

Revista Médica Salmantina

Año VI

MARZO DE 1910

Núm. 3

Las aguas minerales en inyecciones hipodérmicas

por el DOCTOR PINILLA

Catedrático.

Hace muchos años, cuando el distinguido hidrólogo español don Amós Calderon llevó á la Sociedad Hidrológica la idea ó la hipótesis de que el efecto de las aguas minerales se debía á la flora de las mismas—hipótesis que murió con el autor—hice yo inyecciones hipodérmicas de agua mineral, sin filtrar siquiera, puesto que yo iba a estudiar si tenían ó no efecto apreciable las aguas minerales que contenían *materia* orgánica. No obteniendo ningún resultado ni en pro ni en contra, abandoné aquellas investigaciones.

Las que emprendo ahora sugestionado por los estudios de Fleig (de Montpellier), sobre la acción de las aguas minerales en hipodermocclisis, me recuerdan la hipótesis de Calderón y mis antiguos experimentos

En el XLVº Congreso de las Sociedades científicas celebrado en Abril de 1907, presentó Fleig una comunicación en la que considerando á las aguas minerales como vectores de vida, como sueros en fin, nos indicaba la técnica de su empleo que ha rectificado y mejorado en otros escritos posteriores.

Aconseja este autor la esterilización en frío, desechando la ebullición, por ser profundamente modificadora, y prefiriendo la filtración sea con refuerzo de la aspiración ó valiéndose del aparato Chamberland, con presión débil de ácido carbónico (método Tremollieres),

que le parece mejor que interponiendo una capa de aire ó de hidrógeno que puede convenir en casos especiales (aguas sulfurosas).

Por mi parte, me he valido de la bujía Berkefeld, y creo que sin otro aditamento es suficiente para garantizar la pureza del filtrado.

Trátase, en efecto, de que el agua mineral quede privada de toda clase de corpúsculos y *flocons* de toda especie, y de que no se altere su composición, su equilibrio molecular, y entiendo que el aplicar para este objeto los rayos ultra-violetas ó el interponer gases puede modificar el poder hidrolizante de ciertas aguas y hasta sus condiciones de radio-actividad.

* * *

No me parecen—y en esto difiero de la opinión de Fleig—todas las linfas minerales apropiadas para su empleo en inyección hipodérmica. Por el contrario, opino que deben sujetarse á este procedimiento únicamente las que posean un coeficiente isotónico ó ligeramente hipotónico, respecto al que posee el suero sanguíneo, $\Delta = 0,56^\circ$, condición que garantiza el que las inyecciones no sean dolorosas y sean difusibles.

Las aguas acratotermas, oligo-metálicas, son para estos fines las más adecuadas, y lo serán tanto más, cuanto mayor número de cuerpos ionizados posean, y cuanto mayor la gama de sus compuestos químicos. Son las aguas en cuestión las que más aptitudes parecen demostrar, como modificadoras del metabolismo orgánico, sirviendo unas veces de disolventes á cuerpos en estado cristalóide que son rémora ó estímulo anormal en contacto de texturas ó campos celulares que viven en constante intercambio nutritivo, y sirviendo otras para activar la diálisis, la exósmosis celular, ó para proveer de nuevo material mineralizante á los plasmas somáticos.

No creo que las emanaciones radio-activas tengan gran cosa que hacer en los efectos de las aguas que las poseen. Recuerde el lector, y por si no lo recuerda bue-

no será traerlo á colación, que Borlow (de la comisión inglesa para el estudio del Cáncer) nos enseña (1) que el tejido hepático, el esplénico y otros, son capaces de impresionar placas fotográficas y descargar el electrómetro, que tienen propiedades radio-activas, en fin; que el doctor inglés aprovechó para producir skatogramas que prueban objetivamente estas propiedades. Y recordando esto, y sin olvidar tampoco que muchas aguas de río tienen propiedades radio-activas, convendráse conmigo que por ese camino no debe hallarse el *quid divinum* de las linfas minerales.

* * *

Al principio he inyectado dosis de diez gramos de agua mineral de Valdelazura—una nueva fuente en el mapa hidro'ológico español, analizada por los doctores de la Facultad de Ciencias de Salamanca, señores Giral y Angoso—que es un todo parecida á la de Evian de Francia. Después he inyectado 50 y 100 c. c. y por de pronto no ha tenido el enfermo ó los enfermos, ni dolor ni molestias siquiera por la punción y distensión de los tejidos.

He analizado antes y después la orina de estos enfermos; he comparado con otros análisis semejantes, hechos en enfermos que tomaron *ex ore* fuertes cantidades de igual líquido, y deduzco de todo ello:

1.º Que la hipodermocclisis con las aguas oligo-metálicas tiene igual técnica que las realizadas con los sueros artificiales.

2.º Que las aguas minerales obran por este camino, provocando efectos que para producirse mediante ingestión por vía gástrica, necesitarían triple y aun quíntuple dosis.

3.º Que la diuresis que producen es más inmediata y de ritmo más seguido que la conseguida por el método ordinario.

4.º Que de modo contrario á lo que ocurre cuando

(1) Véase *The Lancet* 16 Junio 1909.

se beben las aguas, en cuyo caso se eliminan con ritmo diferente en la posición de pie ó en cama, el agua en inyección se elimina con un ritmo distinto, sobre lo cual haré otra comunicación.

Tres casos más de cáncer tratados por la adrenalina

por el DR. LOPEZ PELAEZ.

Médico de la Horcajada (Avila).

Todos sabeis lo desagradable que es visitar cancerosos. Es tar persuadido de la ineficacia de los recursos con que contamos, y tener, sin embargo, que animar un día y otro á estos enfermos que ven con horror extenderse su lesión, es empresa ardua; y tener que oír sus quejidos y lamentos todos los días sin poder aliviarlos, llega á veces á constituir un verdadero tormento para el médico.

Me ocurría esto á mí, por hallarme á la sazón visitando tres cancerosos en esta villa (donde la enfermedad se presenta con sorprendente frecuencia) cuando en *El Siglo Médico* vi una nota tomada de *La Presse Medicale*, en la cual Robin daba cuenta de varios casos de cáncer tratados y aliviados por la adrenalina. El que padece una enfermedad incurable espera con anhelo la noticia de un remedio nuevo, le ve con alegría, le acoge con entusiasmo y con fé; hice, pues, saber á mis enfermos, buscando por lo menos el efecto moral de la noticia, lo que Robin decía, y empecé los ensayos.

He aquí las condiciones de los pacientes:

M. R., mujer de 56 años, caquéctica, morfinómana. Extenso epiteloma que interesa parte del lado izquierdo de la cara, la región paratídea, el pabellón auricular (que ha destruído, y del que queda solo el lóbulo inferior) y parte de la región mastoidea. Los destrozos hechos son tremendos, y su aspecto imponente. Sobre un fondo rojo y anfractuoso, situado en planos de profundidad variable, se ven mamelones exuberantes, conglomerados celulares, restos orgánicos, algunas veces costras, de continuo pus seroso,

abundante y fétido. Con mucha frecuencia hay hemorragia, bastando para determinarla un ligero roce al lavar ó una tracción al despegar las gasas: parece verificarse en sábana, se produce indiferentemente en cualquier punto de la superficie ulcerosa, tiñe bastante el apósito, y siempre ha sido poco abundante. Los bordes de la ulceración son muy irregulares, presentándose en algunas porciones cortados como á pico, y en otras evertidos y formando un reborde saliente en el que hay mucha tendencia á formarse costras. El conducto auditivo aparece obturado, rellenándole vegetaciones carnosas. La lesión tiene seis años de fecha, y me parece recordar que oí decir á la enferma (ya muerta hoy) que empezó por el oído externo

A. D., de 62 años, muy robusto, labrador. Presenta una ulceración cancerosa de la extensión y forma de una moneda de dos céntimos, que partiendo del surco naso-labial izquierdo, interesa parte del carrillo y del labio superior izquierdo, de bordes limpiamente cortados, no muy dolorosa y de escaso exudado, siendo este purulento casi siempre, algunas veces hemorrágico. Hay infartos ganglionares en el cuello y región sub-maxilar; el curso de la afección ha sido hasta ahora muy lento.

En el tercer caso se trataba de un epiteloma de la lengua, bien caracterizado, no muy extenso, pero acompañado ya de infartos ganglionares, muchos dolores y frecuentes y abundantes hemorragias. El enfermo era un hombre de 48 años, muy demacrado, bebedor y sifilítico.

Los tres enfermos eran vecinos de esta villa. En ninguno se hizo análisis histológico del tumor. Al hacer el diagnóstico de *cáncer*, tómase esta palabra en la acepción amplia de tumor epitelial maligno que le dá la escuela alemana.

La preparación usada fué la solución comercial, renovada frecuentemente, de adrenalina al 1 por 1.000 para barnizar una ó dos veces al día (y alguna vez en días alternos) la superficie ulcerada. En el enfermo citado en segundo lugar, sustituí á los pocos días esta fórmula por la de Compaired, ó sea: solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1 000, debilitada con solución de cloruro sódico del 1 á 5 por 1.000 haciendo cada mañana la mezcla que iba á usarse. En los tres enfermos se suprimió todo otro tratamiento y se usaron gasas sin elementos medicamentosos y algodones hidrófilos.

Los efectos observados fueron estos:

Palidecía y se isquemiaba la superficie ulcerada, prolongándose manifiestamente esta acción, por término medio, de veinte á treinta minutos, y no siendo seguida de reacción ni de fenómenos de vasodilatación apreciables; aumentaba el dolor, disminuían los exudados; la hemorragia, cuando existía, cesaba. En la enferma á que me he referido en primer lugar, después de los tres primeros días en que fué preciso calmar con inyecciones de morfina el dolor, fué éste haciéndose tolerable, acabando por ser indoloras; más aún: después de algún tiempo, parecía que con los toques el dolor se calmaba. Murió la enferma, caquéctica y demacradísima; pero juzgo que la acción del medicamento, que usó con mucha constancia hasta los últimos días de su vida durante tres meses, fué favorable.

En el caso expuesto en segundo lugar, hubo que suspender pronto el medicamento, sin que llegara á observarse influencia beneficiosa ninguna, por los dolores que así una como otra de las fórmulas mencionadas determinaban.

En el tercer enfermo se hicieron los toques durante mes y medio, repitiéndose algunos días, por dar sangre la lesión, hasta cinco veces; disminuyeron notablemente las hemorragias; mejoraron las funciones de fonación y deglución; persistió la ulceración sin extenderse sensiblemente, y el aspecto de ella mejoró de tal modo, que no solo el enfermo, sino yo mismo creí haber hallado un agente de acción realmente curativa. Perdí de vista por entonces al enfermo; pero algún tiempo después supe que desgraciadamente seguía agravándose de su afección, á pesar de que había vuelto á usar la adrenalina, de la que había prescindido algún tiempo.

Y casi nada más. Acaso con lo expuesto debiera terminar, limitándome á consignar los hechos, sin entrar, por el escaso número de las observaciones recogidas y la forma en que están hechas, en el resbaladizo terreno de las deducciones Vayan, sin embargo, á modo de conclusiones, á las que yo mismo doy poco valor, ligeras reflexiones.

Varias razones teóricas se me ocurrieron como objeciones antes de empezar á usar el medicamento: la acción vasodilatadora de la adrenalina, que tan marcada es siempre y tan de cerca sigue á su acción vasoconstrictora, ¿no vendría á aumentar el

mismo elemento fluxionario, congestivo ó hemorrágico que teníamos á combatir? ¿No avivaría la marcha de la lesión el someterla á estas alternativas de isquemia y de vasodilatación consecutiva? ¿Obedecerían siquiera á la acción del remedio los elementos muscular y nervioso de aquellas tunicas vasculares casi destruidas? Necesité invocar la autoridad de Robin y de otros autores (pues bien conozco los entusiasmos de los oto rino-laringólogos respecto á este punto) para decidirme á prescindir de esto que me parecían contraindicaciones. Confirman mis observaciones, que no son de temer los fenómenos de vasodilatación, que no se agudiza de manera ninguna la marcha del proceso, y que obedecen también los vasos á la acción del medicamento, que con seguridad se puede (repitiendo los toques con más frecuencia que yo lo hice) hacer evolucionar á la neoplasia, durante algún tiempo por lo menos, en un estado de verdadera isquemia. Precisamente de este hecho parece que es de lo que más partido se prometen sacar algunos investigadores. En la forma como he usado yo el medicamento no existe, como es lógico, con este concepto relación ninguna.

Otra deducción que parece desprenderse de mis observaciones es que la acción del medicamento se prolonga durante bastante tiempo (hasta cerca de tres meses en la primera enferma); pero que llega una época (como pasó en el último enfermo) en que deja de tener acción: consecuencia de esto es la limitación de su empleo, y que sea útil únicamente en cierta etapa del proceso.

Otra observación que creo realmente de algún peso y de indudable transcendencia clínica: En el enfermo en que tuve que suspender el uso de la adrenalina se trataba de una de esas formas, tan frecuentes, en que la úlcera se presenta con cierta sequedad; ¿puede deducirse de aquí su contraindicación en estas formas, reservándola, en cambio, para los casos en que son abundantes los exudados? Barrunto que hay algo de positivo en esto, y en este sentido es en el que pienso dirigir realmente mis ulteriores ensayos.

NOTAS CLINICAS.*Un caso clínico raro*por D. Anselmo Paniagua y D. Francisco Díez.

El tratarse de un caso que ha llamado poderosamente mi atención por su rareza extrema de frecuencia y contribuir por tanto con su publicación á aumentar, con otro más, el exiguo número de los hasta ahora consignados en los anales de la ciencia, he ahí las razones que me han impulsado á hacer una historia breve del mismo, pues que efectivamente en la actualidad solo hay observados, según la autorizada palabra de cirujanos tan eminentes como Von Bergmann, de Berlín y Kröolein, de Zurich, 18 pneumatoceles occipitales y 9 sincipitales (Von Helly), que suman un total de 27 casos en la literatura médica general.

La historia clínica de nuestro caso, es en pocas palabras la siguiente:

C. S., de 39 años, temperamento sanguíneo y robusta constitución, de oficio labrador, ha observado siempre un régimen de vida bueno y gozado habitualmente de cabal salud, pues aparte de las enfermedades propias de la infancia, y de las cuales no conserva más que remoto recuerdo, dice no haber padecido ni en su adolescencia ni virilidad dolencia alguna, incluso las de naturaleza lúética, que con insistencia hemos preguntado.

En sus antecedentes familiares no hay digno de particular mención por las consideraciones que al hablar de patogenia haremos: más que una hermana que presenta una asimetría lingual congénita y bien manifiesta sin que por otra parte dicho vicio de conformación dificulte en lo más mínimo el funcional desempeño fisiológico de este órgano.

Hace tres meses próximamente tuvo nuestro enfermo un fuerte catarro bronquial acompañado de tos intensa y pertinaz, con zumbidos y alguna torpeza auditiva en el oído izquierdo á pesar de lo cual no guardó cama y transcurrido algún poco tiempo notó él mismo según su expresión, como un bulto ó tumorcito del cual no se había apercibido antes por no haber tenido dolores ni molestia alguna y situado detrás de la oreja izquierda y que comprimiéndole desaparecía hundiéndose su contenido en el interior de

la cavidad craneal yendo esto acompañado de cierto ruido especial perceptible al oído del enfermo que llamando su atención fué causa de venir á consultarme.

Le reconocí y pude apreciar que efectivamente existía un tumor pequeño, del volumen de una avellana, indoloro por completo, de superficie perfectamente lisa, regular y circunscrita, notándose á la presión ligera sensación de elasticidad y graduando ésta el tumor desaparecía totalmente percibiéndose al así hacerlo tanto al tacto como al oído una especie de crepitación pergaminosa; una vez reducido se notaba al tacto alguna rugosidad en los huesos correspondientes, así como un orificio que por su situación topográfica correspondía al punto de unión de la apofisis mastoideas con el occipital, sitio preciso por el que se inició el tumor. Dicho tumor aumentaba de volumen así como la tensión de su contenido al inclinar el paciente la cabeza del lado correspondiente, así como con cualquier esfuerzo espiratorio y muy particularmente si teniendo el paciente cerrada la boca y tapadas las narices, ejecutaba un movimiento de deglución como para tragar saliva (experimento de Politzer). En el transcurso de un mes, el tumor había aumentado de tamaño hasta alcanzar el volumen de una nuez, viéndose claramente su tendencia á extenderse é invadir las partes supra yacentes al orificio mencionado; se me ocurrió entonces percutirle, y obtuve un sonido timpánico muy parecido al que resultaría al así hacerlo, sobre una pequeña vejiga llena de aire. Por lo demás, los tegumentos que cubrían al tumor, presentaban en todos sus caracteres normales.

En virtud de todos estos síntomas, y muy singularmente de los obtenidos por la percusión que considero casi patognomónicos, diagnosticué con plena certeza el caso de Pneumatocele craneal (témpero-occipital por su situación), afección encontrada con gran sorpresa por primera vez por Denonvilliers en su clínica de la Caridad; su interno Luís Thomas (de Tours), estudió este curioso caso, sirviéndole de tema para su tesis inaugural en 1865.

Creo que no presentándose nuestro caso á confusión de ninguna clase, el diagnóstico diferencial huelga por importuno é impropcedente, máxime habiendo sido comprobado hasta la evidencia en el acto operatorio, que fué practicado hábilmente por un ilustrado colega, el doctor Francisco Díez, ayudado por mí.

Los datos anatomo patológicos, que durante la ejecución del

mismo pudimos apreciar de visu, fueron los siguientes: El perioticsio estaba desprendido de la superficie de los huesos por la colección gaseosa, incindido que fué, se vieron rugosidades en aquella superficie ósea, así desprovista de su medio de nutrición ordinario; aparte de esto, los huesos que pudimos apreciar por sus caracteres macroscópicos, nos parecieron estar completamente sanos, y por último pudimos ver y tactar un orificio óseo irregular, ó mejor dicho, una verdadera hendidura mastoideo-occipital, debida á la inclusión en el curso del desarrollo embriogénico de la fisura del mismo nombre.

Voy á ocuparme por último de la patogénia del caso, objeto de esta historia.

Esta patogénia es la general de sus congéneres con alguna diferencia ligera, más bien de detalle, siendo en mi concepto la siguiente: El aire atmosférico y por consiguiente el contenido de la cavidad naso faríngea, penetrando con alguna violencia, merced á los esfuerzos espiratorios de la tos en la trompa de Eustáquio, y franqueándola ha avanzado por este conducto hasta la caja timpánica, determinando su confinamiento con alguna presión en esta cavidad, las molestias subjetivas consistentes en zumbidos y ligera torpeza auditiva observadas en nuestro enfermo; si se tiene en cuenta la amplia vía establecida por el dilatado orificio que en el adulto pone comunicación al oído medio con el interior de la apófisis mastoides hueca, ó por mejor decir, constituida por una porción de celdillas óseas en comunicación recíproca y con la caja del tímpano y revestidas por una mucosa continuación directa de la de esta cavidad, no nos será difícil concebir que dicho aire ha llegado por último á las cavidades mastoideas, desde las cuales, y por mediación de la abierta fisura mastoideo occipital al escaparse ó salir por ésta, despegando el pericráneo que á modo de puente en este caso, pasa de la mastoideas al occipital, se ha ido coleccionando ó formando foco que por la poca densidad del fluido aéreo, tiende á dirigirse á las partes superiores, quedando por tanto en un plano inferior la fisura, ó sea su puerta de salida.

No es por otra parte ninguna rareza embriogénica, el hecho de quedar total ó parcialmente abierta la mencionada fisura, y en mi enfermo puedo desde luego así admitirlo: 1.º, por la ausencia completa de traumatismo exterior de ninguna especie que haya actuado sobre el cráneo; 2.º, porque como ya llevo indicado, los

huesos parecieron completamente sanos al nivel de la fisura y no hay por otra parte antecedente sospechoso, ni tuberculoso ni sifilítico que pudiera explicarnos pérdida de sustancia ósea semejante, y 3.º, el hecho de presentar una hermana suya otro vicio de conformación congénito ó sea asimetría en las dos mitades de la lengua.

Paniagua

Por la curiosidad del caso, el ser observado en circunstancias verdaderamente excepcionales por los más competentes cirujanos y el ofrecimiento de colaborar esta vez con el ilustrado compañero de Villamayor, es por lo que llenaré algunas cuartillas, haciendo resaltar los puntos más culminantes del acto operatorio ya que de historia no he de añadir absolutamente nada á lo manifestado en las notas anteriores.

Al presentarse en mi consulta el señor Paniagua me manifiesta, ¡una rareza clínica le presento para que intervengamos si es así su parecer!; observé atentamente el caso y forgé la patogenia; aumento de presión en las cavidades pneumáticas de la mastoidea por espiraciones bruscas y repetidas, escape subperióstico del aire, ya por algún orificio nutricio ó nervioso, bien por rotura de alguna celdilla ó por no haber llegado á soldarse la cisura mastoidea, coleccionándose éste subperióticamente, inmediatamente detrás de la *zona cribosa retro-meática* y produciendo la afección que se bautiza con el nombre de pneumatocele en los anales quirúrgicos; enfermedad que tiene como característica sintomatológica la crepitación reductibilidad y timpanismo de la tumoración, siendo un dato muy preciso para el diagnóstico absoluto la forma de aparecer este abultamiento.

Las preocupaciones del enfermo nos obliga á intervenir, la operación es sencilla y la practicamos en el mismo despacho, previos los cuidados oportunos de asepsia y anestesia local á la estovaina, siguiendo el método que aconseja Reclus en sus lecciones clínicas de la Charité, y que en tantas ocasiones pude presenciar al verle practicar operaciones de gran duración, con ausencia total del dolor. Una incisión vertical en el vértice de la tumoración con suficiente longitud, fué practicada, incidimos profundamente hasta llegar al hueso, notando que existía un desprendimiento perióstico y algo rugosa la superficie ósea. Nuestro obje-

tivo era encontrar el punto preciso por donde se filtraba el aire subperióstico, pues avivando con la cucharilla y buscando una buena mamelonación, la curación no se haría desear; pero héte aquí que nos encontramos inmediatamente detrás de la zona cribosa, muy próxima á la sutura témporo occipital, un orificio rugoso, de diámetro de un céntimo pequeño, en cuyos bordes existían pequeñas porciones bastante adheridas de hueso necrosado. Esto nos hizo dudar de la patogenia y sobre todo de su etiología, mucho más cuando con los cuidados indispensables introduje una cucharilla estrecha de Recamier intentando regularizar los bordes del orificio; la cucharilla se hundió más de lo preciso y nos determinamos   explorar cuidadosamente para lo cual limpiamos esmeradamente el fondo del campo operatorio. En el fondo de la cavidad ósea se notaba movimiento rítmico en parangón con el respiratorio, el fondo era obscuro con superficie lisa y anacarada, no dudamos en precisar la existencia de la meninge dural en el punto topográfico correspondiente al seno lateral. Una presión inconsciente, un escape de cucharilla, nos hubiera puesto en grave apuro; pero no era menos el que teníamos al pensar se podía desarrollar un proceso men geo; solo nos alentaba la rigurosa asepsia empleada.

La patogenia del caso es pues la misma, el aire salió al exterior por uno de aquellos orificios normales, por una rotura de cel dillas   por falta de soldadura de los mastoides, al desprenderse completamente el periostio se priv  al hueso en una zona limitante de sus medios propios de vida, y vino la necrosis, esa clase de necrosis solo comparable   la que se aprecia en los individuos luéticos.

Curas sucesivas rigurosamente asépticas con desagüe de la cavidad,   cielo abierto y buscando la mamelonacion, son las que se han puesto en práctica; la curación sobrevino   los veinticinco días próximamente quedando como reliquia una perfecta y sólida cicatriz.

Díez

CLÍNICA QUIRÚRGICA*Peritonitis por hernia abdominal*por MEDARDO RIVERA CAÑO

Alumno de sexto curso.

Antes de comenzar la observación clínica de que me voy á ocupar, quiero hacer constar que no es mi intención ajustarme en un todo al método expositivo clásico y anticipando ideas, diré que se trata de un caso de *peritonitis consecutiva á una herida en el abdómen que interesó el peritoneo y fué seguida de hernia en la pared abdominal*. ¿Cuál es la etiología de la peritonitis, el traumatismo ó la hernia consecutiva á él? Sobre este punto discurrirémos con preferencia en este trabajo.

Se trata de un individuo (G. F.) que en la sala de «La Milagrosa», de este Hospital, ocupó la cama número 2 el día 17 de Octubre; natural de Trujillo (Cáceres), de 39 años de edad, casado, de oficio cantero y de hábitos alcohólicos. Padebió paludismo en el Brasil, donde estuvo nueve años; fué tratado sin presentársele más manifestaciones hasta la fecha.

A su entrada en el Hospital, hacía cuatro meses que había recibido una puñalada en el flanco derecho por debajo de la región hepática. El que hirió estaba colocado en la parte derecha y posterior del herido, manejando el arma con la mano izquierda; la herida fué causada de arriba á abajo y con una dirección oblicua. Inmediatamente el enfermo perdió el conocimiento y cayó al suelo.

Fué curado, y á los doce días había cicatrizado la herida, encontrándose el enfermo sin otra molestia que cuando tosía ó hacía algún esfuerzo, tenía que aplicarse la mano en aquella región; porque coincidiendo con la tos ó el esfuerzo, notaba allí una tumorción y dolor, si bien éste no era muy intenso.

En este estado pasaron tres meses y al principio del cuarto se presenta un catarro, con tos pertináz, que hizo se exasperaran los dolores en la región traumatizada, hasta que á mediados de dicho mes tuvo que ingresar en este Hospital después de haber permanecido algunos días en cama en su domicilio.

Por inspección se nota su semblante demacrado, ojos hundidos, nariz afilada y expresión de angustia. Su piel ha perdido la

turgencia normal y su aspecto es de sequedad. Hay aumento de volumen del vientre, más notable por debajo de una cicatriz lineal que presenta en la línea mamilar derecha y á un través de dedo por debajo del borde costal. La cicatriz tiene una dirección oblicua de arriba á abajo y de fuera á dentro y una longitud de tres centímetros y medio.

La palpación se hace difícil por lo dolorosa y la gran tensión de los músculos abdominales; ella muestra pastosidad por debajo de la cicatriz, en la región que corresponde precisamente al mayor aumento de volumen y á nivel de la cicatriz se hunde el dedo, faltando la resistencia de la pared abdominal, en una forma elipsoidal, cuyo eje mayor corresponde con el de la cicatriz en cuestión.

Hay anorexia, lengua saburral y seca, vómitos que nunca llegaron á fecaloideos y diarrea; tos no muy intensa, con poca expectoración. La secreción urinaria algo disminuída. El pulso es frecuente y pequeño. Existe fiebre. Todos estos síntomas corresponden al primer día de observación. En los sucesivos, la fiebre fué persistente con ligeras remisiones ó exacerbaciones, sin pasar nunca de 39°. La diarrea era más ó menos intensa y la demacración y la postración cada vez más acentuadas. Se presentaron síntomas de intoxicación, debilidad cardiaca, cianosis, y el enfermo sucumbió el día 3 de Diciembre.

Diagnóstico.— Dada la oblicuidad con que hirió el arma, y después la presencia de la hernia, se deduce que la herida fué penetrante, es decir, que lesionó el peritoneo; pero faltan síntomas para que hubiera lesión visceral. El herido cayó presa del shock traumático, tan frecuente en estos traumatismos del abdomen. A los pocos días de recibir la puñalada, la piel cicatrizó, pero no ocurrió lo mismo con el resto de la pared abdominal, en que quedó una solución de continuidad, por donde se herniaban los órganos situados á su nivel cuando la presión intra abdominal se aumentaba por cualquiera causa (golpes de tos, esfuerzos).

Así transcurrieron casi tres meses, pudiendo decir que la lesión única era la hernia abdominal, esta hernia constituía una causa de irritación del peritoneo, que se exacerbó con el catarro adquirido á principio del cuarto mes, por hacer que la tos fuera casi continua; esta tos haría que se destruyesen adherencias ya establecidas, dando lugar á un depósito de sangre intra-peritoneal y á

favor de este depósito facilitando la acción flogógena de las bacterias y del proceso anterior, (irritación por hernia), dar lugar á que estallara la peritonitis.

El elemento microbiano pudo proceder de dos puntos: ó bien de la sangre, yéndose á fijar allí como lugar de menor resistencia, ó bien la destrucción de las adherencias que habían aislado la herida, hizo que quedaran en libertad las bacterias aprisionadas.

Una cosa resalta en este proceso peritonítico: es su gran lentitud, la que creemos debida á que la extensión del proceso supuratorio se verificó por etapas sucesivas á través de los depósitos fibrinosos que se iban formando. Nos explicaremos: la peritonitis era de una marcada tendencia á localizarse, al enquistamiento, en un principio; mas la hernia obrando del modo ya expuesto más atrás, destruyendo las barreras fibrinosas que se iban depositando y tal vez adherencias, hacía que por esta causa mecánica se fuera extendiendo el proceso, hasta que ocupando ya una determinada extensión, se hizo imposible el enquistamiento y menos la regresión por lo tanto. Por este carácter pudiera pensarse en una forma tuberculosa; pero hecho el análisis de esputos y heces fecales, no demostraron el bacilo de Koch, y aun cuando con su ausencia en estas secreciones, pudiera existir esta clase de lesión en el peritoneo, faltan los accesos irregulares en que suelen presentarse los dolores abdominales, la poca intensidad de éstos y á la presión suele estar el vientre ligeramente sensible. Por otra parte, en la mayoría de los casos, la peritonitis tuberculosa suele ser consecutiva á la tuberculosis de otros órganos (intestino, pulmón, etcétera).

La peritonitis crónica exudativa, tiene de común con el caso de que tratamos, su lentitud también y el presentarse tos por haber complicación de pleura ó pulmón; pero aquí la tos fué anterior al proceso y en esa forma exudativa, el exudado es seroso y adquiere gran crecimiento, provocando fenómenos de compresión, siendo el pronóstico casi siempre favorable. En este caso el exudado era purulento y no alcanzó nunca ese desarrollo.

El nombre que pudiéramos aplicar al caso de que nos ocupamos es el de *peritonitis purulenta progresiva de curso lento*, á consecuencia de hernia abdominal.

Pronóstico.—El de esta forma, por ser generalizada, desde luego es gravísimo y dado el estado en que el enfermo entró en

el Hospital y la imposibilidad de poder intervenir quirúrgicamente; pues la depauperación era grande y hacía imposible pensar en una toilette del peritoneo, lo que tal vez hubiera dado algún resultado favorable si sus condiciones generales lo hubieran consentido, hacían el pronóstico aún más sombrío. En efecto, los fenómenos de absorción fueron avanzando y el enfermo falleció el 3 de Diciembre.

Pasó á la sala de disección, donde hubimos de hacer la *autopsia clínica*. Los fenómenos de descomposición se presentaron rápidamente. Se dió un corte desde el apéndice xifoides al pubis, bordeando el ombligo á la derecha, otro sobre el borde de la s ilia ca derecha, que terminó en el extremo inferior del corte anterior y de su extremo superior partía otro siguiendo el borde costal derecho. Apenas se incindió el peritoneo, se observó una intensa supuración, siendo el foco más intenso debajo de la región que presentaba la cicatriz: á nivel de ésta, multitud de adherencias en masa la aislaban casi por completo, formando una especie de manguito que lo englobaba. De trecho en trecho, seguían fuertes adherencias, que iban disminuyendo á medida que nos alejábamos de la región que presentaba la cicatriz. Siguiendo igual procedimiento con la mitad izquierda del abdomen, se encontró también el peritoneo bañado por supuración, si bien no era en tan gran cantidad. Todo él estaba engrosado.

Se recogieron adherencias y los puntos que parecían más indurados, para cerciorarnos mejor si podía haber lesión tuberculosa. El análisis de ellos fué negativo, no encontrándose ninguna célula gigante ni bacilo que pudiera llevarnos por ese camino.

En cuanto al análisis del pus se encontraron estreptococos, estafilococos y gran cantidad de bacterias, aunque ninguna específica.

Bacteriología de la conjuntivitis

por el Dr. Alonso Nieto

Conferencia del Dr. Alonso Nieto «*Nociones sobre la bacteriología de las conjuntivitis*».

En la Facultad de Medicina dió el doctor Alonso el

día 10 de Marzo presente una notable conferencia sobre el tema que encabeza estas líneas.

Comenzó diciendo, que desde muy antiguo, eran reputadas como contagiosas la mayoría de las conjuntivitis y que actualmente eran conocidos, muchos de los agentes patógenos de estas afecciones, aunque en algunas de ellas no habían podido ser descubiertos.

Este conocimiento, había hecho modificar la antigua clasificación de las conjuntivitis, fundada en sus manifestaciones anatómo-clínicas, por el de su principio etiológico, pues sucedía que e taban incluídas en un mismo grupo, diversas variedades de inflamación conjuntival, cuya causa determinante, completamente diferencial, hacía variar la profilaxis, pronóstico y tratamiento, con relación á la bacteria productora.

A continuación expuso la técnica para el exámen microscópico, estudiando los procedimientos de coloración por el líquido Ziehl y el método de Gram, con los cuales es posible en casi todos los casos, diferenciar los bacilos causantes de las afecciones conjuntivales.

Hizo mención de una manera particular del de Weeks, productor de la llamada conjuntivitis aguda contagiosa y del de Mouras, causante de la denominada subaguda. El primero es un bastoncito fino, parecido morfológicamente al de la septicemia del ratón de una ó dos micras de longitud, carece de esporos, muere fácilmente por la desecación y no es inoculable á ninguna especie animal. El segundo es un diplobacilo grueso, de tres micras de longitud, sin cápsula y como el anterior no toma el Gram.

Diagnosticó por medio de las culturas el bacilo de Weeks del de Pfeiffer, el gonococo del meningococo, el de Mouras de los de Petit y pneumobacilo de Friedlander, que son los que más fácilmente pudieran confundirse por sus caracteres morfológicos.

Deducidas de las caracteres biológicos de las bacterias productoras de conjuntivitis, hace consideraciones muy oportunas sobre la profilaxis de estas enfermedades, principalmente en las escuelas, cuarteles y casas-asilos.

Terminó su conferencia, señalando la importancia, que el diagnóstico bacteriológico tiene por lo que al tratamiento se refiere, haciendo ver entre otras indicaciones, la del sulfato de zinc, á dosis algo elevadas, (2 ó 3 por 100) que es en cierto modo es-

pecífica de la conjuntivitis subaguda, se presente ó no con secreción, rechazando la manera de obrar de los antiguos, que á todas las conjuntivitis con secreción las trataban con el nitrato de plata y las que carecían de ella por el sulfato de zinc.

Longo Borrego (alumno)

Revista de revistas

Gastralgia apendicular, por Herbet J Paterson (The Lancet, 12 Marzo 1910).

El autor estudia la patología del apéndice vermicular como origen de síntomas gástricos.

Dice que le sugestionó este estudio, el haber visto en América al doctor Mayo, operar á dos enfermos á quienes se les suponía padecimiento de úlceras gástricas ó duodenales, cuando resultó que era el apéndice el órgano enfermo que por espasmo reflejo sobre el piloro, provocaba el síndrome.

Diez años hace, Ewald refirió algunos casos parecidos con el nombre de «apendicitis larvada» y Senator con el de «apendicitis atípica». En América, los dos doctores, Mayo y Murphy, Ochsner, Deaver y otros, han publicado observaciones parecidas.

El doctor Paterson, cree que el origen patogénico de este cuadro morbooso, se debe al éxtasis intestinal que causa la hipersecreción gástrica, y no el espasmo, pues se observa dilatación del duodeno y del estómago en estos operados.

He aquí las conclusiones de este artículo:

- 1.^a La enfermedad apendicular dá lugar á síntomas que aparentan los de una úlcera gástrica ó duodenal.
- 2.^a El síntoma preminente es el dolor epigástrico ó las molestias digestivas, y en muchos casos eructos, vómitos, hematemesis y melena.
- 3.^a La radiación del dolor epigástrico á la parte inferior del abdómen, es muy sugestiva de trastorno apendicular.
- 4.^a El análisis del contenido gástrico, demuestra en algunos casos hiperclorhídria, en otros cantidad normal de HCl, en otros marcada disminución ó ausencia del HCl libre. Como regla general,

hay un aumento de los ácidos volátiles (orgánicos) y en algunos casos hipersecreción evidente.

5.^a Algunos casos de hipersecreción ó dispépsia ácida, son debidos á enfermedad apendicular latente.

6.^a La evidencia de que los síntomas gástricos son debidos á enfermedad apendicular es de tres clases: (a) La mayoría de los pacientes se curan por la apendicectomía; (b), la influencia que la apendicectomía tiene sobre el contenido gástrico; y (c), la frecuencia de una prévia historia de síntomas gástricos en aquellos que tienen un ataque de apendicitis aguda.

7.^a Los síntomas son probablemente el resultado de toxemia intestinal, debida á un éxtasis intestinal. El efecto sobre la secreción es debido probablemente al espasmo pilórico, pero más probablemente á alguna influencia del apéndice sobre la secreción gástrica.

8.^a La gastralgia apendicular es aparentemente más común en las mujeres que en hombres.

9.^a Las consecuencias que de estos casos se deducen, son:
1.^o Que ninguna operación debe verificarse sobre el estómago, excepto cuando una definida lesión orgánica del estómago ó del duodeno sea comprobada. La gastro-yegunostomía no curará la apendicitis. 2.^o Que en todas las operaciones por supuesta úlcera gástrica ó duodenal, el estado del apéndice debe ser investigado cuidadosamente.

La hemostasia preventiva de la mitad inferior del cuerpo, según la técnica de Momburg. («Journal de Chirurgie. Febrero de 1910.

Momburg (de Spandau), recomienda cuando se tiene que operar la raíz de los miembros superiores (ablación de la cadera) ó en la cavidad abdominal siempre que se teman hemorragias provenientes de la aorta ó ilíacas, la técnica siguiente que como se verá, dirígese á realizar la compresión de la aorta abdominal.

Cuidados preliminares.—Si es posible, deberá practicarse aunque no es indispensable un lavado intestinal.

Después se procederá á la narcosis general en posición de Trendelenburg, y se aplicará la venda elástica, ó la *culebra* en la raíz de los miembros inferiores, práctica esta última que tiene

por objeto evitar que de un modo repentino aumente la tensión en el tronco aórtico.

Así las cosas, el ayudante coge en la mano derecha un tubo de goma, pasándolo por la región lumbar, muy cerca de las costillas falsas y lo arrolla en derredor del talle hasta tres vueltas, graduando la presión de tal manera, que llegue á faltar el pulso en las dos femorales, en cuyo caso se anudan los dos cabos fuertemente, como en la ligadura clásica de Esmarch.

Resultados clínicos.—El autor ha aplicado su procedimiento más de doscientas veces en casos de histerectomias, hemorragias *post partum*, osteomielitis de la pelvis, y otra porción de operaciones, en que era temible la hemorragia.

El doctor Mayer critica favorablemente, este procedimiento y dá cuenta de los múltiples cirujanos que también informan en igual sentido.

La única contraindicación sería la presencia de una afección cardíaca.

DR. PINILLA.

Libros nuevos

El Temible Mal, por el doctor Jullien. Versión castellana, por el doctor Sanglier.

El conocido sifiliógrafo francés Mr. Jullien, ha publicado recientemente un libro que constituye una obra de caridad y una obra de ciencia juntamente. Su lectura no solo infunde temor y repugnancia al vicio, si que también enseña sus medios de atacarnos, poniéndonos en estado de precavernos.

Sabido es que hay libros panorámicos y libros miniaturas; libros reflexivos y libros espejuelos; libros que hacen pensar y libros que solo emocionan; libros descriptivos y sugeridores de conducta, de actitudes, y hasta de doctrinas por supuesto.

El libro de Jullien es de los que inspiran el bien, de los que tienden á hacernos buenos, de los que nos descubren tierras nuevas del mundo ideológico.

Además, y esto es importantísimo: es un libro ameno, é inquietante. Al leerlo, yo he sentido una impresión parecida á la que

me produjo el famoso de Veretsaieff, titulado «Confesiones de un Médico» y que tanto ha dado que hablar en Europa hace pocos años; mezclada la anécdota con la doctrina, el suceso vivido con la hipótesis soñada, la utópica con la impureza de la realidad, se forma un todo, que si no es armónico, es por lo menos excitante de nuestro espíritu, como un éter enántico depurado y exquisito.

El problema de la sífilis en sus relaciones con la educación, ha infundido á muchos hombres de talento hondas reflexiones que rara vez han tenido exteriorización. Por eso hizo tanto ruido en el mundo de las letras el hecho de que Brioux se atreviese á llevar al Teatro con *Les Avarieés* un aspecto del «Temible Mal».

Jullien es de esos atrevidos que no solo quiere y sabe curar á los sífilíticos en los hospitales, sino que pretende «curarlos en salud» con labor de higienista sociólogo, de alto pedagogo en fin. El intentarlo solamente es ya un honor.

Esta obra de Jullien —pues yo creo que no es únicamente un libro, sino una obra, en el amplio sentido de la palabra— debería ser adquirida por los gobiernos, para regalar un ejemplar á toda Biblioteca popular, creada ó naciente, allí donde se desee hacer una campaña demopédica, de ilustración del pueblo y señaladamente de la juventud.

No he de terminar esta noticia bibliográfica sin hablar de mi buen amigo el doctor Sanglier, traductor y discípulo de Jullien.

Cada hombre lleva consigo un enigma, y el joven Sanglier, parisiense ya españolizado, tiene como decimos en Castilla «su alma en su almario» ¿Hay cosa más chocante que un alumno de la Facultad de París se venga más abajo de los Pirineos y recorra toda España y aprenda el castellano con pasmosa agilidad, y además se penetre de *nuestras cosas* y del alma de ellas? Pues esto ha hecho Sanglier, cuya *menuda corpulencia*, esconde un alma generosa y altruista, un alma latina,—y perdonen los señores de ultra Calais y de ultra-Rhin.

Nuestro compatriota el doctor Azúa, ha prologado esta obra de Jullien, como él sabe hacerlo, pero yo sigo creyendo que el más aprovechado prólogo sería meter este libro en las Bibliotecas populares. Este sería el verdadero prefacio... á su lectura.

DR. PINILLA.

BIBLIOGRAFIA

El último número de «Movimiento Intelectual» es muy interesante, cuyo sumario es el siguiente:

Los cometas, por Cecilio Jiménez Rueda.—Alegría por contador, por Fermín Sacristán.—El Ángel de las Escuelas, por José Erice.—El centenario de León XIII, por Luis López Mendigutía.—La Academia universitaria católica, por Isidoro García de Vinuesa.—Tonterías intelectuales, por Cerebral.—Los estudios clásicos en España, por M. Artigas.—Recuerdos de un viaje, por M. Prat Alcalde.—Información: Ateneo de Madrid. Conferencias de San Ginés, Escuela Normal. Athénée de París.—Balance bibliográfico, por A.—Noticias.—Correspondencia literaria.

*
* *

«La Colitis Muco-Membranosa» (consultas médicas francesas, edición española, cuaderno XIV), por el doctor Jean-Charles Roux, antiguo interno de los hospitales de París. En 16^o de 16 páginas editor, 11, rue Dupuytren, París.) Precio 0'50 frs. franco; suscripción anual (12 cuadernos): 4 francos.

*
* *

Microbiología general y su Técnica, por los doctores Forn, catedrático de Higiene y prácticas de Bacteriología sanitaria de la Facultad de Medicina de Madrid, y Mayoral, auxiliar de la referida cátedra de la Universidad Central.—Madrid, 1910.

Esta obra, lujosamente editada é ilustrada con 122 grabados intercalados en el texto, es un verdadero balance de actualidad de las cuestiones que se tratan, que son las siguientes:

Microbiología general. I. Tamaño, forma, composición, nutrición, sensibilidad, motilidad y reproducción de los microbios. II. Influencia de los agentes exteriores sobre los microbios: anti-sépticos, desinfección y esterilización.—III. Acción de los microbios sobre los medios en que viven; su papel en la Naturaleza. Kakogénesis ó saprogenismo y Nosogénesis ó patogenismo.—IV Distribución de los microbios en la Naturaleza. Los microbios del suelo, del agua, del aire y de los objetos inertes.—V. Los microbios en los seres vivos —VI. Toxinas.—VII Inmunidad.

Técnica general microbiológica. VIII. Esterilización. — IX. Medios de cultivo. — X. Disposición y siembra de los medios de cultivo. — XI. Termostatos. — XII. Examen macroscópico de los cultivos. — XIII. Obtención y conservación de los microbios y de los productos de su metabolismo. — XIV. El examen microscópico. El microscopio y sus accesorios. Examen microscópico directo de los microbios. — XV. Examen microscópico de los microbios previa coloración. — XVI. La experimentación sobre los animales. XVII. Exámenes microbiológicos basados en el conocimiento y empleo de los anticuerpos de inmunidad. — XVIII. La análisis microbiológica. — Apéndice.

El Apéndice expone la clasificación provisional nemotécnica que han adoptado los autores para facilitar la recordación de los caracteres de los principales microorganismos patógenos del hombre y de los animales.

Este libro, como su nombre indica, estudia no solo las bacterias patógenas, sino los protofitos y protozoarios que interesan conocer á los médicos, farmacéuticos y veterinarios, y tiene un caracter esencialmente práctico, destinado á servir de guía en las investigaciones clínicas y de Microbiología sanitaria, tanto á los estudiantes como á los profesores de las referidas Facultades, ó á los higienistas que tengan que efectuar trabajos de laboratorio. En una palabra: es un libro útil que viene á satisfacer una necesidad generalmente sentida, pues es el primer libro de esta materia escrito en castellano y de autores españoles.

Forma parte este libro de la «Biblioteca de la «Revista de Especialidades Médicas»; consta de 438 páginas en 4.º mayor, vendiéndose en las principales librerías y en la Redacción de la referida Revista, Barquillo, 4 y 6, Madrid, al precio de 12 pesetas el ejemplar

Biblioteca económica del Médico práctico

por los doctores PINILLA y CAÑIZO

Catedráticos.

PROSPECTO

He aquí el Prospecto en que anuncian nuestros compañeros Pinilla y Cañizo su pensamiento de publicar una serie de obras,

que sin duda alguna han de reportar gran utilidad á todo médico cirujano.

Dice así:

En ningún ramo de la ciencia se impone como en la Medicina la necesidad de "ponerse al día,, de que sus profesionales estén informados de los progresos y conquistas que diariamente aclaran el problema del diagnóstico y mejoran los medios de luchar contra la enfermedad y la muerte.

Pero la vida profesional del práctico es demasiado azarosa y el tiempo demasiado corto para que todos podamos enterarnos facilmente de cuanto se labora en las Clínicas y Laboratorios extranjeros, por cuyos motivos hemos juzgado útil el dar á conocer en forma clara y concisa aquellas cuestiones referentes al diagnóstico y tratamiento de enfermedades frecuentes sobre las cuales ha aportado la ciencia últimamente alguna importante novedad de caracter clínico, no incorporada todavía á los libros más corrientes.

En posesión nosotros de las mejores Revistas nacionales, alemanas, inglesas, francesas é italianas, así como de las publicaciones recientes, no nos será difícil añadir á nuestra publicación abundantes referencias bibliográficas que evitarán el abrumar al lector con determinadas reflexiones teóricas, que pueden adquirir en las fuentes que señalamos.

Nuestra Biblioteca, en fin, vendrá á ser como un *Memorandum* de lo que debe tener presente todo médico de visita, y le ahorrará tiempo y dinero necesario para el estudio y la crítica.

Los tomitos que publiquemos serán por el estilo del que acompañamos con esta Circular ó de mayor tamaño, si el tema lo exigiera, sin que en ningún caso el precio suba de 0,75 pesetas.

Saldrán á la estampa uno cada quince días, y los primeros versarán sobre los siguientes asuntos:

- 1.º La diarrea verde en los niños.
- 2.º La miocarditis aguda.
- 3.º Terapéutica de las disneas.

- 4.º Indicaciones de urgencia en los envenenamientos.
- 5.º Terapéutica del dolor.
- 6.º Reglas prácticas para conocer y tratar la diabetes.
- 7.º La edad somática y la cronológica en Pediatría.
- 8.º Diagnóstico de las enfermedades del Páncreas.
- 9.º La pneumonía en el niño.
10. Concepto moderno de las bradicardias.

A estas obras seguirán otras de no menos interés. En la esperanza de que usted se sirva honrarnos, suscribiéndose á esta primera serie, le adjuntamos el oportuno Boletín, á fin de tenerlo presente y disponer la tirada de ejemplares sucesivos.

Con tal motivo se ofrecen de ustedes affmos. compañeros,

H. R. Pinilla.

A. del Cañizo.

V A C A N T E S

Zumárraga (Guipúzcoa).—Partido de Vizcaya.—Una plaza de nueva creación con la dotación de 750 pesetas. — Publicada en el «Boletín Oficial» de 4 de Marzo.— Está clasificada en 4.ª categoría.— Tiene 2.030 habitantes, 20 familias pobres —El alcalde, don Miguel de Ugaldó.

—Albacete del Arzobispo (Teruel) —Partido de Híjar.—Por dimisión, comunicada en 5 de Marzo. —Dotada con 750 pesetas — Está clasificada en 3.ª categoría, con dos plazas.—Tiene 4.220 habitantes 170 familias pobres, y produce unas 3.000 pesetas.— El alcalde, don Luis Bernal.

—Cardona (Barcelona).—Partido de Berga.—Por defunción, comunicada en 1.º de Marzo.—Dotada con 200 pesetas por la titular y 300 como médico del Hospital municipal.—Está clasificada en 3.ª categoría.— Tiene 3 855 habitantes, 57 familias pobres.—El alcalde, don Domingo Robustí.

—Mazuecos (Guadalajara). —Partido de Pastrana.—Por defunción, comunicada en 7 de Marzo y publicada en el «Boletín Oficial» de 23 de Febrero.—Dotada con 450 pesetas por la asistencia de 70 familias pobres.—Está clasificada en 5.ª categoría.

Tiene 790 habitantes y produce unas 2 000 pesetas.—El alcalde, don Valentín García.

—Villademor de la Vega (León), partido judicial de Valencia de Don Juan —por renuncia—. Habitantes 850; distante 4 kilómetros de la cabeza de partido y 24 de Palanquinos, la estación más próxima. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia á 50 familias pobres y las igualas. Las solicitudes hasta el 30 de Marzo al alcalde don Francisco García.

—El Vellón y su anejo Espartel, situado á 4 kilómetros (Madrid), partido judicial de Torrelaguna —por defunción—. Habitantes 794; distante 2 kilómetros de Torrelaguna. Dotada anualmente de 1 000 pesetas por la asistencia á 40 familias pobres y 200 fanegas de trigos y 500 pesetas por el anejo en concepto de igualas, siendo gratis la asistencia á los partos y el reconocimiento de quintos. Las solicitudes documentadas hasta el 5 de Abril al alcalde don Eugenio García.

—Lamazón (Santander) —por renuncia— la plaza de médico titular de este Ayuntamiento, con la dotación de 500 pesetas por la asistencia de catorce familias pobres, pagadas por trimestres vencidos. Los que aspiren á dicha plaza presentarán las solicitudes en esta Alcaldía dentro del plazo de treinta días contados desde la inserción de este anuncio en el «Boletín oficial» de la provincia, acompañadas del título ó su copia, del que posean, certificación de los servicios que hayan prestado, con la advertencia que el agraciado queda en libertad para contratar las igualas con las familias acomodadas del distrito —Lamazón 13 de Marzo de 1910.—El alcalde, Moisés Fernández Cortina.

—Montemayor (Salamanca).—Por renuncia espontánea del que la desempeñaba se halla vacante la plaza de médico titular de este Ayuntamiento y localidad, dotada con el sueldo anual de 999 pesetas, pagadas de fondos municipales por trimestres vencidos, pudiendo el agraciado contratar la asistencia facultativa del vecindario, compuesta de 258 vecinos; debiendo advertir que se halla cubierta interinamente á satisfacción de este municipio y vecindario por don Felipe Sarabia y Giraldo. Los aspirantes á ella presentarán sus solicitudes en la Secretaría de la Corporación municipal, en el plazo de treinta días, á contar desde el 16 de Marzo.—El alcalde, Máximo Ortigosa.

—San Esteban de Valdueza (León).—Por dimisión del que la

desempeñaba se halla vacante la plaza de médico titular de este Ayuntamiento, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas. Los aspirantes dirigirán sus solicitudes al presidente de este Ayuntamiento en término de treinta días contados desde el 16 de Marzo; debiendo advertir que durante el presupuesto que está en ejercicio solo disfrutará 500 pesetas, que es la cantidad presupuestada hasta ahora para este servicio.—El alcalde, Juan Ramón Pérez.

—Valencia de Don Juan (León).—Habiendo terminado el contrato que este Ayuntamiento tenía hecho con los farmacéuticos, con oficina de Farmacia abierta en esta población, para su ministro de medicinas á los pobres inscritos en los listas de beneficencia de este Ayuntamiento, y de conformidad con lo mandado por el art. 93 de la Instrucción general de Sanidad de 12 de Enero de 1904, la Corporación municipal que presido, en sesión celebrada en el día 3 de Diciembre del año pasado, acordó aprobar las condiciones bajo las que se ha de contratar el mencionado servicio de beneficencia, por la cantidad anual de 1.000 pesetas. A este efecto, por el presente se convoca á todos los señores farmacéuticos con residencia en esta villa, que tengan farmacia abierta al público y quieran contratar este servicio, para que concurren á la Secretaría del Ayuntamiento dentro del plazo de veinte días, á contar desde el 18 de Marzo, á manifestar si aceptan las condiciones que el Ayuntamiento tiene estipuladas, las cuales se hallan unidas al expediente, de las que se dará copia á los farmacéuticos que las pidan.—Fidel Martínez.

—Ares del Maestre (Castellón).—La plaza de médico titular de esta villa, dotada con el haber anual de 400 pesetas, se halla vacante por dimisión del que la desempeñaba. Para proveerla se abre concurso y al efecto los que deseen obtenerla presentarán sus solicitudes documentadas á esta alcaldía, durante el plazo de veinte días, á contar desde el 18 de Marzo.—El alcalde, Ramón Salvador.

Higuera de Vargas (Badajoz).—Vacante por renuncia del que la desempeñaba la plaza de farmacéutico titular de esta villa, se anuncia á concurso á fin de que los aspirantes á ella puedan solicitarla en el plazo de treinta días, contados desde el 16 de Marzo. Dicha plaza está dotada por el sueldo de residencia y su ministro de medicinas, con 1.750 pesetas anuales, siendo de 300

el máximum de familias pobres con derecho á dicho suministro.
Alonso Villanueva.

Portugalete (Vizcaya).—Se anuncian vacantes dos plazas de médicos titulares de esta villa, dotadas con 999 pesetas anuales cada una debiendo proveerse en concurso público y serán desempeñadas con sujeción á las condiciones que se hallan de manifiesto en la Secretaría de esta Corporación. Las solicitudes y demás documentos que los interesados presenten, se admitirán en esta alcaldía durante los treinta dias siguientes al 17 de Marzo. — El alcalde, Casto Salcedo.

—Moreruela de Tabara (Zamora).—Se halla vacante por el periodo de treinta días, á contar desde el 16 de Marzo, la plaza de médico titular de este distrito, para la asistencia gratuita de las treinta familias pobres que designe anualmente el Ayuntamiento. La dotación será la de 750 pesetas anuales satisfechas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, y el contrato se formalizará por tiempo ilimitado, empezando á regir desde 1.º de Enero último, siendo requisito indispensable que el agraciado fije su residencia en este pueblo de Moreruela, los aspirantes licenciados en Medicina y Cirugía, presentarán durante dicho plazo sus solicitudes acompañadas de la hoja de estudios, testimonios ó título profesional y cédula personal en esta Alcaldía; quedando facultados el Ayuntamiento y Junta para conferir la plaza al aspirante que reúna mejores condiciones.—El alcalde, Félix Martín.

—Ojacastro (Logroño).—Por dimisión voluntaria del que la desempeñaba, se halla vacante la plaza de médico titular de esta villa, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, que se pagarán por trimestres vencidos del presupuesto municipal, por la asistencia de unas veinte familias pobres. El agraciado con la titular podrá percibir además la cantidad de 1.750 pesetas que por la asistencia de los vecinos pudientes le habrá de entregar una comisión de vecinos presidida por el señor Regidor Síndico del Ayuntamiento, por semestres vencidos. Dicha plaza será provista con arreglo á la Instrucción de Sanidad. Los aspirantes á dicha plaza presentarán sus solicitudes debidamente documentadas al señor alcalde de esta villa en el plazo de quince días, que se contarán desde el 18 de Marzo.—El alcalde, Silvestre Aransay.

—Préjano (Logroño).—Se halla vacante la plaza de farma

céutico titular de esta villa, dotada con el haber anual de 134'55 pesetas. Los que se crean con derecho á ella, presentarán las solicitudes á esta alcaldía por término de quince días á contar desde el 18 de Marzo, pasados los cuales, no serán atendidas las que se presenten.—El alcalde, Fructuoso Adán.

—Villamegil (León).—Se halla vacante la plaza de farmacéutico para la prestación de los servicios benéfico sanitarios á las familias pobres con la dotación anual de 300 pesetas y condición de vivir en la capital del distrito. Los solicitantes presentarán sus solicitudes en esta alcaldía en el término de treinta días. («Boletín Oficial» del 16 de Marzo).—El alcalde, Bernardo González.

—Castropodame (León).—Se halla vacante la plaza de Beneficencia, para asistencia de 40 familias pobres, con la dotación anual de 1 000 pesetas pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales. Los aspirantes á ella, que serán Licenciados en Medicina y Cirugía, han de fijar su residencia en la capital de la municipalidad, y podrán hacer contratos particulares con los demás vecinos. Para la presentación de solicitudes documentadas, se señala el término de treinta días («Boletín Oficial» del 12)—Castropodame á 4 de Marzo de 1910.—Pedro Fernández.

Noticias

Parece acordada la fecha del 16 de Octubre próximo para la celebración en Barcelona del segundo Congreso nacional de la Tuberculosis, cuya presidencia corre á cargo del doctor Rodríguez Mendez.

* * *

Para que en Salamanca no falten infecciones, ahora padecemos la del sarampión. Los casos son numerosos, si bien la mortalidad parece reducida.

* * *

Tenemos en suspenso la publicación de la estadística demográfica de Salamanca, porque la Superioridad ha ordenado se modifiquen la sinonimia y clasificación de las enfermedades.

Ya resarciremos á nuestros lectores de esta demora.

* * *

En el concurso celebrado el 22 de Marzo, ha sido nombrado médico director de los baños de Ledesma don Ildefonso Oton y Parieño.

El que desempeñaba esta plaza, don Cesar García Teresa, ha pasado á Alceda.

*
**

Por iniciativa de un grupo de entusiastas redondelanos residentes en Rio Janeiro, se gestiona la fundación en aquella capital de una Asociación compuesta exclusivamente de hijos del término municipal de Redondela, cuyo objeto es, mediante una pequeña contribución mensual, reunir cuanto antes el capital necesario para regalar á dicha villa un Hospital en el que encuentren albergue y tratamiento adecuado los enfermos pobres de la misma y su distrito.

Con tal motivo se ha efectuado una reunión importante, á la cual concurrieron los miembros más influyentes de la colonia residente en Rio Janeiro, habiéndose tomado acuerdos ejecutivos para realizar en seguida tan laudable iniciativa, que prueba bien elocuentemente el intenso amor que guardan á la madre Patria los españoles que viven en la América española.

*
**

El día 30 del corriente celebró sesión pública la Sociedad Española de Higiene.

Presidió el señor Fernández Caro.

Continuando la discusión del tema expuesto por el señor Barajas acerca de la «Higiene del oído» fueron discutidas las conclusiones propuestas por este señor, siendo aprobadas después de una detenida discusión.

Tomaron parte en ella los señores Fernandez Caro, Barajas, Decref y Carazo.

Acordóse elevarlas á los poderes públicos, por si quisieran adoptarlas oficialmente.

Igualmente se pusieron á discusión las conclusiones ó consejos higiénicos presentados por el señor Decref acerca de los «Baños higiénicos».