

## BIBLIOGRAFÍA

## A) CRITICA DE LIBROS

TRATADO DE MEDICINA INTERNA, por G. V. BERGMANN-R. STAEHELIN y V. SALLE. Tomo I (1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> parte). *Enfermedades infecciosas*, Editorial Labor, S. A. Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Río de Janeiro, 1942. Dos tomos con un total de 1.342 páginas, encuadernados, 132 pesetas.

Constituyen estos dos tomos el capítulo de enfermedades infecciosas del famoso tratado de medicina interna de BERGMANN y STAEHELIN. A nuestro juicio es el mejor y más completo libro que existe sobre enfermedades infecciosas. Cuántas veces los médicos, una buena parte de cuyos problemas diarios son de patología infecciosa, han echado de menos un libro donde esta importante parte de la patología esté tratada con la suficiente amplitud y con buen criterio. Por esto es de celebrar que este libro se haya hecho generalmente asequible con su traducción a nuestro idioma, constituyendo la misma un gran acierto de la casa editora.

La edición es grata y las figuras bien reproducidas y claras. Aunque la publicación viene con unos años de retraso no por esto el interés del libro disminuye. Sería inútil hacer una crítica sucesiva de los diferentes capítulos; los más famosos clínicos alemanes han colaborado en su redacción y en su totalidad, según empezamos diciendo, el libro tiene un valor excepcional para el conocimiento de las enfermedades infecciosas. Debe ser, pues, calurosamente recomendado.

ACTUALIDADES BIOLÓGICAS. Vol. XV. Imprenta Lucas, & y C.<sup>a</sup>, Lisboa, 1942. Un tomo en cuarto de 218 páginas.

El presente volumen recoge, como los anteriores, las conferencias realizadas en el Instituto "Rocha Cabral" de Lisboa, correspondiendo este tomo a las pronunciadas en abril y mayo

del año 1942. Al igual que los tomos anteriores, este volumen tiene gran interés, pues temas de gran actualidad son tratados por personalidades muy distinguidas y con un conocimiento profundo de la materia. Los capítulos que comprende son, sucesivamente: *Sobre las avitaminosis*, por FERREIRA DE VIRA; *Substancias vasoconstrictoras de origen renal*, por DA CRUZ; *Los isótopos en bioquímica*, por JACOBSON; *Las pruebas funcionales del pulmón*, por VIDAL; *Consideraciones sobre los neumococos*, por MONIZ PEREIRA; *La emigración del óvulo*, por FONTES, todos ellos temas de gran actualidad y expuestos de forma interesante y atractiva.

BROMPTON HOSPITAL REPORTS. Volumen X. Londres, 1941, 127 páginas.

El Hospital Brompton, de Londres, para enfermos del pecho, reúne en esta monografía una serie de trabajos aparecidos en diversas revistas, la mayor parte de ellos de notable interés, el cual se encuentra aumentado por haber sido algunos publicados en revistas poco asequibles. Debe mencionarse por su novedad e importancia el capítulo de *Adenoma bronquial*, de FORSTER-CARTER, donde se analiza dicha tumoración benigna, que cada vez va pareciendo más frecuente a la luz de las más completas exploraciones modernas. Gran interés ofrecen asimismo, sucesivamente, los dedicados a *Aspectos médicos del empiema crónico*, de SCADDING; el de *Etiología de las infecciones pulmonares subagudas*, de DAVIDSON y ELLMAN, y los referentes a *Tratamiento del cáncer bronquial* (ORMEROD), *Hemotórax traumático* (HOYLE) y *Cirugía torácica en la guerra* (BROCK).

En su conjunto el tomo contiene trabajos muy interesantes y da idea de la actividad desarrollada en dicho Hospital a pesar de las circunstancias por que se atraviesa.

## B) REFERATAS

## Revista Española de Farmacología y Terapéutica

3-30-1942

La valoración de los preparados de cornezuelo de centeno. J. Ruiz Gijón.  
Contribución al estudio de las Farmacopeas. II. El Códex, o Farmacopea francesa. T. Alday Redonnet.

## Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra

5-46-1942

La reacción de Leiboff para el serodiagnóstico de la sífilis. R. Criado Cardona.  
Diabetes mellitus como trastorno funcional. O. Sastre.  
Consideraciones al tratamiento cruento de una fractura doble de húmero con pseudoartrosis y parálisis radial. F. Loscertales.  
Contribución al estudio de la fiebre de trincheras. J. Doménech Martí.

## Actualidad Médica

18-9-1942

Contribución al estudio de la insulina, del cardiazol y del electroshock en Psiquiatría. P. Ortiz Ramos y F. Alamos de los Ríos.

## Clínica y Laboratorio

34-197-1942

\* Las endocrinopatías traumatógenas: La diabetes azucarada y la enfermedad de Basedow de origen traumático. M. Schachter y C. Kaphan.  
Nuestra conducta en el difícil problema del diagnóstico y tratamiento de las perivisceritis. J. M. Soldevilla.  
La sulfanilamida en el tratamiento de las brucelosis. Luis del Campo.  
La miel como alimento y como medicina. J. Fernán Pérez.  
Inversión uterina idiopática. E. L. García Triviño.  
Medicina-Oftálmica del trabajo. G. Nieto Nieto.

Las endocrinopatías traumatógenas: la diabetes azucarada y la enfermedad de Basedow de origen traumático. — En lo que se refiere a la diabetes, consideran los autores posible su existencia desde un punto de vista teórico ya por lesión directa o por necrosis secundaria del páncreas. En cambio no parece estar demostrada, la provocada por un desequilibrio funcional del sistema nervioso central o del sistema endocrinovegetativo. Parece por el contrario indudable la existencia de diabetes verdadera, pero transitoria, provocada por lesiones infundibulotubéricas.

Aboga por la introducción en algunas industrias "fatigosas" del carnet de Sanidad individual y establecer la práctica de exámenes de orina periódicos que facilitarían la labor médico-legal en estos casos.

El Basedow traumático se instala bien a raíz del traumatismo directo de la región tiroidea o por los traumas craneales ya sean con o sin pérdida del conocimiento.

De estos tres tipos hay casos evidentes en la literatura. El mecanismo patogénico más verosímil es la afectación traumática del diencéfalo y centros vegetativos de la corteza con la repercusión hipofisaria y tiroidea consecutivas.

Desde un punto de vista médico-legal sólo se pueden tomar en consideración los casos con ausencia de perturbaciones tiroideas anteriores al trauma y con síndrome hipertiroideo completo postraumático instaurado en un plazo no mayor de cinco a seis semanas del traumatismo.

## Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

41 - 3 - 1941

Fístulas anales. Edison de Oliveira.

La medicina y el médico en la sociedad contemporánea. Felício Cintra do Prado.

## La Prensa Médica Argentina

29 - 12 - 1942

Sinfisiotomía y rotura insidiosa del útero. A. Peralta Ramos y F. A. Uranga Imaz.

A propósito de ocho nuevas observaciones de eritema nudoso epidémico o familiar. R. Cibils Aguirre y J. A. Tahier y E. C. B. Brewer.

\* Consideraciones sobre la epidemia de enfermedad de Heine-Medin en Buenos Aires, año 1936. F. Bazán, R. Maggi y E. Scheingart.

Cavidad tipo Kürer en molares temporarios. A. L. Campini y A. Zabolinsky.

Sobre diagnóstico del cáncer gástrico. E. Puyó Villafañé.

Mama. Anestesia local para la operación radical por cáncer. Técnica del profesor Bertola F. Yazlle.

Observaciones sobre neurolúes. J. L. Carrera.

**Consideraciones sobre la epidemia de enfermedad de Heine-Medin en Buenos Aires, año 1936.** — La epidemia de esta enfermedad en el año 1936 se presentó de forma tan intensa que ha dejado un saldo doloroso de vastos alcances médicosociales. Consideran los autores que ha sido el brote epidémico de mayor intensidad registrado en el país. Hacen después una relación de las publicaciones sobre las distintas epidemias ocurridas en años anteriores y comparando los casos observados y la mortalidad que se presentó en cada una de ellas, los médicos de las regiones afectas, están de acuerdo en considerar esta epidemia como la que mayor número de casos ha dado, así como la que mayor índice de mortalidad ha arrojado.

A continuación hacen una relación estadística de edad en que más frecuentemente se ha presentado, sexo, ambiente y medio social. Discuten después la posibilidad o no de contagio y el medio de transmisión. Hacen después una relación de la sintomatología de dicha enfermedad llamando la atención sobre los síntomas que con mayor frecuencia se presentaron en los enfermos visto por ellos. Insisten en la importancia del estudio del líquido cefalorraquídeo no sólo para demostrar la existencia de la enfermedad, sino también para su diagnóstico precoz y establecimiento de las oportunas medidas de profilaxis, así como del tratamiento.

Relatan a continuación las distintas formas clínicas presentadas y la frecuencia de cada una de ellas.

## Deutsche Medizinische Wochenschrift

68 - 49 - 4 de diciembre de 1942

- \* Causa, profilaxis y tratamiento de la gangrena de las extremidades en el tífus exantemático. Sylla.
  - \* Hallazgos circulatorios en el tífus exantemático. Laurentius.
  - \* Dispositivos reguladores en el organismo. Hoff.
- Trombopenia total después de una inyección de salvarsán. Heinsen y Wachter.

**Causa, profilaxis y tratamiento de la gangrena de las extremidades en el tífus exantemático.** — Desde los estudios de Schittenhelm y Munk, en la guerra anterior, es perfectamente conocida la fuerte complicación gangrenosa en el tífus. Su etiología es discutida, inclinándose el autor en el sentido del factor espasmo vascular, ya que afortunadamente la trombosis sólo raramente se presenta.

Teniendo presente este punto de vista, aconseja evitar las temperaturas bajas y cuidar en este sentido a los enfermos tíficos, a los cuales en cuanto noten síntomas de isquemia dolorosa

se les tratará con padutina y hormonas sexuales. Si el proceso progresa recomienda el bloqueo del ganglio simpático correspondiente. En la mayoría de las veces con estas precauciones se evita la gangrena e incluso aparecida se logra desaparecer, pero, por el contrario, si la etiología ha sido por trombosis arterial todas estas medidas son ineficaces y es imprescindible una vez localizada la zona isquémica recurrir a la intervención quirúrgica que por lo demás suele ser bien tolerada por el enfermo.

Resulta prácticamente imposible predecir al iniciarse la sintomatología isquémica si es de naturaleza puramente espástica o trombótica, sólo la evolución, siguiendo las normas referidas, puede aclarar este importante dilema.

**Hallazgos circulatorios en el tífus exantemático.** — La hipotonía vascular es uno de los síntomas más precoces de esta afección y por ello puede servirnos de orientador diagnóstico, cuando antes de aparecer el exantema se sospecha esta posibilidad por los demás síntomas clínicos: fiebre, sintomatología cerebral, etc. La lesión miocárdica es muy frecuente, siendo por ello muy útil el estudio electrocardiográfico que en general acusa signos de alteración en la conductibilidad de los distintos segmentos. Por esto aconseja hacer siempre un electrocardiograma de esfuerzo pasados tres meses del proceso para asegurarnos de la normalidad circulatoria. El tratamiento con Simpatol, cardiazol, cafeína, estrofantina y suero fisiológico es lo más útil en estos enfermos.

**Dispositivos reguladores en el organismo.** — Interesa llamar la atención sobre un ejemplo muy demostrativo, en donde como consecuencia de una neurofibromatosis, especialmente localizada en los ganglios simpáticos de la cadena lateral izquierda, desde el cuello hasta la región lumbar, y en donde como consecuencia la enferma, cuya fotografía viene en la revista, presenta monstruosidades en la disposición de esta parte izquierda de su cuerpo. Es un argumento de gran valía para llamar la atención sobre la importancia del sistema simpático en el desarrollo, reparto y trofismo de nuestro organismo.

68 - 50 - 11 de diciembre de 1942

- \* ¿Es de gran importancia la tuberculosis apical para el curso de la tuberculosis? Kaestner.
- Contenido de protrombina en el recién nacido y su influencia con vitamina K. Aigner.
- Parálisis caudal como consecuencia de la inyección intradural de Eubasin. Elsässer.
- Tratamiento dietético del estreñimiento. Klewitz.

68 - 51 - 18 de diciembre de 1942

- \* ¿Cuándo deben ser operadas las heridas del cerebro? Peiper.
- \* Sobre la leucanemia en púerperas con curación de la enfermedad. W. Schultz.
- Molestias estenocárdicas. Strauch.
- Significación del ácido carbónico para la coagulación de la sangre. Widenbauer.
- Aumento de la presión sanguínea en la juventud y su significación (Anotaciones al trabajo de H. Sarre en esta revista). Sturm.
- Contestación a las anotaciones de A. Sturm. Sarre.

**¿Cuándo deben ser operadas las heridas del cerebro?** — Las experiencias que, sobre este problema tan importante, se ha recogido en estos últimos tiempos ha sido claramente expresado por Guleke (Dtsch. Miliarzt, 1941, H. I.) al publicar los datos estadísticos sobre los resultados obtenidos con la intervención quirúrgica en estos casos. Si se descuentan los fallecidos inmediatamente después de la intervención que como es lógico corresponde a heridos de gravedad extrema, los resultados de Guleke demuestran que el 80.5 de los casos intervenidos inmediatamente después de la herida curan en un 80 por 100. Estos brillantes resultados se obtuvieron en la campaña del Oeste, en donde por la facilidad de las comunicaciones los heridos eran rápidamente conducidos al equipo quirúrgico de Guleke. En la experiencia del autor de este trabajo, campaña de los Balcanes, por las condiciones de transporte los heridos llegaban en peores condiciones, principalmente en estado de colapso, lo que hacía se tuviera previamente que tratar con transfusiones, estrofantina, etc., y por ello los resultados no fueron tan espléndidos. Sin embargo, el punto de vista de la intervención de los heridos de cerebro es evidente, y es engañoso el criterio de abstenernos en los casos en que aparentemente la lesión es mínima. En muchos de estos casos posteriormente se desencadena un absceso. Del mismo modo que ante un herido de vientre no se puede hablar de heridas sin importancia, en los casos de lesión del cerebro no se puede dejar a la casualidad que actúe por su cuenta. El mayor cui-



dado durante la intervención debe radicar en la evitación de infecciones secundarias. Las esquirlas óseas deben ser minuciosamente extraídas, ya que son más frecuentes las complicaciones secundarias (formación de abscesos, crisis epilépticas, etc.), por su presencia, que por los trozos de proyectil o metralla.

Dos formas distintas de heridas de cerebro debemos considerar, la que origina un colapso de la masa cerebral, tal como sucede en el pulmón al abrir la pleura, o por el contrario, el prolapso del cerebro. En el primer caso se denomina: Tipo I de Tönnis, y en el caso del prolapso: Tipo II del mismo autor.

Detalla con el siguiente orden los tiempos de la intervención: Dirección del corte en la piel, tratamiento de la herida del hueso, cuidados con la herida de la duramadre, tratamiento de la herida del cerebro, precauciones en el caso del prolapso, y finalmente, precauciones especiales en las heridas de la base del cráneo.

Un factor postoperatorio de gran interés, que naturalmente también aparece en los casos no tratados, es el edema cerebral traumático, que según Tönnis aparece en la primera semana después del trauma y se acompaña de aumento de producción de líquido cefalorraquídeo, que en los casos no operados, de aséptico en los primeros días, se puede transformar una o dos semanas después en una segunda fase meningítica.

Para evitar esta hipertensión intracraneal se recomienda las punciones suboccipitales con extracción de líquido cefalorraquídeo en cantidades variables, según los casos, en general bastan 15 ó 30 c. c. cada dos días. Igualmente están indicadas las sulfamidas y los tónicos circulatorios, así como las transfusiones, etc.

Una vez realizada la intervención debe el operado permanecer por lo menos tres o cuatro semanas en reposo absoluto y si el movimiento es indispensable por otras razones, militares, etc., debe ser empleado el avión.

Igualmente debe tenerse en cuenta lo cuidadosa y detenida que ha de ser la intervención y la necesidad de hacer la limpieza de la herida del cerebro con aspiración con bomba, por lo que sin este requisito no se puede improvisar un equipo de neurocirugía.

En resumen, todo herido de cerebro debe ser operado lo más rápidamente posible, a lo más a las cuarenta y ocho horas.

**Sobre la leucoanemia en púerperas con curación de la enfermedad.**—La leucoanemia es un proceso rarísimo y por ello tiene interés la comunicación de estos tres casos, vistos por el autor en estos últimos quince años, en mujeres que acababan de dar a luz.

El primer caso de leucoanemia se debe a Arneth, que en el año 1900 observó en un enfermo, el día antes de su muerte, con una anemia de 256.000 hematies con megaloblastos, y 10.600 leucocitos, la presencia de un 13 por 100 de mielocitos. Desde esta primera descripción el problema de estos procesos está en discusión.

Los casos estudiados por el autor de este trabajo se refieren a tres mujeres que después del parto tuvieron un cuadro de sepsis puerperal, en cuyo curso tuvieron una anemia de tipo pernicioso con megaloblastos y una fórmula leucocitaria con mieloblastos y una cifra de leucocitos que en un caso era de 3.600, en otro de 11.000, y finalmente en el tercero de 48.000. En dos de las enfermas había antecedentes leucémicos, en una su padre muerto de leucemia y en la otra un hijo anterior fallecido con leucemia linfóide. Lo interesante es que las tres enfermas se curaron y por ello el autor hace el siguiente comentario:

En el curso de las sepsis puerperales pueden aparecer reacciones leucoanémicas de tipo mieloblástico, en personas con una cierta predisposición leucémica no específica (caso de antecedente de leucemia linfóide), que regresa y no predispone para su repetición en otros puerperios; en una de las enfermas que tuvo dos hijos más, éstos fueron sanos y ella no tuvo ningún trastorno.

Finalmente, aunque en los casos comentados no se pudo aislar el germen del proceso séptico, se pregunta hasta qué punto este tipo de reacción hematológica no estará en dependencia con el germen bacteriano correspondiente.

68-52-25 de diciembre de 1942

\* Vitamina C, natural y sintética en la alimentación del recién nacido. Bischoff y Müller.

**Vitamina C, natural y sintética, en la alimentación del recién nacido.**—Para estudiar las necesidades en esta vitamina del recién nacido ha seguido la evolución de diecisiete de ellos,

en iguales condiciones sanitarias y de edades comprendidas entre 4 y 17 meses, durante los meses de invierno, desde diciembre hasta mayo y alimentándolos en dos grupos distintos. En uno con una dieta basal y sin nada de frutas y verduras, pero con vitamina C, sintética, tabletas de Cebión, a la dosis de 100 a 200 miligramos diarios. En el otro grupo, la alimentación era con igual dieta basal y una toma de verduras con el cálculo previo de vitamina C de la misma y que no era superior a 8 miligramos diarios (de 5,66 a 7,48 miligramos diarios).

Planteado de este modo la experiencia se siguió el curso de ambos grupos de niños y como consecuencia de ello, el autor hace las siguientes consideraciones: Los accidentes ligeros infecciosos (gripes benignas, etc.) fueron sensiblemente igual en ambos grupos. En el grupo del Cebión, por el contrario, fué más frecuente la otitis pútrida que en el otro grupo de las verduras. Igualmente las bronquitis graves fueron más frecuentes en el grupo del Cebión. Las neumonías sólo aparecieron en número de tres; en el grupo también del Cebión.

La explicación de este resultado se considera por los autores como consecuencia de la falta de minerales en la dieta del grupo primero del Cebión, ya que la dieta basal compuesta por leche principalmente, no es lo suficientemente rica en ellos, hecho que no sucede en el segundo grupo, que por tomar verduras se les abastece de minerales en mayor cantidad.

Como por otro lado los niños de este segundo grupo, alimentados con verduras, no tienen signos escorbúticos ni preescorbúticos, y sólo toman 8 miligramos de vitamina C, concluye considerando debe ser ésta la dosis necesaria en la alimentación de un recién nacido.

## Münchener Medizinische Wochenschrift

89-40-2 de octubre de 1942

- \* Tratamiento del tifus exantemático. E. Scheller.
- Profilaxis, lucha y tratamiento de la escarlatina. K. W. Clauberg.
- Acidosis nefrótica por utilización de desinfectantes ácidos de la orina. V. Aalkjaer.
- Nuestra experiencia sobre el tratamiento de la tuberculosis con "Sympatol". A. Lemberger.
- Tratamiento con "Gibazol" de la gonococia del hombre. K. W. Spatz y K. Derkmann.

**Tratamiento del tifus exantemático.**—Teniendo presente que en el tifus exantemático no existe ninguna medicación etiológica es interesante el analizar aquellas terapéuticas en donde se acorta la duración del proceso. Por ello el autor indica sus resultados en 23 enfermos con sintomatología muy típica de tifus y con aglutinaciones positivas al proteus, y en los cuales el empleo de "Chinfortán" (1,05 gramos de quinina más 2,1 gramos de sulfamida) a la dosis de tres tabletas diarias y la inyección intramuscular de este mismo preparado, dió como resultado el acortamiento de la enfermedad. En vez de veinte días de duración de la fiebre como pasa en los controles, en los tratados la duración del proceso fué sólo de siete días.

89-41-9 de octubre de 1942

- \* Etiología y patogénesis de las inflamaciones renales en el frente del Este, durante el invierno de 1941-42. E. Rüdiger.
- \* ¿Cómo puede impedirse el escalofrío durante la elevación de la fiebre? F. Corelli.
- \* El pulmón como depurador de la sangre. H. Narath.
- Terapéutica de la fiebre de Bang. K. Dürbeck.

**Etiología y patogénesis de las inflamaciones renales en el frente del Este.**—Durante los meses de enero, febrero y marzo del año 1942, aparecieron un serie de enfermos de nefritis, que en número de 160 fueron asistidos en el hospital del frente en donde prestaba sus servicios el autor. El cuadro clínico era muy similar y sus síntomas iniciales eran similares a los de un proceso gripal habitual. Posteriormente, y ya iniciado el cuadro nefrítico, variaba la intensidad de éste. En un treinta por ciento el proceso era muy benigno, en un 50 por 100 de mediana intensidad y sólo en un 20 por 100 el proceso era grave.

Considera los datos sintomatológicos de estos enfermos y los hallazgos de exploración que no se apartan de los ya conocidos en epidemias similares.

Termina llamando la atención sobre lo improcedente de llamar a ésta nefritis de guerra y no infecciosa, como debería ser, ya que así se denomina a la hepatitis infecciosa, que tiene mucha similitud en cuanto a etiología con esta nefropatía.

**¿Cómo puede evitarse el escalofrío durante la evolución de la fiebre?**—Después de comentar la acción de la atropina, bellafolina, papaverina, eupaverina e histamina, reconoce que los preparados más útiles son los opiáceos del tipo de la morfina y pantopón, y fundamentalmente el "Dolantin". Este medicamento inyectado a la dosis de dos centímetros cúbicos por vía intramuscular, no es capaz de detener el escalofrío si ya estaba iniciado, lo que, por el contrario, se evita si se inyecta a esta dosis y por esta vía unos minutos antes de su iniciación. Por vía venosa y a la dosis de dos c. c., muy lentamente inyectado, se consigue de una manera casi instantánea que desaparezca el escalofrío, pero por producirse en ocasiones estados nauseosos y depresivos se recomienda inyectar sólo un c. c. por esta vía venosa. No hay que temer la habituación, ya que prácticamente no existe.

**El pulmón como depurador de la sangre.**—El pulmón ejerce un efecto inmunobiológico para el organismo. El autor ha observado en enfermos con graves quemaduras la aparición de bronquitis pútridas con las mismas características bacteriológicas del proceso dérmico. Los estudios, principalmente de Aschoff y Kiyono, llegaron a la conclusión del papel de filtro del pulmón, con sus células histiomonocitarias que rodean los capilares arteriales. Muchas de las complicaciones pulmonares que aparecen en el curso de las operaciones quirúrgicas no se deben a los factores puramente anestésicos, sino más bien a la función defensiva que desde este órgano se ejerce en relación con los tejidos operados.

89-42-16 de octubre de 1942

- \* Tratamiento operatorio de las heridas de los nervios periféricos. Max Lange.  
Necrosis en el empleo del Eubasin intramuscular. J. Arneht.  
Sobre un caso de esclerodermia secundaria a una heladura. W. Rösigen y Mamier.
- \* Conducta del pulmón no colapsado durante el tratamiento por neumoma unilateral. Fr. Lüttgerath.

**Tratamiento operatorio de las heridas de los nervios periféricos.**—Basados en los brillantes resultados obtenidos por las intervenciones quirúrgicas en los nervios periféricos durante la paz se tenían grandes esperanzas sobre los resultados de idénticas intervenciones durante la guerra. Sin embargo, los resultados obtenidos han sido muy inferiores y ello se debe a las características distintas de la herida. En la guerra, éstas, están infectadas y no sólo aparece la degeneración periférica o Waleriana del nervio, sino también la raíz central del nervio se altera hasta el ganglio espinal, con lo que su capacidad de regeneración está muy disminuida. No sólo es la infección la causa de este peor pronóstico de las heridas de los nervios durante la guerra, sino también otros dos factores más: la naturaleza en sí de la lesión (por proyectiles, etc.) y la atrofia muscular que en las heridas de guerra es más acusada, ya que, generalmente, la herida del nervio se acompaña de fractura abierta de los huesos correspondientes.

El criterio mantenido por Foerster de operar estos heridos de los nervios de cuatro a seis meses después del accidente, no es real en un 50 por 100 de los casos, ya que en un diez por ciento la intervención puede anticiparse, en los nervios superficiales, tales como el cubital y peroneo, y por el contrario, en un 30 por 100 no se puede suturar el nervio lesionado hasta pasados más de los seis meses, casos incluso de más de un año. Ya se sabe que el momento de la intervención está ligado a la completa curación de la herida inicial.

Uno de los problemas más interesantes que se plantea en estas intervenciones es resolver en cada caso qué intervención quirúrgica debe realizarse. Se comprende que los cabos del nervio lesionado puede ofrecer las más distintas anomalías; cabos totalmente separados, con o sin tejido cicatricial entre ellos, y finalmente, sólo parcialmente lesionados. En cada caso la intervención es distinta, pero en síntesis el problema delicado se centra en resolver si la ligazón de los cabos nerviosos lesionados es sólo aparente (tejido inespecífico cicatricial) o si existen ciertas anastomosis nerviosas. El problema tiene su importancia, ya que si la ligazón es sólo por tejido cicatricial inespecífico, hay que resecarlo y realizar sobre los cabos así liberados la sutura. Por el contrario, en los casos con anastomosis nerviosa se debe hacer la neurolisis.

Varios métodos se han aconsejado para hacer la diferenciación. La palpación, que en los casos de tejido cicatricial es duro, a diferencia de la blandura del tejido nervioso. La excitabilidad nerviosa propuesta por Foerster; cuando no se transmite la excitación hay que resecar y suturar después, y si, por

el contrario, la orden se transmite, se debe hacer la neurolisis. También se han empleado métodos colorantes, tal como la prueba de Hoffmeister, en la que se estudia la permeabilidad con el indigocarmin.

Después de la intervención el miembro debe permanecer en reposo, escayolado durante cuatro semanas y después yendo poco a poco con ayuda de tratamientos ortopédicos a la normalización del miembro afecto. Para Foerster esta parte del tratamiento tiene un valor indiscutible, y por ello no puede extrañar que mientras Ranschburg sólo obtiene un 35 por ciento de resultados positivos, Foerster obtiene el 97 por 100. (Es necesario advertir que resultados positivos no significan curaciones, sino mejorías.)

La regeneración nerviosa en los casos de sutura es muy variable y depende de múltiples factores: constitucional, lugar del proceso, estado de la musculatura, etc. En los casos de neurolisis en ocasiones la mejoría puede ser tan rápida que en horas se haga patente.

Según la experiencia de este autor la capacidad de regeneración de los nervios suturados es muy similar a la encontrada por Foerster: de tres a cuatro meses para el radial, comienza a los tres meses en el peroneo, igualmente para el cubital, y finalmente más lenta en el isquiático, en donde sólo se inicia después de tres cuartos de año. Estos resultados coinciden, por otro lado, con los dos de Stender, de Breslau y Tönnis, de Berlín.

**Conducta del pulmón no colapsado durante el tratamiento por neumoma unilateral.**—En general, si el neumoma es eficaz el otro pulmón no presenta complicaciones, incluso si en éste existen lesiones, éstas permanecen estacionarias. Si durante el tratamiento con neumoma unilateral en el otro pulmón aparecen reactivaciones de focos viejos existentes, ello se debe a la ineficacia del neumoma en el otro lado. Cuando el proceso es muy reciente es más fácil que se puedan producir focos en el pulmón no colapsado.

La aparición de derrames pleurales, y sobre todo si se acompañan de fiebre, es un accidente que complica y favorece la aparición de focos en el otro pulmón. Igualmente es peligroso mantener un neumoma incompleto, ya que por no ser eficaz favorece la aparición de diseminaciones broncogénicas en el otro pulmón. En cuanto se inicie un empeoramiento del lado no colapsado debe rápidamente iniciarse también en éste el neumoma y de este modo seguirse el neumoma bilateral.

## Schweizerische Medizinische Wochenschrift

72-43-24 de octubre de 1942

- \* Las acciones nocivas de los glicósidos digitálicos como manifestaciones de hipersensibilidad. E. Edens. P. 1169.
- \* Tratamiento de la Angina pectoris. M. Hochrein. P. 1171.
- Tratamiento médico de la enfermedad ulcerosa y de sus complicaciones. E. Meulengracht. P. 1174.
- \* Formas especiales de la dieta libre de sales en el tratamiento de las diarreas. H. Salomón. P. 1176.
- El tratamiento de los trastornos digestivos consecutivos a las otomastoiditis del lactante. P. Rohrer. P. 1180.
- Observaciones sobre la alimentación libre al pecho del lactante. A. Eckstein y E. Eckstein-Schlossmann. P. 1177.
- Farmacología de la edad del desarrollo, nuevo material de estudio entre la farmacología y la pediatría. J. Kramár. P. 1182.
- La esencia de la transformación cancerosa de la célula y las perspectivas de una terapéutica biológica del cáncer. P. Rondoni. P. 1185.
- Sobre "estados precancerosos?" y excisiones de prueba. S. Oberndorfer. P. 1187.
- Aplicaciones quirúrgicas de las sulfamidas, aparte de los traumatismos recientes. Ch. Lenormant. P. 1189.
- El tratamiento con sulfamidas en Otorrinolaringología. E. Luescher. P. 1194.
- Sobre la urgencia de la operación de Gonin. M. Amsler. P. 1201.
- \* ¿Cómo se puede favorecer la hemostasia espontánea? J. Roskam. P. 1202.
- Influencia del galactogliconato cálcico sobre los síntomas de excitabilidad medular y bulbar. E. Frommel y A. Wolfermann. P. 1205.
- La cura hormonal de las vulvovaginitis y cervicitis distróficas. P. Gaifami. P. 1207.

**Las acciones nocivas de los glicósidos digitálicos como manifestaciones de hipersensibilidad.**—Por analogía con lo que ocurre en la experimentación animal, los síntomas desagradables que aparecen en el curso de la digitalización han sido considerados como efectos de la sobredosificación, por acumulación de la droga, pero en ocasiones aparecen tales manifestaciones con dosis tan pequeñas o con tan corta duración de tratamiento, que tal explicación parece poco probable. Más bien debe aceptarse que es precisa una hipersensibilidad para



que se presenten síntomas tóxicos, con las dosis terapéuticas. Esta hipersensibilidad puede originarse sobre una lesión miocárdica, como es el caso en la producción de trastornos de la conducción. La hipersensibilidad no está limitada exclusivamente al corazón, sino que puede hallarse en el riñón, lo cual explica la oliguria que a veces se presenta, o en los vasos, dando origen a aumentos considerables de tensión arterial, o en el centro emético, etc. Tales manifestaciones de hipersensibilidad son especialmente frecuentes en casos de arteriosclerosis renal. El autor refiere varios casos clínicos en apoyo de sus asertos.

**Tratamiento de la angina pectoris.** — Es un artículo de conjunto bien sistematizado y con numerosos datos de interés. El tratamiento no puede esquematizarse, pues ha de ser diferente para cada caso. Hay que tener en cuenta que en la sintomatología anginosa influyen varios factores: insuficiencia coronaria, tono del sistema vegetativo y del sistema nervioso sensitivo. En cuanto a la insuficiencia coronaria, hay que tener presente que el corazón es a modo de un resonador de afecciones radicadas en otros órganos; entre estas afecciones figuran por su frecuencia las gastritis, úlcera gástrica, obesidad, hipertensión e infecciones focales. El tratamiento debe dirigirse fundamentalmente contra estas dolencias y no dejarse influir por el síntoma dolor. Especialmente la administración de nitritos suele a la larga ser perjudicial; es muy frecuente que se cree un hábito, que aparezcan variadas manifestaciones desagradables y es posible que favorezcan la producción de infarto de miocardio. Afortunadamente, se dispone hoy de métodos eficaces de tratamiento del ágora pectoris, de tal modo que cuando tales remedios fracasen debe revisarse la realidad del diagnóstico.

**Formas especiales de la dieta libre de sales en el tratamiento de las diarreas.** — La dieta con líquidos azucarados o con manzana ha sido muy empleada en las diarreas agudas. Su utilización en las crónicas tropieza con el inconveniente de su escasez en proteínas, si es necesario administrarla de un modo muy prolongado. Salomón ha demostrado que el efecto de tales dietas es debido en gran parte a su pobreza en sal, que hace más resistente al intestino para los estímulos que activan el peristaltismo. El autor propone varias dietas de acción anti-diarréica: puré de lentejas, de guisantes, de castañas, dieta de arroz, de puré de patata, de mazapán, de plátanos. Las dietas de mazapán o de puré de lentejas son ricas en proteínas, mientras que son escasas en tales principios las de arroz o castañas. Los purés con las sustancias indicadas deben prepararse sin adición de sal.

**¿Cómo se puede favorecer la hemostasia espontánea?** — El estudio de los hemostáticos carecía de una prueba objetiva. El autor propone la utilización del tiempo de sangría en conejos, a los que hace veinte incisiones en la cara externa de la oreja. Ha estudiado estadísticamente las variaciones espontáneas de este valor y las experimentadas bajo la acción de diversos fármacos. Muestran una acción desfavorable sobre la hemostasia las inyecciones intravenosas de calcio, las de peptona, la gelatina, el citrato sódico, el extracto de paratiroides de *Bufo vulgaris*, etc. Carecen de acción las inyecciones intravenosas de extracto de pulmón, de medula espinal o de suero de animal en choque anafilático. Se muestran útiles, disminuyendo el tiempo de hemorragia, los extractos de plaquetas, las soluciones de pectina, el extracto total de lóbulo posterior de hipófisis (o su fracción pitresina) y el stryphnón y otros compuestos del grupo de la adrenalina. Hay que tener en cuenta que la adrenalina y efedrina, en dosis hipertensiva, ocasionan un aumento inicial del tiempo de sangría. La vía de administración influye mucho: el coaguleno es prácticamente inactivo por vía intramuscular. El efecto de las aminas simpaticomiméticas parece deberse a su producto de oxidación adrenocromo, el cual actúa como preventivo de hemorragias, pero es incapaz de modificar una hemorragia en curso.

72-44-31 de octubre de 1942

- \* Diagnóstico diferencial de la apoplejía. A. v. Albertini. P. 1213. Observaciones sobre el Pervitin y el sistema genital femenino. W. Neuweiler.
- La mecánica de la fractura medial del cuello del fémur. Su tratamiento con enclavamiento, según Sven-Johannsen. O. Häuptli. P. 1220.
- Tratamiento del herpes zoster. K. Blum. P. 1223.
- El examen radiológico de un espasmo esofágico puede conducir a un error sobre la localización del proceso causal. F. Naiville y R. Harrmann. P. 1224.

- \* Bilirrubina directa e indirecta. Retención de pigmentos biliares por el precipitado albuminoso. A. Gigon y M. Noverraz. P. 1227.
- \* Sobre el tratamiento de la difteria maligna. G. Neff. P. 1229. La cuestión del origen de la sífilis. F. S. Nohara. P. 1230.

**Diagnóstico diferencial de la apoplejía.** — Artículo de revisión bastante completo, en el que son tratadas las hemorragias durales, leptomeníngicas y cerebrales. Entre las leptomeníngicas resalta la frecuencia de la ruptura espontánea de aneurismas congénitos de las arterias basales. En la sección referente a las hemorragias cerebrales, después de admitir las debidas a rotura de un aneurisma intraparenquimatoso, se extiende más detenidamente sobre el mecanismo de producción de las hemorragias por hipertensión, las cuales se originarían sobre la base de una arterioesclerosis. Los estudios del autor le han permitido observar siempre la pared arteriolar alterada y con múltiples infiltraciones hemorrágicas y en uno o varios puntos una amplia rotura. Las hemorragias cerebrales en los procesos trombóticos o embólicos son, en cambio, por diapedesis en el territorio con estasis. Formas más raras de hemorragia cerebral, pero que deben ser tenidas en cuenta para el diagnóstico, son las que se presentan en diátesis hemorrágicas o como manifestación acompañante de los tumores intracraniales.

**Bilirrubina directa e indirecta. Retención de pigmentos biliares por el precipitado albuminoso.** — No hay aún acuerdo sobre la naturaleza de las bilirrubinas de reacción directa e indirecta, y aún existen divergencias sobre la técnica de su determinación. En general, en todo suero coexisten ambos tipos de bilirrubina, si bien en diferente proporción. Los autores han observado que en los sueros en los que domina la bilirrubina de reacción directa, el precipitado de desalbuminación por acetona retiene gran cantidad del pigmento, mientras que esto no ocurre en los sueros con reacción indirecta. La comparación de los valores de bilirrubina total y la del extracto acetónico, y más aún, el cociente de dividir la bilirrubina no extraída por la extraída por la acetona ("índice de retención") supondrían un procedimiento de fácil realización que permitiría deducir si la bilirrubina es extrahepática (índice inferior a 1) o hepática. Tiene esto interés, si se tiene en cuenta la inestabilidad de las soluciones de bilirrubina, de tal modo, que determinaciones seriadas de una misma solución (suero, soluciones acetónicas o cloroformicas) muestran un rápido decremento, especialmente por la acción de la luz, pero también en la obscuridad.

**Sobre el tratamiento de la difteria maligna.** — Recientemente se ha observado un aumento en la mortalidad por difteria, debida sobre todo a la mayor frecuencia de los casos de tipo maligno. Tal aumento de la mortalidad ha llevado incluso a plantear de nuevo la cuestión de la eficacia de la antitoxina. Es probable que la malignidad se deba en muchos enfermos a la asociación con estreptococos, y aparece así como posible que se pueda modificar tal carácter maligno por el empleo de las sulfamidas. El autor, en una epidemia con numerosos casos de tendencia maligna, ha utilizado combinadamente el suero antitóxico y sulfotiazol, con excelentes resultados (un solo caso de muerte), si bien el número de pacientes tratados (no especificado) parece ser aún escaso.

## Wiener Medizinische Wochenschrift

92-42-1942

- Cuestiones actuales sobre los cuidados a los lactantes. A. Reuss.
- Experiencias en la dirección de la salud de los niños. J. Brock.

92-43-1942

- Sobre las consecuencias tardías de las lesiones craneales. W. Lindenberg.
- Despersonalización como consecuencia de una triple intoxicación por el óxido de carbono. L. Riedl.

92-44-1942

- \* Un nuevo tratamiento de los dolores de cabeza. V. Papilian y A. Nana.
- El tratamiento de la luxación congénita de la cadera en la clínica ortopédica de Presburgo, y estimación estadístico-clínica de sus resultados en el plazo 1922-1941. J. Cervenansky.
- Observaciones sobre la provocación artificial de los dolores del parto. N. Gheorghin.
- \* Dibromotirosina como medio terapéutico en el hipertiroidismo. M. Mileu y M. Oltis.

**Un nuevo tratamiento de los dolores de cabeza.** — Basados los autores en la importancia que el nervio occipital mayor

tiene en la circulación del cerebro (sangre-liquido cefalorraquídeo) y la relación que pudiera haber entre los trastornos de dicha circulación y la presentación de dolores de cabeza, se deciden a practicar la anestesia bilateral de dicho nervio con una solución de novocaina al 1 ó 1,5 por 100, aproximadamente 1 centímetro por dentro de la mitad de la línea horizontal que une la punta de la apófisis mastoides con la línea media, inyección en abanico con la base en el occipital. En 16 casos de cefaleas se practicó dicha anestesia. En la mayor parte de los casos se trataba de dolores de cabeza consecutivos a una raquí-anestesia; en un caso existía un absceso cerebral y en otro una herida en la frente con fractura conminuta del frontal y reacción meningea. Unos minutos después de la inyección de novocaina cesaron los dolores en todos los casos. En dos de ellos reaparecieron los dolores a las 4-6 horas, pero menos intensos. En los restantes casos los enfermos, después de la inyección, no volvieron a presentar cefaleas.

#### Dibromotirosina como medio terapéutico en el hipertiroidismo.

Los autores tratan once casos de hipertiroidismo y enfermedad de Basedow con dibromotirosina, empleando diariamente una dosis de 0,20 a 0,30 gramos durante diez a veinte días. Después del tratamiento pudieron observar cómo regresaba la hipertrofia de la glándula, la alteración en la consistencia hipertiroidica del bocio, disminución de la taquicardia, se recupera el sueño, aumenta el apetito, se reducen las heces diarreicas y algunos de los enfermos, durante los veinte días de tratamiento, aumentaron hasta 3 kilos de peso. La dibromotirosina es muy bien tolerada por los enfermos y no se observaron signos de intolerancia brómica ni empeoramiento de los síntomas.

Los autores afirman que la dibromotirosina puede emplearse en el hipertiroidismo en manera semejante a la diiodotirosina. No creen que pueda obtenerse una curación del hipertiroidismo en sus estadios avanzados, pero la consideran como posible en los casos incipientes.

### The Journal of Infectious Diseases

69-2-1941

- Control quimiopéptico con sulfotiazol sódico en el embrión de pollo. Weil, A. J. y Gall, L. S.
- Estudio de la purificación de los precipitados al alumbre del toxoide diftérico. Seal, S. C. y Johnson, S. J.
- Determinación de la actividad de varias drogas frente a los parásitos de la malaria. Coggeshall, L. T. y Maier, J.
- Requerimiento de factores de crecimiento accesorios de algunos representantes del grupo Brucella. Koser, S. A., Breslove, Beverly, B. y Dorfman, A.
- \* El tratamiento de la infección por Streptococcus del grupo C, en cobayas, con vitamina C y sulfanilamida. Karel, Leonard, Grubb, Thomas, C. y Chapman, A.
- Leptospirosis canina en Pensilvania. Raven, C.
- Comparación de siete razas de virus del linfogranuloma venereo. Rodaniche, E. C.
- Potencial oxidación-reducción en cultivos de Salmonellas III. La relación entre el potencial característico y estructura antigénica. Burrows, W.
- Los actinomyces de la boca humana. Bibby, B. G. y Knighton, H. T.
- Relación entre ácidos grasos volátiles e hidrógeno sulfuroso, con la flora intestinal. Bergeim, Olaf, Hanszen, A. H., Pincussen, L. y Weiss, E.
- Tipos de Salmonellas en zorros plateados. Benedict, R. G., McCoy, E. y Wisnicky, W.
- Estudios cuantitativos en la neutralización de virus del papiloma purificado. II. Reversibilidad del efecto del suero por la dilución simple. Beard, D., Taylor, A. R., Sharp, D. G., y Beard, J. W.

**El tratamiento de la infección por streptococos del grupo C, en cobayas, con vitamina C y sulfanilamida.** — Dados los numerosos estudios contradictorios sobre el papel protector de la vitamina C en las infecciones animales, los autores se proponen investigar este problema, utilizando el cobaya como animal de investigación, por poseer éste la ventaja de padecer avitaminosis C.

Como germen infectante utilizan razas de estreptococos del grupo C, que a más de ser patógenas para el cobaya, son susceptibles a la acción de las sulfamidas.

La investigación de estos autores demuestra que la acción de la sulfanilamida es la misma, en grupos de cobayas con suplemento de ácido ascórbico y alta ascorbinemia, que en aquellos privados durante 10 días de vitamina C.

En animales no sometidos a la acción de la sulfanilamida, la gravedad de la infección tampoco se influye por el mayor o menor contenido en ácido ascórbico.

La vitamina C no tiene, por tanto, ninguna influencia en el curso de la infección del cobaya por estreptococos del grupo C.

### The Quarterly Journal of Medicine

11-41-1942

- \* Resultados de la radioterapia en la tireotoxicosis. L. Martín.
- El efecto de la terapéutica por el hígado sobre la eritropoyesis, observada por punciones esternas seriadas en doce casos de anemia perniciosa. L. S. P. Davidson, L. J. Davis y J. Innes.
- Intoxicación por el cloruro de metilo. A. M. Jones.
- Embarazo y diabetes. R. D. Lawrence y W. Oakley.

**Resultados de la radioterapia en la tireotoxicosis.** — Estudian 42 casos de diversas formas de tireotoxicosis y bocios durante 3 ó más años después de haber sido tratados con rayos X. En 28 de 31 enfermos con tireotoxicosis primaria, se obtuvo mejoría de los síntomas tireotóxicos, pero de estos 28, sólo 19 (61 por 100) pudieron reanudar una vida normal. De 7 casos de tireotoxicosis secundaria sólo uno obtuvo mejoría. 4 fallecieron y 1 continuaba en la cama. Cuatro enfermos de bocio no tóxico no se influenciaron por el tratamiento.

Consideran como indicaciones fundamentales para la radioterapia: las tireotoxicosis primarias cuya intensidad no demandan operación o asiente en niños o adolescentes, o por el contrario en ancianos sin insuficiencia cardíaca ni arritmia, y por último, aquellos casos en los que la tiroidectomía parcial no dió resultado, o los que rechazan la intervención. Como contraindicaciones señalan: las tireotoxicosis secundarias (bocio nodular tóxico), las primarias o secundarias con insuficiencia cardíaca o fibrilación auricular, bien paroxística o permanente, en todos los casos en que se haya producido compresión o desviación de la tráquea o compresión mediastínica, y las formas primarias muy intensas en las que se requiera una rápida mejoría.

### La Presse Medicale

18-19-25 y 28 de febrero de 1942

- De algunas sensaciones particulares provocadas en los amputados y en los hemipléjicos por la anestesia simpática y por la inyección intraarterial de scurocaina. En semiconsciencia. Rene Leriche.
- \* Los accidentes nerviosos del neumotórax artificial. Parálisis segmentaria y distal. Secuela de una hemiplejía de origen pleural. J. Vidal.
- Cláticas traumáticas; su frecuencia, su tratamiento. Consecuencias médico-legales. S. de Seze.
- Pequeña epidemia de enfermedad de Bouillaud. C. Blancardi y A. Simonel.

**Los accidentes nerviosos del neumotórax artificial. Parálisis segmentaria y distal. Secuela de una hemiplejía de origen pleural.** Publican 7 casos de accidentes nerviosos acaecidos con motivo de insuflaciones de neumotórax artificial, recopilados entre 8.000 punciones, lo que hace un 0,87 por 100 de frecuencia en este accidente.

Casi siempre en el curso de estas insuflaciones seguidas de accidente se ha tropezado con dificultades, por tratarse de neumotórax parciales.

Entre ellos hay 3 casos de epilepsia generalizada, 1 de epilepsia local y 3 de hemiplejía.

Los accidentes neurológicos que cursaron con sintomatología localizada (en total 4) asentaron siempre en el lado del neumotórax insuflado, lo que según el autor es un argumento en contra de la teoría embólica de estos accidentes, ya que el embolo gaseoso caminaría siempre por los vasos del lado contrario al del decúbito (es decir, por los del lado neumotorizado), y por lo tanto, tendrían que ser las manifestaciones del lado opuesto.

En un caso que comenta el autor especialmente, quedó como reliquia de una hemiplejía transitoria una paresia de la mano izquierda.

Estas observaciones no le permiten decidirse en pro de ninguna de las teorías patogénicas más manejadas para explicar estos accidentes (la embólica y la refleja), pero cree que solamente esta última puede explicar uno de sus casos en el que tres insuflaciones fueron seguidas de otras tantas crisis epilépticas.

### Nordisk Medicin

13-7-14 de febrero de 1942

- C. E. Fenger, A. Hansen.
- \* La hipertensión arterial y su significación clínica. E. Ask-Upmark.
- Calcificación intracranial con esclerosis tuberosa. E. Andersen.
- \* Una comparación entre la encefalopatía hipertensiva y la encefalopatía arterioesclerótica. A. Barfred.



- \* Caso de muerte en un buzo. E. Waaler. Acción del sistema nervioso vegetativo sobre el electrocardiograma. O. Nordenfelt.
- \* El principio hipertensor del riñón y su relación con la hipertensión arterial. U. S. von Euler.
- Un caso con múltiples anomalías congénitas (síndrome de Hurler). N. G. Nordensson.

**La hipertensión arterial y su significación clínica.** — Se trata de un artículo de conjunto en que el autor pasa revista a la significación de la hipertensión arterial como enfermedad independiente y como manifestación que acompaña a muchos cuadros patológicos.

Clasifica las hipertensiones en dos grupos, constituido uno por la hipertonía esencial y el otro por las hipertonías sintomáticas. En este último estudia las que se presentan en las enfermedades cardiovasculares, las afecciones nerviosas y endocrinas y las alteraciones renales.

Discute con especial atención las alteraciones hipertensivas que acompañan a las enfermedades renales, exponiendo los modernos conocimientos acerca de la hipertensión nefrótica.

De la exposición deduce el autor algunos datos de importancia para la conducta terapéutica. Entre ellos deben recordarse la conveniencia de pensar en la necesidad de una intervención en las lesiones renales unilaterales que pueden conducir al desarrollo de un cuadro de hipertensión. De la misma manera debe tenerse especial atención en evitar que las alteraciones renales agudas pasen a crónicas, con el consiguiente riesgo de producción de un cuadro hipertensivo. El autor piensa a este respecto que los nuevos quimioterápicos están llamados a desempeñar un importante papel en este aspecto.

**Caso de muerte en un buzo.** — Con motivo de un accidente fatal sufrido por un buzo en Bergen (Noruega), el autor hace una serie de consideraciones acerca de las condiciones de salud necesarias para los individuos ocupados en este trabajo. En el caso que se refiere, la muerte sobrevino por asfixia. El sujeto padecía una bronquitis crónica y no reaccionó al tratamiento.

El autor critica los métodos empleados para estimular la respiración, por considerarlos poco eficaces, y estima que las autoridades deben tomar medidas encaminadas a vigilar más eficazmente el estado de salud de estos obreros y a dotar a los

lugares donde trabajan de instalaciones adecuadas para el tratamiento de los accidentes.

**El principio hipertensor del riñón y su relación con la hipertensión arterial.** — Artículo de conjunto en que se describen al lado de algunas investigaciones originales los estudios de los autores argentinos y norteamericanos sobre la substancia hipertensora del riñón. El autor se adhiere al punto de vista según el cual el principio hipertensor se genera en la sangre por la acción de la renina, formada en el riñón, sobre una substancia existente en el suero sanguíneo.

La hipertensión arterial experimental guarda estrecha analogía con ciertas formas de hipertensión en la especie humana.

13-8-21 de febrero de 1942

- Adolph Hannover. A. Hansen. Fisiopatología y terapéutica de la hipertensión arterial. E. Ask-Upmark.
- Tratamiento Roentgenoterápico de la demencia paralítica. V. Askgaard y B. Faber.
- Observaciones sobre la Cirugía de guerra en Finlandia. S. Baastrup Thomsen.
- La organización hospitalaria y su colaboración con el médico práctico. A. F. Djorup.
- Algunos casos de lesiones de la columna vertebral de importancia desde el punto de vista de los seguros. B. E. Ebbehoj.
- Mola destructora. Fr. Djorup.
- Sobre la importancia del examen sistemático de las condiciones higiénicas de los trabajadores y sus lugares de trabajo en la industria. E. Thiss-Evensen.
- Personalidad y correlaciones hormonales. A. Josefson.
- \* Comunicación previa sobre la etiología de la hepatitis epidémica. R. Hallgren.
- Un caso de consunción tratado con sulfonamidas. E. Forsgren.

**Comunicación previa sobre la etiología de la hepatitis epidémica.** — El autor hace el estudio de una epidemia de hepatitis desarrollada en el Norte de Suecia. El estudio epidemiológico demuestra que la enfermedad se transmitió por el agua. La inyección subcutánea de un filtrado por bujía de Berkefeld del jugo duodenal de los enfermos en el ratón, produce en éstos una enfermedad mortal. Los animales muestran lesiones necróticas características en el hígado, que no se observan en los animales de control inyectados con jugo duodenal de personas sanas.

## IMPORTANTE

Se pone en conocimiento de los señores suscriptores, que a partir del próximo día 20 de julio comenzarán a ponerse en circulación postales-reembolso por el importe de 50 pesetas correspondientes a la suscripción del segundo semestre de 1943, más 1,50 pesetas por gastos de cobro y reembolso.

