosas y en una segunda selección se tomaron solamente 90 colonias.

El estudio comparativo de las cepas aisladas del suelo, que tentativamente fueron colocadas como especies de *brasiliensis* y *asteroides* con cepas de esas mismas especies aisladas de enfermos, presentaron una sensibilidad notable, al grado de que no es posible advertir diferencia alguna en el aspecto de las colonias, de la morfología microscópica, de la acidorresistencia y aún de la actividad enzimática. Las pocas diferencias fueron notadas en el estudio de la patogenicidad, se encontró que las cepas catalogadas como *brasiliensis* la virulencia fué mayor en relación a la catalogada como *asteroides*, este fenómeno se observó también en las respectivas especies obtenidas de enfermos.

(104)

SOTOMAYOR, C., MADRID, G.S. y TORRES, E.A.: Aislamiento del coccidioides immitis del suelo de Hermosillo, Sonora, Mex. Rev. Lat. Amer. Microb. 3(4):237-238, 1960.

Se estudiaron 54 muestras de suelos de la ciudad de Hermosillo, Son. durante el verano y otoño de 1960. Las muestras fueron procesadas según el método de Ajello, omitiendo la inoculación al ratón, las muestras fueron sembradas en medio de Sabouraud, todas las colonias semejaban coecidias, una colonia que tenía mucho parecido a *C. immitis* fue inoculada a un ratón el cual murió 10 días después y en la necropsia mostró muchas pequeñas granulaciones, el examen microscópico del exudado peritoneal mostró abundantes y típicas esferulas endosporadas. La colonia fué reaislada de este exudado en medio de Sabouraud.

"Todas las evidencias concuerdan con el aislamiento de *C. Immitis* en los suelos de Hermosillo."

(105)

LATAPI, F.: Griseofulvin in the treatment of some deep mycoses. -- A.M.A. Arch. Derm. 81:841-848, 1960.

Se reportan los resultados del tratamiento de 19 casos de micosis profundas (8 micetomas, 8 esporotricosis, 2 cromoblastomicosis y 1 tricofitosis granulomatosa) en un período de 6 meses.

La respuesta fue excelente o buena en algunos casos de esporotricosis, sin embargo la droga no es recomendada como sustituto del tratamiento clásico de yoduro de potasio.

Los resultados fueron muy favorables también, en los casos de micetoma por *nocardia brasiliensis*, quizá mejores que los obtenidos con la sulfona, estos casos no tenían lesiones óseas.

La actividad de la griseofulvina fue pobre en los casos de cromoblastomicosis.

El caso de tricofitosis granulomatosa fue completamente curado aparentemente.

Se concluye que estas primeras observaciones son interesantes pero son necesarios más estudios para tener una apreciación definitiva de la griseofulvina en estas y otras micosis profundas.

(106)

GONZALEZ-OCHOA, A. y AHUMADA-PADILLA, M.: New schemes in the treatment of dermatophytose with griseofulvin. Arch. Derm. 81:833-837, 1960.

Con el fin de encontrar esquemas con dosis mínimas de griseofulvina en las diferentes dermatofitosis, se realizó un estudio en tres grupos de pacientes: uno con tiña de la cabeza, otro con tiña de las uñas y otro con tiña glabrosa. El grupo con tiña de la cabeza fue de 21 casos producidos todos por el *T. tonsurans*. El período de tratamiento varió de 6 a 15 días. El grupo con tiña de las uñas fué de 7 casos de los cuales 5 fueron por *T. tonsurans* y 2 por *T. rubrum*; el tratamiento varió de 22 a 90 días. Los pacientes con tiña glabrosa fueron 10: 1 de la ingle, 1 de los pies, 7 del cuerpo y 1 con una combinación del cuerpo y de los pies; los agentes causales fueron *T. tonsurans* 6 casos, *T. rubrum* 1 caso, *T. mentagrophytes* en otro y *M. canis* en 2 casos; la duración del tratamiento fue de 5 a 15 días.

En la tiña de la cabeza se observó que 10 días de tratamiento con griseofulvina son suficientes para obtener curación en 2 meses, con una dosis de 375 mg. en niños de 2 a 5 años y 500 mg. de 6 a 12 años, con aplicación de un antimicótico tópico una semana después del tratamiento.

En la tiña de las uñas los resultados fueron ampliamente variables y no fue posible establecer un patrón, sin embargo se notó que las uñas de las manos requieren menos tiempo de tratamiento que la de los pies, la extirpación quirúrgica de las uñas acelera la curación.

Los resultados de la tiña glabrosa fueron igualmente incostantes pues se relaciona a cada caso particular, localización y etiología. Las variaciones fueron de curación en 5 días a curación con recidiva después de 10 días de tratamiento.

(107)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Peculiaridades de la histoplasmosis pulmonar -- primaria grave en el país. Gac. Méd. MEX. 91:5-11, 1961.

Se hace referencia a dos trabajos anteriores sobre el tema. Se - menciona la clasificación de Furcolow que divide la enfermedad en - dos fases: la primera de infección primaria y la segunda evolutiva o de diseminación.

Se hace una revisión de las epidemias anteriores de histoplasmosis y de casos aisladas, en los que se pudo observar algunas peculiaridades en México, como la gravedad de la infección, que alcanza una letalidad de 28.4%, la constante asociación de las infecciones con el guano del murciélago, y la amplia distribución geográfica de los focos de infección, que corresponden a 10 estados ubicados en - diversas regiones y latitudes del país.

Se insiste, que como medida profiláctica los trabajadores que se exponen a la fuente de infección sean histoplasminorreactores positivos.

Se menciona que el hallazgo del parásito en suero es poco frecuente, la histoplasminorreacción ocurre después del estado febril y las reacciones serológicas (precipitinas y fijación del complemento) tienen gran valor diagnóstico y pronóstico.

La anfotericina B debe utilizarse en casos de histoplasmosis diseminada.

(108)

SAUL, A.: Tratamiento de la tiña de la cabeza mediante depilación - con rayos X. Med. Rev. Mex. 41(859): 1-6, 1961.

"1.- Los rayos X constituyeron desde su introducción en el tratamiento de las tiñas en México en 1909 un procedimiento útil e inocuo.

2.- Es tan eficaz como el uso del acetato de talio.

3.- Requiere un equipo adecuado y un personal entrenado.

4.- En el servicio de dermatología del Hospital General de México se radiaron de 1956 a junio de 1960, 600 casos con sólo un 9.8% de fracasos en la depilación.

5.- Las secuelas indeseables sólo se presentaron con el 3.5% en forma de "reacción inflamatoria" de evolución espontánea y no se ha obtenido por fortuna ninguna depilación permanente.

6.- La griseofulvina viene a acabar paulatinamente con el uso de este procedimiento en un futuro no lejano y por ahora sólo debe ser aplicado en medios hospitalarios y en personas de condición económica precaria."

(109)

LETAPI, F.: Dermatofitos. Gac. Méd. Méx. 91:830, 1961.

Se menciona la utilidad de la griseofulvina en estos padecimientos, así como las dosis que son para el adulto de un gramo y para los niños de medio gramo. Puede utilizarse en prácticamente todas las tiñas excepto la de las uñas que por el largo tiempo de tratamiento y por el precio, hace que el paciente lo abandone. Es fungicida tático y como otros medicamentos actuales se está abusando.

Este trabajo pertenece a una mesa de discusión coordinada de las VI jornadas médicas nacionales de la academia nacional de medicina que se tituló: Antibióticos: Selección apropiada, indicaciones y peligros.

(110)

DEL VALLE, J.: Micosis Profundas. Gac. Méd. Méx. 9:832, 1961.

El trabajo pertenece a una mesa de discusión coordinada titulada. Antibióticos: Selección apropiada, indicaciones y peligros.

"El antibiótico de que dependemos para el tratamiento de las micosis profundas en la actualidad es la Anfotericina. No es posible hacer aún más una evaluación definitiva de su utilidad; su manejo debe ser cuidadoso y los resultados obtenidos hasta ahora son bastante favorables y prometedores."

(111)

MARIAT, F. et LAVALLE, P.: Les mycoses du Mexique Bull. Soc. Path. Exot. 54(4):782-802, 1961.

"Las características biogeográficas de México son tales que hacen a este país extremadamente rico en micosis. Con muy pocas excepciones todas las enfermedades por hongos en el hombre pueden ser encontradas en una u otra parte de la república mexicana. Algunas de estas enfermedades como las dermatomicosis, esporotricosis y los micetomas son muy comunes. Otras, como la cromoblastomicosis son menos comunes. Sin embargo tienen un papel importante en la patología del país. Otras micosis son reportadas raramente. Estas incluyen a la coccidioidomicosis e histoplasmosis las cuales no han sido adecuadamente estudiadas y presentan problemas epidemiológicos muy interesantes."

(112)

ACEVES, R.: Micetomas. Análisis de 75 casos estudiados en la ciudad de Guadalajara. I Congr. Mex. Dermatol. México, D.F. 1961, p.105.

"A través, de las principales publicaciones, se hace una revisión -

sión sobre los datos existentes acerca del micetoma en nuestro país, de los cuales se infiere que el agente causal en más del 95% de los casos es la *nocardia brasiliensis* y que es la micosis más frecuente entre nosotros.

Se insiste en los resultados favorables del tratamiento por medio de las sulfonas a las que ningún otro medicamento ha superado - hasta ahora y en algunos aspectos clínicos, de laboratorio, anatomía patológica y de invasión ósea que puede producir la micosis.

Se agregan los resultados obtenidos del análisis de 75 casos estudiados por nosotros en la ciudad de Guadalajara, los cuales concuerdan en general con los ya conocidos, insistiendo solo en ciertos aspectos clínicos y en los resultados del tratamiento de nuestros casos, en los cuales utilizamos principalmente las sulfonas y secundariamente la isoniazida y la estreptomina y en pocos casos algunos derivados hormonales de la testosterona, la gieseofulvina y la prednisolona.

Aunque las sulfonas son verdaderamente efectivas, obran muy lentamente en relación directa con el grado de avance de la enfermedad, de aquí la importancia de tener mejores conocimientos acerca de la micosis para poder establecer mejor el diagnóstico e impartir el tratamiento en forma precoz.

Por lo necesariamente largo del tratamiento sulfónico lo abandonan muchos enfermos, los que posteriormente tienen que sufrir intervenciones quirúrgicas mutilantes, por lo que aún no está resuelto - el problema terapéutico de esta enfermedad lo que sólo se logrará - cuando se cuente con un medicamento de actividad rápida e intensa, bien tolerado, fácil de administrar y económico."

(113)

LATAPI, F.; y ORTIZ, Y.: Los micetomas en México. Algunos datos nuevos clínicos y epidemiológicos relativos a 197 casos. I Congr. - Mex. Derm. México, D.F. 1961, p.126.

Este trabajo es continuación del presentado por el autor en el - III Congr. Ibero Lat. Amer. añadiendo la experiencia de cinco años después.

Clasifica los micetomas en actinomicóticos y micóticos, mencionando sus géneros y especies. Predominó el sexo masculino con el - 79%, la ocupación más frecuente fué la de campesino, la edad más - frecuente fue de la tercera a cuarta década de la vida. El 50% de - los casos fueron de los estados de Guanajuato, Michoacán, Morelos y Guerrero. La topografía en el 75% de los casos fué los miembros inferiores. Menciona la importancia de examinar en conjunto los datos radiológicos, observación directa, cultivo biopsia y agentes causales. Reporta en forma gráfica los medicamentos utilizados en el tratamiento, destacando la sulfona con el 53% de casos controlados con esta droga. Menciona la importancia de las sulfamidas de elimina- - ción lenta.

Refiere que el tratamiento quirúrgico se ha utilizado poco en los últimos años por tener cada día drogas más activas. La letalidad de la enfermedad fué del 10%.

(114)

GERMES-LEAL, O. y ABRUD, A.: Coccidioidomicosis en Chihuahua. Mem. I. Congr. Méx. Derm. México 1961, p. 145.

"Se hace una somera descripción de la coccidioidomicosis en lo tocante a sus aspectos clínicos y distribución geográfica con especial referencia a los casos mexicanos, para pasar a consideraciones anatomopatológicas y finalmente anotar las características encontradas en doce casos vistos en Chihuahua, de los cuales sólo cuatro fueron autóctonos.

Se señala a la anfotericina B como el mejor recurso terapéutico actual, medicamento que fué utilizado con resultados favorables en dos casos estudiados."

(115)

GARCIA, M.: Esporotricosis. Estudio de un caso. Mem. I Congr. Mex. Dermatol., México, D.F. 1961, p. 168.

Presenta el caso de un escolar de siete años, con lesiones localizadas al miembro superior izquierdo consistentes en una ulceración y nódulos escalonados. Iniciadas tres meses y medio después de padecer varicela. Inicialmente fué tratada con penicilina y debridación de los "abscesos".

La esporotricina fué positiva a las cuarenta y ocho horas. El cultivo dió colonias típicas del *S. Schenckii* y se trató con yoduro de potasio con cuatro gramos al día.

(116)

AYALA, G.: Esporotricosis y micetoma en un mismo paciente. Mem. I Congr. Méx. Derm. México, D.F. 1961, p. 270.

Se presenta un paciente masculino de sesenta y cinco años de edad, con dos dermatosis en miembro superior izquierdo. Se hizo el diagnóstico de esporotricosis y micetoma, que fueron confirmados micológica e histopatológicamente.

Fuó tratado con yoduro de potasio sesí gramos al día y D.D.S. 200 mg. al día.

El caso se presenta por no haber encontrado otro caso con esta asociación en la literatura nacional y extranjera.

(117)

VALLE-MEZA, J.A., y BARBA-RUBIO, J.: Esporotricosis facial en un lactante. Mem. I Congr. Méx. Derm. México, D.F. 1961, p. 273.

"1. Se estudió un caso de esporotricosis infantil; que adquirió - su padecimiento a los dos días de su nacimiento y que es el caso -- más pequeño registrado en el instituto Dermatológico de Guadalajara y se puede afirmar del mundo.

2. La griseofulvina nos dió malos resultados en el tratamiento - del caso descrito; en desacuerdo con la opinión de algunos autores, que afirman resultados satisfactorios con dicho medicamento .

3. Con el tratamiento a base de yoduro de potasio a dosis de 250 mg. diarios por vía oral, obtuvimos cura total del caso."

(118)

LAVALLE, P., NOVALES, J. y MARIAT, F.: Esporotricosis. Nuevas obser-
vaciones clínicas, histopatológicas y micológicas. Mem. I Congr.
Mex. Dermatol. México, D.F. 1961, p. 277.

"1.- Se comunican dos casos de esporotricosis primaria: el prime-
ro correspondió a un complejo cutáneo linfático de miembro inferior
muy extenso y el segundo a una lesión localizada en el dorso, ipo-
chancero persistente. Ambos casos presentaron una morfología muy es-
pecial: lesiones verrugosas o vegetantes.

2.- Se hacen consideraciones sobre diagnóstico diferencial y se
reporta que el primer caso fué tratado con improniacida durante un
mes, ocasionando fenómenos de intolerancia y sin resultados favora-
bles, en cambio, el yoduro de potasio curó la micosis en 6 meses, -
fué relativamente bien tolerado y las cicatrices de la lesiones que
en un principio tomaron aspecto queloideo, se aplanaron bajo este -
tratamiento.

3.- En los cortes de las lesiones de ambos pacientes se vieron -
"formas asteroides" que son muy raras en la esporotricosis.

Se recuerda un tercer caso en que coincidió la presencia de le-
siones verrugosas con la observación de "formas asteroides" en los
cortes. Se sugiere la hipótesis por un lado, la aparición de los as-
pectos verrugosos de las lesiones y por el otro las formas asteroi-
des del parásito.

4.- Se revisa la literatura relativa a la observación de cuerpos
asteroides y a su interpretación, tanto en la esporotricosis humana
como en la esporotricosis experimental, desde el llamado Sporotri-
chum asteroides hasta un trabajo de Mariat y Drouhet en el que se
precisa que las formas de "Granos con mazas" es un fenómeno común -
a otras micosis, a infecciones por bacterias y aún puede ser provo-
cado por bacterias muertas o cuerpos extraños representando un meca-
nismo de defensa, en cuya formación en la esporotricosis, posible-
mente intervenga tanto el huésped como el parásito. Se describe la
evolución del S. Schenckii de la "navecilla" al cuerpo asteroide.

5.- Se mencionan algunas observaciones mexicanas del hongo en --

las lesiones. Se hace referencia a un trabajo muy reciente de Marriat, Lavalle y Destombes en el que se comparan 10 cepas de *S. Schenckii* mexicanas con 3 cepas de otra procedencia. Por lo que se refiere a la esporotricosis experimental, las cepas mexicanas fueron las más patógenas; los cuerpos asteroides se vieron con frecuencia en las lesiones del hamster dorado pero no en el ratón. Una cepa sudafricana, una marroquí y tres mexicanas fueron las más aptas para dar las "formas asteroides". En las cepas más patógenas abundaron elementos en "navecilla" mientras que los elementos redondos que dan origen a las formas filamentosas se observaron más en las cepas menos patógenas y sólo en el ratón."

(119)

VARGAS, S. y NOVALES, J.: Nocardiosis cutánea Verrugosa. Comunicación de un caso. Mem. I Congr. Mex. Dermatol. México, D.F., 1961, p. 288.

Se hace una breve revisión de las generalidades de la enfermedad.

Se presenta un caso, masculino de 36 años de edad, originario de México, D.F.

Y se concluye; "Por los datos clínicos y de laboratorio obtenidos hasta el momento podemos señalar que nos encontramos frente a un caso de Nocardiosis cutánea verrugosa, aspecto clínico que parece no haber sido observado con anterioridad, producido por un actinomiceto del género nocardia; carece de los hechos clínicos comunes a los micetomas por lo que no le llamamos de esta manera y debido a la negatividad repetida de los cultivos no es posible por ahora afirmar que sea *N. brasiliensis* o *N. Asteroides* el agente causal, pues la forma y afinidad tintoriales del "grano" son semejantes en ambos casos, sin embargo hay que recordar que es poco común que *N. Asteroides* del lugar a un micetoma, generalmente produce nocardiosis viscerales, aunque Conant ha encontrado casos de micetoma del pie debido a *N. asteroides*."

(120)

BEIRANA, L.P.: Nuevas ideas en la etiopatogenia de los Micetomas. - Mem. I Congr. Mex. Dermatol. México, D.F. 1961, p. 293.

El autor expone algunos casos publicados por otros autores y en base a esas observaciones concluy "Existen dos posibilidades atractivas acerca de la etiopatogenia de los micetomas, una que sean una enfermedad sistemática con primoinfección pulmonar y diseminación subsecuente; otra, que sean formas de reinfección exógena en individuos con previa primoinfección pulmonar.

No puedo dar conclusiones, pongo estos puntos de vista en discusión. El día que contemos con una intradermorreacción específica, con reacciones serológicas patognomónicas, con hallazgos radiológicos orientadores y cambiemos nuestra manera de pensar, quizá esta teoría pueda comprobarse."

(121)

VERUT, D., NOVALES, J. y LAVALLE, P.: Criptococosis cutáneo-mucosa. Estudio del primer caso observado en México. Mem. I Congr. Mex. Dermatol., México, D.F. 1961, p. 296.

" 1. Al reportar verbalmente el primer caso Mexicano de criptococosis Cutáneo-mucosa hemos querido darle preferencia a la historia humana sobre la historia científica.

2.- Además del padecimiento dermatológico fueron encontradas en nuestro enfermo secuelas de poliomielitis y persistencia del canal arterial operado con éxito.

3.- Ni la pieza quirúrgica de arteria de grueso calibre, ni la biopsia de pulmón hecha durante la intervención, mostraron datos -- histopatológicos o micológicos criptococosis visceral.

4.- Quedó demostrada la acción de las sulfas de acción prolongada sobre la criptococosis; sólo con el tiempo se sabrá si realmente se obtienen curaciones clínicas definitivas con esta medicación.

5.- Las micosis viscerales son más frecuentes de lo que se cree, muchas de ellas son curables y es el mérito de la dermatología integrarse a la medicina general para obligar a pensar en ella."

(122)

LATAPI, F., y BEIRANA, L.: Blastomicosis Sudamericana en México. Estudio de dos casos. Mem. I Congr. Méx. Derm. México, D.F. 1961, p. 307.

Se hacen algunas consideraciones de los aspectos generales de la enfermedad. Y los autores concluyen "El estudio de estos casos, confirman que la enfermedad existe en México y probablemente habrá más casos, con manifestaciones variadas, cutáneas, mucosas ganglionares y pulmonares.

El caso No. 2 proviene de la misma zona donde encontraron los -- primeros casos (Córdoba, Veracruz). El caso No. 1 es el que se ha encontrado más al norte en el hemisferio boreal entre los paralelos septentrionales 21° y 22°, en la zona de Jalpan, Querétaro. Esta última región tiene las mismas características climatológicas que la primera. Deseamos hacer una llamada de atención a médicos Mexicanos de estas regiones, para que en el futuro descubran estos casos en una etapa temprana y puedan recibir un tratamiento oportuno."

(123)

GONZALEZ-BENAVIDEZ, J., SALINAS, R. y ZERMEÑO, C.: Coccidioidomicosis. Consideraciones sobre Tratamiento de dos casos. Mem. I Cong. Méx. Derm. México, D.F. 1961, p. 474.

"Se presentan dos casos de coccidioidomicosis, un adulto con lesión cutánea y un niño con lesión franca pulmonar, ósea y en piel, en los que se observó buena tolerancia a la anfotericina B y resultados terapéuticos excelentes.

Se hace notar la ausencia de *Coccidioides immitis*; la negativización de la intradermorreacción a la coccidioidina y la evolución de una lesión cutánea hasta desaparecer, en un caso en el cual la biopsia y la prueba a la coccidioidina se habían mantenido positivas un año después de haber recibido tratamiento."

(124)

LAVALLE, P., SAUL, A., y PERICHE, J.: La sulfadimetoxipiridazina en el tratamiento de los micetomas. Mem. I Congr. Méx. Dermatol., - México, D.F. 1961, p.525.

"1. El micetoma es una micosis de pronóstico bastante sombrío, muchas veces grave, difícil de tratar.

2. En México se han hecho algunos esfuerzos por resolver el problema de su tratamiento médico. Las sulfonas han sido consideradas como el medicamento más efectivo en el micetoma por *N. Brasiliensis*, especie no exclusiva, pero si la más frecuentemente aislada en México.

3. La acción de las sulfonilamidas han sido demostradas "in vitro" por varios autores, pero el advenimiento de las "sulfas de acción prolongada" han proporcionado, teóricamente al menos, un arma más eficaz y menos peligrosa en los tratamientos prolongados: Los autores utilizaron una de estas sulfas de acción lenta: la Sulfadimetoxipiridazina en el tratamiento de 14 casos de micetoma.

4. De los 14 casos, 8 se localizaron en el miembro inferior - - (57.14%); 3 en el miembro superior (21.3%) y 3 en la región dorso -- lumbar (21.3%). No había lesión en esqueleto en 5 pacientes (35.5%), y sí las había en 9 (64.5%). 10 casos fueron debidos a nocardia -- *Brasiliensis* y 4 a *Streptomyces Madurae* y en 3 no se determinó la especie por cultivo, pero los granos correspondían a *N. Brasiliensis*.

5. Las dosis utilizadas fueron de 0.5gr. diariamente en 9 enfermos y de 1 gr. diario en 5. El tiempo de tratamiento varió entre 2 meses y 18 meses. Ningún paciente presentó fenómenos tóxicos o de - intolerancia, salvo uno que con la dosis de 1 gr. tuvo anorexia, ag tenia y adinamia, pero toleró bien la dosis de 0.5 gr.

6. En ocho casos se obtuvo curación clínica (57.4%); en 1 hubo - mejoría franca, pero no curación clínica (7.1%); en 3 hubo sólo ligera mejoría (21.2%) y en 2 no se observó ningún beneficio (14.2%).

7. Se hace notar que el porcentaje de curación con esta terapéutica; así como el tiempo que se necesitó para obtenerlos, parece me jorar lo observado con el tratamiento sulfónico. Igualmente, las me jorías radiológicas fueron más netas en este lote de casos tratados con sulfadimetoxipiridazina.

8. Las recidivas que se observaron no parecen estar en relación con la presencia de lesiones en el esqueleto sino con las dosis dia rias y el tiempo de tratamiento, de acuerdo con las características

de cada caso, o tal vez, con algún otro factor no determinado.

9. El micetoma debido a *S. Madurae* no respondió a este tratamiento.

(125)

DIAZ-MIRON, V.: Micosis superficiales en el trópico. Influencia de diversos factores en su tratamiento. Mem. I Congr. Mex. Dermatol. México, D.F. 1961, p.575.

El autor refiere que la terapéutica empleada en el tratamiento de las micosis superficiales se ve modificada por varios factores; la influencia del clima y el ocupacional son en su opinión los más importantes.

Y concluir: "Podemos señalar que este trabajo tiene un límite -- bien marcado con el advenimiento de la griseofulvina, pues las modificaciones que sufre la terapéutica bajo su administración son categóricamente diferentes, aunque es de mencionarse que no obstante -- las bondades de dicho antibiótico, aún no está al alcance de la mayoría de los pacientes, ya que por su elevado precio, no lo pueden obtener, por lo que vemos todavía con frecuencia, lo que el desarrollo del tema nos ocupará."

(126)

LATAPI, F., MARIAT, F., LAVALLE, P. y ORTIZ, Y.: Micetoma por *Streptomyces Somaliensis* localizado a un dedo de la mano. Comprobación en México del primer caso extraafricano. Dermatol. Rev. Méx. 5:257-269, 1961.

"Se comunica el primer caso de micetoma por *Streptomyces Somaliensis*, originado en Coyuca de Catalán, Guerrero, República Mexicana.

Se hacen consideraciones clínicas (localización a un dedo de la mano), micológicas y epidemiológicas del caso."

(127)

ARIAS-LUZARDO, J.L.: Micosis profundas más frecuentes en México. Tesis Recepcional U.N.A.M., 1962.

Aunque este autor es venezolano, lo incluimos por que este trabajo es recomendable para la consulta de este tema (micosis en México)

Se hace una revisión de los aspectos históricos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de las siguientes micosis: Eg porotricosis, micetomas, cromoblastomicosis, coccidioidomicosis, -- actinomicosis, blastomicosis sudamericana, criptococosis cutánea, -- blastomicosis norteamericana o histoplasmosis.

Se menciona que estos datos en México son aplicables a Venezuela por su gran similitud.

GONZALEZ-OSHOA, A.: *Mycetoma* by *nocardia brasiliensis*. Isolation of the agent from soils. Rev. Inst. Salub. Entf. Tróp. 22(1-2):15-24, 1962.

"El micetoma actinomicético y la nocardiosis, ordinariamente son confundidos, son entidades clínica, patológica, etiológica y terapéutica distintas. En México, el micetoma actinomicético es causado -- por la nocardia brasiliensis en el 94% de los casos, mientras que -- *N. asteroides* causa el 1%; El resto de los casos son debidos a especies de *Streptomyces*.

La localización de los micetomas por *N. brasiliensis* por orden de frecuencia son: extremidades inferiores 63% (principalmente en el pie); tronco 24% (especialmente en la pared torácica); extremidades superiores 10%; cuello y cabeza 3%.

Probablemente la predominancia en pie y dorso está de acuerdo -- con la fuente natural de *N. brasiliensis*, que son los suelos, y por la costumbre de los mexicanos de trabajar descalzos y frecuentemente cargando sacos de fibra con tierra del suelo sobre sus espaldas.

De 21 muestras de suelos colectadas en un área tropical de México, el autor aisló 6 colonias de *N. brasiliensis*. La especie del suelo mostró la misma morfología macro y microscópica, la misma actividad enzimática y patogenicidad para el ratón, como las colonias aisladas de pacientes.

La enfermedad aparece de una persona normal que no muestra ningun alteración (empeoramiento) de la salud ni enfermedades crónicas agregadas. Por lo tanto *N. brasiliensis* no es considerada por el -- autor, como un microorganismo oportunista."

(129)

VEGA-NUNEZ, J.: *Coccidioidomycosis* autóctona en Michoacán, Dermatol. Rev. Mex. 6(2): 143-152. 1962.

"Se revisa brevemente la literatura mexicana sobre *coccidioidomycosis* en especial de los casos autóctonos del estado de Michoacán, 4 en total y se reporta el caso de una mujer de 30 años con una lesión vegetante en el centro de la cara y algunas otras en el tronco donde fue posible demostrar tanto en el examen directo como en la biopsia las esférulas del *C. Immitis*. La enferma dió a luz a un niño aparentemente sano y falleció poco tiempo después.

Se comenta el caso haciendo ver el cuadro clínico infrecuente de la *coccidioidomycosis* y la importancia de considerar a esta enfermedad endémica en México, no solo en las zonas fronterizas con los -- Estados Unidos, sino también en otros estados como Michoacán."

(130)

MARIAT, F., LAVALLE, P. y DESTOMMES, P.: Recherches sur la sporotrichose. Etude Mycologique et Pouvoir Pathogène de Souches Mexicaines de *Sporotrichum schenckii* Sabouraudia, 2(2):60-79, 1962.

Se presentan los resultados de un estudio de la esporotricosis - en México. Así como algunas consideraciones clínicas, histopatológicas, diagnóstico micológico pronósticas y terapéuticas.

Fueron estudiadas 10 cepas mexicanas y 3 extramericanas de *Sporotrichum schenckii*; se dan las características microscópicas y macroscópicas de su morfología así como algunas propiedades fisiológicas. En particular las formas de las conidias y formas de esporulación llamando la atención los aspectos morfológicos frecuentemente pasados por alto o poco conocidos. De especial interés entre las propiedades fisiológicas investigadas fue el requerimiento para desarrollarse de la pirimidina y timina. Este requerimiento es considerado muy específico para *S. Schenckii*.

La patogenicidad de los cultivos varió tanto en el hamster como en el ratón y las formas de "cigarro" como los cuerpos redondos, -- así como los cuerpos asteroides fueron encontrados en los tejidos. En ratones inculados con tres cepas mexicanas se encontraron también formas filamentosas. Los estudios sugieren que las formas de "cigarro" son las formas de multiplicación del hongo en los tejidos.

Cualquiera que sea el origen geográfico del *S. schenckii* en los cultivos estudiados, las especies mostraron caracteres constantes y es evidente que "especies", como *S. beurnmannii*, *S. equi*, *S. asteroides* y *S. tropicalis* fueron creadas por mera variación de caracteres accesorios, por lo que se deben considerar sinónimos.

(131)

MARTINEZ-BAEZ, M.: El examen histopatológico en el diagnóstico de - las micosis. Bol. Dermatol. 2(5-6):16-19, 1962.

Se hacen algunas consideraciones sobre la utilidad y limitaciones del estudio histopatológico en el diagnóstico de la micosis.

Este mismo trabajo fué publicado en: Sem. Méd. Méx. 33(4):134-135 1962.

(132)

DOMINGUEZ-SOTO, L.: Esporotricosis en el Instituto de Salubridad y enfermedades tropicales en el período 1956-1962. Bol.Dermatol. 2(5-6):25-28, 1962.

Se hace una revisión de las principales características de la enfermedad, haciendo especial mención de algunos de los trabajos de investigación realizados a ese respecto en nuestro país, para terminar exponiendo sucintamente los datos de tipo estadístico obtenidos de los casos estudiados en la consulta externa del departamento de dermatología tropical del Instituto de Salubridad y enfermedades tropicales en un período de seis años.

Se estudiaron 34 casos, de los cuales 20 fueron masculinos y 14 femeninos, siendo adultos 30 casos, las formas clínicas fueron la linfanguítica con 17 casos, la forma fija con 16 casos y la hereto

gica con un caso. El *S. schenckii* fue aislado en todos los casos y la prueba intradérmica de González Ochoa fue también positiva en el 100% de los casos.

(133)

HERRERA-BARRAGAN, R.: Tinea pedis en México; aspectos clínicos, epidemiológicos y micrológicos. Tesis Recreacional. Facultad de medicina, U.N.A.M., México, D.F. 1962.

Se estudiaron 100 pacientes con el diagnóstico clínico de T. pedis pero en 93 casos se pudo mantener este diagnóstico, en 5 se trataba de candidiasis y en 2 de dermatitis por contacto para.

La tinea pedis fue más frecuente entre los 15 y 30 años de edad (63.5%), predominó el sexo masculino (71%) sobre el femenino (29%). El 49.5% se acompañó de T. unguium. El 20.5% de los casos presentaron dermatofitides principalmente en las manos.

El 30% presentó complicaciones y de estos el 60.7% habían recibido tratamientos agresivos.

El examen directo fue positivo en el 65.5% de los casos de T. pedis y en el 50% de los casos de T. unguium.

El dermatofito que predominó en T. pedis fué el *T. rubrum* (72.5%) le siguió el *E. floccosum* (15.7%) y *T. mentagrophytes* (11.8%). En los casos de T. unguium también predominó el *T. rubrum* (91.7%) sobre el *T. mentagrophytes* (8.3%).

En los casos que presentaron dermatofitides el *T. mentagrophytes* estuvo implicando en un porcentaje mayor (17%) seguido por el *E. floccosum* (13%) y el *T. rubrum* (11%).

(134)

LAVALLE, P.: Agents of mycetoma. Fungi and Fungous Diseases. Ed. - by Gilbert Dalldorf. Cap. V, 1962.

"1) El número de organismos causales de los micetomas es pequeño, grupo de los Actinomicéticos y de los hongos. 2) Es importante para el diagnóstico del agente etiológico estudiar el grano y las características del cultivo del organismo. El estudio de las propiedades bioquímicas son necesarias solamente en casos atípicos o especies morfológicamente semejantes. 3) Las características biogeográficas de dos regiones, Sudán y México donde el micetoma es importante, son - marcadamente similares. En Sudán el hongo *M. mycetomi* es prevalente y en México el actinomiceto *N. brasiliensis*. Estas especies son comparadas. 4) Se hace referencia de la distribución geográfica de los organismos causales más importantes. Se menciona el aislamiento por primera vez en México y en América de *Streptomyces somaliensis* de un caso de micetoma. 5) Se hace una comparación clínica, epidemiológica y terapéutica de los micetomas Africanos y Mexicanos, insistiendo en la importancia de la investigación de los agentes etiológicos en el suelo de las zonas endémicas. 6) La falta de parasitismo de la actividad in vitro e in vivo de los diferentes agentes te-

rapídicos es fuertemente enfatizada. Las sulfamidas de acción lenta parece ser en el presente la droga de elección en el tratamiento de los micetomas actinomicóticos. 7) Siguiendo con la tendencia establecida por los autores franceses, se hacen recomendaciones para el estudio del problema del micetoma la necesidad de formar equipo el clínico, el micólogo y el patólogo, para la investigación en este campo."

(135)

LAVALLE, P.: *Chromomykose. Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten* J. Jadassohn Springer-verlag. 1962, p. 367.

Se hace una exhaustiva revisión del tema (cromomicosis) en 60 páginas, donde se menciona: la definición, sinonimia, historia, distribución geográfica, factores climatológicos, causas predisponentes, presencia de los hongos causales en la naturaleza y modo de penetración al organismo humano, etiología: fase parasitaria y saprofitica del agente causal, phialophora, acrotheca o fonscea y hormodendrum; se hace una descripción de las especies, así como de la sintomatología, topografía y morfología, evolución, complicaciones: ataque a los anexos de la piel, al sistema linfático, a las estructuras subcutáneas, metastasis y enfermedades asociadas; histopatología, patogenia, diagnóstico: diagnóstico diferencial, laboratorio - a) histopatología, b) micológico; pronóstico y tratamiento.

(136)

LATAPI, F.: *Das micetom. Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten* J. Jadassohn Springer-verlag. 1962, p. 463.

Se hace una exhaustiva revisión del tema, refiriéndose a la definición y sinonimia, historia, distribución geográfica, epidemiología, etiología y clasificación, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis y el autor finaliza el trabajo considerando al micetoma como un problema médico social a pesar de no ser una enfermedad transmisible y la frecuencia no es mayor que lo que se puede imaginar, y afectar a la gente del campo que por falta de recursos hace que el tiempo de evolución se prolongue antes del primer contacto médico y por lo prolongado del tratamiento así como por la falta de una educación médica hacen abandonar los tratamientos, que finalmente puede producirles la muerte, y menciona la necesidad de que el dermatólogo trabaje en grupo con otros especialistas como el micólogo, el radiólogo, ortopedista, etc., para el mejor manejo de los casos, hasta encontrar la droga que permita la curación completa y en un tiempo razonable.

(137)

GARCIA-PUENTES, L.: *Cien casos de tiña de la cabeza estudiados en la ciudad de México. Consideraciones sobre el tratamiento con griseofulvina. Tesis recepcional. Facultad de Medicina U.N.A.M. México, D.F. 1963.*

Se hacen algunas consideraciones sobre el tema, mencionando especialmente el aspecto terapéutico con griseofulvina.

Se estudiaron 100 casos de tiña de la cabeza desde el punto de -

vista general y sobre todo del tratamiento con griseofulvina. Comparando los resultados con dosis fraccionadas y continuas.

La tiña de la cabeza es muy frecuente en la ciudad de México, -- propia de la niñez, con mayor incidencia entre los 4 y 8 años de -- edad, ligero predominio del sexo masculino (55%) sobre el femenino (45%), las tiñas secas (85%) sobre las inflamatorias (15%). No se -- encontró ides en ningún caso.

El pelo en 59 casos tuvo parasitación tipo endotrix y en 41 ca-- sos tipo ectoendotrix. El cultivo mostró 59 colonias de *T. tonsurans* y 41 de *M. canis*.

El tratamiento continuo fue con una sola dosis diaria de 500 mg. por 3 a 4 semanas, de 12 a 22 gr. como dosis total. Para el trata-- miento fraccionado se utilizó una dosis de 2 y 3 gr. repartidos ca-- ca 15 días por un tiempo promedio de 6 semanas con una dosis total de 9 a 12 semanas.

Con el método continuo se trataron 24 pacientes y con el fraccio-- nado 76. Todos los pacientes curaron con las dosis y tiempos antes -- señalados, fueron controlados por 6 meses después de su curación -- aparente y no hubo recidivas. No se usó ningún tratamiento tóxico.

Se concluye que el mejor tratamiento para la tiña de la cabeza -- es la griseofulvina con dosis continuas de 500 mg. de partículas -- grandes y la mitad de la dosis con griseofulvina de partículas pe-- queñas.

(138)

CORONA, C.S.: *Tinea capitis* en la ciudad de México. Aspectos clíni-- cos, epidemiológicos y micológicos. Tesis Recepcional. Facultad de Medicina, U.N.A.M., México, D.F. 1963.

Se hacen consideraciones de los aspectos generales del tema.

Se estudiaron 100 pacientes del D.F. con tiña de la cabeza, co-- rroborando con estudios micológicos.

Se concluye que la *T. capitis* es frecuente en la ciudad de Méxi-- co, la zona más afectada es la nororiental, que es una dermatosis -- de la edad preescolar y escolar y que desaparece en al pubertad. La mayor incidencia fué entre los 3 y 7 años de edad.

El sexo femenino fué el más afectado en una relación 2:1 con el masculino.

Predominaron las tiñas secas (88%) sobre las inflamatorias (12%). En siete casos hubo una tiña de la piel lampiña. En 32% hubo compli-- caciones como piodermitis y adenitis. No se observaron ides en nin-- guo de los casos.

La observación directa fue positiva en el 100%, de tipo endotrix en el 58% de los casos y ectoendotrix en el 42%. El t. tonsurans -- fué encontrado en el 58% de los casos y M. canis en el 42%.

"Llegamos a la conclusión de que la incidencia de las dermatofitosis en México, está cambiando paulatinamente, van disminuyendo -- las tricoficias y aumentando las microsporicas."

(139)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Epidemiología de la histoplasmosis primaria en México. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 23(1-2):65-80, 1963.

Se hace una revisión de los datos obtenidos de las epidemias de histoplasmosis desde 1948 hasta 1963.

Se analiza la frecuencia de los brotes infecciosos, la tasa de ataque que fue de 83.13, el período de incubación de 7 a 10 días, peculiaridades del cuadro clínico y radiológico, comportamiento serológico en el que se investigó precipitinas, aparición de la reactividad cutánea a la histoplasmina que aparece después de 2 semanas de los síntomas en casos moderados y en los casos graves no aparece, relaciones de la radiología y serología con la clínica, la tasa de letalidad fue de 8.15, se aisló el H. capsulatum en los focos de infección, hubo ligera tendencia en la incidencia estacional de las epidemias por el verano.

Se concluye que son las exposiciones previas al hongo lo que hace que exista resistencia a la enfermedad manifestada por la prueba cutánea a la histoplasmina positiva.

(140)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Relaciones entre el habitat del murciélago y el histoplasma capsulatum. Rev. Inst. Salub. Enfs. Trop. 23(1-2): 81-86, 1963.

"La manera tan amplia como se distribuyen los focos de infección por H. capsulatum en la república Mexicana, los que a la fecha han sido localizados en trece estados pertenecientes a las más diversas condiciones biogeográficas, donde las muestras del suelo de esos focos infectantes conteniendo el histoplasma señalan una gran diversidad en cuanto a la naturaleza físico-química de los suelos, grado de humedad, contenido de materia orgánica, P.H. etc. autorizan a pensar que las interrelaciones entre murciélagos y H. capsulatum se rifan las de que el murciélago actuaría por sus excretas, las que al ser depositadas en suelos donde previamente existe el histoplasma, tendrían el papel de fertilizantes favoreciendo el desarrollo y multiplicación del hongo, al grado de producirse enormes cantidades de conidias infectantes, las que al ser inhaladas causarían inoculaciones (algunas veces masivas), y originarían, dependiendo de la cantidad de inoculum, desde infecciones subclínicas hasta infecciones -- agudas, en muchos casos mortales."

(141)

GONZALEZ-OCHOA, A. y GARCIA-RAMOS, E.: Frecuencia de monilias y moniliasis en vagina: Influencia de la antibioterapia. Rev. Inst.

Salub. Enfs. Trop. 23 (1-2):87-94, 1963.

"1. El aislamiento por cultivo de levaduras del género *Candida* - en el exudado vaginal, en ausencia de datos clínicos de moniliasis, de ninguna manera es diagnóstica de ese padecimiento.

2.- Cuando la vagina tiene una situación anormal (vaginitis) los antibióticos favorecen ostensiblemente la pululación de monilias."

(142)

LARA-ORTIZ, V.: Actinomicosis hepática. Rev. Soc. Med. Hosp. Civ. - Dgo. 5(2):165-167, 1963.

"Se reporta el caso clínico de un paciente masculino de 49 años de edad con sintomatología inicial de colitis febril que cedió espontáneamente para establecer el cuadro clínico y radiológico de colelitiasis. Se hizo colecistectomía encontrándose ocasionalmente -- abscesos múltiples y pequeños en hígado. El estudio histológico demostró actinomicosis hepática, y en vesícula exclusivamente colelitiasis.

La actinomicosis en su forma intestinal puede producir diarrea - febril y a través del sistema porta llegar a hígado formando abscesos hepáticos. Su asociación, en este caso, con una colelitiasis, y en ausencia de signos inflamatorios o sus huellas en vesícula, parecen meramente una concomitancia sin relación etiológica o patogénica."

(143)

MACOTELA-RUIZ, E., DE MARIAT, F.: Sur la production de mycetomes experimentaux par *Nocardia brasiliensis* et *Nocardia asteroides*. -- Bull. Soc. Pathol. Exot. 56: 46-54, 1963.

"Dos especies típicas de *Nocardia* provenientes de micetomas humanos: *N. asteroides* y *N. brasiliensis*, producen granos peritoncales cuando son inoculados por intraperitoneal y lesiones "micetoides" (micetomas experimentales) cuando son inoculados por vía subcutánea en el ratón blanco, el hamster dorado y el cuyo.

Los animales fueron sacrificados ocho semanas después de la inoculación. El desarrollo de lesiones micetoides no parece estar influido por el sexo de los animales ni por el hecho de haber sido -- previamente preparados (ensayo de sensibilización) son los organismos homogéneos muertos. El animal de laboratorio que desarrolla las lesiones micetoides con más facilidad es el hamster dorado.

La imagen histológica de las lesiones micetoides puede ser la de un absceso con polimorfonucleares, un granuloma rico en células de Langhans e histiocitos o bien la de una lesión intermedia con un -- centro abscedado, una zona media granulomatosa y un borde fibrohistiocitario.

La fagocitosis en las lesiones granulomatosas es muy importante y produce varias imágenes, entre otras la de calcosferitas que en ocasiones pueden plantear un diagnóstico diferencial delicado. - - (criptococosis y otras micosis por hongos levaduriformes).

Los granos de *N. asteroides* y *N. brasiliensis* no poseen caracteres específicos y su morfología variable depende en cierto grado de la reacción tisular. Ambos representan la morfología de "petits---grains" de las lesiones humanas y son parcialmente ácido-resistentes, P.A.S. positivos, Gram positivos y se tiñen con la hemateína. Algunos presentan clavias que se tiñen muy bien en azul con el colorante de Giemsa."

(144)

MACOTEIJA-RUIZ, E., MARIAT, F. et DESTOMBES, P.: Aspects pseudo-fongiques de réartition dans des mycétomes expérimentaux a nocardia. Ann. Inst. Pasteur. 104:538-540, 1963.

"Durante el intento de producir micetomas experimentales, fueron observados pequeños cuerpos redondos vesiculares en los tejidos, eg tuvieron incluidos en un depósito calcificado, por lo que sus características exactas fueron difíciles de apreciar, tenían un aspecto similar al exhibido por ciertos hongos patógenos."

(145)

BOJALIL, L.F. y MAGNUSON, M.: Specificity of skin reaction of human to nocardia sensitins. Am. Rev. Resp. Dis. 88:409-411, 1963.

Se investigó la reactividad cutánea a las sensitinas obtenidas de *N. brasiliensis* cepa Gordon 774 A, y *N. asteroides* cepa Emmons - 9935 y PPD obtenido de cepas de *Mycobacterium tuberculosis*.

Se estudiaron 14 pacientes con micetoma por *N. brasiliensis*, 1 - paciente con micetoma por *Streptomyces madurae* y un paciente con micetoma por *Actinomyces bovis*. 109 pacientes tuberculosos, pero con otra enfermedad (cirrosis, glomerulonefritis, etc...) y un grupo de 75 personas sanas.

La sensitina de *N. brasiliensis* fué positiva en los 14 pacientes con micetoma por nocardia *brasiliensis* y negativa en el grupo de -- personas sanas y los de otras enfermedades incluyendo tuberculosis. Después de 10 dosis de esta preparación algunos pacientes fueron positivos, siendo todos estos tuberculino positivos.

La sensitina de *N. asteroides* fue positiva en 1 de los 14 pacientes con micetoma por nocardia y en una persona tuberculino positiva y luego de 10 dosis aplicadas fueron positivos un gran número de -- personas tuberculino positivos. No se supo que alguna persona estuviera infectada por *N. asteroides* antes de la prueba.

(146)

LATAPI, F.: La sporotrichose au Mexique. Laval médical, 34(6):732--738, 1963.

Se menciona la estrecha relación entre la dermatología Francesa y Mexicana.

Se dan datos epidemiológicos de 180 casos estudiados en el Hospital General y el Centro Dermatológico Pascua de 1947 a 1962, así -- como de las formas clínicas, de las que el 11% correspondieron a la forma localizada, el 82% a la forma linfangítica y el 7% a la hematógena. Se comentan algunos casos estudiados y que la esporotricina es un método de confirmación rápido del diagnóstico así como que en México la enfermedad es ocupacional.

El yoduro de potasio continúa siendo el tratamiento de elección y la griseofulvina puede ser utilizada en caso de intolerancia a -- los ioduros.

(147)

LAVALLE, P. y SAUB, A.: Mise au point sur le traitement des mycétomes. Laval Médical, 34(6):783-794, 1963.

Se hace una revisión de los distintos tratamientos empleados en el manejo de los micetomas.

Los autores mencionan que el tratamiento depende sobre todo de -- la etiología y que los producidos por N. brasiliensis es el que mejor responde a la terapéutica médica, los maduromicosicos (hongos -- verdaderos) los que menos responden.

El tratamiento quirúrgico en México es poco utilizado y el muti-- lante sólo en casos extremos, pues se ha observado recidivas en mu-- ñón o metástasis posteriores a la cirugía.

La evaluación de los medicamentos en esta enfermedad es difícil por su larga evolución. Sin embargo los mejores resultados se han -- obtenido en los debidos a N. brasiliensis con Sulfonas y sulfonami-- das de acción retardada. Las sulfonas comenzaron a utilizarse en Mé-- xico desde 1947 y han habido numerosas curaciones clínicas sobre to-- do cuando el esqueleto no ha sido afectado y para evitar la recidi-- va se les mantiene con pequeñas dosis por tiempo indefinido. Las -- sulfamidas de acción lenta han mostrado mayor actividad que las sul-- fonas.

No existe paralelismo entre la acción in vitro con la acción in vivo, por lo que algunas sustancias han mostrado actividad clínica e inactividad clínica e inactividad in vitro, tal es el caso de la isoniacida, la estreptomycinina y la griseofulvina, en México esta -- última mostró actividad en algunos casos y en otros no.

La anfotericina B y el N-5079 C, han sido utilizados en miceto-- mas maduromicosicos, otros antibióticos como la penicilina han sido utilizados para las infecciones agregadas.

Las sustancias hormonales como los corticoides pueden ser útiles

en los procesos muy inflamatorios. Las técnicas ortopédicas pueden emplearse como complemento del tratamiento médico o quirúrgico.

(148)

LAVALLE, P.: El nuevo antimicótico X-5079 C. Su empleo en micetomas y otras micosis profundas. Mem. II Congr. Mex. Dermatol., Guadalajara, Jal., México, 1963, 201-218.

"Se describe brevemente el nuevo antibiótico antifúngico X-5079 C, señalándose sus propiedades físicas y farmacológicas y su actividad "in vitro" o "in vivo" contra el *histoplasma capsulatum*. Las primeras experiencias en la clínica indican que es efectivo en histoplasmosis, blastomicosis norteamericana y en menor cuantía, en esporotricosis y aspergilliosis. También fué efectivo en un caso de micetoma por *madurella prinea*. Resultó eficaz en coccidioidomicosis, criptococosis y en infecciones por *candida*.

Comunicamos que en 1962 tratamos 5 pacientes con el X-5079 C., - incluyendo un micetoma por *M. apiosperum*, un micetoma por nocardia 945 Mex., un micetoma por *S. madurae*, un caso de esporotricosis secundaria hematógena y un caso de cromomicosis por *P. Pedrosoli*. En ninguno de ellos observamos la acción tóxica de antibiótico sobre la función hepática, señalada por los primeros investigadores; pero si en cambio, tuvimos serias dificultades por el dolor provocado por las inyecciones subcutáneas del producto y la reacción general que despertaba (cefalea, malestar general y fiebre de más o menos cuantía) que obligaron a usar corticosteroides para yugarlas. Esto dificultó la valoración del X-5079 C.

Se hace la descripción de un caso de micetoma podal desde el punto de vista clínico y micológico, incluyendo el estudio del grado en fresco y en los tejidos y el estudio de la colonia, macro y microscópicamente, concluyéndose que posiblemente, la especie causal es un monosporium apiosperum. El X-5079 C, tuvo un efecto muy favorable en este caso, tanto clínico como micológico y se ha mantenido después de 2 años. En los demás casos tratados el resultado fue negativo."

(149)

MACOTELO-RUIZ, E.: Estudios experimentales comparativos entre *histoplasma capsulatum* e *histoplasma duboisii*. Anticuerpos fluorescentes y poder patógeno. Mem. III Congr. Mex. Dermatol., Guadalajara, Jal., México 1963, p.218.

"1. En el momento actual es difícil mantener la diferencia entre *H. capsulatum* y *H. duboisii*.

2.- Estos dos organismos se comportan serológicamente como una misma especie y su poder patógeno es equiparable en los animales de laboratorio. El estudio micológico no reporta tampoco diferencias fundamentalmente de morfología.

3.- A nuestro juicio, la diferencia en las formas clínicas y en la imagen histológica de ambas micosis se debe más bien a factores

de tipo radical, que a una diferencia de especies."

(150)

MAYORGA-LOEZA, J.A.: Micosis estudiadas en el departamento de micología del Instituto Dermatológico de Guadalajara. Mem. II Congr. Méx. Dermatol. Guadalajara, Jal., México, 1963; 224-228.

1.- Se estudiaron los géneros y especies de hongos patógenos encontrados en 1532 casos de micosis superficiales y 58 casos de micosis profundas.

2.- Se encuentra que el 50.78% de las micosis superficiales son producidas por dermatofitos del género *Trichophyton* especie *tonsurans*, el 24.28% por *Microsporum canis*, el 4.44% por *epidermophyton floccosum* y el resto por *T. rubrum* (4.75%), *T. Mentagrophytes* - - - (2.88%) *T. violaceum* (0.39%); *T. Schoenlembi* (0.26%); *T. Verrucosum* (0.36%) y *M. gypseum* (0.91%).

3.- Se encontraron 27 casos de Pityriasis Versicolor 11 casos de eritrasma y 61 de candidosis por *Candida albicans*.

4.- Micosis Profundas: 28 casos de esporotricosis por *S. Scheckii* 23 casos de micetomas por *Nocardia brasiliensis*, 7 casos de cromomycosis, 5 por *Hormodendrum pedrosoi* y 2 casos de actinomycosis por *Actynomices israelii*, 1 caso de histoplasmosis por *histoplasma capsulatum*."

(151)

RAMOS-AGUIRRE, C.: "Coccidioidomycosis". Reporte del primer caso en la región carbonífera de Coahuila. Mem. II Congr. Mex. Dermatol. Guadalajara, Jal., México, 1963. p.236.

El autor presenta un caso del sexo masculino de 5 años de edad, con lesiones diseminadas al torax y piernas "constituidas por 5 lesiones y un proceso fistuloso". La coccidioidina se reportó positiva. Las radiografías mostraron aumento de la sombra hilar y en esqueleto, tibia derecha destruida en su tercio superior, astragalos izquierdo destruido en su cara superior. El estudio histopatológico mostró al *Coccidioides immitis* Pronóstico: malo.

Tratamiento: Reposo, buena alimentación y anfotericina B.

No se menciona la evolución.

(152)

GONZALEZ-BENAVIDES, J.: Estudio de 100 casos de tiña de la cabeza - tratados con Griseofulvina. Mem. II Congr. Mex. Dermatol. Guadalajara, Jal., México, 1963, p.239.

" En un estudio de 100 casos de Liña tratados con Griseofulvina, se encontró que durante la primera década de la vida su incidencia fué de un 65%

Que las Liñas secas predominan en un 77%.

Que el número de curaciones ascendió a 43 pacientes.

Que sólo hubo intolerancia al medicamento en un 2%.

Que el tiempo mínimo de curaciones observado en un 60% se presentó dentro los primeros 30 días.

El número de curaciones correspondió aproximadamente en igual -- proporción a los que tomaron el medicamento cada tercer día y a los que tomaron dosis diarias.

No se observaron curaciones en los que tomaron el medicamento -- dos veces al día por semana ni con dosis únicas.

Se observó que es muy alto el índice de enfermos que abandonaron el tratamiento (41%) y que todas las evaluaciones anotadas se encuentran aproximadamente en igual proporción en los dos lotes de enfermos.

De lo anteriormente expuesto se deduce:

a) Es de recomendarse como efectivas las dosis administradas cada tercer día.

b) Considero no existe un tiempo fijo que permita determinar curación por lo que serán observaciones clínicas periódicas las que permitan hacerlo.

c) En cada paciente que inició tratamiento con Griseofulvina se debe hacer énfasis en la necesidad de que sea el médico quien determine la curación.

d) Para aquellos casos que abandonaron el tratamiento debe pedirse que auxiliares de trabajadores sociales, cooperen para su control, sobre todo en instalaciones como el I.M.S.S."

(153)

SAUL, A.: La blastomycosis Sudamericana en México. Algunas características de los casos mexicanos. V, Congr. Ibero Lat. Amer. Dermatol. 1963, Actas finales. Buenos Aires, Mar de la Plata, Argentina. p. 203.

El autor hace algunas consideraciones epidemiológicas de la enfermedad, mencionando que es impropio llamarle sudamericana ya que también se le podría denominar centroamericana pues se han reportado algunos casos en esta región.

"Se hace la revisión de los casos reportados en México de blastomycosis sudamericana. En total se sabe de seis casos, de cinco se anotan los datos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos, notándose que todos procedían de regiones tropicales del país donde se cul

tiva el café. Todos fueron hombres con edad promedio de 42 años y - campesinos. La forma clínica de todos fué mixta con lesiones en la piel, mucosas, ganglios y vísceras. Los síntomas de principio se -- presentaren en el aparato respiratorio en dos casos y en las mucos-- sas los otros tres. Dos casos murieron. El tratamiento estuvo prin-- cipalmente a base de sulfadiazina y sulfodimetoxipiridazina. Se in-- siste en la posibilidad de más casos en la república mexicana."

Finalmente el autor concluye "El corto número de casos imposibi-- lita poder sacar conclusiones válidas, de la blastomicosis sudameri-- cana en México, pero sirven de base para posteriores estudios que -- complementen el conocimiento de esta micosis profunda en América."

(154)

GONZALEZ-OLMOA, A.: Contribuciones al conocimiento de la Esporotri-- cosis. V Congr. Ibero Lat. Amer. Dermatol., Buenos Aires Mar de la Plata, Argentina, Actas Finales. 1963, p. 309.

El autor prefiere que la presente clasificación ha sido publica-- da en el "Handbook of tropical dermatology" editado por Simmons en 1953"

Clasifica a la Esporotricosis en Tegumentaria e Interna. La Espo-- rotricosis Tegumentaria la subdivide en tres tipos: Linfangítica, -- fija y hematógeno. Así mismo el tipo Linfangíticoocen formas clíni-- cas gomosa ascendente de las extremidades y gomosa de otras regio-- nes; el Fijo en ulcerosa, verrugosa, acneiforme, placa infiltrada y eritemato-escamosa; Finalmente el tipo Hematógeno en forma gomosa -- diseminada por todo el tegumento.

La esporotricosis interna la subdivide en pulmonar primitiva, Se-- cundaria a los tipos Linfangíticos, Fijo tegumentario y concemitan-- te con el tipo hematógeno cutáneo.

Señala también la utilidad de la prueba cutánea utilizando como antígeno un polisacárido obtenido de la fase micelial, comenzado a a emplear por el autor desde 1947, así como la ventaja sobre el an-- tígeno levaduriforme.

Se menciona también la utilidad de la técnica de anticuerpos - - Fluorescentes encontrando un 89% de positividad.

Finalmente se reporta que el tratamiento específico es el yoduro de potasio con un 100% de efectividad en la esporotricosis cutá ea. La griseofulvina con un 50% de curación, 25% de mejoría y 25% de -- fracason; mencionando que solo se justifica en los casos de esporo-- tricosis visceral.

Este trabajo fué publicado también en la Gaceta Médica de México 95:463-474, 1965.

(155)

LAFARI, F.: Actinomicosis y otros Micetomas. Relator Oficial. V - -
Congr. Ibero Lat.Amer. Dermatol., 1963, Buenos Aires, Mar de la
Plata, Argentina., Actas Finales p. 355.

Refiere el autor la confusión que existe en este tema, prueba de
ello está en el título, así como la pluralidad etiológica para cua-
dros clínicos idénticos o semejantes.

Menciona la definición aceptada en México y las regiones de alta
frecuencia mundial, así como la Etiología y Clasificación dividién-
dolos en dos grupos: los Actinomicóticos y los Micósicos y caracte-
rísticas de algunos de éstos. Menciona también la casuística mun-
dial y las características clínicas de los casos mexicanos y su co-
rrelación etiológica y datos histopatológicos, reporta 60% de alte-
raciones óseas y en 225 hubo regresión después de algunos meses de
tratamiento; los gérmenes asociados más frecuentes fueron el estafi-
lococo aureus y el estreptococo B hemolítico.

Desde 1947 se inició el tratamiento con D.D.S. y el 44% de los -
casos han sido tratados con esta droga, se reporta la experiencia -
con otras drogas. Las intervenciones quirúrgicas y amputaciones son
rechazadas, aceptando sólo las correcciones ortopédicas. En México
el 10% fallecen por la enfermedad.

Refiere que la profilaxis de la enfermedad "sería cambiando de -
vida nuestros pueblos, tener calzado, mejor vivienda, pan, trabajo,
vestido y servicio médico en los sitios más apartados para educar a
la gente en la mejor forma posible y tener los casos en estadios --
más tempranos de la enfermedad lo que ayudaría más a la prevención
de la micosis y evitar en lo posible el avance insidioso e inexora-
ble del micetoma.

(156)

CARO-BENAVIDES, F.: Empleo de un nuevo antibiótico (X-5079 C), en -
el tratamiento de la cromomicosis, la esporotricosis y los mico-
tomas. Tesis Recepcional, Facultad de Medicina, U.N.A.M. México
D.F., 1964.

Se hace una revisión de las generalidades del micetoma, esporo-
trichosis y cromomicosis con especial referencia a la terapéutica.

Se describe al antibiótico antifúngico X-5079 C, o Ro-2-7758, -
que es de naturaleza polipéptida producido por un actinomicete ae-
robio hasta ahora desconocido, Streptomyces Nov. Sp. X-5079. Se --
presenta en frasco ampula de 315 mg. en forma de polvo blanco para
diluir en 5 cc. de solución fisiológica y ser inyectado por vía --
subcutánea a dosis diarias de 4 mg. por kilogramo de peso corporal
cada 6 horas durante 30-35 días.

Se utilizó el antibiótico en 5 casos, el primero, micetoma fún-
gico por monosporium apiospermum, el segundo, micetoma actinomicé-
tico por nocardia sp. (no clasificada), el tercero, micetoma acti-
nomicótico por Streptomyces madurac, el cuarto, esporotricosis por

sporotrichum schenckii y el quinto, cromomicosis por phialophora pedrosoi. El tratamiento fue diferente en cada caso que oscilaron entre 16 y 69 días, en un período y 5 períodos de tratamiento, el de 16 días se suspendió por abandono del paciente.

El antibiótico N-5079 C mostró buena actividad en el caso de micetoma por monosporium apiosperum, no tuvo actividad en los micetomas actinomicéticos, en la esporotricosis no se pudo valorar por el corto tiempo de aplicación (16 días) y no tuvo acción en la cromomicosis.

(157)

CARRILLO-RODELO, C.: La esporotricosis en México. Tesis Recepcional, Facultad de Medicina, U.N.A.M. México D.F. 1964.

Se hace una revisión del tema, destacando los aspectos clínicos así como las clasificaciones francesas, sajonas, brasileñas y mexicanas.

La segunda parte del trabajo consta de los resultados obtenidos de una encuesta a los "principales dermatólogos del país" y la tercera parte consiste en la presentación de 2 casos clínicos.

Se concluye: "La esporotricosis junto con el micetoma son las micosis profundas más frecuentes en México, la esporotricosis existe en casi todos los estados siendo rara o no existiendo en la península de Yucatán; es más frecuente en el hombre y entre los 10 y los 30 años. Debe considerarse una enfermedad ocupacional en los siguientes trabajadores: floristas, campesinos, horticultores, alfareros y jardineros. Las partes del cuerpo más afectadas son la cara, miembros superiores e inferiores.

La forma clínica más frecuente es la linfagética.

El hongo penetra principalmente a través de pequeñas heridas producidas por material vegetal.

No existe una imagen histopatológica de la esporotricosis, generalmente se observa una imagen de granuloma crónico.

La esporotricina y cultivo son métodos auxiliares de diagnóstico muy útiles, el examen directo no tiene valor práctico.

El tratamiento más efectivo es el yoduro de potasio, la griseofulvina es útil, aunque en ocasiones tiene recidivas.

No existe hasta ahora ninguna vacuna."

(158)

SAUL, A.: La blastomicosis sudamericana en México. Algunas características de los casos mexicanos. Rev. Soc. Méd. Dgo. 6(2):139-144 1964.

"Se hace breve revisión de los casos reportados en México de -- blastomicosis sudamericana. En total se sabe de 6 casos; de 5 se -- anotan los datos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos, notándose que todos proceden de zonas tropicales donde se cultiva el café. Todos fueron hombres con promedio de edad de 40 años y campesinos. La forma clínica en todos fue la mixta con lesiones en piel, mucosas, ganglios y vísceras. Dos casos murieron. El tratamiento principal fue a base de sulfonamidas. Se insiste en la posibilidad de más casos en otras zonas del país.

(159)

CASTRO-BERNAL, E.: Esporotricosis. Aspectos generales. Rev. Soc. -- Méd. Dgo. 6(2):145-150, 1964.

Se hace una breve revisión del tema en la que se menciona la definición, historia, etiología, patogenia, epidemiología, cuadro clínico en la que presenta la clasificación de Lavalle (1955), exámenes complementarios destacando el micológico, el inmunológico y el histopatológico; finalmente se refiere al tratamiento siendo el de elección el yoduro de potasio a dosis de 6 gramos al día por vía -- oral.

(160)

JARAMILLO, O.A.: Cromomicosis. Rev. Soc. Méd. Dgo. 6(2):151-158, -- 1964.

Se hace una breve revisión del tema en la que menciona la definición, sinonimia, historia, epidemiología, características clínicas dividiéndolas en localizada, diseminada y generalizada y las formas verrucosa o papilomatosa, tuberculoide, sifiloide, psoriasiformes y cicatrizales o elefantiasicas; exámenes complementarios para el -- diagnóstico que incluye: examen directo en el que se puede observar las células fusaroides y al cultivo las variedades de phialophora, bedrosii, reuteri y compacta. Se producen en color acintado obvio -- de la enfermedad. El diagnóstico se hace por medio de exámenes de laboratorio. En el aspecto terapéutico se menciona que existe un nuevo recurso que es el de la Anfotericina B intraarterial que ha sido utilizada por el autor en un paciente con cromomicosis de 20 años de evolución con excelentes resultados.

(161)

LAVALLE, P., y MARIAT, F.: Características de una cepa de Nocardia aislada de un micetoma dorsal. Dermatol. Rev. Méx. 8(4):223-234, 1964.

"Se estudia un caso de micetoma dorsal procedente del estado de Sinaloa, en el noroeste de México, el cual ha sido sometido, en 5 -- años, a diferentes tratamientos médicos, principalmente griseofulvina y corticosteroides, sulfadimetoxipiridazina, diamino difenil -- sulfona y Ro 4-4393. La diamino difenil sulfona fracasó en este caso y con los demás medicamentos se obtuvieron mejorías más o menos importantes pero no definitivas.

Este micetoma pertenece al grupo de los granos pequeños debidos a nocardia.

El cultivo ha sido obtenido en diferentes ocasiones (1959, 1960, 1962) y es microscópicamente una nocardia con filamentos fragmentados semi acidos resistentes. Los fragmentos son baciliformes. El aspecto macroscópico de las colonias y en particular el color, difiere del que se describe clínicamente para la *N. asteroides* y la *N. brasiliensis*.

Los caracteres fisiológicos de este actinomiceto no se superponen ni a los *N. asteroides* ni a los *N. brasiliensis*, por lo que concluimos que trata de una especie nueva, para la cual conservamos provisionalmente el título de Nocardia 945 Mex."

(162)

SAUL, A.: Tiña de la cabeza. Dermatol. Rev. Mex. 8(4):283-285, 1964.

El trabajo fue publicado en la sección de Dermatología para el médico general.

Se hacen algunas consideraciones respecto a los agentes causales, la clínica y tratamiento con especial referencia a la griseofulvina.

(163)

GONZALEZ-OCROA, A. y KAPLAN, W.: Diagnóstico rápido de la esporotricosis. Gac. Méd. Méx. 94:309-313, 1964.

"La necesidad de establecer el diagnóstico de la esporotricosis, por cualquiera de los procedimientos disponibles, radica en la frecuencia del padecimiento en México, y en el hecho de tener un tratamiento específico. Los AA, después de exponer los tipos y formas clínicas que adopta esta micosis, presentan los resultados de la técnica de anticuerpos fluorescentes en frotis de los exudados de 34 casos de esporotricosis, de los cuales uno correspondió a la localización pulmonar, y el resto a esporotricosis tegumentaria. De 27 casos en los que el cultivo desarrolló *S. schenckii*, la técnica de anticuerpos fluorescentes permitió la visualización de los elementos del hongo en 24 de ellos, o sea el 89%, siendo de particular interés que uno de los casos negativos al cultivo acusó positividad a la técnica de anticuerpos fluorescentes, y en este caso la prueba cutánea con esporotricina también resultó positiva.

La ventaja de esa técnica sobre la de cultivo consistiría en su rapidez, puesto que la operación del teñido y visualización puede llevarse a cabo en menos de dos horas, mientras que el aislamiento del hongo implica una semana, lo cual sería una ventaja, si bien conocemos que muy relativa. Tal vez en la posibilidad de distinguir elementos no viables radicaría el valor del procedimiento, pero este aspecto necesitaría de más observaciones para poder afirmarse. De cualquier manera la técnica de anticuerpos fluorescentes es un recurso más para el diagnóstico de la esporotricosis."

(164)

MENDIVUL-BARRERAS, O.G.: Cromblastomicosis en México. Ensayo terapéutico con Anfotericina B por vía intraarterial. Tesis profesional U.N.A.M., 1965.

"Se ensayó anfotericina B intraarterial en el tratamiento de 3 - casos, dos masculinos y uno femenino con lesiones verrugosas en - miembros inferiores. Se aplicó una dosis creciente de 5-80 mg. en - la arteria femoral hasta llegar en un caso a 1775 mg. como dosis to - tal. La droga tuvo acción evidente: aplanamiento de las lesiones - hasta su desaparición total dejando cicatrices.

La arteria toleró bien el medicamento; sin embargo en un caso hu - bo arteritis terminal que ocasionó la necrosis de un dedo que tu - vo que amputarse.

Al suspender la droga las lesiones se volvieron a activar por lo - que se considera un tratamiento paliativo, peligroso y de escasa -- utilidad en la práctica."

Este trabajo fué presentado en el III Congreso Mexicano de Derma - tología en la ciudad de Monterrey, N.L., México,, en 1963.

(165)

ATAÑA, A.: Tiña de los pies. Dermatol. Rev. Mex. 9(1):87-91, 1965.

El trabajo fue publicado en la sección de dermatología para el - médico general.

Se hacen algunas consideraciones sobre la etiología, epidemiolo - gía, complicaciones y tratamiento.

(166)

VERDUZCO, E., PORTALES, A., MONJARDIN, S. y GARCIA, R.: Característi - cas clínicas y epidemiológicas de la coccidioidomicosis en la -- comarca lagunera. Salud Pública de México. 7(3):397-402, 1965.

Se mencionan características geográficas y ecológicas de la co - marca lagunera. La coccidioidomicosis es conocida en esta región -- desde 1953 cuando se describió el primer caso y hasta la fecha se - han identificado 26.

Se presentan datos de 15 pacientes estudiados por los autores. - Las lesiones predominaron en menores de 9 años, (10 casos), predomi - naron las lesiones de tipo asociadas a lesiones de las partes blan - das adyacentes. La baja incidencia de lesiones pulmonares y la ma - yor frecuencia en niños, contrasta con otras comunicaciones.

Por la corta casuística no fue posible valorar íntegramente la ac - ción de la anfotericina B, pues en algunos casos se presume que la - curación clínica, haya sido espontánea, en virtud de la mejoría in - munológica.

Se insiste en que debe seguirse investigando la presencia de nuevos casos, con lesiones que correspondan al campo de otras especialidades. Así como la investigación de la reactividad a la prueba es específica.

(167)

BARBA-RUBIO, J. y ALCALA, R.S.: "Tiñas hiperqueratósicas." Mem. III Congr. Mex. Dermatol., Monterrey, N.L., México, 1965, p. 277.

1. Las tiñas hiperqueratósicas plantares o palmoplantares, aunque raras, en comparación con los demás cuadros clínicos de las epidermofitias, no son insólitas.

2.- Su diagnóstico clínico a veces es difícil por la confusión -- con otros cuadros hiperqueratósicos de plantas, por lo que es necesario siempre confirmar su etiología por el estudio micológico de laboratorio, tanto al examen directo de las escamas como por el cultivo.

3.- Su tratamiento, aunque difícil, es a base de griseofulvina, a largo plazo, necesitando en algunos casos, prescripción de queratolíticos."

(168)

PEREZ, S.G., PEREZ, S.L. y ALCALA, R.S.: Tiña de la cabeza iniciada en un adulto. Mem. III Congr. Mex. Dermatol., Monterrey, N.L., - 1965, p.281.

"Se hace el estudio de un caso de tinea capitis adquirida en un hombre adulto de 21 años de edad.

Se discuten los factores que influyen en la desaparición de las tiñas de la cabeza después de la pubertad.

Se encontró que aunque la tinea capitis es rara en el adulto, no es excepcional y que predominan los casos encontrados en mujeres -- que en hombres."

(169)

SAUL, A. MENDIVIL, O. y JARAMILLO, O.: Cromoblastomicosis tratamiento de tres casos con anfotericina B intraarterial. Mem. III - - Congr. Mex. Dermatol. Monterrey, N.L., México, 1965.

"Se ensaya la anfotericina B por vía intraarterial en el tratamiento de tres enfermos: dos hombres y una mujer, con lesiones verrugosas en miembros inferiores con muchos años de evolución. En -- los tres se demostró la *P. Pedrosoi* como agente causal. La dosis inicial fué de 5 mg. aumentando gradualmente hasta 80 como dosis máxima individual y 1775 mg. como dosis total en un caso. La droga tiene acción evidente, hay aplanamiento de las lesiones hasta desaparición de muchas de ellas.

Al suspender el medicamento las lesiones volvieron a activarse -

por lo que se considera un tratamiento paliativo, peligroso y de es
casa utilidad en la practica."

(170)

NOVALES, J.: Coccidioidomicosis. Comunicación de un caso con lesiones en placenta. Mem. III Congr. Mex. Dermatol. Monterrey, N.L., México, 1965, p.305.

"La importancia del presente trabajo reside en que por primera vez se comunica en México, un caso de coccidioidomicosis generalizada con lesiones en placenta de granuloma coccidioidal, lesiones que han sido señaladas en algunos casos.

Queda la duda de si el C. Immitis atraviesa la barrera placentaria e infecta al feto, lo que hasta ahora no ha podido ser probado puesto que en los pocos casos estudiados no se ha encontrado la enfermedad; sino, solamente una reacción de fijación del complemento debilmente positiva, que podría corresponder a una transmisión pasiva de anticuerpos. Además de que realmente no se lleva a cabo un control de esta micosis."

(171)

GAMEZ, R.H.: Coccidioidomicosis. "Estudio de dos casos originarios en el noroeste del estado de Sinaloa, México considerados netamente mexicanos." Mem. III Congr. Mex. Dermatol. Monterrey, N.L., México, 1965. p. 317.

1. Se reportan dos casos clínicos de coccidioidomicosis auténticamente mexicanos, en dos niños de 6 años de edad que no abandonaron su lugar de residencia.

2.- Se señala el noroeste del estado de Sinaloa, como probable zona de endemia de esta enfermedad.

3.- Para su revisión ambos casos se encuentran archivados con expediente clínico en el seguro social de los Mochis, Sinaloa.

4.- El primero de los casos o sea la Coccidioidomicosis pulmonar diseminada maligna produjo lesiones hiperqueratóticas siendo esta una presentación rara.

5.- El segundo caso corresponde a la forma cutánea, se menciona el sulfadimetoxazol como un medio terapéutico más, ya que el presente caso ha dado excelentes resultados."

(172)

VALLE-MEZA, J.A.: Sulfadimetiloxazol en micetomas. Mem. III Congr. Mex. Dermatol. Monterrey, N.L., México, 1965, p. 327.

"1. Se estudiaron 11 casos de micetoma, encontrandose como agente causal la Nocardia Brasiliensis, en los cuales predominó el sexo masculino y las edades de los pacientes oscilaron por su predominio, de 20 a 50 años siendo la mayor parte agricultores y residentes casi en

su totalidad en el estado de Jalisco, excepto un caso de Sinaloa.

2.- El sitio de localización del padecimiento predominó en miembros inferiores y tronco, con 6 y 3 respectivamente.

3.- Los agentes predisponentes fueron en su mayoría por causa -- desconocida (5 casos) y heridas con 3 casos.

4.- El tiempo de evolución que predominó fué de 5 a 10 años con 4 casos, habiéndose administrado como tratamiento sulfadimetiloxa-- sol en dosis de 1 a 1.5 gr. diario por períodos de 58 a 315 días, - obteniéndose los resultados clínicos siguientes: Bueno 5=45.6%; Re- gular con 4=36.3%; Malo 2=18.1%."

(173)

BELAK, G.: Micetoma por *Streptomyces Madurae* en México. Presenta-- ción de un caso. Mem. 111 Congr. Mex. Dermatol. Monterrey, N.L., México 1965, p.341.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 33 años de edad originario del estado de Durango, con lesiones en el pie izq.

Al examen directo se observó granos blanco-amarillentos de 2 mm. de diámetro, consistencia blanda, redondeados, sin clavos, al aplas-- tarlos se observó un contorno cartográfico con micelio microsifona-- do en el centro y fleco en la periferia.

El diagnóstico histopatológico fué de Micetoma por *Streptomyces madurae*.

Se trató con una sulfá de acción prolongada. No se reporta la -- evolución.

En las conclusiones el autor reporta los datos de un trabajo del Dr. Pedro Lavalle de micetomas por *Streptomyces Madurae*.

(174)

MEDINA-RAMIREZ, M. Blastomycosis Sudamericana. Estudio de dos casos del estado de San Luis Potosí, México. Mem. VIII Asam. Méd. Occid. Guadalajara, Jal., México. 256-266, 1965.

"Después de mencionar los principales datos clínicos, etiopatogé-- nicos, inmunológicos y terapéuticos de la blastomycosis sudamericana, se presentan dos casos personales del autor, cuya importancia -- radica no tan solo en el hecho le contribuye al conocimiento de esta enfermedad hasta ahora ocasionalmente encontrada en la República Mexicana, sino que desde el punto epidemiológico se demuestra que -- la Blastomycosis Sudamericana existe más allá de las regiones hasta ahora conocidas y que es necesario tenerla en cuenta no solamente -- en los pacientes con sintomatología localizada, bucal, ganglionar y pulmonar, seguramente las más típicas y frecuentes sino en diversas manifestaciones en otros órganos incluso aisladamente tales como -- los ejemplos citados en cerebro fémur, etc.

Desde el punto de vista del diagnóstico los frotis y el estudio histopatológico permiten hacerlo con seguridad al encontrar las esférulas en gemación múltiple, especialmente las técnicas de plata para precológena, se han mostrado muy selectivas para la tinción de las esférulas las que con extrema nitidez demuestran la gemación -- única y múltiple; en el segundo caso esta técnica ha permitido encontrar esférulas agrupadas en cadenas. Con el método de Pas se encuentra que el material Pas positivo es de localización muy variable.

Como dato clínico importante se ha visto en estos casos dos enfermos que el principio de sus molestias ha sido atribuido por -- ellos a un padecimiento gingival y dentario, similares pues a los -- casos de Bogliolo y Fonseca."

(175)

CU-QUI, L.E.: Histopatología de las micosis profundas más frecuentes en México. Tesis recepcional, Facultad de medicina, U.N.A.M. México, D.F., 1966.

Se hace una revisión de las siguientes micosis: Micetomas, esporotricosis, cromomicosis, coccidioidomicosis, actinomicosis y blastomicosis sudamericana.

Se examinaron 148 laminillas histopatológicas de micosis profundas, del laboratorio del centro dermatológico Pascua que correspondían a casos clínicos del Hospital General de México. 92 correspondieron a micetomas, 26 a esporotricosis, 14 a cromomicosis, 9 a -- coccidioidomicosis, 5 a actinomicosis y 2 a blastomicosis sudamericana.

Se pudo constatar la reacción inflamatoria indiferenciada y solo orientador de un proceso parasitario cuando no se encontraron los -- elementos micológicos, que en orden de mayor a menor frecuencia fue con: las esférulas multigementes de la blastomicosis sudamericana, las células fumagoides de la cromomicosis, los granos de micetomas y de la actinomicosis y los cuerpos asteroides de la esporotricosis.

La mayor utilidad de la histopatología es en el micetoma donde -- es posible identificar al agente causal por la diferenciación de los granos. También es útil en la cromomicosis, coccidioidomicosis y -- blastomicosis sudamericana. En cambio pierde su utilidad práctica -- en la esporotricosis donde otros procedimientos más sencillos y eficientes pueden dar el diagnóstico de certeza.

(176)

HERNANDEZ-CARBAJAL, B.: Aspectos radiológicos y ortopédicos del micetoma. Dermatol. Rev. Mex. 10(1):5 1966.

"Es indispensable en todo enfermo con micetoma, el estudio radiográfico de la región afectada y de la proximal, con objeto de saber la evolución hacia planos profundos de la enfermedad.

Es posible hacer radiográficamente el diagnóstico del micetoma y

en algunos casos saber la especie causal.

Los micetomas más frecuentes en México son producidos por la *N. brasiliensis* en el 90% de los casos y el *S. madurae* en el 8% de los casos.

A todo enfermo con micetoma debe efectuarse tratamiento ortopédico con el fin de evitar o corregir las deformaciones o contracturas o rerradiar por cirugía el sitio afectado. Las deformaciones y contracturas más frecuentes en el micetoma con el pie y la rodilla, en el 80% de los casos. Nunca debe corregirse las contracturas o deformaciones producidas por el micetoma con cirugía."

(177)

MACOTELO-RUIZ, E., SARMIENTO, R., GONZALEZ, A. y DOMINGUEZ, O.: -- Onixis por hongos. Consideración clínica, micológica e histopatológica. *Dermatol. Rev. Mex.* 10(2): 115-121, 1966.

"Se estudiaron 25 casos diagnosticados clínicamente como onixis por dermatofitos. Se practicó examen micológico de las uñas mediante preparación en fresco y cultivo, así como estudio histopatológico. Se anotan y discuten los resultados, señalando la efectividad y los inconvenientes de cada uno de los métodos empleados. Se concluye que los resultados óptimos se obtienen cuando se emplean los tres procedimientos, los cuales se complementan entre sí."

(178)

LAVALLE, P.: Clínica y terapéutica de los micetomas. *Derm. Inst.* -- 5(2):117-120, 1966.

"El autor describe la apariencia clínica y el tratamiento de los micetomas insistiendo en que este depende del agente causal. Los medicamentos más útiles son las sulfonas y las sulfonamidas de acción lenta."

(179)

VEGA-NÚÑEZ, J. y HERRERO, A.: Dos casos de rinosporidiosis familiar. *Dermatol. Rev. Mex.* 10(3):498- 1966.

"Se estudiaron dos casos de rinosporidiosis en dos hermanos que residen en el estado de Michoacán, México, ambos presentaban tumores en la fosa nasal izquierda, las cuales fueron extirpadas y comprobada su naturaleza, al encontrar, tanto en el examen directo como en la histopatología, las formaciones características del *R. - Seebéri*. Se discute su posible transmisión interhumana, hasta ahora negada por todos los autores. Esta micosis es muy rara en México, - pues sólo se ha publicado un caso, aunque se supone que puede existir con mayor frecuencia.

Se revisan los principales aspectos epidemiológicos, clínicos y micológicos de la enfermedad que es más frecuente en la India y en Ceylán."

SAUL, A., LAVALLE, P., NOVALES, J. y SALAZAR, M.L.: Micetoma por --
Streptomyces pelletieri en México. Med. Cult. 1:15-22, 1966.

"Se estudia un caso de un hombre de 32 años, campesino, originario de Santa Ana, Rayón, Oaxaca, México, con un micetoma en el pie derecho de 9 meses de evolución, en el que se observaron granos rojos, los cuales estudiados al examen directo y en histopatología, presentaron las características típicas del grano de *S. pelletieri*: de color rojo, fuertemente hematefílico y con hendeduras que lo dividen en segmentos, dando la imagen de "plato roto".

Corresponde este caso al segundo comprobado en México y al primero que se publica.

El actinomicetico *S. pelletieri*, originalmente descrito en Africa, es frecuente en la región occidental de este continente. En América sólo hay constancia de 7 casos, incluyendo los dos mexicanos.

Se hace hincapié en la importancia del estudio del grano para el diagnóstico de las especies del género *Streptomyces*, así como en las características clínicas y radiológicas del caso que coinciden con las señaladas por los autores franceses en los micetomas africanos."

(180')

LAVALLE, P.: Tinea pedis en México, Aspectos clínicos epidemiológicos y micológicos. Dermatol. Rev. Mex. 10(3):313-329, 1966.

"Se estudiaron 100 pacientes con el diagnóstico de *T. pedis*, pero solo en 93 se pudo mantener este diagnóstico al final del estudio; en 5 se demostró que se trataba de candidosis y en 2 de dermatitis por contacto.

Los 93 casos de *T. pedis* provinieron 78 del Distrito Federal y 15 de diferentes estados de la república. Todos fueron sometidos a un estudio clínico, epidemiológico y micológico.

Se constató el predominio del sexo masculino (71%) y de la edad entre los 15 y los 30 años (63.5%).

Las lesiones fueron bilaterales en el 89% de los casos y los sitios más afectados fueron los pliegues interdigitales, sobre todo el cuarto que estuvo invadido en el 90.3% de los pacientes.

Un alto porcentaje de casos (49.5%) se acompañó de *T. unguis*. El 20.5% presentó dermatofitides, principalmente en las manos. El 30% tuvo complicaciones y de estas, el 60% habían recibido tratamientos tópicos.

El 65% de nuestros casos tenían más de un año de evolución. Presentaron remisiones el 41% de los pacientes y exacerbaciones en la época calurosa, el 44%. El prurito se presentó en el 85% y ardor ó

dolor en los casos con complicaciones.

En el 57% de los casos se averiguó la posible fuente de contagio: los baños públicos, deportivos y baños colectivos en los sitios de trabajo, fueran los más importantes. La humedad de los pies, por hiperhidrosis o por la indole del trabajo, juega un papel importante en la prevalencia de la T. pedis.

La observación directa fue positiva en el 65.5% de los casos de T. pedis y en el 50% de los casos de T. unguis.

El cultivo fue positivo en el 54.8% de los casos de T. pedis y - el 35.3% de los casos de T. unguis. Los dermatofitos aislados fueron los siguientes: En T. pedis, T. Rubrum (72.5%), E. floccosum - (15.7%) y T. mentagrophytes (11.8%); En T. unguis se aisló, T. rubrum (91.7%) y T. mentagrophytes (8.3%).

Hubo un cambio importante en la incidencia de los dermatofitos - causales de la T. pedis en México, en un período de 15 años; en -- 1947 el T. mentagrophytes produjo el 67.7% de los casos y en 1962 - sólo el 11.8%; en cambio el T. rubrum subió de 11.9% en 1947 a 72.5% en 1962 y el E. floccosum que no se encontró en 1947, produjo 15.7 de los casos en 1962. Se hace notar que esta inversión de la prevalencia del T. mentagrophytes en favor de T. rubrum, ya ha sido observada en algunos países de Europa, en Argentina y en Estado Unidos y que la teoría más en boga para explicar este cambio, o sea, la de la propagación del T. rubrum de los países tropicales a los templados por el aumento de las comunicaciones no parece tener mucha aplicación en México.

Se comprobó que el T. mentagrophytes es la especie más sensibilizante, ya que estuvo implicada en un porcentaje mayor en los casos con "idos" y en los casos con complicaciones, seguramente porque el tipo agudo de lesiones que produce, despiertan más prurito y por lo tanto, más rascado y más automedicación."

(181)

SAUL, A.: Candidosis Granulomatosa. Estudio de una niña tratada con anfotericina B endovenosa. Rev. Méd. Hosp. Gral. (Méx.) 29(3):-- 213-219, 1966.

"Se presenta y comenta un caso de una niña de 5 años con lesiones granulomatosas en las manos y alrededor de la boca y de la nariz producidas por C. albicans demostrada por examen directo y cultivos.

La niña fue tratada con violeta de genciana y nistatina por vía oral y tópica sin resultados por lo que es necesario internarla y - aplicar anfotericina endovenosa 5mg. en 250 cc de solución glusosa cada tercer día, la primera serie de 70 mg. produjo gran mejoría, - pero hubo recaída por lo que fue necesaria una segunda en la cual - se encuentra todavía. El medicamento fue muy bien tolerado, la urea llegó hasta 68 mg. pero más tarde se normalizó. Durante su trata- -

miento tuvo dos brotes de herpes zóster lo que hace ver el deficiente terreno que parece ser condición fundamental para este padecimiento.

Se comentan algunas publicaciones al respecto, una de las cuales logra reunir 13 casos, constituye una entidad rara, en México, sólo se tiene conocimiento de dos casos, aunque debe haber algunos más, es más frecuente en los niños por lo que se considera necesario su conocimiento por parte del pediatra."

(182)

SAUL, A. y LAVALLE, P.: Tiña imbricada en México. Estudio de un caso tratado con griseofulvina. Prensa Méd. Méx. 6:241-243, 1966.

"Se estudió un caso nuevo de tiña imbricada con 35 años de evolución, en una mujer de 40 años de edad, originado en el estado de Tlaxcala y comprobado por los estudios micológicos. Se inició el tratamiento con griseofulvina a dosis de 75 mg. diarios, desapareciendo las lesiones a los 8 días de administrado el medicamento. Se hacen comentarios respecto a la existencia de este padecimiento en zonas del estado de Puebla y Tlaxcala y a la gran eficacia de la griseofulvina en esta micosis."

(183)

LAVALLE, P.: Nuevos datos sobre la etiología del micetoma en México y sobre su patogenia. Gac. Méd. Méx. 96:545-569, 1966.

Se hace una revisión de los principales trabajos sobre el micetoma en México, con especial referencia a su etiología, desde el primer trabajo de Cicero en 1911 hasta nuestros días.

Se insiste en la importancia del micólogo con el histopatólogo para la identificación de los granos.

"Se presenta una estadística de 119 micetomas estudiados en el laboratorio de micología del Centro Dermatológico "Pascua", de 1955 a 1965. En 103 de estos casos, se aisló la *N. brasiliensis* (86.56%); en 10, el *S. maduræ* (8.40%); en 3 casos, *S. somaliensis* (2.52%); en un caso se aisló una especie nueva, la *nocadia* 945 Mex.; solo en un caso se encontró un hongo verdadero: la *allescheria boydii* y finalmente, en un caso no pudo determinarse la especie causal."

Se señala la distribución geográfica de los micetomas por sus agentes causales. 97 casos fueron hombres y 22 casos mujeres. "La menor susceptibilidad de las mujeres parece disminuir durante el embarazo, según se deduce de tres casos en los cuales el micetoma se exacerbaba francamente durante los períodos de gestación".

El 75 % de los pacientes estaban comprendidos entre los 16 y los 45 años; en 6 pacientes el micetoma se inició en la pubertad y sólo en tres, en la niñez. Se considera la posibilidad de que existan factores "antimicetomas" que sufren cambios según la edad, el sexo o las condiciones fisiológicas del individuo.

Se relata el caso de un adolescente que presentó 4 micetomas diseminados por *N. brasiliensis*, y otro en el que pareció evidente la diseminación hematogena a partir de un micetoma "toraco-pulmonar", que se formó de dentro para afuera y era causado por *N. brasiliensis*.

El 53.5% eran campesinos, el 14% realizaba labores domésticas en el medio rural y el resto casi todos tenían labores que los ponían en contacto con tierra. "Siendo por lo tanto, múltiples las posibilidades de infección en el campo y relativamente pocos los micetomas, esto parece indicar la importancia de la susceptibilidad individual en la patogenia del micetoma."

(184)

Micosis Superficiales más frecuentes en México. Symposium presentado en la sesión ordinaria del 9 de marzo de 1966. Gac. Méd. Méx. 96:1043, 1966.

Es un trabajo de 34 páginas, en el que participaron; el Dr. Antonio González Ochoa en la introducción, mencionando algunos aspectos generales de las micosis superficiales.

El Dr. Jorge Millán revisa los aspectos clínicos y el tratamiento del Favus, así mismo presenta tres casos de tiña favica en 3 niños de una misma familia.

El Dr. Roberto Núñez Andrade hace una revisión exhaustiva de la tinea imbricata.

El Dr. Luciano Domínguez Soto se refiere al diagnóstico diferencial de las dermatofitosis o tiñas.

El Dr. Ernesto Escalona, menciona los tratamientos tópicos utilizados en las micosis superficiales.

El Dr. Mario Magaña hace algunas consideraciones del tratamiento interno de las dermatofitosis.

Finalmente el Dr. González Ochoa hace algunas consideraciones a manera de conclusión respecto de la utilidad del examen directo y el cultivo así como del tratamiento con griseofulvina, esteroides y complementarios.

Este es un trabajo muy complejo que debería consultarse, en la revisión de este tema.

(185)

SALAS, M.M. y RICALDE-GAMBOA, A.: Coccidioidomicosis generalizada. Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. 23(supl.3):37-51, 1966.

Se presenta el caso de "preescolar del sexo femenino de cinco años de edad, originaria de San Blas, Sin., que sufre de coccidioi-

domicosis generalizada con probable puerta de entrada pulmonar, cuya localización meningoencefálica del padecimiento produce la muerte."

(186)

MILLAN-GUTIERREZ, J. y DIAZ-AZCONA, B.: Los tres primeros casos de tiña fávica tratados y curados en México con Fulvina U/F. Sem. - Méd. Méx. 49(12):394-396, 1966.

Se reportan tres casos de tiña fávica en las que se halló al *T. Schoenleinii*, en tres niños de una misma familia de un pueblo cercano a Beleros, Huol., Méx. en los que administró griseofulvina (Fulvina U/F) 500 mg., 375 mg. y 250 mg. al día pues las edades eran 11, 5 y 2 años respectivamente. Después de ocho semanas de tratamiento los exámenes directos se hicieron negativos por lo que se suspendió la griseofulvina, después de 3 y 6 meses los exámenes directos continuaron siendo negativos por lo que estos casos se consideraron curados.

(187)

DE ALBA-CAMPOS, F.A.: Coccidioidomicosis e histoplasmosis en algunas poblaciones del edo. de Coahuila. Investigaciones de la respuesta a la coccidioidina e histoplasmina. Tesis recepcional, -- Facultad de medicina U.N.A.M. 1967. México, D.F.

Se hace una revisión del tema, resaltando los casos reportados en México, así como de las áreas endémicas.

Para investigar la incidencia de coccidioidomicosis e histoplasmosis en algunas poblaciones del edo. de Coahuila, se realizó un estudio inmunológico. Se aplicaron en total 1114 intradermorreacciones, 557 con cada uno de los antígenos (coccidioidina e histoplasmina).

El 36% fueron positivos a la coccidioidina, los hombres predominaron sobre las mujeres 2:1, el máximo de positividad fué a los 45 años, la ocupación predominante fué la de campesino y minero.

Con la histoplasmina sólo hubo un 4.7 de positividad a pesar de ser zonas mineras, 11 de los 26 positivos eran trabajadores de una mina abandonada donde se extraía guano. Por el escaso número de reacciones positivas no fue posible sacar conclusiones en cuanto al sexo y a la edad.

Se sugiere continuar la aplicación de estos antígenos a pesar de conocer las zonas verdaderamente endémicas de estas infecciones en México.

(188)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Micetoma por nocardia brasiliensis. Rev. Med. - Cien. Afines. Enero-Febrero, 1968, P.7-13.

"principia el autor por hacer hincapié en que los términos micet-

toma actinomicótica y nocardiosis no son sinónimos, sino que cada uno de ellos connota entidades clínicas, patogénicas, etiológicas y terapéuticas diferentes.

Se señala a *Nocardia brasiliensis* como el agente más importante del micetoma actinomicótico en América Latina, el que alcanza la cifra de 94% en México, en comparación con *N. asteroides* que alcanza el 1% de los casos, *Streptomyces Maduree* el 4% y *S. Pelletieri* el 1%.

El micetoma actinomicótico por *N. brasiliensis* asienta con mucha mayor frecuencia en los miembros inferiores (63.1%) de los casos, viniendo en 2o. lugar la localización de tronco (20.4% de los casos) particularmente en espalda y en hombro.

La tumoración fistulosa con granos actinomicóticos, tripode del micetoma, sigue un curso sumamente crónico sin afectar el estado general del enfermo. Se extiende por contigüidad, y el actinomicete potencialmente puede invadir cualquier clase de tejido que encuentre a su paso, siendo la regla una temprana invasión ósea; cuando asienta en la pared torácica tarde o temprano invade pulmón. No obstante que haya gran extensión de las lesiones, ordinariamente el enfermo es apirético, y las anomalías hematológicas son mínimas, salvo una constante sedimentación globular acelerada.

La respuesta inmunológica a los antígenos de *N. brasiliensis* - - puesta de manifiesto por reacciones intradérmicas, de precipitación, y fijación del complemento, son prácticamente constantes. La reactividad cutánea desaparece a medida que el padecimiento empeora y reaparece al mejorar, y la disminución o desaparición corre paralela con un aumento en el título de anticuerpos fijadores del complemento.

Probablemente la frecuencia del micetoma en el país y el dorso sea debida a la fuente natural de *N. brasiliensis*, que según demostró el autor recientemente son los suelos.

Debido a la insignificancia de la lesión inicial, y a la evolución crónica de la enfermedad, no es posible conocer el período de incubación, lo mismo de la existencia de predominancia estacional. El padecimiento se observa en todas las razas y con mayor frecuencia en la población rural, particularmente del sexo masculino (3 - hombres por 1 mujer) y en la edad activa de la vida. No parece que existan focos de infección en localidades definidas, sin embargo es más frecuente en determinadas regiones tropicales y subtropicales; pero tal vez la variación numérica de casos entre una localidad y otra podría estar de acuerdo con la ecología de los suelos, las condiciones de los individuos y la mayor población.

La inoculación experimental del actinomicete por vías subcutánea, intramuscular, intraperitoneal intravenosa, produce lesiones con presencia de granos y tendencia espontánea a la curación, salvo si se aumenta excesivamente los dosis del inoculum o se añaden substan

cias que actúen modificando los factores virulencia o defensas del animal.

Las inoculaciones en la almohadilla plantar del ratón, cuyos resultados presenta el autor, producen un típico micetoma evolutivo, que se traduce por la tumoración crónica fistulosa con presencia de granos, y sin que muestre tendencia a la curación espontánea. Dentro de estos mismos estudios considera que el *Staphylococcus aureus*, presente en el 100% de los casos humanos, tiene gran significación en la extensión de las lesiones, lo que implica numerosas inferencias por lo que se refiere al tratamiento.

Los recursos medicamentosos acusan resultados pobres obteniéndose tan solo mejoría clínica, la que es seguida al suspender el tratamiento. Solamente en los casos tempranos, con pequeña participación ósea o sin ella, es posible obtener la curación. Los fármacos usuales son la diaminodifenil sulfona y la 4 sulfanilamido-5,6 Dimi Pirimidina."

(189)

GONZALEZ-UCHOA, A: Contribuciones recientes al conocimiento de la esporotricosis. Rev. Med. Cienc. Afines. Enero-Febrero, 1968. -- p. 14-22.

"Se expone una clasificación de la esporotricosis cuyo fundamento es fisiopatológico, en la que se consideran separadamente la esporotricosis tegumentaria y la interna. En la esporotricosis tegumentaria se establecen tres tipos de acuerdo con el camino que sigue el *Sporotrichum* en el organismo después de haber producido la lesión inicial; si el *Sporotrichum* disemina por vía linfática ocasiona el llamado tipo linfático; si el hongo no disemina produce el llamado tipo fijo; si el *Sporotrichum* disemina por vía sanguínea causa el tipo hematógeno. En el tipo linfático se señalan dos formas clínicas en función de la sistematización anatómica de los linfáticos que existen en las extremidades superiores e inferiores, en contraste con el resto de los segmentos del cuerpo; gomosa ascendente de extremidades y gomosa de otras regiones. En el tipo fijo la lesión inicial aumenta de dimensiones y cambian de morfología, adoptando las formas clínicas: úlcerosas, verrucosa, de placa infiltrada, y eritematoescamosa. En el tipo linfático existiría la forma clínica gomosa diseminada. En la esporotricosis interna se señalan las formas pulmonar primaria; la secundaria y los tipos linfático y fijo; y la concomitante y el tipo hematógeno tegumentario.

Por lo que se refiere al diagnóstico, se expone la utilidad de la prueba cutánea con polisacárido extraído de *S. Schenckii*, prueba que tiene valor diagnóstico en la enfermedad dinámica, en contraposición con el antígeno levaduriforme de Padilha que acusa contacto con el hongo, aunque no haya sintomatología. Se mencionan los procedimientos de anticuerpos fluorescentes, y la prueba de precipitación en agar, con el mismo polisacárido del hongo, que tiene utilidad diagnóstica.

En cuanto a tratamiento se insiste en la especialidad del yoduro de potasio en la esporotricosis tegumentaria. Y entre los recientes recursos de tratamiento se citan la griseofulvina, el tratamiento inmunológico, la pítototerapia, y finalmente la amphotericina B. -- Estos últimos recursos de tratamiento, particularmente los tóxicos costosos, solo se justifican en los casos de esporotricosis visceral resistente al yoduro."

(190)

NUNEZ-ANDRADE, R.: Tiña imbricada. Rev. Med. Cien. Afines. Enero-Febrero, 1968, p. 40-49.

"En este trabajo se revisan en primer lugar la sinonimia, la historia y la distribución geográfica de la tiña imbricada, conocida desde los tiempos del capitán Cook y el caballero D'Entrecasteaux, extendida por América, Asia, Oceanía, Australia y África y producida por un hongo: *Trichophyton concentricum* Blanchard 1896.

La sintomatología se distingue por el aspecto "elegante" de la roseta o "cocarda", que es el elemento característico primario, y que puede más tarde confluir y hacerse difícil de reconocer.

Se revisan también de una manera acuciosa las formas clínicas y el diagnóstico diferencial.

El tratamiento es específico, con Griseofulvina."

Este trabajo fue publicado también en: Med. Rev. Mex. 46(997):465-475, 1966.

(191)

CARRASCO, A.: Micetoma. Un caso de localización rara. Dermatol. Rev. Mex. 12(2): 170-177, 1968.

"Se presenta y comenta el caso de un hombre de 18 años, campesino, que presentaba un micetoma de localización rara, por primera vez observada en México: Región perianal, anterointerna de ambos muslos e inguinal izquierda con lesiones óseas en la pelvis que le habían producido dificultades en la marcha. El agente causal fue *Nocardia brasiliensis*."

(192)

SAUL, A.: Formas atípicas del micetoma en México. Dermatol. Ibero Lat. Am. 10(2):171-177, 1968.

"Se hace hincapié sobre la variabilidad topográfica y morfológica del micetoma, una de las micosis profundas más frecuente en México, producida especialmente por *N. brasiliensis*. Se señalan su ubicuidad y su variabilidad morfológica que puede imitar una esporotricosis, tuberculosis, granuloma piógeno y otros cuadros dermatológicos, por lo que se considera necesario afinar el diagnóstico para no dejar pasar estos casos atípicos sin darles su tratamiento adecuado."

(193)

FERNANDEZ-LIRA, D. y COLS, : Coccidioidomicosis pulmonar. Presentación de 50 casos. Neumol. Cir. Tórax. 28(3):161-172, 1967.

"Se presentan 50 casos de coccidioidomicosis pulmonar 13 de los cuales adquirieron el padecimiento en Monterrey, N.L. nueve de los casos eran agudos y 41 crónicos, éstos simulaban tuberculosis pulmonar. Radiológicamente se observó con mayor frecuencia caverna única e infiltrado nodular múltiple. La reacción a la coccidioidina fue positiva en 33 pacientes y negativa en 11. A 28 de los pacientes se les practicó sección pulmonar, 25 de ellos se encuentran asintomáticos y sin lesiones aparentes. Se considera que es importante practicar rutinariamente la prueba cutánea de la coccidioidina para aumentar la detección de casos. Se necesitan mayores estudios para determinar con precisión las áreas endémicas, de la coccidioidomicosis en México."

(194)

GONZALEZ-OCHOA, A. y ALVAREZ-MORALES, H.: Aislamiento de candida en el recién nacido. Rev. Invest. Salud Pública. (Méx.), 28(3):247-254, 1968.

"Se practicaron cultivos a partir de boca y recto en recién nacidos durante un período de 30 días, y cultivos a partir de vagina de sus respectivas madres al tercer día del parto.

De los cien niños 95 fueron a término y cinco prematuros. Se aisló Candida en noventa de los niños y en cuarenta madres. La fuente de contaminación más importante parece ser la vagina materna, dado que el 100% de los niños cuyas madres albergaban Candida en la vagina fueron colonizadas por la levadura dentro del período que duró el estudio.

En el grupo de los cien niños se observaron seis casos de candidosis oral, dos en prematuros (40%) y cuatro en niños de término -- (42%).

Por lo anterior es posible concluir: que las levaduras del género *C. albicans*, se instala en el organismo humano en los primeros días de la vida; que la fuente más importante de Candida es la vagina materna; y que la candidosis se presenta cuando existe un cambio fisiológico o del estado de normalidad el que frecuentemente es desconocido, y no por contagio."

(195)

GONZALEZ-OCHOA, A.: La importancia médica de la coccidioidomicosis en la frontera entre México y los Estados Unidos de América. Salud Pública de México 10(3):319-326, 1968.

Se hace una breve revisión de las características clínicas y de su clasificación, así como un estudio de la ecología donde este padecimiento es endémico, que son los estados fronterizos con los Estados Unidos.

Se menciona la distribución geográfica de la reactividad cutánea a la coccidioidina en estos estados fronterizos. Se mencionan tres zonas importantes en México que son: la Zona Norte, la Zona del Litoral del Pacífico y la zona central. Llaman la atención en dos zonas de alta endémica en zonas tropicales que corresponden al estado de Colima y Michoacán, una y la otra al estado de Guerrero.

Se hace referencia a la distribución geográfica de el arbusto *Laurea Tridentata* y su paralelismo con las zonas endémicas de coccidioidomicosis.

Menciona finalmente la importancia de esta enfermedad en los "braceros" y lo complejo que resulta contar con alguna medida para protección de los habitantes de estas regiones sobre todo los que llegan sin antes haber estado en éstas y que las autoridades competentes son las obligadas para el estudio y solución de los problemas antes expuestos.

(196)

HERNANDEZ-PEREZ, E., LAVALLE, P. y HUERTA, M.A.: Acción "in vitro" de la sulfortomidina sobre agentes causales de micetomas. Estudio en 12 cepas de "nocardia brasiliensis" y en 6 de otros agentes. *Med. Cut.* (5):497-506, 1968.

"Se investigó la sensibilidad "in vitro" de diferentes cepas de actinomicóticos y hongos a la sulfortomidina. Los resultados finales, al cabo de 1 mes, pueden resumirse de la siguiente manera: a) la efectividad "in vitro" de la sulfortomidina sobre "N. brasiliensis" parece demostrada en este trabajo. Se encontró que la inhibición total fue obtenida a concentraciones variables entre 40 y 80 γ /cc.

b) No parece haber concordancia entre la falta de actividad observada clínicamente en algunos casos y los resultados obtenidos "in vitro". En la única cepa estudiada antes y después de la administración de sulfortomidina al paciente, no encontramos ninguna diferencia de sensibilidad, si bien es cierto que en este caso el resultado clínico fue bueno. En 2 casos que no respondieron al tratamiento sulfamídico, las cepas mostraron ser sensibles "in vitro". Esto parece apoyar la hipótesis de que la falta de respuesta observada en algunos casos de micetoma por "N. brasiliensis" a los medicamentos habituales, depende en gran parte de factores personales del paciente.

c) La "N. 945 Méx." y la "N.asteroides" evidenciaron poca sensibilidad a la sulfortomidina en nuestro estudio, especialmente la última.

d) Los hongos verdaderos ("M. apiosperum, M. mycetomi, L. senegalensis y M. grisea") no mostraron ninguna inhibición con las concentraciones de sulfortomidina empleadas."

(197)

ESCALONA, E., MACAÑA, M., FERNÁNDEZ-DÍEZ, J. y PEDROZO, M.: Blastomycosis Suramericana. Un caso más, diagnosticado en el Hospital General de la ciudad de México. S.S.A. Rev. Méd. Hosp. Gral. -- (Méx.), 10(6):447-453, 1967.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 42 años de edad, campesino originario de Palmar de Bravo, Pue., radicado en Córdoba, Ver., desde hace 29 años, con diagnóstico de Blastomycosis suramericana, que afectaba los labios y nariz. Con ocho meses de evolución. Se le manejó con sulfas de eliminación muy lenta, 2 gr. a la semana. La evolución fue satisfactoria.

Finalmente se hacen algunas consideraciones sobre la enfermedad.

(198)

DOMINGUEZ-SOTO, L.: La blastomycosis sudamericana. Sem. Méd. Méx. - 52(7):231-244, 1967.

"No es posible llegar a conclusiones basados en la muy corta experiencia mexicana, sin embargo se puede apoyar la tesis que habla de una primo-infección pulmonar. Puesto que en cuatro de los seis casos descritos en México, fueron claros los antecedentes de afección bronco-pulmonar crónica, previos a las lesiones mucocutáneas.

Por otro lado es indudable que el padecimiento se ha producido en individuos que radicaban en zonas climatológicamente iguales lo que habla de una ecología particular de la blastomycosis sudamericana.

Creemos que sería de interés una mayor difusión de las características de esta micosis en nuestro medio, encaminadas a orientar al médico general en el diagnóstico preciso que nos ocupa."

(199)

VICTORIA, R.V., RUIZ, H., MACHORRO, A. y ROSALES, P.S.: Micetoma -- por *Streptomyces somaliensis*; comunicación de un caso. Rev. Lat. Amer., Microbiol. Parasitol. 9:61-63. 1967.

"Se comunica un caso de micetoma por *Streptomyces somaliensis*, -- cuyo diagnóstico se establece por la presencia y morfología de la forma parasitaria en el tejido (grano) que, de acuerdo con DESTOMBES y colaboradores (Instituto Pasteur de Dakar), es suficiente para su identificación, aun en ausencia de cultivo."

(200)

CERBON, J.S.: Taxonomic analysis of *Nocardia*. Rev. Lat.-Amer. Microbiol. parasitol. 9:65-68, 1967.

"Sesenta y ocho colonias de especies: *N. asteroides*, *N. brasiliensis*, *N. corallina*, *N. globerula*, *N. phenotolerans*, *N. pretoriana*, *N. rhodnii*, *N. corneus*, *N. polychromogenes*, *N. blackwellii*, *A. pasteuroides*, *N. leishmanii*, *N. gypsoides* y *N. transvalensis*, fueron sometidas a un análisis taxonómico. El coeficiente del porcentaje de similaridad fueron calculados y los grupos fueron clasifica--

dos de acuerdo a este porcentaje.

Se construyó un dendrograma basado en el coeficiente de porcentaje de similitud.

A. *pasteuroides*, A. *corneus*, N. *leishmanii*, N. *gypsoides*, N. *transvalensis*, N. *polychromogenes* y N. *blackwellii* en la rama I entre las especies de N. *asteroides*. N. *corallina*, N. *globerula*, N. *pretoriana*, N. *rhodii* y N. *phenotolerans* forman una bien diferenciada rama II cercana a la rama de la N. *asteroides* y a la otra rama formada por la N. *brasiliensis*.

Todas las N. *brasiliensis* forman un fuerte grupo (Rama III), claramente separado de las otras especies estudiadas.

La existencia de estos tres importantes grupos refuerza la existencia de grupos (especies) antígenos específicos en cada uno de ellos.

(201)

MEDINA-RAMOS, M.: Cromomicosis en San Luis Potosí. Sem. Méd. Méx. - 58(10):329-339, 1968.

"El autor después de haber mencionado los principales datos clínicos, histopatológicos, micológicos y terapéuticos de la cromomicosis, reporta 3 casos personales, de los cuales dos provienen del estado de San Luis Potosí y el tercero es originario del estado de Tamaulipas.

En el primer caso, individuo de raza indígena, radicado en la huasteca potosina, región de clima cálido y presentaba lesiones en miembros inferiores verrugosas, constituyendo la forma más típica de la cromomicosis.

El segundo caso una persona del sexo femenino de Salinas, S.L.P. región de un clima semidesértico situada al norte del estado, presentaba lesiones clínicas parcialmente verrugosas o ulceradas.

El tercero, un paciente del estado de Tamaulipas y cuyo diagnóstico y tratamiento no había sido llevado a cabo en forma acertada anteriormente a la fecha en que el autor hizo el diagnóstico, presentaba una lesión verrugosa o ulcerada.

De lo anterior y especialmente de los datos tomados de la literatura se desprende que la cromomicosis debe tomarse presente en lesiones de la piel que tengan caracteres clínicos típicos o no y además que otros órganos como el sistema nervioso pueden estar afectados."

(202)

LAVALLE, P.: Aspectos clínicos, inmunológicos y epidemiológicos de la esporotricosis. Mem. IV Congr. Mex. Dermatol., 1967, Tampico, Tamps. México, 1967.

1. Durante el año de 1966, se estudiaron 23 casos de esporotricosis en el Laboratorio de micología del Centro Dermatológico Pascua de la ciudad de México, cuyos datos se presentan en forma condensada. Se confirma que esta micosis profunda ocupa el segundo lugar en frecuencia, después del micetoma, del que se vieron 25 casos en el mismo país.

2.- Se analizan las características clínicas, inmunológicas y/o epidemiológicas de 4 de estos casos que ofrecieron un interés especial. En uno de ellos el padecimiento se localizó en la piel cabelluda, lo que es bastante raro y fue atribuido al piquete de un insecto. Otro caso de este grupo dió el mismo antecedente que a menudo es señalado por los enfermos, sobre todo en la localización facial.

3.- Se señala un caso con lesiones vegetantes en un tobillo que parecía ser cromomycosis o tuberculosis y verrugosa, pero que en el laboratorio se hizo el diagnóstico de esporotricosis. Se insiste en tener en cuenta este diagnóstico en casos semejantes y en la necesidad de un estudio micológico bien hecho para resolverlos.

4.- Se presentan un paciente con una esporotricosis involucionada, en regresión espontánea, con una placa verrugosa en la mano y una serie de cicatrices escalonadas en el antebrazo (cuadro típico de esta forma clínica) de 10 años de evolución y atribuida a la mordedura de un perro.

5.- Se comunica un caso de esporotricosis que sobrevino en un paciente con lepra lepromatosa. El cultivo fue positivo para el *S. Schenckii* pero la intradermorreacción con una esporotricina probada, fue negativa, lo que se invocando la energía de la lepra lepromatosa que no sólo sería específica para los antígenos derivados del *M. leprae*, sino para otros como los polisacáridos del *S. Schenckii*.

6.- Se describen 4 pequeñas epidemias familiares, en las que el contacto con paja o zacate fue la causa de la inoculación del hongo en todos los pacientes. Estas pequeñas epidemias ocurre, generalmente, lejos de las zonas endémicas, en los lugares donde se expende la loza que viene empacada con dicho material.

7.- No hemos comprobado hasta ahora una relación franca entre la aparición de los casos de esporotricosis y las variaciones del clima (humedad, temperatura) en nuestro medio."

(203)

ACEVES-ORTEGA, R.: Esporotricosis. Nuevas observaciones clínicas. - Mem. IV Congr. Mex. Dermatol. Tampico, Tamps. México., 1967, - p. 19

"Los datos corresponden a 70 enfermos de esporotricosis observados por nosotros en la ciudad de Guadalajara de 1949 a 1960 y ya publicados, se agregan los correspondientes a 48 nuevos enfermos observados desde la fecha anterior hasta el año de 1966, inclusive en la misma ciudad, por considerarlo de mayor interés, insistiendo - -

solamente en los hechos de más utilidad y especialmente en el aumento de las formas fijas, en su polimorfismo y en los problemas que para el diagnóstico significa esto; en la gran especificidad (100%) de la intradermorreacción con la esporotricina; en la gran efectividad y buena tolerancia del tratamiento específico con yoduro de potasio y añadimos los datos correspondientes a 26 casos observados por el Dr. J. Jesús Mallorqa que son semejantes a los nuestros y vienen a dar una impresión más completa acerca de las características de la enfermedad en esta región del país."

Estos resultados fueron publicados también en el Boletín dermatológico. 1(5):15-25.

(204)

HERNANDEZ-PEREZ, E. y LAVALLE, P.: Valor de las intradermorreacciones con "Sensitinas" de nocardia. Mem. IV Congr. Mex. Dermatol., Tampico, Tamps., México, 1967, p.67.

"Se practicaron pruebas cutáneas con sensitinas de diferentes nocardias en 31 personas, 20 de las cuales presentaron micetomas por *N. brasiliensis*. La sensitina de *N. brasiliensis* no dió falsas positivas aún cuando se empleó en actinomicosis y en micetomas por otros actinomicetos, y su respuesta se consideró fuertemente positiva en el 90% de los pacientes con micetomas por dicho agente. Aunque se empleó en pacientes con micetomas en diferentes grados de evolución, no fue posible establecer valor pronóstico de acuerdo a la respuesta cutánea, como lo han señalado otros autores."

(205)

VEGA-NUÑEZ, J. y LAVALLE, P.: Candidosis de las uñas en las "despatadoras" de fresas. Mem. IV Congr. Mex. Dermatol. Tampico, Tamp. México, 1967. p.191.

"Desde hace 3 años se viene observando entre las trabajadoras que "despatan" fresas en dos plantas empacadoras de la ciudad de Morelia, un padecimiento de las uñas con perionixis y onicolisis, cuyas características clínicas se describen, en el cual hemos podido demostrar la etiología por *Candida albicans*, mediante los estudios micológicos conducentes.

En los años 1965 y 1966 se produjeron 245 casos, que corresponden a un 11.6 de la población expuesta. Sin embargo fue notable que, mientras en una planta la incidencia fue de 24.3%, en la otra sólo ascendió a 2.4%.

Actualmente la enfermedad se encuentra aparentemente controlada por algunas medidas profilácticas, entre las que se menciona empleo de una espátula especial para el "despatado" de las fresas, y hasta abril de 1967 solo se habían reportado 4 casos.

La enfermedad predominó entre los 20 y 40 años de edad, y en el 67.7% de los casos se produjo dentro de los 6 primeros meses de trabajo.

La mano más afectada fue la derecha, en el 54.3% y predominó en el dedo pulgar.

La enfermedad produjo incapacidad de 4.2 meses como promedio.

El 37.3% de las enfermas estuvo incapacitada por 5 meses, y el total de meses de incapacidad ascendió a 413.

Finalmente, la etiología por candida albicans fue demostrada por el estudio directo y el cultivo de las uñas de 13 casos, obteniendo se una positividad, con abundantes elementos micológicos en el 76.9 de los exámenes directos en el 38.5% de los cultivos."

(206)

GONZALEZ, B.G. y MANCILLAS, S.: Granuloma tricoftico. Mem. IV - - Congr. Mex. Dermatol., Tampico, Tamps., México, 1967. p.331

"Se presenta un caso de granuloma tricoftico, el primero que se reporta en el norte de la república Mexicana, que fué estudiado en la consulta de dermatología del hospital Universitario de Monterrey, N.L., siendo tratado con griseofulvina y toques yodados, con evolución satisfactoria."

(207)

NOVALES, J.: Micetomas. Aspectos histopatológicos. Mem. IV Congr. - Mex. Dermatol., Tampico, Tamps., México, 1967, 337-343.

Se hace referencia de las características histopatológicas de -- los agentes causales del micetoma.

Se realizó una revisión de 139 biopsias de micetoma del laboratorio de histopatología del Centro Dermatológico Pascua (de 1955 a 1966) de las cuales en 80 se pudo determinar el agente patógeno. Correspondiendo a Nocardia Brasiliensis 61, Streptomyces Madurae 8, Streptomyces Somaliensis 7, Streptomyces Pelletieri 3 y un caso de Actinomyces Israeli.

Se observó que la reacción inflamatoria es más intensa en los micetomas debidos a N. brasiliensis.

El diagnóstico histopatológico falló en 59 biopsias, debido a -- que el material no reunía las condiciones necesarias de una buena biopsia.

(208)

ESTRADA, S.C.: Tiña de la cabeza. Revisión de los casos estudiados en 10 años en el centro de higiene escolar "Dr. Eugenio Latapí": Mem. IV Congr. Mex. Dermatol., Tampico, Tamps., México, 1967. -- p. 344.

"1. Número total de casos: 4428

2. Casos de tiña de la cabeza: 221 o sea un 4.99%

3. La edad comprendida entre mayores de 7 años y menores de 14 años.
4. En relación al sexo:
Masculino 155 casos el 70.1%
Femenino 66 casos el 29.8%
5. Variedades clínicas: Tiña seca en 192 casos con 86.8%
Tiña inflamatoria 29 casos con 13.1%
6. De los 192 casos de Tiña seca: 139 casos en el sexo M., 53 casos en el sexo F.
7. De los 29 casos de T. inflamatoria: 16 casos en el sexo M., - 13 casos en el sexo F.
8. Respecto al tratamiento aún nos tocó en parte el previa depilación suministrando el acetato de talio. Con el advenimiento antibiótico griseofulvina este tratamiento se ha continuado a la fecha a dosis de 30 cc de 125 mg. c/u al día o sea 3.7 gr. en total obteniendo una curación clínica.

Casos tratados con acetato de talio: 104

Curación espontánea por se de T. inflamatoria: 3 casos

Casos tratados con griseofulvina: 114 casos."

(209)

ARELLANO, O.F., TAMAYO, P.R. y VICTORIA, R.: Experiencia de cuatro casos de Cromomicosis y su tratamiento. (película). VI Congr. -- Ibero Lat. Amer. Dermatol. Barcelona España 1967. Actas finales p.463.

Se estudiaron cuatro casos de Cromomicosis de la población "Ignacio Mejía" del estado de Oaxaca.

Se hace un estudio higienico-social de la región. De los cuatro pacientes tres eran masculinos de 9, 29 y 64 años de edad y un fememino de 10 años de edad.

El diagnóstico fué confirmado tanto por estudios micológicos como por la histopatología. Se trataron con hidrazina del ácido isoniicotínico 10 mg. por Kg. de peso.

Finalmente se concluye. "1.- Se identifica como agente causal de cuatro casos de Cromomicosis a Cladosporium Carrioni.

2.- Se emplea para su tratamiento la isoniacida, con resultados alentadores, que nuevas experiencias deberan robustecer o desechar."

(210)

ZALDIVAR, B.P.: Breves consideraciones clínico-patológicas de la esporotricosis. Presentación de un caso clínico de esporotricosis en embarazo. Mem. IV Congr. Mex. Dermatol. Tampico, Tamps., México., 1967.

1. Se hace una revisión clínica breve del padecimiento.
- 2.- Se comunica un caso de esporotricosis cutánea linfático nodular en miembro torácico con persistencia del chancro de inoculación en paciente que presentaba 8 meses de embarazo.
- 3.- Que el tratamiento instituido durante 35 días con griseofulvina en microcristales de 125 mg. por tableta a razón de dosis diaria de 500 mg. no modificó la evolución del padecimiento.
- 4.- Que el tratamiento clásico con yoduro a dosis diarias de uno y medio gramos curó a la paciente en forma progresiva en un mes, -- evolucionando la curación en un 50% a los 8 días, en un 80% a los 15 días y curación clínica al mes."

(211)

MACOTEHA-RUIZ, E., GONZALEZ, A.A. y GUERRERO, M.: Investigación sobre los micetomas por actinomicetos aerobios. *Gas. Méd. Méx.* -- 97(7):872-877, 1967.

Se reporta la experiencia de 3 años de trabajo, en el que se intentó una clasificación inmunológica de los agentes del micetoma -- por actinomicetos con cultivos fluorescentes, no se obtuvieron sueros inmunes por la baja antigenicidad de estos microorganismos.

Se obtuvieron lesiones micetoides experimentales en ratón, hamster y cobayo en los que el aspecto histopatológico fue de dos tipos: uno tipo absceso y otro tipo granuloma.

Con el estudio de microscopía electrónica e histoquímica de la *nocardia brasiliensis*, se concluyó que ésta es en realidad una bacteria, como ya había sido sugerido por otros autores, el grano de *nocardia brasiliensis* posee cuatro zonas claramente diferentes.

Finalmente se menciona que son seis especies de actinomicetos -- aerobios los que pueden producir micetomas, que el desarrollo de -- las lesiones no está condicionada por un estado de inmunidad previo y que los organismos agrupados en los granos producen una reacción inflamatoria aguda que evoluciona a crónica con fagocitosis importante.

(212)

CUEVA-PAZ, S.A.: Cromomicosis. Reporte de un caso tratado con anfotericina B. intralesional. *Dermatol. Rev. Mex.* 13(2):139-146, - 1969.

"Se estudia el caso de una mujer de 37 años con una dermatosis -- verrugosa en el miembro inferior izquierdo y en la que se comprobó, por estudios micológicos, la presencia de *P. Pedrosoi* como agente -- causal. Se le administró por vía intralesional 50 mg. de anfotericina B cada 8 días habiéndose observado franca mejoría a las 10 semanas sin signos de intolerancia ni local, ni sistémicamente. Al cabo

de tres meses persiste la curación, por lo que se recomienda el tratamiento."

(213)

PENICHE, J., MINOR, A. y LAVALLE, P.: El tratamiento de los micetomicosis con gantanol-trimetoprim (R06-2580) Resultados en 15 pacientes. Dermatol. Rev. Méx., 13(3): 309-317, 1969.

"Se comunican los resultados obtenidos en el tratamiento de 15 casos de micetoma con el nuevo medicamento gantanol-trimetoprim - (Ro 6-2580). El producto es la asociación del sulfametoxazol con el trimetoprim, potencializador del efecto antibacteriano de las sulfonamidas.

El producto estudiado incluyó 13 micetomas por nocardia brasiliensis y 2 por streptomyces madurae. El medicamento demostró actividad contra nocardia brasiliensis, lográndose la curación clínica en 9 pacientes en un lapso de 2 a 8 meses. Los resultados en los 2 por streptomyces madurae fueron pobres.

No se observaron manifestaciones tóxicas de la droga en el grupo estudiado, pero se recomienda control clínico y hematológico de los pacientes."

(214)

GONZALEZ-OCHOA, A. y TAMAYO, L.: Tratamiento del micetoma actinomicético por N. brasiliensis con Ro 6-2580/11. Comunicación preliminar. Med. Rev. Mex. 49(1066):473-476,

"Se demuestra la gran eficacia de la asociación trimetoprim-sulfametoxazol (Ro 6-2580/11), suministrado oralmente, en el tratamiento del micetoma actinomicético por N. brasiliensis. La experimentación clínica muestra la evidente eficacia del medicamento dado que de un grupo de 14 casos, doce de ellos que han sido tratados durante 2 a 8 meses, en seis o sea en el 50% se obtuvo curación clínica entre el 2o y 7o mes de tratamiento, encontrándose el resto de los enfermos trancemente con una dosis mínima para evitar la recaída.

Los efectos colaterales observados en dos casos consistieron en leucopenia; en un enfermo ésta obligó a la suspensión del tratamiento, con lo que las cifras se normalizaron, debiéndose advertir que este caso había presentado leucopenia con otras sulfamidas y con DDS; en el otro enfermo tan solo se disminuyó la dosis, por haber alcanzado la curación clínica, y continúa en tratamiento bajo estrecha vigilancia."

(215)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Producción experimental del micetoma por nocardia brasiliensis en el ratón. Gac. Méx. Méx. 99:773-791, 1969.

"La inoculación de N. brasiliensis a diversos animales de laboratorio por vía intravenosa, intraperitoneal, intramuscular, subcutánea o intracutánea, produce lesiones trascientes con tendencia a la curación espontánea; pero cuando se usan las dos primeras vías o --

cuando el inoculum es muy grande, el animal muere.

La inoculación en la almohadilla plantar del ratón blanco, mantenido a la temperatura de laboratorio produjo una tumoración fistulosa crónica con granos actinomicéticos sin clavos; es decir un micetoma típico sin tendencia hacia la evolución espontánea, que se extiende por contigüidad.

Este micetoma puede ser igualmente producido con inoculi que varían de 20 a 0.2 mgs. del actinomicete. Las infecciones con grandes inoculi originan amputación espontánea de la pata o del muslo, pero la infección continúa en el muñón. En algunos animales aparece adenopatía inguinal e intraabdominal, y menos frecuentemente la infección se extiende al pulmón y al hígado.

La aplicación de este modelo experimental radica en la posibilidad de usarlo para la búsqueda de fármacos con miras a tratar el micetoma; y aún, teniendo como base las relaciones taxonómicas e inmunológicas entre *N. brasiliensis* y *M. leprae*, y dado que iguales medicamentos se usan para el tratamiento de las infecciones por ambos gérmenes, sería posible usar este mismo micetoma experimental para la búsqueda de medicamentos contra la lepra."

(216)

ACEVES-ORTEGA, R.: Epidemiología de las micosis en Jalisco. Mem. V Congr. Mex. Dermatol. México, D.F., 1969, p.226

El objetivo principal del trabajo es el de realizar un estudio epidemiológico de estos padecimientos en el estado de Jalisco.

Se estudiaron 2851 casos de micosis superficiales que equivalen al 9.5% de las dermatosis en general y al 90.68% de las micosis en general. 896 correspondieron a tiña de los pies, 717 a tiña de la cabeza, 368 a tiña del cuerpo, 310 a tiña crural, 187 a tiña de las uñas, 20 a tiña de la axila, 13 a tiña de la barba, 3 a favus, 165 a pitiriasis versicolor, 148 a candidosis y 24 a eritrasma.

1849 residían en Guadalajara, 498 residían en otras regiones del estado y el resto en otros estados de la república.

El sexo masculino fue el más afectado. 2361 casos estaban comprendidos entre los 0 y los 40 años, no hubo predominio de alguna ocupación. El tiempo de evolución fue de menos de un año en el 51.52% y de 1 a 40 años el resto.

Los hongos que con más frecuencia se encontraron fueron el *T. tonsurans*, el *T. rubrum*, el *M. Canis*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*."

(217)

MARTINEZ, C., LAVALLE, P. y RUIZ-MALDONADO, R.: Onicomycosis. Datos estadísticos del laboratorio de micología del Centro Dermatológico Pascua y estudios de 20 casos con correlación histopatológica. Mem. V Congr. Mex. Dermatol. México, D.F., 1969, p.238.

"Se hace una revisión de 286 casos de tiña de las uñas estudiadas en el laboratorio de micología del Centro Dermatológico Pascua en el período comprendido entre enero de 1966 hasta agosto de 1969. De éstos, en 115 casos se comprobó el diagnóstico, por examen directo y cultivo, la predominancia en edades fue entre los 31 a 45 años con 37 casos. Las especies de dermatofitos aislados fueron: *T. rubrum*, *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes*, *E. floccosum* y *M. canis*. Fueron diagnosticados micológicamente como candidosis 29 casos. En los 20 nuevos casos con el mismo diagnóstico, que además fueron estudiados histopatológicamente, por ser un número reducido, sus resultados no son muy orientadores."

(218)

NOGUERA, M., LAVALLE, P. y RUIZ-MALDONADO, R.: Estudio micológico e histopatológico de las alteraciones ungueales en los enfermos de lepra. Mem. V. Congr. Mex. Dermatol. México, D.F. 1969, p.243

1. Las alteraciones de las uñas son más frecuentes en:
 - a) Hansenianos (64%) que en no Hansenianos.
 - b) Hansenianos entre los 46 y 60 años de edad (46.8%).
 - c) Hansenianos campesinos (46.8%)
2. La coincidencia de trastornos ungueales con otros trastornos tróficos en el enfermo de lepra fue del 93.8%.
3. No todas las afecciones ungueales de los enfermos de Hansen deben ser consideradas como trastornos tróficos, ya que se comprobó onicomiosis en el 32% de los casos."

(219)

RAMIREZ-SOLTERO, S.E. y MAYORGA-LOEZA, J.J.: Micosis en Guadalajara Mem. V. Congr. Mex. Dermatol. México, D.F. 1969, p.251

"1. Se revisan los estudios micológicos efectuados en los laboratorios institucionales y particulares en la ciudad de Guadalajara en el período comprendido de octubre de 1956 a octubre de 1968.

2.- El número de casos registrados fué 4,679 micosis en las que fue posible aislar e identificar el agente etiológico.

3.- Correspondieron a micosis superficiales 4,358 siendo de ellos 3,823 tiñas (87.73%) ñ 96 pitiriasis versicolor (2.20%); 425 candidosis (9.75%) y 14 otomicosis (0.32%).

4.- Correspondieron a micosis profundas 321 casos, siendo de ellos 194 esporotricosis (60.64%); 87 micetomas (27.11%); 18 cromomicosis (5.61%); 8 candidosis pulmonares (2.49%); 6 coccidioidomicosis (1.87%); 3 actinomicosis (0.93%); 3 nocardiosis (0.93%); 1 histoplasmosis (0.31%) y 1 leicomicosis (0.31%)."

(220)

ACEVES-ORTEGA, F.: Epidemiología de las micosis profundas en Guada-

Iajara. Mem. V. Congr. Mex. Dermatol. México D.F. 1969, p. 256.

"Se estudiaron 293 casos, 135 correspondieron a esporotricosis, 112 a micetomas, 26 a cromoblastomicosis, 14 a actinomicosis, 3 a coccidioidomicosis y 3 a candidiasis sistémica.

El objetivo principal del trabajo es el de realizar un estudio epidemiológico de las micosis profundas en el estado de Jalisco.

Si los pacientes radicaban en Guadalajara, 154 enfermos en otras regiones del estado, radicando en el estado de Jalisco 235 pacientes y el resto en otros estados de la república.

Las micosis profundas son en general enfermedades de tipo rural. Se señalan que existen 3 núcleos principales de micosis profundas: 1. en la capital y municipios vecinos, 2. Municipios correspondientes a la región de la laguna de Chapala, 3. Municipios correspondientes a la región de los valles centrales.

El predominio del sexo masculino fué amplio 70.99%, 236 casos se observaron entre los 11 y los 50 años de edad. La ocupación predominante fué la de campesino. El tiempo de evolución fué en general largo y desde unos días (esporotricosis) hasta 25 años."

(221)

NOVALES, J. y LAVALLE, P.: Esporotricosis. Algunos aspectos histopatológicos. Mem. V Congr. Mex. Dermatol. Mexico, D.F. 1969, p.270

Se hace una breve revisión de la estructura histopatológica observadas por otros autores. Destombes ha reportado la identificación del *E. schenckii* en los tejidos en forma de cuerpos ovales o redondos, así como la presencia de esporas rodeadas por un halo claro en cortes teñidos con H-E.

Se reportan los hallazgos histopatológicos de 8 casos de esporotricosis. La hiperplasia pseudoepiteliomatosa fue constante y evidente en 7 de las biopsias. En dermis superficial polimorfonucleares formando microabscesos, en dermis media y profunda presencia de células gigantes multinucleadas, tipo Langhans y cuerpo extraño entre mezcladas con linfocitos.

En 5 biopsias se observaron cuerpos asteroides en el seno de un microabsceso. En cortes teñidos con H-E, dos biopsias mostraron halos claros dentro de algunas células gigantes.

En los cortes teñidos con P.A.S. se observaron además de los cuerpos asteroides, células redondas P.A.S. positivas, con doble pared, algunas ovaladas, pequeñas, así como alguna otra gemante. Estos elementos se encontraron dentro de células gigantes o en los microabscesos.

(222)

CASTRO-VARGASAVILLA, M.L.: Lesiones esqueléticas del micetoma. Tesis recepcional. U.N.A.M. Facultad de medicina 1970.

Se hace una revisión del tema y se presenta el estudio de un caso, masculino de 42 años con un micetoma de 3 años de evolución en el pie izquierdo, que presentaba lesiones óseas en tarso, tibia y peroné, que fue tratado con sulfonas y penicilina, que después de 9 meses de tratamiento se observó ligera mejoría.

(223)

CASAS, E. y MALACARA, M.: Cromomycosis, presentación de un caso tratado con electrocirugía y cura oclusiva con crema de acetonido de fluocinolona al 0.01%. Rev. Méd. Hosp. Colonia (México) 18(103):83-88, 1970.

"Se describe una nueva modalidad en el tratamiento de la cromomycosis. La electrocirugía seguida de cura oclusiva con acetonido de fluocinolona en crema al 0.01%.

De los resultados obtenidos en este estudio podemos formar las conclusiones siguientes:

a) La electrocoagulación asociada a los antibióticos de amplio espectro y a la vitaminoterapia (con vitamina D-2) es útil en el tratamiento de la cromomycosis.

b) La cura oclusiva con el acetonido de fluocinolona en crema redujo las lesiones del padecimiento y aceleró la cicatrización de las zonas electrocoaguladas."

(224)

FERNANDEZ-DE CASTRO, J.: Micetoma. Higiene, 21(3):385-400, 1970.

Se hace una revisión del tema y se dan los resultados del análisis del estudio de 45 casos de micetoma internados en el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, incluyendo los clasificados como Actinomycosis.

Entre las "principales conclusiones" destaca, que el micetoma no tiene una delimitación geográfica precisa. En el 90% el microorganismo causal fue *N. brasiliensis*. Predominó el sexo masculino de los que el 90% eran agricultores. Los miembros inferiores son los más frecuentemente afectados. El período de incubación en los pocos casos que pudo investigarse fue de 4 días a 2 meses.

El tiempo de evolución osciló entre 6 meses a 35 años, con promedio de 6 años. En el 43.9% de los casos, la lesión inicial fue nódulo; y pápula en el 31.7%. El embarazo originó activación del proceso. La probabilidad de encontrar ataque a hueso en un micetoma va aumentando con los años de evolución.

De los datos encontrados al ingreso los más constantes fueron: - Fístulas (86%), y tumoración (81%); se encontraron granos en el 51% de los casos.

"La biopsia aporta únicamente datos de un proceso inflamatorio - crónico inespecífico. No debe esperarse encontrar el agente en el examen histopatológico."

La DDS a dosis de 200 mg. oral fue el medicamento que mejores resultados dió.

(225)

ARELLANO-OCAMPO, F.: Estudio epidemiológico de la cromomicosis en - México. Med. Cut. 4:309-320, 1970.

"Habiendo reunido 105 casos, se estudia la distribución geográfica de la cromomicosis en México; apreciando, que en el norte del país no se han registrado casos; que a partir de Sinaloa en el pacífico y de Veracruz en el golfo de México, se extiende el padecimiento hasta Yucatán, comprendiendo, tanto las zonas costeras como las del centro. Aunque predominan los climas cálidos y húmedos, se encuentran casos de cromomicosis en el altiplano en incluso en regiones montañosas, donde empieza el clima frío y húmedo. Solamente cinco casos se localizaron en clima seco.

Existe marcada predilección por el sexo masculino y la edad adulta; con ciertas excepciones se observa preferentemente, entre los campesinos o personas conectadas con el medio rural, que viven en malas condiciones higiénicas. El traumatismo es señalado en la mayor parte de los casos como la causa aparente. La topografía más frecuente se localiza en miembros inferiores; no obstante se han observado localizaciones en miembros superiores, en torax y nuca.

Salvo en 5 casos, que corresponden 4 a *C. carrioni* y uno a *P. dermatitidis*, en el resto de las observaciones se identificó, como agente causal a *P. pedrosoi*. Finalmente, se plantea el problema del tratamiento y se hace hincapié los alentadores resultados obtenidos por González Ochoa con el empleo de la 5-fluorocitocina."

(226)

ACEVEZ-ORTEGA, R.: Cromoblastomicosis. Análisis de 26 casos observados en Guadalajara, Jalisco (México). Med. Cut. 5:417-428, 1970

"Analizamos 26 casos de cromoblastomicosis que hemos observado en la ciudad de Guadalajara desde el año 1949 hasta la fecha. Tuviémos en cuenta su frecuencia, lugar de origen y relaciones con las condiciones geográficas del estado de Jalisco, así como también el sexo, la edad, la ocupación, el tiempo de evolución, los aspectos clínicos y de laboratorio, el tratamiento y los resultados. Nos damos cuenta de que la micosis profunda ocupa el tercer lugar por su frecuencia entre las micosis. Por su origen está en relación con ciertas condiciones geográficas del estado de Jalisco. Predomina ampliamente en el sexo masculino (85%) y se observa de un modo especial en jóvenes y adultos, predominantemente en personas que se ocupan en las labores del campo (85%) por lo tanto, es una micosis eminentemente rural, de evolución generalmente muy larga y con mínimas molestias subjetivas. Se localiza preferentemente en los miembros inferiores, aunque puede observarse en cualquier parte del cuerpo."

Morfológicamente se manifiesta en más del 90% bajo la forma de placas verrugosas. Comprobamos el diagnóstico clínico principalmente mediante el cultivo y encontramos como único organismo responsable de nuestros casos a la "phialophora pedrosoi". Los mejores resultados terapéuticos los hemos conseguido empleando el calciferol solo, o bien asociado a la isoniazida principalmente, y hemos logrado la curación clínica aparente de 15 casos (57.70%). Los casos restantes abandonaron el tratamiento."

(227)

ORTIZ, Y.: Micetoma. Tribuna Médica, 15(8):186-188, 1970.

Se hace una breve revisión del tema, en la que se mencionan aspectos históricos, etiológicos, clínicos, pruebas de laboratorio, histopatológicos, estudios radiográficos, pronósticos y del tratamiento.

(228)

GONZALEZ-UCHOA, A: La prevención y tratamiento de las micosis subcutáneas. Gac. Méd. Méx. 100(8):873-882, 1970.

"El término convencional de micosis subcutáneas, por oposición a la de cutáneas y al de viscerales, comprende la rinosporidiosis, la cromomicosis, la esporotricosis, y el micetoma. Este término es inadecuado puesto que los dos últimos micosis pueden tener localizaciones viscerales lo cual hace cambiar el pronóstico y hasta cierto punto el tratamiento.

Actualmente ni tan siquiera es posible como pudiera lograrse la prevención de las micosis subcutáneas. La razón estriba en que sus agentes etiológicos se encuentran atrincherados en los suelos y en las plantas de donde no es posible erradicarlos, y por otra parte, el hecho de que los padecimientos que originan sean esporádicos y no existan más abundantes fuera de las ocupaciones que predispongan a su adquisición a impossibilitar su prevención.

La rinosporidiosis no tiene más tratamiento que la extirpación quirúrgica de la lesión, sin que exista recurso medicamentoso alguno.

Para la esporotricosis se han sugerido multitud de fármacos y cursos, sin embargo el yoduro de potasio continúa siendo el auténtico tratamiento específico de la esporotricosis tegumentaria en los tipos linfagíticos y fijo, es menos eficaz en el tipo hematógeno, e insuficiente cuando existan localizaciones óseas o viscerales, debiéndose en estos casos asociar la griseofulvina, y en situaciones graves la anfotericina B.

En el micetoma la situación es diversa si se trata del actinomiceto o del maduromicótico. En el primero, particularmente el causado por *N. brasiliensis* que es el más frecuente, la diamino-difenil-sulfona que principiámos a emplear desde 1947, y, posteriormente las sulfonas de eliminación lenta consiguen la curación en el 30% de los casos después de un lapso de dos a cuatro años."

(229)

RUIZ-MAIDONADO, R.: Candidiasis. Trib. Méd. 31(9):211-212, 1970.

Se hace una breve revisión del tema, clasifica las manifestaciones clínicas de la candidiasis en: 1.- Infecciosas en las que incluye la candidodid de las mucosas, cutáneas y la sistémica. 2.- Alérgicas en las que incluye, dermatitis e idem, anam, síndrome del cólon irritable, eritema anular centrífugo y otros.

Se hacen consideraciones de cada una de las formas clínicas, -- diagnóstico diferencial, laboratorio y del tratamiento.

(230)

PENICHE, J., RUIZ-GODOY, V.M. y LAVALLE, P.: Actinomicosis torácica. Rev. Méd. Hosp. Gral. (Méx.) 31(10): 695-702, 1970.

"Se reporta un caso de actinomicosis torácica, padecimiento aparentemente raro en nuestro medio y se revisa la literatura al respecto, precisándose el concepto de actinomicosis, como una entidad clínica causada por un actinomiceto anaerobio, el Actinomyces israeli, que debe ser separada del grupo de los micelomas, un síndrome anatomoclínico producido por varias especies de actinomicetos -- aerobios o de hongos."

(231)

VERDUZCO, G.E.: Epidemiología de la coccidioidomicosis en México. - Salud Pública de México. 13(1):23-31, 1971.

Se hace una breve revisión histórica, distribución geográfica en el continente americano, se revisan también las características micológicas del agente, se describen las características biogeográficas de las zonas endémicas de México, la insidencia de la enfermedad en base a los casos reportados por los diversos autores mexicanos.

Finaliza mencionando las características clínicas susceptibilidad y transmisión.

Se sugiere que en las zonas endémicas se mida periódicamente la reactividad cutánea a la coccidioidina.

(232)

LATAPI, F. y ORTIZ, Y.: Micelomas por Streptomyces Somaliensis en México. Estudio de 8 casos. Dermatol. Rev. Mex. 15(2):47-65, -- 1971.

"Se hace una revisión de la geografía de esta especie y se hace hincapié en su frecuencia en las zonas áridas. Se analiza la literatura de los casos reportados por diferentes autores y se estudian 8 casos mexicanos desde el primero comunicado en 1961, en los últimos 10 años se ha reunido el material motivo de la comunicación en donde el estudio histopatológico es importante para el diagnóstico de especie por sus afinidades tintoriales."

(233)

SAUL, A. y FERNANDEZ, D.: Investigación de la inmunidad celular en diez casos de micetoma por nocardia brasiliensis. Mem. VI Congr. Mex. Puebla, Pue. Méx. 1971, p.67.

"Si bien son pocos los casos estudiados y no pudimos hacer otros estudios inmunológicos como la transformación blástica de los linfocitos frente a la fitohemaglutinina o a extractos de cultivo de *N. brasiliensis*, las pruebas realizadas nos permiten afirmar que no -- existe deterioro de la inmunidad celular incluso en los dos casos -- que no han respondido a los tratamientos. Es verdad que hubo muchas respuestas negativas a los antígenos usados, pero igual cifra se obtuvo en el grupo control y el ganglio extirpado nos habla en ese caso de una respuesta normal, granulomatosa a posibles fragmentos de granos que hubieran llegado al ganglio.

Por otro lado, la respuesta positiva obtenida por algunos auto-res a antígenos de *N. brasiliensis* está en favor también de una mínima capacidad antigénica de este agente y no es un trastorno de la inmunidad celular en donde reside la causa del diferente comportamiento del organismo ante los agentes del micetoma, quizá la falla esté en un mecanismo inmunológico tisular no conocido hasta ahora."

Este trabajo fue publicado también en: Dermatología Rev. Mex. -- 15(2):185-191, 1971.

(234)

LAVABLE, P.: Epidemiología del micetoma y de la esporotricosis, con especial referencia al estado de Puebla. Mem. VI Congr. Dermatol. Puebla, Pue., Méx., 1971, p.50

El autor reporta los datos epidemiológicos de 240 casos de micetomas y 180 de esporotricosis estudiados en el Centro Dermatológico Pascua, experiencia de 15 años.

Etiología de los micetomas: actinomicéticos 237 casos y de estos 196 correspondieron a *N. brasiliensis*, 12 casos con granos de nocardia sin cultivo positivo y un caso de cepa de nocardia no clasificada, 20 casos a *S. madurae*, 6 casos a *S. somaliensis*, un caso a *S. pelletieri* y un caso no determinado. A los eumicéticos correspondieron 3 casos de *Cephalosporium* sp. otro caso correspondió a *M. micetomi* y un caso no determinado.

Morelos (48 casos), Guerrero (34 casos), Michoacán (30 casos), - Guanajuato (22 casos), Oaxaca (21 casos) y Puebla (12 casos) fueron los estados de donde procedieron el mayor número de casos.

Predominó el sexo masculino con 192 casos sobre el femenino con 48 casos. La edad más frecuentemente afectada fue de 16 a 45 años.

De los 180 casos de esporotricosis, 93 correspondieron al sexo - masculino y 87 al femenino. La edad más afectada fue de 16 a 45 - años. Los estados de donde procedían los pacientes fueron: Distrito Federal con 82 caso Guanajuato 22 casos, Jalisco 12 casos, Puebla

12 casos, siendo estos los más importantes.

Se hace una correlación etiológica con los municipios del estado de Puebla tanto para los casos de micetoma como para los de esporotricosis.

(235)

DORIA-CHAVEZ, H.E., GONZALEZ-BENAVIDEZ, J. y WELSH, O.: Coccidioidomycosis. Consideraciones sobre el estudio y tratamiento de 11 casos de coccidioidomycosis. Mem. VI Congr. Mex. Dermatol. Puebla, Pue., Méx. 1971, p. 57.

"Se revisaron 11 pacientes, de éstos 8 se presentaron en el sexo masculino y 3 en el femenino. Tres fueron niños de 2 y 3 años de edad y el resto adultos. Todos fueron vistos en personas con diversas ocupaciones.

Topográficamente predominó en miembro inferior derecho, siguiendo cuello, región esternal, cara y región lumbar. Constituida por lesiones tipo verrugoso, abscedada y queloidea.

De los casos sólo 3 pacientes con residencia en el estado de Nuevo León y con antecedentes de haber salido sólo ocasionalmente de su lugar de origen, el resto proviene de diversos estados (Coahuila, Tamaulipas, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí).

De los 11 casos en 9 se utilizó la anfotericina B, con los siguientes resultados: 4 curados, 4 mejorados, 1 con escasa mejoría, tanto este paciente como los demás restantes pidieron alta voluntaria. No presentó ninguno de los pacientes problemas renales, incluidos dos pacientes que recibieron tratamiento con anfotericina B hace más de 10 años. Sólo en 4 pacientes de los 11 se presentaron síntomas de intolerancia al medicamento, como hipertermia, escalofríos, cefalea, náusea, que cedieron a la administración de antihistamínicos y antipiréticos para posteriormente continuar con el tratamiento."

(236)

WELSH, O. y GONZALEZ-BENAVIDEZ, J.: Micetomas en Nuevo León. Estudio de 40 casos vistos en el Hospital Universitario José E. González de Monterrey, N.L. de 1965 a febrero de 1971. Mem. VI - - Congr. Mex. Dermatol. Puebla, Pue., Méx. 1971, p.60.

"Se revisaron 40 casos de micetomas vistos en la consulta de dermatología del Hospital Universitario José E. González en un período comprendido de 1965 a 1971.

De 17 casos correspondieron a personas que adquirieron la enfermedad en Nuevo León el resto de los pacientes fueron de los estados de San Luis Potosí, Coahuila, Tamaulipas, Zacatecas y Guanajuato. - Se hace la clasificación de los pacientes por especie, sexo, ocupación, edad y topografía."

(237)

GONZALEZ-BENAVIDEZ, J.: Estudio de seis casos de pacientes que durante la terapéutica con corticoesteroides, desarrollaron micosis (superficial o profunda) como complicación. Mem. VI Congr. - Mex. Dermatol. Puebla, Pue. Méx. 1971, p.70.

"Reportes de diseminación de infecciones como tuberculosis en pacientes que están recibiendo tratamiento con corticoesteroides, han sido factores decisivos para adoptar el criterio, en nuestro departamento de Dermatología, de administrar hidracina del ácido isonico-tico a pesar de que las radiografías y la baciloscofia seriada hayan sido negativas. Esto se hace en gran parte, atendiendo al lugar que ocupa, epidemiológicamente, la tuberculosis en nuestro país.

Pensando en esta forma, creemos que bien vale la pena no limitar nuestros estudios de investigación en un paciente candidato al tratamiento con corticoesteroides a una historia de disturbios gaso-intestinales, presencia de lesiones tuberculosas etc. sino también haciendo un examen complejo de la piel a la búsqueda de micosis superficiales y haciendo los exámenes pertinentes para aclarar la posibilidad de que exista una micosis profunda, por ejemplo intradermorreacciones, fijación del complemento e investigación de precipitinas sobre todo por lo que concierne a coccidioidomicosis, histoplasmosis, blastomicosis, así como realizar estas investigaciones con cierta frecuencia y mantener una vigilancia estrecha y continua en los pacientes que por un motivo u otro han de recibir corticoesteroides ya sea en dosis elevadas o por un tiempo prolongado o ambos.

Valgan estos criterios especialmente para las zonas endémicas de micosis profundas."

(238)

ARISPE-AYALA, P. y WELSH, O.: Tiña de la cabeza en el adulto. Presentación de un caso. Mem. VI Congr. Mex. Dermatol. Puebla, Pue. México, 1971, p. 74-77.

"Se presenta un caso de tiña de la cabeza producida por T. tonsurans en un hombre de 22 años.

Se discute la patogenia del padecimiento en el adulto y se plantean las posibilidades epidemiológicas y los factores predisponentes que pudieran ocasionar este padecimiento en el presente caso."

(239)

MACOTELA-RUIZ, E. y LOPE, R.: Tratamiento de las micosis profundas. Bol. Terap. I.M.S.S. 3(6): 1971.

Se comentan los diversos tratamientos incluyendo la experiencia personal en las siguientes micosis profundas: Coccidioidosis profunda, esporotricosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, cromomicosis, rinosporeidiosis, blastomicosis norteamericana, paracoccidioidomicosis, mucormicosis, micetomas y actinomicosis.

En cada una de las micosis se menciona el tratamiento de elec---
ción, así como las otras alternativas terapéuticas aceptadas por --
otros autores.

(240)

MACOTELO-RUIZ, R., LOPEZ M.R., ANCONA, A.A. y MARIAT, F.: Estudio -
taxonómico y tratamiento doble ciego con Griseofulvina local in-
corporada a "fuzene" en pacientes con dermatofitosis. Dermatol.
Rev. Mex. 16(2):187-193, 1972.

"Se investigó la actividad actinomicótica de la griseofulvina in-
corporada a una base anhidra (fuzene), en base a un estudio doble
ciego, comparando su acción con el ácido undecilónico al 2% en un-
guento y el vehículo anhidrido (Fuzene) solo, en 144 pacientes con
dermatofitosis pedal e inguinocrural, comprobadas por estudio mico-
lógico (examen en fresco y cultivos). Los pacientes con onicomico-
sis asociada fueron excluidos del estudio.

El estudio taxonómico reveló la preponderancia de *Trichophyton* -
rubrum sobre otras especies (*T. mentagrophytes*, *E. floccosum*) y en -
tres pacientes se aislaron dos diferentes especies asociadas en la
misma lesión.

Los resultados terapéuticos fueron evaluados semanalmente duran-
te un mes por medio de exámenes físicos y estudios micológicos.

La griseofulvina incorporada al vehículo anhidro "fuzene" mostró
una actividad antimicótica superior al ácido undecilónico y el vehí-
culo anhidro "fuzene" no exhibió actividad antimicótica."

(241)

SAUL, A. y VERMENOS, P.: Micetom bilateral. Estudio de un caso. --
Rev. Med. Hosp. Gral., 35(3):137-141, 1972.

"Se presenta y comenta el caso de un paciente originario de Oaxa-
ca que presentó dos micetomas, uno en el pie derecho y otro en la -
pierna izquierda producidos por *Nocardia brasiliensis*. Se hace hin-
capió en la rareza del hecho de que sean dos micetomas, uno de más
tiempo de evolución y en la posibilidad de una autoinoculación casi
espontánea del micetoma del pie mejoró con el tratamiento con diami-
no difenil sulfona y sulfonamidas de eliminación lenta."

(242)

ALVAREZ-CHACON, R. y LRA-AGUILERA, R.: Frecuencia de micosis en en-
fermos con problemas dermatológicos. Dermatol. Rev. Mex. 16(3):
327-330, 1972.

"Se estudiaron 129 pacientes con alteraciones de tipo dermatoló-
gico y que representaban problemas de diagnóstico. Se comprobó la -
etiología micótica en 40 de ellos lo que representó el 31% del to-
tal. Las micosis más frecuentes fueron las dermatofitosis, el hongo
causante del mayor número de las mismas fue *T. rubrum*."

(243)

LAVALLE, P.: Micetomas por *Streptomyces* en América. Dermat. Ibero-Lat. Amer. 14(3):379-389, 1972.

"Se revisa la literatura relativa a micetomas causados por actinomicetos del género *Streptomyces* en América, concluyéndose que los debidos al *S. madurae* son frecuentes principalmente en Argentina, - México y Venezuela; en cambio, los causados por las especies africanas *S. pelletieri* y *S. somaliensis* son raros en este continente; la primera de estas dos especies sólo se ha aislado una vez en Estados Unidos (Texas), tres veces en México, una en Venezuela y tres en -- Brasil y la segunda especie solo en México (siete veces) y en Venezuela (tres veces).

Los aspectos clínicos de estos micetomas ofrecen diferencias bastante notables entre sí y con los micetomas de otra etiología, especialmente los debidos a la *B. brasiliensis* que son los más frecuentes en América. El estudio de los granos, al examen directo y en -- los cortes histológicos es indispensable y suficiente para el diagnóstico de las 3 especies de actinomicetos en cuestión."

(244)

CUEVA, V.J., BENZ, M.C. y NAVARRO, B.E.: Control de candida y aspergillus con 5-fluorocitosina en patología respiratoria. Rev. Méd. Hosp. Gral. (Méx.) 36(1):33-43, 1973.

"Se reportan datos acerca de la asociación de *Candida albicans* y *stellatoidea* así como *Aspergillus fumigatus* en patología respiratoria principalmente asma bronquial, bronquitis asmática y secuelas -- de TB pulmonar.

Se trata de eliminar estos hongos de la expectoración de pacientes con afecciones respiratorias que no evolucionaron favorablemente con el tratamiento habitual instituido.

Se administró un medicamento antimicótico, la 5-FC, a 5 enfermos con *Candida albicans*, dos con *Aspergillus fumigatus*.

Se dan a conocer las historias clínicas de los pacientes estudiados, su evolución así como los datos de control de laboratorio obtenidos durante la administración de la 5-FC por períodos variables.

Las dosis de 5-FC que se administraron a los enfermos fueron de 150 mg. por Kg. de peso a la semana y posteriormente 200 mg. por Kg. de peso y por 24 horas.

La tolerancia fue completa y sin fenómenos secundarios con la -- utilización de las dosis antes mencionadas."

(245)

BRAVO-BERNABE, P.A. y HERNANDEZ-CARBAJAL, B.: Micetoma críptico de los huesos del pie producidos por un hongo de grano blancos. Estudio de un caso. Dermatol. Rev. Mex. 17(1):37-45, 1973.

"Se presenta y comenta un caso de micetoma críptico, sin fistulas, producido por un hongo de granos blancos, cuyo diagnóstico de certeza, aún cuando sospechado por la imagen radiológica de los huesos del pie afectado, se hizo por el hallazgo del grano en el estudio histopatológico. Se hace hincapié sobre la posibilidad del diagnóstico precoz por las alteraciones radiográficas que deben ser mejor conocidas."

(246)

ALVAREZ-MORALES, H. y MONROY-ALVARADO, G.: Micosis pulmonares. Rev. Med. I.M.S.S. 12(2):198-203, 1973.

"Se presentan 65 casos de micosis pulmonares estudiados en el Hospital de Enfermedades del Tórax del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social entre los años 1961 y 1971. En dicho lapso se diagnosticaron 44 micosis primarias que correspondieron a 27 casos de histoplasmosis, nueve de coccidioidomicosis, dos de actinomicosis, uno de nocardiosis, uno de criptococosis, uno de blastomicosis norteamericana y tres de paracoccidioidomicosis; 19 micosis secundarias a otros padecimientos, de las cuales 17 fueron de aspergilosis y dos de candidiasis, y dos casos de micosis con infección doble, uno de aspergilosis y candidiasis y otra de aspergilosis asociada a coccidioidomicosis.

La integración del diagnóstico en las micosis primarias tuvo base clínica en 29 casos, fundamento en los hallazgos del laboratorio especializado en 36 casos y evidencia histopatológica en 15 casos. La terapéutica establecida con base en el diagnóstico logró la curación en 32 casos y fracasó en tres; siete casos de secuela de histoplasmosis y dos de coccidioidomicosis no ameritaron tratamiento.

Los 19 casos de micosis pulmonares secundarias quedaron encubiertos por un padecimiento de fondo siempre severo y, como consecuencia, su diagnóstico se estableció fundamentalmente por los hallazgos en seis biopsias o piezas quirúrgicas y 11 necropsias. La terapéutica fue de resección en la mayor parte de los ocho casos que curaron.

Los dos casos de infección asociada fueron diagnosticados por los hallazgos histopatológicos, uno en la pieza quirúrgica reseçada y otro en la necropsia."

(247)

LAVALLE, P., VELAZQUEZ, E. y GOMEZ-ARROYO, S.: La pirrolnitrina en el tratamiento de algunas dermatomicosis. Dermatol. Rev. Mex. 17(2-3):212-227, 1973.

"Se da a conocer el nuevo antibiótico antifúngico, la Pirrolnitrina, obtenida en Japón de la Pseudomona Pyrocinia y cuyas características físicas y químicas se detallan, así como su actividad "in vitro" y clínico, por vía local, contra los dermatofitos y en menor proporción contra la C. albicans.

Los autores emplearon un producto que contiene pirrolnitrina en solución al 0.5%, en 30 pacientes con 33 dermatomicosis, incluyendo 23 dermatofitosis de la piel lampiña con diferentes localizaciones, 6 candidosis cutáneas y 4 pitiriasis versicolor. Los dermatofitos implicados en las 23 dermatofitosis fueron: *T. Rubrum*, 16 casos; *T. Tonsurans*, 5 casos; *T. Mentagrophytes*, 1 caso de *M. canis*, 1 caso.

Los resultados de este tratamiento fueron calificados excelentes en 18 pacientes (60%); buenos en 10 pacientes (33%) y pobres en 2 - pacientes (6.7%).

Las mejores y más rápidas respuestas se obtuvieron en las dermatofitosis. Cuando el agente causal fue del *T. rubrum*, el tiempo promedio del tratamiento para obtener la negativización micológica fue de 19.3 días y la duración clínica de 26.3 días; cuando el agente causal fue el *T. tonsurans* u otros dermatofitos, estos tiempos promedio fueron más cortos, de 11.4 días y 20 días respectivamente.

Se confirma la actividad de la pirrolnitrina contra la *C. Albicans* aunque los tiempos promedio de tratamiento fueron más largos: de 17.3 días para la negativización micológica y 36.1 días para la curación clínica. Se señaló por primera vez en 1972 y ahora se confirma que la pirrolnitrina es activa en los casos pitiriasis versicolor, siendo los tiempos promedio para la negativización micológica de 40.7 días y para la curación clínica de 43.7 días.

En 3 pacientes (10%) la pirrolnitrina causó dermatitis por contacto. En uno de estos casos el tratamiento fue incorrectamente - aplicado (varias veces al día) y en los otros dos se prolongó más de un mes.

Por la actividad de la pirrolnitrina sobre los dermatofitos y -- *Candida* su mejor indicación podría ser los complejos dermatíticos - de la ingle, actualmente tan frecuentes, debido al empleo de corticoesteroides tópicos y en los que generalmente se asocian uno o dos dermatofitos con la *C. Albicans*."

(448)

MACOTELO-RUIZ, E., LOPEZ-MARTINEZ, R. y LEPE-SANTANA, G.: Valoración terapéutica de pirrolnitrina en pomada ante dermatofitos y tiña versicolor. *Prensa Med. Méx.* 39(5-6):294-297, 1974.

"Se valoró la acción terapéutica de la pirrolnitrina tópica en - 33 pacientes con dermatofitosis y siete con pitiriasis versicolor. En ambos grupos se observó una curación clínica y micológica satisfactoria por lo que este agente se considera útil en el tratamiento de estas dermatomicosis. En dos casos de candidosis cutánea no se - observó mejoría y dos pacientes presentaron reacciones locales de - intolerancia al medicamento."

(249)

RAMIREZ-SOLTERO, S.E. y RUIZ-AGUILAR, B.M.: Datos actuales sobre mi cetomas en Jalisco. *Mem. VII Congr. Mex. Morelia, Mich. Méx.* 1973, p. 576.

Se hace una revisión de los micetomas en Guadalajara hasta 1969.

Se analizan 79 nuevos casos estudiados en el Instituto Dermatológico y Hospital Civil de Guadalajara de 1970 a 1973. Los agentes etiológicos fueron: *N. brasiliensis* 68 casos; *Streptomyces Madurae* 9 casos, *Treptomyces somaliensis* 2 casos.

La topografía más frecuente fue una de las extremidades inferiores.

Se comentan los resultados obtenidos con ethambutol y se sugiere utilizarlo en aquellos casos que no responden a las sulfonas.

(250)

OLIVARES, F.X. y MAYORGA, C.: Micetomas en la clínica hospital T-1 de Guadalupe, N.L. Mem. VII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p.593

De este trabajo sólo se publicó el resumen.

"La ciudad de Guadalupe, Nuevo León, con una población de 209,624 habitantes calculada hasta el 30 de junio de 1973, pertenece al área metropolitana de Monterrey, tal vez por esa situación especial ocupa el 2o. lugar de explosión demográfica en nuestro país, con corrientes migratorias principalmente de los estados de Coahuila, Zacatecas y San Luis Potosí que acuden en busca de fuentes de trabajo.

De este conglomerado pertenecen al régimen de seguridad social solamente 90,873 derechohabientes con adscripción a la clínica hospital T-1 No. 4 del IMMS.

En el período comprendido del 1o. de julio de 1972 al 30 de junio de 1973 acudieron por primera vez al servicio de dermatología un total de 1,268 pacientes encontrándose 13 casos de micetomas que nos dan 1.025%, con diferentes localizaciones pudiendo comprobarse en todos ellos el diagnóstico micológico y/o histopatológico.

El tratamiento empleado fué la sulfametoxipiridazina con buenos resultados en todos los casos, la mayoría de ellos originados en esta región. Creemos que a medida que se reporten mayor número de casos de este padecimiento, cambiará el concepto de la poca frecuencia de esta micosis profunda en nuestro medio."

(251)

DIAZ-MIRON, V.M.: Micetoma nocardioso metastizante. Mem. VII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p.594.

Se describe el caso de un paciente masculino del estado de Veracruz con lesiones de micetoma en miembro inferior izquierdo del que afectaba la pierna y el pie así como la región inguinocrural del mismo lado. El tiempo de evolución de las lesiones del pie era de 5 años y de la pierna y región inguinocrural de un año.

El examen directo mostró granos de *Micardina brasiliensis* así como el cultivo fue también positivo para este agente.

Se trató con sulfadimetiloxazol-trimethoprim. No se reporta la evolución posterior.

(252)

WELSH, O. y PINEYRO, A.: Tratamiento tópico de los micetomas. Mem. VII Cong. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p.597.

Se reportan los resultados del tratamiento de micetomas (*S. madurae* (3), *S. Somaliensis* (1), y *M. brasiliensis* (1).) Tratados tópicamente con sulfamethoxazol y trimetropim en una solución de dimetil sulfoxido. Los resultados clínicos fueron variables, y los autores concluyen "consideramos que la vía transepidérmica puede ser un método de utilidad para usar ciertos medicamentos que deseamos alcanzar una concentración mayor en un sitio determinado. Sabemos que el dimetil sulfoxido como ya lo han señalado otros autores, puede causar efectos secundarios, entre otros, síntomas oculares caracterizados por la opacidad del cristalino, pero la dosis para alcanzar esto en el perro ha sido por vía oral de 3 kilos, administrados en un período de 48 a 61 días; o de 7 kilos aplicados tópicamente en 10 días.

En nuestros pacientes la dosis mayor (caso No. 1) administrada tópicamente, fue de 5 kilos 682 gramos aplicados en un período de 2 $\frac{1}{2}$ años.

Consideramos que la vía transepidérmica es segura, pero debe complementarse con un estudio oftalmológico, clínico y de laboratorio periódicos del paciente.

Nuestro proyecto no contempló la posibilidad de un estudio doble ciego por contar con cantidades muy reducidas de los fármacos. Nos queda aún por aclarar cual es el efecto del DMSO solo, aplicado tópicamente en los micetomas."

(253)

PENICHE, J. y LAVALLE, P.: El tratamiento de la cromomicosis con 5-fluorcitocina. Mem. VII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p.605.

Se comunican los resultados obtenidos con la administración de una nueva droga antimicótica, la 5-fluorcitocina, en cuatro pacientes con cromomicosis.

El tratamiento con esta droga mostró actividad en todos los pacientes, pero en dos de ellos se desarrolló resistencia a esta después de algunos meses de administración. Se obtuvo curación clínica en un paciente y emjoría importante en otro que permitió la electro desecación de pequeña lesión residual. El medicamento fue bien tolerado, observándose únicamente una reacción de fotosensibilización en uno de ellos, que obligó a suspender la droga.

(254)

GONZALEZ-BENAVIDEZ, J. y NARVAEZ DE LEON, P.: Anfotericina "B" en -- coccidioidomicosis cutánea. Mem. VII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p.617.

"Se presentan 6 casos de coccidioidomicosis cutánea tratados con anfotericina B, 4 de ellos tratados recientemente en el Hospital de Especialidades del Centro Médico del Noroeste del IMMS en Monterrey, N.L., y 2 que recibieron el tratamiento desde hace más de 10 años, consignándose lo siguiente:

Evolución de las lesiones:

Hacia la cicatrización completa en 5 de ellos, en uno (el 4o. de los tratados recientemente), hubo una recaída con ulceración de su lesión después de haberse logrado una cicatrización casi completa, esto fue debido a que abandonó el tratamiento.

(255)

DIAZ-MIRON, V.M.: Blastomicosis sudamericana. Presentación de un caso. Mem.VII Congr. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p.624.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años de edad, originario de Tierra Blanca, Ver., con Blastomicosis sudamericana - (paracoccidioidomicosis) confirmado micológicamente y tratada con - sulfanilamidoisaxazol-trimetoprim, que evolucionó satisfactoriamente.

(256)

GUERRA, G.C.: Micosis profundas y su estudio anatomopatológico. Mem. VII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1973, p. 629.

1o. Se revisaron 60 000 reportes y de ellos el muestreo cuyos - datos se presentan en forma muy condensada. Fue notable el aumento de micosis profundas cuando hubo dermatólogo en el hospital, más -- que cuando no lo había.

2o. Se señaló la buena relación entre dermatólogo y patólogo.

3o. Hablamos de la carencia de estudios clínico-micológicos y - de la necesidad de llevar a cabo la biopsia correcta, así como el -- hallazgo de sólo 96 casos de micosis profundas en una derechohabien- cia de 714,643, en un período de 22 años, ya que el clínico por lo obvio de las lesiones no recurren a estos estudios.

4o. Se habló de la topografía de las micosis profundas.

5o. Predominó en el sexo masculino y la edad fluctuó entre 8 y 72 años de edad.

6o. Fue el departamento de Dermatología el que mayor cantidad - de biopsias envió al Departamento de anatomía patológica para su -- diagnóstico, pensando en micosis profundas."

(257)

GARCIA-ARTEAGA, J.: Candidosis en nuestro medio. Tesis de posgrado, Dermatología, C.D.P. S.S.A. México, D.F. 1974.

Se hace una breve revisión del tema y se presentan los resultados de una revisión de 6391 expedientes correspondientes a un período de 10 años (1973-1972) del Centro Dermatológico Pascua, encontrando 346 casos de candidosis con predominio en las manos, pies y región crural, se encontró que el 6.18% correspondió a la candidosis del total de pacientes con dermatosis micológicas.

Se hace un análisis de los otros datos de esta revisión de 10 - - años.

(258)

TAMAYO, L., RUIZ-MALDONADO, R. y VAZQUEZ, V.: Tiña negra palmar bilateral. Dermatol. Rev. Mex. 18(2-3):154-169, 1974.

"Se comunica el cuarto caso de tiña negra palmar observado en México y hasta donde sabemos el primer caso en la literatura con lesiones palmares bilaterales."

(259)

ACEVEZ-ORTEGA, R.: Deep mycoses in Mexican children. Int. Jr. Derma. 13:287-292, 1974.

El autor analiza 340 casos de micosis profundas vistas en Guadalajara, Méx. así como la frecuencia y ocurrencia general en niños. La esporotricosis fué la micosis profunda más comunmente observada, de 162 casos diagnosticados, 42 fueron menores de 15 años, la forma linfangítica ocurrió en el 81% de los casos y las formas fijas fueron observadas en el 19%.

Los micetomas ocuparon el segundo lugar en frecuencia con 128 casos de los cuales 3 fueron en niños (10, 13 y 15 años). La cromoblastomicosis fué observada en 31 pacientes de los cuales dos ocurrieron en menores de 15 años. La coccidioidomicosis fue observada en cuatro pacientes, ninguno fué menor de 15 años, la candidosis sistémica fué observada en tres adultos.

La histoplasmosis benigna aguda no fué observada en niños.

(260)

GONZALEZ-OCUOA, A. y OROZCO-VICTORIA, C.: Frequency of occurrence of principal Dermatophytoses and their causative agents observed in México city. Int. Jr. Derma. 13:303-309, 1974.

Se hace una revisión de las dermatofitosis observadas durante 11 años y 10 años con un intervalo de 10 años entre uno y otro. Se mencionan las formas clínicas más comunes y sus agentes causales más frecuentes. En el primer período de 1940-1959, fueron vistos 825 casos y 788 en el segundo de 1960-1970. Se hace un análisis de ambos períodos y se dan datos anuales del segundo período.

En ambos períodos el hecho más sobresaliente fué la alta frecuencia de tiña de la cabeza y su reducido número de agentes causales, T. tonsurans y M. canis, con una marcada predominancia del primero sobre el segundo; la importancia de T. tonsurans y T. rubrum en tiña del cuerpo; de T. mentagrophytes y T. rubrum en tiña de los pies; y de T. rubrum en tiña de la ingle y tiña de las uñas.

En el segundo período el número de casos de los distintos tipos de dermatofitosis y sus agentes etiológicos variaron de un año a otro. En la tiña de la cabeza, T. tonsurans siempre predominó sobre M. canis. El agente causal de la tiña del cuerpo en orden decreciente fueron los siguientes: T. rubrum, T. mentagrophytes, T. tonsurans y M. canis. En la tiña de los pies las especies aisladas durante los 11 años mostró una predominancia de T. rubrum y T. mentagrophytes, por lo que T. tonsurans, M. canis y E. floccosum fueron infrecuentes. En la tiña inguinal el dermatofito más frecuente fue el T. rubrum. En las tiñas de las uñas, T. rubrum fue aislado más frecuentemente en cada año siendo el causante de más de la mitad de los casos.

(261)

LOPEZ-MARTINEZ, R.: Características inmunológicas en candidosis. -- Pre. Méd. Mex. (11-12):468-471, 1974.

"La elevada frecuencia de candidosis sistémica en medios hospitalarios, requiere de la aplicación de métodos inmunológicos adecuados como auxiliares diagnósticos. Se anotán las principales características antigénicas de Candida, y los fenómenos en la respuesta inmune, como la hipersensibilidad celular que tiene un gran valor en epidemiología y en la respuesta del huésped ante la infección, así como la presencia de anticuerpos humorales que permiten el empleo de reacciones serológicas, de las cuales la inmunofluorescencia, inmunodifusión y contraelectroforesis son las más adecuadas para el diagnóstico."

(262)

SAUL, A., SERRANO, J. y ZENTERO, J.: Micetoma cefálico por streptomyces somaliensis con penetración a la cavidad craneana. Med. -- Cut. Ibero.Lat. Amer. (2):103-110, 1975.

"Comunicación y comentarios sobre el caso de un hombre con micetoma en la mitad izquierda de la cabeza producido por streptomyces somaliensis que produjo invasión de la cavidad craneana y exoftalmos. El S. somaliensis es poco frecuente en América. En México se conocen apenas 10 casos y es éste el más septentrional del continente americano."

(263)

LAVALLE, P.: Effects of therapy with topical corticosteroids on dermatophytoses. Mycoses, 304:262-263, 1975.

Se hacen algunas consideraciones de las observaciones de 4 ó 5 años en las que destacan: aumento del número de tiña crural con peculiares cuadros clínicos caracterizados por una extensión inusual, extendiéndose hasta el pluteo y escroto y lesiones inflamatorias

así como un prurito severo estos pacientes se habían automedicado con corticosteroides tópicos por algunos meses.

Los estudios micológicos realizados mostraron: examen directo -- mostró gran cantidad de mycelios, al cultivo un desarrollo más rápido y frecuentemente se aislaron dos o más hongos diferentes.

Se sugiere que los corticoides tópicos aumentan la virulencia de los dermatofitos o disminuyen los mecanismos locales de defensa de la piel.

(264)

GONZALEZ-MENDOZA, A.: Relación huesped-parásito en las infecciones por candida. Gac. Méd. Méx. 109:115-125, 1975.

"El gran desarrollo tecnológico de la medicina, en lo que se refiere a la utilización de antibióticos, supresores de la respuesta inmune e inhibidores de la inflamación, ha dado por resultado la -- aparición de una nueva patología infecciosa: la de los microorganismos oportunistas. En este trabajo se hace una revisión de la relación huesped-parásito en las infecciones por Candida, se analizan los mecanismos de agresión del microorganismo y las fallas en los -- mecanismos de defensa, consecuencia de los avances terapéuticos antes mencionados. Se concluye que en las infecciones por Candida, la alteración de los mecanismos de defensa constituye el factor predisponente primordial. La situación anterior se ejemplifica con un caso de candidiasis mucocutánea en un niño, con defecto parcial en la inmunidad celular y una alteración sui generis en los mecanismos de la fagocitosis, rebelde a todo tipo de tratamiento."

(265)

FERNANDEZ-LIRA, D., DE LA GARZA, S. y CORTEZ, I.L.: Coccidioidomycosis en Nuevo León. Gac. Méd. Méx. 109:327-334, 1975.

"En los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua y Nuevo -- León, la coccidioidomycosis es prevalente. Varias encuestas realizadas en los últimos 30 años han revelado que la producción de reacciones a la coccidioidina permiten calificar a algunas regiones de esa área como de gran endemicidad.

Entre 1951 y 1972 los autores estudiaron 164 casos de coccidioidomycosis en el Hospital Universitario de Monterrey y en la Unidad de Neumología del I.N.M.S. de la misma localidad, comprobándose en primer lugar que excepto dos enfermos, todos los demás era autóctonos de Nuevo León y el 60 por ciento correspondió a la localización pulmonar primaria o residual.

Se emplearon diversos tratamientos, médicos y quirúrgicos según las indicaciones aceptadas universalmente. La anfotericina B se utilizó en 17 pacientes, 12 de ellos con lesiones localizadas, en quienes el resultado fue satisfactorio aún cuando en varios pacientes -- se observaron reacciones secundarias que obligaron a suspender el -- tratamiento.

En los enfermos con cavernas persistentes o con nódulos solitarios se utilizó la resección quirúrgica, segmentectomía o lobectomía, con preferencia de esta última. Los resultados fueron favorables en los casos en que la indicación fue precisa, pero en los últimos años los autores se han inclinado por una conducta de observación, más conservadora, como regla general."

(266)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Geografía de las micosis profundas. Rev. Invest. Salud Pública (Méx.) 35:85-96, 1975.

El autor clasifica a los hongos, geográficamente en dos grupos. I.- Micosis cosmopolitas particularmente frecuentes en los países con nivel socioeconómico elevados. a) Micosis profundas por hongos oportunistas de fuente endógena, en el que incluye a la Actinomicosis, Candidosis, Geotricosis, b) Micosis originadas por hongos cosmopolitas de fuente exógena, en el que incluye a la Nocardiosis, -- Criptococosis, Aspergillosis, Micomicosis.

II.-Micosis de predominio regional o restringida a determinadas áreas biogeográficas. En el que incluye a la rinosporidiosis, cromo micosis, esporotricosis, micetoma, Histoplasmosis de pequeñas células, Histoplasmosis de grandes células, Coccidioidomicosis, Blastomicosis, Paracoccidioidomicosis, Enfermedad de lobo.

De cada micosis el autor menciona los países en donde más frecuentemente ocurre. Y concluye "Los dos tipos de patología micológica corren paralelos, hasta cierto punto con la geografía de la prosperidad y la geografía de la pobreza, correspondiendo a la primera las micosis por hongos oportunistas de fuente endógena y exógena, y a la segunda las micosis de fuente exógena por hongos necesarios o primariamente patógenos."

Este trabajo también fue publicado en el Boletín del consejo para la investigación médica. 3(4):211-216, 1975.

(267)

VELASCO-CASTREJON, O. y GONZALEZ-OCHOA, A.: La tinea imbricata en la sierra de Puebla, México. Rev. Inv. Salud Pública (México). - 35:109-116, 1975.

"La tinea imbricata o tokelau es endémica entre la población nahuatl, que habita en la cuenca del río Necaxa, en la sierra de Puebla. Esta zona, a diferencia de las observadas en otros países donde existe la tinea imbricata, se localiza aproximadamente a 2500 mts. de altura sobre el nivel del mar, tiene un clima templado húmedo y su vegetación está constituida básicamente por coníferas.

En 3 cortos viajes hechos a esta zona observamos 16 nuevos casos de esta micosis, la cual es al parecer prevalente en el sexo femenino (11/16) y en mayores de 30 años (12/16). La mayoría de los enfermos relatan tener remisiones espontáneas clínicas, en las cuales el tokelau o cacapash, (como ellos le llaman) prácticamente desaparece e inclusive hablan de curaciones espontáneas. Aparentemente T.

concentricum, pese a la baja virulencia que presenta en esta región, persiste debido a las pésimas costumbres higiénicas de estos nativos quienes, como único baño utilizan el temazcal esporádicamente."

(268)

GONZALEZ-OCROA, A.: Mycetoma. Clin. Trop. Derma. Ed. by Cañizares, O. 1975, 24-29.

Este trabajo fue publicado en el capítulo de "tropical deep fungus infections", de este libro, en el que se hace referencia a los datos generales, distribución geográfica, frecuencia, epidemiológica, cuadro clínico, variedades clínicas de acuerdo a su localización, patológica, aspectos micológicos, diagnóstico: estudios de laboratorio como el examen directo y el cultivo y estudios hematológicos. Finalmente, con respecto al tratamiento destaca el uso de DDS en los micetomas actinomicéticos así como la asociación de Trimetoprim- sulfametoxazol y para los micetomas maduromicóticos el tratamiento sistémico no es efectivo por lo que la amputación puede controlar la enfermedad.

(269)

LAVALLE, P.: Chromomycosis. Clin. Trop. Derma. Ed. by Cañizares, O. 1975, 36-41.

Este trabajo fue publicado en el capítulo de "tropical deep fungus infections." de este libro en el que se menciona: la sinonimia, definición, distribución geográfica, epidemiología, etiología: a) - fase parasitaria y saprófita, b) apariencia microscópica de phialophora, acrotheca y hormodendrum; se menciona también la inmunología, patología, datos clínicos, complicaciones, diagnóstico, pronóstico y tratamiento clasificándolo en locales y sistémicos, métodos quirúrgicos, para el primero y la anfotericina B, tiabendazol y 5-fluor citocina para el segundo.

(270)

GONZALEZ-OCROA, A.: Micosis inicialmente tegumentarias. Prensa Méd. Mex. 6:191-192, 1975.

El autor hace algunas consideraciones sobre las siguientes micosis: Moniliasis tegumentaria, Moniliasis de las mucosas, Moniliasis cutánea y Cromoblastomicosis. En las que se menciona los distintos tratamientos para cada uno de ellas.

(271)

SAUL, A.: Micosis poco frecuentes. Mem. VIII Congr. Mex. Dermatol. Chihuahua, Chih. Méx. 1975, p.337.

El autor divide el tema en: formas atípicas de las micosis conocidas y micosis poco frecuentes en México.

De las primeras menciona cuadros micetomatoides en esporotricosis, tuberculosis, coccidioidomicosis, osteomielitis, etc. y micetomas que sugieren queloides, tuberculosis verrugosa o varios pequeños micetomas.

Refiere que la esporotricosis es muy *proteiforme*, de la cromomycosis que es más regular en su aspecto, y que la coccidioidomycosis puede hacer pensar en tuberculosis o en osteomielitis, finalmente - la paracoccidioidomycosis puede confundirse con tuberculosis.

Respecto a las tiñas y candidosis por el abuso de corticosteroides la morfología y evolución se ha modificado.

Micosis poco frecuentes.

En este grupo menciona el Tokelao del que se han reportado pocos casos en los estados de Tlaxcala, Puebla, Michoacán y Guerrero.

De la tiña negra apenas se conocen 4 ó 5 casos.

De las piedras, la blanca predomina en mujeres y la negra en hombres. Existen algunos casos reportados en el sureste de México.

La otomicosis es poco diagnosticada en México.

(272)

LOPEZ-MARTINEZ, R.: Nuevos métodos de diagnóstico microbiológicos - de las micosis. Mem. VIII Congr. Mex. Dermatol. Chihuahua, Chih. Méx. 1975, p. 341.

El autor menciona la importancia del laboratorio para el diagnóstico tico de las micosis, que clasifica en Directos e Indirectos.

Los métodos directos son los más importantes que a través de - - ellos se hace la determinación objetiva de los agentes etiológicos y los indirectos ponen de manifiesto la respuesta del huésped como consecuencia de la invasión micótica.

Se presenta una tabla con los porcentajes de diagnósticos micológicos y los datos con las pruebas de laboratorio realizadas en cada uno de ellos. Menciona también resultados con los "exámenes en fresco", cultivos y tiempo de evolución.

(273)

RUIZ-NALDONADO, R.: Estado actual en el terapéutica de las micosis. Mem. VIII Congr. Mex. Dermatol. Chihuahua, Chih. 1975, p. 347.

Menciona que las micosis superficiales con excepción de la tiña de las uñas no representan un problema terapéutico y hace referencia a algunos productos utilizados.

Refiere que el panorama terapéutico de la micosis profunda sigue siendo sombrío. Se reporta una asociación novedosa a base de Anfotericina y 5-fluorocitocina que se ha empleado en candidosis mucocutánea crónica, coccidioidomycosis y criptococosis. De los procedentes de restitución inmunológica es el Factor de Transferencia el que -- con mayor éxito se ha empleado.

Finalmente muestra cuadros de los tratamientos de elección en algunas micosis.

(274)

DIAZ-MIRON, V.: Blastomicosis Sudamericana. Paracoccidioidomicosis de forma pulmonar y mucocutánea. Mem. VIII Congr. Mex. Dermatol. Chihuahua, Chih. Méx. 1975, p.723.

Se presenta el caso de un paciente con paracoccidioidomicosis en cavidad oral, escroto y pulmón que fue confirmado encontrando las esporas en las biopsias correspondientes y en el cultivo se aisló paracoccidioides brasiliensis.

(275)

PEREZ-MADRIGAL, J.: Micología 1974 en el Instituto Dermatológico de Guadalajara. Mem. VIII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich.Mex. 1975, p.727.

1.- Topográficamente todas las micosis profundas y superficiales pueden afectar cualquier región.

2.- En el presente trabajo predominó ligeramente el sexo femenino sobre el masculino afectado por algunas micosis.

3.- La evolución en las micosis profundas fue crónica, mientras que en la mayoría de las superficiales, aguda y subaguda y en menor número de casos fue crónica.

4.- Laboratorio: todas fueron comprobadas por estudio micológico principalmente.

5.- Ocupación: Se puede decir que las micosis no respetan ocupación alguna.

6.- El tratamiento se llevó a cabo con los medicamentos específicos en algunos casos y en otros se ensayó más de alguno.

7.- En general se puede decir que el resultado en el tratamiento y curación fue satisfactorio.

8.- Epidemiología: si bien se nota prevalencia en el estado de Jalisco, se debe a que es el lugar en que se encuentra el Instituto Dermatológico; pero se nota además, la influencia que tiene éste sobre los estados vecinos y noroeste de la República."

(276)

ARENAS, R., UGALDE, R. y AVILEZ, F.: Esporotricosis. Algunos datos sobre 45 casos estudiados en el estado de Guanajuato. Mem. VIII Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1975, p.741.

"Se presenta una estadística de 45 casos de esporotricosis estudiados por varios médicos durante 11 años en el estado de Guanajuato.

Se encuentra que el padecimiento es más frecuente en la zona sur del estado, que predomina en hombres y en medio rural. El modo de adquirir la enfermedad es sobre todo por instrumentos punsocortantes y cuando fue por roedores, en nuestro medio fue por ardillas. El complejo linéatico de los miembros fue la variedad más común."

(277)

SAUL, A.: Micetomas en el estado de Chihuahua. Comentario a propósito de un caso defánico por *Streptomyces Somaliensis*. Mem. VIII - Congr. Mex. Dermatol. Morelia, Mich. Méx. 1975, p.751

"Se presenta el caso de un hombre de 25 años, procedente de Ciudad Juárez, Chih., con un micetoma en la cabeza que penetró a la cavidad craneana y a la órbita produciendo santomatología cerebral y ocular. La etiología fue *S. somaliensis* y fue tratado con gantanol trimetoprim y acticonvulsionantes. También se le hizo una craneotomía descompreensiva que dejó paraplejía y afasia de difícil recuperación.

Se comentan aspectos etiológicos y epidemiológicos del micetoma en México haciendo ver lo especial de este caso y la importancia -- del diagnóstico temprano en estos casos para evitar daños irreparables."

(278)

NOVALES, J. y LAVALLE, P.: Micetoma por *Streptomyces Somaliensis* en el estado de Morelos. Dermatol. Rev. Mex. 20(1): 25-33, 1976.

"El micetoma por *Streptomyces Somaliensis* es poco frecuente en México, se conocen no más de 10 casos. Se comenta el caso de un paciente procedente del estado de Morelos, sitio en que es frecuente el micetoma pero donde no se había descrito esta especie ya que se trata de una región de clima húmedo y caliente. Se trata de un hombre de 56 años con un micetoma del pie izquierdo en que por examen micológico e histopatológico se confirmó al *S. Somaliensis* como agente causal. También tenía tuberculosis pulmonar y gran desnutrición lo que originó la amputación del miembro afectado en vista de los pobres resultados terapéuticos."

(279)

HERRERA-DELGADO, H. y BERNAL-FERNANDEZ, G.: Osteomielitis metacarpiana por actinomicosis. Reporte de un caso. An. Ort. Trau. 12 (1):49-54, 1976.

"Se presenta un caso de osteomielitis del quinto metacarpo por actinomicosis. Se hace énfasis en la evolución clínica del padecimiento.

Se expone someramente los tratamientos propuestos por diferentes autores concluyéndose que los reportes sobre Actinomicosis de las extremidades son escasos; no existen parámetros para valorar la buena evolución o mala del proceso."

(280)

FREYERMUT-JIMENEZ, A.: Candida y reactividad cutánea a candidina. - Alergia. Rev. Ibero. Amer. Aler. 23(2):53-86, 1976.

"El autor revisa diversos aspectos de las levaduras y en especial de la *Candida albicans*, como son: datos históricos, taxonomía, morfología, química de la pared celular, y aspectos clínicos.

Se resalta su calidad de oportunista en pacientes con enfermedades sistémicas que reciben antibióticos, corticosteroides o drogas citostática por tiempo prolongado.

Para detectar la candidosis se emplean pruebas inmunológicas como la intradermoreacción que es útil pero no diagnóstica, la fijación de complemento que sí es confiable pero complicada y la reacción de precipitación que es la más sencilla, práctica y con valor diagnóstico.

El objeto del presente estudio, fue valorar la reactividad cutánea inmediata, mediata y tardía a "candidina" en pacientes con enfermedades crónicas. Se estudiaron 195 individuos: 50 con asma bronquial, 50 con tuberculosis pulmonar, 50 embarazadas a término, 15 pacientes neoplásicos y 30 controles sanos, obteniéndose los siguientes resultados: reactividad cutánea positiva de tipo inmediato en 56 casos o sea 28.7%, mediata a las 4 hrs. positiva en 11 casos (5.6%), en la lectura tardía no se observó respuesta, lo que puede significar que la sensibilidad de tipo celular se encuentra deprimida o que no se valoró debidamente, para una mejor exploración intradérmica, se sugiere para el futuro emplear mannan."

(281)

PIZZUTO, J. y CORI, : Micosis oportunistas en hematología. Gac. Méd. Méx. 111:411, 1976.

"Las micosis oportunistas, sobre todo por Candida, son frecuentes en las enfermedades hematológicas, principalmente en las más graves.

Para que el diagnóstico y tratamiento de estas micosis sean eficaces, sobre todo en las candidiasis que son hasta ahora las más accesibles, deben de ser oportunos para que, a través de mejorar las condiciones del huésped se logre la remisión del padecimiento hematológico y se obtenga la mejoría global.

En relación a la aspergilliosis y mucormicosis, es poco lo que se puede comentar, ya que son muy escasas o insuficientes los recursos que existen en la actualidad para establecer su diagnóstico y aún no se cuenta con un tratamiento eficaz.

Se intenta mostrar en este trabajo que la quimioprofilaxis con nistatina bucal, en los candidatos a desarrollar candidosis, puede ser muy útil y es de recomendarse el mayor empleo de este fármaco para que, de la observación de estos resultados, se pueda confirmar o rectificar esta impresión."

(282)

GONZALEZ-OCHOA, A.: Micosis cutáneas. Resumen de diagnóstico y terapéutica. Gac. Méd. Méx. 112:405, 1976.

"Para no presentar sólo una lista de las micosis, al referirnos a su respectiva terapéutica, es conveniente atenerse a la siguiente clasificación que tiene fundamento patogénico, basado en la extraor

dinaria afinidad que muestran los hongos para lesionar el tegumento cutáneo-mucoso y en la manera como se hace esa agresión. Se establecen así tres grupos: I.- Micosis exclusivamente tegumentarias; II.- Micosis inicialmente tegumentarias y III.- Micosis secundariamente tegumentarias.

Se menciona cada una de las micosis correspondientes a cada grupo así como su terapéutica."

(283)

VELASCO-CASTREJON, O. y GONZALEZ-OCHOA, A.: La esporotricosis en un pequeño poblado de la sierra de Puebla. Rev. Inv. Salud Pública (México) 36(3):133-137, 1976.

"Se describen brevemente ocho casos de esporotricosis en una pequeña población de la sierra de Puebla. De estos casos cinco correspondieron al tipo linfagítico, y tres fueron del tipo fijo de los cuales dos correspondieron a la forma clínica verrucosa y el otro a la ulcerosa."

Este pequeño poblado de la sierra de Puebla fue el de Xaltepuxtla, perteneciente al municipio de Juan Galindo, Puebla, Méx. situa do a 2,534 M. sobre el nivel del mar.

(284)

GONZALEZ-OCHOA, A. y VELASCO-CASTREJON, P.: Inoculación primaria - cutánea accidental de coccidioidomicosis a partir de un caso clínico. Rev. Inv. Salud Pública (México) 36(4):227-234, 1976.

"Se hace una breve revisión sobre los casos publicados de coccidioidomicosis cutánea primaria.

Se describe el primer caso ocurrido en México, adquirido a partir de un caso clínico de coccidioidomicosis. Se enfatizan algunos aspectos inmunológicos, sugiriendo la necesidad de un análisis crítico de los conocimientos establecidos, ya que con frecuencia discrepan de lo aceptado.

Por otra parte, los resultados del tratamiento exiguo, con el - que se obtuvo la curación, demuestran el buen pronóstico de la infección primaria cutánea por *C. immitis*, inclusive a partir de la fase esferular."

(285)

MACOTELA-RUIZ, E. y ALVAREZ DE LA ROCHA, J.: Epidemiología y tratamiento de la candidosis. Rev. Méd. I.M.S.S. 15(4):292-301, 1976.

"Un problema muy frecuente de la práctica de la medicina está -- constituido por las diversas formas clínicas de candidosis.

Dado que los microorganismos del género *Candida*, en especial *Candida albicans*, son comensales del hombre que se han aislado hasta en los pliegues cutáneos de las personas sanas, se hizo una revi--

sión de la literatura actual con objeto de conocer: a) sus mecanismos de colonización y su importancia en el desarrollo de la enfermedad, y b) su actividad como agentes oportunistas, en pacientes con ataque al estado general por diversas alteraciones patológicas.

Se observó que *Candida albicans* es frecuente en pliegues cutáneos y mucosa bucal, respiratoria, digestiva y genital, sin que, en contraste, se haya podido encontrar como habitante del aire y del suelo no contaminado con excreta. Se describen sus mecanismos de contaminación en el recién nacido, iniciada por vía bucal, y se analizan los factores que le facilitan pasar desde el comensalismo hasta la actividad patógena, por mecanismos oportunistas. Se comentan las observaciones que se han hecho con respecto a esta micosis en el campo de la inmunología, y se señalan los elementos básicos del tratamiento de esta enfermedad en sus diversas manifestaciones clínicas.

Se concluye que es esencial corregir las condiciones que propician el oportunismo para lograr buenos resultados con las medidas terapéuticas específicas.

Por último, se han reconocido algunos cuadros inmunopatológicos relacionados con la granulomatosa mucocutánea y otras formas generalizadas de esta micosis con lo que se ofrecen esperanzas de métodos terapéuticos más prometedores."

(286)

CHAVEZ-ABREGO, M. y MORENO-ARENAS, G.: Esporotricosis osteoarticular. Rev. Med. Hosp. Gral. (México) 39(9):641-648, 1976.

"La esporotricosis es una micosis ampliamente extendida por el mundo con zonas endémicas en México y ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las micosis profundas. De sus seis formas clínicas, la más frecuente es el complejo cutáneo linfático de las extremidades. La forma diseminada es rara al igual que las formas de evolución espontánea. La diseminación músculo-esquelética es baja (0.09%) y las lesiones se caracterizan por zonas líticas con participación perióstica, subluxaciones y luxaciones. El hueso más frecuentemente afectado es la tibia. Se presentan 2 casos ilustrativos de lesiones articulares, uno en mano y otro en pie."

(287)

GONZALEZ-MENDOZA, A. y GACNA-VAJENCIA, S.: Actinomicosis abdominal. Presentación de 11 casos. Bol. Soc. Mex. (10):83-90, 1976.

"Se presentan once casos de actinomicosis abdominal. Se hace una breve revisión histórica del padecimiento y del agente causal. Se señalan los puntos más sobresalientes en relación con las manifestaciones clínicas y el diagnóstico micológico. Se concluye que el diagnóstico etiológico sólo puede hacerse con el examen histopatológico de la pieza reseca y que es prácticamente imposible establecerlo en ausencia de intervención quirúrgica."

(288)

ARENAS, R., MARRUPO, A. y ROBRIGUEZ-PALENCIA, V.: Tiña de los pies. Aspectos clínicos y micológicos en León, Guanajuato. Dermatol. - Rev. Mex. 21(1):5-11, 1977.

"Se estudiaron 300 personas provenientes del personal de la Inspección General de Policía de la ciudad de León, Guanajuato, México, encontrándose que el 28.3% de las personas era portadoras de tiña de los pies.

El padecimiento predominó entre los 16 a 30 años (48.23%), en la mayoría de los casos se encontró topografía bilateral, sobre todo - en espacios interdigitales. Un alto porcentaje se acompañó de ides, sobre todo en manos. En 92% de los casos se señala la posible fuente de contagio. El cultivo fue positivo en el 78.3%. El agente más frecuentemente encontrado fue el *E. floccosum*, seguido de *T. mentagrophytes*, *T. rubrum*, *M. canis* y *Trichophyton* sp., dato que no concuerda con lo señalado por otros autores."

(289)

PENALOZA, J.A.: Micetoma de la mama por nocardia brasiliensis. Dermatol. Rev. Mex. 21(2-3):232, 1977.

Se reporta el caso de una paciente de 55 años originaria del estado de Veracruz (Chicontepec) campesina que presentó un micetoma - por nocardia brasiliensis en la mama derecha, con una evolución de dos años.

El tratamiento fue a base de diamino difenil sulfona 100 mg. diarios, 6 meses después el proceso había involucionado.

(290)

MACOTELOA-RUIZ, E. y SUAREZ-DE LA TORRE, R.S.: Tiñas. Resumen de - diagnóstico y terapéutica. Gac. Méd. Méx. 113:405-408, 1977.

Se hacen algunas consideraciones generales sobre la enfermedad, en las que se mencionan su clasificación, aspectos clínicos y tratamiento en el que se transcriben algunas fórmulas magistrales.

(291)

LARRACILLA-ALEGRE, J., PORTELLA, S.J. y YIN-WONG, S.: Infección generalizada por candida. Presentación de 19 casos. Salud Pública México. 19(4):543-552, 1977.

"Se revisan los protocolos de autopsias del departamento de patología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (IMMS), de marzo de 1963 a diciembre de 1972. Se encontraron 16 casos de -- Candidosis sistémica, habiéndose revisado los expedientes clínicos y los hallazgos histopatológicos, tratando de hacer una correlación clinicopatológica con los hallazgos de laboratorio y gabinete.

Trece fueron del sexo masculino (68.42%) y 10 fueron desnutridos graves. Doce fueron menores de un año de edad. Se comprobó la existencia de diversos factores descritos como favorecedores para el de

sarrollo de las micosis sistémicas como estancia prolongada, enfermedades caquetizantes y anergizantes, empleo de antimicrobianos, de catéteres, etcétera.

El laboratorio y gabinete en general no fueron de utilidad en el diagnóstico, pero el hallazgo de un hongo en cualquier examen, en pacientes severamente infectados de evolución crónica, obliga a investigar esta entidad. El cuadro clínico y los hallazgos posmortem concuerdan con lo publicado por diferentes autores. Se hacen consideraciones superficiales sobre tres pacientes que cursaron con Candidosis sistémica y que evolucionaron en forma satisfactoria."

(292)

BERUMEN-CERVANTES, U., RODRIGUEZ-CORREA, M., MENCHACA-CASTRO, S. y CAL Y MAYOR-SAUZE, O.: Algunos conceptos sobre la actinomicosis pélvica. Sem. Méd. 92(8):233-236, 1977.

"Es de creerse que la actinomicosis pélvica tienda a ocurrir más frecuentemente en México con el incremento en el uso del dispositivo intrauterino y el número de intervenciones quirúrgicas practicadas. Existen varios mecanismos de transmisión del hongo, pero se está de acuerdo en que el mejor tratamiento es la excisión de las lesiones y la administración de un curso prolongado de penicilina a dosis elevada, lo que por suerte se hace en la práctica aunque sea de modo empírico. Se sugieren algunas medidas para evitar la enfermedad y se advoca una cooperación más estrecha con el patólogo."

(293)

LATAPI, F., RODRIGUEZ, O. y NOVALES, J.: Mycetoma pseudonodule. Proceedings of the XV International Congress of Dermatology, México 1977 p. 663-665.

El autor se refiere a lo impropio de llamarle nódulos a los levantamientos pequeños en el orificio de salida de las fistulas del micetoma, ya que no existe un nódulo en el sentido ortodoxo, puesto que no hay realmente un granuloma.

El autor al igual que algunos autores franceses cree que el término mamelón es un buen nombre.

(294)

ALVARADO, R.L.: Inmunidad celular en pacientes con micetoma por *Nocardia brasiliensis*. Tesis de posgrado Dermatología, C.D.P. México, D.F. 1978.

Se hace una revisión del tema, resaltando las características de la *N. brasiliensis*.

Se estudiaron 7 pacientes, 6 del sexo masculino y 1 del femenino entre 18 y 51 años de edad, 4 con localizaciones en miembro inferior y 3 en el dorso; 6 pacientes presentaron lesiones osseas, 6 eran campesinos y 1 dedicada a labores domésticas, 3 de ellos sin tratamiento y 4 con algún tratamiento anterior.

A la prueba de nocardia 6 fueron positivos y 1 negativo. Los 7 - fueron positivos a la varidama. Ninguno de los pacientes presentó - transformación blástica con el antígeno de nocardia brasiliensis, - la respuesta a la filohemaglutinina fue normal en 5 pacientes y ne- gativa en 2, a la concanavalina solamente respondieron 2 pacientes y el resto fue negativo. Con el M.I.F. solamente respondieron 2 pa- cientes con más del 20% de inhibición y el resto fueron negativos.

(295)

ZAVALA-VELAZQUEZ, J. y REYES, P. A.: Enfermedad de Lobo (lobomico-- sis) Primer caso mexicano. Dermatol. Rev. Mex. 22 (1):5-12, 1978.

"Se presenta el primer caso mexicano de enfermedad de Lobo (lobomicosis). Se trata de un paciente masculino de 62 años nacido y residente en Tabasco de ocupación agricultor y con una evolución del padecimiento de 20 años. Presentó lesiones nodulares de aspecto que loide, una en la extremidad superior derecha (cara externa del brazo) y varias confluentes en la extremidad inferior izquierda que -- comprometían todo el dorso del pie y toda la pierna hasta el muslo. El estudio histopatológico demostró marcado engrosamiento de la dermis y externa infiltración de células gigantes multinucleadas que -- contenían en su interior numerosas estructuras levaduriformes. Con tinción de Grocott se observó claramente que las estructuras en numerosas ocasiones estaban unidas por medio de una formación tubular formando cadenas. No se logró cultivar el hongo. Se intentó tratamiento con radioterapia sin resultados favorables y posteriormente se administraron sulfas de acción intermedia por cinco meses al cabo de los cuales se suspendió por presentar el paciente insuficiencia funcional hepática. Se hace hincapié en la similitud de las características ecológicas del sitio de residencia del paciente con las zonas reportadas centro y sudamericanas en las que se ha demostrado este tipo de micosis y se sugiere la posibilidad de la existencia de otros casos."

(296)

COLINABARRANCO, G.M., MORENO-TURBAY, F. y GOMEZ-MANSILLA, E.: Actinomicosis visceral. Caso clínico y revisión de la literatura. -- Prensa Med. Mex. 43(102):37-41, 1978.

"Se presenta el caso clínico de una paciente en el segundo decenio de la vida, con un padecimiento de tres meses de evolución, localizado en el abdomen, cuyo diagnóstico se efectuó mediante el estudio anatomopatológico de una tumoración en la fosa iliaca derecha, al encontrarse actinomicosis, variedad abdominal.

Posteriormente a su tratamiento médico con penicilina, los estudios urológicos mostraron hidronefrosis bilateral. Ante la negativa de los familiares del paciente para realizar cirugía curativa, - los esfuerzos médicos han sido satisfactorios.

La revisión de la literatura nos corrobora lo difícil que es este diagnóstico clínico en la gran mayoría de los casos, subrayando el valor de la microbiología para su detección.

El tratamiento médico ofrece un alto porcentaje de curación, pero las complicaciones mecánicas, que son del dominio de la cirugía, no son modificables con el tratamiento habitual, como en el caso -- presente."

(297)

MANCILLAS, J.: Micetoma de granos negros por *Madurella mycetomi*. -- Comunicación preliminar de un caso del estado de Coahuila, México. Dermatol. Rev. Mex. 22(3):226-231, 1978.

"Este trabajo se refiere a un micetoma en mano derecha, de 20 -- años de evolución en un hombre de 40, originario del estado de Coahuila, México. Se aisló como agente causal un hongo de granos negros: *Madurella mycetomi*. Se trató con cirugía y anfotericina B intravenosa con buenos resultados. Se acuerda la rareza de micetomas eumicéticos en México."

(298)

ACEVES-ORTEGA, R.: Micetoma. Análisis de 140 casos estudiados en la ciudad de Guadalajara, Jal., México. Dermatol. Rev. Mex. 22(3): 199-225, 1978.

"Se estudiaron 140 casos de Micetoma por *M. brasiliensis* en Guadalajara, México. Los datos epidemiológicos concuerdan con los obtenidos en otros sitios del país. El 78% en hombres, el 76% entre 16 y 50 años de edad, la mayoría campesinos, la evolución entre 1 y 10 años en 88%, y localización en miembros inferiores en 71%. En cuanto al tratamiento se mencionan la diamino difenilsulfona y la sulfonamida de acción prolongada asociada trimetoprim."

(299)

MACOTELA-RUIZ, E., LOPEZ-MARTINEZ, R., GONZALEZ-MENDOZA, A., SOBERANES-VALENZUELA, G. y SUAREZ-DE LA TORRE, R.: Tinea nigra. A propósito de un caso diagnosticado como melanoma de diseminación superficial. Prensa Med. Mex. 43(3-4):110-112, 1978.

"Se informa de un caso de tinea nigra localizada en la planta -- del pie y cuyo diagnóstico inicial fue el de melanoma de diseminación superficial. El estudio micológico comprobó el diagnóstico dermatológico de tinea nigra por *Cladosporium Werneckii*.

(300)

AGUILAR-TORRES, F.G., RYTEL, M.W., PAPPAGIANIS, D. y JACKSON, L.: - Counterimmunoelectrophoresis as a rapid screening test in coccidioidomycosis. Rev. Invest. Clin. Mex. 30:247-251, 1978.

"Se usó la técnica de contra-immunoelectroforesis para el diagnóstico de la coccidioidomycosis en 38 pacientes con esta enfermedad los resultados que se obtuvieron fueron comparados con los obtenidos con la técnica de doble difusión, estudiándose el suero o líquido cefalorraquídeo. En 35 pacientes (92%) se encontró una reacción positiva con los dos métodos. No se observaron reacciones falsas positivas en el estudio de 10 pacientes con otro tipo de enfermedades micóticas, en el suero de 10 sujetos normales.

El tiempo necesario para el desarrollo completo de la reacción - cuando se usó la técnica de contra electroforesis fue de 90 minutos. Con la técnica de doble-difusión las reacciones positivas se observaron en un periodo de 24 a 72 horas.

Los resultados obtenidos con la técnica de contraelectroforesis fueron tan sensibles y específicos como los observados con la técnica de doble-difusión. La disminución en el tiempo necesario para el desarrollo de la reacción y la oportunidad de titular los niveles - de anticuerpos, hacen que la técnica de contra electroforesis sea - preferida sobre la técnica de doble-difusión en el diagnóstico de - la coccidioidomicosis activa."

(301)

ALCARAZ-MEDRANO, G.: Bacterias asociadas en Micetomas. Tesis de post grado., Centro Dermatológico Pascua, 1979.

Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de Micetoma en el Centro Dermatológico Pascua.

No obstante ser pequeña la casuística se concluye:

"Que los enfermos que la padecen se encuentran en la mayoría de - los casos en fases avanzadas del padecimiento, en condiciones hasta cierto punto invalidantes y con lesiones óseas las cuales requieren hospitalización y tratamiento médico prolongado durante meses.

Es también importante y digno de señalarse que la flora microbiana asociada predominante de cocos Gran positivos, intervienen de manera directa invalidando la actividad de las lesiones o bien potenciando la acción patógena del hongo; en esta forma el organismo sufre impacto de una nueva flora microbiana de evidentes efectos nocivos."

(302)

LACAYO-LOSA, G.N.: "El tapiz". Una nueva técnica micológica. Tesis de posgrado, Dermatología, C.D.P., S.S.A. México, D.F., 1979.

Se hace una revisión de las tiñas y de sus características micológicas y de su tratamiento.

Se describe el método del tapiz, se aplica en 100 casos de 142 - llegados a la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua, con el diagnóstico de tiña del cuerpo, de la ingle, de la cabeza, de -- los pies y de las uñas. Se excluyeron 42 casos por no ser confirmados por laboratorio. 92 era hombres, 5 gatos y 3 perros. Se les -- practicó examen directo, cultivo habitual y el método del tapiz. -- Como tapiz se utilizó, alfombra "luxor" montada en una trama de fibras vegetales en cuadrillos de 6X6 cm.

En los 8 casos de animales el tapiz fue positivo, de las 29 tiñas de la cabeza 26 fueron positivas con el tapiz, 21 positivas con el cultivo, y 23 al examen directo. De los 5 querion de celso todos fueron positivos con el tapiz. 4 con el examen directo y 3 con

el cultivo habitual.

De las 24 tiñas secas, 3 fueron negativos con el tapiz, 6 al examen directo, y 11 con el cultivo.

De las 37 tiñas de la piel lampiña, 28 fueron positivos con el tapiz, 18 con el cultivo y 15 con el Examen directo. De las 24 tiñas de la ingle, 22 fueron positivos con el tapiz, 18 con el cultivo y 19 con el examen directo. De las 14 tiñas de los pies, 12 fueron positivos con el tapiz, 6 con el cultivo y 11 al examen directo

El diagnóstico inicial correspondió al final en el 93% de los casos ya que 7 casos fueron candidosis.

Se sugiere el método del tapiz por fácil de practicar, seguro, de bajo costo y muy útil para el dermatólogo que va a la provincia.

(303)

ZAMAYANA-RUIZ, P.: Tiña inguinal corticoestropeada. Tesis de Posgrado. Centro Dermatológico Pascua, 1979.

Se hacen algunas consideraciones sobre la tiña inguinal y este--roides tópicos; se describe la frecuencia de la tiña de la ingle en C.D.P. en los últimos 5 años.

Se estudiaron 30 pacientes del C.D.P. de 1978 y 1979 con el diagnóstico de tiña inguinal corticoestropeada y otros 10 pacientes con tiña inguinal sin corticoestropeo. 35 fueron masculinos y 5 femeninos.

Predominó la forma bilateral, en el 50% se afectó el escroto, el pliegue glúteo estuvo afectado en 7 casos con corticoestropeo y 1 sin corticoestropeo.

La lesión que predominó fue el eritema pues se encontró en 30 -- casos, de estos 11 presentaron eritema violáceo, seguido por el bor de activo y escamas. 11 pacientes con corticoestropeo tenían lesiones satélites, igual número presentó estrías. Todos los casos presentaron tiña de los pies.

Todos los casos fueron positivos al examen directo. En 38 casos el epidermofito encontrado fue *T. rubrum* y en 2 casos el *E. floccosum*.

El miconazol y el clotrimazol proporcionaron una más corta evolución que los toques yodados.

(304)

SANTIAGO, D., LAVALLE, P. y ARENAS, R.: Un caso de coccidioidomicosis cutánea crónica infantil. *Dermatol. Rev. Mex.* 23(1):83-87, - 1979.

Se comunica un caso de coccidioidomicosis que afecta piel, articulación de la rodilla derecha, quedando anquilosada, ataque a la mastoide derecha con repercusión en su función adutiva, en un niño de 7 años de edad en aparente buen estado general que nació y siempre ha vivido en los Mochis, Sanaloa, México.

(305)

CARRADA-BRAVO, T.: La Coccidioidomicosis en México. Gac. Méd.Clf. - I.M.S.S. 2(3):9-10, 1979.

Se hacen algunas consideraciones generales de la enfermedad.

Se mencionan los estados de México en donde se han reportado casos y donde se ha encontrado reactividad cutánea a la coccidioidina, así también los estados en donde se consideran libres de coccidioidomicosis.

Se hace referencia a los métodos de diagnóstico y las otras enfermedades en las que destaca la tuberculosis, con las que hace el diagnóstico diferencial.

Finalmente se refiere a la Anfotericina B como un medicamento -- que se ha empleado con éxito aunque produce efectos tóxicos indeseables con frecuencia.

(306)

GONZALEZ-BENAVIDEZ, J., MAYSEN, G.C. y GONZALEZ, G.J.: Tinea cruris. Su relación con la ropa interior. Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver., México, 1979, p.169.

"Respecto a la evolución clínica de nuestros pacientes, desde el momento en que se inició el tratamiento, hasta su curación, fue de 3 a 6 semanas, tomándose exámenes micológicos de control al finalizar el tratamiento, dejando pasar de 2 a 4 semanas sin tratamiento y resultando negativos el crecimiento del hongo en todos los casos.

Tomando en cuenta que en el presente estudio se encontró que el 68% de los pacientes con tinea cruris acostumbraban usar ropa interior ajustada y de material sintético, es de tomarse en cuenta que en los climas cálidos, se recomienda el uso de ropa interior no ajustada al cuerpo."

(307)

AQUINO, M.A.: Tiña imbricada en el estado de Chiapas, Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. México, 1979, p.189.

"Se estudió cuatro pacientes nuevos de tiña imbricada, en el estado de Chiapas, originarios de Tolbilja Mpio. de Oaxaca, comprobados micológicamente, tratados con griseofulvina 500 mg. al día, notándose la mejoría entre los cinco a ocho días de iniciado el manejo, dos pacientes presentaron recidiva por insuficiencia de tratamiento, en principio se les volvió a instalar y no han vuelto a presentar el cuadro."

ARENAS, R., LAVALLE, P., PEBALLOZA, A., y AQUINO, M.A.: Micetomas -- múltiples por nocardia Brasiliensis. Estudio de dos casos. Mem. IX Congr. Méx. Dermatol. Veracruz, Ver. México, 1979 p.197-202.

"Los casos que estudiamos tienen en común el sexo masculino y la edad de 23 años, aunque en uno el tiempo de evolución es de 2 años (empezó a los 21) y el otro de 5 años (empezó a los 18), en ambos casos la enfermedad se ha limitado a estructuras superficiales y el estudio micológico en las diferentes lesiones de ambos pacientes -- mostró granos muy pequeños (30-40 micras) polilobulados, amarillentos, blandos y con clavos, aislándose el mismo agente causal: N. -- Brasiliensis. La respuesta al tratamiento fue satisfactoria. La forma de diseminación sigue sin explicarse, lo más probable es la inoculación múltiple, pues ambos pacientes por su ocupación y lugar de procedencia están más expuestos al agente causal, sin embargo no -- pueden descartarse las metástasis linfáticas o hematógenas a partir de una primera lesión exógena.

Los micetomas antes de la pubertad son raros, se ha pensado en -- un factor hormonal que condiciona la resistencia en la niñez y su -- receptividad después de la pubertad.

La mayor frecuencia actual de estos casos se debe probablemente al mejoramiento de los medios de comunicación y de los procedimientos diagnósticos, tanto clínicos como de laboratorio, y aunque muchos aspectos patogénicos permanecen en la obscuridad, el mayor conocimiento de estas formas ha cambiado el pronóstico, las mismas ya que, con un tratamiento adecuado se logran óptimas curaciones auténticas."

WELSH, O. y GARZA, O.A.: Epidemiología de candida y dermatofitos en Monterrey, Nuevo León. Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, -- Ver. Méx. 1979, p.208.

"Se estudiaron 410 cepas aisladas de pacientes con dermatomicosis, 85 de ellas fueron candida y 325 dermatofitos.

Las cepas de candida fueron aisladas de candidosis cutánea en 75 casos y de mucosas afectadas en 10 casos. Las especies aisladas nos confirmaron que *C. albicans* predomina en este tipo de infecciones -- con un 75% del total, mientras que *C. tropicalis*, *C. Krusei* y *C. -- stellatoidea* forman parte del 20.2% restante.

En dermatofitos en general la cepa más frecuentemente aislada -- fué *T. rubrum* con 55.8% y *T. tonsurans* con 25.85%, *T. mentagrophytes* con 7.3% y *M. canis* con 6.4% el total de estos hongos constituyen el 94.5% del total de nuestros casos.

En los diferentes tipos de tiñas se observaron variaciones en los agentes causales donde tenemos que el 91.3% de tinea capitis es producida por *T. tonsurans* y *M. canis*.

En tinea corporis el 96% es causada respectivamente por *T. tonsurans*, *T. rubrum*, *M. canis* y *T. mentagrophytes*.

En tinea cruris el 74.3% lo origina *T. rubrum*, el resto es producido por *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes* y *E. floccosum*.

El 74.8% de las tiñas de los pies es causada por *T. rubrum* y el resto por *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans* y *E. floccosum*.

En onicomicosis *T. rubrum* ocupa el 72.5% seguido de *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans* y *E. floccosum* que suman el 27.5% restante.

Se puede apreciar que algunos de nuestros resultados van de acuerdo con los reportados por otros autores en el país existiendo algunas diferencias en la estadística de regiones afectadas como en la Ingle donde *E. floccosum* ocupa un cuarto lugar en nuestra casuística."

(310)

WELSH, O.: Epidemiología de los micetomas en Nuevo León. Mem. IX -- Congr. Mex. Dermatol., Veracruz, Ver., Méx. 1979, 231-242.

"En el período comprendido de 1969 a 1979, 178 casos de micetoma con examen micológico y anatomopatológico han sido estudiados en el Departamento de Dermatología del Hospital Universitario y el Laboratorio de Micología de la Facultad de Medicina, U.N.A.L.

El análisis de estadístico de estos pacientes nos reveló que es la primera micosis profunda en el estado de Nuevo León. La especie más frecuentemente aislada fue *N. Brasiliensis* (87%), seguida por *A. Maduræ* (5.7%), *M. Mycetemi* (2.8%), *N. Asteroides* (1.7%), *A. Peltitri* (1.12%), *S. Somaliensis* (1.12%) y *Cephalosporium* (0.56%).

La enfermedad predominó en hombres en proporción de 2 a 1. La edad de los pacientes fluctuó entre los 4 y 75 años de edad, la mayor incidencia en la segunda década de la vida con un 26.4% y el período de los 11 a los 40 años comprendió el 68% de nuestros casos. La ocupación de ama de casa ocupó el primer lugar seguida por la de estudiantes, Sulfametoxazol y trimetoprim fué el tratamiento de elección en nuestros pacientes que podían comprarlo, el resto se trató con D.D.S. y/o Sulfametoxipiridazina. En 7 casos se dió tratamiento con varios medicamentos y aunque los resultados preliminares parecieron satisfactorios, la evaluación terapéutica final necesita de mayor casuística y tiempo. En cuatro de nuestros casos se practicó la amputación quirúrgica."

(311)

CHAVEZ, R.M.: Micetoma en el estado de Oaxaca. Mem. IX Congr. Méx. Dermatol. Veracruz, Ver., México, 1979, p.253-258.

"Se hace la comunicación de 52 pacientes con micetoma en el estado de Oaxaca, los cuales se han estudiado en un período de cinco años, lapso que comprende de 1974 a 1978 inclusive. Se describe la

topografía y el hallazgo del agente causal. Predominó como productor de las lesiones la *Nocardia Brasiliensis*.

El estudio incluye la comprobación del diagnóstico hecho por el laboratorio clínico. El tratamiento se hizo con Diamino Difenil Sulfona, confirmando que los pacientes que tenían una evolución corta, obtuvieron la curación y a uno solamente de tales pacientes hubo de efectuarse la amputación del miembro pélvico derecho en vista de que no se obtuvo respuesta a la terapia y el estado general del enfermo era muy precario."

(312)

CARMONA, B.P.: "Coccidioidomicosis" Revisión del material de anatomía patológica. Hospital General de especialidades del I.M.M.S. en Monterrey, Nuevo León. Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver., México, 1979, p. 291.

Se revisa el material anatómico existente sobre coccidioidomicosis en el departamento de anatomía patológica del hospital de Especialidades del I.M.M.S. en Monterrey, Nuevo León.

Se encontraron 66 casos quirúrgicos y 3 de autopsia. Datos que no reflejan la frecuencia real del padecimiento.

Por el material obtenido se demostró que afecta a todos los órganos de la economía, aunque al igual que otros autores, consignan -- que la mayor parte se encuentran en pulmones, piel y cerebro.

La edad y sexo no parece alterar la frecuencia ya que afecta todas las edades. En nuestros casos la mayor frecuencia se observó entre la segunda y quinta décadas. No es estadísticamente la frecuencia por sexos.

En todos los casos pueden simular otros padecimientos principalmente la tuberculosis.

En los tres casos de autopsia fué de localización multivisceral y con participación meningoencefálica."

(313)

LEON, D.G.: Los Micetomas en el Hospital General de México. Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver., 1979, p. 300

"Se revisan las características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de 169 casos de micetomas comprobados por laboratorio y/o histología, vistos durante un período de 10 años (1967 a 1976) en el servicio de Dermatología del Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Se analizan la evolución y tratamiento médico quirúrgico, ortopédico o de rehabilitación de algunos casos. Se comparan los casos estudiados con las series de micetomas reportados por otros autores."

De este trabajo sólo se publicó el resumen.

(314)

LATAPI, F., y ARENAS, R.: Quilitis Micasea por *C. Albicans*. Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. 1979, p.310.

Se comunica el caso de un paciente del sexo masculino de 28 años de edad, con una dermatosis localizada a labios, constituida por egcamas y costras que forman membranas de aspecto "micaseo", respetando las comisuras y la mucosa oral. El estudio micológico demostró *C. Albicans*. Se inició tratamiento con unguento de nistatina, observándose asintomático 11 semanas después, se añadió al tratamiento, fomentos con acetato de aluminio.

(315)

WELSH, O.: Micetoma de la cabeza por *S. Somaliensis*. Mem. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. 1979 p. 314.

Se reporta el caso de un paciente del sexo femenino de 30 años de edad con diagnóstico de Micetoma de los tejidos blandos y huesos frontal y parientales causados por *S. Somaliensis*.

Se trató inicialmente con Sulfametoxazol y trimetoprim y con Dimetilsulfoxido, la evolución no fue satisfactoria ya que presentó compresión cerebral que requirió craneotomía, así mismo se practicó biopsia de corteza cerebral que a la tomografía axial computarizada se manifestaba como una zona de alta densidad, sin que se encontrara infiltrados o estructuras micóticas.

Su manejo posterior fue a base de Isonazida, terraciclina y estreptomycin, manteniéndose asintomática; un nuevo estudio de tomografía axial computarizada mostró una zona de alta densidad menor que la anterior, por lo que se espera más tiempo para reconstrucción de la calota.

(316)

LOPEZ, E. y ARENAS, R.: Micetoma diseminado por nocardia brasiliensis sulfonoresistente tratado con rifampicina. IX Congr. Mex. -- Dermatol. Veracruz, Ver. 1979. p.321.

Se reporta el caso de un paciente masculino de 36 años de edad - originario y residente de Jicotepec, Morelos, con diagnóstico clínico y micológico de micetoma por nocardia brasiliensis en región inguinal y suprapúbica y miembro inferior izquierdo, de doce años de evolución.

Se trató inicialmente con sulfonas y sulfametoxazol-trimetoprim, - tomándolo en forma irregular durante 10 años, posteriormente recibió Isoniazid, sulfametoxipiridazina sin ningún resultado.

Finalmente fué tratado con rifampicina 600 mg. al día, siete meses después se observó mejoría del 70% de las lesiones dermatológicas.

(317)

DECELIS, B.O. y PEREZ, E.: Esporotricosis linfangítica infantil, IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. 1979. p. 327.

Se reporta el caso de un paciente femenino de 5 años de edad originaria y radicada en San Juan Acateno, Puebla, con diagnóstico clínico y micológico de Esporotricosis linfangítica infantil en miembro superior derecho, de 3 meses de evolución.

Fue tratada con yoduro de potasio 1 gr. al día por una semana - posteriormente 2 gr. al día. 4 meses después se da de alta por curación.

(318)

ARISPE, L.: Comunicación de un caso de cromblastomicosis por fonseca pedrosoi. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. 1979, p.330

Se reporta el caso de un paciente masculino de 55 años de edad. Originario de Villa de Hidalgo, San Luis Potosí (México), con diagnóstico de cromblastomicosis en el pabellón auricular izquierdo, - con evolución de 7 años.

La biopsia reportó cromblastomicosis, el examen directo mostró abundantes estructuras compatibles con esclerotes de Medlar. En el cultivo a los tres meses se aisló un hongo con las características de Fonseca pedrosoi.

Se trató con isoniacida y anfotericina B sin resultados satisfactorios. Se propone tratamiento quirúrgico que no se había realizado al momento del reporte.

(319)

MANCILLAS, E.O.: Histoplasmosis. Reporte de un caso. IX Congr. Dermatol. Veracruz, Ver. 1979. p. 342.

Se reporta el caso de un paciente masculino adulto que presentaba una dermatosis en región perianal constituida por una úlcera de 4 cm. de diámetro, piel seca y descamación furfuracea con 6 meses de evolución y antecedente de histoplasmosis en el lecho de una muela 4 años antes y diabetes mellitus no controlada.

La biopsia reportó histoplasmosis y en el cultivo se aisló histoplasma capsulatum. Se manejó con anfotericina B, no se reporta la evolución.

(320)

LOPEZ, M.R.: Diagnóstico de laboratorio de la candidosis. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. 1979. p. 392.

Se comenta la importancia del diagnóstico por laboratorio de esta micosis que si bien es oportunista, puede causar la muerte.

Examen en fresco: no se recomienda y puede tener valor en un exu

dato vaginal, líquido cefalorraquídeo, exudado peritoneal, orina, etc.

Protis: es el método más apropiado para la observación de candida en todos los productos patológicos, pues la presencia de pseudomicelios apoya más el concepto de patogenicidad de candida.

Cultivos: existen otras especies de levaduras que pueden crecer en los medios de cultivo y que para diferenciarlas son necesarios métodos bioquímicos.

Histopatología: esta técnica tiene su mayor utilidad en el diagnóstico de candidosis de órganos profundos, aunque el inconveniente es que no siempre se puede realizar biopsias a estos órganos.

Procedimientos inmunológicos: las técnicas más usadas en la práctica son la reacción de inmunofluorescencia, la reacción en agar y la reacción de contraelectroforesis.

Se concluye que no es suficiente un solo procedimiento de laboratorio sino la correlación de 2 ó más aunados a los datos clínicos y factores de oportunismo.

(321)

ACEVES-ORTEGA, R.: Pitiriasis Versicolor. Mem. IX Congr. Méc. Dermatol. Veracruz, Ver. Méc. 1979. p. 399.

Se hace una exhaustiva revisión del tema, en el que se menciona la sinonimia, la definición, aspectos históricos en los que se mencionan los diversos nombres del agente causal, datos epidemiológicos mundiales y de México, aspectos de la etiología y patogenia en la que esta última es aún desconocida, manifestaciones clínicas en la que la forma clínica más frecuente en México en la hipocromiástica, diagnóstico, así como los métodos de laboratorio para el diagnóstico, finalmente se hace referencia a los múltiples tratamientos existentes.

(322)

ARENAS, R.: Micosis superficiales (mema redonda) Tiñas: diagnóstico tratamiento. IX Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver., Mex. 1979, p. 418.

Se menciona que el "arsenal terapéutico" la morfología clásica de las tiñas se ha modificado haciendo en ocasiones imposible su reconocimiento.

Las de la cabeza se confunden con la dermatitis seborreica, las de la cara con lupus sistémico, en el cuerpo en ocasiones son indistinguibles del granuloma anular, eccematides o eritema anular centrifugo; en la ingle, distinguir una tiña de una candida puede ser un reto para el clínico. La tiña de la mano es frecuentemente manejada como acrodermatitis continua o como eccema dishidrótico. En los pies las tiñas vesiculares son idénticas a la candidosis.

En la cabeza la presencia de pelos parasitados confirman el diagnóstico, en las del cuerpo los filamentos al examen directo; en cambio en las axilas pliegues submamarios, ingles, manos y pies solo la presencia de blastosporas. La gran cantidad de filamentos al examen directo es casi patognomónico de la tiña imbricada.

En el laboratorio de micología del Centro Dermatológico Pascua - en los últimos 3 años se observó en primer lugar la tiña de la cabeza seguida por la de la ingle, cuerpo, pies y uñas. Los agentes aislados en orden decreciente fueron los siguientes: *T. rubrum*, *M. canis*, *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes*, *E. floccosum*, *M. gypseum*, *T. violaceum* y *T. concentricum*.

Tratamiento. Se hace una breve revisión de los siguientes antimicóticos. La griseofulvina, el tolnaftato, los imidazoles, haloprogin, la pirrolitrina, el iconazol y el ketoconazol.

(323)

GARCIA-JARAMILLO, J.A.: Micetoma de abdomen por nocardia brasiliensis. IX. Congr. Mex. Dermatol. Veracruz, Ver. p. 426, 1979.

Se reporta el caso de un paciente masculino de 23 años de edad - originario de Reforma Alamos, Ver. con diagnóstico clínico y micológico de Micetoma en abdomen por nocardia brasiliensis.

El tratamiento fue a base de trimetoprim-sulfametoxazol a dosis de cuatro tabletas al día.

INDICE POR TEMAS.

MICETOMAS: 3, 17, 21, 24, 36, 39, 44, 45, 48, 50, 57, 62, 73, 76, -
95, 100, 105, 112, 113, 116, 120, 124, 126, 128, 134, 136, 143,
144, 145, 147, 148, 155, 161, 172, 173, 175, 176, 178, 180, 183,
188, 191, 192, 196, 199, 204, 207, 211, 213, 214, 215, 220, 222,
224, 227, 232, 233, 234, 236; 241, 243, 245, 249, 250, 251, 252,
259, 262, 268, 277, 278, 289, 293, 294, 297, 298, 301, 308, 310,
311, 313, 315, 316, 323.

MICOSIS SUPERFICIALES: 1, 2, 3, 6, 9, 12, 15, 16, 22, 23, 29, 55, -
67, 71, 75, 78, 79, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 101, 105, 106, -
108, 109, 125, 133, 137, 138, 152, 162, 165, 168, 177, 180, 182,
184, 186, 190, 206, 208, 217, 218, 238, 240, 248, 258, 260, 263,
267, 288, 290, 299, 303, 306, 307, 309, 321, 322.

ESPOROTRICOSIS: 4, 16, 28, 31, 38, 40, 43, 72, 82, 84, 93, 97, 99,
105, 115, 116, 117, 118, 130, 132, 146, 154, 156, 157, 159, 163,
175, 189, 202, 203, 210, 221, 234, 259, 276, 283, 286, 317.

COCCIDIOIDOMICOSIS: 10, 11, 26, 31, 32, 33, 42, 49, 50, 52, 53, 56,
94, 97, 98, 104, 123, 129, 151, 166, 170, 171, 175, 185, 187, -
193, 195, 195, 220, 231, 235, 254, 259, 284, 300, 304, 305, 312.

CRONOMICOSIS: 13, 14, 30, 74, 91, 97, 105, 135, 150, 160, 164, 169,
175, 201, 209, 212, 220, 223, 225, 226, 269, 318.

CANDIDIASIS: 19, 22, 51, 60, 65, 66, 141, 181, 194, 205, 220, 229,
244, 257, 261, 264, 280, 291, 309, 314, 320.

HISTOPLASMOSIS: 27, 31, 32, 34, 46, 52, 69, 70, 102, 107, 139, 140,
149, 187, 319.

BLASTOMICOSIS SUDAMERICANA: 37, 68, 122, 153, 158, 174, 175, 197, -
198, 255, 274.

BLASTOMICOSIS NORTEAMERICANA: 8, 54.

ACTINOMICOSIS: 7, 142, 230, 279, 287, 292, 296.

MICOSIS PULMONARES: 31, 77, 246.

RINOSPORIDIOSIS: 41, 179.

INDICE POR TEMA (2).

CRUPTOCOCOSIS: 121.

ASPERGILIOSIS: 244.

NOCARDIOSIS: 119.

LOBOMIOSIS: 295.

ASPECTOS GENERALES: 20, 25, 35, 47, 58, 61, 63, 64, 96, 97, 103, --
110, 127, 131, 150, 175, 200, 216, 219, 228, 237, 239, 242, 256,
266, 270, 271, 272, 273, 275, 281, 282, 302.

INDICE POR AUTORES.

ABBUD, O.A.: 114.
 ACEVEZ-ORTEGA, R.: 88, 112, 203, 216, 220, 226, 259, 298, 327.
 AGUILAR-TORRES, F.: 300
 AHUMADA-PADILLA, M.: 73, 76, 85, 106.
 ALARCON, G.D.: 70.
 ALCALA, R.S.: 167, 168.
 ALCARAZ-MEDRANO, G.: 301
 ALVARADO, R.L.: 294.
 ALVAREZ-CHACON, R.: 242.
 ALVAREZ-DE LA ROCHA, J.: 285.
 ALVAREZ-MORALES, H.: 194, 246.
 ANCONA, A.A.: 240.
 AQUINO, M.A.: 307, 308.
 ARANDA, R.B.: 52.
 ARELLANO, O.F.: 209, 225.
 ARENAS, R.: 276, 288, 304, 308, 314, 316, 322.
 ARIAS-LUZARDO, J.: 127.
 ARISPE-AYALA, P.: 238.
 ARISPE, L.: 318.
 ATALA, A.: 165.
 AVILEZ, F.: 276.
 AYALA, G.: 116
 BARANDA, F.: 48.
 BARRIA-RUBIO, J.: 87, 117, 167.
 BEIRANA, L.: 79, 101, 120, 122.
 BENS, M.C.: 244.
 BERNAL-FERNANDEZ, G.: 279.
 BERUMEN-CERVANTES, V. 292.
 BELLAK, G.: 173.
 BOJALIL, M.: 145
 BRAVO-BERNABE, P.: 245
 CAL Y MAYOR-SANS, O.: 292
 CAÑAS, E.: 223
 CASERES, M.: 32.
 CARDONA, A.: 53.
 CARMONA, B.F.: 312.
 CARMONA, D.: 75
 CARO-BENAVIDEZ, I.: 156.
 CARRADA-BRAVO, T.: 305.
 CARRASCO, A.: 191.
 CARRILLO-RODELO, C.: 157.
 CASTILLO-NAVA, J.: 77
 CASTRO-BERNAL, E.: 159
 CASTRO-VARGASVILA, M. 222
 CERBON, J.S.: 200
 CHAVEZ-ABREGO, M.: 286.
 CHAVEZ, R.M.: 311.
 CICERO, R.E.: 2, 3, 8, 10.
 COLINA BARRANCO, G.M.: 296
 COLORADO-IRIS, R.: 50
 CONTRERAS-CARRANZA, J.: 26
 CORONA, C.S.: 138.
 CORTES, L.L.: 265.
 CORTES, R.: 41
 CUEVA-PAZ, A.: 212.
 CUEVA, V.J.: 244.

INDICE POR AUTORES (2).

- CU-QUI, L.E.: 175.
 DE ALBA-CAMPOS, F.: 187.
 DECELIS, B.O.: 317.
 DE LA GARZA, S.: 42, 265.
 DE LEON-CABALLERO, R.: 78.
 DEL VALLE, J.: 110.
 DIAZ-ANCONA, E.: 185.
 DIAZ-MIRON, V.: 125, 251, 285, 274.
 DOMINGUEZ, L.: 60, 65, 68, 132, 198.
 DOMINGUEZ, O.: 177.
 DONIA-CHAVEZ, M.: 235.
 ESCALONA-PEREZ, E.: 12, 197.
 ESQUIVEL-MEDINA, E.: 32, 37.
 ESTRADA-BILLO, C.: 90, 208.
 FARIAS, A.G.: 5.
 FARIAS-RODRIGUEZ, J.: 71, 89.
 FERNANDEZ-DE CASTRO, J.: 224.
 FERNANDEZ, D.: 233.
 FERNANDEZ-DIEZ, J.: 197.
 FERNANDEZ-LIRA, D.: 193, 265.
 FREYERMUT, J.A.: 280.
 PUENTES, E.: 83.
 GAMEZ, R.H.: 171.
 GAONA-VALENCIA, S.: 287.
 GARCIA-ARTEAGA, J.: 257.
 GARCIA-FUENTES, L.: 137.
 GARCIA-JARAMILLO, J.: 323.
 GARCIA, M.P.: 39, 115.
 GARCIA, R.: 166.
 GARZA, O.A.: 309.
 GAYON, J.P.: 4.
 GERMES-LEAL, O.: 114.
 GOMEZ-ARROYO, S.: 247.
 GONZALEZ, A.A.: 211.
 GONZALEZ, A.: 83, 117.
 GONZALEZ-BENAVIDEZ, J.: 30, 41, 72, 81, 98, 123, 152, 206, 235, 236, 237, 254, 306.
 GONZALEZ, G.J.: 306.
 GONZALEZ-MENDOZA, A.: 264, 287, 299.
 GONZALEZ-OCHOA, A.: 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 37, 40, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 56, 57, 58, 59, 60, 53, 64, 65, 66, 67, 73, 82, 85, 86, 102, 103, 106, 107, 128, 139, -- 140, 141, 154, 163, 188, 189, 194, 195, 214, -- 215, 228, 260, 266, 267, 268, 270, 282, 283, -- 284.
 GONZALEZ-URUEÑA, J.: 1, 6, 9.
 GUERRA, G.C.: 256.
 GUERRERO, M.: 211.
 GUERRERO, S.J.: 91.
 HERNANDEZ-CARRAJAL, B.: 176, 245.
 HERNANDEZ, P.E.: 50.
 HERRERA-BARRAGAN, R.: 133.
 HERRERA-DELGADO, H.: 279.
 HUERTA, M.A.: 196.
 JARAMILLO, O.: 160, 169.
 LACAYO-LOZA, G.M.: 377.

INDICE POR AUTORES (3).

- LARA-AGUILERA, R.: 242.
 LARA-ORTIZ, V.: 142.
 LARRACILLA-ALEGRE, J.: 291.
 LATAPI, F.: 38, 95, 105, 109, 113, 122, 126, 136, 146, 155, 232, --
 293, 312.
 LAVALLE, P.: 29, 36, 61, 80, 90, 93, 94, 111, 118, 121, 124, 126, -
 130, 134, 135, 147, 148, 161, 178, 180, 180', 182, 183,
 196, 202, 204, 205, 213, 217, 218, 221, 230, 234, 243,
 247, 253, 263, 269, 278, 304, 308.
 LEON, D.G.: 313.
 LEPE-SANTANA, G.: 248.
 LICONA, J.M.: 46
 LOPE, R.: 239.
 LOPEZ, E.: 316.
 LOPEZ-MARTINEZ, R.: 240, 248, 261, 272, 299, 320.
 MACHORRO, A.: 199
 MACOTELA-RUIZ, E.: 57, 60, 143, 144, 149, 177, 211, 239, 240, 248, -
 285, 290, 299.
 MADRID, G.: 31, 104.
 MALACARA, M.: 223
 MAGAÑA, M.: 100, 101, 197.
 MANCILLAS, S.: 206.
 MANCILLAS, E.J.: 297, 319.
 MARQUEZ-ITURRIBARRIA, F.: 71, 89.
 MARRUFO, A.: 288
 MARTINEZ-BAEZ, M.: 13, 27, 54, 131.
 MARTINEZ, C.: 217.
 MAYORGA, C.: 250.
 MAYORGA-LOEZA, J.: 150, 218.
 MAYSEN, G.G.: 306.
 MEDINA-RAMIREZ, M.: 174.
 MEDINA-RAMOS, M.: 201.
 MENCHACA-CASTRO, S.: 292.
 MENDIOLA, R.: 41, 46.
 MENDIVIL, B.O.: 163, 169.
 MILLAN, G.J.: 36, 185.
 MINOR, A.: 213.
 MONJARDIN, S.: 166.
 MONROY-ALVARADO, G.: 246.
 MORENO, A.: 25.
 MORENO-ARENAS, G.: 286.
 MORENO-TURBAY, F.: 296.
 NARVAEZ-DE LEON, T.: 254.
 NAVARRO, B.E.: 244
 NOGUERA, M.: 218.
 NOVALES, J.: 74, 79, 97, 118, 119, 121, 170, 180, 207, 221, 278, --
 292.
 NUÑEZ-ANDRADE, R.: 55, 190.
 OLIVARES, F.X.: 250.
 OROZCO-VICTORIA, C.: 45, 67, 260.
 ORTIZ, Y.: 84, 113, 126, 227, 232.
 PENICHE, J.: 124, 213, 230, 253.
 PEÑALOZA, J.A.: 289, 308.
 PEREZ, E.: 317,
 PEREZ-MADRIGAL, J.: 275
 PEREZ, S.G.: 87, 168.

INDICE POR AUTORES (4).

PEREZ-TAMAYO, R.: 83.
 PERRIN, T.G.: 11, 27.
 PIÑEYRO, A.: 252.
 PIEZUTO, J.: 281.
 PORTALES, A.: 166.
 PORTILLA, S.: 291.
 PRIETO, I.: 7.
 RAMIREZ, J.: 99.
 RAMIREZ, R.V.: 18.
 RAMIREZ-SOLTERO, R.: 218, 249.
 RAMOS-AGUIRRE, C.: 151.
 REYES-MOTA, A.: 54.
 REYESM P.A.: 295.
 RICALDE-GAMBOA, A.: 185.
 RODRIGUEZ-CORREA, M.: 292.
 RODRIGUEZ, O.: 92, 293.
 RODRIGUEZ-PALENCIA, V.: 288.
 RODRIGUEZ-QUINTANILLA, M.: 42.
 ROMO-DIEZ, X.: 62, 96.
 ROMO, V.B.: 23.
 ROSALES, P.S.: 199.
 ROSILES, H.: 49.
 RUILOBA, J.: 21, 22.
 RUIZ-AGUILAR, B.: 249.
 RUIZ-GODOY, V.: 230.
 RUIZ, H.: 199.
 RUIZ-MALDONADO, R.: 217, 218, 229, 258, 273.
 SALAS, M.M.: 185.
 SALAZAR, M.L.: 180.
 SALINAS, R.: 123.
 SANDOVAL, M. de los A.: 19, 20, 25, 35, 51, 59, 63, 103.
 SANTIAGO, D.: 304.
 SARMIENTO, R.: 177.
 SAUL, A.: 84, 108, 124, 147, 153, 158, 162, 169, 180, 181, 182, 192,
 233, 241, 262, 271, 277.
 SERRANO, J.: 262.
 SHIELS, J.: 44.
 SLIM, VO.: 52.
 SOBERANES-VALENZUELA, G.: 299.
 SOTO-FIGUEROA, E.: 281.
 SOTOMAYOR, C.: 104.
 SOTO-PACHECO, R.: 40.
 SUAREZ-DE LA TORRE, R.: 290, 299.
 TAMAYO, L.: 214, 258.
 TORRES, E.A.: 104.
 UGALDE, R.: 276.
 VALLE-MEZA, J.: 117, 171.
 VARGAS, S.: 119.
 VAZQUEZ-HOYOS, A.: 47.
 VAZQUEZ, P.: 44.
 VAZQUEZ, V.: 258.
 VEGA-NÚÑEZ, J.: 129, 179, 205.
 VELAZCO-CASTREJON, O.: 267, 283, 284.
 VELAZQUEZ, E.: 247.
 VELAZQUEZ, T.: 53.
 VERDUZCO, E.: 166.

INDICE POR AUTORES (5).

VERDUZCO, G.E.: 231.

VERUT, D.: 121.

VICTORIA, R.V.: 199, 209.

WELSH, O.: 235, 236, 238, 252, 309, 310, 315.

YERMENOS, P.: 241.

ZALDIVAR, B.P.: 210.

ZAMANCONA-RUEZ, P.: 303.

ZAVALA-VELAZQUEZ, J.: 295.

ZENTERO, J.: 262.

ZERMENO, C.: 123

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

- 1.- Se realizó una revisión bibliográfica sobre Las Micosis en México de 1900 a 1979.
- 2.- Se revisaron trescientos veinticuatro trabajos publicados por autores mexicanos en revistas nacionales y extranjeras, memorias de congresos, libros etc... realizándose un breve resumen de cada una de estas publicaciones.
- 3.- Ciento ochenta y cinco publicaciones correspondieron a trabajos originales, cien a casos clínicos y cuarenta y dos a trabajos de difusión.

De estos trabajos ochenta y cinco correspondieron a Micetomas, sesenta y seis a Micosis Superficiales, treinta y nueve a Esporotricosis, - treinta y nueve a Coccidioidomicosis, veintitrés a Cronomicosis, veintiuno a Candidosis, quince a Histoplasmosis, once a Blastomicosis Sudamericana y dos a Norteamericana, siete a Actinomicosis, tres a Micosis Pulmonares, dos a Rinopsporidiosis, uno a Aspergilosis, uno a Criptococosis, uno a Lobomicosis, uno a Nocardiosis y treinta y tres a los aspectos generales.

- 4.- Los autores más prolíficos fueron: el Dr. Antonio González Ochoa con - sesenta y cinco publicaciones, el Dr. Pedro Lavalle con cuarenta y una publicaciones y el Dr. Amado Saúl con diecisiete.
- 5.- Entre las principales aportaciones de la micología Mexicana destacan, en orden cronológico las siguientes:

La fijación de la dosis de siete mg. por Kgr. de peso de Acetato de - talio sin efectos tóxicos para el tratamiento por depilación de las - tiñas de la cabeza.

El empleo de las Sulfonas en el tratamiento de los micetomas.

La prueba intradérmica para el diagnóstico de la Esporotricosis así - como su clasificación.

Las características epidemiológicas de la Histoplasmosis en México.

Las casuísticas sobre los Micetomas en México.

- 6.- México es un país en el que existen, con alguna rara excepción, todas las micosis humanas hasta ahora descritas, por lo que en el futuro, - nuevas publicaciones sobre los diversos aspectos de estos padecimientos, reforzarán o modificarán el conocimiento hasta ahora obtenido, - sobre este interesante y muy mexicano grupo de enfermedades.