Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Heridas accidentales y operatorias de los gruesos vasos sanguíneos del cuello, por el Dr. Abelardo Lloret. (Continuación.)

Contribución al estudio del diagnóstico diferencial entre las hernias traumáticas y no traumáticas, por el Dr. José
Listerri.

Sesiones científicas del Instituto Médico Valenciano: Algunas consideraciones sobre la apendicitis, por el Dr. Pérez Feliu. Conferencia del 15 de Febrero de 1911.

Revista de revistas.

Varia: Certámenes y Concursos. - Oficial. - Vacantes.

Memorias premiadas por el Instituto: Investigación urológica de la glucosa, primer premio del certamen correspondiente al año 1910, tema tercero de los premios ordinarios del Instituto, Dres. J. y T. Peset. (Continuación.)

AVISO

Se ruega á los señores socios corresponsales del Instituto Médico Valenciano, se sirvan remitir á la mayor brevedad, el importe de la cuota de su inscripción, con objeto de regularizar la marcha administrativa de dicha Corporación.

La remisión de dicha cuota pueden hacerla los señores socios, por medio de sobre monedero, libranza del Giro Mutuo, sellos de correo ó por cualquier otro medio á comodidad de los señores remitentes.

Heridas accidentales y operatorias de los gruesos vasos sanguíneos del cuello

Por el Dr. Abelardo Lloret

II

Entre mis notas clínicas conservo la historia del siguiente caso, que hace referencia á una herida operatoria de la tiroidea inferior y que presentó en alto grado las dos complicaciones de las heridas del cuello, es decir, la hemorragia y la asfixia. Se trata de una señora joven que padecía un bocio parenquimatoso enorme, con graves ataques de faquicardia y de disnea. Se le practicó la tiroidectomía extra-capsular con ligadura de los cuatro pedículos vasculares. Incisión en L, la rama corta prolongada sobre la clavícula izquierda. Seccionados los músculos infra-hioideos, desprendo con el dedo y con suaves presiones todo su lóbulo, y obtenido esto, la compresión sobre la tráquea disminuye y la enferma respira mejor, viéndose bien el campo operatorio, sobre todo los troncos venosos eferentes. Esta luxación del lóbulo hipertrofiado facilita enormemente la ligadura de los pedículos

vasculares. La tiroidea superior fué ligada separadamente de la vena, para evitar una posible inclusión del nervio laríngeo superior subyacente á la arteria. La ligadura de la tiroidea inferior, es realmente el tiempo difícil de la tiroidectomía extra-capsular; esta gruesa arteria que sube de la sub-clavia penetra en el tumor á alturas diferentes ó variables; haciendo bascular el cuerno izquierdo hacia adelante y adentro, se vió distintamente al recurrente por detrás de la arteria contra el borde lateral de la tráquea, colocando sobre la arteria una ligadura de catgut lo más hacia fuera posible. En el lado derecho se había practicado la maniobra de Mikülicz, con objeto de dejar un pedículo tiroideo en evitación de la caquexia strumipriva, por insuficiencia del tiroides. La operación terminada, se suturó por planos que reconstruyeron la arquitectura de la región, borrando los espacios muertos, y se dejó como precaución una mecha filtrante en el ángulo inferior de la herida. Trasladada la enferma á su lecho, bien pronto se iniciaron los primeros vómitos clorofórmicos causantes del accidente que relatamos. Hay que advertir que la paciente estaba embarazada de cinco meses. Apenas hacía un cuarto de hora que había dejado á la enferma, vienen á llamarme diciéndome que la enferma no respiraba bien; no hice gran caso del aviso y supuse que serían pequeñas molestias causadas en una embarazada por los vómitos ó por la reacción operatoria, y apenas transcurridos diez minutos, un aviso urgentísimo me decía que la enferma se estaba muriendo. Fuíme corriendo á la Fonda de Europa, afortunadamente muy cercana á mi domicilio, no sin antes coger mi caja de instrumental, y á mi llegada junto á la operada sufrí una impresión que jamás olvidaré: la enferma sin pulso, fría, con los ojos saliendo de sus órbitas, parecía morirse; no se apreciaba el pulso en la radial y un tiraje marcadísimo señalaba la existencia de la asfixia por compresión laringo-traqueal, debida á un derrame sanguíneo. Aquella asfixia mortal no era la resultante de ese proceso de reblandecimiento trófico de la tráquea de que habla Kocher y que hace que el conducto aéreo se aplaste como vaina de sable; un grueso hematoma del cuello, pulsátil, me hizo en el acto comprender que la presión en el foco hemorrágico, era superior á la resistencia que ofrecían las paredes de la tráquea. Estaba solo; mis ayudantes se habían retirado terminada la toilette de la operada, y no había momento que perder: la enferma fué llevada á la cama de operaciones, que todavía no había sido retirada; rápidamente se cortaron todos los puntos de sutura, dando paso á una cantidad enorme de coágulos que al evacuarse facilitaron mucho la respiración de la enferma. Fué aquello como una resurrección. Desprendidos con la mano los últimos coágulos, un chorro enorme de sangre rutilante salió del ángulo inferior de la herida, ya bien expuesta á mi vista. Mi dedo obstruye la herida vascular ¿de qué vaso? las venas tiroideas y accesorias y los pedículos vasculares habían sido bien ligados; ninguno de los gruesos troncos, carótida ni yugular interna, se había lesionado durante el acto operatorio, estaba sobre el tubérculo de la 6.ª vértebra cervical; dos separadores de Farabef reclinando el conducto laringo-traqueal hacia adentro, y fuertemente el paquete vascular-nervioso, hicieron campo suficiente para que pudiese aplicar una pinza de Kocher primero, y acto seguido una fuerte ligadura en lo profundo del cuello sobre la tiroidea inferior, que era en esta enferma de más calibre que la carótida externa. Ni el recurrente, ni el gran simpático fueron interesados á pesar de que la infiltración sanguínea dificultaba la apreciación de los detalles anatómicos. Aquella misma tarde abortaba la enferma, hecho que no agravó el estado ni perturbó la marcha favorable de la herida, siendo dada de alta la enferma, completamente curada, veinte días después.

A veces esta hemostasia en la herida es impracticable, y no siempre se puede hacer la

ligadura de los dos extremos del vaso seccionado en la herida. Las heridas de la carótida interna en la excavación retro-maxilar y en el espacio maxilo-faríngeo, son las que presentan más dificultades á esta práctica, á poco que el cirujano intervenga tarde y que la región se presente alterada por el hecho de la infección. Sobre todo las heridas por arma de fuego entran de lleno en esta categoría, porque el traumatismo ha cambiado profundamente la anatomía de la región. He aquí un caso de nuestra práctica, un poco engorroso: un hombre de 28 años, vecino de un pueblo cercano á la capital, fué herido de una puñalada en la región supra-tiroidea lateral, un poco por detrás del ángulo de la mandíbula. La hemorragia primitiva es formidable; más de un litro de sangre estima el médico del pueblo que perdió el herido. Un barbero que se encontraba cerca del herido, en el café ó taberna donde sucedió el accidente, hizo como pudo y con un pañuelo de bolsillo el taponamiento. A la llegada del médico se hizo un taponamiento más completo, pero se tuvo la mala idea de empapar con percloruro de hierro la gasa de taponar, y como si ello fuera poco, y para mayor seguridad, se colocó también abundantemente empapada en percloruro gruesa capa de algodón y un vendaje compresivo, todo lo apretado que fué posible. La hemorragia parece que se cohibió por el momento. El herido lo había sido á la una de la tarde. Aquella noche la pasó intranquilo; por la mañana había disfagia, fiebre, dolor y tumefacción en el cuello. A la noche siguiente, hemorragia secundaria que obliga á cambiar el taponamiento v que empapa de sangre roja las ropas del enfermo. Nuevo taponamiento al percloruro, y en vista de que persiste su babeo sanguíneo, de que la tumefacción del cuello y la disnea aumentaban, obtiene la familia el permiso de trasladar el herido á la capital, en donde nos encargamos de su asistencia. Es indudable que existe un grueso vaso herido, y lo que es peor, que la herida vascular es séptica; el aspecto inflamatorio del cuello, el dolor, la fiebre, y sobre todo, las hemorragias consecutivas ó secundarias que sufrió el herido son hemorragias de infección; ¿cuál es el vaso herido?, ¿es arterial?, ¿es venoso? He aquí un primer problema diagnóstico que no nos ilustra gran cosa, y además en esa región es de difícil solución: el color rutilante de la sangre, no es más que una muy débil presunción porque la sangre de la yugular interna es también muy roja, y en cuanto al aspecto saccadé del caño se pierde en los vasos cercanos al corazón, donde el chorro tiende á hacerse continuo. La persistencia del latido arterial en el tronco vascular ó en sus colaterales, y aquí latía estrepitosamente la carótida primitiva y la temporal superficial, es quizá mejor indicio para suponer que la lesión vascular no reside ni en la carótida primitiva ni la carótida externa ó alguna de sus colaterales, excepción hecha de la occipital, que pudo ser también herida junto con la carótida interna y la vena yugular. Más que el vaso herido me preocupaba el estado de la que pudiéramos llamar región operatoria; existía un foco hemorrágico séptico, gran infiltración sanguínea que se extendía hacia la parte inferior del cuello, borrando el relieve del externo-mastoideo y toda la gotiera carotídea. No tenía la seguridad de poder reconocer los órganos delicados en el fondo de aquel túnel: el tronco tiro-linguo-facial, el nervio hipogloso, la misma yugular interna; ¿qué hacer? Me acordaba del precepto de Farabef; la ligadura de la carótida primitiva es fácil, pero muy peligrosa (transtornos cerebrales); la ligadura de la carótida externa es segura, inocente en sus resultados, pero aquí muy difícil en su técnica.

Cloroformado el herido, practiqué una grande incisión, que partiendo de las inmediaciones del ángulo de la mandíbula, descendía á la parte inferior del cuello por el surco carotídeo; incindida la aponeurosis se desprendieron por la herida algunos coágulos san-

guíneos; se pudo percibir distintamente el tubérculo carotídeo de Chassaignac al nivel del anillo del cricoides; no me preocupé de respetar los filetes nerviosos de la rama descendente del hipogloso, pero sí aislé cuidadosamente el pneumogástrico adherente á la vaina vascular. Cargué la arteria con la aguja de Deschamps y la ligué con catgut del número 3. Dispuesto á cumplir todo mi deber, si la hemorragia persistía ligaría la carótida externa como Richet, ó la carótida interna en su origen como Tillaux, y si ello no bastaba, la misma carótida primitiva del lado opuesto. Afortunadamente, terminada la ligadura de la carótida, procedí á limpiar el foco séptico de la herida primitiva, haciendo un lavado antiséptico del foco y un taponamiento á la gasa yodoformada. Se terminó suturando la herida practicada para la ligadura, dejando un drenaje en la parte inferior del cuello. El enfermo curó completamente en un mes, presentando ligeros transtornos cerebrales y ligeros fenómenos debidos á edemas papilares (amaurosis) que pronto desaparecieron.

(Se continuará.)

സ്ഥാര സ്ഥാര

Contribución al estudio del diagnóstico diferencial entre las hernias traumáticas y no traumáticas

Par el Dr. Jasé Clisterri

El hecho de ser médico de algunas compañías de Accidentes del Trabajo, me ha sugerido la idea de aportar á este asunto algunos datos de observación personal y á exponer mi criterio sobre este punto de tanta transcendencia, por la frecuencia con que da lugar á pleitos en que se ventilan intereses considerables y en que es requerida la intervención del médico como perito.

Aunque es discutible que una hernia pueda ser pruducto tan sólo de un traumatismo violento, y hay autores que no lo creen sin contar con la debilidad de las paredes abdominales y aun la preformación del saco herniario, las admitiremos como accidentes del trabajo, pues así lo hacen la mayoría de ellos, cosa que en la práctica es indispensable, aunque más bien sea una consecuencia del susodicho trabajo.

Dos clases de datos sirven, en mi concepto, para sentar este diagnóstico; unos directos (síntomas), otros indirectos, relato del enfermo, etiología, patogenia, etc., etc.; los primeros de gran valor, algunos de probabilidad, otros de certeza; en los segundos es donde la imaginación del cirujano debe investigar la verdad. La seguridad del médico servirá para desenmarañar la madeja, viendo dónde está la verdad y dónde la farsa, lo que es una enfermedad verdadera y lo que es una simulación.

DATOS DIRECTOS

Entre éstos, los hay inmediatos y consecutivos. Son los primeros, el dolor, edema, equimosis, transtornos generales; y los consecutivos son los caracteres especiales de la hernia respecto á sus elementos constitutivos.

Dolor.—Es uno de los síntomas de más valor; se presenta siempre en las hernias traumáticas; puede ser espontáneo y provocado á la presión; se presenta en seguida de ocurrido el accidente, sin localizarse casi nunca en la puerta herniaria, sino en todo el abdomen, principalmente alrededor del ombligo, dolor que se exaspera á la presión y que se irradia en dirección de los testículos. Entre más de 50 casos que he observado de hernias recientes, recuerdo los siguientes, que algún valor tienen para confirmar mi aserto. Un obrero de la carga y descarga del puerto á quien le cayó un saco de trigo de peso aproximado 100 kilogramos sobre el abdomen; fuí á verle y le encontré en un estado de schok violento, siendo casi inapreciable la contusión de las paredes abdominales; dolores intensos hicieron necesario el uso de la morfina; exploré en la medida de lo posible las paredes del vientre y el dolor me impidió entrever el proceso allí producido; con el tratamiento apropiado combatí el schok y el enfermo siguió conservando el dolor en todo el abdomen, y en la cuarta ó quinta exploración pude comprobar la presencia de una punta de hernia inquinal derecha; fuerte edema subsistía en la región, que estaba muy dolorida; este caso puede dar lugar á dudas, pues el dolor pudo ser causado por la contusión. Este otro es más instructivo; trátase de un obrero de 22 años de edad, de constitución robusta, también empleado en la carga y descarga de buques del puerto valenciano. Dice que consecutivamente á un esfuerzo ha notado un crujido y aqueja fuerte dolor á lo largo del recto anterior del abdomen que le impide continuar el trabajo. Reconocido, encontré algo de contractura en el dicho músculo y un equimosis en la región inguinal derecha; explorando el anillo hallé una pequeña punta de hernia, que seguramente fué ocasionada en el trabajo. Vemos en estos casos y sobre todo en el segundo, que el dolor hízome necesarios los narcóticos y que se difundía por todo el abdomen, sin circunscribirse á la puerta herniaria. Puede explicarse este síntoma y sus caracteres de difusión á todo el abdomen teniendo en cuenta que según el teorema de Pascal «la presión ejercida en un líquido se transmite por igual en todos sentidos», y considerando el contenido abdominal como líquido se comprenderá fácilmente que sólo por el punto más débil será vencida la pared; en estos casos el dolor es debido á la contusión del tubo intestinal por la presión originada, lo que explica que el dolor sea mayor en todo el abdomen, pues el menor traumatismo será el ocasionado en la puerta herniaria por ser el punto más débil de dicha pared abdominal.

El dolor provocado que se presenta algún tiempo después del accidente puede atribuirse á la falta de integridad del intestino contusionado, y se explica que sea la región umbilical el lugar preferente de dicho dolor, si se tiene en cuenta que el contenido del saco herniario es casi siempre intestino delgado y por éste se transmitiría al recto de dicha sección de tubo intestinal, que es la que ocupa la región media del abdomen; sin embargo, este dolor provocado no tiene la importancia que el espontáneo. La localización del dolor podrá sernos de gran utilidad si se finge una hernia reciente, pues el enfermo refiere el dolor al anillo herniado y no presenta dolores abdominales.

Edemas.—Es el edema un síntoma que se presenta algunas veces primitivamente (sin que sea debido como de ordinario á alguna complicación (estrangulación, estancamiento, etcétera). He tenido ocasión de observar dos casos: en uno se presentó el edema á las doce horas de ocurrido el accidente; apareció al nivel del anillo inguinal y fué extendiéndose en círculo hasta llegar por el dorso al nivel de las apofisis espinosas lumbares. La forma de presentarse fué lenta, apareciendo en la región inguinal del lado de la hernia, pudiendo apreciarse el tinte violáceo contrastando con el blanquecino del otro lado del anillo. La

extensión de este edema seguramente era debida á la contusión abdominal. ¿Respondería este edema á una alteración de la circulación y nutrición del peritoneo é intestino herniado debido á la contusión de la pared?

Stucki cita un caso interesante de edema y equimosis (bolsa sanguínea) en un individuo que jugando al bolo se desgarró la puerta herniaria.

En el otro caso por mí observado, el edema fué muy circunscrito, sin que presentase nada de particular.

Equimosis.—Ya hemos citado en lo dicho anteriormente algunos casos en que el equimosis se presentaba; no es sin embargo muy frecuente este síntoma, pues sólo aparece en los casos graves; su aparición es pronta; sigue de muy cerca al accidente inicial y cubre el anillo externo. Hay veces en que se transmite é infiltra á todo el conducto, como ocurrió en el caso de Stucki antes mencionado. Es un signo de valor cuando se presenta circunscrito al anillo, sobre todo cuando hay edema que nos impide la exploración.

Además de estos síntomas se presentan otros dependientes del estado general del enfermo, pero que no constituyen un síndrome fijo, sobre todo en los primeros momentos, pues son tan variables que no sirven para formar juicio y dicen muy poco en el diagnóstico del proceso morboso, dependiendo casi siempre de la contusión abdominal.

No entro á describir los caracteres de la hernia respecto á los elementos constitutivos, por ser cosa sabida de todo el mundo, y paso á los datos indirectos.

DATOS INDIRECTOS

Tienen gran importancia, pues unidos á los descritos anteriormente dan el convencimiento de si una hernia es ó no traumática. No habiendo ningún síndrome fijo correspondiente al momento de producirse una hernia, nos faltarán determinados datos para saber si se trata de una hernia recientemente salida ó de una antigua producida por el mecanismo habitual. Para ello debemos estudiar con detenimiento la

Etiología de la hernia.—Resulta de gran interés la investigación de cómo se produjo un obrero la hernia, pues de ello casi siempre venimos en conocimiento de si se falsea ó no la verdad. Y dice Gresser sobre este particular: «Debe el médico fijar si la causa ocasional que el lesionado ha descrito en sus menores detalles, ha de ser considerada como la productora de la lesión. Como á tales se consideran las violencias directas sobre la parte inferior del abdomen (caída sobre el vientre de un objeto pesado), los choques con rebote activo y pasivo, los resbalones con caída y aun sin ella al llevar un objeto pesado, quedando el cuerpo en una posición violenta y desusada especialmente con las piernas abiertas y fijas, un esfuerzo corporal excesivo, especialmente al levantar un objeto muy pesado. El hecho suele acontecer con mucha frecuencia cuando muchos obreros simultáneamente llevan un peso ó lo empujan y ceda uno, de manera que todo el peso recae sobre otro, y también cuando por excepción el obrero se ve obligado á hacer un esfuerzo que no es apropiado á sus fuerzas, á su edad ó á su ocupación habitual. En todos estos casos trátase de un hecho determinado de cuya historia nos podemos informar detalladamente». Otros datos hay que en algunas ocasiones sirven y son necesarios para fundamentar el diagnóstico, referentes á circunstancias especiales que acompañan á estas hernias. Cuando se examina el enfermo, no puede pasarse de cierto grado de probabilidad en el diagnóstico, y algunas veces únicamente puede admitirse la posibilidad de él. Este se

funda entre otras cosas, en el tamaño, pues todas son pequeñas, siendo la máxima del volumen de un huevo de gallina y sobresalen muy poco del anillo inguinal externo; el contenido de la hernia no retrocede inmediatamente de una manera espontánea, sino al ser reducida, sin que salga con facilidad sino por una fuerte presión (tos, etc.), siendo el anillo y conducto inguinal estrechos y unilateral la hernia.

En contra de la producción súbita de la hernia hablan su considerable tamaño, que llega á veces á descender al escroto, así como su gran movilidad, pues retrocede ya en la posición vertical y más fácilmente en el decúbito supino, volviendo á salir inmediatamente al levantarse el enfermo. Una hernia que haya salido por una distensión violenta de la puerta herniaria se reducirá con dificultad, y para esto será necesario que el individuo esté acostado y no volverá á salir sino mediante un es uerzo considerable.

La existencia de otras hernias simultáneamente y por lo tanto las inguinales bilaterales ó la simultaneidad con la hernia umbilical, crural, etc., hablan también con cierto grado de probabilidad, en contra de la producción violenta de la hernia.

A esto debe añadirse una amplitud bastante considerable del anillo herniario, y finalmente la imposibilidad de reducir la hernia sin estar ésta extrangulada; tales hernias son con seguridad antiguas.

Fundándonos en todos estos datos y de su conjunto, según los casos, podremos averiguar casi siempre, cuándo una hernia es antigua y cuándo es reciente, esto es, cuándo constituye accidente del trabajo.

സ്ത സ്ത

SESIONES CIENTÍFICAS DEL INSTITUTO MÉDICO

ACGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA APENDICITIS

Conferencia del Dr. Pérez Feliu, el 15 de Febrero de 1911

Comenzó el Sr. Pérez Feliu haciendo notar que esta afección no ha sido bien estudiada hasta hace poco tiempo, en que las operaciones precoces han demostrado que siempre que hay tiflitis hay apendicitis.

Que ha tenido ocasión de apreciar cinco casos en los cuales la recaída se había presentado en uno de los tres primeros meses, durante el primer semestre en otro, durante el primer año en el tercero, á los tres años en el cuarto y el quinto parece que recidivó en época que no se sabe con certeza.

Cita á continuación once casos, dos de los cuales fueron operados y en otro quedó una tumoración en la región del apéndice.

Describe luego á grandes rasgos, la historia clínica de un enfermo que comenzó con fiebre no alta, dolor en el punto de Mac-Burney y vómitos; para asistir al cual fué llamado al día siguiente de comenzar la enfermedad y se le refirió que el enfermo, á causa del dolor, tuvo que abandonar sus ocupaciones, y que creyendo que sería desmayo se le dió una chuleta.

Reconocido y diagnosticado de apendicitis se le aconsejó la dieta hídrica, algún poco

de agua de Vichí, que la familia tradujo dándole un litro de agua durante la noche, produciendo al enfermo algunos vómitos.

Al tercer día de enfermedad, por la mañana, fué visitado por otro médico que diagnosticó la enfermedad de tifoidea y mandó retirar el hielo, que en forma de fomentos llevaba en la fosa ilíaca derecha, y dispuso que se pusiese en dicha región pomada mercurial.

Al cuarto día de la enfermedad es visitado por la mañana, en consulta, por el Doctor Navarro Gil, que opina se trata de una apendicitis que debe ser operada, como ya el conferenciante había aconsejado repetidas veces.

Por la tarde del mismo día es visitado el enfermo por el Dr. D. Francisco López, y al reconocer el punto de Mac-Burney y comprimir este sitio con el dedo, deja éste la huella de él al ser retirado: había edema en dicha región.

Al siguiente día y cinco de enfermedad, es operado por la mañana por el Dr. D. Francisco López, apreciándose el apéndice, que es extirpado, muy rojo, y se extrae del vientre un líquido de color de caldo sucio, que es el que dicen los autores se presenta en las apendicitis con peritonitis hipertóxica.

Los vómitos durante la operación hicieron más laboriosa la intervención, manoseándose los intestinos más de lo que hubiese sido conveniente.

Después de dos ó tres días de padecimientos grandes, falleció el enfermo.

Cita otros casos, detallando exactamente el cuadro clínico de apendicitis agudas y crónicas; de anexitis en las que en opinión del conferenciante era la apendicitis la que había ocasionado las lesiones anexiales; de paroditis de origen apendicular. En todos los casos descritos, el Dr. Pérez Feliu ha podido apreciar perfecta identidad entre el cuadro clínico y la descripción que del mismo hacen los libros, y deduce las siguientes conclusiones, que pone á discusión:

Las gentes no deben purgar al enfermo con dolor en lado derecho del vientre y bajo el ombligo, ni darle de comer, sin consultar al médico.

El médico debe vigilar el punto de Mac-Burney antes de purgar.

El atacado de apendicitis deberá ser operado cuando el diagnóstico se haga antes de transcurrir 36 horas del comienzo de la enfermedad.

Estará indicada la intervención, aun cuando no tanto como en el caso precedente, en los tres primeros días de la enfermedad.

Estará indicada la intervención cuando hay abceso, con objeto de desaguar el pus solamente.

Idem cuando hay leucocitosis persistente mayor de doce mil según unos, ó de veinte mil según otros (el conferenciante opina con los últimos).

No debe operarse cuando al principio se aprecian 92 pulsaciones, 37° 5′ y leucocitosis menor de quince mil.

Deberá operarse cuando las pulsaciones sean más de 112, la temperatura de 38º y la leucocitosis mayor de quince mil.

Deberán operarse las apendicitis crónicas.

Idem cuando hay adherencias.

Idem cuando han repetido los ataques.

Idem, según algunos, cuando ha pasado el primer ataque.

Idem cuando, tras el primer ataque, el enfermo no puede llevar una vida ordenada, militares, etc.

Cuando el enfermo que se trata se encuentra en condiciones tales de debilidad, que la prolongada dieta á que se le ha de someter necesariamente y por un tiempo que nos es desconocido, pueda poner en peligro su vida por inanición (tuberculosos, anémicos en grado extremo, etc.), en estos creemos será más conveniente operar en las primeras horas.

Cuando no puede seguirse paso á paso el curso de la enfermedad y la enfermedad se

encuentra en las 36 primeras horas.

Cuando en el curso de una laparotomía se encuentra el apéndice adherido, con cálculos, tortuoso, arrollado al ciego, ó excesivamente largo, ó cuando aparece en saco herniario, deberá extirparse el apéndice.

El orador fué muy aplaudido y felicitado.

Abierta discución por la Presidencia, hizo uso de la palabra el Dr. Llisterri Ferrer, el cual manifestó que basándose en la patogenia, debe preferirse el tratamiento quirúrgico al médico. Analizó algunas de las historias presentadas por el conferenciante, extendiéndose en consideraciones, para fundamentar las indicaciones del tratamiento quirúrgico.

A continuación, el Dr. López Sancho, se extendió en consideraciones acerca de la oportunidad de la intervención quirúrgica en la apendicitis, estableciendo tres tipos clínicos

de la misma:

Apendicitis atenuadas, ligeras, de 8 á 12 días de duración, que terminan con la reabsorción del exudado y la resolución consiguiente, si bien expuestas á las recidivas. Estas deben operarse en frío, para evitar el segundo ataque.

Apendicitis perforantes primitivamente, mal llamadas gangrenosas, acompañadas de peritonitis generalizada, que deben operarse si se llega á tiempo para ello; pero si el pulso pasa de 120 y es pequeño, no deben intervenirse, porque el fracaso es seguro, y el trata-

miento debe quedar reducido á la peritonitis concomitante.

Apendicitis de mediana gravedad, en las que es más difícil precisar la oportunidad de intervenir quirúrgicamente. En estos casos las indicaciones deben sacarse de la correlación entre pulso y temperatura. Cuando una apendicitis de este tipo no alcanza su máximum de gravedad al segundo ó tercer día, generalmente cura. También deben operarse cuando se aprecien adherencias, gran defensa en los tejidos, y la piel del abdomen esté algo edematosa.

A continuación hizo uso de la palabra el Dr. Pastor Reig.

Comenzó diciendo, que para inaugurar con provecho la terapéutica de una enfermedad, precisa sentar bien las indicaciones y que éstas deben basarse siempre en el conocimiento más completo posible de la etiología y patogenia de la afección en estudio. El modo de cumplir esas indicaciones los indicados, es asunto secundario.

Por lo tanto, esos tratamientos empíricamente generalizados, faltos de base, sufren modificaciones á primera vista inexplicables. Algo de eso ocurrió con la apendicitis. Dice que alcanzó en los últimos años de sus estudios de licenciatura, y con ocasión de ayudar al Dr. López Sancho en su práctica particular, un período esencialmente quirúrgico de la apendicitis. «Todo caso de apendicitis debe operarse siempre y lo más precozmente posible; jamás os arrepentiréis de ello, quizá sí alguna vez de haberos decidido demasiado tarde.» Estas ó parecidas palabras de Dieulafoy resumían la total terapéutica de la apendicitis. Sin embargo, los hechos, con posterioridad volvieron á colocar el asunto en aquel terreno de eclecticismo que jamás debió abandonarse, y muchas son, como es sabido, las apendicitis que curan sin intervención quirúrgica, y algunas en cambio terminan funesta-

mente á pesar y quién sabe si á favor de esa intervención. En cambio, el acuerdo es unánime al admitir la relativa inocuidad de la intervención en frío, en los períodos de acalmía, suprimiendo el apéndice y con ello el peligro de todo proceso desarrollado sobre aquél.

Dice que para él, la *Cirujia es una imperfección de la Terapéutica*; el ideal de ésta sería sanar sin mutilar, pero si para curar precisa esa mutilación, preferible es ella á la pérdida de la vida.

Para fijar las indicaciones terapéuticas, dice que es preciso, circunscribir la cuestión y diagnosticar la existencia de la apendicitis, separando los casos no raros de Colopatía mucomembranosa, cuya incompatibilidad con las lesiones del apéndice no cabe admitir de una manera tan categórica como lo hace Dieulafoy. Quizá alguno de los enfermos que integran su contingente, tan pintorescamente denominado por su autor acuchillados de Plombières ó de Chatel-Guyon, pudiera ser buen ejemplo.

De otra parte, debe reconocerse la existencia clínica de la antigua tiflitis, siquiera su frecuencia no es escasa.

Limitada ya la cuestión al terreno de la apendicitis, confiesa que no ve en cada uno de esos casos agudos de apendicitis, no una afección primitiva, perfectamente individualizada, nacida al calor de aquella exaltación de virulencia de parásitos habituales, gracias al cierre de la cavidad, sino más bien agudizaciones de un proceso inflamatorio crónico del apéndice, verdaderas apendicitis crónicas, en el curso de las cuales, por causas no bien conocidas, ocurren esos episodios agudos, de variable gravedad, á veces mortales, y que se venían describiendo como especies morbosas bien delimitadas.

En efecto, cualquiera de aquellas condiciones genéticas admitidas por la generalidad de los autores, tumefacción de la mucosa que tapiza la cavidad apendicular, litiasis, torcedura, estrangulación, etc., causas de la cavidad cerrada y motivo de la exaltación de virulencia de saprofitos intestinales, ¿no constituyen ya por sí solas lesiones que denuncian la existencia de un proceso de la pared del apéndice, anterior en data al apéndice agudo?

Afirma, que habiendo convenido todos en la inocuidad de la intervención quirúrgica hecha en los períodos de reposo, y en la necesidad de la supresión del apéndice de todo individuo que haya padecido de un ataque de apendicitis, cualquiera que fuere la intensidad del mismo, debe meditarse sobre el valor considerable, bajo el punto de vista profiláctico, del conocimiento y diagnóstico de las apendicitis crónicas; su tratamiento médico ó quirúrgico alejaría cada vez más la posibilidad de episodios agudos, cuya terminación no es fácil pronosticar.

La apendicitis crónica puede revelarse tan sólo por síntomas tan difusos que requiera una investigación sistemática: á veces se trata de fenómenos de dispepsia refleja con predominio gástrico ó intestinal, crisis gástricas más ó menos violentas, crisis de hiperclorhidria, dispepsia atónica, en ocasiones asociadas al sindrome cólico (constipación, neuralgias paroxísticas, muco-membranas). El estado general se resiente de manera intensa, gracias á la auto-intoxicación intestinal y á la restricción creciente de la alimentación. Otras veces existen dolores en la fosa ilíaca derecha, irradiados ó no á la región lumbar ó á los muslos, acompañándose, caso el más feliz para el diagnóstico, de disminución ó abolición del reflejo cutáneo-abdominal del lado derecho y tumefacción alargada que desliza bajo de la mano en esa misma fosa ilíaca derecha, y dolor en el punto de Mac-Burney.

Cree que no debe tampoco descuidarse el conocimiento de la flora normal intestinal

y la influencia que en los ataques agudos de apendicitis tenían ciertos agentes bacterianos anacrobios (bacillus fragilis, perfringens, ramosus, furiorus, etc.)

Del conocimiento del papel que la reacción del contenido intestinal juega para la exaltación de la virulencia de esos gérmenes y del diagnóstico precóz de las apendicitis crónicas, se deducirán elementos valiosos para la profilaxia de los accesos agudos de apendicitis.

Régimen alimenticio, lacto-farináceo, poco albuminoso y putrescible, Kefir, leche agria, lacto bacilina, etc., regularización de las deyecciones, laxantes oleosos, masaje abdominal, etc., y la intervención quirúrgica en los casos rebeldes, constituyen á la vez elementos curativos de los procesos inflamatorios crónicos del apéndice vermicular y profilácticos de las apendicitis agudas.

Se muestra conforme con la clasificación de las apendicitis dada por el Dr. López Sancho, y añade á los medios farmacológicos citados por el Dr. Pérez Feliu, el ácido nucleínico ó mejor el nucleinato de sosa, por vía hipodérmica, como buenos agentes para reforzar y aumentar las defensas orgánicas, que radican en los leucocitos fagocitarios.

A continuación volvió el Dr. López Sancho á hacer uso de la palabra para rectificar, abundando en las ideas expuestas por el Dr. Pastor y Reig. En cuanto al análisis de la sangre, no lo cree terminante como índice diagnóstico-pronóstico de la apendicitis, citando para corroborar su opinión, un caso en el que, por el resultado hematológico estaba indicada la operación, y sin embargo encontró el apéndice seco, sin adherencias, normal, es decir, que hubiese curado sin operación.

El presidente Dr. Lloret, después de felicitar al disertante, afirmó que la apendicitis es una afección esencialmente quirúrgica, debiendo en todos los casos ir el cirujano acompañando al médico, pues de este modo se podría tratar siempre con oportunidad. Como indicaciones de la intervención quirúrgica, mencionó la existencia del plastrón, y una reacción térmica desde 38°; en las formas sub-agudas, la existencia de una disociación entre el pulso y la temperatura, y finalmente la reaparición de la fiebre después de un período de reposo, como indicantes de un nuevo brote.

El Dr. Pérez Feliu, recogió lo dicho por los señores que intervinieron en el debate, agradeciendo las observaciones hechas por los mismos, y terminó afirmando que una de las indicaciones para el buen éxito de la intervención quirúrgica, es la habilidad del operador.

Levantóse la sesión, acto seguido, siendo las ocho y media de la noche.

~~~ ~~~ ~~~

## REVISTA DE REVISTAS

### PEDIATRÍA

El electrargol en la bronco-pneumonía infantil.—
H. Perrier (Tesis de Lausana), 1911.

El autor ha estudiado los efectos del electrargol, empleado sistemáticamente en la bronco-pneumonía de los niños, separando cuidadosamente los casos de pneumonía franca. El trabajo se basa en 47 observaciones personales. La mortalidad en los casos tratados con el electrargol ha sido de 11, ó sea en la proporción media de 23'4 por 100. Compara el autor estos resultados con los que corrientemente se obtienen en los hospitales, en los que la mortalidad oscila entre el 60 y el 90 por 100. La diferencia es tan considerable que el mismo autor se adelanta á la objeción que pudiera hacérsele de que los casos tratados pudieron corresponder á una epidemia poco grave, diciendo que la epidemia menos gra-

ve encontrada en los archivos hospitalarios, no dió nunca una mortalidad menor de 45 por 100, cifra que es el doble de la por él obtenida con el tratamiento por el electrargol; además los 47 casos tratados lo fueron durante dos inviernos y un verano, lo cual elimina todavía más el argumento de una posible benignidad epidémica.

Además, en el examen que hace el autor de los casos terminados por la muerte, hace constar que en la mayor parte de ellos había graves complicaciones, abscesos, pleuresías purulentas, afecciones tiroidianas, peritonitis y sífilis hereditaria, contra las cuales el electrargol no posee la misma actividad que contra la bronco-pneumonía.

Lo que más llama la atención, según el autor, es la breve duración de la enfermedad; después de un período febril de algunos días, seis, siete y á veces menos, la fiebre desciende y sobreviene la curación definitiva sin recaída, aun en los casos en que los signos físicos y los síntomas observados habían sido intensos y alarmantes. La marcha de la enfermedad recuerda mucho á la de la pneumonía franca: duración relativamente corta y descenso de la temperatura brusca y definitivamente.

Los síntomas físicos se atenúan rápidamente si bien los estertores y el soplo suelen persistir uno ó dos días después del descenso térmico, sin que jamás los enfermos hayan manifestado molestias ni transtornos de ningún género, á pesar de habérseles administrado dosis elevadas de electrargol.

Este remedio en la bronco-pneumonía, claramente ejerce una favorable influencia sobre la nutrición, pues como dice el autor, evita seguramente las pérdidas considerables de peso, que tan nefasta influencia ejercen sobre la evolución de la dolencia.

La influencia del electrargol sobre la fiebre, que es muy constante, está intimamente ligada con la mejoría de la enfermedad, pues obra como microbicida y estimulante de las defensas orgánicas; de manera que aquel fenómeno no es un hecho pasajero, como pudiera serlo por ejemplo la acción puramente antitérmica de la antipirina, sino que la atenuación del síndrome fiebre, es el indice de una próxima curación.

En algunos casos el descenso térmico es por

crisis de manera brusca, como la crisis de una pneumonía franca. Pero de ordinario sólo al cabo de dos ó tres inyecciones comienza á iniciarse la defervescencia paulatina.

El autor ha tratado con electrargol niños de dos meses y medio y á pesar de la enorme gravedad que á estas edades tiene la bronco-pneumonía, los resultados fueron buenos. Estas curaciones obtenidas en edades en que las defensas orgánicas son todavía mínimas, demuestran según el autor, que el electrargol puede suplir la falta de defensas ó estimularlas cuando son insuficientes.

Respecto á dosis, el autor da las instrucciones siguientes: Las inyecciones son intramusculares.

Comienza siempre por una dosis de 5 cm.<sup>3</sup> aunque el enfermito sea un niño de algunos meses. En tanto que persiste la fiebre, repite la inyección todos los días y sigue dando una ó dos inyecciones con dos ó tres días de intervalo aun después del descenso completo de la temperatura. Obrando de este modo se evitan seguramente las recidivas.

En algunos casos graves, en los que la sintomatología es alarmante y tarda en producirse la defervescencia, el autor ha empleado dosis de 10 cm.<sup>3</sup> de electrargol.

En el adulto puede llegarse á dar 30 á 40 cm.<sup>3</sup> por inyección.

La leche dializada.—Zehndorff y Zak. (Boletín de la Asamblea General de los Pediatras austro-húngaros. Mayo 1910.)

Las más recientes investigaciones han establecido claramente la nocividad de los hidratos de carbono y de la lactosa en particular, en las fermentaciones intestinales patológicas del niño de pecho. El azúcar puede producir la dispepsia y la intoxicación alimenticia, y la necesidad de obtener una leche pobre en azúcar, ha determinado la aparicion de varios procedimientos para conseguir este objeto. El profesor Finkelstein obtiene la que él llama leche albuminosa, añadiendo á la babeurre diluída, grasa y caseína. Los A. A. acusan al método Finkelstein de modificar el valor nutritivo de los elementos componentes de la leche, por las numerosas manipulaciones á que ha de someterse este líquido. En cambio, la

dialisis de la leche, no ofrece estos inconvenientes. Permite reducir la cantidad de azúcar y sales, sin modificar la cantidad de caseína y manteca. La leche dializada se coagula á la temperatura de 80°, pero basta añadir una pequeña cantidad de sosa para llegar hasta la ebullición, sin que sobrevenga la coagulación.

Esta leche dializada está indicada siempre que haya de administrarse una alimentación pobre en azúcar, por ejemplo: en la dispepsia, en la descomposición, en los casos en que hasta ahora, después de la dieta hídrica, se recomenzaba la alimentación con agua albuminosa ó babeurre. En los niños mayorcitos, este producto está indicado en los casos de eczema, diatesis exudativa, ciertas formas de nefritis con edemas, etc.

La leche dializada presenta todavía otras ventajas. Cuando las perturbaciones digestivas entran en vías de mejoría, permite que se puedan administrar otros hidratos de carbono mejor tolerados que la lactosa, añadiendo á este líquido, por ejemplo, la maltosa. Ante un caso de intolerancia particular por las grasas, podría someterse á la dialisis una leche previamente descremada, y se obtendría de este modo un líquido que sólo contendría agua y caseína.

La fiebre de desequilibrio.—Lesage. (Extracto del «Traité des Maladies du nourrisson»), 1911.

El tipo del equilibrio nutritivo perfecto lo presenta el niño lactado al pecho. El niño lactado con biberón se encuentra siempre en equilibrio inestable, y, por tanto, sensible á las pequeñas influencias. Cuanto mejor reglamentada está su alimentación, tanto más va perdiendo esta sensibilidad; cuanto más estable se hace su equilibrio, tanto más se aproxima al estado nutritivo de los niños de pecho. Los efectos de este desequilibrio se manifiestan especialmente sobre la curva térmica. Lesage en su originalísimo trabajo cita algunos ejemplos. A un niño sometido á la lactancia artificial y con temperatura normal, se le administra un enema y, algunas horas después, sobreviene un acceso febril, de corta duración. El mismo fenómeno puede observarse después de la administración de un purgante. Los mismos accesos febriles, pueden observarse en el hospital, los domingos, cuando los niños son visitados por sus madres.

Un niño que está habituado á las «maneras», al trato de una determinada enfermera, tiene un acceso de fiebre cuando se le cambia aquélla. Aquí no influye la alimentación, porque nunca ha dejado de ser la misma.

Otras veces, sobreviene la fiebre cuando se traslada al niño de una á otra sala del hospital. Hútinel, que también ha observado estos fenómenos, los atribuye á una infección del medio hospitalario, pero Lesage discrepa de esta opinión, por cuanto el hecho ocurre, aunque el traslado haya sido á una nueva habitación mejor que la que antes ocupaba.

En otras ocasiones, aparece el acceso febril, al poner á dieta hídrica á un niño enfermo, ó al disminuir bruscamente los alimentos de otro niño, que antes estuvo sobrealimentado.

En todos los casos mencionados, el *cambio brusco* produce fiebre, análogamente á los efectos que produce la supresión brusca de la morfina. Los cambios introducidos lenta y paulatinamente no la producen.

Así, en un niño afecto de una diarrea apirética, la implantación brusca de la dieta hídrica, puede determinar la aparición de un acceso febril, á veces mortal, con mayor seguridad si se le administra al mismo tiempo un purgante. Estos efectos son tanto más frecuentes cuanto más pequeño es el niño. El A. no los ha observado ya, desde que emplea una dieta hídrica mitigada con la adición de una pequeña cantidad de leche descremada parcialmente sin lactosa.

¿A qué se deben estos accesos? Para unos, se trata de una toxicosis alimenticia, y para otros, de una infección.

Para el A., no son más que desequilibrios puramente térmicos, debido el hecho á la imperfección en los niños pequeños y mal alimentados de los elementos reguladores del calor orgánico. La conclusión práctica de estos hechos es, que no se debe cambiar bruscamente las condiciones de vida del niño (alimentación, local, etc.), así sano como enfermo.

Aunque casi nunca estos fenómenos térmicos van acompañados de otros síntomas morbosos, sin embargo, en ocasiones, el acceso febril puede ser mortal.—J. AGUILAR JORDÁN.

#### **VETERINARIA**

La precipito-reacción en el diagnóstico de la tuberculosis de los bovinos.— Guido Finzi. Soc. de Biologie de Paris. Enero 1910.

Como consecuencia de los recientes estudios de Calmette, Massol, Vallée, Jousset, etcétera, sobre el poder precipitante de los humores de los individuos afectos de tuberculosis, el autor trató de aplicar el principio de la precipito-reacción al diagnóstico de la tuberculosis bovina. Aconsejado por Vallée, el A. se vale de un caldo de cultivo de bacilos tuberculosos (de origen bovino) filtrados por el papel, en la proporción de cuatro partes del suero que debe examinarse y una parte del caldo de cultivo antes mencionado.

Este caldo, en presencia del suero de caballo hipervacunado, produce un precipitado mucho más abundante que el obtenido con diluciones de tuberculina bruta.

Los experimentos se practicaron en doce bovinos, seguramente tuberculosos; el autor obtuvo en todos ellos, un abundante precipitado coposo al cabo de una hora de permanencia en la estufa à 38 grados.

Según Vallée, las investigaciones de Finzi, tienen gran importancia bajo el punto de vista práctico, porque tal método, está especialmente indicado para descubrir los fraudes de ciertos negociantes de ganado, que consiguen con la tuberculinización gradual y sostenida de los animales tuberculosos, que aparezcan como negativas las reacciones tuberculínicas empleadas con un fin diagnóstico en los bovinos.

Sobre la vacunación anti-carbuncosa obtenida con bacilos virulentísimos, previamente mezclados con cultivos en caldo de bacilo piociánico. JOSEPH D'AGOTA. Ann. de l'Inst. Pasteur. Tomo XXIV, núm. 4. Abril 1910.

El autor, basándose en cuanto han demostrado Bouchard, Woodhead, Wood, Pane, etcétera, acerca de que el bacilo piociánico inoculado á los conejos con el bacilo del carbunco, impide la infección mortal que este último produce siempre, y que los conejos supervivientes, generalmente quedan inmunizados para ulteriores infecciones, ha extendido los experimentos á los animales bovinos, que son más sensibles á la infección carbuncosa.

Mediante una serie de experimentos preliminares, el autor estudia las modificaciones que sufre el bacilo del carbunco en contacto del caldo de cultivo del bacilo piociánico vivo ó esterilizado á 55º durante una hora, y deduce las siguientes conclusiones:

I. El bacilo carbuncoso en caldo de cultivo piociánico no esterilizado, pierde gradualmente su vitalidad, que cesa definitivamente en el espacio de un mes, á una temperatura inferior á 15°, y al cabo de algunos días á 35°.

II. En caldo-cultivo esterilizado á 55º durante una hora, la vitalidad del bacilo carbuncoso á una temperatura de 15º se atenúa lentamente; y cesa completamente esta vitalidad á la temperatura de 35º en el espacio de diez días.

El autor no puede especificar cuál sea la substancia productora de esta acción bactericida: si es la piocianasa (escuela de Emmerich), ó una substancia que podría clasificarse entre los lipoides (Raubitschet y Russ). Sin embargo, se inclina á esta última hipótesis.

Los ensayos demasiado escasos todavía practicados por el A. sobre los bovinos, no tienen aún un valor absoluto y decisivo, pero parece evidente que el método de vacunación con la mezcla de ambos bacilos, da buenos resultados.

#### **OBSTETRICIA**

Paludismo congénito y paludismo hereditario.— (Thèse de Paris, Julio 1910).

M Lafont, después de reunir 12 observaciones de paludismo congénito y 35 de hereditario, deduce las siguientes conclusiones:

El hematozoario del paludismo se transmite de la madre al feto. Esta transmisión no se produce fatalmente siempre que una mujer encinta tiene paludismo. Las formas tercianas y cuartanas son las que parecen transmitirlo más frecuentemente. Los casos de accesos repetidos, rebeldes á la quinina, no son siempre los que favorecen la transmisión del hematozoario, pudiendo ocurrir ésta en embarazos acompañados de paludismo benigno. Su aparición durante el último trimestre favorece mucho la transmisión.

Es actualmente imposible el saber por qué la placenta de los palúdicos es permeable en unos casos y en otros no. Aun no ha podido señalarse ninguna lesión placentaria que lo explique.

Las expulsiones prematuras deben hacer suponer un ataque del huevo por la infección: el
escalopio, la hipertermia, la congestión uterina,
no bastan á explicar todos los casos de abortos
y partos prematuros; el feto, bajo la influencia
do las tocsinas palúdicas, puede morir y ser expulsado y en este caso no se encuentran hematozoarios en la sangre, pudiendo morir por el
mismo parásito, que entonces sí que se encuentra. La ausencia de los mismos, no quiere decir
siempre que el feto no sea palúdico.

El paludismo hereditario puede dividirse clínicamente en congénito, que ataca y evoluciona en el embrión y el feto, y hereditario, propiamente dicho, que ataca al embrión y al feto, pero evoluciona en el recién nacido, el niño ó el adulto.

El paludismo congénito puede ser embriona-

rio ó fetal: el primero, aunque no está demostrado, debe ser clínicamente admitido; el segundo, lo demuestran el hallazgo de hematozoarios en la sangre del feto y los accesos de fiebre característicos que ellos tienen á veces en el útero.

El paludismo hereditario precoz del recién nacido puede revestir desde el nacimiento, una forma aguda, una crónica ó una latente. Esta puede no manifestarse por accesos francos hasta meses más tarde: ella explica la posibilidad de un paludismo hereditario tardío, del que no se conoce observación comprobada.

El pronóstico del niño depende de su estado en el momento de nacer; será influenciado favorablemente por un tratamiento precoz.

El tratamiento será profiláctico y consistirá en tratar á la madre atacada de paludismo. El tratamiento del paludismo hereditario en el niño pequeño, es el mismo que el del paludismo adquirido en esa edad.

TOMÁS ALCOBER.

#### -0000

## VARIA

## concursos

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MURCIA.

—Programa de Premios para el año 1911.—

Con objeto de estimular el estudio de las Ciencias Médicas y cumpliendo con lo que preceptúan los Estatutos, esta Real Academia ha acordado abrir un concurso para premiar las Memorias que mejor desarrollen, á juicio de la Corporación, los siguientes temas:

- 1.º Estudio crítico de los medios propuestos para el tratamiento no operatorio de los tumores malignos.
  - 2.º Formas y tratamiento de la meningitis.

Se adjudicará un premio y un accésit á cada uno de los temas.

El premio será una medalla de oro, diploma especial y el título de Académico Corresponsal si no lo fuere el agraciado.

El accésit consistirá en diploma especial y el título de Académico Corresponsal en iguales condiciones que el anterior.

- I. Las Memorias que se presenten estarán escritas en castellano, sin firma, rúbrica ni indicación que pueda revelar el nombre del autor.
- II. A cada una de ellas acompañará un pliego cerrado en el que conste el nombre, apellidos y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el *lema* que figure en la primera página de la Memoria.
- III. Las Memorias se dirigirán á la Secretaría de la Corporación, donde se expedirá á quien lo solicite, el correspondiente recibo de la entrega.
- IV. El concurso quedará cerrado el 30 de Septiembre de 1911.
- V. La Academia publicará oportunamente los *lemas* de las Memorias recibidas, así como los de aquellas que juzgue acreedoras á premio.
- VI. Su adjudicación se verificará en la sesión pública inaugural del año 1912, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener el nombre del autor ó autores de las Memorias premiadas é inutilizándose los de aquellas que no hayan obtenido premio.

VII. No pueden tomar parte en el concurso los Académicos de número de la Corporación.

Murcia 8 de Enero de 1911.—El Presidente, Francisco Medina; El Secretario perpetuo, Laureano Albaladejo.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE VALENCIA.—Certamen para 1911.—Esta Academia abre concurso para conceder un premio al autor del mejor trabajo sobre tema libre de investigación personal, que verse sobre un asunto de Medicina, de Farmacia ó Veterinaria.

El premio consistirá en 250 pesetas y título de Académico corresponsal, si el agraciado reuniere las condiciones reglamentarias, y dos accésits que consistirán en un Diploma de Mención honorífica.

A este certamen podrán concurrir los señores Profesores de las ciencias médicas, que no sean académicos numerarios de esta Corporación.

Los trabajos habrán de ser entregados en la Secretaría de esta Academia, antes de las doce de la noche del día 31 de Octubre de 1911.

Regirán las condiciones ordinarias de los concursos cerrados.

Valencia 29 de Enero de 1911.—El Secretario perpetuo, Francisco Villanueva.

## OFICIAL

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BE-LLAS ARTES.—Real decreto.—En atención á las razones expuestas por el Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, de conformidad con el Consejo del Ramo.

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Se crea en el Doctorado de la Facultad de Medicina, la Cátedra de Parasitología y Patología tropical. Esta asignatura quedará incluída en el grupo de las elegibles, constituído, hasta ahora, según dispone el Real decreto de 21 de Septiembre de 1902, por las de Química biológica, Antropología y Psicología experimental.

Art. 2.º La nueva Cátedra se proveerá por

oposición libre, con arreglo á lo establecido en el Real decreto de 24 de Abril de 1908, art. 13.

Dado en Palacio á veinte de Enero de mil novecientos once.—Alfonso.—El Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, Amós Salvador.

(Gaceta del dia 21 Enero).

## VACANTES

La de Perales de Tajuña (Madrid), partido judicial de Chinchón—por renuncia.—Habitantes 1.700; distante 13 kilómetros de Chinchón. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia á 102 familias pobres y 2.000 en concepto de igualas. Las solicitudes hasta el 11 de Febrero al Alcalde D. Ildefonso Cedial.

—La de Los Hinojosos (Cuenca), partido judicial de Belmonte—por renuncia.—Habitantes 1.838. Dotación anual 999 pesetas por la asistencia á 100 familias pobres y las igualas. Las solicitudes documentadas hasta el 19 de Febrero al Alcalde D. Donato García.

—La de Casas de Haro (Cuenca), partido judicial de San Clemente—por dimisión.—Habitantes 1.000; distante 16 kilómetros de San Clemente y 9 de Minaya, la estación más próxima. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia á 28 familias pobres y las igualas. Las solicitudes documentadas hasta el 7 de Marzo al Alcalde D. Anastasio Moya.

—La de Santa Margarita (Baleares), partido judicial de Inca. Habitantes 4.359; distante 22 kilómetros de Inca y 6 de Muro, la estación más próxima. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia á las familias pobres y las igualas. Las solicitudes hasta el 3 de Marzo al Alcalde don Miguel Monjo.

—La de Canalejas (Cuenca), partido judicial de Priego. Habitantes 851; distante 18 kilómetros de Priego y 30 de Huete, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia á las familias pobres y las igualas. Las solicitudes documentadas hasta el 9 de Marzo al Alcalde D. Arturo Abad.