

Revista Médica Salmantina

Año VI

FEBRERO DE 1910

Núm. 2

Accidentes y peligros de la Sueroterapia

por A. DEL CAÑIZO.

Catedrático.

La sueroterapia es, entre los medios de la moderna terapéutica, uno de los que posee más científica base. Sus efectos en la práctica son del mismo modo sorprendentes y con toda ingenuidad daclaro que nada me ha entusiasmado tanto en el ejercicio médico, como los maravillosos efectos del suero, en el tratamiento de la difteria. Soy un ferviente devoto de la sueroterapia, y de ella espero mucho para la terapéutica del porvenir.

Sin embargo, en la época presente es poco lo que puede considerarse como definitivamente consruído, aun cuando sea muchísimo lo explanado. Poseemos sueros eficáces contra el tétanos, peste bubónica, disenteria bacilar, meningitis epidémica; se persigue su práctica adaptación al cólera, fiebre tifoidea y otras infecciones; se emplea suero de animales privados de tiroides para el tratamiento del bocio exoftálmico y de la vena renal de cabra para ciertas afecciones del riñón. El suero normal de diversos animales se aplica al tratamiento de la Hemofilia y las más distintas hemorragias. Todo esto sin contar con las múltiples y extrañas aplicaciones de los sueros diftéricos y estreptóccico que rompiendo los moldes de su especificidad, parecen convertirse en universal panacea, pues á diario se lee sus aplicaciones en la escarlata, el sarampión, la tuberculosis, anémias, corea, úlceras de la cornea, peritonitis, apendicitis, pneumonías y tantas otras que sería imposible su recuento.

Del suero antiestreptocócico tengo experiencia escasa y contradictoria; lo he empleado muy contadas veces en el tratamiento de la erisipela, sin observar más que un solo caso de efecto favorable. En la infección puerperal lo he empleado también alguna vez, pero siempre en unión de tratamientos locales (lavado intrauterino, etc.) á los cuales me parece deber más favor, que á las inyecciones de suero.

Por lo que se refiere al antidiftérico no he de hablar de sus efectos en las manifestaciones de la diftéria; todo médico tiene seguramente recuerdos gratos de tan precioso agente y no es hora ya de discutir sus indicaciones. Solo diré algunas palabras de lo que yo he podido observar, aplicando este suero en las pneumonías y broncopneumonías.

En general, mis impresiones son bastante favorables; en muchos casos he obtenido efectos beneficiosos, y en alguno hasta sorprendentes. En una pneumonia del vértice derecho, iniciada con gran aparato en un sujeto débil, he visto descender la fiebre en el segundo día, desde 40° hasta 38, poco tiempo después de la inyección de 20 c. c. de suero Lorente, desapareciendo del todo la fiebre y los demás síntomas entre el tercero y cuarto día.

¿Se trató acaso de una congestión Woillez? No puedo asegurarlo, pero sí debo decir que tanto el comienzo como los síntomas focales y la espectoración eran característicos y que el descenso coincidió exactamente con la inyección de suero.

En una extensa pleuro-pneumonia del lóbulo inferior izquierdo, acaecida en un joven de 28 años, sifilítico, hice, al segundo día de enfermedad, una inyección de 20 c. c. de suero Roux, la fiebre descendió de 39,8 á 38,4, al siguiente día volvió á ascender, pero una segunda inyección de 10 c. c. determinó nuevo descenso á las proximidades de 38, en cuya temperatura se sostuvo hasta el quinto día, en que terminó por curación.

En el mes de Noviembre último ingresó en mi clínica (Sala de San Bernardo), un enfermo de mediana

edad, más débil que fuerte, vendedor ambulante, y por ello presumo que alcohólico y agotado, con una fiebre y un delirio tal, que me hicieron pensar en la viruela. Al día siguiente apareció un foco de macidéz en la parte inferior y externa del pulmón derecho, que después se corrió hacia el ángulo de la escápula y lóbulo superior del mismo lado, apareciendo ya todos los caracteres de un bronco-pneumonia serpigínea. La fiebre se sostenía sobre los 40° y el delirio era tan violento, que se arrojaba de la cama, acometiendo á los que le asistían. En esta situación se le inyectaron 20 c. c. de suero Roux; poco después bajó la fiebre, desapareció el delirio, y á los dos ó tres días estaba completamente curado.

Otros dos ó tres casos pudiera referir de efectos parecidos; no obstante en otros dos enfermos (mujer de unos 40 años y varón de 18), he visto ocurrir la muerte á pesar de las inyecciones de suero; debo advertir para ser enteramente verídico, que ambos casos eran de gravedad extraordinaria y la aplicación del suero fué tardía.

No es mi objeto en el artículo presente, detallar ni discutir las indicaciones de los distintos sueros; me propongo solo, en vista de la extensa aplicación que de día en día alcanzan estos agentes, recordar á los médicos prácticos, los accidentes y peligros que van emparentados con su uso; no por ser raros dejan de ser menos terribles y acaso son todavía muy poco conocidos.

Los accidentes producidos por las inyecciones de suero, pueden ser locales y generales; por la época de su presentación, precoces y tardíos.

Estos últimos aparecen del quinto al vigésimo día de la inyección, y consisten frecuentemente en erupciones cuyas formas principales son la urticaria (de anchas placas salientes, rojas en los bordes, abultadas y blancas en el centro, acompañadas de gran picor) y el eritema marginado aberrante, descrito por Marfan y Lemaire de la manera siguiente: "Empieza por una mácula roja; esta mácula se ensancha y su centro blanquea de tal manera, que el elemento eruptivo toma la forma de un

anillo. Las coronas formadas de esta manera, se fusionan entre sí por su borde, se rompen, la erupción toma un carácter políciclo y dibuja una serie de arabescos entrecruzados.

Los eritemas polimorfos, rubeoliforme y escarlatiforme, se localizan de preferencia en el lado de extensión de las coyunturas y son casi siempre de origen infeccioso, aun cuando el suero favorece su desarrollo.

Además de las erupciones, los accidentes tardíos pueden manifestarse por dolores en los músculos y articulaciones, fiebre é infarto de ganglios.

Entre los accidentes precoces se observan en el punto de inoculación, enrojecimiento, dolor y edema que en algunos sugetos muy sensibles puede invadir toda una mitad del abdomen. Estos síntomas locales se acompañan de fenómenos generales: náuseas, vómitos, trastornos nerviosos, del pulso y de la respiración, que algunas veces se hacen muy graves con sofocación, angustia, gran depresión y hasta la muerte en algunos casos.

Una primera inyección de suero puede ocasionar manifestaciones como la fiebre, urticaria ó dolores articulares, las cuales se presentan por lo general de ocho á doce días después de la inyección y sin afectar ordinariamente formas graves. Se puede comparar esta reacción con la idiosincrasia especial que se observa en algunos individuos enfrente de ciertos medicamentos.

Las manifestaciones locales precoces y los accidentes graves, que más arriba hemos descrito, no se ven por lo general en el niño; en adulto no suelen presentarse después de la primera inyección ó de varias inyecciones, si éstas se practican continuadas, pues lo más curioso de tales fenómenos, es que los accidentes solo se producen cuando entre la primera inyección y la que los motiva, ha transcurrido un intervalo, por lo menos de ocho días. Hay que suponer por lo tanto, que en ese mismo intervalo han ocurrido cambios en el organismo que le colocan en un estado especial de reacción contra el suero; á tal estado, cuya esencia no cono-

ce mos bien, se ha denominado de Anafilaxia, Alergia é Hipersensibilidad.

El fenómeno no es dependiente de las antitoxinas que el suero aporta, pues igualmente se produce con sueros normales y se evita empleando en las diversas inyecciones, sueros de especie animal diferente.

Pirquet y Schick han estudiado con mucho detalle las leyes de tan curiosas manifestaciones, á las que ellos denominan *Enfermedad del Suero*. (1)

La reacción precóz aparece, por regla general, cuando entre la primera y segunda inyección ha transcurrido un intervalo de diez días hasta seis meses. Reacciones más tardías pueden presentarse hasta después de algunos años, como lo prueban los casos de Klemperer y Umber.

C. de Klemperer.—Una mujer de 32 años, con fiebre puerperal, recibe una inyección de 30 c. c. de suero antiestreptocócico. Cinco días después de la inyección aparece intensa fiebre, urticaria y tumefacciones articulares.

A los doce y veinticinco días sobrevienen graves estados de colapso que pueden dominarse con inyecciones de digalena. A posteriori se averiguó que la enferma había recibido, tres años antes, una inyección de suero antidiftérico.

C. de Umber.—En una muchacha de 22 años, se presentó un grave estado de colapso, dos horas después de una inyección de suero antidiftérico; luego se presentaron urticaria y fiebre elevada, pulso de 160, apenas palpable. Este estado se repitió en los días siguientes á pesar del tratamiento por la digalena, sin que pudiera hallarse nada anormal en el aparato circulatorio. La paciente había sido tratada dos años antes con inyecciones de suero antidiftérico.

He citado estos dos casos, solo como ejemplo de anafilaxia muy tardía. La brevedad de espacio me impide referir algunos otros de gran interés, pues la lite-

(1) Pirquet und Sedick. Die Serumkrankheit. Leipzig Deutike 1905.

raturatura médica no deja de ser algo extensa sobre este punto.

Son verdaderamente curiosos estos fenómenos de anafilaxia, pues parece extraordinario que grandes cantidades de suero inyectadas de una sola vez ó en cortos intervalos no produzcan accidentes graves, mientras que estos aparecen hasta con inyección de pequeñas cantidades, siempre que entre la aplicación de las mismas, haya mediado cierto espacio de tiempo.

¿Cómo puede explicarse tan rara paradoja?

Para orientarnos en cuestión tan interesante, conviene recordar ciertos datos experimentales que á continuación resumiremos.

Fenómeno de Theobald Smith.—Desde hace tiempo se venía observando que los cobayos que sirven para la dosificación del suero diftérico, y que por lo tanto han recibido pequeñas dosis del mismo, presentan accidentes graves si se les vuelve á inyectar, doce días después, con suero de la misma especie animal; si esta inyección se practica en el peritoneo, los conejos sucumben en la proporción de un 25 á un 50 por 100, y mueren todos si la inyección se hace en el cerebro ó en las venas. Es decir, que los cobayos quedan sensibilizados por una primera inyección de suero. Estos hechos recuerdan los experimentos de Richet y Portier, con el veneno de los tentáculos de actinia: Un perro recibe una primera inyección de veneno actiniano, si la dosis no es mortal, el animal resiste y su estado parece bueno; al cabo de algún tiempo se realiza una nueva inyección con dosis muy pequeña y el animal sucumbe en pocas horas.

Richet explica este efecto fulminante por la "propiedad curiosa que poseen ciertos venenos de aumentar, en vez de disminuir, la sensibilidad del organismo á su acción". A esta sensibilidad creciente del organismo para las dosis sucesivas del veneno, la denominó Richet *Anafilaxia* (protección hacia atrás).

Los fenómenos descritos como enfermedad del sue-

ro, tienen una analogía extraordinaria con estos datos aportados por la experimentación.

Es muy natural pensar que la producción de tales accidentes, debe estar relacionada con la formación de anticuerpos suéricos y que el periodo de incubación es justamente el tiempo necesario para la formación de los mismos. A buscar y demostrar estos anticuerpos, se han dirigido los esfuerzos de los investigadores. He aquí algunos hechos resultantes de tales trabajos:

Cuando se inyecta á un conejo el suero de otro animal, aparecen en su sangre, á los siete ó diez días de la inyección, precipitinas que se manifiestan produciendo un precipitado, cuando se mezclan *in vitro*, suero del conejo con el mismo suero que ha servido para la inyección. Si en el mismo animal se repite la inyección de suero, las precipitinas aparecen después de menos tiempo de incubación, el cual disminuye todavía después de una inyección tercera.

Estas precipitinas explicarían, según Hamburger y Moro, los accidentes de la Enfermedad del Suero: las precipitinas ocasionarían la coagulación del suero inyectado, con lo que se formarían pequeñas trombosis capilares que alterando la circulación de la piel, determinarían las erupciones.

Los accidentes graves pudieran ser originados por la producción de embolias en vasos importantes, sobre todo en la arteria pulmonar.

Esta teoría, que ha sido aceptada por algunos autores, es en cambio combatida por otros con razones teóricas y experimentales de gran peso, en cuyo análisis no nos podemos detener.

Pirquet, Schick, Arthus, Nicolle y Besredka, creen que la anafilaxia está relacionada con la formación en la sangre de un cuerpo especial, particularmente estudiado por Besredka y denominado sensibilisina.

El resumen de estos estudios es el siguiente: Inoculando conejillos de Indias con una pequeña cantidad de suero de caballo, se vé que al cabo de doce días, la sangre de estos conejillos contiene una nueva sustancia,

porque si se inyecta esta sangre á otro cobayo, se le confiere inmediatamente sensibilidad y se pueden producir en él todos los accidentes de la anafilaxia, sin periodo de incubación. Este experimento de Besredka establece que la anafilaxia es debida á la producción de un anticuerpo, la *sensibilisina*, á expensas de una substancia obtenida en el suero, el *sensibilinógeno*.

Aunque todavía no está dicha la última palabra sobre estos asuntos, que hoy constituyen un tema de estudio muy interesante, la importancia práctica de los mismos es indiscutible. Los individuos que han recibido una primera inyección de suero, están amenazados de graves accidentes que el práctico necesita conocer y evitar.

¿Qué medios se recomiendan para salvar estos inconvenientes? En primer lugar, antes de practicar una inyección de suero, habrá que averiguar si el enfermo ha recibido anteriormente otras inyecciones de suero de la misma especie animal y cuánto tiempo ha transcurrido desde entonces.

En casos dudosos, se recomienda hacer á modo de exploración, una inyección de muy pequeña cantidad de suero, y si esta primera inyección transcurre sin fenómenos reaccionales, inyectar consecutivamente la dosis necesaria.

En casos de absoluta necesidad del suero, hay que inyectarle, aun cuando parezca existir peligro de anafilaxia, pues ésta es un peligro remoto, no comparable al que resultaría de la abstención.

Parece ser que la administración simultánea de cloruro de calcio ó de lactato de cal, disminuye los peligros de la Enfermedad del Suero y que también ejercen acción favorable los tónicos cardiacos, sosteniendo la actividad circulatoria y evitando la amenaza de colapso.

Si estos accidentes se evitaran de una manera más práctica y sencilla, por la preparación de sueros de distintas especies animales, de mono ó quizá por sueros humanos, cosa es todavía en estudio, y de la que no se puede adelantar nada definitivo.

Sobre una Circuncisión

por JULIO PELAEZ BRIHUEGA.

La primera vez que un estudiante de Medicina esgrime el escalpelo en la sala de disección, constituye un momento de gran emoción y que se graba con tal intensidad en la mente, que dudo pueda jamás olvidarlo aquél que lo haya sentido.

En esto todos estamos conformes y plumas más autorizadas, nos han explicado esas impresiones, mas diré que no es de tal cosa de lo que pretendo hablaros, y si ese momento cité, fué solamente porque pretendo establecer las diferencias que puedan existir en las finalidades que se persiguen con esas primeras incisiones que se hacen en el cadáver, y las que se practican con un fin operatorio en el individuo vivo.

Al empuñar el escalpelo en la sala de disección, dejando á un lado el fin de investigar la disposición anatómica de los órganos y sus anomalías, lo hacemos (al menos las primeras veces) para demostrar que tenemos buen estómago, y así cortamos, despedazamos, mejor dicho, demostrando á los compañeros que se muestran reacios á compartir con nosotros esas tareas, que somos valientes y que servimos para Médicos y Cirujanos.

Al empuñar los instrumentos para hacer una operación en que hayamos de ver la sangre del paciente, es muy otro el fin que perseguimos. Al salir de las Facultades los Médicos rurales, miramos las operaciones como cosa inaccesible, de ahí el que puedan verse en las clínicas de la Escuela salmantina, individuos de los pueblos, que por mandato de sus médicos van á operarse, panadizos, lipomas situados en regiones donde la operación ningún peligro ofrece, etc., etc.

Pero en la época que empiezo á ejercer, creo que las cosas han variado; los que salimos ahora de la Facultad salmantina lo hacemos con afición de Cirujanos. ¿Que por qué? Pues por haber sido nosotros los que hemos visto nacer y desarrollarse esa etapa de engrandecimien-

to quirúrgico de nuestra Escuela. Durante los últimos años de carrera han sido tantas y tan variadas las operaciones que mis compañeros y yo hemos visto practicar, que creo todos (cual á mi me pasa) sentirán deseos de imitar á los queridos maestros; de hacer dentro de nuestros medios lo que á ellos vimos ejecutar, ó sea lo que nos enseñaron.

Y de aquí que el fin que hemos de proponernos al operar por nuestra cuenta se duplique; primero, pregonar cada uno en su círculo el engrandecimiento de nuestra profesión, y segundo, nuestro propio bien, el buscar en las operaciones un complemento de la Medicina, ó como si digéramos, una remuneración aparte de la iguala.

Y después de explanar esas mis impresiones, ya supondréis lo que voy á deciros, y es, que he operado, y lo digo no para echarme encima una gloria, sino por creer conforme á mi pensar, que con ello empiezo á cumplir un deber de gratitud para los maestros que con sus éxitos me dieron ánimos para imitarles.

¿Que cuál ha sido la operación practicada? Pues una sencillísima que todos podéis practicar, la circuncisión.

Relataré el caso clínico en pocas palabras.

En los primeros días de llegar á este pueblo, (donde soy médico nuevo), fuí llamado por el vecino Francisco Martín para que reconociera á su hijo, niño de 22 meses.

Preguntando á la madre sobre lo que había notado en el niño, ésta me dijo que unos ocho días antes, el chiquillo había tenido una erupción en los muslos y nalgas, y que había notado en el niño la costumbre de tirarse de sus partes aun en los momentos que estaba *mamando*, á más de que el niño parecía dolerse al orinar, y denotaba un malestar general.

En vista de estos antecedentes dirigí el reconocimiento al aparato genital y efectivamente, allí estaba el mal.

El prepucio hipertrofiado y rojo en un borde libre; cubría completamente el glande, con un exceso como de un centímetro, estrechando considerablemente el

meato externo, el diagnóstico de fimosis hipertrófico, seguramente congénito, se imponía así como el de su complicación la balano-postitis.

Indicada como estaba la circuncisión la propuse á la familia. Mis grandes deseos de practicar la primera operación tuvieron que luchar con la resistencia de la familia, la cual antes de decidirse determinó consultar con otros compañeros.

Hízolo primero con el médico de Parada de Rubiales, y después con mi querido maestro don H. R. Pinilla.

¡Con cuánta impaciencia esperé el resultado de esas consultas!, la menor discrepancia de esos señores con mi parecer y mis ansias de operar, no se hubieran visto satisfechas, pero ¡cuánto tengo que agradecer á ellos! los dos apreciaron mi parecer con benevolencia, y ambos le dieron el visto bueno; el primero recomendó como tratamiento prévio, lavados y fomentos antisépticos, esto lo consideraba yo muy oportuno y necesario, pues siempre pensé operar, cuando se hubiese curado la balano postitis. El doctor Pinilla (á cuya consulta fuí con el niño), me recomendó una dilatación forzada de la estrechez por un procedimiento que le había visto emplear en la Clínica de Pediatría, y que consiste, en introducir por el meato externo una pinza cerrada y abrirlas en su interior. Quizás no sea yo quien para juzgar lo que ese procedimiento es ó puede ser en la clínica, pero, voy á permitirme el atrevimiento de hacer su crítica.

El procedimiento en cuestión lo considero perfectamente indicado, hasta curativo en los fimosis atróficos, en los cuales la estrechez es todo, pero en los hipertróficos, como curativo no le admito ningún resultado, toda vez que aquí el sobrante prepucial es el todo, siendo secundaria la estrechez; por lo tanto, aun venciendo ésta, siempre queda aquél en disposición de reproducirla tan pronto como nosotros cesemos en las maniobras de dilatación. Estas son las enseñanzas que he podido sacar del caso presente, pero no quiero en ningún modo con lo antes expuesto, decir que dicho proceder de-

ba desecharse por inútil, antes al contrario, tiene grandes ventajas como preparatorio de la operación, pues con él se consiguen romper las adherencias balano-prepuciales, que casi siempre existen en estos casos, y por lo tanto simplificar la operación, haciendo desaparecer el segundo tiempo de la misma, y bajo este punto de vista, creo siempre debe emplearse.

Tenemos, pues, como tratamiento empleado, lavados y fomentos antisépticos, la dilatación forzada, y finalmente y en vista del resultado de las consultas, la operación, pues, al fin se decidió la familia.

El procedimiento operatorio fué en un todo el indicado por Chalot, y por eso no entraré á describirle; la operación se llevó á cabo felizmente, sin más incidente que la sección y ligadura de la arteria del frenillo. Siendo ayudado por mi distinguido compañero don Cirilo Gómez.

Y ahora para terminar, solo me resta aconsejar á los compañeros que empiezan á ejercer, el que no desperdicien jamás la ocasión de operar. Hacer todo lo que sea compatible con vuestros medios, que tocaréis las ventajas.

Espino de la Orbada. Enero de 1910.

HISTORIA CLÍNICA

Patología quirúrgica

por BENJAMIN AMADOR

Alumno.

El día 6 de Noviembre de 1908, en esta clínica de Patología quirúrgica, se presentó el enfermo Antonio Rodríguez Sánchez; de 48 años de edad, casado, natural y vecino de Salamanca, de oficio empacador de granos, de constitución regular, idiosincracia desconocida; el cual además ha tenido mal género de vida.

Anamnesis.—El día 8 (que fué cuando yo empecé á interrogarle), no me dió dato alguno de familia que pudiera interesarnos;

únicamente manifestó que él había gozado de buena salud, hasta hace ya bastantes años (no concreta cuando), que le cayó en la estación un cilindro sobre la pierna izquierda, magullándosela por completo hasta el nivel de la rodilla, de resultas de lo cual la tuvo muy mala. Manifiesta que después ésta se le curó, y que solo notaba algunos dolores punzantes á temporadas.

También me dijo que hará tres años próximamente se le abultó mucho un testículo, sufriendo al mismo tiempo grandes dolores, y que después por el contrario, aquél se le ha quedado muy pequeño. Refiere que esta inflamación le duró unos meses, y que le curaron con una pomada amarilla y poniéndole un suspensorio.

Expresa igualmente que, desde esta última fecha, orina con mucha dificultad, y que tiene constantemente incontinencia, sobre todo durante el sueño; todo lo cual él lo achaca al excesivo abuso de las bebidas. El aspecto de la orina dice que es variable; que en ocasiones sale mezclada con sangre, que otras veces es purulenta, y que con frecuencia arroja con ella muchas arenillas.

Interrogándole yo con insistencia acerca de si ha padecido alguna enfermedad venérea ó sifilítica, niega rotundamente, asegurando no haber tenido jamás, mal alguno de mujeres; pero, por el marcado afán que se le vé en manifestarlo, aun antes de que se le pregunte y la molestia que experimenta al hablarle de esto, he venido á sospechar que el enfermo es algo cínico y que no habla con sinceridad; pues el hecho de haber sufrido una *orquitis*, sin haber tenido *parotiditis* ni alguna otra causa que viniera á explicarnos la aparición de aquella, me hace comprender que niega por sistema y que lo que trata es de ocultar que ha padecido una *ble-norragia*.

Estado actual.—Respecto á lo que ahora últimamente, le ha traído á la clínica, manifiesta: que, hará unos 13 ó 14 años, recibió un golpe sobre la misma pierna que ya había tenido lesionada por lo del cilindro, á causa de que le cayó un carro sobre ella; y que ésta no sangró. Cuenta que al principio de este accidente la pierna le supuraba, y que de vez en cuando se le abrían 10 ó 12 ó más bocas; que luego éstas se le cerraron; continuando con muchos dolores, los que se le aumentaban con las variaciones del tiempo, sobre todo con los hielos. Así dice que siguió, hasta hace dos años que la pierna se le erisipeló y se le puso muy hinchada, y, según sus frases, «negra como el carbón».

Entonces, indica que volvieron á curarle con agua sublimada y la pomada amarilla.

Dice (y esto lo repite con insistencia) que, cuando la pierna se le empeora, es cuando mejor se siente de lo de la orina y viceversa.

También manifiesta, que en la cama siente de continuo muy fría la pierna enferma; y que en ocasiones nota, en ella y en el muslo, unos pequeños abultamientos, que se esconden y vuelven á aparecer. (Según parecen deben ser adenitis).

Por el reconocimiento de la región afecta, pude observar la pierna izquierda tumefacta en el tercio medio y algo del inferior, y con manchas amoratadas. Hacia la parte interna aparecían cicatrices deprimidas, como indicio de trayectos fistulosos cerrados no ha mucho; en cambio en el lado externo era mayor la hinchazón. El enfermo acusa mucho dolor á la presión en la parte lesionada.

Diagnóstico.—Dados los antecedentes aportados por el interrogatorio, y los síntomas ostensibles de comprobación adquiridos por el exámen de la parte dañada (como son: tumefacción difusa, manchas amoratadas cicatrices fistulosas), y teniendo también en cuenta que, al introducir el estilete, se apreció la impresión de un choque en una superficie seca y dura, cual prueba de interiores secuestros, nos pone fuera de dudas de que se trata de un caso de *osteomielitis tibial* de origen traumático.

Diagnóstico diferencial.—No debe pensarse en un caso de *osteitis flemonosa*; pues entonces la fluctuación sería más limitada, y no aparecerían tan marcados el dolor terebrante, la pastosidad y la coloración mate y amoratada de los tegumentos.

Tampoco hay para sospechar un foco tuberculoso, por que la osteo-tuberculosis es generalmente epifisaria; y además que, en ese caso daría el individuo, sin duda, antecedentes escrofulosos, y el estilete, al llegar al hueso, nos daría la impresión de un choque en superficie enrarecida, (sensación de aplastar azúcar fundida). Si por último, se tratara de una *artritis*, la lesión recaería más arriba (en la rodilla), y existiría hinchazón de los fondos de saco.

Pronóstico.—Dada la naturaleza del afecto, las condiciones orgánicas desfavorables en que se encuentra el paciente, y la necesidad ineludible que hay que recurrir á un tratamiento quirúrgico no exento de peligros, formulo desde luego un pronóstico grave.

Tratamiento.—Atendiendo al estado en que se presentó el enfermo, lo grave de la enfermedad y el grado tan avanzado de la lesión, no ha habido más remedio que echar mano de un tratamiento radical. Si el hueso no hubiera sido interesado, habría bastado con desprender y desbridar el periostio; pero como aquél se hallaba afectado, se siguió el procedimiento siguiente:

Primero se hizo un lavado con jabón y cepillo y se aseptizó el campo operatorio con una disolución de cianuro de mercurio. Inmediatamente se dió un corte longitudinal de 12 centímetros en la parte anterior y media de la pierna hasta llegar al periostio; se desprendió éste, y á golpe de martillo y escoplo se quitaron los secuestros de la tibia; luego con la gubia se atacaron los secuestros de la parte externa y posterior.

Después se hizo un raspado completo, y el lavado para arrastrar la sangre y esquirlas; se aplicó el termocauterio, dando luego unos toques con tintura etérea de yodo. Por último se hizo la sutura en las tres cuartas partes, y el resto se rellenó de gasa para el desagüe.

Diario de observaciones. Después de la operación, tuvo en la pierna una hemorragia, de poca importancia, el enfermo, y ésta se le cohibió fácilmente.

El día 18 se le levantó el apósito, y se sustituyó la gasa por un tubo de desagüe. El enfermo tenía una temperatura de 38°, 4.

El día 19 era la fiebre 37°, 8.

El día 25 se le hizo una cura y se le levantaron los puntos de sutura.

El 26 se le administró el cacodilato de sosa.

El día 12 de Diciembre abandonó la Clínica.

Ahora, el 14 de Enero, ha vuelto con nuevas ulceraciones en la pierna, que se le están tratando por medio de cura y lavado antisépticos.

COMITÉ DE ORGANIZACIÓN DEL III CONGRESO DE MÉDICOS PRÁCTICOS
QUE SE CELEBRARÁ EN PARÍS DEL 7 AL 10 DE ABRIL DE 1910

PROGRAMA DEL CONGRESO

Los asuntos que hasta ahora figuran en la orden del día para el mismo, son los siguientes:

La ley de 1902 sobre la salud pública; ponentes: doctor Declerq (Lille) y doctor Wicart (París).

Aumento de los honorarios médicos; ponente: doctor Bresselle, Le Vésinet (Seine etc. Oise).

El aborto desde el punto de vista médico-social; ponente: doctor Bertillon, Maisons Laffitte (Seine etc. Oise).

Ejercicio ilegal de la medicina. Las sustituciones médicas; ponente: doctor Levassert (París).

Organización administrativa de los hospitales en el extranjero y Francia; ponente: doctor León Archambault (París).

El hospital y los indigentes; ponente: doctor Régis (París).

Libre elección del Médico y Sociedades de socorros mútuos; ponente: doctor Bolliot, Lyon (Rhône).

Libre elección y grandes administraciones; ponente: doctor Vallat, Joinville (Seine).

Debe limitarse ó no el número de los estudiantes en las Escuelas de Medicina?; ponente: doctor Tourtourat (París).

Consejo médico superior; ponente: doctor Le Fur (París).

Diríjense las comunicaciones relativas al Congreso, al doctor Loreddo, Secretario, rue de la Bootic, 31, París. Las adhesiones, con un envío de cinco francos, al doctor Quidet, Tesorero, rue Bonaparte, 54, París.

Asociación de la Prensa Médica Española

Esta Sociedad celebraría Junta general el día 16 de Febrero corriente, á las seis de la tarde, en el local del Colegio de Médicos, (Mayor, 1), para resolver acerca de la celebración de la Asamblea Nacional de la Prensa Médica.

Los periódicos de provincias se hicieron representar en la misma, designando, al efecto, la persona en quien delegaron dicha representación.

Revista de revistas

La operación precóz de la apendicitis, por Sonnenburg. (Berliner Klinische Woch. nov. 1909.)

La operación precóz de la apendicitis es la preferible; la infección se contiene desde el principio; las propagaciones peritoneales no son temibles; no hay tampoco reacción.

Las formas clínicas, en las cuales se comprenden numerosos aspectos intermedios, son en número de dos; la apendicitis aguda simple y la apendicitis destructiva.

La apendicitis aguda simple, apendicitis catarral, siempre es debida á la extensión de una inflamación intestinal. Puede curar espontánea y completamente por regeneración y restitución del epitelio. Si la inflamación progresa y toma la marcha flemmonosa acompañada generalmente de reacción peritoneal, la regresión de los síntomas puede realizarse, pero persiste entonces al nivel del apéndice reliquia de su infección: cicatrices estenosis y atresias, acodamientos, etc. Cuando, en fin, la afección no retrocede, la apendicitis se hace destructiva: hay gangrena, perforación y peritonitis. En los casos graves la retención de la secreción intra-apendicular, juega un papel importante: es debida á la tumefacción de la mucosa, á los acodamientos, á las estenosis, á las dimensiones anormales del órgano; entraña complicaciones graves, empiema apendicular, gangrena y perforación.

Las formas graves, son en general de origen sanguíneo. La apendicitis no es entonces más que una localización de la infección general. la bacterihemia sobreviene á consecuencia de anginas, de forúnculo, de osteomielitis, etc., es más frecuente en los niños más susceptibles que los adultos. Anatómicamente, el apéndice parece poco atacado, y sin embargo la extirpación contiene pronto el mal; la enfermedad infecciosa mejora por la operación.

Toda la cuestión está en el diagnóstico rápido, no solo de la existencia, si no también de la forma de la apendicitis. Sonnenburg vuelve de nuevo sobre el estudio de la leucocitosis: ha examinado más de 300 enfermos á este respecto, con su asistente Koche. La leucocitosis es tanto más precóz y más intensa, cuanto la afección es más grave; la presencia de mono-nucleares, debe hacer reservar el

pronóstico. Esta leucocitosis no se muestra nunca en las pretendidas formas nerviosas de la apendicitis, que no son más que manifestaciones abdominales del histerismo, y para las cuales la operación es inútil.

Cuando el médico vé al enfermo en el curso de las 24 primeras horas, puede en la gran mayoría de los casos, hacer un diagnóstico cierto, basado sobre la defensa muscular, el dolor espontáneo y la sensibilidad profunda, á la presión de la región ileo-cecal. La extensión de estos síntomas á toda la pared abdominal, indica una extensión de la flogosis á la cavidad peritoneal. Entonces las curvas de leucocitosis del pulso y de la temperatura, son útiles de compararse. Si la temperatura sube á $38^{\circ} 2$, el pulso á 112 y la leucocitosis sube á 22.000, la operación debe hacerse sin tardar. Al contrario con $37^{\circ} 5$, 92 pulsaciones y 15.000 polinucleares, es muy probable que la enfermedad cure por sí misma. Después de la curación, el enfermo será vigilado ante la posibilidad de una nueva infección.

El segundo punto, sobre el cuál insiste Sonnenburg, es la prueba del aceite de ricino. Un purgante administrado á tiempo podrá contener la enfermedad. Es cierto que numerosos casos de indigestión tratados por el médico por medio del aceite de ricino, no son más que apendicitis benignas curadas así. Bajo la influencia de los movimientos peristálticos del intestino, tiene lugar una descarga del contenido séptico del apéndice hacia el ciego, los cálculos apendiculares son movilizados y expulsados y el enfermo se siente mejor en seguida. Si al contrario, se trata de un caso grave, el aceite de ricino es vomitado; el vientre permanece tenso, las asas intestinales paréticas, y es el momento de intervenir.

Con esta terapéutica, Sonnenburg no tiene más que una mortalidad exígua, (de 3 á 5 por 100). Es evidente que será siempre imposible reducirla á cero, porque no se pueden evitar ciertas formas tóxicas y agudísimas que matan al enfermo, sin que ningún tratamiento médico ó quirúrgico pueda remediarlo.

DR. PINILLA.

Vacunación antivarioloso en los países cálidos mediante la linfa desecada. («Revue Scientifique». 5 2-910).

En los países tropicales, el transporte de la linfa vacunal es muy difícil, por que el calor y la luz la esterilizan. Por eso el doc.

tor Loyeny, de Kankan (Guinea francesa), ha ensayado con éxito la vacuna preparada por Camus, desecando rápidamente en el vacío y á baja temperatura, la pulpa vaccinal adicionada de una solución de goma de Senegal.

El diagnóstico de precipitación (precipito-diagnóstico) de la meningitis cerebro-espinal. («Revue Scientifique». 29 1-910).

El método de diagnóstico, debido al doctor Vincent, está basado en la precipitación del líquido cefalo raquídeo centrifugado, por un suero precipitante específico; la reacción se caracteriza por la producción de un enturbiamiento en la mezcla de los dos líquidos, en tanto que los tubos testigos de líquido cefalo-raquídeo, permanecen claros. No se obtienen nunca dicha reacción con el líquido cefalo raquídeo de individuos sanos, ni con el de aquellos enfermos de otras meningitis (triponémica, estreptocócica, tuberculosa, etc.)

Este método permite el diagnóstico en casos muy difíciles, como puede apreciarse en las dos observaciones siguientes, hechas por el autor.

Se trataba de dos enfermos que presentaban todos los signos agudos de meningitis cerebro-espinal; el líquido cefalo-raquídeo era turbio y muy rico en polinucleares, pero ni el exámen microscópico ni las siembras en caldo ascitis, permitieron descubrir ningún microbio; en cambio la precipito-reacción era positiva y permitió formular el diagnóstico que se confirmó por los resultados del tratamiento.

Los dos enfermos bajo la influencia del suero antimeningocócico, tuvieron una defervescencia lenta (uno de ellos) y casi inmediata (el otro), con desaparición de los síntomas meníngeos.

Los pigmentos biliares como medio de diagnóstico. («Revue Scientifique». 29-1-910).

La investigación de dichos pigmentos en las heces fecales, se hace por el sencillo método de Triboulet. Se coloca en un tubo de ensayo un trozo (del tamaño de una avellana) de la materia fecal; se diluye en unos 15 c. c. de agua destilada, fría ó tibia y se añade á la mezcla de 3 á 10 gotas de solución sublimada acética, (cloruro mercúrico 8,5 gramos, ácido acético 1 c. c., agua desti-

lada hasta 100 c. c.) Se forma un precipitado, cuya coloración indica la naturaleza de los pigmentos; si aquélla es verde, corresponde á la biliverdina (producto de oxidación de la biliverdina) y si es roja á la estercobilina.

Una coloración rosada del precipitado y del líquido sobrenadante, indica una función biliar normal. Una tinta verde intensa, revela un catarro debido á un flujo biliar excesivo, á un verdadero catarro ó á una enteritis. Si el tono verde es más claro, prueba una insuficiencia de aporte biliar de una parte, y una ausencia de redacción manifiesta de la bilirulina por la mucosa intestinal, de otra parte. Las coloraciones blancas, amarillas y grises responden á acolías pigmentarias por retenciones naturales ó absolutas é indican una función biliar gravemente comprometida. Las lentas, roja, anaranjada, parda y violeta, corresponden á modalidades pigmentarias defectuosas y revelan aún una insuficiencia funcional de la célula hepática.

DR. GIRAL.

Patología de la Leucemia, por W. Ebstein. (Comunicación presentada al XVI Congreso Internacional de Medicina. Budapest, 1909).

El trabajo del sabio médico de Göttinga, que extractamos á continuación, es el producto de una amplia experiencia y concienzudo análisis de los hechos.

Divide la leucemia en aguda y crónica, división indudablemente la de mayor sencillez y sentido clínico, pues aunque generalmente se aceptan divisiones atendiendo á la fórmula leucocitaria, no suele haber entre ellas límites bien determinados, observándose numerosas formas de transición.

La leucemia aguda tiene una duración de dos meses como término medio, aunque se citan casos excepcionales en que la muerte ha ocurrido á los diez días, y otros más lentos, hasta de medio año, que establecen la transición á las formas subagudas; pero no se observa nunca el hecho de que la forma aguda pase á la cronicidad.

Ataca preferentemente al sexo masculino, en los tres primeros decenios de la vida. A veces hace su explosión en una localidad, atacando simultáneamente á varias personas. Puede atacar á

sujetos que se hallen en completo estado de salud ó presentarse después de enfermedades infecciosas, agudas ó crónicas, entre las que juegan papel principal la malaria y la sífilis, ó después de traumatismos y estados de agotamiento, como embarazos y lactancias repetidas.

Su comienzo suele ser brusco, con escalofrío, fiebre, dolor de cabeza y miembros. Si el dolor es articular, puede parecer un reumatismo agudo y si dominan los síntomas nerviosos y el infarto del bazo, el diagnóstico puede confundirse con el de fiebre tifoidea.

Las amígdalas son afectadas casi siempre y también suele haber infartos de los ganglios del cuello. Aparecen también síntomas pseudo-escorbúticos y hemorragias en diferentes partes; el predominio de uno de estos síntomas dá nombre á las distintas formas que pueden admitirse: *anémica*, *hemorrágica*, *anginosa* y *pseudo-escorbútica*.

Solo de manera muy excepcional faltan las hemorragias en la leucemia aguda y según su intensidad originan anémia más ó menos intensa.

Es un síntoma de mucha importancia la tumefacción de los ganglios linfáticos, aunque no suelen alcanzar el gran tamaño que en la forma crónica, pero pueden aparecer también en lugares desusados (flexura del codo, por delante de la clavícula, etc.) Suelen participar igualmente los ganglios mediastínicos, los mesentéricos y la glándula timo; esta tumefacción del timo es una de las principales causas de la disnea que tienen estos enfermos, así como del edema de la cara que pueden presentar.

El bazo está algo tumefacto, pero no alcanza generalmente los grandes tamaños que en la leucemia crónica. En las formas mieloides, puede haber también tumefacción del hígado.

De los síntomas gastro-intestinales, el más constante es la diarrea, debido á la tumefacción del aparato linfático del intestino, en el que á veces llegan á formarse ulceraciones.

La formación de linfomas tiene lugar en los más distintos puntos, singularmente en las encías que se ponen tumefactas, blancas y blandas y con asiento de hemorragias repetidas. La tumefacción puede extenderse á los labios y la cara que se pone edematosa, y en las partes así dañadas puede presentarse la gangrena.

Las formaciones linfomatosas se extienden también á la cavidad nasal, intestinos, pulmones, hígado, riñón y paredes de los vasos. Estos linfomas de la pared vascular, son causa de las profusas hemorragias que tienen estos enfermos, que antes eran explicadas por la llamada *diatesis hemorrágica*, y que producen síntomas especiales, según el punto en que radican: sistema nervioso central, órganos de los sentidos, piel, cavidades orgánicas, etcétera.

El síntoma cardinal para el diagnóstico, depende del análisis de la sangre, que es en el que se demuestra el aumento de los glóbulos blancos y el predominio de las distintas variedades, que dan nombre á las formas linfoide ó mielógena de la leucemia. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que estas ulceraciones pueden presentarse tardíamente y solo en un periodo ya avanzado de la enfermedad.

Según el autor, puede aceptarse el diagnóstico de leucemia cuando el número de glóbulos blancos pasan de setenta mil por milímetro cúbico.

La marcha de la temperatura no ofrece en la leucemia aguda, una imagen especial, sino que es completamente atípica, á veces con periodos intercalares apiréticos y á veces con oscilaciones de mucha intensidad.

La orina tiene fuerte reacción ácida; la cantidad de nitrógeno está aumentada notablemente, como también el ácido úrico.

La muerte suele ocurrir por hemorragias, espontáneas (epistaxis, hemorragia intestinal, etc.) ó provocadas (aplicación de ventosas escarificadas, abulsión de un diente, etc) ó también por enfermedades infecciosas intercurrentes. La cuestión de si puede curarse la leucemia aguda, ha sido muy discutida. El autor dice haber encontrado en la literatura *solamente un caso* en que puede aceptarse el término por curación.

La *leucemia crónica* suele tener un comienzo gradual é insidioso; como generalmente no se marca bien su principio, es también difícil establecer su duración total; sin embargo el término medio parece ser de 1 1/3 á 2 años, aunque se citan casos raros de 8 y 10.

Prescindiendo de su larga duración y de la falta de agudeza en sus comienzos, es por lo demás, en su conjunto de síntomas, del todo semejante á los que hemos descrito para la forma aguda.

Se ha hablado mucho de leucemias atípicas; el autor piensa que esto no está bien justificado, es más exacto hablar de fórmulas sanguíneas atípicas, cuando éstas se desvían del tipo habitual. Las variedades que se admiten también en la forma crónica, por el predominio de uno ú otro síntoma, no presenten tampoco entre sí, límites bien precisos.

Se pueden admitir en el curso de la enfermedad, dos estados diferentes: En el primero se desarrollan, después de ciertos variables síntomas premonitores, las alteraciones leucémicas en los órganos de formación sanguínea y ordinariamente también en la misma sangre. Lo más notable de este primer periodo es la aparición de remisiones ó intermisiones de la enfermedad, bien sea espontáneamente, bien bajo el tratamiento del arsénico y los rayos Röntgen. Estas intermisiones se acompañan de tal retroceso de síntomas, que pueden asemejarse á verdaderas curaciones.

En el segundo estado de la leucemia crónica, ó estado *cachéctico*, aparecen las manifestaciones de la llamada *diatesis hemorrágica*, ó por mejor decir, la propensión á las hemorragias, que reconocen el mismo origen y que dan motivo á síntomas análogos á los descritos anteriormente.

En la fórmula sanguínea de la Leucemia crónica, parece predominar el tipo mixto, al revés de lo que acontece en la forma aguda, en la que por lo general dominan los linfocitos.

Los demás síntomas son análogos á los descritos en la forma anterior, aunque se puede decir en tesis general, que la forma aguda no presenta tan grandes tumoraciones de los ganglios, del bazo y del hígado, como las que suelen aparecer en la leucemia crónica.

La formación de linfomas asienta también en los más distintos puntos del cuerpo: órganos de los sentidos, retina, oído, y á veces en sitios del todo inusitados; se han visto casos de tumoraciones leucémicas en los párpados, dando lugar á exoftalmia doble.

La eliminación del nitrógeno está muy aumentada en los casos graves, así como también la del ácido úrico. En los riñones se aprecian algunas veces infartos y cálculos uráticos.

Por lo que se refiere á la naturaleza ó esencia de la leucemia, hay datos importantes para pensar en el carácter infeccioso de la misma; tales datos se apoyan en hechos de observación clínica y de experimentación en los animales. Muchas clases de animales

domésticos muestran predisposición para padecer leucemia. Sin embargo no se ha llegado á lograr la prueba más decisiva en favor de su infecciosidad, que sería la inoculación de la misma á los mamíferos.

Existe, no obstante, una enfermedad de las gallinas, que se presenta en pequeñas epidémias, y que por su fórmula hematológica, así como por las variaciones de los órganos de formación sanguínea, tiene analogías muy ostensibles con la leucemia humana. Los experimentos de Ellermann y Bang, han conseguido transmitir esta enfermedad de gallinas enfermas á gallinas sanas, sosteniendo esta trasmisión á través de varias generaciones. De estas investigaciones deducen sus autores, la naturaleza infecciosa de la leucemia de las gallinas, aunque no se ha podido hallar todavía el microbio productor.

Todas las investigaciones que se han hecho hasta el presente, para demostrar el agente patógeno de la leucemia humana, han resultado infructuosas, y tanto los Hemamöbas de Löwit, como otros supuestos gérmenes, no pasan de ser meras hipótesis sin confirmación.

Aun aceptando el supuesto de la naturaleza infecciosa de la leucemia, queda por resolver la cuestión, del asiento primitivo de la enfermedad, en los ganglios, en el bazo ó médula ósea, en varios de éstos á la vez, ó quizá en la misma sangre; hipótesis esta última, que es hoy la más comúnmente aceptada, aun cuando todavía no está dicha la última palabra sobre este asunto.

Entre los estados patológicos que se desarrollan, amenudo durante el curso de la leucemia, deben mencionarse la septicemia, influenza, erisipela, pneumonia y tuberculosis.

De tratamiento, lo más recomendado hasta el presente, es la administración de preparados arsenicales combinados con las aplicaciones de rayos Röntgen, que en ciertos casos parecen haber dado resultados muy satisfactorios.

DR. CAÑIZO.

VACANTES

Horcajo de Montemayor (Salamanca).—Por renuncia espontánea del que á satisfacción del Ayuntamiento y vecindario la vie-

ne desempeñando, se halla vacante la plaza de Médico titular de este Municipio, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagadas de los fondos municipales por trimestres vencidas por la asistencia de cuatro familias pobres, transeuntes, expósitos y casos de mano airada, pudiendo además, contar el agraciado con 150 fanegas de trigo de las igualas del resto del vecindario. Los solicitantes han de ser licenciados en Medicina y Cirugía, circunstancia que probarán con el título académico. El plazo para la presentación de solicitudes en esta Alcaldía hasta el 6 de Marzo, con arreglo á lo prevenido en la Instrucción general de Sanidad.—El alcalde, Juan Rodríguez.

—San Martín de los Herreros (Palencia).—Se halla vacante la plaza de Médico titular de este municipio, Rebanal de las Llantas y Resoba, agrupados para la asistencia facultativa, al que se asociará Santibáñez de Resaba, si no hubiere quien solicite la que tiene anunciada, de treinta familias pobres de los mismos, con la dotación de 750 pesetas anuales, satisfechas por trimestres vencidos, clasificada, por tanto, en quinta categoría y la cual ha de proveerse el 5 de Marzo, por individuos del Cuerpo de Médicos titulares, conforme á las disposiciones legales vigentes; Las solicitudes documentadas se presentarán en la Secretaría de este Ayuntamiento dentro de dicho plazo; lo que se anuncia al público para conocimiento de los interesados. San Martín de los Herreros, 31 de Enero de 1910 —El alcalde, Isidro Moreno.

—Budia (Guadalajara).—En 1.º de Abril próximo y por renuncia del que actualmente la desempeña, quedará vacante la plaza de Médico titular de esta villa, dotada con 500 pesetas anuales, por la asistencia de 70 familias pobres; y por acuerdo del Ayuntamiento y Junta municipal, se anuncia á concurso hasta el 4 de Marzo, durante cuyo plazo pueden los señores facultativos que deseen obtenerla, presentar sus instancias debidamente documentadas en la Secretaría de Ayuntamiento.—El alcalde, José Bermejo.

Elgueta (Guipúzcoa).—Se halla vacante la plaza de Médico titular de esta villa, por renuncia del que la desempeñaba, dotada con el sueldo anual de 500 pesetas, por la asistencia gratuita á los pobres de la localidad y prestación de servicios sanitarios previstos por la ley. Los aspirantes, que precisamente deben poseer el idioma vascongado y llevar cuando menos cinco años de práctica

en su profesión, presentarán sus solicitudes documentadas en esta Alcaldía hasta el 4 de Marzo.—El alcalde, Juan Berrando.

—Pastrana (Guadalajara). El Ayuntamiento de esta villa ha acordado en sesión de 23 del actual, se anuncie vacante la plaza de Médico titular, motivada por renuncia del que la desempeñaba, con la dotación de 750 pesetas anuales, pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos y asistencia de 100 familias pobres, según se hallan clasificadas por la Corporación, bajo las condiciones establecidas en dicha sesión y con sujeción á las disposiciones del Real decreto de 14 de Junio de 1891, Instrucción general de Sanidad pública de 12 de Enero de 1904 y Reglamento del Cuerpo de médicos titulares de 14 de Octubre de dicho año de 1904. Y para cumplimiento de tal acuerdo, se anuncia dicha vacante, fijándose el término hasta el día 4 de Marzo para admitir solicitudes de aspirantes que han de ser licenciados en Medicina, acompañadas del título original ó cópia autorizada del mismo, con relación detallada y firmada de los interesados, en que consten los méritos y servicios, cuyos documentos se dirigirán en el indicado plazo á esta Alcaldía.—El alcalde, Manuel Cortijo.

—Moraleja de Coca (Segovia).—Por renuncia del que la venía desempeñando, se halla vacante la plaza de médico titular de este Municipio, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, por la asistencia de 20 familias pobres y casos de oficio abriéndose concurso á fin de proveerla, por término de quince días (los señores alcaldes no quieren entender que es de treinta días el plazo de admisión de solicitudes, de modo que con arreglo á lo ordenado debe terminar el día 7 del próximo Marzo) contados desde el 7 de Febrero, pudiendo los aspirantes presentar sus solicitudes ante esta Alcaldía, durante dicho plazo. Será agraciado con la indicada plaza, aquél aspirante que presente, además de su título profesional, la mejor hoja de estudios ó servicios, quedando en libertad para contratar las iguales con 90 vecinos pudientes de este pueblo, con obligación de tener residencia fija en esta localidad.—El alcalde, Angel Conde.

—La Pesquera (Cuenca).—Por defunción del que la desempeñaba, se halla vacante la plaza de médico titular de esta villa, dotada con el sueldo anual de 375 pesetas pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, por la asistencia de familias pobres, mas la cantidad á que pueda ascender el igualatorio. Los

aspirantes á dicha plaza presentarán sus solicitudes debidamente documentadas en esta Alcaldía, durante el plazo de quince días, á contar desde el siguiente al en que aparezca inserto el presente en el «Boletín Oficial» de la provincia (7 de Febrero). Señor alcalde: son treinta los días que está mandado, de modo que legalmente el plazo de admisión de solicitudes debe terminar el 7 de Marzo próximo.—El alcalde, Pedro Terrades.

—Montemarta (Zamora).—Por renuncia del que la desempeñaba, se halla vacante la plaza de médico titular de este pueblo, dotada con el sueldo anual de 1 000 pesetas, por la asistencia de 32 familias pobres, la cual ha de proveerse en propiedad con arreglo á las disposiciones del Reglamento del Cuerpo de médicos titulares y sus complementarias. Los aspirantes presentarán sus solicitudes acompañadas de los títulos académicos en la Secretaría municipal dentro del término de 30 días hábiles, contados desde el siguiente al de su inserción en el «Boletín Oficial» de la provincia (día 2 de Febrero).—El alcalde, Ladislao Espina.

—Alba de los Cardaños (Palencia).—Se anuncia vacante la plaza de médico titular de este distrito, con la dotación de 100 pesetas, pagadas de los fondos municipales por trimestres vencidos por la asistencia de los pobres, transeuntes y niños expósitos, quedando en libertad el agraciado para contratar con 116 vecinos á razón de una fanega de centeno cada uno, que cobrará en el mes de Septiembre de cada un año. Los aspirantes á dicha plaza presentarán sus solicitudes en la Secretaría del Ayuntamiento dentro del plazo de 30 días, siguientes al de la inserción de este anuncio en el «Boletín Oficial» de la provincia (día 1.º de Febrero), con los documentos que acrediten sus aptitudes para el desempeño de la misma.—El alcalde, Felipe Sierra.

A N U N C I O

Se anuncia la vacante de la plaza de Médico de la Sociedad de mareantes de esta villa, que consta de unos 360 socios, reducidos á unas 150 familias, habitantes todas en el casco de la población.

Los aspirantes á dicha plaza dirigirán sus solicitudes al Presidente de la Sociedad, en pliegos cerrados y certificados, cuidando de señalar el sueldo que deseen ganar anualmente.

Dicha plaza se proveerá con arreglo al pliego de condiciones que se halla de manifiesto en la casa de ventas de esta villa.

Las solicitudes se admitirán hasta el 28 del mes de la fecha.
Cudillero 1.º Febrero 1910.—El Presidente, José M. López.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

RECTIFICACIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE LAS PLAZAS DE MÉDICOS TITULARES (1)

PROVINCIA DE SALAMANCA

| 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 kmtros. 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 | | | | |
| Sorihuela y Fresnedoso..... | 1 | 1 | Díaz Hernández. | Luís | 1255 | 1390 | 30 | 30 | 8.831 | 290 | 1000 | 3.250 | 9 | Llana. | 4. ^a |
| Valdefuentes... .. | 1 | 1 | Calvo.... .. | Arturo..... | 1500 | 1550 | 30 | 25 | 5.914 | 325 | 1000 | 3.250 | " | Accidentado. | 4. ^a |
| Valdelacasa y La Puebla.. . . | 1 | 1 | Moreno Pérez..... | Hermenegildo | 1369 | 1374 | 21 | 14 | 4.000 | 1000 | 1000 | 3.000 | 10 | Montañosa. | 4. ^a |
| Vallejera, Valdesangil y Fuentebuena..... | 1 | 1 | González Clemente.... | Francisco.... | 939 | 1022 | 14 | 14 | | 350 | 750 | 3.250 | 5 | Accidentado. | 5. ^a |
| PARTIDO DE CIUDAD-RODRIGO | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad-Rodrigo..... | 2 | 3 | Mirat Villar.... .. | Angel..... | 8930 | 8930 | 606 | " | 89.678 | 1000 | 1500 | 4.000 | 3 | Accidentado. | 3. ^a |
| Aldea del Obispo..... | 1 | 1 | Hernández Badillo.... | Frnco. León | 1060 | " | 20 | 30 | 5.000 | 1000 | 1500 | 2.500 | " | " | 4. ^a |
| Castillejo de Dos Casas..... | 1 | 1 | Paniagua Vicente..... | Juan Manuel | 350 | " | 6 | 10 | 2.500 | 250 | 1000 | 3.000 | 4 | " | 4. ^a |
| Encina, con Pastores..... | 1 | 1 | Ibáñez García... .. | Vicente.. . . . | 805 | 880 | 22 | 22 | 4.952 | 185 | 750 | 2.500 | 6 | " | 5. ^a |
| Peñaparda..... | 1 | 1 | Gil Santo Domingo.... | Antonio..... | 1329 | 1400 | 40 | " | 6.085 | 999 | 1500 | 3.000 | " | " | 3. ^a |
| Villasrubias..... | 1 | 1 | Viñuela Cristobal..... | Victor..... | 707 | 800 | 25 | " | 5.313 | 200 | 1500 | 2.000 | " | " | 4. ^a |
| Robleda..... | 1 | 1 | Moreta Martín..... | Antonio..... | 1436 | 1447 | 70 | " | 10.868 | 500 | 1000 | 2.000 | " | " | 4. ^a |
| Sepulcro-Hilario..... | 1 | 1 | | | 898 | 900 | 30 | " | 7.304 | 750 | 1000 | 4.000 | 4 | Montañosa. | 4. ^a |
| Abusejo..... | 1 | 1 | | | 733 | 740 | 20 | " | 6.454 | 250 | 1000 | 4.000 | 4 | | |
| PARTIDO DE LEDESMA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ledesma..... | 1 | 2 | Sánchez Hernández... | Eduardo.... | 3399 | " | 150 | 300 | 38.294'50 | 787 50 | 2000 | 3.500 | 8 | Montañosa. | 2. ^a |
| Campo de Ledesma..... | " | 1 | Vacante. | " | 402 | " | " | " | | 125 | 750 | 3.000 | " | Idem. | 5. ^a |
| Villaseco y Gejo de los Reyes | 1 | 1 | Sánchez Hernández... | Ramón..... | 1473 | " | 17 | " | 9.492'96 | 334 | 1000 | 3.000 | 8 | Idem. | 4. ^a |
| PARTIDO DE PEÑARANDA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Macotera... .. | 1 | 2 | Zurdo Moro..... | Rafaél..... | 3200 | 3800 | 310 | " | 23.903'00 | 1500 | 3000 | 5.500 | " | " | 23. ^a |
| Santiago de la Puebla..... | 1 | 1 | García Hernández.... | Gabino..... | 1370 | " | 60 | " | 14.000'00 | 500 | 1000 | 3.500 | " | " | 4. ^a |
| Tarazona..... | 1 | 1 | González Campos..... | Isidro..... | 718 | " | 30 | " | 7.439'00 | 750 | 750 | 3.000 | " | " | 5. ^a |
| Villoria..... | 1 | 1 | San Pedro Cosme..... | Cipriano.... | 1114 | " | 15 | " | 10.795'00 | 750 | 1000 | 4.000 | " | " | 4. ^a |
| Villaflores..... | 1 | 1 | Alonso Díez.. | Aniano..... | 773 | " | 35 | " | 9.218'00 | 987 | 750 | " | " | " | 5. ^a |
| PARTIDO DE SEQUEROS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alberca..... | 1 | 1 | Gallego Rodríguez.... | Domingo.... | 1713 | " | 50 | 100 | 12.186'00 | 999 | 1000 | 3.000 | 1 | Accidentada. | 4. ^a |
| Arroyomuerto..... | " | " | | | 339 | 350 | " | 10 | 1.950'00 | 40 | " | " | " | " | " |
| San Martín del Castañar. | 1 | 1 | Guzmán Tapia..... | Fructuoso.. | 846 | 864 | 33 | 45 | 7.790'00 | 750 | 1500 | 3.000 | 6 | Idem. | 3. ^a |
| Nava de Francia... .. | " | " | | | 386 | 475 | " | 12 | 1.937'00 | 80 | " | " | " | " | " |
| Alberguería y Santo Domingo, Linares de la Sierra y Herguijuela de la Sierpe..... | 1 | 1 | Domínguez Sánchez... | Manuel..... | 2050 | 2060 | 50 | 70 | 10.488'00 | 560 | 1000 | 3.300 | 5 | Rgular. | 4. ^a |
| Aldeanueva de la Sierra, Tama- mes con sus agregados, Avililla y Pedraza, Serván- dez y Altejos..... | 1 | 1 | Infante Ortiz..... | Luís..... | 1676 | " | 100 | 150 | 16.833'09 | 999 | 1500 | 3.100 | 6 | Idem. | 3. ^a |

Asociación de la prensa Médica española

Comisionado amablemente por el director de esta Revista, el doctor Segovia, para llevar la representación en la Junta General verificada en esta corte el 16 del presente, voy á dar cuenta sumaria á los lectores.

Bajo la presidencia del doctor Larra y Cerezo y actuando como secretario el doctor Pérez Noguera se verificó la reunión en el local del Colegio Médico. Asistieron á ella buen número de representantes de periódicos médicos españoles adhiriéndose otros por carta á los acuerdos que en ella se tomaron.

El presidente expuso, con la galanura de frase que le caracteriza, el objeto de la reunión que no era otro que el de contestar á la invitación del doctor Rodríguez Méndez, de Barcelona, para la celebración de la Segunda Asamblea Nacional de la Prensa Médica, con motivo del Congreso de la Tuberculosis, que tendrá lugar en aquella capital, del 16 al 22 del próximo mes de Octubre; siguieron después breves consideraciones sobre el asunto, haciendo un poco de historia de lo que ha sido la Asociación, y esbozando planes más amplos para el porvenir y aprobadas completamente las ideas expuestas por el doctor Larra, se tomaron los siguientes acuerdos:

1.º Celebrar la Segunda Asamblea Nacional de la Prensa Médica en Barcelona, coincidiendo con el Congreso de la Tuberculosis, que ha de tener lugar en dicha capital durante el mes de Octubre próximo.

2.º Nombrar Presidente Honorario de la Asamblea al doctor Rodríguez Méndez.

3.º Conceder un voto de confianza á la Junta Directiva, para que lleve á término los trabajos de organización de la Asamblea.

Esperemos que esta Asamblea, por la índole de las personas que en ella intervienen, sea fructífera en resultados.

Conferencias en la Facultad de Medicina

Ha comenzado una labor de extensión universitaria en nuestra Facultad de Medicina, á cargo de profesores de la casa y pro-

sesores libres, que ha de redundar en beneficio de la cultura escolar.

El 16 de Febrero dió la primera de estas conferencias el doctor Pinilla, ocupándose de la *Poliomielitis anterior aguda, y las nuevas adquisiciones sobre su etiología*.

Comenzó haciendo un bosquejo de la marcha evolutiva de la enfermedad. Recordó los clásicos estudios de Charcot y Joffroy, de Medin y Strumpel, y después de algunas consideraciones sobre el diagnóstico, expuso las investigaciones de Flexner, de Lewis y de Levaditi sobre el virus filtrante que origina el padecimiento.

Prueba Flexner que una emulsión de médula de un enfermo de Poliomiélitis, es capaz de provocar en monos y conejos el mismo síndrome.

Según Levaditi, este virus filtrante sería un organismo vivo, un corpúsculo redondeado, dispuesto en parejas y que se colorean por el método de Giemsa.

Lo importante de estos datos se traduce por el hecho de que la emulsión de este virus tiene efectos profilácticos sobre el mono, que resiste sin novedad inyecciones, que testigos no aguantan sin fenómenos de parálisis.

El doctor Pinilla presentó luego casos clínicos, uno de los cuales exhibe parálisis flácida y síntomas de poliencéfalitis, como paso de infección de médula á cerebro, otro con síntomas de parálisis espástica, y Babinski y que sin embargo no ha tenido ictus ni pérdida de la inteligencia. Serán objeto estos casos de algún escrito del citado profesor.

A la conferencia de que damos cuenta, seguirán otras de los doctores Cañizo y Alonso.

BIBLIOGRAFIA

Tratamiento de la uretritis crónica. (Consultas médicas francesas, edición española, cuaderno XIII), por el doctor Emile Jeanbrau, profesor agregado en la Facultad de Montpellier jefe del servicio de las enfermedades de las vías urinarias en el Hospital general. En 16º de 24 pág. (A. Poinal, editor, 11, rue Dupuytren, París: Precio: 0'50 frs. franco; suscripción anual, 4 francos.

Noticias

La *Revista Sanitaria*, de Jaén, y el *Boletín del Colegio Médico*, de Huesca, han tenido la distinción de reproducir el artículo de nuestro colaborador doctor López Peláez, titulado «Operadores rurales», publicado en el número de Enero en la *Revista Médica Salmantina*.

Agradecemos la atención y á la vez les estimamos se dignaran señalar la procedencia, si en lo sucesivo encontraran en nuestro periódico algo merecedor de reproducir.

*
* *

El Colegio Médicos de Madrid ha adquirido un aparato universal de proyecciones del doctor Kayserlin, de Berlín, cuyas pruebas efectuó el doctor Pulido, auxiliado por su señor hijo, el doctor Pulido Martín, y por el señor Aguilar, en una sesión anunciada al efecto.

*
* *

En breve se inaugurará en Salamanca una nueva instalación sanitaria, hará las veces de Barracón para casos epidémicos.

La antigua sala de disección del clausurado Hospital, es la que servirá para estos usos, después de haberse levantado en ella un tabique y arreglado convenientemente.

Allí podrán ir también las familias de los enfermos de viruela, mientras se desinfecta su domicilio, y en fin, podrá en casos extremados, servir en Sala de variolosos.

*
* *

Se ha dispuesto, por Real orden de 20 de Enero, publicada en la *Gaceta* del día 22, que según dispone el art. 5.º del Real decreto de 27 de Julio de 1900, los Auxiliares que desempeñen el cargo durante dos años consecutivos y dejen el servicio activo, conservarán el derecho á tomar parte en las oposiciones reservadas al turno de Auxiliares, disposición que se hará aplicable á todos los Catedráticos numerarios que dejasen ó hubieren dejado el servicio activo con posterioridad á la promulgación del referido Real decreto.