

## *Corticoesteroides y tuberculosis pulmonar*

Por el Dr. CARLOS ORTEGA VACA<sup>(12)</sup>

El advenimiento del A.C.T.H. y los esteroides suprarrenales, ha beneficiado indiscutiblemente a la patología pulmonar más que a ninguna otra. Su acción antialérgica, antiinflamatoria, antifibroblástica y las modificaciones que produce en la respuesta del tejido mesenquimatoso frente a cualquier tipo de agente patógeno, VA?<sup>®</sup>,<sup>8,7</sup> ha determinado que su uso se generalice a tal extremo que se peca por el abuso de los mismos y en más de una oportunidad con resultados funestos, sobre todo cuando se los usa liberalmente, frente a cualquier otro proceso, sin tener cuidado de efectuar un control pulmonar previo.<sup>s-9><sup>10</sup></sup>

Los que trabajamos en patología torácica, hemos tenido ocasión de ver reactivaciones de lesiones tuberculosas desconocidas y aún conocidas, por el uso de corticoides, sin la adecuada protección o estudio.

*Tinnerhoff, Schwabe y Dobstadt*<sup>11</sup> en una revisión de la literatura mundial a este respecto, sumada a su experiencia concluyen que los corticoides usados sin protección de tuberculostáticos pueden dar los siguientes resultados:

- a) Pasar de una infección tuberculosa a una tuberculosis activa;
- b) De nodulos tuberculosos no detectados clínica ni radiológicamente, pasar a una tuberculosis diseminada;

- c) De una tuberculosis de nodulos submiaras, rápidamente a una tuberculosis pulmonar gaseosa y;
- d) De nodulos calcificados, a una reactivación.

De ahí la necesidad de no usar corticoides sin un control pulmonar previo y estudio clínico del caso supuesto no tuberculoso.

Pero debemos anotar al iniciar estas líneas que el uso de corticoides debidamente empleados en tuberculosis pulmonar ha tenido en muchas ocasiones respuestas terapéuticas no solamente exitosas sino espectaculares. Estos hechos son importantes si consideramos que actualmente, en nuestro medio, la tuberculosis pulmonar constituye aún un serio problema epidemiológico.

Recordamos que en los albores de la hormona corticotrófica y las experiencias con los corticoesteroides, se hablaba de formal contraindicación de su uso en tuberculosis pulmonar, por favorecer su diseminación. No obstante, la observación clínica posterior ha sido amplia y en todos los casos con éxito, ya que no se encuentra contraindicación formal alguna y sí más bien se aconseja su uso, siempre y cuando sean competentemente administrados. Sin embargo, hay quienes aún se muestran más o menos conservadores, no obstante las múltiples

<sup>11</sup> Trabajo presentado en el XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional, celebrado en La Habana del 23 al 26 de febrero de 1966

<sup>12</sup> Ex-Médico Cirujano del Servicio de Neumología y

Cirugía del Hospital "Amalia Simoni", Camagüey, Cuba. Médico-Cirujano del Hospital Antituberculoso "Luis F. Fuentes", Holguín, Oriente, Cuba.

experiencias dadas a conocer mundialmente por las más diversas Escuelas y Centros Médicos (pie se dedican a la materia como *Crofton*, de Edinburgo; *Mitchell* de Estados Unidos de Norte América; *Morland*, de París y *Klebanov* de la Unión Soviética; para citar a los más representativos.

*Morland*,<sup>12</sup> afirma que la asociación de corticoesteroides con las drogas anti-tuberculosas favorecen un gran número de casos de tuberculosis pulmonar, como también se deben más bien al mal uso de los corticoides o su asociación tuberculostática.

La asociación de corticoides en pacientes tuberculosos que reciben un tratamiento específico eficaz, no tiene riesgo de ninguna naturaleza incluyendo etapas operatorias de los misinos.<sup>13,14</sup>

La experiencia soviética también es amplia al respecto tanto clínica como experimentalmente y así lo indica *Klebanov*,<sup>12</sup> cuando afirma que el uso de los corticoides está indicado en los casos de alergia a las drogas, así como en las infecciones tuberculosas hiperérgicas con gran manifestación inflamatoria, en la mesoadenitis tuberculosa, en la tuberculosis de las serosas, intestinal y de vejiga.

En los casos de tuberculosis miliar o formas severas y graves de tuberculosis pulmonar, se han reportado experiencias del uso de corticoides calificándolas de "salvadoras", como lo hemos tenido oportunidad de observar en nuestros casos. Igualmente, se observa el cierre de cavernas que no respondieron primitivamente al tratamiento habitual empleado<sup>11</sup> o en estudio comparativo realizado al tratamiento sin corticoides.<sup>1,3,15</sup>

*Katz y Gordillo*,<sup>10</sup> consideran que los corticoides han entrado finalmente a constituir parte del tratamiento de la

tuberculosis, estableciendo las siguientes indicaciones precisas:

1. Tuberculosis pulmonar: a) Formas hematógenas miliares, b) 1 tuberculosis agudas, hronconeumónicas, ulcerocaseosas, que ponen por su extensión en peligro la vida, c) Formas severas que obedecen mal a los antibióticos o recidivantes en el curso de un tratamiento correctamente conducido.
2. Tuberculosis pleural: Pleuresías agudas, pleuresías subagudas y crónicas, pleuresías del neumotorax intrapleurales, pleuresías asociadas a lesiones pulmonares.
3. Adenitis tuberculosas: Adenopatías cervicales, mediastinales e biliares.
4. Tratamientos de lesiones bronquiales y laringeas.
5. Tratamiento de derrames peritoneales tuberculosos.
6. Tratamiento de pericarditis tuberculosa.
7. Tratamiento de meningitis tuberculosa.
8. Tratamiento para eliminar la alergia y la intolerancia a los antibióticos.
9. Tratamiento del eritema nodoso, sea o no su etiología fímica.

De lo anotado se puede fácilmente comprender que la aplicación de los corticoides en tuberculosis pulmonar y extrapulmonar es más amplia de lo que habitualmente se piensa o se cree, por lo menos en nuestro medio, no obstante existir su indicación<sup>17</sup> y al tiempo de asociarnos a las indicaciones anteriores permitimos adelantar que consideramos, además, que el uso de corticoesteroides en tuberculosis pulmonar es muy útil y beneficioso en todos los casos que no han sido objeto de tratamiento especí-

fico anterior alguno, cualquiera que sea la forma o estado del proceso pulmonar tuberculoso.

Las mayores experiencias se reportan en relación al uso de corticoesteroides y diversas formas de asociación de Isoniacida, Estreptomina y Acido paraaminosalicílico. En general, un buen uso de estas asociaciones ha dado siempre resultados muy favorables comparativamente a los casos donde no se usaron los corticoides,<sup>1,3,5,7,15,16,17,20,21</sup> mostrando regresión clínica y radiológica rápida, mejorando aún las lesiones laríngeas,<sup>19</sup> bronquiales o de otro tipo que pudiera existir en el curso de la enfermedad tuberculosa.<sup>4,7,20</sup> También ha sido observada esta evolución experimentalmente.<sup>24</sup>

La asociación de corticoesteroides con la Cicloserina exclusivamente ha resultado favorable, aunque no tanto como la Isoniacida.<sup>25</sup> Por otro lado la asociación de Pirazinamida y corticoides y diferentes asociaciones con Isoniacida, Estreptomina y Acido paraaminosalicílico, la que mejor respuesta da, será la asociación de corticoides, Isoniacida y Pirazinamida.<sup>25</sup>

En cuanto a la hormona adrenocorticotrófica (A.C.T.H.) y la cortisona diremos que ha caído en desuso por las complicaciones secundarias que trae consigo su aplicación (eritema, hirsutismo, acné, desequilibrio electrolítico del sodio, potasio y cloruros, etc.), para dar paso a la Metacortandracina (prednisona) y la Metacortandralona (prednisolona) y luego a todos sus derivados como ser la Triamcilonolona (flúor prednisolona), la Metilprednisolona, la Dexametasona, Betametasona, Parametasona y la Fluocinolona, que prácticamente han eliminado los efectos secundarios y permiten su manipulación con mayor margen de seguridad.

Las dosis usadas de estos preparados han sido muy variables en cantidad y tiempo, fluctuando de 0.5 a 1 mlgr. por kilo de peso y por día tratándose de la Prednisolona o su equivalente en los demás corticoides y en tiempo variable de 15 días hasta 3 ó 4 meses, con el cuidado de ir disminuyendo lenta y gradualmente la dosis de corticoides al tiempo de salir de su uso.

Nosotros consideramos que una de las mejores asociaciones es la corticoesteroides y la triple asociación de tuberculostáticos y esta es la pauta que hemos seguido durante nuestra observación que a continuación señalamos:

#### MATERIAL Y METODOS

Fueron observados y tratados 21 enfermos en la Sala "G" (hombres) del Hospital "Amalia Simoni", de Camagüey, cuyas edades estaban comprendidas entre los 16 y los 58 años, con predominio de los 35 años de edad.

El motivo de su ingreso se resume así:

	Enfermos
a) Consulta voluntaria por presentar patología broncopulmonar de tipo gripal .....	13
b) Ingreso de urgencia por ser portadores de tuberculosis pulmonar avanzada severa y/o hemoptisis .....	3
c) Por hallazgo radiofotográfico .	4
d) Por presentar patología abdominal, pesquisado por radiografía de rutina .....	1
Total .....	21

Todos fueron diagnosticados como tuberculosis pulmonar activa entre moderada y avanzada y algunos cavitaria, con predominio exudativo franco.

Todos los enfermos de los grupos a), b) , c) y d) fueron atendidos y tratados por neumopatía banal con antibióticos de amplio espectro y sistemáticamente no menos de 10 días hasta 3 meses, antes de ser ingresados en nuestra Sala. Excepto a dos enfermos del grupo c) que no hicieron tratamiento por ser aparentemente sanos y totalmente asintomáticos con lesiones moderadas y el único caso del grupo d) que fue tratado por sintomatología abdominal que desapareció al tratamiento específico empleado.

Un caso avanzado bilateral presentaba, además, laringitis tuberculosa y otro que ingresó de urgencia con tuberculosis miliar confluyente que presentaba un meníngeo con delirio, alucinaciones y discreto Kerning, siendo el enfermo de 56 años de edad. Finalmente, tres casos ingresados de urgencia por hemoptisis y con lesiones avanzadas y severas.

Como se puede observar no se seleccionó el material de observación y solamente se tomaron en cuenta dos aspectos de la enfermedad: que los enfermos no hubiesen recibido anteriormente tuberculostáticos y que las lesiones fuesen predominantemente exudativas, aunque existiera gran componente fibroso que denunciase se tratase de reactivaciones de un tuberculoso antiguo no tratado.

El método terapéutico seguido ha sido uniforme y prácticamente igual en los 20 pacientes y en la forma siguiente:

Isoniacida 450 mlgrs. diarios.  
Estreptomina 1 gr. diario.

Acido paraminosalicílico 10 grs. diarios y la asociación de corticoesteroides que en nuestra experiencia fue la Prednisona, administrándose de entrada 30 mg. a) día en tabletas de 5 mlgrs. en 3 tomas, durante 5 días, luego se disminuye 5 mlgrs. cada 5 días manteniendo la dosis de 15

mlgrs. hasta cumplir el mes. Diez miligramos diarios el 2do. mes y cinco miligramos el 3er. mes para retirar los corticoides. Pasados los tres meses se sigue la misma dosis de Isoniacida y PAS y se baja la Estreptomina a 1 gr. dos veces por semana.

Hemos creído prudente, además, añadir a los 3 ó 5 primeros días de tratamiento, Penicilina de acción lenta, 400,0 U.I. cada 24 hrs. en forma "profiláctica", ante la posibilidad de la existencia de cualquier proceso inflamatorio de otra naturaleza, que pudiera haber pasado desapercibido al examen clínico general efectuado por nosotros.

El control de los enfermos era estrecho y diario tanto clínico como radiológico (fluoroscopia) tomándose una radiografía mensual para los efectos del control del tratamiento. Las pruebas habituales de laboratorio en sangre y orina se hacían cada semana.

Finalmente, el tiempo de observación fue de un promedio de 9.5 meses de evolución y tratamiento comprendido entre febrero de 1964 y junio de 1965.

#### RESULTADOS

La evolución de los 21 casos fue con sorprendente regresión en el primer mes de evolución con una limpieza de las lesiones radiológicas en no menos del 50% llegando en dos casos a un 90% uno de predominio exudativo y otro de tuberculosis miliar (Figs. 1, 2, 3, 4, 5 y 6).

La regresión de los síntomas fue rápida en los casos que los presentaban y cabe mencionar particularmente el caso único de tuberculosis miliar confluyente y síndrome meníngeo que ingresó muy grave, regresando el cuadro meníngeo al tercer día para ser asintomático al término de la semana de tratamiento (Figs. 3 y 4).

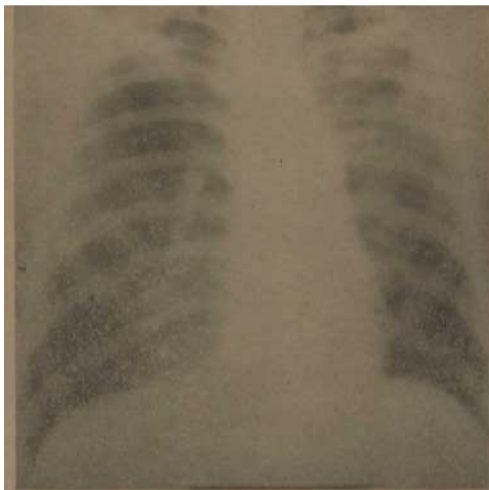


Fig. 1.—C. V. T. Hist. Cl. 20391 TB. Pulmonar avanzada, bilateral, cavitaria izquierda. Radiografía de fecha 14-IV-64.

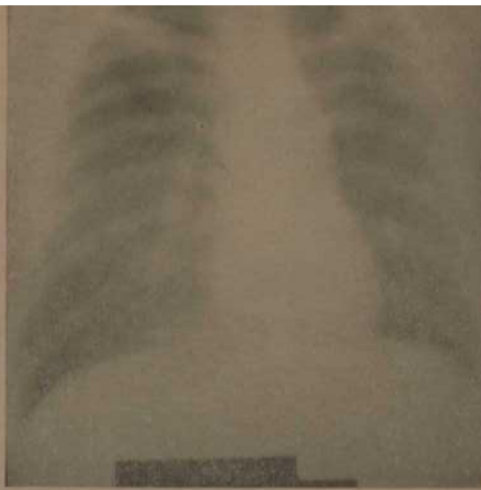


Fig. 2.—El mismo caso anterior, en fecha 20-V-64, mostrando regresión de un 80% de sus lesiones.

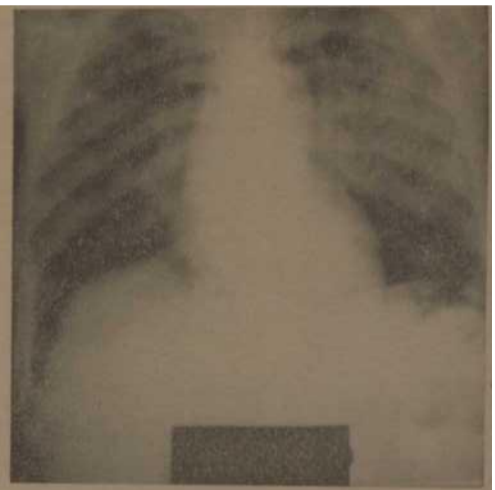


Fig. 3.—M. R. S. Hist. Cl. 22847 Tuberculosis pulmonar miliar confluyente bilateral y síndrome meníngeo, en fecha 1-IX-64. . . .



Fig. 4.—El mismo caso el 16-X-64. Regresión clínica total y limpieza pulmonar completa, con pequeños nódulos residuales que persisten al alta en fecha 10-II-65.

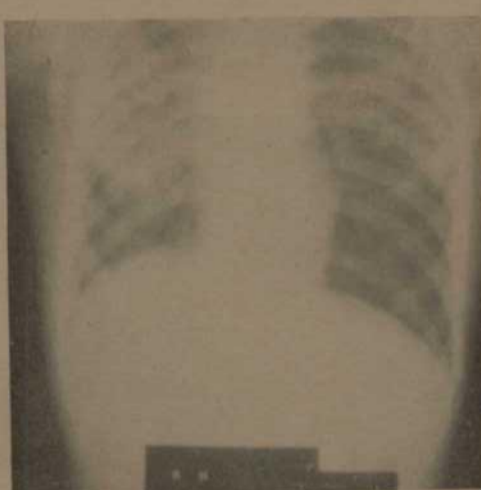


Fig. 5.—I. A. A. Hist. Cl. 22791. TB. pulmonar, avanzada, excavada izquierda, Síndrome impregnotóxico grave que cede al 5to. día.

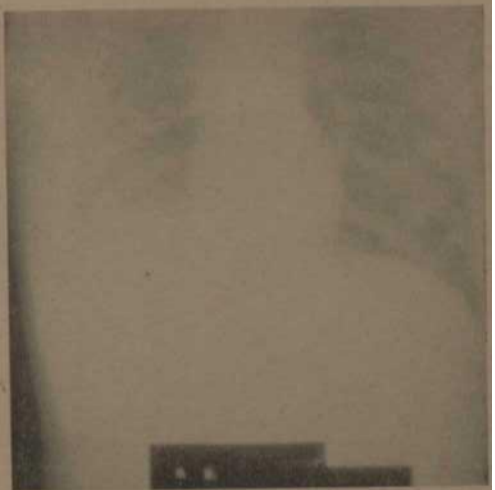


Fig. 6.—El mismo caso con regresión amplia de lesiones radiológicas amplia de lesiones radiológicas al mes de tratamiento.

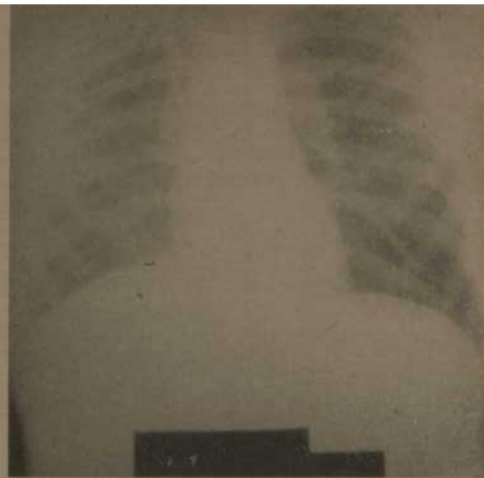


Fig. 7.—A. E. D. Hist. Cl. 20050. TB. pulmonar, avanzada, bilateral cavitaria derecha (10-III-64).

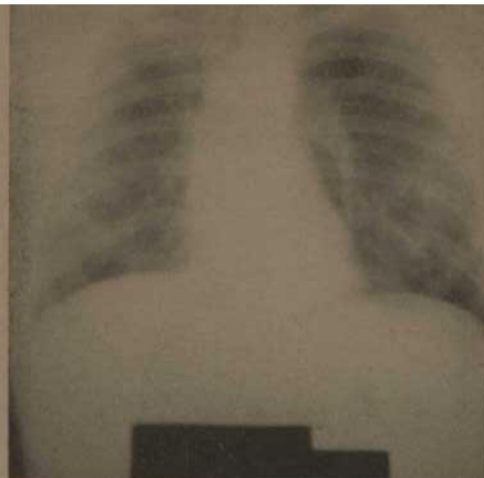


Fig. 8.—El mismo caso con regresión amplia y cierre de la cavidad (26-V-64).

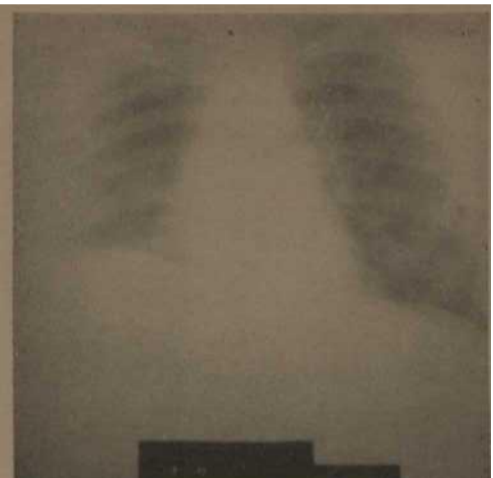


Fig. 9.—El mismo caso (30-IV-65) después de lobectomía S. D. que se practicó el 25-IX-64.

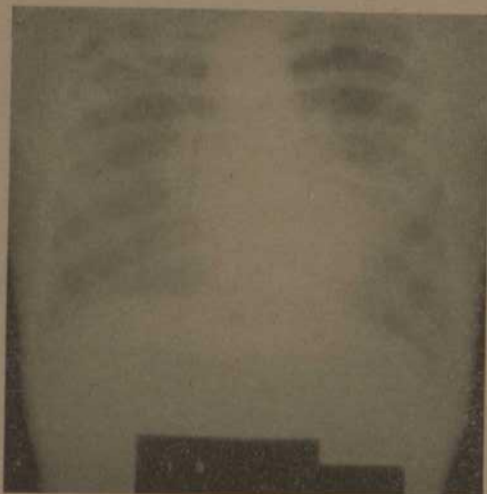


Fig. 10.—J. A. B. Hist. Cl. 20331. TBP. Av. Cav. P. D. Hemoptisis (9-III-64). Ingreso de urgencia.

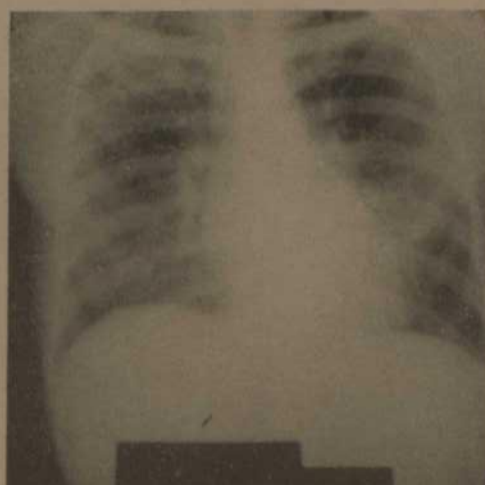


Fig. 11.—El mismo caso (17-IV-64). Gran regresión de lesiones en el primer mes y la hemoptisis controlada rápidamente (4 días).



Fig. 12.—El mismo caso 28-VII-64. Regresión de lesiones en un 90%.

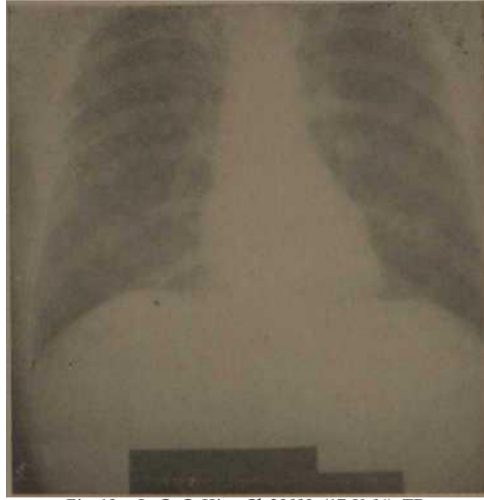


Fig. 19.—L. G. G. Hist. Cl. 20680. (17-V-64). TB. pulmonar moderada bilateral.

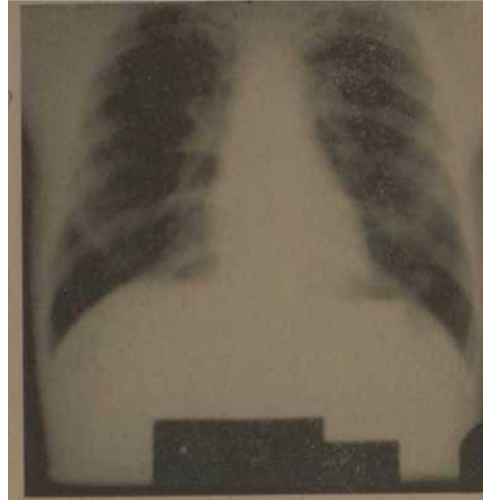


Fig. 20.—El mismo caso el 31-VIII-64, con limpieza casi total de sus lesiones.

Durante el segundo y tercer mes de tratamiento, la regresión fue amplia, pero con tendencia a disminuir en su intensidad y no tan franca como en el primer mes. Al terminar los 90 días de tratamiento, la regresión fue no menor del 70% y el 100%, o sea limpieza total, incluyendo cierre de cavernas (Figs. del 6 al 20).

A partir del cuarto mes, la regresión es como sucede habitualmente.

De esta forma, con un promedio de 9.5 meses de hospitalización, de los 21 enfermos tratados, fueron dados de alta nueve, con lesiones de aspecto residual, para seguir tratamiento dispensarial de consolidación; diez pacientes quedaron aún hospitalizados y dos fueron dados de alta por abandono del Hospital en los que se observó, sin embargo, la misma regresión rápida inicial.

Durante la evolución del tratamiento se normalizó rápidamente la eritrosedimentación, cuando ésta era alta y no hubo ninguna alteración en sangre y orina.

Como *complicaciones* anotaremos dos casos de acné moderado en la región dorsal y que fueron controlados fácilmente con 5 y 7 días de penicilinoterapia.

Si analizamos comparativamente a los enfermos tratados en nuestra experiencia y los tratados sin corticoides, podemos concluir que la respuesta que se consigue al mes y a los tres meses de tratamiento con corticoides, corresponde a un tratamiento bien conducido no menor de tres a nueve meses, respectivamente, sin corticoides.

#### CONCLUSIONES

1. Fueron observados y tratados 21 pacientes, hombres, portadores de tuberculosis pulmonar moderada y avanzada, de predominio exudativo.
2. El método terapéutico fue: Isoniacida 450 mlgrs., Estreptomina 1 gr. y Acido paraminosalicílico 10 grs. diarios y asociación de corticoesteroides (Prednisona) 30 mlgrs. diarios, disminuyendo la dosis cinco

inlgrs. cada cinco días, para mantener en 15 mlgrs. al día, hasta completar un mes. Luego, 10 mlgrs. el segundo mes y 5 mlgrs. durante el tercer mes, para luego dar tuberculostáticos exclusivamente a partir del cuarto mes en la forma habitual.

3. La regresión de lesiones fue sorprendente y no menos de un 50% en el primer mes, para llegar entre el 70% y el 100% en el tercer mes.
4. La regresión habitualmente lograda en tres meses de tratamiento sin corticoides, corresponde a lo obtenido en el primer mes de tratamiento con corticoides.
5. Al haber regresión lesional rápida, las secuelas de orden fibroso y sus consecuencias se reducen considerablemente.
6. Por el momento creemos que, además de los casos establecidos donde se pueden usar corticoesteroides, pueden usarse sin riesgo alguno en toda tuberculosis pulmonar que no haya recibido tratamiento específico alguno, independientemente de la forma anatomopatológica que se presente, siempre y cuando haya algún componente exudativo.

#### SUMMARY

Twenty one male patients with moderate and advanced pulmonary tuberculosis of exudative predominance were observed and treated.

The therapeutic regimen was: isoniazid 450 mlgs., streptomycin 1 gr. and para-aminosalicylic acid 10 grs. daily, and the association of corticoids (prednisone) 30 mlgrs. daily, reducing every five days 5 mlgrs. and maintaining 15 mlgrs. daily for a month. During the second month 10 mlgrs. Later, 5 mlgrs. daily during the third month. Tuberculostatics were applied in the fourth month.

The regression of the lesion was surprising. It was more than a 50% the first month and between 70% and 100% in the third.

The regression usually obtained in three months of treatment without corticoids is equal to the one obtained during the first month of treatment with corticoids.

The fibrous sequelae and its effects decrease when the lesion regression is fast.

The authors believe that corticoids can be used in any case of pulmonary tuberculosis who has not received a specific treatment for the disease, but there must be always some exudative component.

#### RESUME

Vingt et un malades ont été observés et traités; tous étaient hommes qui avaient tuberculose pulmonaire modérée et avancée de type exudatif.

Le régime thérapeutique fut: Isoniazide 450 mlgrs., Streptomycine 1 gr. et Acide para-amino-salicylique 10 grs. chaque jour et une association de corticoïdes (prednisone) chaque jour réduisant la dose 5 mlgrs. chaque 5 jours, pour la maintenir en 15 mlgrs. chaque jour jusqu'à un mois. Le second mois 10 mlgrs. et pendant le troisième 5 mlgrs. Dans le quatrième mois on applique exclusivement tuberculostatiques en la forme habituelle.

La regression de lésions fut surprenante. Dans le premier mois regression réduisit plus d'un 50% pour atteindre entre 70% et 100% dans le troisième mois.

Habituellement la regression obtenue pendant trois mois du traitement sans corticostéroïdes correspond au résultat



obtenido en el primer mes de tratamiento con corticosteroides.

Quando existe regresión lesional rápida, las secuelas de orden fibroso y sus consecuencias disminuyen considerablemente.

Nos creyons que, en outre des cas

établis où Ton peut employer corticostéroïdes, ils peuvent être appliqués sans risque en toute tuberculose pulmonaire que n'ait pas reçu aucun traitement spécifique, indépendamment de la forme anatomie pathologique présentée quand il y existe toujours quelque composant exsudatif.

#### BIBLIOGRAFIA

1. — *Sabljica, B. and Mrkovčić, M.*: (\*) *Tuberkolosearzt*, May, 1961, 15: 325-330, "Treatment of Recent Tuberculous Cavity with Anti-mycobacterial Therapy and Prednisone", *The American Review of Respiratory Diseases*, Vol. 85: No. 4, pp. 619, April, 1962.
2. — *Lima Filto, M. J. de; Perjeito, J. B.; Da Silveira, J. C.; Fragoso, E. B. y Pao-lini, F. S.*: (\*) *Rev. Paul Tisio e Tor*, Jan. Mar., 1962, 28: 5-10; "The Effect of Corticosteroids on Tuberculin Allergy"; *The American Review of Respiratory Diseases*, Vol. 87: No. 2, pp. 306, Febrero, 1963.
3. — *Mathur, J.; Bahadr, P. y Prasad, M.*: (\*) *Indian J. Tuberculosis*, Dic., 1961, 9: 30-36, "Corticosteroids in Clinically Resistant Cases of Pulmonary Tuberculosis", *The Amer. Rev. of Res. Dis.*, Vol. 86: No. 5, pp. 776, Nov., 1962.
1. — *Khatua, S. P.*: (\*) *Brit. Med. J.*, December 16, 1961; 5267: 1597-1599 "Role of Intrathecal Hydrocortisone in Tuberculosis Meningitis in Children". *The Amer. Rev. of Res. Dis.*, Vol. 86: No. 3, pp. 446, Sept., 1962.
5. — *Lehane, A. y Kinsley, B. J.*: (\*) *Tubercle*, December, 1961, 42: 391-412, "A Trial of Corticotrophin and Prednisone with Chemotherapy in Pulmonary Tuberculosis: A Report from the Research Committee of the British Tuberculosis Association". *The Amer. Rev. of Res. Dis.*, Vol. 87: No. 1, pp. 154, January, 1963.
6. — *Miczoch, F.*: (\*) *Wien Klin Wschr*, June, 28, 1963, 75: 525-527, "The Treatment of Tuberculosis with Hormones", *The Amer. Rev. of Res. Dis.*, Vol. 89: No. 3, pp. 460, March, 1964.
7. — *Bovornkitti, S.; Kangsdal, P.; Consombatti, P. y Bejrablaja, D.*: (\*) *Jap. Tuberc.* June, 1962, 10: 32-39, "Combination of Prednisone and Chemotherapy in Tuberculous Pleurisy with Effusion". *The Amer. Rev. of Res. Dis.*, Vol. 88: No. 4, pp. 592, October, 1963.
9. — *Espersen, E.*: (\*) *Acta Tuberc. Scand.*, 1963, 43, 1: 1-8, "Corticosteroids and Pulmonary Tuberculosis. Activation of four Cases", *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 90: No. 5, pp. 478, September, 1964.
10. — *Mayfield, R. II.*: (\*) *Tubercle*, April, 1962, 43: 55-60, "Tuberculosis Occurring in Association with Corticosteroids Treatment". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 87: No. 1, pp. 139, January, 1963.
11. — *Tinnerhoff, F. K.; Schuiabe, H. K.; Dobschütz, P.*: (\*) *Beitr. Klin. Tuberk.*, 1963, 127: 439-477, "Corticosteroids in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 90: No. 4, pp. 656, October, 1964.
12. — *Marlarul, P.*: "The role of Chemotherapy and Antibiotic Therapy in Pulmonary Tuberculosis". *Bulletin of the International Union Against Tuberculosis*. Vol. XXVIII: No. 1-2, pp. 46, Enero-Abril, 1958.
13. — *Cochran, J. II.; Hislop, J. A. y Clayson, C.*: "Cortisone and Chemotherapy in Pulmonary Tuberculosis". *Tubercle*, 37: pp. 166, 1956.
14. — *Edge, J. R.*: "Cortisone in the Post-operative Management of Patients with Advanced Pulmonary Tuberculosis". *Tubercle*, 37: pp. 166, 1956.
15. — *Ramel, C.; Favez, G. y Schweiz, Z.*: *Tuberc.* No. 6, 1960, 17: 373-380, "Tuberculous Cavities and Corticosteroids", *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 85: No. 3, pp. 462, March, 1962.
16. — *Katz, A. Fernando; Gordillo, Hernández David.*: "Los Corticoides en el Tratamiento de las Enfermedades Respiratorias", *Neumología y Cirugía de Tórax*, Mex. Vol. 25: No. 2, Marzo-Abril, 1964.
17. — *Ministerio de Salud Pública*: "Estudios Sobre Tuberculosis Pulmonar", pp. 288, Habana, Febrero, 1963.

R. C. M.  
JUNIO 30, 1967

18. "A Report From The Research Committee of The British Tuberculosis Association" (13): *Tubercle*, December, 1963, 44: 484-486, "Trial of Corticotrophin and Prednisone with Chemotherapy in Pulmonary Tuberculosis: A Two-Year Radiographic Follow-up". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 90: No. 5, pp. 822, Nov. 1964.
19. —Chimbe, C. y Mutur, J. (\*): *Indian J. Tuberc.* December, 1962, 10: 19-26. "Chemotherapy in Laryngeal Tuberculosis with Special Reference to Cortisone". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 88: No. 5, pp. 736, Nov., 1963.
20. —Garbeaux, J.; B aculará, A. y Couvreur, J. (\*): *Rev. Tuberc. (Paris)*, July-August, 1962, 26: 844-865, "Indications and Contraindications of Steroids in the Treatment of Pulmonary and Lymph Node Tuberculosis in Children". *The Amer. Rev. of Dis.* Vol. 98: No. 5, pp. 737, Nov., 1963.
21. —DeCami>, G. (\*): *Tuberkulosezt*, October, 1961, 15: 687-697, "Corticosteroids in Pulmonary Diseases". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 86: No. 3, pp. 465, Sept., 1962.
22. —Rey, J. C.; Herrmann, E. A. y Strlovsky, C. (\*): *Tórax*, December, 1962, 4: 250-253, "Pulmonary Perforation and Corticosteroids". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 90: No. 2, pp. 324, August, 1964.
23. —Hoffman, J.,- Szócska, M.; Vinter, G.; Sze- niezey, K. and Kiss, I. (\*): *Beitr Klin Tu- berk*, August, 1961, 124: 397-405, "Contri- bution to the Treatment of Primary Tuberculosis with Antimicrobials and Corticosteroids". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 87: No. 2, pp. 316, February, 1963.
24. —Coro ve, L. (\*): *Ztuberk*, February, 1963, 119 : 260-263, "The Effect of Prednisone on Chemotherapeutically. Treated Tuberculosis in Guinea Pigs". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 90: No. 1, pp. 169, July, 1964.
25. —Ferlinz, R. (\*): *Beitr Klin Tuberk*, March, 1963, 126: 222-232. "Clinical Investigations on the Combination Treatment of Pulmonary Tuberculosis with Corticosteroids and Cycloserine". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 89: No. 5, pp. 785, May, 1964.
26. —Pasiega, G. (\*): *Gior Ital Tubero*. No. 4, 1961, 15: 280-311, "Association of Pyrazi- namide with Isoniazid or other Antimicrobials and Cortisone-Like Drugs". *The Amer. Rev. of Res. Dis.* Vol. 86: No. 4, pp. 618, October, 1962.

*Ya está impreso*

**LECCIONES DE INGLES PARA MEDICOS Y ESTUDIANTES  
DE MEDICINA**

*editado por el*

**Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas**

**Precio del ejemplar \$2.00**

Este libro está a la venta en las Librerías de 27 y L. Vedado, Habana, "Lalo Carrasco", Hotel Habana Libre, en las principales librerías del interior de la República, y también se puede solicitar por correo a "La Moderna Poesía". Apdo. 605, La Habana, enviando el importe señalado y \$0.25 adicionales para el franqueo certificado.