

# BOLETIN DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE TOLEDO

---

AÑO XVI

FEBRERO 1933

NÚM. 129

---

## SUMARIO

### SECCIÓN DE SECRETARÍA:

*Instrucciones para la declaración de utilidades.*

*Movimiento de colegiados.*

*Hojas, por triplicado, para la declaración de utilidades.*

### SECCIÓN CIENTÍFICA:

*Servicio de Medicina interna de la Cruz Roja de Toledo. Sesión clínica del día 23 de febrero de 1933. Un caso de quiste hidatídico de pulmón. Sres. Arroba, Vilar y Peñalver.*

*Cuerpos extraños en las vías aéreas. (Parásitos animales), por Vidal Santurino Aceñero.*

*Nota clínica, por Alfonso Fando.*

## SECCION DE SECRETARIA

### INSTRUCCIONES PARA LA DECLARACION DE UTILIDADES

1.<sup>a</sup> Durante todo el primer trimestre de 1933, es decir, antes de finalizar el mes de marzo próximo, se presentarán en la Administración de Rentas públicas de la provincia, por conducto de este Colegio, las declaraciones juradas de los ingresos profesionales en el año 1932, ajustadas al modelo que va a continuación.

2.<sup>a</sup> Las declaraciones se presentarán triplicadas, y dos de ellas estarán reintegradas con timbre de 0'25 pesetas.

3.<sup>a</sup> Bastará que los señores médicos consignen los datos correspondientes en los lugares que van señalados con los números 1 y 2.

4.<sup>a</sup> Para que la Administración, y en su caso y en su día el Jurado, puedan conocer la totalidad de los ingresos de cada médico, deberá consignar separadamente los ingresos por todos conceptos, tal como se detallan en el modelo. De esos emolumentos, la Administración no gravará los que ya fueron objeto de retención por el Estado, la provincia o el Municipio; rebajará de los demás el coeficiente legal, y sobre el resto girará la liquidación al tipo que proceda, según la escala, deduciendo de la cuota resultante las de la contribución industrial, que ya conoce la Administración.

5.<sup>a</sup> Los ingresos por sueldos procedentes del Estado, Diputaciones y Ayuntamientos, aun cuando se consignen en el lugar señalado (A), no se sumarán a los de los conceptos B, C y D,

que son los únicos que han de ser objeto de esta imposición.

6.<sup>a</sup> Los señores médicos que no estén provistos de libro de ingresos debidamente requisitado, deberán proveerse de él inmediatamente, pues el hecho de no llevarlo origina la imposición de multas hasta de 500 pesetas, sin perjuicio de las que correspondan si además de la omisión se estimara defraudación.

7.<sup>a</sup> No debe olvidarse que en la Delegación de Hacienda se ha constituido ya el jurado de estimación, para fijar en conciencia las bases impositivas en caso de omisión de declaraciones o cuando éstas ofrezcan duda a la Administración. De las estimaciones del jurado, no cabe recursos ante el de utilidades, sino cuando las bases fijadas exceden de 10.000 pesetas.

8.<sup>a</sup> Los compañeros que durante el año se hayan trasladado dentro de la provincia, deberán consignar los pueblos donde hayan ejercido.

9.<sup>a</sup> La Administración de Rentas públicas tendrá por no presentadas las declaraciones que carezcan del expresado reintegro.

### MOVIMIENTO DE COLEGIADOS

**Altas.**—Don José Vilar Labrador, de Segurilla, y don Angel Vázquez Naranjo, de Almonacid.

**Bajas.**—Don Ignacio Sendín González, por defunción, y don José González Ortiz y don José Guinea Vilar, por ausencia.

**Traslados.**—Don Augusto Sánchez Izquierdo, desde Camarena a Villaconejos de Tralaje (Cuenca).

**CONTRIBUCIÓN SOBRE LAS UTILIDADES DE LA RIQUEZA MOBILIARIA**

*DECLARACIÓN jurada de los ingresos profesionales del Médico D. \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_, obtenidos desde 1.º de Enero a 31 de Diciembre de 1932, que se presenta a la Administración a los efectos de liquidación del impuesto por el año citado.*

CONCEPTOS	INGRESOS (1)		IMPONIBLE		CUOTA al por 100		CUOTA industrial		CUOTA líquida	
A.—Sueldos del Estado, provincia y Municipio.....										
B.—Igualatorio.....										
C.—Sueldos devengados de sociedades y particulares .....										
D.—Otros ingresos de la profesión.....										
<i>Total de las partidas B, C y D.....</i>										

(2) *NOTA.—El referido Médico ..... tiene rayos X, ..... tiene tiene Laboratorio clínico.*

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1933  
Firma del Médico,

Administración de Rentas Públicas

de la

Provincia de Toledo

*Se aprueba la precedente liquidación por su importe de \_\_\_\_\_  
pesetas \_\_\_\_\_ céntimos, debiendo pasar a Intervención, a Tesorería-  
Contaduría y a la Inspección a los efectos reglamentarios respectivos.*

Toledo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1933

El Liquidador,

V.º B.º

El Administrador de Rentas Públicas,

## Servicio de Medicina Interna de la Cruz Roja de Toledo

Director: DR. V. ARROBA

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 23 DE FEBRERO DE 1933

### Un caso de quiste hidatídico de pulmón. Sres. Arroba, Vilar y Peñalver

Enferma A. M., de 6 años de edad.—Acude por primera vez a la consulta el 7 de octubre de 1932.

*Antecedentes personales y hereditarios:* sin interés.

*Historia de la enfermedad actual.*—En abril último, catarro con expectoración hemoptóica, diagnosticado por el médico de cabecera de bronconeumonía. A los siete u ocho días desaparece la fiebre y la enfermita queda bien.

En primeros de octubre, tos con expectoración hemoptóica. En la actualidad, la enferma tiene buen apetito. No fatiga. No sudores. Mortón negativo. Evacuaciones normales.

### EXPLORACION

*Inspección:* No disnea. Aspecto pálido. No demacrada. Estatura correspondiente a la edad. Peso, 16 kilogramos.

*Palpación:* Vibraciones vocales disminuídas en hemitorax izquierdo.

*Percusión:* Plano anterior.—Lado derecho, normal. Lado izquierdo, matidez absoluta del tercero al sexto espacio intercostales. El resto normal.

*Plano posterior:* Ambos lados normales.

*Auscultación:* Abolición del murmullo vesicular en la zona correspondiente a la matidez absoluta. El resto del aparato respiratorio y el circulatorio, normales.

Como vemos en la anterior historia, resalta la presencia de esputos hemoptóicos, acompañando a un proceso agudo de pulmón (?) en el pasado abril, y tos pertinaz en los días anteriores a su llegada a la consulta.

Teniendo en cuenta el buen estado físico de la enferma y la falta de síntomas, pensamos que dichas hemoptisis pueden ser de etiología «no tuberculosa».

Practicamos un examen radioscópico encontrando en tórax y en lado izquierdo, parte media, una sombra del tamaño de una naranja pequeña, que llegaba a parte central pulmonar, y de bordes algo quebrados, pero en conjunto forma esférica.

Para confirmar el diagnóstico de quiste hidatídico que la imagen radioscópica nos hace sospechar, recurrimos a los métodos biológicos, con el siguiente resultado:

No se puede practicar un Weinberg.

Reacción de Casoni. A los cinco minutos: enrojecimiento  
a los treinta minutos: pápula  
a las veinticuatro horas: inflamación local, que dura treinta y seis horas.

#### Fórmula leucocitaria.

Linfocitos .....	45
Monocitos .....	5
Polinucleares neutrófilos.....	43
Eosinófilos.....	6
Formas de transición.....	1
TOTAL.....	100

Vemos, pues, que existe: Casoni positivo y ligera eosinofilia.

*Diagnóstico:* Quiste hidatídico pulmonar, único y de localización periférica.

*Tratamiento:* Proteinoterapia y expectación armada durante un pequeño espacio de tiempo.

Vuelve la enferma a la consulta el 31 de octubre, y nos dice que ha expulsado, con tos, un agua muy clara con algunas membranas («parecen callos», dice la madre), tragándose algunas más, que eliminó por intestino.

La hacemos radioscopia y encontramos el quiste a medio llenar, y a los diez días hacemos la radiografía que presentamos a ustedes y que muestra lleno el quiste, de la misma forma que en la primera exploración (radioscópica núm. 1).

Como vemos, se ha producido una vómica, que al poner de manifiesto la existencia de membranas hidatídicas, confirma la presencia de un quiste hidatídico abierto en bronquio.

Este caso nos merece las siguientes consideraciones:

En primer lugar, la importancia que las hemoptisis repetidas tienen en los casos de hidatidosis pulmonar. La producción de estas hemoptisis sería, según la teoría de Escudero, por el traumatismo que constantemente ejerce el quiste sobre las zonas vecinas del parénquima pulmonar donde asienta. Behr las cree consecuencia de la congestión periquística.

En este caso vimos que existen, de un lado, una gran pobreza de síntomas, y de otro lado, tos y hemoptisis, que pueden hacer sospechar la existencia de un proceso tuberculoso. Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial, hemos de hacer constar que en toda hemoptisis repetida, máxime si ésta se presenta en individuos florecientes y no existen lesiones de aparato respiratorio o tras-

tornos orgánicos de corazón que las justifiquen, se debe pensar siempre en un proceso de hidatidosis pulmonar.

Estas hemoptisis se presentan, según Hearn, en el 80 por 100 de los casos confirmados de quiste hidatídico de pulmón; Fossati, en el 47 por 100; en varios casos citados por Moreno Cobos, en el 100 por 100. Uno de nosotros las encontró en el 80 por 100 de los casos por él vistos.

Completa el cuadro con las hemoptisis, aparte los síntomas menos cons-



Radiografía núm. 1

tantes de disnea, fiebre, urticaria, dolor pungitivo de costado, etc., la presencia de tos, seca al principio y acompañada de expectoración mucosa después.

Uno de los datos que más valorizamos, al pensar en un quiste de naturaleza hidatídica, fué la transición brusca del sonido mate, correspondiente al quiste, y la claridad normal del tejido pulmonar que le rodea.

En este caso, el Casoni y la presencia de ligera eosinofilia, parecen confirmar el valor casi específico que a las pruebas biológicas se ha concedido en el diagnóstico del quiste hidatídico, pero a pesar de ello, creemos de interés hacer un pequeño estudio de cada una de ellas y su crítica correspondiente.

Son estas reacciones de gran importancia, ya que aparte el diagnóstico radiológico, y totalmente descartada la punción del quiste como medio de comprobar los caracteres de su contenido, punción que a nuestro parecer no debe practicarse nunca por los peligros a que su ejecución puede dar lugar, son los únicos medios, decimos, de que el clínico puede valerse para diagnosticar un proceso de hidatidosis en período inicial.

Las que tienen valor práctico son: Weinberg, Cassoni y Eosinofilia,

Según Mouriz, coinciden las tres en un 87 por 100 de 1.344 casos.

Son de gran interés los estudios recientes de Outeiriño y Calvelo, sobre la pretendida especificidad de las reacciones de Weinber y Cassoni en el diagnóstico biológico de la hidatidosis. Como conclusiones de ellos, dan sus autores las siguientes:

1.<sup>a</sup> Que ni la reacción de Weinberg ni la intradermoreacción de Cassoni, poseen carácter de especificidad, sino que más bien parecen reacciones de grupo.

2.<sup>a</sup> Como corolario práctico, que es necesario asegurarse de la ausencia de tenias intestinales antes de afianzar un diagnóstico de hidatidosis en estos exámenes biológicos.

Puente Veloso, confirma la importancia de estos resultados, explicando ellos los casos diagnosticados de quiste hidatídico, sólo por la existencia de estas reacciones, calificadas como específicas, y que los hechos clínicos y radiológicos no comprueban luego. Por el contrario, se encuentran casos de negatividad de estas reacciones, y que posteriormente la exploración clínica y radiológica confirma como quistes hidatídicos.

Debe practicarse, según Mouriz, con distintos tipos de antígenos. El uso de antígenos humanos, de vaca y carnero. Esta reacción, a pesar de la especificidad que la conceden algunos autores, se ha comprobado fué negativa en casos que después se confirmaron como de quiste hidatídico.

Su proporción de positividad, según los siguientes autores, es: Urrutia, 94 por 100; Mogena, 72 por 100; Sala y Villalobos, 70,6 por 100; Mouriz, 61 por 100, y Pittaluga y Pacheco, 41,66 por 100.

Horowilz-Wlasowa, cree que el líquido quístico completamente transparente, no tiene reacción antigénica; por el contrario, es activo aun en dosis pequeñas de 0,1 a 0,05, el líquido turbio, que contiene productos de desintegración de la pared del quiste.

La intradermoreacción de Cassoni, valiosísima por su gran sensibilidad y por la sencillez de su ejecución, siendo sus fenómenos cutáneos el exponente de una reacción específica y de naturaleza anafiláctica.

Mouriz, cree que debe hacerse, al igual que en el Weinberg, con distintos tipos de antígenos. Dice poder asegurar, que son relativamente frecuentes los casos de Cassoni negativos frente a un sólo antígeno y positivos con otros. Coincide con Marañón en preguntarse si estarán estas diferencias relacionadas con la especie animal que contagió al hombre.

Logo, da caracteres de especificidad a la reacción tardía, que no vió nunca en sujetos no portadores de quistes, y que fué positiva en un 75 por 100 de los casos confirmados de equinococosis.

Serrada, la concede resultados superiores al Weinberg y a la eosinofilia.

Proporción de positividad según los siguientes autores: Sala y Villalobos, 82,6 por 100; Pittaluga y Pacheco, 75 por 100; Logo, 75 por 100; Urrutia, 74 por 100; Mogena, 72 por 100.

Eosinofilia.—Consideramos como eosinofilia, siguiendo a Mouriz, el aumento de los eosinófilos en la fórmula leucocitaria, en proporción superior al 3 por 100.

La eosinofilia constituye un dato más para el diagnóstico del quiste hidatídico, teniendo en cuenta que no es específica para esta enfermedad, ya que se presenta en el asma, helmintiasis, etc., etc.

Debe hacerse la determinación de la eosinofilia antes de practicar el Cassoni, para evitar las influencias anafilácticas de éste.

Barling y Welsh, la encuentran en el 50 por 100 de los casos; Pittaluga y Pacheco, en el 83 por 100; Mogená, en el 50 por 100 de los casos de quistes jóvenes disminuyendo luego esta proporción.

Citaremos, como de menor interés, la reacción pasiva de Pontano, la reacción pasiva de Parrinot y Limonin y la presentada por Valls y Confortó a la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, y que fundada en la reacción producida por una mezcla de tintura de benjuí y líquido hidatídico, con suero inactivado del enfermo, nos proponemos ensayar por creerla de interés.

Diagnóstico radiológico.—La aplicación de los Rayos X al diagnóstico de la equinocosis pulmonar, representa un brillante método, hasta tal punto, que según Barjón, es en general fácil, dando una sombra especial de forma completamente esférica, de contornos exactamente limitados y que se destacan perfectamente de los campos pulmonares vecinos.

Nogueras, cita dos casos en que las pruebas biológicas fueron negativas y en las que la radiografía demostró la existencia de quiste hidatídico.

Desde luego, los que mejor se diagnostican son los cerrados, puesto que los abiertos dan sombras menos intensas y de contornos más irregulares.

Según Larrú, ningún síntoma radiológico puede considerarse como patognomónico de quiste hidatídico.

Marañón no da gran valor a los caracteres descritos como específicos de la sombra pulmonar del quiste.

Nosotros creemos que no siempre las sombras radiográficas de los quistes tienen sus contornos limpios, por la existencia de reacciones periquísticas y otras circunstancias que no son del caso exponer.

*Tratamiento.*—En el tratamiento del quiste hidatídico pulmonar existen dos tendencias. Una preconiza la intervención operatoria sistemática.

La otra, apoyada por la indiscutible autoridad de Devé, hace depender la operación de una serie de circunstancias: situación, tamaño del quiste y perturbaciones orgánicas por él ocasionadas.

Nosotros creemos que en los quistes hidatídicos de pulmón centrales pequeños y que no proporcionen molestias al enfermo, se debe estar en expectación armada. De todas formas es sumamente delicado lo que a la intervención se refiere, aun en aquellos casos superficiales y de gran tamaño en que aquella tiene su indicación más precisa, ya que tenemos presente los casos presentados

por Calvo Melendro, en que de los cinco que presenta (Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades núm. 507), tres fueron operados con terminación fatal. Otro que se negó a la intervención, después de dos vómitos abundantes, inició una franca mejoría. En el último, confiesa el autor, en vista de su experiencia, no saber qué aconsejar. A pesar de ello, nuestra opinión en estos quistes superficiales y de tamaño es intervencional.

Un Cassoni intensamente positivo, debe ponernos en guardia, por el peligro que supone de un estado de marcada sensibilización, que puede desencadenarse durante el acto operatorio.

Según Lozano, no debe practicarse la operación en dos tiempos, puesto que según él, las suturas preventivas suelen abrir el quiste y realizar siembras equinocócicas, desgarran la pleura y no evitan el pneumotórax.

Creemos que la intervención, en un caso como el que nos ocupa, debe consistir en la Marsupialización, drenando con tubo de cristal y haciendo las incisiones de pleura parietal y pulmón con el termo o galvanocauterio.

A nuestro parecer, en el caso presente debe hacerse pneumotórax artificial, ya que en estos casos de quiste hidatídico abierto es donde el tratamiento colapsante tiene una brillante indicación, y sólo después de fracasado este tratamiento aconsejaríamos la intervención.

Desde luego el pneumotórax debe hacerse muy lentamente.

Nogueras dice, que es siempre muy conveniente practicar con anterioridad a la intervención quirúrgica, un pneumotórax preventivo, lento, que evite el operatorio y prepare la respiración para la disminución del campo respiratorio que ha de sufrir seguramente al producirse el pneumotórax operatorio.

**Adrián Nodal (Bargas).**—Insiste en algunos síntomas clínicos que son útiles al médico rural. Da importancia a las hemoptisis con buen estado general del enfermo. Cree en la dificultad que se encuentra a veces el médico ante el diagnóstico de las pleuresías con derrame y los quistes hidatídicos, por que se pueden confundir sus síntomas, siendo la punción exploradora la que en el medio rural puede dilucidar el diagnóstico, pero no pudiendo aprovecharla por que tiene grandes peligros. Habla y describe un caso clínico curioso observado por él, el cual estaba muy robusto y con aparente salud, teniendo repentinamente una hemoptisis, que fué muy pronunciada (un medio litro aproximadamente), y además melena al día siguiente, y que diagnosticó de úlcus gástrico, sometiénolo al tratamiento apropiado. Al parecer, pasó aquel episodio agudo, y a los tres meses tuvo dolor de costado izquierdo y roces pleurales, empezando a los cinco meses con adelgazamiento, tos y expectoración, encontrando estertores en el vértice izquierdo y en la base del mismo lado, disminución del murmullo vesicular y de vibraciones vocales.

Dada la distancia a que se encontraba del laboratorio, no pudo hacer reacciones. Dos compañeros le vieron a dicho enfermo y le diagnosticaron de tuberculosis pulmonar, y él, por los síntomas clínicos, diagnosticó pleuresía interlobar o quiste hidatídico, comprobándose después este diagnóstico.

En cuanto a tratamiento cree no debe practicarse la vómica por la siembra secundaria que pueda dar lugar. Desecha la punción por sus peligros, y habla, por último, de la velocidad de sedimentación que es normal en los quistes cerrados y está aumentado en los abiertos y supurados.

**Francisco Higueras (Pulgar).** — Recuerda un caso visto por él en el primer pueblo que ejerció, que se refería a un señor de 50 años de edad, de buena constitución, y que un verano comenzó con hemoptisis, siendo diagnosticado de hipertensión e incluso de aneurisma, y desesperado por no encontrar alivio a su dolencia, se suicidó. En la autopsia se encontró un quiste central izquierdo del tamaño de una mandarina. Se extiende en consideraciones sobre el diagnóstico diferencial difícil en casos como éste.

**Francisco López Paredes (Belvís de la Jara).** — Cree interesante el tema, muy principalmente por el diagnóstico diferencial difícil que plantea. Recuerda un caso de un enfermo con quistes hidatídicos múltiples en ambos pulmones, y cuya sintomatología anterior al diagnóstico era de catarros intensos y una vez bronconeumonía que después de hecho el diagnóstico en firme de equinocosis, lo considera secundario a esta afección. Habla de la evolución favorable de este enfermo, puesto que parece que un reputado clínico de Madrid indica la disminución e inactividad de dichos quistes, coincidiendo con una gran mejoría del enfermo.

**Enrique Lázaro Carrasco (Bargas).** — Insiste en los tratamientos operatorios cuando el quiste es cortical, por que es la solución menos funesta y más favorable para el enfermo.

**López Fando.** — Hace hincapié en los signos clínicos y muy preferentemente en el estado floreciente del enfermo que, teniendo hemoptisis y a veces fiebre, contrasta con el estado general que corrientemente vemos en los tuberculosos. Fija atención en la falta de fiebre en enfermos que padecen hemoptisis, que nos debe de hacer pensar siempre en la existencia de un quiste pulmonar hidatídico, no habiendo síntomas de enfermedad mitral, aórtica, hipertensión, etcétera, que son más fácilmente diagnosticables por la sola exploración clínica. Recuerda un caso de un enfermo con fiebre, hemoptisis, en el que se encontraba una abolición completa de murmullo y de vibraciones vocales con matidez, que fué diagnosticado de paquipleuritis, y cuyo examen radiológico daba la impresión de un derrame pleural, por estar opaco incluso el seno costo-diafragmático, poniéndole en el camino de su verdadero diagnóstico de quiste hidatídico; el estado floreciente del enfermo, a pesar de padecer este proceso de larga duración, cuyo diagnóstico fué comprobado al hacer reacciones biológicas, siendo más tarde intervenido por marsupialización, con buen resultado.

Habla de los quistes hidatídicos de cara superior de hígado, que, por su localización dan una sintomatología mixta, pulmonar y abdominal y algunas veces solamente de aparato respiratorio. Encuentra en estos enfermos un síndrome, descrito muchas veces como debido a litiasis biliar y consistente en cólicos hepáticos, acompañados de disminución de murmullo en base derecha y

roces pleurales, explicándose la patogenia de estos cólicos hepáticos sin litiasis por fenómenos anaflácticos, no siendo partidario de la teoría de la compresión ni de la eliminación de escolex por las vías biliares que es verdaderamente rara.

**Miguel Zamora.**—Interviene muy principalmente por lo que respecta al quiste hidatídico en los niños. Habla de las estadísticas comparativas entre el adulto y el infante y demuestra que la vómica curativa es mucho más frecuente en este último, siendo de un 100 por 100, según un estudio del profesor Morquio. Insiste en ello también Prat en que la vómica es curativa, y critica estas opiniones por creer que no todos los casos tiene esta evolución tan favorable, debiendo hacer una indicación bien precisa ante un buen diagnóstico.

**Ramón María Delgado.**—Opina, que dada la dificultad en los medios rurales para hacer diagnósticos de laboratorio, hay que escudriñar los síntomas clínicos y muy especialmente las hemoptisis en individuos con buen estado general, sin lesiones vasculares ni cardíacas. Habla con excepticismo de los medios diagnósticos de laboratorio, y cita un caso recientemente operado por él de dos voluminosos quistes hidatídicos de hígado con Cassoni negativo, Weinberg ligeramente positivo y dos eosinófilos por 100. Considera de gran importancia la exploración radioscópica o radiográfica, debiendo el internista fijar con exactitud el quiste para su intervención. Respecto a tratamiento, si el quiste es pleural o cortical, debe operarse, siendo la conducta distinta en los centrales. Estos últimos, la generalidad de las veces se resuelven por vómica antes de llegar a gran tamaño. Solamente deben operarse, a pesar de su profundidad, cuando el estado general del enfermo empeora notablemente. Presenta una radiografía (núm. 2) de un enfermo tratado por él con quiste hidatídico central próximo al hilio abierto en bronquios y curado sin intervención. Considera gran imprudencia verificar la punción exploradora, por que con pequeña cantidad de contenido quístico que caiga en tejidos limitrofes se puede producir choques anaflácticos, a veces mortales. Aun cuando la puntura sea con aguja fina, como los quistes pueden estar casi siempre a gran tensión, sale una pequeña cantidad al retirar la aguja, originando los accidentes mencionados. Describe con detalles los diferentes recursos ideados por los Cirujanos para evitar el tan peligroso neumótorax abierto durante la operación y hace la crítica de la primitiva maniobra de Müller y las diferentes cámaras de hipo e hiperpresión, citando además la insuflación intratraqueal que no considera práctica. Siempre que se pueda, deben utilizarse la presión diferencial, considerando los aparatos más prácticos para lograrla la mascarilla de Tiegel y la cámara de Sauerbruch. Detalla la operación diciendo que la incisión debe ser pequeña, y una vez incindida pleura puede observarse si existen sínfisis pleurales, cosa que casi siempre ocurre en los corticales y muy probablemente en el caso presentado, por lo cual no podría emplearse neumotórax. Si las adherencias son manifiestas abordar el quiste en un sólo tiempo y si hubiese necesidad de atravesar espesa capa de tejido pulmonar y se presentara hemorragia—cosa

frecuente -tapon, dejando la penetración en la cavidad quística para otra sesión. Si en el tiempo operatorio de abrir la pleura no se encuentra sínfisis pleurales, considera indispensable hacer la previa sutura pleural parietovisceral y dejar pasar doce o catorce días, cuidando de mantener abierta la herida costal, pudiendo de esta forma formarse adherencias interpleurales suficientes para quedar cerrada la cavidad pleural y poder abrir el quiste. Opina debe extraerse siempre la membrana madre, drenando la cavidad masurpializada, no debiendo usar líquidos fuertemente antisépticos para los lavados. Los quistes supurados abiertos en bronquios, siempre los ha tratado como un absceso pulmonar, dándole excelente resultado el sarvarsan y las proteínas.

**Gerardo Vilar (Navalucillos).**— Cree que el tratamiento de la enferma que se ha presentado debe ser con proteínas y tantear la producción de neumotórax.

**Nicolás Peñalver.**— Recuerda un caso diagnosticado de tuberculosis pulmonar por un eminente clínico, y otro, no conforme con este diagnóstico, lo



Radiografía, núm. 2

hizo de quiste hidatídico de hígado y el cirujano, al operarle, encontró dicho quiste que estaba calcificado, siendo exitus letalis por parálisis intestinal a los ocho días. Habla de la conveniencia de asociar vacunas al neumotórax para evitar la infección de boca.

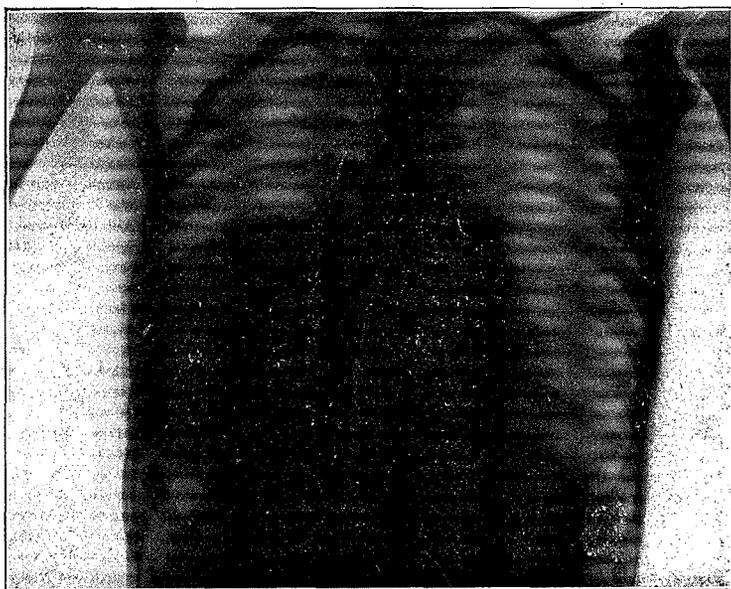
**Vicente Arroba.**— Para terminar la sesión, hace el resumen de la

misma. Agradece vivamente la intervención de los compañeros que han acudido a hacer interesante la sesión clínica de este día. Quiere insistir en algún síntoma que le ha sugerido las intervenciones de los compañeros. Se refiere a los fenómenos anafilácticos de los quistes hidatídicos. Las urticarias las ha encontrado con poca frecuencia. Interpreta como anafilácticos algunas pleuritis que se dan en algunos enfermos de quistes hidatídicos de pulmón. La misma patogenia atribuye a los cólicos hepáticos sin cálculo y cree son espasmos de esfínter de Oddi, provocando una estrechez parecida a la que se manifiesta en el asma, sobre los músculos de Reisseisen. Para terminar el dato anafilaxia recuerda uno de los casos que vió en su consulta de una niña de 12 años de edad, constitución asténica, y como único antecedente personal una parálisis espinal infantil de antiguo y con poca secuela, y que hacía un poco tiempo tenía catarros a menudo con 40° de fiebre y con la característica de durarla muy pocas horas. Explorada cuidadosamente encontró un obscurecimiento intenso de arriba a bajo en hemitórax derecho, que le hizo pensar en una esplenoneumonía. Se la puso una inyección de orosanil, de un centigramo, parte por si dada su constitución, intervenía el factor fímico como responsable del proceso en curso, y además por servirla de quimioterapia aun en caso de esplenoneumonía corriente. La enferma estaba con fiebre alta, malestar general, y el tenersele que llevar rápidamente al pueblo donde habitaba, obligaba no demorar en análisis un tiempo que no disponía y que hubiera facilitado el diagnóstico.

La sorpresa fué a los dos meses que volvió por la consulta y se encontraba completamente bien, según manifestaba. Explorada, se encontró con una disminución de murmullo, matidez y ausencia de vibraciones vocales en base de hemitórax derecho, con una extensión aproximada de cinco traveses de dedo. Le extrañó su buen estado general, nada de fatiga y fiebre y el cambio brusco sin estertores de murmullo vesicular normal a la ausencia, síntoma al que da extraordinaria importancia para clínicamente sospechar en quiste hidatídico, como así hizo. Con esta interpretación clínica efectuó radiografía, que es la que enseña (núm. 3), en la cual se ve un quiste típico de contornos limpios, de tamaño de una toronja, en base pulmonar derecha. Se la hicieron reacciones, resultando: Cassoni y Weinberg negativos y 26 eosinófilos. Con un diagnóstico en firme de quiste hidatídico de pulmón, interpretó el historial anterior de la enferma, encontrando lógicamente que los catarros tan rápidamente aparecidos y pasados no eran sino crisis anafactiformes y la sintomatología que presentaba el primer día de su consulta, un proceso congestivo, intenso, perifocal, del mismo tipo anafiláctico, aumentado por la compresión del quiste y con una gran reacción exudativa. Es preciso tener presente la fácil anafilaxia de las partes limítrofes, perifocales, que explicaría la eosinofilia local, de tan interesante estudio. En este caso, ordena un tratamiento operatorio que el enfermo rechaza, a pesar de la insistencia con que se le indica, porque se cree completamente curado. Habla también de la infección del quiste hidatídico, que cree muy interesante, ya que hay autores alemanes que opinan que el Scolex es el

que lleva el germen de infección, provocando ésta a posteriori. La punción no debe practicarse jamás. Aparte del síndrome gravísimo que la anafilasia pueda ocasionar, porque podemos provocar la rotura del quiste, ya que estando a gran presión simplemente con el aumento de la misma al meter el trocar antes de atravesar la membrana puede provocar la vómica. Indica la velocidad de sedimentación, que, según su experiencia, es normal en los quistes cerrados y aumentada en los supurados. En las neoplasias malignas dan también aumento de velocidades de sedimentación y se detiene en síntomas interesantes diferenciales.

La diferencia de que antes hablaba entre un quiste hidatídico y una pleuresía serosa, cree, a pesar de los síntomas diferenciales que describe, no es



Radiografía núm. 3

tan fácil de solucionar en algunos casos, insistiendo con Marañón en las dificultades que esto a veces ocasiona. Respecto a tratamiento, hay que dividir primeramente los quistes, como lo hace Devé en centrales y corticales, ya que la evolución es diferente, y cree que los casos corticales no abiertos, deben operarse. A los quistes centrales hay que estar en expectación armada, puesto que, al parecer, es de esperar la curación espontánea mediante la vómica. Los quistes que se abran en pleura, deben operarse enseguida, pues según Jeanne, con el que está de acuerdo, si se abandonan mueren el 100 por 100, mientras que al operarlos es la regla su curación.

Opina no debe tratarse por neumotórax, bajo ningún concepto, el quiste hidatídico de pulmón cerrado, porque si bien es verdad que existen autores como Blanco Acevedo, que creen deben hacerse para favorecer la vómica, puede

resultar temerario, ocasionando un perjuicio grave al enfermo por no saber a qué extremo puede esto conducir, aparte de las múltiples siembras que con ello puede originarse. No cree se pueda oponer a esta opinión la de otros autores que intentan hacer un neumotórax para poder apreciar con más seguridad el diagnóstico de quiste, debiendo apelarse a la clínica y medios auxiliares antes de exponer al enfermo a los resultados de una vómica provocada. En cambio, en aquellos casos de quiste abierto, no hay inconvenientes, es más, está indicado hacerle o intentar hacerle, por si la sínfisis pleural lo impide, con lo cual ha tratado casos con verdadero éxito, asociándolo si está supurado a tratamiento con neosalvarsan, según tiene ya publicado en otro trabajo. En los casos de intervención, es muy preciso el localizar con exactitud el quiste, haciendo radiocopias o radiografías en todas posiciones, con objeto de determinar exactamente el punto de ataque.

Resumiendo la intervención en estos enfermos de quiste hidatídico de pulmón, termina aconsejando:

- 1.º Intervención con posición sentada del enfermo.
- 2.º Anestesia local.
- 3.º Operación en uno o dos tiempos, según adherencias pleurales.
- 4.º Sección de pulmón con galvano, termocauterío o mejor bisturí de diatermia.
- 5.º Debe de quitarse la membrana madre.
- 6.º Dejar drenaje de vidrio.

Con esto termina la sesión, expresando su gratitud a todos los que han concurrido a ella y anunciando para la próxima las dos siguientes ponencias. Adrián Nodal «Consideraciones sobre un caso de bronquiectasia» y Nicolás Peñalver sobre «Un caso de neumonía caseosa». Al mismo tiempo anuncia que hay presentadas para la siguiente sesión: una comunicación de Fando y Arroba sobre «Supuesto caso de cirrosis de Hanót y otra de Gerardo Vilar sobre «Fiebre recurrente».



## Cuerpos extraños en las vías aéreas. (Parásitos animales)

Por Vidal Santurino Aceñero

Es de grandísima importancia esta cuestión de parásitos en las vías aéreas por la frecuencia que se presentan en esta región, y particularmente en esta localidad, habiéndose llegado a lamentables equivocaciones diagnósticas con graves riesgos para el enfermo. Trataré del *Hirudus medicinalis* (sanguijuelas).

En la pasada temporada, pues en los meses de julio a octubre son las épocas en que más se nos presentan, llevo extraídas más de una veintena entre nasofarinx, laringe y tráquea.

La causa de estos accidentes es la escasa cantidad de aguas potables y el encontrarse contaminados arroyos y fuentes a donde acuden a beber, sin precaución alguna, los empleados en las faenas agrícolas.

Asustados, acuden a nuestra casa algunos enfermos; aquellos que no se dieron cuenta del accidente, al ver que al toser expectoraban sangre, en pequeña cantidad al principio, y aumentando ésta hasta algunos casos en que el paciente quedaba tan anémico y de aspecto terroso, amarillo, pajizo, comparable tan sólo a la anemia perniciosa, estado en que si no se hace un reconocimiento completo, pudiera confundirse con otras enfermedades. Casos de muerte no he conocido ninguno, pero personas de más edad aseguran haberlo presenciado en que después de fallecido el sujeto hizo su triunfal aparición el parásito por la nariz.

No sirve algunas veces el espejo laríngeo, claro que la mayor parte de las veces, a la primera exploración, se suele descubrir el parásito colocado bien en el nasofarinx, en la laringe o tráquea, pero otras, bien por la extremada delgadez (del grosor de un hilo), bien por encontrarse en alguna sinuosidad o repliegue del nasofarinx, adherido a la cara inferior de una cuerda vocal o muy descendido en la tráquea, no podemos apreciarlo hasta el tercer o cuarto día en que aumenta notablemente de volumen, haciéndose asequible a la exploración y ocasionando grandes molestias, pues puede llegar a tener el grosor de un dedo.

Nosotros, por la frecuencia y práctica adquirida, hacemos el diagnóstico casi con seguridad; sin necesidad de recurrir al laringoscopio ni espéculo nasal; los antecedentes del enfermo a quien solemos conocer, la salida de sangre espontáneamente por la nariz y la expulsión con poquísimo esfuerzo por la boca, unido a las ligeras molestias que experimentan al principio, nos llevan al diagnóstico que seguidamente confirmamos, procediendo a la exploración de la siguiente manera:

Con buena iluminación en el espejo frontal, con el depresor lingual se explora la faringe bucal, y en la pared posterior podemos encontrarnos adherido el parásito u observar dos regueritos de sangre que, bajando de la faringe nasal, descienden a la bucal, entonces sin duda alguna la localización es de nasofarinx, que se comprueba con espéculo nasal o rinoscopia posterior, no existe como se comprende trastornos de la voz, salvo que el enfermo, en su afán de desprenderlo, haya empleado recursos que, como humos de tabaco y otras substancias, provocan laringitis.

Para su extracción, después de anestesiar con solución de cocaína al 5 por 100 la base de la lengua y faringe bucal, con la mano izquierda se mantiene el larinoscopio y con la derecha, armada de pinzas acodada en su extremo (una larga de Peán doblada es la que yo empleo); se procede a su prehensión, viendo lo que se hace para no traumatizar la mucosa. Si por alguna dificultad no pudiéramos extraerla y aplazáramos la intervención para el día siguiente, no tendría nada de particular que hubiera cambiado de sitio y se encontrara alojada en faringe bucal o laringe.

La de la localización nasal, cuyo síntoma primordial son las epístaxis repetidas, con el espéculo y pinzas nasales, no ofrecen dificultad alguna; si su localización es muy posterior con el sifón Weber, se da un labado, retronasal con una solución de cloruro sódico concentrado ligeramente irritante para la mucosa que, penetrando el líquido por la nariz libre, es fácil se desprenda y salga con la corriente del líquido por la otra fosa nasal. Algunas veces una inhalación débil de cloroformo ha provocado su extracción.

Para las localizaciones laríngeas, que son las que más molestias ocasionan, tos, ronquera, abscesos de disnea con cianosis en algunos casos extremadamente grandes, que hacen pensar en la traqueotomía, coloco el sujeto en posición horizontal ante el temor de que al efectuar la anestesia se desprenda y caiga en los bronquios una vez bien cocainizado con la pinza laríngea, guiados siempre por el larinoscopio, se procede a la prehensión, no siempre fácil, pues enmascara el campo con frecuencia la hemorragia que procede de la expulsión de sangre del parásito, reduciéndose éste notablemente de tamaño.

El tiempo que puede permanecer alojado en las distintas cavidades es variable, algunos enfermos he visto que en la laringe y tráquea lo soportaron por espacio de treinta días en que adquirió tal volumen que le producía los trastornos antes citados.

En los niños es algo más complicado, pues a no ser de alguna edad en que se pueda emplear el depresor de Escat, hay que recurrir a la laringoscopia directa, propia ya de especialistas.

## CONCLUSIONES

1.º La necesidad que tenemos los médicos generales de manejar el larinoscopio y no reservarlo exclusivamente a los especialistas.

2.º Es muy frecuente el ver sujetos que expectoran sangre, tienen rónquera y presentan además de anemia, estertores en las bases pulmonares y que una exploración ligera pudiera tomárseles por tuberculosos, siendo simples portadores de parásitos.

3.º El que las autoridades tomen carta en el asunto y saneen fuentes y abrevaderos en las regiones que como ésta se encuentran infectados.

Valdeverdeja, febrero, 33



### Nota clínica, por Alfonso Fando

A. G., 28 años de edad, casada, planchadora.

Fuí llamado a ver esta enferma con urgencia, porque había sufrido un mareo, a consecuencia del cual, había caído al suelo completamente privada de sentido.

Cuando vemos a la enferma, ésta ha recobrado su sensorio y se queja de una fuerte cefalalgia de localización preferentemente frontal, vómitos incesantes y mareo con sensación de aturdimiento. En la exploración encontramos nistagmus horizontal, ligera diplopía, reacciones pupilares normales. El fondo del ojo, examinado por un especialista al día siguiente, no revela nada anormal.

Hay paresia acentuada en ambos miembros inferiores, reflejos rotulianos, muy disminuídos sobre todo en lado izquierdo, reflejos plantas normales. La enferma no puede conservar su equilibrio; en el momento que se levanta, dice tiene vértigo, y su marcha es tan insegura, que da la sensación de un borracho. En miembros superiores no hay nada anormal. Explorada su sensibilidad, encontramos la táctil bien en todo el cuerpo, dolorosa bien y la térmica encontramos disminución de la sensibilidad al calor, en miembro inferior izquierdo.

Bradycardia. Presión arterial = 7 — 12.

Análisis hechos posteriormente. Orina normal, Wasserman negativo.

El caso es de interés, porque pone de manifiesto una sintomatología nerviosa que a primera vista, cuando no se ha explorado a la enferma con detenimiento, puede hacer pensar en un pequeño ictus apoplejiforme. La falta de hipertensión y de toda lesión que pudiese dar origen a un proceso tromboembólico, nos hace desechar por completo este diagnóstico, así como el de tratarse de un proceso de lues de sistema nervioso, por la falta de todo antecedente y la negatividad del Wasserman.

Investigando el posible origen de todos estos trastornos, no encontramos más datos que el haber sobrevenido todo este cuadro morboso, cuando la enferma llevaba unas horas planchando con plancha de las llamadas a vapor, y poder ser todo ello debido a una intoxicación lenta y progresiva por óxido de carbono, que aunque raras veces produce estos síndromes nerviosos por provocar la aparición de hematomas, que se localizan en cualquier punto del sistema nervioso, aunque con preferencia en los núcleos opto-estriados-núcleos grises periféricos y aun en los mismos nervios.

Que nuestro diagnóstico era exacto, nos lo ha demostrado la evolución de la enferma, que simplemente, con el tratamiento de rigor en estos casos, ha caminado hacia una rápida mejoría, quedando a los veinte días sólo escasos residuos de lo que empezó de modo alarmante.

Por falta de espacio, no nos detenemos en el estudio de este caso, cosa que haremos en otra ocasión.

Provincia de Toledo

Sello móvil  
de  
25 céntimos

Ejercicio de 1932

CONTRIBUCIÓN SOBRE LAS UTILIDADES DE LA RIQUEZA MOBILIARIA

DECLARACIÓN jurada de los ingresos profesionales del Médico D. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_, obtenidos desde 1.º de  
Enero a 31 de Diciembre de 1932, que se presenta a la Administración a los efectos de liquidación del  
impuesto por el año citado.

CONCEPTOS	INGRESOS (1)		IMPONIBLE		CUOTA al por 100		CUOTA industrial		CUOTA líquida	
A.—Sueldos del Estado, provincia y Municipio.....										
B.—Igualatorio.....										
C.—Sueldos devengados de sociedades y particulares... ..										
D.—Otros ingresos de la profesión.....										
<i>Total de las partidas B, C y D.....</i>										

(2) NOTA.—El referido Médico ..... tiene rayos X, ..... tiene Laboratorio clínico.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1933  
Firma del Médico

Administración de Rentas Públicas

de la

Provincia de Toledo

*Se aprueba la precedente liquidación por su importe de \_\_\_\_\_  
pesetas \_\_\_\_\_ céntimos, debiendo pasar a Intervención, a Tesorería-  
Contaduría y a la Inspección a los efectos reglamentarios respectivos.*

*Toledo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1933*

V.º B.º

El Administrador de Rentas Públicas,

# Laboratorio García Suárez

Recoletos, 2, triplicado.—MADRID

## Suero

ANTINEURASTENICO

Inyectables de 1-2 y 5. c. c.

Solución isotónica  
glicero-cacodílica estrícnica

## Ciaticarina

Elixir a base de salicilatos de  
litina, colchicina y yoduro purí-  
simo.

REUMA — GOTA — ARTRI-  
TISMO

Tratamiento curativo del Estreñimiento habitual con

# PETROSINA

García Suárez

NO ES PURGANTE

Es un hidrocarburo líquido, insípido,  
no asimilable, que lubrica las muco-  
sas de los intestinos, facilitando la de-  
fecación.

CON SU EMPLEO PROLONGADO

Se cura siempre el estreñimiento.

## Cardioetil y Cardioetil Estricnico

Ampollas de 1 y de 2 c. c. de Aceite alcanforado con Eter sulfúrico; el  
estricnico con estricnina, superior al Aceite alcanforado corriente.

Muestras y literatura a su disposición.

## Anticatarral

EL ANTISÉPTICO MAS ENÉR-  
GICO DE LAS VÍAS RESPIRA-  
TORIAS

En los pretuberculosos-catarro-  
sos crónicos y catarros agudos,  
sus efectos son eficacísimos.

Solución creosotada de glicero-  
clor-hidrofosfato de cal con Thio-  
col y Gomenol.  
2 o 3 cucharadas al día.

## Neurotónico

ELIXIR E INYECTABLE  
Medicación glicero-arsenical fos-  
forada con nucleína y estricnina.

NEURASTENIA — CLOROSIS  
ANEMIAS — HISTERISMOS  
CONVALECENCIAS  
TUBERCULOSIS INCIPIENTE  
RECONSTITUYENTE PODE-  
ROSO



# Cursillo sobre innovaciones recientes en Medicina

Organizado y dirigido por el doctor Vicente Arroba, jefe de los servicios de Medicina interna y pulmón y corazón de la Cruz Roja de Toledo, se celebrará un cursillo sobre *Innovaciones recientes en Medicina* los días 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30 del próximo abril, en el local de la citada Cruz Roja y con la colaboración de los profesores de la misma. Habrá tres magistrales conferencias a cargo de los doctores Jiménez Díaz, Marañón y Hernando, catedráticos de la Facultad de Medicina de Madrid.

## PROGRAMA

### DIA 23

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica en la sala de Fimatología del Hospital provincial, por don Alfonso López Fando, jefe de la misma, y don Vicente Arroba.

A las seis de la tarde.—Conferencia de don Carlos Jiménez Díaz, sobre «Tratamientos de las nefritis», en el Salón de actos del Colegio oficial de Médicos (pública).

### DIA 24

De nueve a doce de la mañana.—Conferencia de don Ramón Delgado, jefe de los servicios de Cirugía de la Cruz Roja, sobre «Tuberculosis Oseas», y sesión clínica y operatoria. Se darán en su servicio de Cirugía del Hospital provincial.

De cuatro a cinco de la tarde.—Conferencia de don Aurelio Boned, inspector provincial de Sanidad, sobre «Epidemiología y profilaxis del sarampión», en el Salón de actos de la Cruz Roja.

De cinco a siete de la tarde.—Sesión clínica en el servicio de Medicina Interna de la Cruz Roja de don Vicente Arroba, y conferencia del mismo sobre «Recientes innovaciones en corazón».

### DIA 25

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica en la sala de Fimatología del Hospital provincial, por don Alfonso López Fando y don Vicente Arroba.

De cuatro a cinco de la tarde.—Conferencia de don Miguel Zamora, director de la Gota de Leche, sobre «Vacunación antituberculosa con la B. C. G.», en el Salón de actos de la Cruz Roja.

De cinco a siete de la tarde.—Sesión clínica y conferencia sobre «Diabe-

tes.—Recientes innovaciones en la misma», por don Vicente Arroba, en su servicio de la Cruz Roja.

### DIA 26

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica y operatoria en la sala de Cirugía de don Ramón Delgado, del Hospital provincial, y conferencia del mismo sobre «Diagnóstico de las afecciones agudas del abdomen».

De cuatro a cinco de la tarde.—Conferencia de don Nicolás Peñalver, jefe de los servicios de Otorrinolaringología de la Cruz Roja, sobre «Abscesos Oti-cos», en el Salón de actos de la mencionada Cruz Roja.

De cinco a siete de la tarde.—Sesión clínica y conferencia sobre «Aortopatías», por don Vicente Arroba, en su servicio de la Cruz Roja.

### DIA 27

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica y conferencia de don Nicolás Peñalver, sobre «Laringitis Fímicas», y de don Alfonso López Fando, sobre «Ictericias», en la sala de Fimatología del Hospital provincial.

A las seis de la tarde.—Conferencia de don Gregorio Marañón, en el Salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, sobre «Reumatismos» (pública).

### DIA 28

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica y conferencia de don Ramón Delgado, sobre «Tratamiento de las afecciones agudas de abdomen», en su servicio del Hospital provincial.

De cuatro a cinco de la tarde.—Conferencia de don Manuel Pelayo, jefe de los servicios de Oftalmología de la Cruz Roja, sobre «Tratamiento quirúrgico actual de la catarata senil», en el Salón de actos de dicha Cruz Roja.

De cinco a siete de la tarde.—Sesión clínica y conferencia de don Vicente Arroba, sobre «Innovaciones en la infección tuberculosa», en su servicio de la Cruz Roja.

### DIA 29

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica en la sala de Fimatología del Hospital provincial, por don Alfonso López Fando y don Vicente Arroba.

De cuatro a cinco de la tarde.—Conferencia de don Arturo Relanzón, jefe de los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Cruz Roja, sobre «Infección Puerperal», en el Salón de actos de dicha Institución.

De cinco a siete de la tarde.—Sesión clínica y conferencia de don Vicente Arroba, sobre «Recientes innovaciones en enfermedades infecciosas», en su servicio de la Cruz Roja.

**DIA 30**

De nueve a doce de la mañana.—Sesión clínica y operatoria, por don Ramón María Delgado, en sus servicios del Hospital provincial.

A las seis de la tarde.—Clausura del cursillo, con una conferencia de don Teófilo Hernando, sobre «Tratamiento de las anemias», en el salón de actos del Colegio de médicos (pública).

Durante el tiempo que dure el cursillo, asistirán los concurrentes al mismo a los partos distócicos e intervenciones que pudieran efectuarse en Maternidad.

El número de alumnos es limitado. Matrícula gratuita. Al finalizar, se extenderá un certificado o diploma a los asistentes al mismo.

Solicitudes, a don Vicente Arroba, Plata, 3, hasta el día 10 del próximo abril.

**Nota de Redacción**

Correspondiendo al interés tan grande que ha despertado las páginas de la Sección Científica entre los compañeros de la Provincia, y a petición de los mismos, procuraremos hacer la composición del Boletín de forma que resulten encuadernables las páginas destinadas a la misma. Es más de agradecer dichas pruebas de simpatía por tratarse de asuntos médicos puramente regionales.

