

Neurología. — F. Laubenthal. — Traducción directa de la tercera edición alemana y anotaciones por el Dr. J. Solé Sagarra. Un tomo de 417 pág.—Editorial Miguel Servet.— Madrid-Barcelona, 1946.

El doctor SOLÉ SAGARRA ha tenido la oportunidad y la gentileza de ofrecer a la clase médica española la traducción de la tercera edición alemana de este notable Manual de Neurología, obra del competente colaborador del profesor POHLISCH, doctor F. LAUBENTHAL.

Se trata de una obra que viene a llenar una importantísima misión en el campo de la literatura médica española, ya que por su carácter de Manual es fácilmente asequible al estudiante y al médico general, al tiempo que por su documentada exposición no desmerece de la consulta del especialista.

El programa seguido por el autor, que pudiéramos llamar «topográfico modificado» o más bien «mejorado», adaptado a las necesidades de exposición, resulta extremadamente didáctico, facilitando la captación y fijación de ideas por parte del principiante.

Desde los primeros capítulos (anamnesis, inspección) se advierte la hermosa orientación clínica del autor, que le permite conjurar las exigencias de un programa completo con la necesaria brevedad propia de estos textos.

No entraremos en la discusión de los pormenores de la obra que, como todas, presenta sus puntos incompletos o débiles, en modo alguno óbice para que resulte en conjunto de alto nivel. Compendiar en pocas páginas el contenido de la Ciencia Neurológica moderna ha sido el cometido abordado y logrado por el Dr. LAUBENTHAL.

Se echa de ver en todo el texto la continua preocupación por las medidas eugénicas, lógica y necesaria traducción en el campo de la Neurología del ambiente en que la obra se produjo. El buen sentido del lector español sabrá rechazar las orientaciones correspondientes a la llamada Eugenesia Negativa.

Sin embargo—sin que queramos decir que la consecuencia justifique el camino—, es justo reconocer que las fundamentales precisiones aportadas por la Escuela Neurológica alemana al terreno de la Heredopatología se han visto favorecidas por las necesidades dimanantes de estas doctrinas. Y hoy encontramos en los textos alemanes de Neurología, por ejemplo en el que nos referimos aquí, una justa y completa exposición de la etiopatogenia de las enfermedades—y son tantas...—heredodegenerativas, o con base heredodegenerativa, del sistema nervioso.

El valor de la obra que comentamos se ha visto acrecido por la acertada labor del doctor SOLÉ SAGARRA que, profundo conocedor de la Neurología alemana, ha mejorado la edición española con las anotaciones suficientes para poder afirmar que «la presente obra puede presentarse como si se hubiese escrito en Alemania en el año 1945».

L. BARRAQUER FERRÉ — L. BARRAQUER BORDAS

Revistas Nacionales y Extranjeras

BACTERIOLOGIA

Función de las enzimas autolíticas en la bacteriolisis por penicilina. — E. W. Todd.—Lancet, vol. 2, núm. 6, 1945, pág., 172.

La cantidad de bacterias lisadas en los cultivos que contienen penicilina, depende de la producción de autolisinas. Los microorganismos que producen gran cantidad de autolisinas son lisados rápidamente; los que producen menos cantidad lo son más lentamente; y aquellos que no producen ninguna, con toda probabilidad no lo son.

Las bacterias vivas son resistentes a las autolisinas; se vuelven sensibles cuando son muertas por la penicilina, por el calor, o bien por suspensión en medios salinos.

La acción bactericida de la penicilina es más rápida, cuando el proceso de multiplicación de los microorganismos se encuentra en su máximo. La cantidad de bacteriolisis que se produce en los cultivos que contienen penicilina se rige de consiguiente por la proporción entre la multiplicación y la producción de autolisinas.

Ciertas bacterias que producen pocas autolisinas, son muertas por la penicilina, sin sufrir bacteriolisis; siendo lisadas rápidamente si se añade autolisina al cultivo muerto.

La explicación más probable de la bacteriólisis en los cultivos que contienen penicilina, es que los microorganismos son muertos primeramente por aquélla y después autolisados.

CIRUGIA

Indicaciones quirúrgicas en las heridas penetrantes del tórax.—G. Quist.—*Brit. Med. Journ.*, n.º 4,424, 1945, pág. 521.

El pronóstico de las heridas penetrantes es peor que el de las no penetrantes, porque es más lenta la reexpansión pulmonar y más probable la infección pleural.

El neumotórax es de gran importancia y tiene una influencia desfavorable, tanto sobre la incidencia y resolución de la infección como sobre la contusión pulmonar.

Las lesiones y contusiones pulmonares son causas importantes que retardan la expansión del pulmón y que casi siempre se encuentran cuando persiste el hemotórax.

Las heridas penetrantes de la parte superior del lóbulo pulmonar son de pronóstico más grave y se presentan generalmente con hemotórax total o apical.

Se aconseja la evacuación quirúrgica en los casos en que el neumotórax apical persista más de dos semanas; pero está contraindicado en el hemotórax basal.

La transfusión y el corazón anémico.—E. P. Sharpey.—*Lancet*, vol. 2, n.º 10, 1945, pág. 296.

En las anemias graves se reduce el volumen sanguíneo y se incrementan la presión auricular derecha, el volumen de expulsión y el porcentaje de utilización del oxígeno arterial disponible.

La transfusión aumenta la presión auricular derecha y en los individuos normales se incrementa el volumen de expulsión que en las anemias graves puede caer.

En algunos casos se produce, a continuación, un edema pulmonar agudo y puede elevarse la presión sanguínea.

Se sugiere que este fenómeno es similar a una preparación cardiopulmonar de Starling sobrecargada, donde se incrementa la presión venosa.

El objeto de la transfusión en los anémicos graves es, a la larga, beneficioso para el aumento del contenido en oxígeno arterial, mientras que el aumento de presión venosa es el menor posible.

Absceso hepático infectado secundariamente.—(Tratado con penicilina).—R. S. Hunt, *Lancet*, vol. 2, núm. 5, 1945, pág. 138.

El autor describe un caso de un absceso amibiano en el hígado, sin diagnosticar durante tiempo y tratado incorrectamente.

Una vez realizado el diagnóstico previsto y después de fallar repetidamente el tratamiento específico, fué necesario hacer un drenaje quirúrgico.

El drenaje del empiema se hizo mediante resección de una costilla, puesto que el estado del paciente no justificaba medidas más enérgicas. A consecuencia de esta intervención se produjo una infección secundaria, que pudo resolverse mediante la penicilina, y que fué seguida de la desaparición de las amebas del pus.

El estado general del paciente mejoró lo suficiente para permitir un amplio drenaje abierto.

DERMATOLOGIA

Hemorragia conjuntival después de inyecciones de bismuto.—E. Lipman Cohen y Ramc.—*Lancet*, vol. 1, núm. Xx, 1945, pág. 627.

La complicación más frecuente de la inyección intramuscular de bismuto es la estomatitis; la colitis, las erupciones cutáneas y las embolias aparecen raramente.

Una rebusca bibliográfica solamente reveló una complicación de esta especie. Una mujer, soltera, de 30 años, que siete años antes había padecido un eritema multiforme, presentó una erupción cutánea de la cara y manos. Se trataba de un lupus eritematoso típico, que partiendo del dorso de la nariz se extendía a las

mejillas; tenía también lesiones en la piel del dorso de las manos y en los dedos. La afección tenía seis semanas de duración.

El tratamiento consistió en reposo en cama y una inyección de 1 cc. de *Bismotab*. Diez días después, se repitió la inyección y transcurridas seis horas, sobrevino una hemorragia subconjuntiva en el cuadrante nasal de ambos párpados superiores. Se suspendieron las inyecciones, se mantuvo a la enferma en cama, y sin ningún tratamiento, se obtuvo la curación en dos semanas.

No se considera generalmente la hemorragia como una complicación del tratamiento bismútico. Gori (1928), explicó el caso de una mujer de 35 años, con tensión mínima de 130 mm. de Hg., que tuvo un (escarro hemoptoico), después de la segunda inyección de bismuto; la tercera, una semana más tarde, le produjo una hemoptisis más franca, y la cuarta inyección, quince días después, provocó una grave hemoptisis y hematemesis. La enferma tenía los tiempos de sangría y coagulación normales. Mienicki (1929) describió un caso de hemoptisis después de tres inyecciones de bismuto. En las mismas circunstancias, el (engurgitamento) conjuntival fué relatado por Drouet (1924), por Nicolás y otros (1934). Kobello (1935) comunicó un caso muy interesante en el cual, una segunda inyección de bismuto, dos días después de la primera, fué seguida, al día siguiente por hemorragias conjuntivas bilaterales. Al cabo de 30 días, aclaradas las conjuntivas, se administró una nueva inyección; al día siguiente hubo otra hemorragia. No hay todavía una explicación satisfactoria para la hemorragia conjuntiva bilateral.

Urticaria «a frigore». — R. Frouchtman. — Med. Clínica, tomo V, pág. 187, 1945.

Después de exponer las razones de incluir la urticaria «a frigore» entre las enfermedades alérgicas, se estudia un grupo de diez enfermos que se clasifican en dos tipos etiopatogénicos: en el primero, el más numeroso y que se denomina «urticaria compleja al frío», este agente físico actúa como precipitante sobre una sensibilización de fondo, interviniendo, además, otros factores disreactivos en la provocación de la erupción: en el segundo, que comprende tres casos de urticaria pura al frío, la transmisión pasiva es positiva en dos de ellos.

Razona el autor los resultados del dermatografismo y de la prueba de la histamina, y fundándose además en los irregulares resultados del tratamiento histamínico, considera posible que los estímulos alérgicos provoquen la aparición de otras sustancias del metabolismo celular, que si bien provocan la triple reacción de Lewis, no por ello ha de ser siempre la histamina, aunque su acción semejante justifica sean englobadas con el nombre genérico de sustancias.

ENDOCRINOLOGIA

Un estudio de la sustancia bociogena promizol, con referencia al tiroides, al metabolismo y a la sangre.—G. M. Higgins —The Amer. Journ. of the Med. Sci., vol. 210, n.º 3, 1945, pág. 347

La administración de promizol a ratas jóvenes determinó en el tiroides alteraciones que recuerdan las provocadas por las sustancias del tipo de la tiourea y por ciertos compuestos sulfonamídicos. Entre estas alteraciones figuran aumento de la altura de las células, completa pérdida de la sustancia coloide y extrema hiperplasia, con la formación de nuevos acinis en las paredes de los preexistentes y gran aumento de peso del tiroides. Estas alteraciones son proporcionales a las cantidades diarias de promizol administradas.

Generalmente se observó un aumento ligero, pero evidente, del peso de la hipófisis. Estos aumentos, sin embargo, no estaban relacionados con aumentos en el peso del tiroides; la conclusión de que estos aumentos obedecían a una hiperplasia de las células basófilas del lóbulo anterior o aumentos en el contenido de hormona tireotropa, no pudo ser demostrada.

En la mayoría de los animales con bocio por el promizol se produce un descenso del metabolismo basal; la cuantía de este descenso estaba generalmente en relación con el grado de hiperplasia y con la pérdida de sustancia coloide de los acinis tiroideos.

La supresión del promizol determinó en los animales la restauración del tipo tiroideo normal y una elevación del metabolismo basal. Sin embargo, la recuperación no fué tan rápida como de los efectos de otras sustancias bociógenas, pues

incluso cuatro semanas después de la supresión de la droga no se había restaurado la normalidad.

Estas alteraciones provocadas por el promizol pueden ser inhibidas dando tiroxina o tiroides desecado, pero no se inhiben por la administración de yodo. Parece lógica la conclusión de que el promizol puede dificultar la utilización del yodo por el tiroides e impedir así la síntesis de tiroxina.

El promizol ejerce un efecto desfavorable sobre el sistema hematopoyético. Cantidades tan reducidas como 10 mg. provocaron en ratas jóvenes anemia con disminución del número de eritrocitos y de la concentración de hemoglobina. No se observó que se produjeran tales alteraciones en ratas adultas que recibían 25 mg. diarios.

Las cantidades de droga administradas no provocaron en los animales leucopenia ni granulocitopenia.

El fármaco provocó considerable alopecia en los animales en desarrollo alimentados con dietas purificadas, cosa que no ocurrió en los animales adultos. La alopecia puede ser en gran parte prevenida por un factor dietético. —R. M. B.

(Facilitado por la Casa Americana de la Embajada de los Estados Unidos en España).

MEDICINA INTERNA

Síndrome renal de amplia distribución inducido posiblemente por una anoxia renal.—B. G. Maegraith, R. E. Havard y D. S. Parsons.—Lancet, vol. 2, número 10, 1945, pág. 293.

Se describe una forma de claudicación renal, que ocurre en una gran diversidad de enfermedades clínicas.

En una breve revista de los trabajos publicados, se demuestra que probablemente el síndrome tiene por causa la anoxia renal, secundaria a un fallo vascular periférico.

Se sugiere como más conveniente el término «anoxia renal» para este síndrome.

Tratamiento de las apendicitis agudas.—(Un estudio de 480 casos consecutivos).—A. Lyall Brit. Med. Journ., n.º 4,429, 1945, pág. 719.

El autor describe una serie consecutiva de 480 casos de apendicitis aguda, con una mortalidad por bajo del 0,5 %. Se discuten las razones principales de esta baja mortalidad.

Es muy difícil para cualquier cirujano evaluar con propiedad los factores responsables del descenso de morbilidad y mortalidad en una serie de casos como el que describe el autor, particularmente cuando es una secuela natural de un incremento de la experiencia.

Sin embargo, en su serie, los factores más importantes han sido el pronto uso de la terapia intravenosa para restaurar el volumen líquido y el uso intraperitoneal de polvos sulfanilamídicos.

El síndrome del esfuerzo.—I. G. W. Hill y H. A. Dewar.—Lancet, volumen 2, número 6, 1945, pág. 161.

Los autores relatan los aspectos clínicos de 392 casos del «síndrome del esfuerzo» en 489 casos observados en Inglaterra y el Oriente Medio durante la última guerra.

En un hospital del Oriente Medio, donde fueron centralizados todos los afectos del síndrome de esfuerzo, ocurridos en las fuerzas combatientes; el porcentaje, en relación a los 25.000 casos médicoquirúrgicos admitidos en dicho hospital durante 20 meses fué de 1 por 100.

El síndrome no estaba circunscrito a los jóvenes, o a los hombres no acostumbrados a duros ejercicios físicos y al principio y en gran proporción ingresaron en el Servicio los que tenían antecedentes peores.

Los que padecieron en su infancia enfermedades largas y graves, reumatismo, etcétera, están predisuestos al desarrollo del síndrome de esfuerzo.

Es discutida la relativa frecuencia con que se presentan diversos factores desencadenantes (esfuerzos físicos, las inquietudes del combate, infecciones recientes, nostalgia del hogar, etc.).

Se describe el tratamiento mediante ejercicios graduales y reeducación, llevado a cabo en el hospital general del Oriente Medio en 1941-43.

Ruptura del bazo en el curso de la mononucleosis infecciosa.—J. S. Davis, W. Mc. Fee, M. Wright y R. Allyn — *Lancet*, vol. 2, núm. 3, 1945, pág. 72.

Los autores describen los resultados de las observaciones clínicas y de laboratorio en un caso de ruptura espontánea del bazo, en el curso de una mononucleosis infecciosa, incluyendo el examen microscópico del bazo extirpado y de una biopsia hepática. Se presentó una suave hepatitis, sin llegar a ictericia. El paciente se restableció después de la esplenectomía.

La ruptura del bazo en una mononucleosis infecciosa, ha sido descrita por King, Darley y Zeigler. La hepatitis ligera encontrada en este caso, concuerda con los resultados de la biopsia-hepática de Kilham y Steigman, quienes notaron un foco, bien marcado, de hepatitis aguda, en un icterico con mononucleosis infecciosa. Las características de la biopsia, hace suponer que la ictericia ocasionalmente vista en la enfermedad, es debida a la hepatitis, más bien que a la presión ejercida por la dilatación de los ganglios linfáticos sobre los conductos biliares.

El hecho de que la mononucleosis infecciosa pueda complicarse con una ruptura esplénica y con hepatitis, sugiere a los autores que los enfermos que padezcan dicha enfermedad deberán estar bajo una rigurosa observación, y en reposo.

Hepatitis transmitida por inyección.—E. M. Darmady y C. Hardwick.—*Lancet*, vol. 2, núm. 4, 1945, pág. 106.

El autor describe 10 casos de hepatitis producidas después de la administración de pentotal o penicilina, y otros dos a consecuencia de extracción de sangre.

Recalca la importancia de la esterilización de jeringas y agujas, mediante la acción prolongada del calor seco. Aboga por el uso de agujas de boca ancha, sin jeringas, para recoger muestras de sangre.

Es posible que en algunos casos de hepatitis, atribuidas a la transfusión de sangre, la infección haya sido transmitida mediante una jeringa usada para inyectar pentotal.

NEUROLOGÍA**Síndromes neuropáticos especiales (en el Oriente Medio).**—J. D. Spillans y G. I. Scott.—*Lancet*, vol. 2, n.º 9, pág. 261.

Se describe un síndrome neurológico poco frecuente, ocurrido en el Oriente Medio y se detallan sus características en 112 casos.

Su forma más corriente es una neuritis retrobulbar, aisladamente o asociada en diversas ocasiones con sordera nerviosa, ataxia y paresia laríngea.

La enfermedad fué observada, casi por entero, en un campo de concentración cuyos ocupantes habían sido expuestos previamente a una dietética de privación y en los cuales prevalecían la pelagra, la disentería y la diarrea.

Se discute la etiología del síndrome, que consideran como una neuropatía de origen carencial. En ciertos casos en que se practicó la terapia intensiva con vitamina B, la respuesta fué escasa o nula.

Secuelas de la meningitis cerebro-espinal.—S. I. Ballard y H. G. Miller.—*Lancet*, vol. 2, n.º 9, pág. 77.

De 60 hombres que tuvieron meningitis cerebroespinal, con anterioridad de 3 a 6 meses o más, 53 mostraron síntomas residuales; la gravedad de la enfermedad aguda es el factor determinante de la severidad y persistencia de aquellos síntomas y, más estrictamente, el estudio de la personalidad determinaba el grado de predisposición psiconeurótico.

De 49 casos tratados mediante psicoterapia y ejercicios graduales, 45 retornaron a la normalidad y en 4 no surtió efectos.

Parece que el cuadro sindrómico referido podría ser considerado como una reacción psicósomática. La sugestión, sea hecho por el médico o por otros, juega un papel importante en la producción y persistencia de los síntomas.

PEDIATRIA**Los modernos tipos de leches humanizadas o maternizadas.** — J. J. Muñoz, J. M.ª Rosell. — *Acta Pediátrica*, pág. 939, octubre 1945.

Una leche, para lactancia artificial o mixta, que desee llamarse «humanizada», debe estar preparada sobre la base de tener en consideración las diferencias de

proporciones de caseína lacto-proteínas, lactosa, salen entre la leche de vaca y mujer y; la variedad de componentes de componentes de las grasas de estas dos leches en glicéridos y ácidos grasos, y la diferencia de consistencia del coágulo de la caseína de vaca y de mujer, que debe modificarse por los métodos que nos muestra la moderna lactología.

En cuanto a vitaminización de la leche en biberones incluso esterilizados, se han conseguido hoy resultados que pueden llamarse perfectos, especialmente a base de autolizados ejercida, y otros factores biológicos y con suficiente fermentabilidad.

TERAPÉUTICA

El toxoide formulado de Ramón y los precipitados de aluminio. Su estudio comparativo. — J. Navarro. — Acta Pediátrica, pág. 955, octubre 1945.

Se hace un estudio comparativo entre la vacunación clásica de las tres dosis, con anatoxina formulada, y la vacuna única precipitada al aluminio coloidal.

La inmunidad obtenida (medida por la reacción de Schick) con el sistema de las tres dosis, y a base de anatoxina, fué de un 71,1 por 100.

Y por último, del estudio de un tercer lote de niños en similares condiciones que los anteriores, y que fueron vacunados con toxoide hiperconcentrado a 150 U. F. por c. c., y con una ampolla única, se informa que los resultados alcanzados fueron de un 75 por 100, cifra, pues, superior a la alcanzada con los procedimientos anteriores.

De lo expuesto inferimos lo siguiente:

El toxoide al aluminio en dosis única, concentrado a 75 U. F. por c. c. y utilizado como vacuna antidiftérica, es inferior a las tres dosis de anatoxina corriente, opinamos que se precisan dos inyecciones de este tipo de vacuna, repitiendo la segunda treinta días después de la primera.

El toxoide al aluminio, hiperconcentrado, dosificado a 150 U. F. por c. c. y utilizado en dosis única como antidiftérica es, por lo menos, igual a las tres dosis de anatoxina ordinaria, aunque nuestra experiencia nos lo muestra superior en un 3,9 por 100 y nos lo hace recomendar *viva* y sinceramente, significando una solución eficaz al serio problema de la difteria. Basta, pues, una ampolla de este tipo de toxoide.

Estudio terapéutico de un nuevo preparado arsenical: la clorarsina. — S. Lazo y G. Blesa. — Actas Dermo Sifiliogr., n.º 1, pág. 65, octubre, 1945.

En conjunto, nuestra impresión acerca de la clorarsina es favorable al nuevo fármaco, al que consideramos de eficacia análoga a la del neo, pero al que aventaja en ser más tolerable y más inofensivo.

Por prematura, esta impresión podrá ser ulteriormente grandemente restificada.

Por lo pronto, desconfiamos de la persistencia, de la firmeza de los éxitos con ella obtenidos. Y que valdrán de poco si frecuentes recidivas los anulan y malogran.

Y además esperamos — léase bien, *esperamos* — los accidentes clorarsínicos. ¿Cuántos y cuáles serán?... Desde las cegadoras neuritis ópticas observadas con el atoxil hasta las mortales encefalitis causadas por el neo, todo será posible.

Finalmente, tenemos la convicción de que el éxito — de lograrse — se deberá más que a las intrínsecas propiedades terapéuticas del medicamento, a su forma de aplicación.

Por esto, hallar la más eficaz y adecuada norma de su empleo es el principal objetivo de nuestros afanes.

Un nuevo compuesto arsenical: el Clorhidrato de 3-amino 4-oxifenil-diclorarsina, en el tratamiento de la sífilis. — X. Vilanova, M. González. E. Errando. — Actas Dermo. Sifiliogr., núm. 1, octubre, 1945, pág. 27.

Hemos ensayado un nuevo compuesto arsenical en el tratamiento de la sífilis. Su fórmula responde al clorhidrato de 3-amino-4 hidroxifenildiclorarsina, cuerpo que al reaccionar con el solvente produce arsenóxido, que no está preformado en su molécula, y que, por tanto, no envejece rápidamente.

Hemos tratado un total de 29 sífilíticos administrando 610 dosis.

Su acción sobre el treponema es rápida y decisiva, pues entre 18 lesiones primosecundarias, el treponema ha desaparecido en 17 antes de las veinticuatro horas.

Su poder cicatrizante en la sífilis primaria, secundaria y terciaria es tan bri-

llante y eficaz como con los más potentes arsenicales experimentados hasta hoy. En cinco chancros seronegativos mantiene la negatividad en cuatro, positi-vándose el quinto, que se negativiza a la duodécima semana.

En tres chancros seropositivos la negatividad se consigue en las semanas ocho, once y doce.

La curva serológica en el secundarismo es influenciada favorablemente y se logra negativizar en un periodo de tiempo aun no determinado, que puede ser minimo (tres semanas).

Las reacciones serológicas en el terciarismo y las latencias son también mo-dificadas beneficiosamente, pero falta mayor de tiempo de observación para poder dar precisiones.

Los accidentes medicamentosos han sido todos ellos de poca monta, y mucho menos numerosos que con el arsenóxido. La frecuencia con que es observada la fiebre de reacción después de la primera dosis la valoramos como un indice de la actividad del producto.

Su conjugación con el bismuto en el curso de los tratamientos no aumenta su toxicidad.

Si la impresión favorable que tenemos hoy del producto ensayado se confirma después de una más dilatada experimentación, no hay duda que habremos avan-zado un paso más en el enriquecimiento utilitario, de las medicaciones antisifilíticas arsenicales trivalentes.

INFORMACIÓN GENERAL

REALES ACADEMIAS

En la Real Academia de Medicina de Madrid (Instituto España) ha tenido lugar la recepción del nuevo académico de número, profesor doctor don *BELLÉ*. Lorenzo Velázquez, cuyo discurso de ingreso versó sobre el tema «Farmacología de la sedación y espasmolisis uterina». En nombre de la Corporación le contestó el académico de número doctor don César González Gomez.

NOTICIAS DIVERSAS

Universitarias

Por el Ministerio de Educación Nacional ha sido designado para el cargo de director del Hospital Clínico de San Carlos, el profesor doctor don Valentín Ma-tilla, catedrático de Parasitología y académico del Instituto de España.

* * *

Por el Ministerio de Educación Nacional ha sido nombrado decano de la Fa-cultad de Medicina de Valencia el profesor doctor don Juan J. Barcia Goyanes.

Cursos y Congresos

El próximo día 15 de enero de 1946 se celebrará en el Anfiteatro número 2 de la Facultad de Medicina de Barcelona, la conferencia inaugural del ciclo de diez conferencias de que consta el *1 Curso monográfico de la Cátedra de Patología Médica del profesor doctor J. Gibert Queraltó*, que finalizará el día 20 de marzo de 1946. Los temas a desarrollar versarán sobre «Diagnóstico y tratamiento de algunos síndromes cardiorrenales», con la colaboración de los doctores Pi Figueras, J. Gibert Queraltó, A. Gregorich, P. Nubiola, C. Oliveras de la Riva, A. Pedro Pons, P. Piulachs, M. Soriano y J. Tornos. Para información dirigirse a Cátedra de Pa-tología Médica, profesor doctor Gibert-Queraltó.

* * *

Cursos monográficos de ampliación de estudios sobre Patología Médica, orga-nizados por la *Clínica Médica Universitaria del profesor A. Pedro Pons*, de la Fa-cultad de Medicina de Barcelona. II. Curso 1945-46 dedicado a *Patología y clínica de las infecciones mediterráneas*, dirigido por el profesor A. Pedro Pons, con la colaboración de los profesores J. Covalada, J. Gibert Queraltó, X. Vilanova y P. Mar-tínez García y los doctores Bardaji, Foz Tena, Farreras Valentí, Gras Tarré, Car-tañá y Vidal. Las lecciones de índole teóricopráctica se realizaron en el Auditorio de la Clínica Médica A, los lunes, miércoles y viernes, a las doce horas, durante el periodo comprendido entre el 4 de febrero y el 1.º de marzo de 1946.