

cia a sus sesiones ofrece un evidente perfeccionamiento técnico, de tipo voluntario, a cuantos profesionales concurren y singularmente a los médicos que ejercen en medio rural y a los cuales se ofrece ocasión de aportar sus propias experiencias y adquirir utilísimas enseñanzas. Un programa de actos complementarios patrióticos y cordiales, harán inolvidable la estancia de los jornalistas en la invicta Zaragoza. Las inscripciones, de la región y de toda España, han adquirido un número extraordinario. Para el mayor orden de la organización se ruega a los médicos que aun no hayan enviado su inscripción la remitan sin pérdida de tiempo a la Secretaría General de las Jornadas, Real Academia de Medicina de Zaragoza girando el importe de la cuota (100 pesetas para jornalista; 50 para familiar, acompañantes o estudiantes de Medicina).

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Barcelona)

### CURSO DE CLÍNICA MÉDICA

Bajo la dirección del DR. F. ESQUERDO

Con la colaboración de los médicos del Servicio doctores A. ROCHA, L. CARRASCO, M. VIERA, M. PAÑELLA, F. BERGADA, P. PLANA, J. VILA CLARA, R. SOLIVELLAS y los agregados J. COMPAÑÓ y R. VIDAL-RIBAS.

Este curso tendrá un carácter eminentemente práctico y las lecciones se desarrollarán a las nueve y media todos los miércoles y sábados a partir del día 31 de octubre hasta el 30 de noviembre de 1943, reanudándose los mismos días de la semana durante los meses de abril y mayo de 1944.

### CURSO DE MEDICINA DE URGENCIA

Organizado por el DR. ALFREDO ROCHA

Con la colaboración de los doctores: L. ROSAL y J. CORNUDELLA (Jefes de Servicio de Tisiología), M. MISERACHS (del Servicio de Transfusión, y los doctores: J. SIMARRO, M. VIERA, M. PAÑELLA, F. BERGADA, R. FROUCHTMAN, P. PLANA, R. SOLIVELLAS, J. COMPAÑÓ y R. VIDAL-RIBAS (Jefe del Laboratorio).

*Sistema nervioso.* — Ictus apoplético. Delirios y crisis convulsivas. Estados comatosos.

*Aparato circulatorio.* — Precordialgias críticas. Insuficiencia aguda del corazón. Crisis taquicardias. Lipotimias. colapso, shock.

*Aparato respiratorio.* — Las hemoptisis. El acceso asmático. Síndromes pleurales de urgencia.

*Aparato digestivo.* — Las hemorragias digestivas. Crisis dolorosas biliares. Perforaciones digestivas. Apendicitis agudas. Oclusiones intestinales.

*Aparato urinario.* — Cólico nefrítico y crisis agudas urinarias.

*Intoxicaciones agudas.* — Intoxicaciones agudas alimenticias y profesionales. Intoxicaciones medicamentosas y envenenamientos. La transfusión sanguínea en terapéutica de urgencia. Las aplicaciones del laboratorio en medicina de urgencia.

Este curso tendrá lugar en abril-mayo 1944. Las lecciones se desarrollarán los lunes, martes, jueves y viernes, a las nueve y media.

### CURSO DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Por el DR. R. FROUCHTMAN

Con la colaboración de los doctores: L. ROSAL (jefe de Servicio de Tisiología), P. BARCELÓ (jefe del Dispensario de Reumatología de la Clínica Médica A de la Facultad de Medicina), E. BASSAS (del Servicio de Dermatología del doctor Peyri) y los doctores A. ROCHA y M. VIERA.

LECCIÓN INAUGURAL a cargo del profesor SÁNCHEZ LUCAS, catedrático de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina, que expondrá el tema, *Anatomía patológica de los fenómenos alérgicos*. Naturaleza de la hipersensibilidad humana: anafilaxia y alergia. Los fenómenos de la reacción alérgica. Génesis de los estados alérgicos: herencia. El terreno o constitución alérgica; factores de la disposición alérgica. Alérgenos: Sintomatología y diagnóstico general de los estados alérgicos. Pruebas diagnósticas de la sensibilidad específica. Alergia y tuberculosis. Clínica de la alergia digestiva. Las manifestaciones alérgicas del aparato respiratorio. Alergia y aparato circulatorio. Las dermatopatías alérgicas: I. Urticaria y edema; II. Eczemas y otras dermatosis de reacción. Jaquecas: la alergia en patología ocular. Alergia y reumatismo. Estado actual de la terapéutica antialérgica.

Este curso dará comienzo el viernes, día 15 de octubre, a las nueve y media y las lecciones continuarán los lunes, martes, jueves y viernes. LA MATRÍCULA DE LOS CURSOS ES DE 100 PESETAS. Para informes e inscripciones dirigirse a la depositaria del Hospital todos los días laborables de diez a doce.

## BIBLIOGRAFÍA

### A) CRÍTICA DE LIBROS

OPERACIONES OBSTÉTRICAS. *Indicaciones y técnica*, por el PROF. HEINRICH MARTIUS. Traducción de la tercera edición alemana, por el Dr. D. Manuel Varela Radio. — Editorial Labor, S. A., Barcelona-Madrid-Buenos Aires-Río Janeiro, 1943. Un volumen en cuarto menor, con 272 páginas y 281 figuras en negro y en color.

Igual que el libro de operaciones ginecológicas, este de operaciones obstétricas, con la misma presentación gemela, con la misma versión muy delicada del Dr. Varela Radio, es un volumen delicioso, en el que de un modo sucinto se estudian todas las operaciones obstétricas con sus indicaciones y contraindicaciones respectivas.

Comienza el libro con un breve, pero muy bien hecho e

ilustrado estudio de las partes anatómicas que intervienen en el parto, tanto maternas, como fetales.

El estudio del conducto óseo y de las partes blandas que lo cierran por debajo está breve pero precisamente descrito. Igualmente ocurre con el feto como objeto del parto.

Estudia el mecanismo del parto con arreglo a la ley del esfuerzo mínimo de K. F. SANS para las matemáticas, trasladada al parto por Selheim. Todo ello lleno de soberbias figuras, que en todo momento ilustran lo descrito.

Estudia el parto normal en todas sus manifestaciones, con grupos de dibujos que dan una idea perfecta de todas las presentaciones y posiciones. Pasa a continuación al estudio de la patología del parto desde el punto de vista quirúrgico, y luego describe maravillosamente las operaciones, todas ilus-

tradas por muy buenas láminas, que dan de ellas un estudio justo.

Termina con el aborto y las intervenciones obstétricas secundarias, como taponamiento uterino, compresión de aorta, etcétera.

En resumen, es un manual espléndido que no debe faltar en ninguna biblioteca, no sólo de médico rural, sino de todo buen especialista.

**OPERACIONES GINECOLÓGICAS Y SUS FUNDAMENTOS ANATOMOTOPOGRÁFICOS**, por el PROF. HENRICH MARTIUS. Versión española de la segunda edición alemana, por el Dr. D. Manuel Varela Radio. Editorial Labor, S. A., Madrid-Barcelona-Buenos Aires-Río Janeiro, 1943. Un volumen en cuarto mayor, de 397 páginas, con trescientas ochenta y siete figuras en negro y color.

La segunda edición del tratado de ginecología operatoria de Martius, con algunas adiciones sobre la anterior, en la que incluye las últimas operaciones modernas, como, por ejemplo, la operación de Cotte para suprimir el dolor de los órganos pélvicos en determinadas condiciones en que está indicada; la operación de Labhardt, para el tratamiento del prolapso

uterino en las viejas por colpoperinocleipsis subtotal y la operación ampliada del carcinoma cervical por el método de Schautta-Stöeckel, resulta un manual de ginecología operatoria al cual pocos peros se le pueden poner, tanto por la discreción extrema del autor al tratar todos los puntos, como por su presentación cuidadosa, muy abundante en láminas de absoluta claridad y la versión española tan clara y cuidadosamente hecha por el Dr. Varela Radio.

El libro, en conjunto, es de los que no deben faltar en la biblioteca de ningún ginecólogo, como poderoso auxiliar, sobre todo para los que no sean cirujanos hechos, ya que los que están en esta situación y más tratándose de este tipo de operaciones, buscan el proceder especial para cada caso, lo cual no cabe en ningún manual ni casi diría en un libro grande. Aun así, trata en cada capítulo y en cada operación el modo de disgregar en grueso unos casos de otros, para conducir al máximo afinamiento de la técnica.

Es natural que no siempre el criterio del autor, a pesar de su gran autoridad, coincida con el del lector, y así podrían ponerse algunos reparos a determinadas conclusiones que sienta, pero esto no obstante, la obra es una de las más fundamentales, y debe celebrarse su traducción a nuestro idioma para que pueda ser conocida por todo especialista, que en ella hallará un precioso e imprescindible auxiliar.

## B) REFERATAS

### Medicina Española

5 - 41 - 1942

Disostosis craneofacial de Crouzon, A. Ley y J. Pons Tordera. Sobre el síndrome de Cushing. I. de Gispert Cruz.

\* ¿Puede influir la sulfamidoterapia en la serología de la sífilis? F. Lana Martínez.

¿Puede influir la sulfamidoterapia en la serología de la sífilis? — Observa el autor que en los enfermos de blenorragia tratados con diferentes sulfamidas, ya exclusivamente o en asociación con otros tratamientos, se obtienen posteriormente serologías de sífilis débil o medianamente positivas, que achaca a dicho tratamiento, ya que previamente se había comprobado su negatividad.

Son precisamente el Meinicke, Kahn y citócol los que en mayor medida que el Wassermann tipo, dan más porcentaje de positividad, llegando a un 65-72 por 100 de los enfermos estudiados. Esta positividad es transitoria, desapareciendo a las 3-4 semanas de la administración de las sulfamidas.

Cree pueda ser debido este fenómeno a variaciones en el estado coloidal de los sueros examinados o a mutaciones en los fenómenos fisicoquímicos propios de la serorreacción producidos por la acción especial antigénica de la primitiva fórmula de la paraaminofenilsulfamida.

### Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra

5 - 49 - 1942

El Servicio sanitario en los Ejércitos de la antigua Roma. Sebastián Montserrat.

\* Diagnóstico del tracoma afolicular. Manuel Pelayo y Martín del Hierro.

Datos estadísticos y consideraciones sobre el estado actual de la endemia venérea en el Ejército. José Pons Serena.

**Diagnóstico del tracoma afolicular.** — Llama el autor la atención sobre la existencia de tracomas indistinguibles y perfectamente tolerados por sus portadores, en los que faltan los signos cardinales de la afección tracomatosa que, como se sabe, son: el pannus, la granulación, las formaciones cicatriciales y la inflamación e infiltración crónica de la mucosa.

Esta forma atenuada se pone de manifiesto en el examen cuidadoso del fondo de saco superior, sobre todo en su parte interna, donde se observan pequeñas cicatrices y bridas de simblefarón, que se ponen tensas al evertir el párpado con el propulsor de Terson o con el separador de Demarres.

Estas formas tienen un extraordinario interés epidemiológico,

pués aunque de una infecciosidad atenuada, por ser desconocidos por el portador y sus alrededores, suponen un grave peligro.

En el Ejército de Castilla han sido descubiertos un gran número de casos en soldados procedentes de Valencia y Castellón.

### Clínica y Laboratorio

34 - 198 - septiembre de 1942

\* Paraplejía espasmódica subaguda epidémica. ¿Ha de considerarse el latirismo como una enfermedad carencial? Ignacio de Gispert Cruz.

Estado actual de la vacunación antidiftérica. Juan Rodríguez Bigne. Algunas consideraciones sobre fisiopatología de la pupila. Manuel Ríos Sisiain.

A propósito de un caso atípico de disección de la arteria maxilar interna. José Escolar García.

Detalles técnicos del método esclerosante aplicado a la terapéutica de la obstrucción nasal. Luis García Ibáñez.

Comentarios a un caso de enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann. Luis de Castro García y Enrique Romero Velasco.

**Paraplejía espasmódica subaguda epidémica. ¿Ha de considerarse el latirismo como una enfermedad carencial?** — Después de un estudio histórico y clínico sucinto de la enfermedad, analiza el autor cada uno de los mecanismos etiopatogénicos invocados en su explicación.

Cree que no se trata de una intoxicación crónica, sino que más complejo el problema, quizá intervengan asociados factores carenciales neuroavitaminósicos y posiblemente en algunos casos un factor infeccioso.

Aboga porque se tomen medidas profilácticas, como la supresión o reglamentación (caso de implicar aquella un grave problema de abastecimiento) del consumo de almortas y altramuces y el suministro de productos ricos en vitaminas anti-mielósicas a los habitantes de las regiones donde se consume este producto en gran escala, unido al diagnóstico y notificación precoz de los casos.

### Actualidad Médica

18 - 10 - 1942

Los flagelados intestinales humanos y sus métodos de diagnóstico. Eduardo Suárez Peregrín.

18 - 11 - 1942

Obra de Perfeccionamiento Médico de España (Granada, 19-23 de octubre de 1942).

Sesión inaugural.

Intervenciones.

Sesión de clausura.

Gaceta Médica Española

11 - 194 - 1942

- La terapéutica médica paliativa de la oclusión intestinal. Jeanney y Magendie.  
La tos en la tuberculosis pulmonar. Su fisiopatología y su valor pronóstico. F. R. de Partearroyo.  
Las enfermedades infecciosas en el año 1942. Ch. Dopfer.  
Estado actual del problema de la inmunización antiestreptocócica. II. Preparación, valoración y eficacia terapéutica de los productos inmunizantes derivados del estreptococo. R. Ibáñez González.
- Meteorología y mortalidad infantil en Las Palmas de Gran Canaria. A. Arbelo Curbelo.  
El control de la natalidad, factor antieugénico en el Perú. L. M. Sáenz.  
La rabia: Epidemiología, diagnóstico clínico y de laboratorio. Tratamiento profiláctico. L. Albaladejo.  
Las intoxicaciones por picadura de alacrán. J. L. Yagüe Espinosa.

**La terapéutica médica paliativa de la oclusión intestinal.** — Después de un recuerdo fisiopatológico de los diferentes tipos de oclusión intestinal, analizando los trastornos de contractilidad y tonicidad intestinal, trastornos de la sensibilidad y humorales, estudia las diferentes terapéuticas médicas que pueden prestar grandes servicios si no sirven para perder la oportunidad de una intervención quirúrgica eficaz en los casos en que esté indicada.

La raquianestesia y la anestesia de los esplánicos, de técnica no al alcance de todos, así como la inyección de prostigmina, pueden ser el remedio de algunas oclusiones dinámicas.

Las inyecciones y lavados salinos hipertónicos con la transfusión de plasma sanguíneo, salen al paso de los trastornos humorales, provocando en alguna ocasión la puesta en marcha del peristaltismo.

La transfusión de plasma presta grandes servicios asociada a otros medios, como los quirúrgicos.

Trata con especial detenimiento la aspiración duodenal continua, que califica como procedimiento de elección en todos los ileos dinámicos (reflejo postoperatorio, etc.). Merece ser empleada sistemáticamente en la cirugía gástrica, evitando con ello los vómitos, el hipo, las náuseas, el círculo vicioso de los gastroenterostomizados, el estasis, etc. En las oclusiones mecánicas no debe ser empleada más que como preparación para la intervención.

Refiere treinta y cuatro observaciones con veinte ileos dinámicos en los que se consiguieron dieciocho curaciones (90 por 100), haciendo en dieciséis casos exclusivamente la aspiración. En los ileos mecánicos el resultado es menos brillante, a pesar de ir asociado a la intervención; de catorce casos obtuvo siete curaciones (50 por 100). La aspiración precedió a la intervención en trece casos con ocho buenos resultados (51,5 por 100).

**Meteorología y mortalidad infantil en Las Palmas de Gran Canaria.** — Analiza el autor uno por uno los factores meteorológicos dominantes en Las Palmas de Gran Canaria, como la temperatura, humedad, presión atmosférica, vientos, etc., en su relación con la curva de mortalidad infantil, valiéndose de los datos estadísticos del decenio 1930-39.

La temperatura es el único que ejerce una influencia manifiesta predisponiendo a los infantes a los trastornos nutritivos. Los vientos suaves y regulares en toda época del año ejercen una acción favorable atenuando el efecto de las temperaturas.

Relaciona el todavía acentuado ascenso estival de la mortalidad de menores de un año, con la ignorancia de las normas de Puericultura y bajo nivel higiénico de los mayores estratos sociales de la población, ya que la suavidad de la temperatura (media de 20°, abril-noviembre y 26°, agosto-noviembre) colocan a la isla en las condiciones inmejorables, que hizo exclamar a los romanos que primero la visitaron: "Fortunate insulae".

A Medicina Contemporanea

60 - 17 - 6 de septiembre de 1942

Neuroblastos epidérmicos (Estalagmocitos de F. John). J. Ferreras Marqués.

60 - 18 - 20 de septiembre de 1942

Sistema nervioso intraepidérmico. J. Ferreira Marques.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

41 - 4 - 1941

- La hernia inguinal como accidente del trabajo. Eurico Branco.  
Nota sobre los anofelinos de San Vicente y sus inmediaciones. A. da Silva Ramos y Ovidio Unti.
- Consideraciones sobre los aspectos rectosigmoidoscópicos y los cuadros radiológicos del intestino grueso en la esquistosomiasis mansoni. João Alves Meira.

**Consideraciones sobre los aspectos rectosigmoidoscópicos y los cuadros radiológicos del intestino grueso en la esquistosomiasis mansoni.** — El autor relata la observación de 36 casos de esta afección con diferentes aspectos clínicos.

En 30 de ellos hizo examen radiográfico del intestino grueso, de los cuales 19 fueron sometidos a un examen rectosigmoidoscópico; exploración que fué única en seis de los enfermos.

Con el rectoscopio observa en la mucosa congestiones o edema, así como ulceraciones que son menores en superficie cuanto más altas y que sangran fácilmente. En algún caso observa, al mismo tiempo, hemorroides internas y en uno un prolapso rectal. No consigna la existencia de ningún caso de pólipos ni signos de infección amebiana, con tanta frecuencia señalados por otros autores.

Radiológicamente no se observan signos característicos y solamente con alguna frecuencia se ve una incontinencia de la válvula ileocecal.

La Semana Médica

(Buenos Aires)

49 - 34 - 20 de agosto de 1942

- La patología molecular. Sus bases experimentales y su significación para la práctica médica. P. Busse Grawitz.
- Osiificación postraumática del braquial anterior. Nicolás N. Perruelo.
- Plan de tratamiento de los quemados graves. Andrés Santos, Edgardo Rosito y Pedro Jurado.
- Cirugía plástica. Ernesto F. Melbec.
- Diabetes, polineuritis crónica por avitaminosis B<sub>1</sub> y constipación. Manuel Jutorán.
- Determinación cuantitativa de la gonadotropina coriónica. Alberto F. Rodrigo.
- La oftalmología en la medicina de Hipócrates. José Sverdlick.
- Terciana maligna importada por vía marítima. N. J. Zurutuza.
- Evolución espontánea de dos partos en presentación transversa. Bernardo Vijnovsky y Eduardo M. Corsi.
- Nuevo procedimiento para yugular los ataques de crisis y mal asmático. David Fairstein.

**Nuevo procedimiento para yugular los ataques de crisis y mal asmático.** — El autor trata el ataque de asma con la aplicación bajo presión en el brazo de un lapicero de nieve carbónica, produciéndose con esto a la hora de haberlo retirado unas flictenas.

Ha tratado de esta manera 67 casos, habiendo conseguido la disminución de la disnea, opresión y cefalea, y la desaparición definitiva de los ataques en todos menos en diez de sus casos. En estos últimos cree que los resultados no fueron definitivos por la existencia de una marcada disfunción hepática que trata con extractos hepáticos e inyecciones de 5 c. c. de leche.

Este mismo autor ha publicado un trabajo sobre "Tratamiento del eczema por el frío".

49 - 35 - 27 de agosto de 1942

- Resultados del tratamiento oral con arsenicales pentavalentes en la lúes prenatal. Esquema de Erich Müller. Hugo Maccarini.
- \* Absceso subfrénico. Operación por vía transtorácica extrapleurales. Resultados. Santos E. Luchetti.
  - Curioterapia del cáncer de la piel. Simón Rosner.
  - Endocrinopatías. X. Disquisición sobre dos amenorreas. Enrique Cantillo, Carlos Fernández Esperoni.
  - Diagnóstico clínico de la pancreatitis aguda. Adolfo Dujovich.
  - Tuberculosis y civilización. Leonardo P. Repetti.
  - Sobre un caso de pseudoacostumbramiento a la dolantina. Eduardo F. L. Novarini y Roberto Fellner.
  - Denominación de los trastornos del coito. Lázaro Sirlin.

**Absceso subfrénico.** — Operación por vía transtorácica extrapleurales. Resultados: De 17 casos de absceso subfrénico operados desde 1933 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Rawson, ocho fueron intervenidos por vía transtorácica extrapleurales con tres defunciones (37,5 por 100 de mortalidad). Por otras vías fueron intervenidos nueve, con otras tres defunciones (33,3 por 100). Estima que por la primera vía fueron intervenidos los más graves, lo que según el autor da una explicación satisfactoria a la diferencia.

En dos casos se abrió accidentalmente la pleura, sin que en ninguno de ellos tuviese consecuencias desagradables.

49 - 36 - 3 de septiembre de 1942

- Amebiasis cutánea y vaginal. Juan Bacigalupo, Emilia M. Lulien y Carlos R. Puga.
- Anemia esplénica infantil de von Jaksch-Cardarelli. Armando Zunino, Juan D. R. Sturia y Honorio Piacentino.
- La escotadura semilunar del borde incisal en la dentición temporaria. Wenceslao N. Domínguez.
- Contribución al estudio y tratamiento de la dismenorrea. Ricardo Schwarz.
- Veritol en la anestesia raquídea. Héctor A. Venturino y Jorge L. Viaggio.
- \* La vitamina E y las atrofas musculares. Germán Rillo y Diego Brage.

**La vitamina E y las atrofas musculares.** — Refiere el autor un caso de atrofia de los músculos de la raíz del miembro superior derecho que califica de "atrofia muscular escapulo-humeral protopática de tipo esporádico de presentación aguda".

De acuerdo con la lectura de los trabajos del Prof. Jiménez Díaz trata al enfermo con diez gramos de glicocola en polvo tres veces al día y dos centigramos de efedrina, también dos veces al día, prosiguiendo el tratamiento durante doce días sin ningún resultado. A esta medicación le añade cinco comprimidos de vitamina E (no consigna la dosis) al día, con lo que a los quince días puede elevar el brazo, recuperando completamente la masa muscular afecta su trofismo, motilidad y fuerza.

Piensa si el alfatocoferol fuera el elemento necesario para la resíntesis de la fosfocreatina. No lleva a cabo dosificaciones de creatina ni creatinina.

## Revista de Cirugía de Buenos Aires

20 - 6 - 1941

- La resección de la cabeza del húmero en las fracturas acompañadas de luxación de la misma. Alberto Gutiérrez.
- Sacralización de la quinta vértebra lumbar. L. I. Benzecry.
- Manos torcidas (bot) sin lesión del esqueleto. Jorge Glassner.

## Revista Médica Latinoamericana

27 - 314 - 1941

- Leiomiomas del ovario. M. L. Pérez, N. Arenas y R. Sanmartino.
- Impresiones de un viaje al Brasil. La enseñanza y asistencia de las enfermedades del sistema nervioso. J. Pereyra Kafer.
- Cáncer agudo ulcerado del seno derecho. Consideraciones clínico-quirúrgicas. J. A. Urquijo y F. A. Pereira.
- El absceso quirúrgico del temporal por la vía transauricular. R. Bompel.
- Las enfermedades profesionales. Cómo prevenirlas en la industria.

## Revista Médica de Chile

70 - 7 - 1942

- El tratamiento dietético de la cirrosis hepática. A. Mardones y H. Doomer.
- \* Consideraciones sobre el origen de la hiperbilirrubinemia y la pleiocromia fecal en la enfermedad de Biermer. H. Alessandri, Doci y R. Echeverry.
- La autotransfusión en el embarazo ectópico roto y otras consideraciones. H. Reyes.
- La pelagra del adulto en Santiago de Chile. H. Alessandri, P. García y J. Lerner M.
- Comunicación preliminar acerca de un año de experiencia con electropirexia. M. Figueroa Ecház-Vidal.

**Consideraciones sobre el origen de la hiperbilirrubinemia y la pliocromia fecal en la enfermedad de Biermer.** — El objeto de este trabajo es contribuir al conocimiento del metabolismo de la hemoglobina en la anemia perniciosa, empleando para ello la nueva técnica de dosificación de urobilinógeno y bilirrubinemia. Desde el principio la anemia perniciosa fué considerada como una afección en la que intervendría el factor sobredestrucción de la sangre, el cual sería el responsable de la hiperbilirrubinemia y de la pleiocromia de las heces. Los trabajos de Castle demostraron que la anemia perniciosa está condicionada por la ausencia de un factor hematopoyético, y para Castle la ausencia o disminución de esta substancia determinaría una producción insuficiente de glóbulos rojos de manera que, según este autor, sería una anemia hiporregenerativa, la hiperbilirrubinemia y la pleiocromia de las heces sería debida a una producción exagerada de hemoglobina en relación a la de glóbulos, y aquella sería metabolizada en forma de pigmentos biliares. Esta hipótesis está combatida por los autores modernos. Castle parece olvidar que el origen carencial de la anemia perniciosa no es incompatible con la idea de una sobredestrucción de sangre debido a la mala calidad de los glóbulos formados y la hiporregeneración sería relativa frente a la destrucción exagerada de sangre. Citan a continuación las siguientes experiencias que vienen a demostrar que la destrucción de los hematíes es mucho mayor en las crisis que fuera de ellas; estas experiencias han sido hechas por diferentes autores, unos *in vitro* (midiendo la resistencia de los glóbulos de anémicos perniciosos fuera y dentro de la crisis a venenos hemolíticos) y otros *in vivo* (determinación de urobilinógeno fecal en los anémicos perniciosos fuera y dentro de las crisis). La valoración de la tasa de destrucción sanguínea sólo ha podido dar resultados valederos desde que se cuenta con métodos apropiados para dosificar la excreción fecal de urobilinógeno, con la condición que la función hepática esté conservada y la permeabilidad de los conductos hepáticos y extrahepáticos esté indemne. Citan a continuación los métodos de mejores resultados, el de Watson y la técnica de Sparkman, manifestándose partidarios de esta última, por ser menos complicada y dar resultados similares; para este autor las cifras de urobilinógeno normalmente oscilan entre 200 y 400 miligramos por 100.

A continuación exponen gráficamente los resultados obtenidos por ellos en 22 casos estudiados de anemia perniciosa en el momento de crisis. En todos ellos encontraron las siguientes cosas: antes del tratamiento con hígado: 1.º Anemia hiperocrómica megalocítica; 2.º Reticulocitosis escasa o ausente; 3.º Hiperbilirrubinemia de reacción directa negativa; 4.º Urobilinógeno fecal aumentado de 800 a 1.200 miligramos por ciento; 5.º Ausencia constante de pigmentos biliares en orina; 6.º En ocasiones por rebalse o compromiso funcional hepático concomitante cifras elevadas de urobilinógeno urinario. Después del tratamiento se observa: 1.º Desaparición de los megalocitos; 2.º Normalización de la cifra de glóbulos rojos y hemoglobina; 3.º Bilirrubinemia normal; 4.º Urobilinógeno fecal normal; 5.º Urobilinogenuria normal. De esto deducen los autores que en la anemia perniciosa existe destrucción sanguínea excesiva y falta de regeneración suficiente. Bajo la acción del hígado observan al mismo tiempo que los hematíes aumentan de número y se origina la crisis reticulocitaria que el urobilinógeno fecal y la bilirrubinemia desciende hasta normalizarse, aunque sin guardar un estrecho paralelismo con ellos.

Terminan diciendo que todos estos hechos permiten suponer que en la anemia perniciosa existe una hiperdestrucción de hematíes de mala calidad junto a una hiporregeneración rela-

tiva, factores que varían de importancia de un caso a otro y que son determinados por una carencia que actúa según el mecanismo que tan acabadamente ha puesto en evidencia Castle.

### Fortschritte der Therapie

18-11-1942

- \* Sobre el tratamiento de los trastornos de irrigación periférica. H. Schnetz.  
Contribución a la clínica y terapéutica de los trastornos de la función nerviosa. K. Elsasser.

**Sobre el tratamiento de los trastornos de irrigación periférica.**—El autor comunica varios casos con trastornos de la irrigación vascular en las extremidades, tratados con éxito sorprendente con la terapéutica combinada de prisol y hormonas genitales. Su casuística se refiere a un enfermo con enfermedad de Raynaud, tres casos de endoangitis obliterante con gangrena húmeda del pie y un caso de arterioesclerosis, también con necrosis del cuarto dedo del pie. En todos ellos, con el tratamiento con prisol (dos o tres veces, dos tabletas y una ampolla diarias) y su aplicación local en forma de pomada, combinado con la administración de hormonas genitales (prognón, perandrén, testovirón) se obtuvo una mejoría evidente, desapareciendo las molestias parestésicas y los trastornos de irrigación vascular y, en los casos con gangrena, una perfecta cicatrización de las partes afectas después de haberse eliminado los secuestros necrosados.

### Therapie der Gegenwart

83-11-1942

- El empleo terapéutico de las vitaminas en odontología. H. v. Euler
- \* La lactoflavina y sus indicaciones terapéuticas. F. Diehl.
- El empleo de la leche citratada en la dietética del adulto. F. Kuhlmann y D. Wauer.
- Extracción de los cálculos de las vías urinarias por medio del catéter de Zeiss. F. Busch.
- La técnica y las indicaciones de la transfusión de sangre en la infancia. J. Wolff.

**La lactoflavina y sus indicaciones terapéuticas.**—En este trabajo el autor pone de manifiesto la importancia de este factor del grupo vitamínico B<sub>2</sub> para el organismo humano. Después de ocuparse con detalle de las funciones biológicas de la lactoflavina, describe los síntomas clínicos de la arriboflavinosis y las indicaciones terapéuticas de esta vitamina en los diferentes estados carenciales.

### Zeitschrift für Klinische Medizin

189-4-1941

- Observaciones sobre cuatro casos de sprue nostras. E. Balzer.
- Sobre el influjo de la alimentación sobre la cantidad de sangre circulante. I Comunicación: La dieta de cloruro y la rica en cloruro sódico. G. Krauel.
- Cisteína y ácido ascórbico. W. Beigböck y L. Benda.
- El comportamiento de la vitamina C en la sangre durante el shock insulínico. H. Haid.
- Cisteína y ácido ascórbico durante el shock insulínico. L. Benda y R. Hadwiger.
- Sobre las relaciones de la lactoflavina con la cisteína. W. Beigböck y L. Benda.
- Sobre el tratamiento insulínico de la diabetes. I Comunicación: La alteración de la situación metabólica por la activación de la contrarregulación. W. Wohlenberg.
- Sobre el tratamiento insulínico de la diabetes. II Comunicación: El favorecimiento de la acción de la insulina por la hiperglucemia. W. Wohlenberg.
- Sobre el tratamiento insulínico de la diabetes. III Comunicación: El influjo de la alteración hepática sobre la situación metabólica y sobre la glucemia en ayunas. W. Wohlenberg.

### Wiener Medizinische Wochenschrift

92-48-1942

- Práctica de la lucha contra la escarlatina. W. Zechner.
- Un nuevo esclarecimiento del fenómeno enfermedad e inmunidad. L. Sivori.
- \* ¿Qué debe saber el médico práctico de las hemoptisis? J. Obstmayer.

**¿Qué debe saber el médico práctico de las hemoptisis?**—Se trata de un breve artículo, en el cual el autor trata de hacer resaltar al médico práctico cuáles son las enfermedades que son capaces de producir una hemoptisis. En primer término se refiere a la tuberculosis pulmonar, manifestando que la intensidad de la hemoptisis no guarda muchas veces relación con la intensidad del proceso, haciendo referencia a las épocas de la vida de más frecuencia de su presentación. En segundo término se refiere al carcinoma bronquial, y dice que no hay que fiarse de la edad del enfermo ni de la existencia de un estado general florido. En cuanto a las hemoptisis de origen circulatorio, habla de las presentadas en el curso de los defectos valvulares, especialmente mitrales y aórticas del *cor pulmonale* y de la arterioesclerosis. Habla después de las bronquiectasias, tanto congénitas como adquiridas y dentro de éstas, de las idiopáticas y las de origen tuberculoso. También, aunque raramente, una gripe puede producir hemoptisis y en ocasiones la neumonía crupal puede ser este su primer síntoma. Dedicó un párrafo exclusivamente a la perforación del aneurisma de la aorta. Por último, incluye en un solo grupo las ulceraciones secundarias del pulmón y de la pleura y los tumores mediastínicos.

92-49-1942

- \* Sobre el tratamiento del acné juvenil. H. O. Loos.
- Microscopía práctica para el médico. E. Schild.

**Sobre el tratamiento del acné juvenil.**—El tratamiento del acné juvenil no puede ser único, ya que son diferentes las formas de presentación de esta enfermedad. De todas formas, sigue siendo lo más importante el tratamiento local. La primera medida es la expresión mecánica de los comedones, previa limpieza de la piel con bencina y para evitar la infección ulterior, lavados de la piel con agua boricada. En el tratamiento medicamentoso local se encuentra, en primer término, el azufre, mejor en polvo que en pomadas, y sobre todo combinado a otros elementos, especialmente la combinación azufre-ácido salicílico-resorcina. Si este tratamiento no da resultados debe precederse del levantamiento de la piel por medio de una cura de betanaftol, medicamento peligroso, por ser muy irritativo y poder producir lesiones renales, por lo que es mucho mejor valerse de la acción de los rayos ultravioleta, empezando con una fuerte dosis eritema y continuando en días sucesivos con dosis menores. En algunas formas de acné están indicadas las radiaciones Röntgen (acné indurado, flegmonoso).

En general, en los casos más bien leves, con lo citado es suficiente, pero en otros casos el tratamiento local debe acompañarse del tratamiento general. Debe intentarse una terapéutica de substitución con hormonas sexuales. Así, se emplean tanto hormonas de tipo femenino como del tipo masculino y modernamente los preparados sintéticos, pero los resultados han sido muy desiguales en manos de diferentes autores. Algunos han llegado a emplear preparados de lóbulo anterior de la hipófisis y otros de la corteza suprarrenal. Al interior gozan también de predicamento las fórmulas a base de azufre.

Termina el autor recordando la influencia que en determinadas ocasiones tiene la dieta sobre la presentación del acné, especialmente las carnes grasas, cerdo, quesos fuertes, comidas ácidas y saladas y alcohol, por lo que deben suprimirse. También dice que en determinados casos que se acompañan de trastornos gastrointestinales, puede emplearse en unos el Torantil y en otros laxantes.

### Der Nervenarzt

16-1-enero de 1943

- \* Las catatonías. K. Kleist.
- Contribución al conocimiento de la acrodinia de los adolescentes, especialmente de sus trastornos psíquicos (con 9 figuras). K. Balthasar.

Sobre el dolor de la planta del pie y su tratamiento en las heridas del nervio tibial. J. Hirschmann.  
Acerca del delirio en la intoxicación por epicán. E. Kluge.

**Las catatonias.** — Sirviéndose de adecuados ejemplos ilustrativos insiste Kleist en este trabajo en su concepción de que las catatonias pueden clasificarse en diversas formas, bien definidas, cada una de las cuales viene a representar una afección psíquica sistematizada, al igual que las afecciones neurológicas sistematizadas, como el Friedreich o el Wilson. Habría, según el autor, ocho formas fundamentales: la *catatonía acinética*, la *catatonía paracinética* (con movimientos coreicos o atetósicos, de torsión, etc.), la *catatonía con estereotipias*, la *catatonía iterativa* (tendencia a la repetición rítmica de movimientos), la *catatonía negativista* y la *catatonía proséctica* (reacciones de cortocircuito). En tanto que las formas acinética y paracinética constituyen un grupo caracterizado, porque en ambas el trastorno afecta a los movimientos (Regungen), las cuatro siguientes revelarían un trastorno de las tendencias (Strebungen). Otras dos formas de catatonía traducen una falta de impulso endógeno (Antriebsmangel) similar a la de los sujetos con lesiones orgánicas del lóbulo frontal. En una de ellas lo característico es la *lentitud del lenguaje*, en la segunda, la anormal disposición a la respuesta inadecuada.

Estima Kleist que la catatonía iterativa ocupa un lugar especial dentro de la clasificación y no sólo por no estar tan bien delimitada como las restantes formas. Junto a las catatonías sencillas y típicas hay otras catatonías atípicas que, al igual que la forma iterativa, no ofrecen un perfil neto, sino que presentan sintomatología mixta. Mientras que las catatonías sencillas tendrían una evolución progresiva, las catatonías mixtas adoptarían en sus dos terceras partes un curso progresivo y en una tercera parte un curso remitente. En la excitación iterativa se suelen intercalar fases acinéticas, adoptando en conjunto una evolución cíclica. Estas distintas formas de catatonía se conducirían, según los estudios de Leonhard, de manera diferente en su transmisión hereditaria: la catatonía iterativa periódica se transmite con carácter dominante.

Para el diagnóstico de estas formas y su delimitación sólo disponemos de la observación clínica, perfeccionada últimamente con el registro cinematográfico, sobre cuya utilidad insiste el autor. Recuerda, finalmente, las dificultades que puede ofrecer el diagnóstico diferencial, sobre todo en las fases agudas, con las psicosis degenerativas y sintomáticas.

## Virchows Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie

308 - 3 - 1942

- \* Anatomía patológica y herencia. R. Rössle.
- \* Nuevas observaciones sobre hallazgos encontrados en secciones de parientes consanguíneos. R. Rössle.
- \* Mitos y patología. R. Rössle.  
Significación de la coagulación y la trombosis sobre la hemorragia. K. Apitz.
- \* Un caso de doble feocromocitoma de las suprarrenales y significación del papel de la adrenalina en la sintomatología de estos tumores. E. Knale.  
Calcificación generalizada de los vasos en un caso de estenosis de la tráquea y de los bronquios y su relación con la distrofia de la substancia intercelular. A. J. Linsbach.
- \* Hipertrofia de los islotes pancreáticos en recién nacidos de madres diabéticas y su relación con otros reguladores del metabolismo hidrocarbonado. J. Bayer.
- \* Anotaciones al anterior trabajo de J. Bayer: La hipertrofia de los islotes pancreáticos en recién nacidos de madres diabéticas. R. Rössle.  
Formación tumoral en un epidermoide piel. O. Hug.  
Consideraciones sobre un caso de tumor mixto de cuello uterino. W. Beck.
- \* Relaciones entre la corteza suprarrenal y la melanoderma en el Addison. H. Matisseck.  
Consideraciones anatómicas sobre el defecto constitucional de hormona tiroidea. K. G. Ober.  
Existencia de formaciones especiales en los sarcomas óseos del tipo llamado de Ewing.  
Glioma del lóbulo posterior de la hipófisis. M. Rozynek.  
Significación de la lesión de la médula ósea para el curso maligno de la tuberculosis generalizada. H. Matisseck.  
Sobre las colangitis descendentes o eliminadoras. E. Bahrmann.

**Anatomía patológica y herencia.** — De los dos caminos del progreso en el conocimiento médico: el empírico y el experimental, los estudios sobre los factores hereditarios en el hom-

bre se puede decir sin grave error, que caminan aún por el primer sistema. Los estudios sobre estos problemas en otros campos de la biología no pueden superponerse, sin error, en el conocimiento del hombre. Hasta ahora sólo el estudio de los gemelos proporciona bases fundamentales.

El intento de aportar a tan interesante problema de la herencia las máximas condiciones de veracidad es lo que ha movido al autor a estudiar las características de la misma desde el punto de vista anatomopatológico. Si reconocemos que la mayoría de las deducciones sobre la herencia se desprenden del estudio minucioso de los árboles genealógicos y como éstos se tienen que hacer sobre los datos que nos proporciona el propio enfermo se comprende fácilmente el error que todo ello origina no sólo por equivocaciones del propio enfermo sino también por la posibilidad de formas inaparentes que naturalmente no dieron sintomatología clínica.

Como en Alemania desde casi mediados del siglo pasado en todas las Universidades se realizan autopsias y como además el porcentaje de las mismas entre la población es bastante elevado se pueden tener datos familiares de sección y sobre ellos obtener deducciones de un gran valor objetivo.

Sin entrar en datos concretos el autor hace una revisión de conjunto sobre algunas enfermedades y entre ellas la tuberculosis en donde si bien desde el punto de vista teórico, las investigaciones en gemelos de Diehl y v. Verschuer y las experiencias en conejos de Diehl (demostrando la existencia de formas similares en animales consanguíneos), parecen apoyan la hipótesis de un factor constitucional y hereditario en la tuberculosis, no obstante desde el punto de vista práctico no se puede mantener el mismo criterio. De este modo se puede negar que "juegue un papel el factor disposicional en cada caso de tuberculosis". Existen efectivamente casos de familias en donde el factor genotípico parece indudable, pero, sin embargo, al revisar los protocolos se observa la rareza de estos casos.

Hace una revisión muy rápida sobre otras enfermedades: cáncer, endocarditis, enfsema, bronquiectasias, *status varicosus* de Curtius, litiasis, etc.

**Otras observaciones sobre hallazgos encontrados en secciones de parientes consanguíneos.** — Divide este segundo artículo continuación del anterior en tres partes: investigación en gemelos, en parientes y en dos hermanas que tenían al mismo tiempo ataxia de Friedreich, diabetes mellitus y una diferencia de mamas que era igualmente patente en ambas. En realidad todo el artículo es una continuada exposición de casos autopsiados con sus correspondientes fotografías demostrativas en donde se analizan las anomalías y trastornos teratológicos que de una manera familiar se presentan, la anatomía patológica de la familia como el propio Rössle lo señala.

**Mitos y patología.** — En este tercer artículo de Rössle se estudian los mitos y su relación con los trastornos teratológicos, y de este modo se revisan los distintos mitos: sirena, mujer leona, saturno, dioses mitológicos, etc., y se comparan con los distintos monstruos teratológicos. Así la sirena tiene su equivalente en el trastorno teratológico llamado *skiapodo* que consiste en la existencia de una sola extremidad inferior de cuya parte final salen a derecha e izquierda los pies, reproduciendo de este modo el aspecto simbólico de la cola de la sirena.

**Significación de la coagulación y la trombosis sobre la hemorragia.** — Después de una revisión histórica de tan discutido problema, en donde se enfrentan las hipótesis más diversas, pero en síntesis centradas en el papel del vaso y del coágulo para la oclusión de la hemorragia, y la dificultad que todo ello origina en la explicación patogénica y terapéutica de las diátesis hemorrágicas, el autor inicia un estudio experimental de tan apasionante tema.

Su realización se lleva a cabo en conejos de kilogramo a kilogramo y medio de peso, en los que previa narcosis con uretano se pone al descubierto el mesenterio que, protegido convenientemente, según técnica que se describe, se puede seguir *in vivo* el proceso de la hemostasia en estos pequeños y medianos vasos mesentéricos, que son en más o menos amplitud incindidos. Este método tiene la ventaja de evitar, por sus características experimentales, los factores exteriores que perturban los estudios habituales sobre la coagulación. Desgraciadamente no contamos con un método *in vivo* del tiempo de coagulación, lo que acarrea interpretaciones erróneas.

Por la minuciosidad y detalle de los experimentos que van respaldados por sendas microfotografías, muy interesantes, no podemos en los límites de esta referencia extendernos y sólo recogeremos aquellas deducciones de mayor interés.

En la hemostasia entran en juego cuatro componentes: Transformación pasiva del bazo traumatizado, alteraciones de la contracción del vaso, trombosis y variaciones circulatorias locales. De estos cuatro factores, el fundamental es la trombosis; sólo en los casos de pequeñas incisiones vasculares, las paredes de los vasos pueden pasivamente cerrar la luz vascular. Decimos pasivamente, ya que ello no supone ninguna función activa, por lo menos en los vasos de mediano y pequeño calibre, que es donde se han realizado las experiencias.

El trombo se forma lentamente y la salida de la sangre, hasta la completa hemostasia, se verifica de modo intermitente en pequeñas oleadas, cada vez más espaciadas y de menos intensidad. Este trombo no penetra en la luz del vaso, sino que queda adherido a las mismas paredes, sugiriendo el autor el fenómeno como de características extravasculares. Todas estas observaciones se repiten similarmente en arterias y venas.

Finalmente estudia la acción de la hirudina, llegando a la conclusión de que en la hemostasia lo fundamental es la coagulación y lo secundario la misión de la pared vascular.

**Un caso de doble feocromocitoma.** — El estudio clínico y anatomopatológico de un enfermo con una doble tumoración cromafínica de las suprarrenales motiva la presente comunicación y sirve para hacer consideraciones sobre la patogenia de la hipertensión en estos casos. La historia clínica refiere lo observado en un niño de 11 años de edad que inicia su enfermedad desde hacía año y medio con hipertensión, (150-200), alteraciones visuales objetivables en el examen de fondo de ojo que demuestra una retinitis angiospástica, adelgazamiento y desde hacía siete meses crisis de pérdida del conocimiento con contracciones clónicas y tónicas, rigidez pupilar, respiración defectuosa, aceleración del pulso y sudoración. Estos ataques le duraban unos minutos y se presentaban con mucha frecuencia. También de modo intercurrente tenía accidentes de asistolia izquierda con dilatación del corazón e iniciación de edema de pulmón que cedía rápidamente con estrofantina. Demostrada por intervención quirúrgica la existencia de un feocromocitoma, sin embargo no se pudo comprobar en sangre periférica la existencia de adrenalina.

A los pocos meses de estar ya operado de uno de sus tumores y persistiendo el mismo cuadro clínico, el niño murió y en la sección se demostró la existencia de otro feocromocitoma en la otra suprarrenal.

El estudio anatomopatológico del sistema vascular demostró una alteración muy notable de tipo arterioesclerótico, con lesión en los vasos pequeños consistente en degeneración hialina, llegando a la obstrucción.

Como consecuencia de sus observaciones anatomopatológicas el autor considera que estas alteraciones vasculares son secundarias a la hipertensión y muy distintas de las que aparecen en las intoxicaciones por adrenalina en cuyo caso Jores y Anitschkow demostraron que la lesión era de necrosis de la capa media del vaso y por tanto muy distinta de lo que se ve en este enfermo de feocromocitoma.

Por tanto, podemos resumir: si en este enfermo no se demostró en sangre la existencia de adrenalina, si por otro lado la adrenalina según demostró Rein no produce hipertensión y además en el caso señalado la lesión vascular no es consecuencia de la adrenalina sino de la hipertensión, se puede afirmar que la génesis de la hipertensión y de las crisis hipertensivas no está en la adrenalina sino en algún producto, o mecanismo patogenético desconocido, que debe ser el responsable del proceso.

**Hipertrofia de los islotes pancreáticos en recién nacidos de madres diabéticas.** — La relación hormonal entre la madre al feto, es un hecho evidente que ha sido demostrado para todas las secreciones internas, así es raro encontrar síntomas de mixedema en recién nacidos aunque tengan una aplasia tiroidea, inversamente y por vía experimental en perros, Billmann y Engel demostraron el efecto compensador de las suprarrenales del feto sobre la madre suprarrenectomizada.

Estos hechos en la diabetes han sido también observados y algunas madres diabéticas toleran mejor los hidratos de carbono en los últimos estadios del embarazo. Todo ello hace pensar en una acción vicariante por parte del páncreas fetal y en este sentido resultan demostrativos los trabajos de Dubreuil

y Anderodias que en el año 1920 ya observaron en un recién nacido de 5.050 gramos de peso, procedente de madre diabética, una gran hipertrofia insular. Sin embargo, tal hecho fué interpretado como exponente de la macrosplancia general de este recién nacido. Pero, estudios posteriores del propio Dubreuil ya concretaron más los hechos y en tres recién nacidos en condiciones similares al anterior en los que se determinó, siguiendo el método de la pesada de papel, la relación entre el peso total del páncreas y el de la glándula incretora del mismo, que la relación en vez de ser como normalmente sucede de 31/1.000, era respectivamente en cada una de 185.207 y 135 por mil. Posteriormente por Bauer y Royster (1937) y Poursines y Ceralti (1939) se han encontrado observaciones similares.

Por todas estas consideraciones comentan el estudio anatomopatológico de un recién nacido a término que muerto al nacer, procedía de una madre diabética de 20 años de edad, que siendo primípara, en el embarazo de este niño había desaparecido su diabetes. Diabetes que había sido diagnosticada desde los quince años con una glucemia hasta de 210 mg por ciento, había desaparecido casi totalmente desde el cuarto mes del embarazo y desaparecido totalmente en el último mes del mismo. Sin embargo, en cuanto dió a luz se elevó nuevamente la glucemia hasta 334 mg. por 100 al día siguiente del parto.

El estudio anatomopatológico demostró una hiperplasia e hipertrofia muy notable del tejido endocrino del páncreas con intensos depósitos glucogénicos en el hígado y músculo principalmente y sin encontrar ninguna otra alteración apreciable en el resto de los órganos endocrinos.

Hace comentarios sobre el posible origen de los islotes de Langerhans, no sólo hipertrofiados sino también hiperplasiados, a expensas del tejido exocrino del páncreas y no cree que todo el problema que plantean estas alteraciones pancreáticas puedan limitarse a la suposición de que la hiperglucemia de la madre actúe excitando al páncreas fetal. Si tal hecho así fuera no se explicaría que en otras muchas ocasiones las madres diabéticas empeoren al quedar embarazadas.

**Anotaciones al anterior trabajo de J. Bayer.** — Realizado el anterior trabajo en el Instituto de Anatomía Patológica de Berlín, su director, el profesor Rösle comenta dos casos muy similares al anteriormente señalado, también de feto a término que fallecieron a las cinco horas y siete días después de su nacimiento y procedentes de madres diabéticas que mejoraron notablemente de su padecimiento durante el curso de sus respectivos embarazos. En la sección las alteraciones descritas por J. Bayer se confirmaron encontrando en el hígado focos de necrosis central que recuerdan las que se observan en la atrofia aguda del hígado. Estas zonas necróticas coinciden en su aparición con las observaciones experimentales de J. Tannenbergs que provocó lesiones similares en conejos por las inyecciones de insulina y la aparición consiguiente de estados de hipoglucemia. Igualmente Smith y Seibel vieron en un hombre de 40 años que venía padeciendo desde hacía 5 años crisis hipoglucémicas, la instauración de una cirrosis confirmándose ésta en la sección así como un adenoma pancreático.

**Relaciones entre la corteza suprarrenal y la melanodermia en el Addison.** — El estudio está hecho en dos enfermos de Addison en los que existen datos de gran interés en la autopsia de los mismos. En uno de los casos se trataba de una esclerosis genuina de la suprarrenal, pero con la medula conservada y, sin embargo, con melanodermia; y, en el segundo enfermo existía una tuberculosis que destruía totalmente ambas suprarrenales y en el que, sin embargo, no había melanodermia, existiendo en el enfermo una cortical accesoria sin lesión patológica. Es decir, que, en el primer caso, aun existiendo medula suprarrenal, había melanodermia y por el contrario en el segundo enfermo, existiendo una cortical accesoria no alterada, no tenía pigmentaciones anormales. Todo ello hace pensar que la medula suprarrenal no tiene acción alguna sobre la pigmentación y que ninguna alteración patológica del addisoniano puede interpretarse como consecuencia exclusiva del déficit medular.

**Sobre las colangitis descendentes o eliminadoras.** — En la mayor parte de las sepsis por gérmenes purulentos, sorprende que en contraste con la afectación del bazo, por ejemplo, sin embargo, las vías biliares estén perfectamente indemnes. Ello

es la consecuencia del gran papel defensivo del hígado con sus células estrelladas. En las intoxicaciones generalizadas, tétanos y difteria tampoco aparecen estas alteraciones colangíticas.

### Annals of Internal Medicine

16 - 3 - 1942

- Medidas exoftalmométricas en las enfermedades del tiroides con discusión sobre su significación. C. Galli-Mainini.  
Digital en la prevención de la asistolia recidivante en enfermos con ritmo sinusal. M. Sokolow, H. B. Weinberg, J. L. Plaut y L. M. Katz.
- Enfermedad de Gaucher. I. Un caso con anemia hemolítica y marcada trombopenia; mejoría después de la extirpación del bazo, que pesó 6.822 gramos. H. Mandelbaum, L. Berger y M. Lederer. II. Análisis de los lipoides del citado bazo. A. E. Sobel e I. A. Kaye.  
Cambios electroencefalográficos durante la hiperventilación en alteraciones epilépticas y no epilépticas. N. K. Brill y H. Seidemann.
- Ciertas infecciones en enfermos con oclusión coronaria. J. T. King.
- Reacción de anticuerpos heterófilos ocasionada por infección bacteriana. S. Bornstein.
- El tratamiento del *delirium tremens* con electroshock; un nuevo intento basado en el concepto psicobiológico N. J. Berkowitz.
- Cardiopericardiopexia. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad arterial coronaria por el establecimiento de una pericarditis adhesiva. S. Aicott Thompson y M. J. Raisbeck.  
Electroretinografía. I. Visualización por rayos catódicos de los sonidos torácicos. F. Lowell Dunn, W. E. Rahm y R. M. Cochran.  
Función hepática durante la menstruación. R. Hellig y N. L. Kantiengar.
- Anuria consecutiva a una reacción hemolítica por transfusión sanguínea; curación después del bloqueo del esplénico. H. Raymond-Peters.
- Encefalomielitís equina en un técnico de laboratorio, con curación. H. Gold y B. Hampil.
- Leptospirosis icterohemorrágica (enfermedad de Weil) no icterigena contraída en el baño. P. L. Davis y M. Shunway Davis.
- Fibrilación ventricular en una trombosis coronaria aguda durante la administración intravenosa de sulfato de quinidina; referencia de un caso de muerte. H. L. Rakow.

**Medidas exoftalmométricas en las enfermedades del tiroides con discusión sobre su significación.**—En este trabajo presenta el autor las medidas del grado de protrusión de los ojos en 126 enfermos, 13 de los cuales tenían bocios nodulares no tóxicos, 3 tireotoxicosis con bocio nodular, 58 tireotoxicosis con bocio difuso, 18 mixedema consecutivo a intervenciones sobre el tiroides y 34 mixedema espontáneo. Las medidas exoftalmométricas fueron hechas con un aparato Luedde modificando midiéndose al mismo tiempo los ojos de 50 personas normales como control. El límite más alto de protrusión en estos sujetos normales fué de 17,5 mm., por lo tanto fueron considerados como exoftalmos las medidas superiores a esta cifra. En todos aquellos enfermos que habían tenido exoftalmos durante la fase activa de su enfermedad se encontró cierta persistencia del mismo al tiempo de hacer las medidas. Los enfermos que no tenían historia de exoftalmos dieron medidas entre límites normales. Las formas habituales del tratamiento de la enfermedad de Graves, bien yodo únicamente o continuado con cirugía o radioterapia se mostraron incapaces en la abolición completa del exoftalmos. De los 34 enfermos con mixedema espontáneo 21 tenían exoftalmos. La hormona tireotrópica es considerada no como el único factor en la producción del exoftalmos sino más bien uno entre varios. Hay algunas razones para suponer que en la tireotoxicosis hay una cierta tendencia a la producción de edema y que el organismo se halla mantenido en el límite más alto de su capacidad reguladora del agua y no puede producirse un gran edema a causa de la acción diurética de la hormona tiroidea producida en exceso. En la producción del edema en la órbita se cree generalmente que los músculos extraoculares juegan un papel importante. En condiciones normales a través de la tensión que ejercen mantienen una cierta presión del tejido intraorbitario que es necesaria para la circulación normal en la órbita. En la tireotoxicosis, debido a la debilidad muscular hay un descenso en la presión del tejido orbitario que permite la salida del líquido de los vasos. Este estado de cosas se agrava por otros factores edematogénicos especialmente hipertensión, disminución de la presión osmótica, dilatación de los capilares y aumento de la permeabilidad capilar.

**Enfermedad de Gaucher. I. Un caso con anemia hemolítica y marcada trombopenia. Mejoría después de la extirpación de un bazo de 6.822 gramos de peso.**—Los autores presentan un caso de enfermedad de Gaucher en un hombre de 41 años. En su tratamiento habían sido empleados con eficacia extractos hepáticos, pero últimamente se habían mostrado ineficaces. Por presentar una anemia hemolítica fué indicada la intervención quirúrgica extirpándosele un bazo que pesó 6.822 gramos, con lo cual se le produjo la curación, incluyendo la desaparición de las pinguéculas y la pigmentación general.

**II. Análisis de los lipoides del bazo extirpado.**—En el bazo extirpado al enfermo antes citado, los autores determinan los lipoides según la técnica que en el trabajo describen. El lipóide característico, o sea, la kerasina, fué aislado e identificado, pudiéndose demostrar además un aumento de los cerebrosidos a expensas de la grasa neutra.

**El tratamiento del *delirium tremens* con electroshock; un nuevo intento basado en el concepto psicobiológico.**—El complejo sintomático del *delirium tremens* resulta de la asociación de factores tanto físicos como psicogénicos. Los factores contribuyentes son, la personalidad con sus componentes constitucionales y adquiridos, los efectos tóxicos del alcohol, la malnutrición y la rápida supresión del alcohol. El factor precipitante puede ser un choque emocional, traumatismos o infección. El tratamiento corriente iba dirigido hacia medidas de mantenimiento, pero habían sido olvidadas las consideraciones básicas de la psicopatología. La experiencia ha demostrado que las medidas "protectoras" (restricción química y física) a menudo agravan o prolongan el cuadro. El electroshock rápidamente suprime los síntomas agudos psicóticos en la mayor parte de los casos y por lo tanto disminuye la necesidad de estas medidas protectoras indeseables. En un grupo de 76 casos de *delirium tremens* a 33 de ellos se les hizo el tratamiento corriente y requirieron para que se produjera un efecto sedante fuerte un término medio de cinco días mientras que a otros 43 que además del tratamiento corriente recibieron el electroshock para el mismo efecto calmante sólo necesitaron un término medio de 2.2 días.

**Cardiopericardiopexia. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad arterial coronaria por el establecimiento de una pericarditis adhesiva.**—La cardiopericardiopexia o sea la producción de una pericarditis adhesiva puede ser llevada a cabo por la introducción de talco estéril en el saco pericárdico. La experimentación animal ha demostrado la capacidad del pericardio para proporcionar al miocardio una circulación colateral suficiente para subvenir la isquemia producida por la brusca ligadura completa de la rama principal de la arteria coronaria, cuando se ha establecido previamente una pericarditis adhesiva. La cardiopericardiopexia produce una circulación miocárdica colateral bien por la formación de nuevas vías entre las principales arterias coronarias, por la dilatación o proliferación de las comunicaciones ya existentes y por la formación de nuevas comunicaciones extracardiacas a través de la adhesión del pericardio. Aunque ya normalmente se forman comunicaciones intracardiacas, sin embargo, después de la operación este proceso puede acelerarse. Los resultados obtenidos por los autores han sido inmejorables. El dolor anginoso ha desaparecido, ha aumentado la tolerancia al ejercicio y los enfermos han podido volver a sus anteriores ocupaciones. La simplicidad de la operación y sus beneficios aconsejan su frecuente empleo.

### The Journal of the American Medical Association

118 - 6 - 7 de febrero de 1942

- Velocidad de regeneración de la hemoglobina en los donadores de sangre. W. M. Fowler y A. P. Barer.
- Plasma: su lugar en la práctica de la medicina. M. M. Strumia y J. J. McGraw.  
Colitis ulcerativa crónica. M. H. Streicher.  
Tratamiento quirúrgico de las parálisis cerebrales de tipo espástico. W. T. Green y L. J. McDermott.
- Análisis clínico de 15.000 casos de neumonía: valoración de la eficacia de los diversos agentes terapéuticos. D. C. Stahl.



lico adinámico e influencia térmica en la motilidad gástrica e intestinal. J. D. Bigard, G. M. Matson y J. Hirschmann.  
Tratamiento con la "coli metabolina" en el coriza del heno: influencia psicogénica. M. Hewitt y H. S. Baldwin.

**Velocidad de regeneración de la hemoglobina en los donadores de sangre.**—Resumen los autores sus observaciones en 200 donadores de sangre empleados para 636 transfusiones. Después de extraer 555 c. c. de sangre, el descenso medio en hemoglobina es de unos 2,3 g. Hay grandes variaciones individuales en el periodo de recuperación de la sangre perdida, variaciones que no hay forma de predecir porque no influye en ellas si anteriormente el sujeto tenía una cifra alta o baja de hemoglobina. En la mayoría de los donadores de sangre al cabo de dos meses ya ha recuperado la sangre su nivel primitivo, pero hay un 25,8 por 100 de sujetos en que esto no se verifica. La administración de pequeñas cantidades de hierro a los donadores de sangre acorta en un 50 por 100 el tiempo de recuperación. Con este medicamento en un 93,5 por 100 de donadores la sangre normaliza sus constantes en un intervalo máximo de ocho semanas. Cuando después de la segunda toma de sangre a estos donadores que habían recibido primeramente hierro se les retiraba, la curva de aumento de la hemoglobina era mucho más lenta. La regeneración de la hemoglobina es ligeramente menos rápida en la mujer que en el hombre (0,040 gramos por día en la mujer, 0,049 en el hombre, por cada 100 c. c.).

**Plasma: su lugar en la práctica médica.**—El plasma sanguíneo empleado en la práctica clínica tiene que estar exento de contaminaciones bacterianas, libre de floculados proteinicos y no mostrar un título de isoaglutininas inusualmente alto. La conservación del plasma en estado líquido a 25° produce poca floculación, pero sí, en cambio, una pérdida rápida de protrombina y complemento, debiendo filtrarse antes de su uso. Cuando se conserva a cuatro grados la protrombina y el complemento se conservan durante unos 50 días, pero a las pocas horas se produce una floculación máxima. La conservación del plasma desecado impide el crecimiento de bacterias y la floculación, pero cuando se disuelve ha desaparecido totalmente la protrombina y el complemento. El mejor método es el del plasma congelado, con el que se conservan complemento y protrombina, y no es necesaria la filtración. La descongelación tiene que hacerse rápidamente en un baño de maría a 37 grados y mientras no se emplea, deberá mantenerse a la temperatura ambiente.

**Análisis clínico de 15.000 casos de neumonía.**—Si se tratase acertadamente a todos los neumónicos de los Estados Unidos, disminuiría la mortalidad por esta grave afección de 100.000 a 35.000, esto es, se salvarían cada año 65.000 vidas. En 1937 se inició en Pensilvania un estudio de control del tratamiento de la neumonía con ayuda de las organizaciones sanitarias estatales y particulares. De esta forma se reunieron 15.251 casos bien estudiados, confirmando el diagnóstico en un 64,6 por 100 de casos, bien radiológicamente o aislando un neumococo de la sangre o del esputo y determinando su especificidad de tipo. La mortalidad fué de un 9,19 por 100. El sulfotiazol parece ser el medicamento de elección, mostrando igual eficacia que la sulfopiridina y determinando menos náuseas y vómitos. No constituyen indicación para una terapéutica combinada con sulfamidas y suero ni la existencia de bacteriemia, ni la edad, ni el tipo de neumococos, ni la presencia de otras afecciones. Lo fundamental para decidir si la quimioterapia ha de ser apoyada por la terapéutica sérica específica es la impresión clínica de conjunto. Son muy raras las reacciones tóxicas y no deben influir sobre el médico en la selección del método terapéutico. Ha de procurarse ante todo un empleo lo más precoz posible de la quimioterapia. Los resultados del autor no apoyan el punto de vista de que la combinación de quimio- y sueroterapia es superior a la quimioterapia sola.

18-7-14 de febrero de 1942

Un índice de obesidad, A. R. Behnke, B. G. Feen y W. C. Welham. Características físicas de atletas excepcionales y del personal naval. W. C. Welham y A. R. Behnke.

- \* Tratamiento quirúrgico del problema de la hipertensión. G. de Takats, H. E. Oyler y R. W. Keeton.
- \* Tratamiento con onda corta de la sinusitis y de la rinitis alérgica. G. R. Brighthon, W. B. Snow y H. S. Friedman.
- \* Aplicación local de derivados de las sulfonamidas. E. M. Bick.

\* Empleo de derivados de las sulfonamidas como una solución en el problema de la contaminación en el plasma conservado. M. Novak.

Tratamiento de las adenopatías por inyección de carioide, como método peligroso. J. A. Key.

Infección del recto por linfogranuloma venéreo. W. L. Palmer, J. B. Kirsner y E. C. Rodaniche.

Oportunidades para el estudio de postgraduados para médicos negros en el sur. P. B. Cornely.

**Tratamiento quirúrgico del problema de la hipertensión.**—El tratamiento médico de la hipertensión fracasa totalmente; por consiguiente es menester recurrir al tratamiento quirúrgico, sostiene el autor. Debate las múltiples causas posibles de hipertensión que clasifica con un cuadro modificado de Schroeder y Steele, en nefrótica, neurótica y endocrina. La primera a su vez se subdivide en parenquimatosa y vascular. Entre las primeras figuran la hipertensión de la glomerulonefritis, la de la pielonefritis, la de la obstrucción de las vías urinarias, las neoplasias y la amiloidosis, riñón poliquístico, hipoplástico, etcétera. Entre las vasculares tenemos la del riñón arterioesclerótico, la enfermedad de Buerger, la periarteritis nodosa, el infarto renal, el lupus eritematoso, el saturnismo y la coartación de la aorta. Los enfermos intervenidos eran sometidos a un estudio preoperatorio, con arreglo a una pauta que describe. Divide la hipertensión según su gravedad en cuatro grados: precoz, moderado, marcado y maligno. Los métodos utilizados en los 30 enfermos sobre que se basa el trabajo han sido la sección del esplácnico por vía supradiafragmática, infra- y transdiafragmática, la implantación vascular del riñón y la nefrectomía. Entre las intervenciones en el esplácnico, tan sólo el método transdiafragmático de Smithwick produce auténticas disminuciones de la hipertensión. Considera todavía poco aclarado el valor de la implantación vascular en el riñón. En uno de los casos la nefrectomía dió buen resultado. Cree que el injerto vascular sobre el riñón deberá ensayarse como operación complementaria a la esplancnicotomía, sobre todo en los casos de antigua pielonefritis atrófica. En los enfermos con hipertensión grado 2 y 3 se observa un lento descenso de la tensión y mejoría del aclaramiento ureico. La sección amplia de los esplácnicos determina una supresión de la vasoconstricción esplácnica con mala adaptación a los cambios posturales. Esto explica la gran mejoría de cefalea, palpitaciones y otros síntomas subjetivos que experimentan sujetos cuya tensión arterial no se ha modificado por la operación. Además, la denervación de las suprarrenales induce secundariamente una disminución en la irritabilidad nerviosa refleja y disminución de la sensibilidad a la adrenalina.

**Tratamiento con onda corta de la sinusitis y de la rinitis alérgica.**—Basándose en su estadística de 25 casos de rinitis alérgica y de otros 25 de sinusitis purulenta aguda, los autores rechazan como método de tratamiento la onda corta, en ambas enfermedades. En la segunda, aun cuando se practique en combinación con otros métodos, lavados de senos, etc., no da resultados superiores a la simple terapéutica conservadora. En cambio, presta cierto beneficio en los casos de sinusitis crónica no supurada, en los que alivia principalmente la cefalea.

**Empleo de sulfonamidas para evitar la contaminación del plasma conservado.**—Después de estudiar las posibles fuentes de contaminación del plasma conservado, única dificultad sería que presenta este método terapéutico demuestra el autor que, con la adición de 0,2 por ciento de un derivado sulfamídico, de preferencia sulfotiazol sódico, al plasma, queda por completo resuelto este problema, cualquiera que sea la temperatura a que se conserve el plasma. Este procedimiento, por su sencillez y economía, hace inútiles todos los demás métodos de conservación del plasma. La alteración que sufren otros componentes, como la protrombina y el complemento, considera el autor que no son esenciales dadas las indicaciones de la transfusión del plasma. En los casos de shock con hemorragia grave, de discrasias de la sangre con tendencia hemorrágica o de infecciones, está más indicado el empleo de sangre fresca y no de plasma conservado.

## The Lancet

6.221-21 de noviembre de 1942

Selección del personal de la Armada: desarrollo de la DSP. Ch. Myers.

\* Tratamiento de la disenteria bacilar en el Oriente Medio. J. W. Pauley.

- \* Tumores de la fosa cerebral anterior y posterior: un estudio clínico de 122 casos. G. J. Dixon y G. Fitzgerald.  
Escabiosis e inteligencia. K. Mellamby, A. L. Northedge y C. G. Johnson.  
Diagnóstico y tratamiento del dolor ciático. M. G. Good.

**Tratamiento de la disentería bacilar.** — En una serie de casos de disentería bacilar — casi todos del tipo Flexner — aparecidos en el personal de la *Air Force* en el Oriente Medio, el autor estudia los resultados obtenidos con diversos procedimientos terapéuticos. Sesenta casos tratados con purgantes salinos y suplementados, si era necesario con sulfoguanidina, tuvieron una estancia media en el hospital de 14,6 días. En 25 casos tratados con sulfoguanidina la hospitalización media fué de 5,36 días.

Dos grupos de 43 y 30 casos que recibieron sulfopiridina hicieron una media de hospitalidades de 4,26 y 4,96 días respectivamente. Quince casos tratados con caolín (dos además con sulfopiridina ulteriormente) tuvieron una media de 6,1 días. Finalmente, en una epidemia de disentería grave por Shiga, 15 enfermos tratados con sulfopiridina, guardaron cama 5,7 días, en tanto que 13 que recibieron sulfoguanidina lo hicieron 8,01 días.

Concluye que las sulfamidas son muy superiores a los demás remedios empleados, sobre todo si se administran precozmente en la fase aguda antes de que el proceso se haya extendido o hecho crónico. Entre las sulfamidas encuentra más activa la sulfopiridina que la sulfoguanidina.

**Tumores de la fosa cerebral anterior y posterior.** — Revisan las historias clínicas de 122 casos de tumores cerebrales cuya localización fué comprobada bien en la operación, bien en la autopsia, con el propósito de ver qué síntomas tienen real-

mente valor para la localización en la fosa craneal anterior o en la posterior. En 56 casos el tumor radicaba en la fosa anterior y en 66 en la posterior. Encuentran que los cambios psíquicos eran comunes a ambas localizaciones; 21 casos (16 por 100) tenían intenso amodorramiento y estado letárgico, 14 de los cuales tenían el tumor en la fosa anterior y siete en la posterior. 58 enfermos presentaron otras alteraciones psíquicas (48 por 100) — trastornos afectivos, de voluntad, pérdida de la inhibición, falta de espontaneidad, etcétera. — En 42 de éstos (75 por 100) era de fosa anterior y en 16 (25 por 100) de la posterior. En estos últimos casos los síntomas psíquicos eran de origen reciente (salvo dos excepciones) y los atribuyen a la hipertensión intracraneal. Ataques epileptiformes fueron observados en 28 casos, e cinco de los cuales era de fosa posterior así como en otros tres de ocho casos con crisis epileptoides sin convulsiones. Esta incidencia (12 por 100) es mayor que la que se ha encontrado para la epilepsia en el mismo núcleo de población (0,6 por ciento). El nistagmus se encontró en 42 casos (64 por 100) de tumores de fosa posterior, pero también en siete (10 por ciento) de fosa anterior. Ataxia de tipo cerebeloso se presentó en 29 casos y todos tenían tumores de fosa posterior. En cinco enfermos con el reflejo de prensión y tanteo (*grasping* y *groping*) se encontró la lesión en la fosa anterior. En ningún caso de localización posterior fué hallado este fenómeno. La ausencia de signo de localización se encontró en 13 casos (23 por 100) de tumores de fosa anterior, pero también en siete (10 por 100) de fosa posterior.

Por consiguiente no se puede conceder un gran valor en la diferenciación de las neoformaciones de la fosa anterior de las de la posterior, a la existencia de cambios psíquicos, ataques epileptiformes, nistagmus y a la ausencia de signos de localización.

ior  
osa  
ios  
(el  
ir-  
y  
o-  
la  
t-  
dr  
os  
t-  
a.  
n  
ps  
a  
o  
r  
)  
r  
5  
i  
r  
t  
t