

mas. Desde el punto de vista bioquímico, existía una alcalosis, un aumento del sodio y un considerable descenso del potasio en el suero. Cuadros similares han sido descritos por EARLE y sus colaboradores y por WYNGAARDEN y los suyos como insuficiencia del túbulo renal específica, con pérdida de potasio por la orina. Cabía también pensar que se tratase de un aumento primario en la producción de aldosterona y en la orina pudieron demostrarse cifras de esta sustancia diez a doce veces superiores a las normales. En corroboración del diagnóstico, se halló una disminución del cloro y del sodio y un aumento del potasio en la saliva y en la secreción sudoral.

La intervención quirúrgica del enfermo de CONN confirmó el diagnóstico al encontrar en la suprarrenal derecha un tumor amarillo de 4 cm. de diámetro, cuya extirpación produjo la desaparición del cuadro bioquímico del enfermo. En el tumor se encuentran abundantes lípidos y una riqueza en aldosterona que era 75 a 150 veces mayor que la de la suprarrenal de vaca para el mismo peso y 10 a 20 veces mayor que la de la suprarrenal de cerdo. Una biopsia de la otra suprarrenal demostró que existía una cierta atrofia de la zona fasciculada, lo cual sugiere que en dicha zona se forma la aldosterona. En cuanto al riñón, son notables las alteraciones tubulares e intersticiales que se descubrieron en una biopsia realizada en el acto operatorio. CONN atribuye tales lesiones a la alteración electrolítica persistente y esto abre nuevos campos a la interpretación patogenética de ciertas alteraciones renales.

Es muy probable que el aldosteronismo primario sea más frecuente de lo que se piensa, ya que no parece obligado que su causa haya de radicar en procesos tumorales de las suprarrenales. Es muy posible que se disponga con ello de medios eficaces de tratamiento de algunos cuadros confusos de la patología renal o de tetanias cuya causa no es claramente manifiesta.

BIBLIOGRAFIA

- CHART, J. J. y SHIPLEY, E. G.—*J. Clin. Invest.*, 32, 560, 1954.
 CONN, J. W.—*J. Lab. Clin. Med.*, 45, 3, 1955.
 CONN, J. W.—*J. Lab. Clin. Med.*, 45, 661, 1955.
 DEMING, Q. B. y LUETSCHER, J. A.—*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 73, 171, 1950.
 EARLE, D. P., SHERRY, J., EICHNA, L. W. y CONAN, N. J.—*Am. J. Med.*, 11, 283, 1951.
 LUETSCHER, J. A. y JOHNSON, B. B.—*J. Clin. Inv.*, 33, 276, 1954.
 WYNGAARDEN, J. B., KEITEL, H. G. e ISSELBACHER, J.—*New Eng. J. Med.*, 250, 597, 1954.

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sábado 27 de junio de 1953.

CARCINOMA SUPRARRENAL CON METASTASIS MULTIPLES, ESPECIALMENTE ESQUELETICAS

Doctor D. CENTENERA.—Sujeto de cuarenta y nueve años (D. S. G.), natural de Sahagún (León), electricista, que ingresó en la Sala 31 el 14 de febrero del actual con un cuadro de paraplejía flácida que databa de catorce días.

Hacia cuatro meses comenzó a sentir dolor en ambos costados, sobre todo con la tos. Continuó así quince días, al cabo de los cuales empezó a notar un dolor vivo en parte baja de columna dorsal que se irradiaba hacia adelante, por ambos lados, en cinturón. Diagnosticado de Pott, guardó reposo en cama dura, mejorando. Se levantó luego y volvió a tener los dolores radiculares. El 28 de enero próximo pasado comenzó a notar unos calambres, como de corriente eléctrica, en ambas piernas, que fueron ascendiendo hasta localizarse en la cintura. También empezó a perder sensibilidad en la piel, gradualmente, comenzando por los pies y ascendiendo por los muslos hasta la cintura.

El 2 del actual—hace catorce días—, mientras se estaba afeitando, observó que le flaqueaban las piernas y se metió en cama. En días sucesivos perdió los movimientos y la fuerza en ambas piernas: no le es posible tenerse en pie ni siquiera moverlas en la cama. No ha movido el vientre desde hace once días y, desde hace ocho, ha perdido el juego del esfínter vesical y tiene que ser sondado dos veces al día.

En el curso de la enfermedad ha tenido febrícula algunos días.

Antecedentes familiares sin interés. El tuvo paludismo a los dieciocho años y blenorragia a los veintidós. A esta edad, estando montando una línea telefónica, cayó desde una altura de cinco metros sobre un árbol, reci-

biendo un fuerte golpe en la espalda y perdiendo el conocimiento.

En la exploración, sujeto bien constituido y nutrido, con buena coloración. Se encuentra en cama inmovilizado: no le es posible mover las piernas.

Nada anormal en tórax y abdomen. T. A., 12/8.

En la exploración neurológica, pares craneales normales. No nistagmus. En extremidades superiores movilidad, tono y reflejos normales.

En las extremidades inferiores intensa atrofia de la musculatura de ambas piernas, con las que, como hemos dicho, no le es posible realizar ningún movimiento. El tono es normal. Rotulianos exaltados con aumento de zona reflexógena. Aquileos conservados. Babinski en lado izquierdo. Fenómeno de triple retirada en ambas piernas.

Anestesia para todas las sensibilidades desde una línea en cinturón que va desde la VIII apófisis espinal dorsal hasta una altura media entre apéndice xifoides y ombligo para abajo.

Abdominales y cremasterinos, abolidos.

Dolor electivo a la percusión de las apófisis espinales VI y VIII D; las intermedias y las inferiores a la VIII son también dolorosas.

En exploraciones complementarias, orina de densidad 1.017, alcalina, con indicios de albúmina, no glucosa y, en sedimento, puria no intensa y algún hematíe. En sangre, 20.000 leucocitos con 86 polinucleares, de los que 84 adultos. Velocidad de sedimentación,

Punción lumbar, tendido; presión inicial, 15 cm., que subía a 21 cm. por compresión de yugulares. Se extrajeron 5 c. c. de un líquido claro con algún copo en suspensión cuyo análisis dió 16/3 células (linfocitos); reacciones de globulinas, fuertemente positivas; 67 mg. por 100 de proteínas totales; curva de oro coloidal, 2-2-2-3-4-4-2-1-1-0; reacción de Wassermann negativa hasta con 1 c. c. de líquido.

En unas radiografías de columna dorsal que le hicieron al comienzo de la enfermedad, y que traía el enfermo, se apreciaba en la proyección lateral que la VI dorsal era cuneiforme, con formación de osteofitos entre ella y la V. En la anteroposterior se aprecia una excrecencia de contorno neto a nivel de la VI dorsal que impresiona como un absceso osifluente.

En un principio nos hicimos la idea de un mal de Pott de la VI D, acaso en relación con su antiguo traumatismo. Nuevas radiografías hechas ya en la Clínica presentaban alteraciones vertebrales mucho más extensas: la VI D tenía mucho más acusada la deformación en cuña. Todos los cuerpos vertebrales por encima y debajo de ella son asiento de intensa osteoporosis y aparecen más numerosas imágenes de osteofitos. Algunos cuerpos vertebrales tienen el aspecto de las vértebras de pescado. En la anteroposterior, la V y VI D parecen formar un bloque. Se observa una excrecencia de contorno regular a ambos lados de estos cuerpos vertebrales, más saliente en el lado izquierdo; esta radio anteroposterior recuerda también la de un absceso osifluente por Pott.

Pero ahora no tenemos ya duda acerca de la existencia de un proceso vertebral osteolítico difuso originado probablemente por metástasis carcinomatosa: la formación de imágenes que simulan abscesos en procesos de este tipo ha sido señalada por SCHMORL y JUNGHANS, que hablan de una *osteodistrofia carcinomatosa* (HASCHE), refiriéndose a la afectación metastásica difusa de las vértebras, y de una *osteofitosis carcinomatosa*.

El estado del enfermo no permitía muchas averiguaciones: sólo comprobamos que la próstata tenía tamaño y consistencia normales. Por otra parte, era urgente ver si se podía influir sobre la compresión medular, por lo que se decidió practicar sobre la marcha una laminectomía descompresiva. Realizada la intervención el día 20 de febrero en el Instituto de Neurocirugía por el doctor OBRADOR a nivel de la VI y VII dorsales, se encontró un tumor epidural extraordinariamente vascularizado que infiltraba y destruía el cuerpo vertebral de la VI e infiltraba la cabeza de la costilla correspondiente. El estudio histológico de un trozo de lámina vertebral remitida al Instituto (doctor MORALES) mostró un "tumor de células poliédricas o alargadas, entre las que apenas se ve reticulina, dispuestas en gruesos cordones, muy bien adaptados al conectivo y vasos, que son numerosos. No se observan atipias ni mitosis. Probablemente se trata de una metástasis que recuerda los denominados tumores de Grawitz. También pudiera ser una neoplasia primaria del retículo vertebral, pero esto parece mucho menos probable".

Una vez operado reingresó el enfermo en nuestra Sala. Se practicó entonces una punción esternal por el doctor PANIAGUA, quien encontró, como alteración fundamental, agrupaciones de células patológicas que corresponderían a metástasis. Con esta base decidimos practicar radioterapia local en la columna dorsal, que llevó a cabo el profesor RUIZ RIVAS en su Servicio (18 sesiones con un total de 5.546 dosis-piel).

Persistía entre tanto la necesidad de sonda permanente en un enfermo que, como vimos, tenía ya piuria a su ingreso. La fiebre en agujas que presentaba se interpretó como consecutiva a la sepsis urinaria. Con penicilina y estreptomycin se consiguió hacerla disminuir a febrícula. Ulteriormente el enfermo quedó apirético con Gantrisona por una pequeña temporada.

Al mes del reingreso aquejaba dolorimiento en la región hepática, comprobándose entonces un aumento de tamaño del hígado, que no existía antes, a cinco traveses de dedo de reborde, sin palpase el bazo. Algo más tarde aquejó dolores en el esternón. Una radiografía lateral de este hueso permitía apreciar dos imágenes redondeadas: una, en región postero-inferior del mango, y otra, en la parte superior del cuerpo, a 1 cm. de su articulación con el mango, que interpretamos como metástasis. Después presentó unos abultamientos indolores en el cráneo. En la radiografía lateral, la bóveda craneana aparece tachonada por multitud de pequeñas

pérdidas de sustancia, frecuentemente aisladas, pero a veces confluyendo para formar líneas de curso irregular.

Aparecieron también úlceras por decúbito, una de ellas en la parte media de columna dorsal, y la otra en región glútea izquierda. El enfermo no aceptó el lecho duro que se le confeccionó, y especialmente la úlcera glútea izquierda tuvo una evolución muy grave que sin duda contribuyó a acelerar la muerte del enfermo, que tuvo lugar el 3 de junio.

En la autopsia se encontró un derrame sero-fibrinoso en cantidad de unos 2 litros en hemitórax derecho; en el izquierdo, derrame seroso en cantidad de medio litro. La pleura parietal y diafragmática del lado derecho aparecen cubiertas de copos de fibrina. Atelectasia de la base derecha. Resto de parénquima con intenso edema. En plano anterior del lóbulo superior izquierdo, pequeño nódulo metastático del tamaño de un garbanzo. Los ganglios hiliares, congestivos e infartados, no parecen ser asiento de metástasis. Corazón: en base y plano anterior, metástasis subpericárdica del tamaño de un garbanzo.

Hígado, muy aumentado de tamaño; su superficie aparece sembrada de numerosos nódulos de color amarillo-grisáceo de tamaño variable. Al corte, degeneración grasa y los mismos nódulos que se aprecian en la superficie. Resto de aparato digestivo, normal.

Riñones, normales. Vejiga, con numerosas hemorragias submucosas. Próstata y recto sin lesiones. Suprarrenal derecha, normal. La izquierda no existe. En su lugar, y por delante del polo superior del riñón izquierdo, tumoración del tamaño de una naranja grande, adherida al riñón, del que se separa con facilidad. Es de consistencia firme y al corte se ve que tiene una cápsula fibrosa y una masa central de color rosado sobre la que resaltan nódulos blanquecinos y masas de color ocre que parecen corresponder a zonas de necrobiosis.

La bóveda craneana presenta unas tumoraciones fungoides que emergen a través de pérdidas de sustancia de los huesos de la misma. Cerebro y cerebelo, normales.

El estudio histológico del tumor principal y de las metástasis demuestra que se trata de un carcinoma de la suprarrenal izquierda con metástasis hepáticas, óseas (vértebras, esternón, huesos craneales), pulmonares y cardíacas. Las metástasis vertebrales y epidurales habían determinado un síndrome de compresión medular a nivel del sexto segmento dorsal originando una paraplejía con trastornos esfinterianos—consecuencia de los cuales fué una sepsis urinaria—y tróficos (úlceras por decúbito), cuya infección contribuyó a agravar el estado del sepsis. En esta situación de aminoración de defensas evolucionó una pleuresía derecha.

Los aspectos más interesantes de este caso son la extremada rareza de los tumores malignos de suprarrenales, la rareza también, en ellos, de metástasis óseas en general y vertebrales en particular y el aspecto radiográfico de la columna vertebral, que en algún momento hizo pensar en un Pott hasta que se estableció una intensa decalcificación y aplastamiento de los cuerpos vertebrales.

DISCUSIÓN.

Comentarios por los doctores LÓPEZ GARCÍA, OBRADOR y profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

Aspectos interesantes:

1.º Carcinoma de corteza suprarrenal desde el punto de vista histológico.

2.º Cuadro radiológico con malacia más que porosis, con aplastamiento vertebral más que destrucción, como no se ve sino en los procesos endocrinos (Cushing, Basedow) y en las metástasis vertebrales de tumores de órganos endocrinos, ovario, próstata y tiroides suprarrenales.

OLIGODENDROGLIOMA CALCIFICADO DE CEREBELO

El doctor S. OBRADOR presenta un enfermo operado en el Instituto de Neurocirugía.

Es un joven de diecinueve años, con una historia de cinco meses, iniciada después de un trauma jugando al fútbol. Los síntomas principales son mareos, cefaleas y vómitos. Desde hace un mes comienza a notar dificultad para los movimientos finos de la mano derecha y torpeza para pronunciar las palabras; también cierta dificultad con la pierna derecha al caminar.

En la exploración destacan, como datos patológicos, un estasis de comienzo en el examen de fondo de ojo, con borrosidad de los bordes nasales de los discos ópticos, nistagmus y un marcado hemisíndrome cerebeloso del lado derecho con hipotonía, dismetría, ataxia y disdiadococinesia.

Un hallazgo radiográfico sorprendente fué la existencia de una gran masa calcificada en la fosa craneal derecha, que abombaba el hueso occipital.

El enfermo fué intervenido bajo anestesia general y se practicó una craneotomía suboccipital, encontrándose adelgazada y protruida la mitad derecha de la fosa posterior. El hemisferio cerebeloso derecho estaba invadido por un tumor intrínseco, duro, de color blanco-grisáceo y bastante bien delimitado del tejido cerebeloso. Fué extirpado totalmente hasta cerca del suelo del IV ventrículo y dejando una gran cavidad en el hemisferio cerebeloso, que estaba casi totalmente ocupado por el tumor.

La intervención fué perfectamente tolerada y tuvo un curso postoperatorio normal con recuperación y alta del enfermo a los dieciocho días. El estudio histológico del tumor demostró un oligodendroglioma con enormes calcificaciones y morfológicamente benigno (doctor MORALES PLEGUEZUELO).

Se destaca en la discusión la enorme rareza de los oligodendrogliomas del cerebelo, siendo éste el primer ejemplo de esta localización que tenemos en una serie personal superior a los 600 procesos expansivos intracraniales intervenidos quirúrgicamente.

En un total de 138 tumores y procesos expansivos de la forma posterior la distribución anatomopatológica de los diferentes tipos de lesión ha sido la siguiente:

Meduloblastomas de cerebelo y IV ventrículo	24
Astrocitomas de cerebelo	17
Ependimoblastomas	5
Hemangiomas de cerebelo	6
Meningiomas	6
Papilomas coroideos del IV ventrículo	2
Tumores profundos no comprobados	19
Oligodendroglioma	1
Tuberculomas	23
Cisticercosis	3
Quiste hidatídico	1
Absceso de cerebelo	1
Hematoma de cerebelo	1
Tumores metastáticos	3
Neurinomas del acústico y otros tumores del ángulo ponto-cerebeloso	26

Sábado 4 de julio de 1953.

REUMATISMO PRIMARIAMENTE CRONICO CON ENDOCARDITIS MITRAL Y PERICARDITIS SEROFIBRINOSA TERMINAL

Doctor D. CENTENERA FONDÓN.—Enfermo de cincuenta años (I. A. G.), soltero, de Lastra del Cano (Avila), que ingresó en la Sala 31 el 29-IV-1953.

Hacia tres años tuvo, en el curso de pocos días, un cuadro poliarticular agudo, sin fiebre ni hinchazón articular. Desde entonces, afectación migratoria de diversas articulaciones con pérdida progresiva de capacidad funcional y deformidad de las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos, que alguna vez han presentado enrojecimiento e hinchazón, y de la tibio-peroneo-tarsiana derecha. Ha adelgazado mucho.

Ultimamente disnea de esfuerzo, hinchazón de tobillos, que aumenta en el curso del día y desaparece con el reposo nocturno. Se acatarró con frecuencia; ahora

tiene tos con expectoración blanquecina. Resto de aparatos, normal.

Madre, muerta de afección cardíaca. Cuatro hermanos, de los que tres murieron pequeños; otro, sano.

Neumonía hace veinte años. A los veinticinco se le empezaron a caer los dientes, de los que no tiene actualmente ninguna pieza.

En la exploración, intensamente desnutrido. Discreta cianosis de labios y uñas. Acropaquias.

Sonido skódico a la percusión del tórax; corazón, cubierto. Por auscultación, nada anormal. Abdomen, normal.

Limitación funcional intensa de articulaciones de hombros y codos sin deformidad. Dedos de las manos deformados, en huso. Hinchazón y deformidad de las articulaciones de rodillas y tibio-peroneo-tarsiana, con pie plano valgo. Rigidez de columna para los movimientos de extensión.

Orina de densidad 1.026; indicios de albúmina. En el sedimento algún hematíe y leucocito. No cilindros.

En sangre, 4,2 millones de hematíes; 82 por 100 de hemoglobina y 8.200 leucocitos con fórmula normal. Velocidad de sedimentación, 24, 56 y 26.

Aglutinación de hematíes de carnero sensibilizados, positiva al 1/16.

En una radiografía de tórax, silueta cardíaca ampliada regularmente. El contorno izquierdo es una línea recta algo irregular. Hilio derecho engrosado por estasis. En pulmón izquierdo, pequeñas imágenes nodulares, especialmente en campo medio, y venas muy marcadas, especialmente las del lóbulo superior. Espacios intercostales muy separados y diafragma descendido. Alguna imagen pequeña de calcificación pleural.

El enfermo ingresó en la Sala en un estado bastante bueno, pero a los pocos días comenzó a tener oliguria, cianosis que llegó a adquirir un tono pizarroso y hepatomegalia hasta cuatro traveses de dedo. No tenía fiebre.

Comenzamos a administrarle tónicos cardíacos (Myokombin), diuréticos mercuriales y dieta láctea. Durante dos días mejoró algo la situación, pero después tuvo una taquicardia de unas 200 pulsaciones por minuto. El EKG demostró un aleteo auricular de ritmo 2/1. Sustituimos la estrofantina por digital, pero no conseguimos gran cosa, si bien la frecuencia cardíaca disminuyó a 140 pulsaciones por minuto. Practicamos una sangría de 500 c. c. que le alivió mucho transitoriamente, pero al día siguiente falleció con un cuadro de colapso periférico.

En la autopsia, edema pulmonar; traqueobronquitis. Antracosis. Lesiones fibrosas cicatriciales en ambos vértices.

Pericarditis serofibrinosa con múltiples adherencias y abundante líquido pericárdico (cor villosum). Dilatación global de corazón, mayor de cavidades derechas. Válvula mitral, engrosada y fibrosa; degeneración atigrada del miocardio.

En abdomen, ascitis de unos dos litros. Edema peritoneal. Hígado congestivo con zonas de esteatosis. Estómago con pliegues engrosados y abundante moco. Úlcera de cara posterior de bulbo, profunda y de bordes gruesos. Bazo muy duro y congestivo. Riñones congestivos.

En el examen histológico se apreció gran engrosamiento del pericardio con abundantes vasos. La mitral presenta endocarditis fibrosa con zonas de degeneración basófila del conectivo. Un trozo de cápsula articular de la rodilla presenta fibrosis con abundantes vasos, alguno de los cuales está rodeado de células redondas. Hay algunos depósitos de pigmento férrico. Hígado y riñón, congestivos. Bazo: fibrosis de la pulpa con senos dilatados con escasos elementos linfoides.

En resumen, se trató de un caso de enfermedad reumática que afectó inicialmente la válvula mitral y en fecha relativamente reciente las articulaciones. Finalmente, tuvo un cuadro de pericarditis que, creando una situación de insuficiencia cardíaca irreversible, determinó la muerte del enfermo, que padecía también una bronquitis crónica y úlcera duodenal.

ADENOMA CROMOFOBIO DE LA HIPOFISIS

El doctor S. OBRADOR ALCALDE presenta el siguiente caso operado en el Instituto de Neurocirugía:

Enfermo de treinta y cinco años, casado. Antecedentes familiares y personales sin interés patológico especial.

Desde hace unos tres meses viene sufriendo algunas cefaleas, de localización frontal, no muy intensas y con sensación de pesadez. Tenía también dolor en el maxilar superior izquierdo, sordo, con algunas crisis de exacerbación hacia el pómulo. Estas molestias aumentaron mucho hace dos meses, después de una operación de hernia inguinal efectuada con raquianestesia. Además de cefaleas y calambres en la mitad izquierda de la cara, también comenzó a notar pérdida de visión por el ojo izquierdo, que ha ido progresando hasta la actualidad.

El estado general y constitución del enfermo eran excelentes y la libido no está alterada; su esposa estaba embarazada de cuatro meses. Fondo de ojo normal; agudeza visual, 1/100 en ojo izquierdo y 1 en ojo derecho. El campo visual estaba muy reducido, irregularmente en el lado izquierdo, y sólo muy ligeramente en la porción nasal en el otro lado. El resto de la exploración neurológica y general eran negativas.

El enfermo fué presentado en una sesión clínica de jueves y el profesor JIMÉNEZ DÍAZ hizo un diagnóstico de probable tumor de región pituitaria. La radiografía simple del cráneo demostró una destrucción de la silla turca con una curiosa sombra redondeada por encima

y detrás de ésta. Las posibilidades diagnósticas fueron craneofaringioma, aneurisma o tumor intrasellar.

Ingresado en el Instituto de Neurocirugía se practicó un EEG que reveló algunos ritmos de 6 por seg. en la región fronto-temporal izquierda. Una arteriografía demostró una imagen normal de la arteria carótida izquierda y de sus ramas.

Bajo anestesia general se talló un colgajo osteoplástico frontal izquierdo para abordar la región hipofisaria. El nervio óptico izquierdo estaba rechazado y desplazado hacia arriba por un tumor de la hipófisis de tipo adenoma y que contenía sangre y hematoma en su interior. Se hizo una extirpación completa del tumor y de su cápsula.

El curso postoperatorio ha sido excelente y el enfermo está totalmente recuperado. El estudio histológico del tumor ha confirmado que se trata de un adenoma cromóforo.

Se hacen algunas consideraciones y comentarios sobre este caso tan atípico de adenoma de hipófisis. Por un lado, no habían existido síntomas de hipopituitarismo. La imagen radiográfica con la sombra redondeada tampoco era característica. La lateralización tan marcada de los síntomas al nervio óptico y trigémino izquierdos también es otro dato clínico interesante y raro en estos procesos. La hemorragia intratumoral, demostrada en la intervención, puede quizá explicar la progresión rápida y reciente de los síntomas a partir de la raquianestesia y en cierto modo la orientación lateral de los síntomas del II y V pares.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 28 de marzo de 1955 por la que se dispone que los Médicos del Cuerpo titulares que no puedan desempeñar plaza de la plantilla al ser designados para el cargo de especialista o de Inspector de Servicios Sanitarios les sea concedida la situación de excedencia "activa" en las condiciones que establece el artículo 173 del Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios locales de 27 de noviembre de 1953. (*Boletín Oficial del Estado* de 21 de abril de 1955.)

Orden de 18 de abril de 1955 por la que se fija la plantilla de Especialistas que han de servir en el nuevo Centro Secundario de Higiene Rural de Aranjuez. (*Boletín Oficial del Estado* de 29 de abril de 1955.)

ADMINISTRACION CENTRAL

TRABAJO

Dirección General de Previsión.

Rectificación a la resolución del concurso de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Guipúzcoa, Navarra y Almería. (*Boletín Oficial del Estado* de 18 y 24 de abril de 1955, respectivamente.)

Resolviendo concurso para nombramientos definitivos de Especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Burgos, Lugo y Tarragona. (*Boletín Oficial del Estado* de 24 y 25 de abril de 1955, respectivamente.)

Convocando concurso para proveer con nombramiento definitivo vacantes de Facultativos de Especialidades del Seguro Obligatorio de Enfermedad existentes en la provincia de Vizcaya. (*Boletín Oficial del Estado* de 19 de abril de 1955.)

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MURCIA

CONCURSO DE PREMIOS PARA EL AÑO 1955.

La Real Academia de Medicina de Murcia, atenta al propósito de estimular entre los profesionales de las ciencias médicas la labor de incesante investigación que para su progreso exige, ha acordado abrir para el presente año un concurso sujeto a las siguientes bases:

Tema 1.º Un trabajo de investigación personal sobre asunto de libre elección, tanto de Medicina general o cualquiera de sus especialidades como de aquellas ciencias auxiliares a las que alcance la competencia de la Corporación.

Premio: Dos mil pesetas. Diploma especial. Concesión del título de Académico corresponsal. Publicación del trabajo, si la Corporación así lo acuerda, en los "Anales" que edita esta Academia.

Tema 2.º Un trabajo sobre Geografía médica de cualquiera de las poblaciones del antiguo Reino de Murcia, o también sobre un punto de Historia de la Medicina murciana de cualquier tiempo, preferentemente sobre Médicos murcianos de los siglos XVI, XVII o XVIII.

Premio: Dos mil pesetas (donadas por la Academia Alfonso X el Sabio). Diploma especial. Concesión del título de Académico corresponsal de esta Real Academia de Medicina. Publicación del trabajo, si la Academia así lo acuerda, en los "Anales" que ella edita.