

Revista Médica Salmantina

Año V

DICIEMBRE DE 1909

Núm. 8

NOTAS CLINICAS.

La muerte de un cirrótico,

VARICES EXOFÁGICAS Y ENFISEMA SUBMUCOSO DEL ESTÓMAGO

por el DR. RODRIGUEZ GONZALEZ

Auxiliar de la Facultad de Medicina.

Recordando dos viejos aforismos de la medicina hipocrática, el uno que dice "es el máspreciado médico aquél que pronostica mejor," y el otro que afirma "la mejor manera de tratar las enfermedades y evitar el peligro, es conocer la manera de morir," creo merece los honores de la publicación el siguiente caso clínico seguido de autopsia, y del que se desprenden algunas consideraciones útiles en la práctica.

F. G., natural de la Sierra, casado, de 47 años de edad, jornalero, aficionado á las bebidas y sin antecedentes hereditarios. Ingresó en el Hospital clínico el día 3 de Mayo de 1909.

En su conmemorativo patológico no aparece enfermedad alguna hasta hace ocho años que padeció fiebre tifoidea. El padecimiento actual, dice, comenzó hace dos años con molestias digestivas, inapetencia, pesadéz epigástrica, pirosis, meteorismo, alternativas de diarrea y estreñimiento y hemorroides; así continuó con exacerbaciones y remisiones de este estado dispéptico hasta hace cinco meses en que al mismo tiempo que se puso ictérico notó que su abdomen se abultaba y crecía rápidamente.

Estado actual.---Coloración amarilla muy pronunciada de piel y mucosas. Apetito y digestión normal. Heces blanquecinas de color de arcilla. Extreñimiento.

Vientre de batracio, venas subcutáneas del abdomen muy dilatadas; la exploración permite comprobar la existencia de una gran cantidad de líquido en la cavidad peritoneal; la ascitis impide al principio la exploración del hígado, mas después de hacer la punción, se vió que estaba hipertrofiado, traspasando dos traveses de dedo las costillas falsas. El bazo está notablemente hipertrofiado, se palpa por bajo del reborde costal y dá la sensación de peloteo esplénico.

Las orinas escasas y amarillas, dan la reacción de Gmelín; cantidad de urea disminuída, 14 gramos en las 24 horas; prueba de la glucosuria alimenticia, dió resultado positivo.

Diagnóstico.—Por la síntesis clínica que antecede, bien se vé, que nuestro enfermo presenta síntomas indiscutibles de una afección hepática, en la que aparecen reunidos, los signos que pertenecen al cuadro sindrómico de aquellos dos procesos descritos primeramente por Laënnec y Hanot, y mejor estudiados ya hoy en el terreno clínico y experimental.

Existen por un lado hipertrofia de hígado é ictericia, como signos fundamentales de la cirrosis hipertrófica, y se unen á ellos la ascitis y circulación suplementaria como fenómenos más salientes de la cirrosis atrófica; nosotros no dudamos en diagnosticar una cirrosis mixta, enfermedad frecuente en esta región, y que vá haciendo perder bastante terreno á la rigurosa y sistemática clasificación de las cirrosis en atróficas é hipertróficas.

Tratamiento.—Se trata al enfermo á lo Cregny, régimen lácteo, un gramo diario de extracto hepático, irrigaciones intestinales frías y todas las noches una infusión de 0'50 gramos de nitrato potásico.

Diario de observación.—Día 27, Mayo 1909: La

ascitis continúa progresando y se hace necesaria la punción.

Día 28: A las once de la mañana se practica la punción abdominal; aplicando de cuando en cuando una torunda de algodón sobre la abertura de la cánula, para interrumpir el desagüe. La cantidad de líquido extraída, no fué más que de seis litros, dejando el resto en el abdómen; se aplica colodión y un vendaje ordinario.

Por la tarde nos encontramos con que el enfermo no tiene apenas líquido en su cavidad abdominal; la no oclusión de la puntura y el rezumamiento consecutivo han dejado salir el restante, la evacuación pues, ha sido completa. Para ocluir la herida del trocar se le aplica el vendaje de compresión con tiras de emplasto adhesivo recomendado por Gumprech é igual al que usan los cirujanos, para retener las hernias umbilicales; el rezumamiento cede y el enfermo dice que siente molestias, que no sabe explicar, en la región epigástrica.

A las ocho de la noche se presenta una hematemesis abundantísima, que por exclusión diagnosticamos como consecutiva á la rotura de varices exofágicas; hacemos un pronóstico fatal, se recomienda reposo absoluto, y se prescribe ergotinina, hielo é inyección subcutánea de suero Marfán.

Día 29: A las once de la mañana se repite la hematemesis y muere el enfermo.

Autópsia clínica.—Practicada la autópsia ante los alumnos del sexto grupo, he aquí los interesantes datos que pude recoger y que confirman nuestro diagnóstico clínico. Peritoneo normal. Hígado hipertrófico, de color apizarrado, de superficie ligeramente granulosa, duro al corte y de 2,650 gramos de peso; vejiga biliar dilatada y con hipertrofia de sus paredes; conducto colédoco duro y fibroso. Bazo enormemente infartado, su cápsula dura como fibro-cartilaginosa, sus diámetros son de 28 centímetros de longitud y 13 de anchura, su peso de 1,850 gramos,

El estómago contiene una gran cantidad de sangre y nos llama mucho la atención el aspecto especial de su mucosa, que está como si el estómago hubiera sido inyectado; presenta unos abultamientos más perceptibles en la región del cardias y en la corvadura mayor que dan al tacto la sensación de crepitación característica del enfisema; hecha la punción debajo del agua se ven las burbujas de aire salir á la superficie. Examinada detenidamente la mucosa gástrica, no se encuentra en ella ulceración alguna.

Las venas de la porción abdominal del exófago están dilatadas, varicosas y en una de ellas se vé una abertura de unos cuatro milímetros.

*
*
*

Las circunstancias especiales que recaen en el caso expuesto, me inducen á exponer algunas reflexiones sobre las hematemesis de los cirróticos y sobre el mecanismo del enfisema gástrico como curiosidad anatomo-clínica, y como hecho raro que no he encontrado descrito más que en dos observaciones de úlcera gástrica; la una de Korad (1) sobre «enfisema generalizado á consecuencia de la perforación de una úlcera redonda»; y la otra de Jurgensen (2) titulada «aire en la sangre á consecuencia de una úlcera gástrica».

El estudio de las hematemesis de los cirróticos es de gran interés por muchos conceptos.

Es interesante bajo el punto de vista diagnóstico, porque en el período preascítico de las hepatitis crónicas, estas hemorragias dan muchas veces la señal de alarma y nos hacen buscar una cirrosis incipiente, que había pasado desapercibida, ó bien porque el enfermo no se había presentado á consulta, ó ya porque el médico consideraba como una simple dispepsia los trastornos digestivos del comienzo del mal.

(1) Korad, Deutsch. med. Wochenscz, 1880.

(2) Jurgensen, Deutsch. Archiw f. Klin. Med., XLI.

Es también interesante este asunto bajo el punto de vista pronóstico, porque estas hemorragias pueden concluir en pocas horas con la vida de un enfermo, en el que ni por su estado general ni por el resultado del examen de las funciones hepáticas, había motivos para pensar en una muerte pronta.

Es por último digna de estudio esta cuestión bajo el punto de vista terapéutico, porque si bien las varices exofágicas no tienen tratamiento quirúrgico ni médico, de resultados positivos, pueden hasta cierto punto prevenirse ó al menos atenuar sus efectos, evitando la rotura, con el empleo de todos aquellos medios que pueden rebajar la tensión en el sistema de la porta; además, como veremos más adelante, quizá sean motivo para que la paracentesis abdominal se practique con más precauciones que las generalmente usadas, porque ella pueda determinar la rotura de las venas exofágicas.

No siempre las hemorragias gastro-intestinales de los cirróticos tienen la misma patogenia. Algunas veces no se encuentran en la autopsia lesiones venosas que expliquen la hemorragia y se acude entonces para explicarlas á hipotéticas alteraciones humorales que no han podido ser demostradas; creemos es más lógico atribuir las en este caso á congestiones locales y alteraciones de los vasos capilares, que producen una hemorragia en sábana sin que la autopsia revele lesiones apreciables; en otras ocasiones como en el caso expuesto son debidas las hemorragias á varices del exófago.

Dussausap fué el primero que atribuyó estas hematemesis á la rotura de varices exofágicas y los importantes estudios hechos sobre el particular en estos últimos años han venido á demostrar su frecuencia.

¿Mas por qué mecanismo se producen las varices del exófago y cuál es la causa de su rotura? He aquí los dos hechos que importa conocer por si la terapéutica puede prevenir este grave accidente.

Los trabajos anatómicos de Duret en 1879 y los de Marian en 1893, han demostrado que las venas del ter-

cio inferior del exófago van á la coronaria estomáquica que desemboca directamente en el tronco de la porta, por otra parte, Schmiedel ha señalado anastomosis entre las venas del cardias y las del exófago: la circulación venosa de este último, es pues tributaria del sistema de la porta, y la hipertensión portal explica fácilmente la formación de las varices, á esto hay que añadir que el alcoholismo por sí solo es capaz de producir alteraciones de las paredes venosas.

Formadas ya las varices, ¿por qué causas pueden romperse? Menctrier ha citado una observación en que fué la causa la trombosis portal; Hochenegg ha publicado otra en que se produjo á consecuencia de la ingestión de un cuerpo extraño; en la que motiva estas líneas quizá tenga la culpa la paracentesis y de ésta es de la que nosotros vamos á ocuparnos.

Es un primer hecho que conviene recordar, el que en la mayor parte de las observaciones publicadas llama la atención que la rotura de varices exofágicas se presenta en los comienzos del mal, cuando la ascitis aún no existe ó es muy poco abundante, y es en cambio rara la hematemesis en las cicatrices con gran derrame, me parece posible que el no presentarse la rotura de varices en este último caso, sea debido á que la ascitis desempeñe un papel protector.

En las cirrosis con ascitis, considerable creemos no es tan despreciable el elemento mecánico, y nos parece muy razonada la opinión sustentada por S. Wilson, Laundby y Frerichs, que creen que la ascitis sirve de regulador de la circulación abdominal; y que la presión del exudado contrarresta la presión aumentada de la porta. Según esto, al practicar la punción, si se extrae todo el líquido, falta esta contrapresión y las venas se dilatan y se rompen. De ser cierto este mecanismo patogénico, aplicable al caso presente, y si nuevas observaciones clínicas vienen á demostrar esta manera de pensar, habrá que proscribir en prevención de estos accidentes la punción á lo Naunyn (extráigase el líquido

tan completamente como sea posible) y ser algo más cautos en el empleo de este medio terapéutico que se practica con demasiada frecuencia y por lo general con tan pocas precauciones que hasta muchos tratados de cirugía pasan por alto la cantidad de líquido que debe extraerse y el tiempo que ha de durar la extracción.

Nosotros nos inclinamos, por las razones antes expuestas, á no extraer más que de tres á siete litros de líquido en cada punción, interrumpiendo de cuando en cuando el desagüe; obrando de esta manera es indiscutible que se evitan mejor los accidentes desgraciados, y respecto á los resultados terapéuticos bien puede afirmarse, que en los casos desfavorables, el líquido no se reproduce más de prisa, la pérdida de albúmina es en cambio menor, y los enfermos experimentan el mismo alivio que si la evacuación se hace completa; en los casos favorables, la curación se hace por reabsorción del líquido restante.

El pronóstico de estas hemorragias es siempre grave, y la autopsia de este caso nos enseña que uno de los factores que aumentan esta gravedad es la posible penetración de aire en las venas abiertas. Nosotros no encontramos otra explicación al enfisema gástrico hallado en la autopsia, más que el de la introducción del aire deglutido en las venas exofágicas, y su difusión después por el tejido submucoso.

Un caso curioso de cuerpo extraño alejado en la vejiga

por el DOCTOR POBLACION.

El día 25 de Mayo próximo pasado presentóse en mi consulta particular una señora de Alba de Tórmes, acompañada de su hija, niña de 11 años de edad, suplicándome reconociera á ésta y prac-

ticara la extracción de una horquilla que se había introducido en sus órganos genitales.

Hice el exámen y ví asomar la extremidad de una de las ramas de la horquilla, que perforaba la pared vaginal anterior, á medio centímetro por debajo del meato; la punta de la otra rama se notaba claramente á la palpación por debajo del labio mayor del lado derecho.

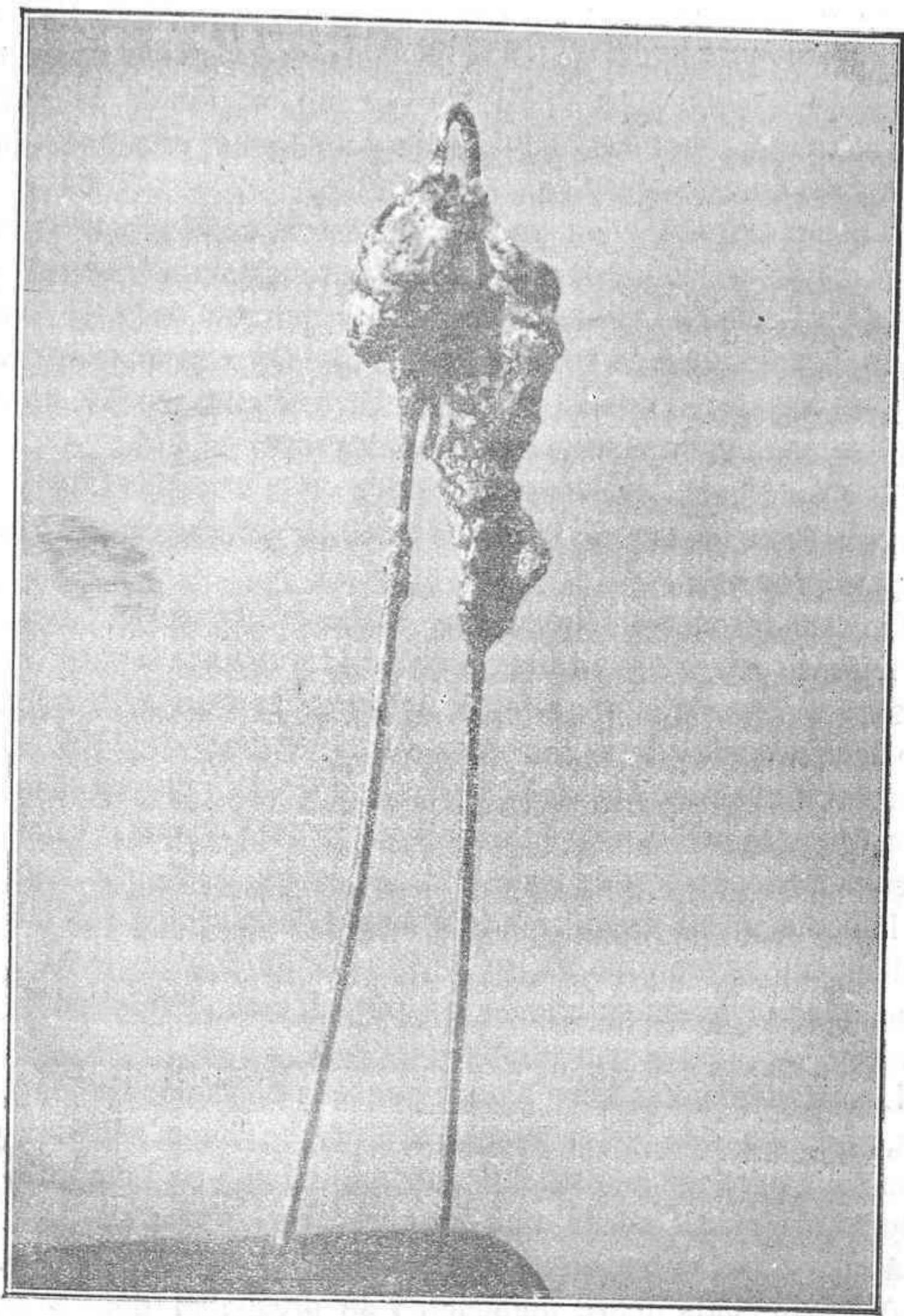
Practiqué el tacto vaginal, valiéndome del dedo pequeño, dadas las exiguas dimensiones de la vagina, y no encontré alojado en ésta el cuerpo extraño, como yo esperaba. Inmediatamente supuse que la horquilla debía estar alojada en la vejiga, y para comprobar mi sospecha, hice la exploración con una pequeña sonda metálica; después de algunos tanteos, llegué á convencerme de que en el recipiente urinario había un cuerpo extraño, cuyo contacto con la sonda ocasionaba el ruido tan conocido de la exploración en los calculosos.

Como la pequeña enferma daba señales de vivos sufrimientos durante el exámen, suspendí la exploración y remití para el día siguiente la confirmación del diagnóstico y acaso el tratamiento; habíame figurado que la horquilla, introducida por la uretra en la vejiga á beneficio de maniobras de masturbación, había perforado con sus ramas las paredes de éste órgano y de la uretra, permaneciendo alojada en el reservorio tan solo la parte correspondiente al arco de unión de las dos ramas.

El interrogatorio de la niña no daba ningún dato; se resistía á explicar el modo de introducción, la fecha en que tuvo lugar, y solo con llanto y gemidos contestaba á nuestras preguntas. La madre me indicó que hacía cuatro meses que había notado que la niña orinaba con más frecuencia, y que sentía dolor en el acto de las micciones; había notado asimismo que la marcha excesiva ó el doblar el cuerpo sobre las piernas, producían dolores á la enferma, sin que esta indicara la causa probable de su mal. Un día, al terminar de orinar, el dolor fué tan violento, que la enferma lanzaba agudos gritos; alarmada la madre, examinó los genitales externos de su hija y vió que en la parte superior del vestíbulo vulvar asomaba la punta de un tallo metálico. Hizo llamar á su médico de cabecera, el cual sospechó por la forma y color se trataba

de una rama de horquilla y realizo tentativas de extracción, aunque sin resultado.

Con éstos antecedentes, y teniendo en cuenta el resultado de



mi primer exámen, decidí practicar la dilatación de la uretra é intentar la extracción por este conducto. Hice cloroformizar la enfermita, ensanché la uretra con unos cuantos números de bugías

de Hegar, hasta obtener una dilatación suficiente para maniobrar con comodidad en la vejiga, y acto seguido introduje el cistoscopio de Nitze para explorar su cavidad: con este aparato descubrí en el bajo fondo de la vejiga, cerca del anillo, la extremidad curva de la horquilla y vi que sobre las ramas se habían formado concreciones calcúlosas de bastante tamaño; existían, como era de esperar, señales evidentes de intensa inflamación de la mucosa, consistentes en fuerte rubicundez y múltiples erosiones, producidas por el roce con el cuerpo extraño.

Introduje una larga y delgada pinza curva, con la cual intenté desmenuzar los cálculos y practicar la extracción por la uretra: pero todos mis esfuerzos resultaron inútiles, porque dada la dirección de la horquilla y la gran profundidad en que estaban enclavadas sus ramas, no era realizable la reintroducción en la vejiga, para cogerla con la pinza y extraerla después.

En vista de esto, previne á la familia de la necesidad de practicar la talla hipogástrica, para lo cual la enferma ingresó en el Hospital provincial.

Dos días después de su ingreso, el doctor Jaramillo, ayudado por mí, hizo una incisión vertical en la línea media, separó los tejidos hasta llegar á la atmósfera celulosa de la vejiga, y sobre el pico de una sonda que se introdujo por la uretra, se incindió el reservorio: con el índice exploré rápidamente la vejiga y con una pequeña pinza hice presa en el arco de la horquilla que salió sin dificultad y recubierta de las concreciones que se ven en el grabado. Inmediatamente practicamos la sutura de la vejiga con catgut, en dos planos, uno total y otro de protección á lo Lembert, y se terminó la operación suturando los músculos con catgut, y la piel con seda. Sonda permanente.

Los primeros días hubo alguna pequeña elevación de temperatura, pero la herida del abdomen conservaba buen aspecto, y la orina salía por la sonda sin dificultad; de tiempo en tiempo algún coágulo obstruía la sonda, que era necesario renovar con frecuencia á la vez que se hacían nuevos lavados bóricos de la vejiga.

Al sexto día la fiebre aumenta, y se presentan dolores abdominales; córtanse los puntos de la herida cutánea y se ve que no existe infiltración de orina. En los días sucesivos aumenta la inflamación y al décimo ó undécimo día comienza á salir orina por la

herida, cuyos bordes están edematosos, algo violáceos y con señales de mortificación; el estado general se mantiene bastante bien, y la fiebre es pequeña.

Progresivamente va aumentando la mortificación en los bordes de la herida, hasta que finalmente ésta se abre en toda su extensión quedando establecida una enorme fístula vésico-abdominal. Practícanse abundantes lavados vesicales con soluciones bóricas, reintrodúcese la sonda permanente, que se había quitado pasados los primeros días y la herida va cicatrizando por segunda intención, aunque muy lentamente. Como el curso de la orina está asegurado por la sonda, no se presenta la temible infiltración urinaria y la fiebre es baja. Al intervenir y para prevenir complicaciones infecciosas, se administraron algunos balsámicos. Un mes después de la operación, la herida vesical está cerrada, la enferma orina espontáneamente y solo persiste abierta una pequeña porción de la herida cutaneo-muscular, que no tardará en obliterarse.

El caso referido es interesante por varias razones. En primer término, porque se ve la posibilidad de peligrosos hábitos de masturbación en niñas de poca edad, como la del caso, objeto de esta historia. En segundo término, porque es una prueba de que no toda perforación vesical debe ir forzosamente seguida de complicaciones urinarias, infiltraciones y abscesos, y sobre todo, porque demuestra la importancia del tratamiento postoperatorio, en las intervenciones que se llevan á cabo en los órganos urinarios. Cada día es mayor el número de partidarios de la sutura total en las operaciones de talla, por la facilidad de la separación inmediata, con lo cual se abrevia notablemente la duración del tratamiento consecutivo. Convencidos de esto practicamos la sutura total, sin desagüe, como queda dicho, y como se esperaba no hubo ninguna alteración, ni irregularidades en la emisión de la orina durante los primeros días; pero sin duda por efecto de algún descuido en la asepsia de las sondas que se renovaban con frecuencia para el drenaje permanente sobrevino la infección vesical, con esfácelo de la herida y establecimiento consiguiente de la fístula, que pudo haber traído fatales consecuencias para la enferma.

UN LIBRO NOTABLE

La Ortopedia indispensable, de Calot

por el DOCTOR PINILLA
Catedrático.

Hace unos cuantos meses se publicaba por la casa editorial de París, Masson y Compañía, la segunda edición, por cierto lujosísima, de la obra del eminente cirujano F. Calot, el creador del Instituto Ortopédico de Berck, y ahora en Noviembre, que escribo estas líneas, aparece la edición tercera. No es ya esto un indicio de que se trata de una obra maestra, á la par que obra de un gran maestro?

Pues si ahora añado que al leer la primera edición el año anterior, su lectura se me impuso «de un tirón», como decirse suele, sin que mi curiosidad científica me llevase á estudio de mayor atractivo, el *indicio* anterior se confirmará, á lo menos para mí, afirmándome en la idea de que «*La Ortopedia indispensable á los prácticos*», es un libro necesario á todo médico-cirujano.

En efecto, la característica de esta obra es esa, la de ponerse al alcance de todos los grados de cultura científica, siendo instructiva en mayor ó menor grado para todos los prácticos, y constituyendo para muchos un *vademecum* preciso.

Para quien no esté al tanto de lo que representa Calot en la Cirugía, puede formarse concepto, diciendo que hoy constituye uno de los campeones, quizás el *leader* de la Cirugía conservadora. De Bier se ha dicho, aludiendo á sus procedimientos provocadores de las hiperemias pasivas y activas, como curativos de afectos quirúrgicos, que había descubierto una cirugía sin bisturí. De Calot puede decirse que ha perfeccionado una cirugía sin sangre, una cirugía ortopédica. Y esto contribuye también, dígame con franqueza, al éxito de la obra de tan eminente práctico.

El libro que examinamos, coge de la mano al médico más novel—así puede decirse—y paso á paso le va señalando la manera inequívoca de establecer sus juicios clínicos, el modo de aplicar el método curativo—sin dejarle titubear en la elección—en cada caso, y señalándole momento por momento las minucias de su con-

ducta ante el enfermo. Con menos aparatos y con menos aparatoidades, no se puede hacer mejor cirugía; eso es indudable. El arte de Calot no es solo económico de miembros, sino en utensilios. Ahorra amputaciones y actos cruentos, ahorra arsenal. Pero no ahorra tiempo, que todo no puede ser á la vez, aunque el lema de su escudo pudiera ser el *festina lente* del clásico, apresúrate despacio.

No se crea por esto que la cirugía de Calot es una cirugía fácil, no; es una cirugía facilitada, lo cual no es lo mismo. Pero además es algo superior.

Las intervenciones sangrientas en los casos de luxación congénita de la cadera, en las coxalgias, en las manifestaciones poticas, por ejemplo, eran hace algunos años, manantial de desengaños y fracasos, y precisamente estas afecciones son las que por los procedimientos de Calot dan ahora más éxitos y más al alcance de los clínicos, cosa esta última importantísima, puesto que las nueve décimas partes de estos enfermos, no pueden ir á ver á los especialistas, y en cambio suelen ser examinados desde el principio de sus dolencias por los «médicos de familias» que *si supieran á Calot* evitarían mil fatigas á sus clientes.

Y ahora entraremos en un breve análisis de este libro.

La Ortopedia indispensable descansa sobre este hexálogo que llama el autor, es decir, sobre estas seis proposiciones fundamentales: diagnóstico *precoz*, tratamiento *inmediato*, tratamiento *perseverante*, construcción de vendajes *precisos*, rectificación de desviaciones con *minoración* de traumatismo y abstención en la abertura de abscesos. Estos mandamientos de la cirugía conservadora, son los parafraseados, demostrados y aconsejados en este volumen.

Comienza en su primera parte por el estudio del mal de Pott en todas sus variedades clínicas: antes de que haya producido gibosidades, al comienzo de estas manifestaciones, ciertamente muy diversas, y cuando ya ha producido el cortejo de abscesos, fístulas ó parálisis. La síntesis de cada uno de estos momentos clínicos *se vé* en los tipos que elige como paradigmas estampados en otros tantos fotograbados.

Ayudándose de igual medio objetivo, expone luego las causas de error diagnóstico de la tuberculosis raquídea, entrando final

mente en la detallada descripción de la terapéutica, no de esta enfermedad, sino de estos enfermos.

El corsé enyesado á lo Sayre, es en manos de Calot un prodigio. Es que no habrá quien haya sacado más utilidad del vendaje inamovible que este cirujano y sus discípulos; nadie que haya fijado mejor sus indicaciones y sobre todo en ningún libro como en este, se hallará mejor descripción de su técnica de aplicación, para lo cual prodiga toda suerte de minucias y una serie de grabados, dignos de un portfolio.

Tres modelos de corsé enyesado tienen aplicación, según la extensión de las lesiones potticas; el gran apósito con cuello de sostenimiento de la cabeza, el medio apósito de gola, ó cuello de tirilla y el pequeño corsé de apoyo. En todos ellos ha introducido Calot reformas de aplicación: sostener al enfermo y no suspenderlo por el cinturón occipito-mentoniano, reforzar las vendas por la adición de amplias compresas enyesadas; abrir amplio balcón, que desahogue el pecho por delante y discreta ventana al nivel de la cifosis, comprimiendo ésta por sucesivas aplicaciones de capas de algodón, etc., detalles todos que la observación y la experiencia han confirmado como útiles. ¡Qué más!, hasta se fija en la manera de empapar las vendas, y en los minutos que tardan en fraguar las diferentes clases de escayola! Todo lo merece esta pieza de indumentaria del pobre pottico, que á las veces es un pottico pobre, lo cual significa que no tendrá dinero para comprar un corsé de celuloide, que cuesta cuarenta veces más que el de yeso, siendo menos útil cuando hay gibosidad. En efecto, la ventana dorsal y la compresión graduada de la cifosis por esa abertura, es negocio indispensable y que se facilita por el método del corsé enyesado.

Esta primera parte del volúmen, termina con un estudio acerca del criterio de certidumbre de la curación del mal vertebral y dictando las reglas de intervención en los abscesos por congestión y en las fístulas, que procura evitar para no convertir en abiertas, tuberculosis cerradas.

Con igual detenimiento pasa después á la descripción de la coxalgia, su diagnóstico precoz, su diagnóstico radiográfico, adquisición esta última, que cada vez ha de estar más difundida y al alcance de todo clínico.

Seis variedades de coxalgia examina Calot después, y con

mira al tratamiento: la coxalgia sin desviación y con ella, con absceso, con fístula infectada ó no, la coxalgia recalcitrante, y la curada con acortamiento anquilosis ó luxación. En todas ellas marca la conducta quirúrgica ú ortopédica que debe seguirse. Este capítulo tiene un sello personal que lo hace uno de los más interesantes de la obra.

En la coxalgia también describe la técnica de tres diversos apósitos: el grande que ocupa desde las costillas falsas hasta los dedos, el mediano que se detiene á media pierna y el pequeño que deja libres los movimientos de la rodilla. A todos señala sus indicaciones y enseña su construcción. Un extenso capítulo va dedicado á los métodos de corregir las defectuosas posiciones del miembro afecto de coxalgia, bien rápidamente prévia anestesia general, ó bien lentamente con sucesivas aplicaciones de apósitos enyesados, con ó sin tenotomias ú osteoclasias más precisas, generalmente cuando el mal es antiguo y se han producido verdaderas luxaciones del femur. Los métodos de tratar los abscesos artrifluentes, y la descripción de su modo de ejecutar la resección de la cadera, terminan esta parte del libro, no sin decir todo lo que en la convalecencia de la coxalgia debe hacerse, como higiene y como ortopedia.

Con un plan descriptivo semejante, se estudian luego en otros tantos capítulos los tumores blancos en general y los de las articulaciones más importantes, terminando así la primera parte del volúmen.

Son objeto de la segunda, las afecciones ortopédicas adquiridas no tuberculosas; la escoliosis de los adolescentes, las desviaciones raquílicas, el genu-valgum, la tarsalgia y las desviaciones consecutivas á la parálisis infantil. Es sabido que para cada uno de los problemas terapéuticos que estas cuestiones entrañan, existen variadísimas soluciones. Calot no hace pesada su obra, gastando el tiempo en discutir: impone y convence con sus ideas y procedimientos y hasta con la presentación fotográfica de los tipos morbosos que describe. Podríamos decir forzando la frase, que Calot hace «la propaganda por el hecho».

La tercera parte se dedica á las afecciones ortopédicas congénitas: luxaciones de la cadera, pies zambos, tortícolis, enfermedad de Little, con todas sus variedades diagnóstico-terapéuticas.

Para facilitar la comprensión de los detalles de sus métodos reductivos, hay en esta parte de la obra más de cien fotograbados.

Por último y como apéndice de este volumen, analiza en seis ó siete capítulos, el tratamiento de las adenitis y tuberculosis externas, la sífilis de los huesos y articulaciones, y el de la osteomielitis aguda y crónica.

Las consideraciones finales acerca del diagnóstico práctico de la osteitis y artritis crónicas, las deformidades de la mano y de los dedos del pie, y las que dedica á las anestias local y general, cierran el tomo con más de 700 páginas y cerca de 1900 figuras originales ejecutadas á la perfección.

Sería traspasar los límites de un sencillo análisis bibliográfico el extenderme al presente en hacer disquisiciones sobre el papel importante que en la actual cultura médico-quirúrgica, ha desempeñado el ínclito especialista de Berck-sur-Mer. Su Instituto Ortopédico es ventajosamente conocido por el mundo entero, y las ideas del autor sancionadas por una pléyade de eminencias de todos los países.

Terminaré con una nota final, expresión de una amargura de espíritu que plegue al cielo, desearía desapareciese cuanto antes, y que se origina en esto: la obra de Calot, de la cual van como digo, tres ediciones, no ha sido traducida al español. Es decir, traducida sí está, pero mientras no haya editor es como si no lo estuviese. El doctor Juaristi (de Irún) antiguo médico del Sanatorio Madrid, y que conoce á Calot y su Instituto, ha realizado la misión á que aludimos.

Que encuentre apoyo en «el brazo secular» de un editor, es cuanto yo desearía para bien de la enseñanza y de los enfermos de mi patria.

El doctor Mariani

Ha fallecido en Madrid después de larga y penosa enfermedad el doctor Mariani. El que curó á tantos no ha podido ser curado, y ha muerto á los 63 años, cuando todavía habiendo economizado fuerzas, hubiese podido vivir mucho más.

Don Juan Manuel Mariani y Larrión, perteneció á la Sanidad militar, y fué Decano muchos años del Hospital de la Princesa, en donde sirvió como médico de Sala, cerca de treinta años.

Durante algunos lustros fué Mariani en la Corte el médico de moda: parecía que todos los madrileños tenían que pedirle permiso para morir, permiso que según la voz pública, no prodigaba... Sin embargo Mariani no ha realizado una de esas grandes fortunas que suelen acumular los protomédicos de París, por ejemplo.

Su especialidad de internista, de médico de enfermedades internas, no cirujano, explica que visitando mucho, no acumulase tanto dinero como éstos. Su especialidad dentro de la medicina eran las enfermedades de pecho y su criterio empapado en un clasicismo crítico, le rodearon de las simpatías de los viejos maestros, y de los innovadores.

Mariani tomaba el pulso y empuñaba la pluma con igual destreza: era un escritor médico que sabía decir cuanto le dictaban su ciencia y experiencia. No era avaro de ideas, las exponía en cuanto acababan de laborarse en su cerebro. Deja pocas obras, y sin embargo deja obra aprovechable, principalmente en sus artículos de la «Revista de Medicina y Cirujía» y en sus discursos en la Real Academia, á que pertenecía desde hace veinte años.

La Medicina pátria ha perdido una figura de primera magnitud. Era Mariani un arquiatra que por propio esfuerzo mereció figurar en primera línea dentro del templo de Esculapio.

¡Honor á su memoria!

Congreso Nacional de Ciencias Médicas CELEBRADO EN SANTIAGO

Conclusiones de algunos de los trabajos presentados:

Tratamiento de las enfermedades del hígado, de la litiasis en particular, por las aguas sulfurado-fluorurado sódicas de Guitiriz.— Señor Fernández de la Vega.

Conclusiones: 1.^a Además de las aguas minero-medicinales alcalinas y clorurado sulfatadas, reputadas de abolengo como efi-

caces en el tratamiento de las enfermedades del hígado y, en particular, de la litiasis biliar, hay otras de distinto grupo taxonómico que realizan iguales funciones terapéicas.

2.^a Estas aguas son sulfurado fluorurado sódicas, frías, y curan por acción estimulante de la célula hepática, colagoga ó de otro orden, *electiva, especial*, sobre las funciones del hígado, además de la acción general modificadora del terreno morbosos, común á otras aguas minerales. Y aunque esta conclusión debe convenir á varios manantiales del mismo tipo, mi experiencia me obliga á limitarla, por ahora, á la fuente de San Juan de Guitiriz, en la provincia de Lugo.

*
* *

Causas del atraso de la Terapéutica hidromineral en España y medios que deben emplearse para darle la vida próspera que tiene en el extranjero.—Señor Pintos Reino.

Conclusiones: 1.^a Deficiente conocimiento de la Hidrología médica y de los manantiales minero-medicinales españoles.

2.^a Aumento injustificado del número de éstos y existencia de muchos clandestinos.

3.^a Causas económicas (encarecimiento de subsistencias, tarifas elevadas, etc).

4.^a Mala instalación y propaganda nula ó mal dirigida.

5.^a Desacertada dirección facultativa.

Medios de remediar el atraso:

1.^a Enseñanza oficial de la Hidrología médica y manantiales.

2.^a Limitación justa y rigurosa del número de manantiales en explotación y nuevos que se denuncian; cierre de los clandestinos.

3.^a Dar facilidades, con tarifas económicas en los Balnearios, á la clase de bañistas poco acomodada.

4.^a Mejorar las instalaciones deficientes, dotando á nuestros Establecimientos importantes de comodidades y alicientes para una grata estancia.

5.^a Procurar, por los Médicos Directores, el exacto y solícito cumplimiento de sus deberes científico-profesionales y garantizar por el Estado sus derechos y atribuciones en forma más eficaz que hoy día.

*
* *

La enseñanza de la Hidrología médica en España.—Señor Torre (don Casimiro).

Propone la urgente necesidad de crear en todas las Facultades de Medicina de la Península, la cátedra de Hidrología médica.

*
* *

Las aguas minerales artificiales ¿tienen igual acción fisio-terapéutica que las naturales?—Señor Rodríguez Pinilla.

Conclusiones: Que es forzoso afirmar que la acción fisio-terapéutica de las aguas naturo-medicinales, es distinta de la acción fisio-terapéutica de las artificiales, toda vez que las primeras obran, no por sus gases, ni por sus cuerpos mineralizantes, ni por su conductibilidad eléctrica, ni por sus emanaciones radiactivas, ni por su energía cinética, ni por su flora, ni por sus propiedades diastásicas, sino que obran por todo esto y algo más, porque las aguas minerales son líquidos vivos, como lo es la leche, y así como ésta es, cuando se esteriliza, un líquido distinto de lo que era antes, así las aguas químicamente reconstruídas, son otra cosa que se parece á lo imitado, pero que no sirve para el fin científico á que destinamos las aguas medicinales naturales.

*
* *

Ensayo de una clasificación químico-terapéutica de las aguas minerales.—Señor Rodríguez Pinilla.

Conclusiones: Que hay que reivindicar para la Terapéutica, para la Clínica, las bases para la clasificación de las aguas mine-ro-medicinales, toda vez que la Química moderna no puede por hoy (época de crisis) darnos la clasificación que le pedimos.

*
* *

Tratamiento hidromineral de la sífilis.—Señor Pintos Reino.

Conclusiones: 1.^a Las aguas naturo-medicinales no curan la sífilis, pero ayudan eficazmente á su tratamiento específico.

2.^a Se impone el tratamiento hidromineral, alternando con el específico, en sífilíticos, escrofulosos, reumáticos, neuróticos y muy debilitados. En los casos de sífilis maligna precoz, redicivante y de procesos para sífilíticos para el tratamiento específico in-

tensivo. Y finalmente, en los casos de falta de adaptación al tratamiento ordinario.

3.^a Es el tratamiento directo más eficaz del hidrargirismo.

4.^a En los primeros casos, se usarán las aguas y procederes balneológicos apropiados al terreno en que se desarrolla la sífilis, prescindiendo de esta enfermedad, y en el segundo y tercer grupo de casos, se emplearán especialmente las aguas clorurado-sódicas sulfurosas y sulfurosas sulfhídricas de alta termalidad, que radiquen en clima templado y uniforme.

Revista de revistas

por A. DEL CAÑIZO.

Catedrático.

La fibrolisina como tratamiento de la obesidad, por el doctor A. Riedel. (Del *Munchener Medizch Woch*).

Las numerosas inyecciones de fibrolisina que el autor del artículo ha tenido necesidad de practicar, principalmente en padecimientos quirúrgicos, le han conducido al interesante descubrimiento de que este medio terapéutico obra de manera muy favorable sobre la obesidad, y hasta llega á ser un medio curativo de la misma.

El articulista refiere dos casos muy interesantes, y cuyo resumen hacemos á continuación:

El primero concierne á una molinera de 41 años, cuya obesidad era tan excesiva, que no solamente la dificultaba para los más sencillos quehaceres domésticos, sino que llegaba al extremo de hacerle la vida insoportable.

Para combatir una anquilosis del hombro izquierdo, ocurrida á consecuencia de un grave traumatismo, empezaron á usar las inyecciones de fibrolisina, observándose en la enferma un ligero adelgazamiento que fué acentuándose á medida que se continuaba con el uso de las citadas inyecciones.

El peso disminuía á razón de dos libras por semana, aproximadamente, siendo de anotar que la enferma no estuvo sometida á dieta especial ni á ninguna otra medida terapéutica; no experi-

mentó molestia ni accidente alguno desagradable; perdió en total 26 libras de peso, experimentando al mismo tiempo un considerable alivio moral y material.

En tal estado se conserva desde hace dos años

El segundo caso se refiere á una muchacha de 17 años, que ingresó en el Hospital por los vómitos y molestias de un embarazo incipiente. A su entrada presentaba los rasgos de una exagerada obesidad, siendo su peso de 137 libras.;

Recordando el caso anterior, se comenzó el tratamiento de la fibrosilina, viéndose aparecer una rápida disminución del peso que en la primera semana disminuyó 4 libras, 50 gramos, y después 2 libras semanalmente, así que desde el 20 de Enero al 20 de Febrero, había disminuído en total 11 libras; en este punto se suspendió el tratamiento en atención al estado gravísimo de la paciente.

Tampoco se presentaron en este caso fenómenos desagradables; experimentando la enferma un notable bienestar.

Nada más que estos dos casos refiere el autor, pero sus resultados son tan notorios, que deben servir de imitación á los médicos para que pongan en práctica el tratamiento indicado, el cual por su sencillez, es accesible á todos y no ofrece la pesadez, dificultades y peligros que los demás remedios usados hasta el presente para el tratamiento de la obesidad.

Solo el resultado de ulteriores observaciones, podrá decidir definitivamente sobre las ventajas positivas del indicado procedimiento.

La sífilis d' emblee y la sífilis profesional de los médicos, por el profesor Ludwig y Waelsch, (de Praga).

Con el nombre de sífilis d' emblee ó también sífilis criptógena (Bolck-Muller), designamos aquellos peculiares casos de sífilis general, los cuales se desarrollan sin precedente manifestación primaria.

La sífilis d' emblee es aceptada por una parte de los sífiliógrafos, para los cuales puede faltar el afecto primario, por ejemplo, en casos de heridas, en las que el virus sífilítico va depositado en la profundidad de los tegidos ó alcance directamente las vías linfáticas ó sanguíneas, sin dejar sus huellas en el punto de inoculación.

Otros autores, por el contrario combaten este concepto; para ellos toda sífilis va precedida de su afecto primario, desarrollada en el punto de entrada, siquiera pueda afectar diferentes formas.

El mismo articulista creía hasta hace poco tiempo, que no existía una sífilis d' emblee y que los casos así registrados, eran hijos de una deficiente observación. No obstante las observaciones de estos últimos años, le han hecho cambiar de opinión, así que ya no niega la posibilidad de una sífilis d' emblee, lo cual hacen otros autores de una manera terminante, por ejemplo, Dühring, para el cual una sífilis d' emblee no existe.

Esta nueva creencia del autor, se funda principalmente en casos de sífilis de médicos, adquirida en el ejercicio de su profesión, y demuestra las estrechas relaciones de la sífilis d' emblee y la sífilis profesional.

El caso primero se refiere á un médico, el cual había enfermado algunos días antes, con alta fiebre, malestar, dolores de cabeza y una muy fuerte angina. Las amígdalas estaban fuertemente hinchadas y recubiertas de pérdidas de substancia en su superficie; ésta imágen no permitía ningún diagnóstico seguro, pero así que el enfermo se hubo desnudado, apareció en el tronco una extensa sífilide macculo-papulosa, con moderados infartos ganglionares generalizados. Huella de afecto primario no se encontraba por ninguna parte, ni pudo presumirse el medio por el cual había sido contagiado.

El especialista, autor del artículo, consideró el caso como una sífilis, cuyo afecto primario había pasado desapercibido; solo cuando dos años más tarde, observó otro caso semejante, pensó que pudiera tratarse de la sífilis d' emblee.

El segundo caso comenzó de una manera muy análoga: se trataba de un estudiante que enfermó con fiebre, dolor de cabeza, malestar general y ligera angina, tiene además en todo el cuerpo un exantema de pequeñas manchas. Por estos síntomas que para algunos fueron sospechosos de sarampión, y para otros de sífilis, consultó con el especialista, que confirmó el diagnóstico luético.

El enfermo quedó extraordinariamente sorprendido de tal diagnóstico, pues del último, coito había pasado algunos meses y él había vigilado siempre con escrupuloso cuidado sus órganos ge-

nitales, sin haber hallado nunca en ellos, la más insignificante lesión.

El caso tercero, concierne á un médico que desde algunos meses antes se sentía desmadejado y flojo, sin poder decirse completamente enfermo. Sintió después dolores en el ano y creyó hallarse afecto de hemorroides. Algún tiempo después le apareció una úlcera en el labio inferior y un exantema en el tronco, que el colega que le asistía, sospechó pudiera ser sifilítico. El especialista confirmó éste diagnóstico, encontrando en el enfermo todos los caracteres de la infección sifilítica.

El paciente, que se dedicaba á la especialidad de Ginecología y Obstetricia, y que por esta razón tenía grandes probabilidades de contacto con sífilides, aseguraba no obstante, que nunca, pero especialmente en los últimos meses, había observado ningún panadizo, ni ulceración en sus dedos, que le hubiera podido parecer sospechosa; hacía un año y tres meses que estaba casado, y su señora había dado á luz hacía cuatro meses un niño sano.

El caso cuarto despierta todavía mayor interés: á mediados de Junio de 1907, consulta con el articulista otro médico, el cual hace algunos días que ha visto aparecer en su cuerpo un exantema sospechoso. Existía además una fuerte esclerosis ganglionar, sobre todo en los axilares y cubitales derechos. El especialista confirmó el diagnóstico de sífilis. La anamnesis dió los siguientes resultados: A fines de Marzo de 1907, operaba este médico un parafimosis en un sugeto sifilítico. Después de hecha la sección, quiso dar unos puntos de sutura, y al tratar de abrir un frasquito de cristal que contenía la seda, éste se rompió entre sus ensangrentadas manos y un trocito de vidrio le hizo una pequeña herida incisa, como de dos centímetros en el dedo índice de la mano derecha. Lavó enseguida aquella herida con alcohol, la cauterizó enérgicamente con nitrato de plata, y después de vendar cuidadosamente el dedo, terminó la operación del parafimosis.

La herida curó rápidamente, y una vez desprendida la escara producida por la cauterización, quedó en el dedo una pequeña cicatriz lineal y rogiza. Claramente se comprende que durante las siguientes semanas, el médico contemplase con desconfianza y temor aquella cicatriz de su dedo, pero ya que no aparecieron en ella ninguna particularidad sospechosa, acabó por darlo al olvido. Dos

meses y medio después y sintiéndose ya enfermo, al cambiarse de ropa blanca, notó en su cuerpo el exantema, que le condujo á consultar con el especialista.

Esta observación prueba casi con la exactitud de un experimento que el virus sifilítico puede penetrar en nuestro organismo, sin dejar *necesariamente* manifestación primaria en el punto de inoculación. El virus pudo ser depositado en los tegidos profundos de la herida, y desde ellos alcanzar el camino sanguíneo ó linfático.

Todos estos casos parecen hablar á favor de la sífilis d' emblee; el caso de Julians es aún más expresivo:

Un operador y su ayudante, operando á un sugeto sifilítico, se pinchan ambos en el dedo con un trozo de aguja. A los 26 días enferma el operador con alta fiebre, ulceración superficial y nada expresiva en el dedo del pinchazo y síntomas de sífilis general. A los 30 días enferma el ayudante con sífilis generalizada, pero absolutamente *ninguna manifestación* en el dedo herido.

Todos estos hechos tienen indudablemente mayor valor, por haber recaído en médicos que se han observado con toda escrupulosidad, y á pesar de ello no han apreciado manifestación alguna en el punto de inoculación. Esto demuestra la estrecha conexión que á juicio del articulista existe entre la sífilis d' emblee y la sífilis profesional, cuyo tema constituye la segunda parte de su interesante artículo.

El contagio profesional del médico, es por desgracia muy frecuente. Según la práctica del autor, el 50 por 100 de las infecciones extragenitales, lo constituyen la sífilis profesional del médico. El contagio ocurre de manera muy predominante en el dedo y más raramente en el brazo ó en la cara; (Fournier, Montgomery y Blaschko), generalmente es adquirido en intervenciones quirúrgicas. Muchas veces la manifestación primera consiste en uñeros, un panadizo ó una ulcerita tórpida y poco expresiva en el punto de inoculación; al panadizo suele acompañar linfagitis y adenitis dolorosa, la que deja como rastro una esclero-adenitis en la axila y cúbito.

El curso ulterior de la enfermedad es el mismo de cualquier infección sifilítica; el articulista dice que generalmente no ha observado formas graves, pero sí que el conocimiento de la clase de

enfermedad produce su verdadero schok psíquico, sobre todo en los casados.

¿Cómo puede evitar el médico este contagio profesional?

De la obliteración del fondo de saco de Douglas en el tratamiento de algunos prolapsos uterinos, por G. Marión.

En el número tercero del presente año de la «Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale», se ocupa Marión de un nuevo procedimiento operatorio para tratar ciertos prolapsos uterinos.

El primer caso que trató y que le sugirió el procedimiento hace cinco años, se refiere á una mujer virgen de 19 que presentaba un prolapso de la pared vaginal posterior, con retroversión y descenso del útero. Pensando hacer una histeropexia abdominal, la laparotomizó, pero sorprendido al ver la profundidad normal y excesiva del fondo de saco de Douglas, se le ocurrió que la causa del prolapso era este caso su profundidad anormal.

Por lo tanto decidió obliterarlo y lo practicó suturando en bolsa de tabaco, el peritoneo de la pared vaginal posterior, con el lateral pélvico y el de la cara anterior del recto; colocó así tres ó cuatro suturas, separadas cada una por un centímetro próximamente y terminó la operación con un acortamiento de los ligamentos redondos. La enferma fué vista á los cuatro años, y aunque estaba casada, la curación se había mantenido perfectamente.

Después ha practicado la misma operación un pequeño número de veces; pero tienen todavía estos casos poco tiempo de observación para que se pueda hacer un juicio definitivo. (Dos que he vuelto á ver después de ocho y cinco meses respectivamente, sin recidiva).

En resumen, el autor estima que la operación puede aplicarse en los casos siguientes:

1.º En los de prolapsos de las vírgenes, favorecidas por la profundidad del Douglas y para los cuales no se vé bien la manera de combatirlos.

2.º En aquellos prolapsos que por una lesión cualquiera necesitan una laparotomía. Puede constituir entonces la obliteración un preciso tiempo adyuvante.

3.º En los prolapsos recidivados, operados antes por los procedimientos clásicos.

Sección de consultas

¿QUÈ ES ESTO?

CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Sr. Redactor-Jefe de la «Revista Médica Salmantina»:

Muy Sr. mío: puesto que abren ustedes una sección de consultas *gratis et amore* (nunca mejor esta frase), ahí va una para que me contesten:

¿Qué haré yo con una joven soltera, de 24 años de edad, que no tiene como antecedentes mas que el de habersele muerto una hermana tuberculosa, y tener un hermano hiperclorhídrico y que sufre de menorragias y metrorragias?

Me explicaré:

Esta joven, hace cinco años no tenía más que profusas menorragias con dolores. Pero á poco se alcanzaron unos flujos con otros y se constituyó la metrorragia, sin leucorrea.

La he diagnosticado de metritis de las solteras y la he practicado curas locales con tigenol y glicerina, pero no se consigue nada.

Y francamente, me duele aconsejarla otras cosas como el *raclaje*, por ejemplo, que en una soltera es árduo.

Espero pues, sus consejos.

* * *

La pregunta comunicada por el consultante X, no se puede contestar categóricamente por faltar algunos datos de exploración; es necesario saber si hay aumento de volumen del útero ó alguna tumoración anexial ó uterina para excluir la idea de fibromioma ó quizá lesión tuberculosa de anejos, que entre otras acuden á la razón; pero suponiendo que no existe nada de eso y que no hay tampoco desviación (retroflexión, por ejemplo) se puede ensayar ya que el comunicante quiere prescindir del raspado, que es lo que

yo haría en tal caso—por no creerlo tan árduo—se puede ensayar, digo, la dilatación en una sesión con las bujías Hegar, inyección intrauterina de percloruro de hierro y descanso de diez días, haciendo después una irrigación vaginal todos los días de seis litros de agua hervida y bien caliente (todo lo que resista la enferma). Estas inyecciones deben durar dos meses sin hacer más tratamiento local. Si acaso se puede administrar durante la época menstrual unas gotas (30 en dos veces) de Hammamelis virgínica é Hirtual canadensis

Y sobre todo insistir en la exploración bimanual, por si hay algo más que *metritis*.—*Dr. Rodríguez Mata.*

La viruela en Salamanca

De los datos oficiales que se nos facilitan respecto á la epidemia variolosa en nuestra capital, resulta que ha habido los siguientes enfermos, según los datos de morbilidad facilitados por los médicos con ejercicio en esta:

Mes de Septiembre, 21; mes de Octubre, 31; muertos, tres en ambos meses.

Mes de Noviembre 33 casos, según los partes sanitarios; muertos dos.

Resulta, por lo tanto, que en un trimestre han existido 85 casos de viruelas, que representan tres invasiones por cada mil habitantes, con una mortalidad de 0'178 por mil habitantes.

—Se ha revacunado todo el personal de guardias municipales y resguardo.

—Se ha exigido el oportuno certificado de vacunación y revacunación de cuantos niños concurren á las escuelas públicas.

—Se practican las desinfecciones oportunas en las casas en que se dan casos de viruela, por medio del sulfurador Geneste, modelo de la casa Averly, de Zaragoza, adquirido por el Ayuntamiento en Octubre último.

—Por el señor Inspector provincial de Sanidad, se ha vacunado todo el personal de las fuerzas de vigilancia y seguridad y familias de las mismos.

MINISTERIO DE LA

RECTIFICACIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE
PROVINCIA DE

GOBERNACION

LAS PLAZAS DE MÉDICOS TITULARES (1)

PUEBLO, Ó AGRUPACION DE PUEBLOS QUE DEBE CONSTITUIR LA TITULAR	Número de Médicos Titulares		QUIEN DESEMPEÑA ACTUALMENTE LA TITULAR		Censo de la población		Núm. de familias pobres		Cuantía del presupuesto municipal	Sueldo de la Titular		Dotación total con las iguales ó retribución profesional	Distancia que hay que recorrer en kmtrs. para visitar la titular	TOPOGRAFIA DE LA TITULAR	Categoría que corresponde a la titular.	
	Que hay	Que debe haber	APELLIDOS	NOMBRES	Oficial	Real	Que hay	Que debe haber	Pesetas	Que tiene	Que debe tener	Ptas.	Ptas.	Ptas.		
PARTIDO DE SALAMANCA																
Arapiles con las Torres, Miranda de Azán y Carbajosa de la Sagrada.....	1	1	Mediano Hernández...	Matias.....	1348	1350	45	"	11.119'00	450	1.500	3.250	18	Llana.	3. ^a	
Barbadillo con Castrejón, S. Benito, Moñovela, Valverde y Gejo.....	1	1	Alonso Periañez.....	Emilio.....	1347	1338	25	"	5.695'00	250	1.000	3.000	12	Montañosa.	4. ^a	
Calbarrasa de Abajo.....	1	1	López Gonzálcz.....	Juan.....	714	772	20	"	4.472'00	250	1.000	2.000	"	Llana.	4. ^a	
Pelabravos.....	1	1	López Gonzálcz.....	Juan.....	312	399	4	"	3.035'00	75	1.000	2.000	"	Llana.	4. ^a	
Calbarrasa de Arriba.....	1	1	Martín García.....	Ulpiano.....	529	530	13	"	5.579'00	250	1.000	2.000	9	Accidentada.	4. ^a	
Santa Marta.....	1	1	Martín García.....	Ulpiano.....	177	177	4	"	1.912'00	50	1.000	2.000	9	Accidentada.	4. ^a	
Carrascal del Obispo con Berrocal de Huebra y Sanchón de la Sagrada.....	1	1	Andrés Hernández....	Juan.....	1447	1447	49	"	8.670'00	550	1.000	3.650	3 á 7	Montañosa.	4. ^a	
Castellanos de Moriscos.....	1	1	Andrés Hernández....	Juan.....	507	507	6	"	3.436'00	100	750	1.500	4	Idem.	5. ^a	
Moriscos.....	1	1	Daniel Carbayo.....	Rafaél.....	308	308	15	"	2.086'00	500	1.000	2.500	9	"	4. ^a	
San Cristóbal.....	1	1	Daniel Carbayo.....	Rafaél.....	1374	346	31	"	2.341'00	1175	1.500	5.000	20	Llana.	3. ^a	
Cabrerizos.....	1	1	Daniel Carbayo.....	Rafaél.....	281	281	5	"	2.297'00	35	1.000	3.600	5	Idem.	4. ^a	
Aldealengua.....	1	1	Daniel Carbayo.....	Rafaél.....	230	230	8	"	2.744'00	375	750	2.500	3	Idem.	5. ^a	
Doñinos.....	1	1	Sánchez Tapia.....	Tomás.....	546	479	6	"	3.945'00	100	750	1.500	4	Idem.	5. ^a	
Aldeatejada.....	1	1	Sánchez Tapia.....	Tomás.....	313	289	15	"	4.000'00	500	1.000	2.500	9	"	4. ^a	
Florida de Liébana.....	1	1	Hernández Ballesteros	Juan Antonio.	680	649	10	"	3.000'00	75	1.000	3.000	3 á 8	Idem.	4. ^a	
El Pino ..	1	1	Hernández Ballesteros	Juan Antonio.	350	350	5	"	6.000'00	35	1.000	3.600	5	Idem.	4. ^a	
Forfoleda.....	1	1	Romero Tapia.....	Juan.....	450	450	35	"	7.296'00	500	1.000	3.600	5	Idem.	4. ^a	
Torresmenudas.....	1	1	Romero Tapia.....	Juan.....	430	430	10	"	3.100'00	100	1.000	2.500	3	Idem.	5. ^a	
Aldearrodrigo.....	1	1	Romero Tapia.....	Juan.....	390	390	8	"	3.046'00	375	750	2.500	3	Idem.	5. ^a	
Gomecello.....	1	1	Sesma.....	Cándido.....	446	446	60	"	11.606'00	990 00	1.000	4.000	"	Accidentada.	4. ^a	
Machacón con Francos y Villagonzalo con Carpio.....	"	1	Sesma.....	Cándido.....	846	"	28	"	3.062'97	1264	1.000	4.000	2	Llana.	4. ^a	
Matilla de los Caños.....	1	1	González Rodríguez...	Benito.....	270	1270	8	"	3.222'50	75	1.000	3.000	3 á 8	Idem.	4. ^a	
Morales.....	1	1	García Moreno.....	Casiano.....	150	"	2	"	"	"	1.000	"	"	"	4. ^a	
Moratejado.....	1	1	García Moreno.....	Casiano.....	576	576	15	"	3.000'00	125	1.000	3.000	3 á 8	Idem.	4. ^a	
Parada de Arriba.....	1	1	Martín Morán.....	José.....	347	347	2	"	"	"	1.000	"	"	"	4. ^a	
Carrascal de Barregas.....	1	1	Martín Morán.....	José.....	514	"	"	"	"	"	1.000	"	"	"	4. ^a	
Robliza de Cojos.....	1	1	Martín Morán.....	José.....	440	"	"	"	"	"	1.000	"	"	"	4. ^a	
Villalba de los Llanos.....	"	1	Vacante.....	"	897	"	"	"	"	"	1.000	"	"	"	4. ^a	
Topas y cinco caseríos.....	"	1	Vacante.....	"	055	897	50	"	10.000'00	995	1.000	2.250	5	Idem.	4. ^a	
San Pedro de Rozados y sus agregados.....	1	1	Santos Mangas.....	Alfredo.....	855	1000	20	"	3.834'00	375	750	3.000	8	"	3. ^a	
Veguillas (las) y sus agregados.	1	1	Cuevas Arebal.....	Roberto.....	082	"	30	"	8.350'00	500	1.500	4.500	6	"	5. ^a	
Vellés (la).....	1	1	Cuevas Arebal.....	Roberto.....	419	"	10	"	3.000'00	200	1.500	4.500	6	Idem.	5. ^a	
Pedrosillo el Ralo.....	1	1	Almaráz Sánchez.....	José P.....	388	"	10	"	3.000'00	250	1.500	4.500	6	Idem.	5. ^a	
Arcediano.....	1	1	Almaráz Sánchez.....	José P.....	388	"	10	"	3.000'00	250	1.500	4.500	6	Idem.	5. ^a	

(Se continuará)

(1) Gaceta del 29 de Noviembre.

Cátedras en Salamanca

He aquí la lista de los opositores que tienen firmadas las oposiciones á las cátedras vacantes en nuestra Facultad de Medicina:

Anatomía topográfica, de Salamanca y Cádiz.—Señores don José Ibañez, Francisco Marengo, Juan José González, Enrique Alcina, Francisco Romero, Jerónimo Ceballos é Isidoro Rodríguez.

Ginecología, de Salamanca.—Señores don José Carlos Herrera, Manuel de Pinto, José M. Casado, Tomás Rodríguez, Clodoaldo García, Dacio Crespo, Francisco Díez, Casimiro Población, Francisco Terrades, Vicente Pallarés, Alejandro Rodríguez, Víctor Hueso, José Morales, José Muñóz, José Vilaplana, Salvador Jiménez, Enrique Alcina, Manuel Villar, Juan Vicente Tapia, Ricardo Becerro, Miguel Marti, Teodoro M. Fernández, Julio Villar, Angel Enciso, José M. Casado, José Garrote, Baudilio Guilera, Enrique Muñóz, Adolfo Pujol, José Jiménez, Emilio Ardevol y Pedro Nubiala. Total: 33.

Patología general, de Salamanca.—Señores don Juan Campos, Salustiano Martínez, Fernando Rodríguez y Víctor G. Ferreira.

VACANTES

La de Médico titular de Boadilla del Camino (Palencia), con el haber anual de 750 pesetas por asistencia de 20 familias pobres, pudiendo contratar con el vecindario pudiente su asistencia, la que produce al año 200 fanegas de trigo próximamente. Las solicitudes, al Alcalde hasta el 20 de Diciembre.

—La de ídem ídem de Lillo (León), con 999 pesetas anuales por asistencia de 40 familias pobres y reconocimientos de Quintas. Este partido médico lo constituyen siete pueblos que componen el Ayuntamiento, y de las contratas con el vecindario puede sacarse un rendimiento de 2.500 pesetas por término medio. Las solicitudes al Alcalde hasta el 24 de Diciembre.

—La de ídem ídem de Baztán (Navarra) compuesto de los pueblos de Arizam y Azpilicueta, del valle de Baztán y la Villa de Maya,

con el sueldo anual de 300 pesetas por asistencia de 30 familias pobres en los dos primeros pueblos y 100 por la asistencia de 10 familias pobres para la citada villa, mas la iguala con los vecinos acomodados del partido. Las solicitudes al Alcalde hasta el 26 de Diciembre.

—La ídem ídem de Pelayo y Fenzuela (Segovia), con 75 pesetas anuales por asistencia de 3 familias pobres y casos de oficio. Las solicitudes al Alcalde hasta el 26 de Diciembre.

—La ídem ídem de Cheles (Badajóz) con el sueldo anual de 1.000 pesetas por asistencia á 80 familias pobres y á la fuerza de la Guardia civil de aquél puesto. Las solicitudes hasta el 26 de Diciembre,

—La de ídem ídem de Berbegal (Huesca) con la dotación anual de 1,000 pesetas. El agraciado contrata las igualas particulares con los vecinos, que ascenderán á 2.500 pesetas, teniendo además los pueblos de Ilche, que dá sobre 2 calices de trigo; Fornillos, otros 9; Morilla, 12, y Lagunarrota, 22; con 100 pesetas las Casas de Odina, y las titulares de dichos ayuntamientos de Ilche y Lagunarrota con 100 cada uno, viniendo á reunir anualmente sobre 4.800 pesetas. Las solicitudes al Alcalde hasta el 26 de Octubre.

—La de ídem ídem de Magaz (Palencia), dotada con 750 pesetas anuales por asistencia de 20 familias pobres. Las solicitudes al Alcalde hasta el 29 de Diciembre.

—En cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 28 del Reglamento de baños y aguas minero-medicinales, se anuncia como vacante la plaza de médico Director: en propiedad, del balneario de La Aliseda (Jaén) por fallecimiento de don Lope Valcárcel y Vargas, que la desempeñaba, cuya plaza habrá de proveerse en el próximo concurso.

—La de Argente, Visiedo, Camañas y Lidón (Teruel) partido judicial de Montalbán; distante 20 kilómetros de Santa Eulalia, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos. Las solicitudes hasta el 20 de Diciembre al Alcalde don Rufino Benedicto.

—La de Larrabezna (Vizcaya), partido judicial de Guernica—por renuncia—. Ayuntamiento de 1.424 habitantes, compuesto de 15 pueblos. Larrabezna dista 18 kilómetros de Guernica y 4 de Lezama, la estación más próxima. Dotación anual 4.000 pesetas por la asistencia á todo el vecindario. Las solicitudes hasta el 19 de Diciembre al Alcalde don Doroteo de Alayo.

Noticias

Le ha sido otorgado, previo informe del Real Consejo de Instrucción pública, un premio de 500 pesetas, al Catedrático de

nuestra Facultad de Medicina don Hipólito Rodríguez Pinilla, re-
dactor Jefe de esta Revista.

Igual distinción ha sido concedida en la Facultad de Ciencias
al Catedrático don José Giral, y en la de Filosofía al señor Miral.

En las Facultades de Derecho se conceden premios de 1.000
pesetas á don Pedro Dorado Montero y don Francisco Bernis.

A todos estos comprofesores enviamos nuestra enhorabuena.

Movimiento demográfico de Salamanca

De MAYO á OCTUBRE
inclusivos.

	Población, 27.650.	
Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos 452
		Defunciones 477
		Matrimonios 102
Por 1.000 ha- bitantes....	Vivos.....	Natalidad. 16'33
		Mortalidad 17'25
		Nupcialidad. 3'65
Número de na- cidos... ..	Muertos....	Varones. 233
		Hembras 229
		Legítimos. 387
Número de fa- llecidos.... ..	Muertos....	Ilegítimos. 31
		Expósitos. 34
		Total. 452
		Legítimos. 20
		Ilegítimos. 4
		Expósitos. »
		Total. 24
		Varones.. 253
		Hembras. 224
		Menores de 5 años. 239
		De 5 y más años. 222
		En hospitales y casas de salud. 33
		En otros establecimientos benéficos. 185
		Total. 218

