

LA ACCIÓN TRAUMÁTICA DE LOS PEQUEÑOS PROYECTILES MODERNOS (I).

IV.

Exponiendo, en resumen, los resultados obtenidos en los órganos y sistemas, conforme á los experimentos de que venimos ocupándonos, adviértese en la piel que el agujero de entrada es de ordinario mayor en tiros próximos que en los más alejados. En igualdad de condiciones la dimensión, por término medio, era de 7'6 milímetros, á la distancia de 100 metros, y 5'7 mm. á la de 2.000 metros, predominando la forma redondeada. A todas las distancias, no obstante, notáronse diferencias tan marcadas que, por la magnitud de la abertura tegumentaria, sería muy incierto calcular esas mismas distancias.

En pocas ocasiones se presentó una aréola negruzca á causa de la pólvora depositada en la piel; casi siempre y hasta los 2.000 metros de distancia, se encontró otra aréola más seca, oscura, de 1 á 2 milímetros de ancha. Esta era debida al resecamiento de una angosta zona de corión, privado de epidermis al rozar con el proyectil, y aparecía algún tiempo después del disparo.

El orificio tegumentario de salida era más ancho y de más variable apariencia, midiendo de 3 á 25 milímetros y todavía menos, en disparos que interesaban partes blandas. Aumentando las distancias se apreció que el diámetro oscilaba entre 9'5 milímetros á la de 100 metros, y 5'7 milímetros á la de 2.000; pero el término medio era menos constante que para la abertura de entrada. La forma común era también la circular, con bordes algo franjeados ó estrellados, y más ó menos regular, según la penetración directa ú oblicua del proyectil.

(1) Véanse los núms. 205 y 207.

En los disparos sobre el esqueleto, este mismo orificio variaba. Si había atravesado un hueso plano ó una epífisis en proximidad no inmediata de la piel, observábase la solución más ancha, en sentido transversal, que la únicamente producida en los tejidos blandos. Aspecto idéntico ofrecía cuando, á grandes distancias, eran traspasadas las diáfisis de los principales huesos largos: á distancias menores, la piel, posteriormente á estas partes fracturadas, veíase desgarrada en extensión de 8 hasta 14 centímetros y con trozos de músculos y tendones salientes, así como esquirlas adheridas. Semejante destrucción, originada por las porciones de hueso lanzadas contra la piel, acontecía, por lo regular, hasta la distancia de 50 metros: con mayor alejamiento causábase rara vez parecido destroz, sin que por eso faltase hasta 600 metros y más.

El trayecto de la herida era, por lo común, rectilíneo. El formado á expensas de las partes blandas, á distancia corta, se presentaba, en las masas musculares, cilíndrico, lisas las paredes, de anchura correspondiente al calibre ó poco más; á distancias considerables más pequeños, y llegaba á ser hasta de 4 milímetros de diámetro. Los conductos más largos estaban, á veces, ensanchados á su salida, con aspecto infundibuliforme. Si el proyectil, atravesando un hueso duro ó con sólo rozarlo había sufrido alguna desviación, fraguábase detrás del hueso una pequeña caverna ó colección de detritus; á continuación de ésta quedaba, asimismo, ensanchado el trayecto en su porción de salida. Al desviarse el proyectil transversalmente originaba destrozos considerables.

Los tendones se presentaban hendidos ó desgarrados; las fascias perforadas con limpieza, si el traspaso era regular.

En el 12 por 100 de los tiros, hasta 700 metros, se encontraron porciones de las telas con que se cubrieron los cuerpos utilizados en la experimentación.

Los vasos sanguíneos más pequeños se partían; los mayores, si estaban próximos á la salida del proyectil que atravesó una diáfisis, se veían, en general, extensamente destruídos por las esquirlas. Rara vez se observó que fuesen precisamente heridos por el proyectil, en cuyo caso era más frecuente la herida de las arterias que de las venas. La opinión de que los vasos se separen al contacto del proyectil es errónea; antes se advirtió que, al rozarlos éste solamente, descubriábase, con una pérdida insignificante de la membrana externa, partida transversalmente ó desgarrada la interna. No dejaron de producirse también agujeros ó roturas circulares, avulsiones y

grandes averías: así sucedió en un caso de disparo cercano, en que la aorta torácica quedó deshecha desde el arco hasta el punto en que la gran arteria atraviesa el diafragma. Unicamente en disparos próximos ocurrió la sección total del vaso: más allá de los 200 metros, las soluciones de continuidad conservaban partículas de enlace entre los extremos rotos, creando, así, en el vivo, un obstáculo á la retracción del vaso mismo.

Las partes blandas inmediatas estaban en los disparos hasta 1.000 metros, manchadas de sangre y desgarradas; á distancias mínimas, aparecían los contornos menudamente triturados y convertidos en una caverna destruída y llena de sangre.

Aumentando las distancias disminuían gradualmente los destrozos vasculares y de partes circundantes. La destrucción en las intermediaciones del vaso falta á partir de 1.000 metros.

Herido el corazón vacío en sístole, presentó un agujero circular; con las cavidades vacías era dislacerado, mucho más á la salida: las partes contiguas de los pulmones permanecían extensamente impregnadas de sangre impelida con violencia contra estos órganos. El aumento de la distancia limitaba las lesiones: con los más alejados disparos pudo notarse una abertura circular en un corazón palpitante.

Las heridas pulmonales parecen revestir carácter favorable, puesto que, dejando aparte 14 casos de suicidio, de otros 8 heridos en vida solamente uno terminó por la muerte (12'5 por 100). Además de estas 22 observaciones en el hombre viviente, reuniéronse, por lo que á los órganos respiratorios intratorácicos se refiere, 13 practicadas en animales con vida, luego muertos, y 16 en cadáveres humanos. Los vivos presentaron casi siempre pneumotorax; esputos sanguíneos en 57 por 100; en 2 casos enfisema cutáneo. En los cuerpos muertos se observó sólo un par de veces el pneumotorax y una sola vez el enfisema cutáneo, en el orificio de salida, en un cadáver cuyos pulmones habían sido fuertemente insuflados y ligados después.

El trayecto de la herida en estos órganos, á todas las distancias, era cilíndrico, liso, angosto, con infiltración sanguínea en las paredes hasta un espesor de 2 centímetros; la abertura de entrada era menor que la luz del conducto y mayor la abertura de salida. Aquélla, cuando el proyectil, sobre todo, había penetrado transversalmente impulsando hacia la sustancia pulmonar esquirlas, ó bien fracturó un grueso bronquio, dejaba de manifiesto muy considera-

bles destrozos, como son los advertidos en suicidas por disparos inmediatos, efectos debidos á los gases de la pólvora.

En hombres vivos y animales, lo mismo que en cadáveres humanos, se estudiaron á todas las distancias los efectos en la cavidad abdominal: el hígado fué herido 24 veces; el estómago 19; 29 el intestino; una vez la vejiga; 3 los riñones, y 5 el bazo.

Disparos próximos causaban en el hígado enormes destrozos: algunas porciones del mismo se veían diseminadas por la cavidad abdominal. A distancias mayores la destrucción iba limitándose hasta presentar un gran orificio de ingreso, dentado, estrellado, con extensas fisuras radiantes, hasta de 70 milímetros, observación hecha á los 800 metros. El conducto se ensanchaba, todavía, después del ingreso, formando embudo hasta la abertura de salida, de bordes irregulares; las paredes estaban dislaceradas en todo el trayecto y con hendiduras profundas en la masa hepática. El embudo era menos marcado y el conducto más estrecho á la distancia de 1.200 metros; pero la destrucción de las paredes de éste aparecía pronunciada hasta por disparos á 2.000 metros.

Muy parecidas eran las lesiones del bazo, disminuyendo con la distancia.

En los riñones se encontró, hasta los 600 metros, un conducto de 22 á 35 milímetros de ancho, mayor hacia la salida y con hendiduras radiadas.

Un número de 49 disparos produjeron en total 160 perforaciones en el estómago, el intestino y la vejiga: por término medio hizo cada tiro de 3 á 8 orificios. Un proyectil traspasó el vientre sin que, al parecer, hiriese el intestino. En el mesenterio, chocando sobre el borde libre, originábanse desgarros hasta de 11 centímetros. La forma de la abertura era circular, oval, angular, desgarrada, á trozos; su dimensión variaba entre 3 y 110 milímetros, cambiando aun para una misma distancia. Las más veces la abertura de salida era mayor que la de entrada, una y otra más anchas en intestinos llenos que en los vacíos: tales diferencias cesaban á 1.200 metros.

La serosa, en el orificio de entrada, ofrecía menor pérdida de substancia que la mucosa, la cual estaba en los bordes más desgarrada y adelgazada: otro tanto acontecía, aunque no con la misma regularidad, en la salida. Las membranas del estómago, más tensas, presentaban el agujero de la mucosa más grande que el de la serosa, así á la entrada como á la salida. Las materias intestinales salieron, hallándolas en el vientre, más frecuentemente en la proxi-

midad de las aberturas en un 20 por 100 de los casos. La muerte fué el término de todas las heridas penetrantes de la cavidad abdominal.

Los efectos en el cráneo decrecían con la distancia aumentada. Disparando á la de 50 metros contra un cráneo entero, un proyectil de 5 milímetros destrozó en gran número de pedazos la piel y los huesos de la caja, arrojándolos y diseminándolos en considerable circuito; la base quedó dividida y expulsada la masa encefálica. Con proyectil de 8 milímetros se causaron destrozos de análoga entidad á la distancia de 80 metros; el cráneo, no obstante, permaneció unido, faltando una parte de piel á la entrada y á la salida. En los huesos podíanse notar los correspondientes orificios, por más que toda la caja craneana presentase fracturas sin limitación alguna. En estos experimentos se conoció que el cerebro era lanzado al aire cuando el proyectil había ya salido de las paredes del cráneo.

A 100 metros observábanse en la caja ósea fracturas, disponiéndose éstas en dos sistemas, tomando origen de los dos orificios y ofreciendo á modo de rayos, unas, á modo de curvas irregulares alrededor de los referidos orificios, las otras. La entrada y la salida estaban siempre unidas por una ancha escavación; la base, fracturada también, y las esquirlas adheridas por su parte media al periostio. La segunda abertura cutánea no tenía más de 2 á 3 centímetros.

A las distancias más considerables, conforme una y otra regiones de fractura se reducían, iban desapareciendo primero las hendiduras curvilíneas y últimamente las irradianes. A 1.600 metros notábanse dos agujeros circulares con una hendidura que los enlazaba; esta forma redonda es más frecuente á 2.000 metros. Un proyectil hundido á 2.700 en el cráneo, en un caso desgraciado, establece el límite ó último anillo de la cadena en los efectos decrecientes. A cualquier distancia ocasionaba el choque contra las eminencias y aristas óseas, esquirlas; limitándose éstas, pasados los 1.600 metros, á las partes más directamente alcanzadas.

Los agujeros circulares formaban á todas las distancias el efecto observado disparando sobre cráneos vacíos: llenos de una substancia líquida ó semilíquida (agua ó engrudo de almidón), las lesiones eran análogas á las resultantes en cráneos completos. Únicamente un cráneo lleno presentó agujeros circulares con carga reducida para 700 metros, á diferencia del destrozado causado con la carga entera, á igual distancia.

Las lesiones en la dura madre correspondían, por lo general, á las de los huesos. El cerebro, en los disparos próximos, quedaba destrozado en gran manera: si los efectos eran menos pronunciados, encontrábanse abundantes hemorragias en los ventrículos y submeníngeas. El conducto de la herida, á las mayores distancias, tenía configuración cilíndrica, más angosto, constantemente, que el calibre del proyectil y con las paredes irregulares y despedazadas. La primera mitad del trayecto encefálico sufría más profundos desperfectos por consecuencia de penetrar frecuentemente en la masa pequeñas esquirlas, á veces hasta un espesor de 4 centímetros. Dicho trayecto, de ordinario, era más ancho á la entrada que á la salida.

Las lesiones esqueléticas están en relación con la distancia y la distinta resistencia de las partes óseas, que no es igual en un mismo hueso. En un total de 973 disparos, dió el proyectil contra un hueso 366 veces, ó sea el 37 por 100; en un 15 por 100, aproximadamente, hirió la porción compacta de los huesos tubulares. Las mayores diáfisis fueron siempre fracturadas extensamente á 100 metros: á la entrada, estaban generalmente las esquirlas unidas todavía á las partes blandas y eran pequeñas; las mayores se encontraban á la salida, profundamente clavadas en los músculos vecinos y desprendidas. Por esta causa formábase detrás del hueso una espaciosa cavidad conteniendo residuos y era muy ancha la abertura tegumentaria, asomando por ella pedazos del músculo y tendones, con trocitos del hueso. Los esponjosos y la parte esponjosa también de los huesos largos fueron fracturados y divididos en esquirlas, pero con frecuencia seguían revestidos de su periostio, y la destrucción de las partes blandas, á la salida, era mucho más limitada.

A 200 metros, los efectos eran poco menores.

A 600 metros, las extremidades esponjosas eran perforadas, circularmente, con fracturas radiadas á la entrada y esquirlas pequeñas á la salida, en los bordes; las partes fracturadas quedaban unidas por el periostio. En las diáfisis las lesiones eran análogas á las consignadas anteriormente, á menores distancias, y no había casi otra diferencia más que la de limitarse un tanto la caverna ó escavación fraguada en las partes blandas, á la salida del hueso.

A 700 metros, el agujero de salida en el hueso ya dejó, en todos los casos, de encontrarse; con carga reducida, á esta distancia, fueron mínimas las lesiones.

A 800 metros se observaron con mucha más frecuencia los agu-

jeros circulares en los huesos planos y extremidades esponjosas. En las articulaciones se produjeron lesiones limitadas ó de mínimo grado

Todavía á 1.000 metros las diáfisis, al ser atravesadas, daban fracturas parecidas, y así se vieron en el fémur llegar á 11 y 15 centímetros y de 6 á 8 en el húmero; las esquirlas, sin embargo, eran menos numerosas, de mayor dimensión y quedaban cubiertas por el periostio. Los huesos esponjosos presentaban, por lo común, perforaciones, con fisuras radiadas al ingreso y orla quebrantada á la salida.


A 1.200 metros no eran, por lo regular, las esquirlas empotradas en las partes blandas, que estaban, por lo mismo, menos destruídas, reduciéndose la lesión á 6 ó 7 centímetros, según la dureza del hueso. La destrucción en la entrada correspondía á la dirección del proyectil; el contorno de esta abertura ofrecía fisuras y esquirlas con el periostio superpuesto.

A 1.600 metros, amortiguada la fuerza del proyectil y atenuados sus efectos sobre los huesos, continuábanse presentando en las mayores diáfisis, fracturas extensas y hasta algunas esquirlas hundidas en las partes blandas. El proyectil había chocado transversalmente, en algunos casos, en los que las esquirlas quedaron en su sitio, sin herir las partes inmediatas. Hasta los 2.000 metros llegaron á encontrarse esquirlas fuertemente impelidas y penetrando en las partes blandas del brazo y del muslo.

Como se vé, la lesión de las grandes diáfisis es poco más ó menos la misma, á distancia próxima ó remota: únicamente se aprecia que, á la menor, son las esquirlas más numerosas y pequeñas, desprendidas generalmente del periostio; adheridas á éste, con más frecuencia, de mayores dimensiones y en más escaso número, cuanto más considerable es la distancia. En los disparos poco alejados fórmasse una escavación muy extensa en las partes blandas, al salir del hueso el proyectil; pasados los 700 metros, no alcanza la cavidad á la abertura de salida en la piel; á 1.600 metros el hueco que resulta de la destrucción de los tejidos empieza á dejar de producirse. Las partes óseas esponjosas, á cortas distancias, son casi enteramente reducidas á esquirlas; á 600 metros comienzan á notarse agujeros circulares, siendo estas perforaciones la regla á 1.000 metros.

(Continuará).

J. DEL CASTILLO,
Médico primero.



PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Resección intracraneana del trigémino.—Según Mr. B. von Beck, los numerosos fracasos de las operaciones practicadas en los casos de neuralgias graves del trigémino, han inducido á los cirujanos á llevar á cabo intervenciones más radicales, consistentes en la resección intracraneana de los troncos nerviosos ó del mismo ganglio de Gasserio. Los cirujanos ingleses Rose y Horsley son los primeros que intentaron y ensayaron una operación de este género, no tardando en ser seguido su ejemplo, sobre todo en Inglaterra y en América. Desde 1890, el número de las observaciones recogidas por el autor se eleva á 41, con seis muertes. Dos métodos operatorios han sido empleados, á saber: la trepanación de la base del cráneo y la resección temporal de la bóveda craneana. La primera de estas dos operaciones ha sido aconsejada por Rose. El acceso á la base del cráneo puede ser obtenido, ora por la resección previa del maxilar superior, ora por la resección temporal del hueso malar y de la arcada zigomática. Rose hace la trepanación fuera del agujero oval; luego destruye el puente óseo que separa del agujero oval la abertura creada con ayuda del trépano. Este método dá poco campo para la operación propiamente dicha, y hace correr el riesgo de una lesión de la arteria meníngea media ó bien aún de la carótida interna. Así, es preferible llegar hasta el trigémino por medio de la resección ósteo-plástica del temporal. Este segundo método consiste en cortar en la región temporal un colgajo en forma de herradura, comprendiendo las partes blandas y el hueso subyacente. La base de este colgajo, cuya altura es de 6 centímetros próximamente, corresponde al borde superior de la arcada zigomática. En la clínica de Czerny, el seccionamiento del hueso es hecho hasta el diploe con ayuda de la sierra circular y terminado por medio de un fino cincel. Después de haber bajado el colgajo con grandes precauciones, se separa poco á poco la duramáter y se llega hasta el tronco de la arteria meníngea media, el cual es ligado y seccionado inmediatamente encima del agujero pequeño redondo. Por delante de este último se descubre entonces el agujero oval con la tercera rama del trigémino, luego más adelante y por dentro se encuentra el agujero grande redondo dando paso á la segunda rama. Más lejos aún, por delante y del lado de la línea media, percíbese la primera rama que penetra en la órbita por la parte supero-interna de la hendidura esfenoidal. De este modo, sin grandes dificultades, se puede seccionar el tronco del trigémino con sus tres ramas y extirpar el ganglio de Gasserio. Después de practicado el taponamiento con gasa iodoformizada se vuelve á colocar el colgajo en su posición normal y se le sujeta por medio de suturas.

El procedimiento operatorio que acabamos de bosquejar ha sido

empleado en tres casos en la clínica de Heidelberg. En el primero se trataba de una mujer de 37 años, que desde hacía siete venía sufriendo de violentas neuralgias en la región de las segunda y tercera ramas del trigémino derecho. La enferma se veía imposibilitada de trabajar y no podía alimentarse sino de un modo muy incompleto; así que se decidió á aceptar la resección intracraneana de las dos ramas del nervio. El ganglio de Gasserio fué dejado intacto, así como la primera rama. En el momento en que fué bajado el colgajo, prodújose una abundante hemorragia por la arteria meníngea media. Habiendo fracasado las tentativas de ligadura, hubo necesidad de recurrir al taponamiento con gasa iodoformizada. Al cabo de veinticuatro horas se retiró el lechino y se trató de terminar la operación, pero se produjo una nueva hemorragia que hizo necesario otro taponamiento. Por último, tres días más tarde, la operación pudo ser reanudada y concluída sin grandes dificultades. Los accesos de neuralgia cesaron inmediatamente y prodújose una anestesia completa en el dominio de las segunda y tercera ramas del trigémino. Sin embargo, al cabo de tres semanas se notó un ligero retorno de la sensibilidad. La operación, por otra parte, tuvo como consecuencia necesaria una parálisis completa y una atrofia de los músculos de la masticación del lado derecho.

Notemos igualmente la aparición, en la tercera semana, de síntomas de otitis media, que desaparecieron enteramente al cabo de unos quince días. Por último, mes y medio después de la operación, la enferma fué acometida de accidentes febriles graves con cefalalgia y vómitos. Sospechando la existencia de un absceso, Czerny se decidió á intervenir y descubrió una necrosis de la escama del temporal. Además, la duramáter, muy tensa, no presentaba ninguna pulsación. Esta membrana fué abierta, é inmediatamente la masa cerebral, de un gris violáceo y más ó menos difluente, salió por fuera. Varias punciones, practicadas en la idea de que existía un absceso profundo, no dieron salida ni á una sola gota de pus. Hubo necesidad de reseca una parte del encéfalo prolapsado. La operada se repuso poco á poco de esta grave intervención, y desde hace más de un año puede considerársela como completamente curada de sus neuralgias.

La segunda operación ha sido practicada en un hombre de 64 años, que desde 1878 venía sufriendo de una neuralgia de la segunda rama del trigémino derecho, neuralgia que había resistido á varias intervenciones operatorias, entre otras á la resección del nervio suborbitario en toda su longitud. Además, desde 1892, el enfermo, muy anemiado, presentaba síntomas que indicaban la existencia de un neoplasma de la vejiga. El 14 Junio 1893 se extirpó por medio de la talla hipogástrica un tumor papilomatoso que ocupaba la pared posterior y lateral derecha de la vejiga. El examen microscópico demostró que se trataba de un carcinoma. A seguida de esta operación el estado general mejoró hasta tal punto, que el 25 Octubre 1893 se pudo intentar la neurectomía intracraneana, á tenor

del procedimiento que hemos dejado antes descrito. Esta vez aun la arteria meníngea media se desgarró en el momento en que se operó el descenso del colgajo. Con todo, logróse coger el vaso y realizar la hemostasis por torsión, después de vanas tentativas para ligarlo. La última parte de la operación no ofreció ninguna dificultad. La segunda rama del trigémino fué reseca desde el agujero grande redondo hasta el ganglio de Gasserio, ó sea en una longitud de un centímetro. Las neuralgias cesaron por completo á partir de entonces. A los once días el operado fué acometido de síntomas de compresión cerebral, debida á una hemorragia secundaria por la arteria meníngea media. Después de haber bajado el colgajo se consiguió hacer la hemostasis por medio del termocauterio y del taponamiento. A pesar de esta complicación, la curación fué completa en cuatro semanas. Finalmente, en Octubre 1894, el paciente fué de nuevo operado á causa de una recidiva del carcinoma de la vejiga. Desde esa misma fecha goza de buena salud, no habiendo vuelto á presentarse los accesos neurálgicos.

El tercer operado es un individuo de 24 años, afectado desde 1889 de una neuralgia de las segunda y tercera ramas del trigémino. Había sufrido ya varias operaciones sin ningún resultado. El 17 Diciembre 1894, Czerny practicó la neurectomía intracraneana de esos dos troncos nerviosos. El desgarro de la arteria meníngea media pudo ser evitado. En cambio, al seccionar la tercera rama á nivel del agujero oval se vió salir un chorro de sangre de una arteriola que, tomando origen en la meníngea media fuera del cráneo, se dirige por el agujero oval al ganglio de Gasserio. El termocauterio bastó para atajar esta pequeña hemorragia. La curación de la herida fué completa al cabo de cuatro semanas y las neuralgias cesaron enteramente. A su salida del hospital el operado presentaba una disminución de la sensibilidad en el dominio de inervación de los nervios resecaos y una parálisis con atrofia de los músculos masticadores del lado correspondiente.

Los resultados de estas tres operaciones han sido, en suma, excelentes. La resección intracraneana del trigémino, á pesar de sus peligros, constituye, pues, un recurso preciosísimo en las formas graves de neuralgia de una ó de varias ramas de este nervio. Habrá que recordar que la lesión de la meníngea media no siempre puede ser evitada en el momento de bajar el colgajo, pues la gotera donde se halla alojada la arteria en la faz interna del cráneo se encuentra á veces transformada en un canal óseo completo; en este caso, la pared craneana no puede ser separada de la duramáter sin que se produzca un desgarro de este vaso. Cuanto á la disección de los troncos nerviosos, no presenta grandes dificultades más que por lo que respecta á la primera parte del trigémino, á causa de las relaciones íntimas de este nervio con la pared del seno cavernoso. En cambio es bastante fácil aislar las otras dos ramas que se presentan bajo la forma de haces aplanados sin vaina común, haces que hay necesidad de separar sucesivamente de la duramáter. Por for-

tuna estas dos ramas son precisamente aquéllas donde más á menudo radican las neuralgias.

Además de la cesación de los fenómenos dolorosos, la intervención tiene como consecuencia una anestesia en el dominio de inervación de los nervios resecaados. Si la resección se lleva á cabo en la tercera rama, obsérvase, además, una parálisis y una atrofia de los músculos de la masticación del mismo lado, y, más adelante, una constricción moderada de las mandíbulas y una cierta asimetría de la cara. Por otra parte, la resección de la tercera rama tiene como consecuencia una ligera disminución del oído por parálisis del músculo tensor del tímpano. La anestesia consecutiva á la operación no persiste mucho tiempo con igual intensidad: en efecto, al cabo de unos quince días obsérvase un retorno de la sensibilidad que empieza en la periferia de la zona anestésica. Pueden producirse igualmente ciertos trastornos vasomotores á seguida de la resección. En el primer caso operado por Czerny, la otitis media fué probablemente la consecuencia á la vez de trastornos vasomotores y de la emigración de bacterias á el oído medio pasando á través de la trompa de Eustaquio. El autor prefiere esta explicación á la hipótesis que consiste en admitir la existencia de una inflamación trófica ó neuropaarlítica.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

*
**

La amigdofenina.—La amigdofenina es un derivado del para-midofenol, en el cual un átomo de hidrógeno es reemplazado por el radical del ácido amigdólico, y otro átomo del mismo gas por carbonato de etilo ó de metilo.

Es un cuerpo cristalino, grisáceo, difícilmente soluble en el agua.

Según el doctor R. Stüve, asistente del servicio hospitalario del profesor von Noorden, en Francfort-del-Mein, la amigdofenina administrada en obleas ó bajo forma de comprimidos, á la dosis de un gramo, repetida varias veces por día, es un medicamento dotado de propiedades antipiréticas, analgésicas y antireumáticas incontestables. En las observaciones de nuestro colega, la amigdofenina ha sido siempre bien soportada hasta la dosis de 5 gramos por veinticuatro horas; solo la dosis diaria de 6 gramos ha provocado á veces un poco de vértigo, así como zumbidos de orejas.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Eritema polimorfo y hemorragia intestinal en el tétanos quirúrgico.—Mr. Molle refiere un caso de tétanos subagudo de mediana intensidad sobrevenido á una niña de 11 años, quince días después de una ligera herida del borde externo del pié derecho á nivel de la región tarsiana, y que ha presentado síntomas infecciosos de rara intensidad.

Al sexto día de la afección la niña expulsó con las cámaras como

medio vaso de sangre rutilante. El examen del orificio anal y el tacto rectal demostraron la ausencia de hemorroides y de otras lesiones que hubiesen podido dar lugar á la hemorragia.

Al día siguiente hubo dos evacuaciones involuntarias negruzcas, muy fétidas y muy abundantes.

Al vigésimo-segundo día de la enfermedad apareció una erupción pruriginosa en forma de sudamina, que se generalizó rápidamente. El rascado determinaba unas excoriaciones redondas que se circunían de un reborde rojo saliente; esos rebordes eran sobre todo numerosos en la palma de la mano y en la planta de los pies. La erupción desapareció al cabo de cuatro días y fué seguida de una descamación parcial. La niña ha curado de su tétanos.

Las erupciones polimorfas han sido señaladas en el tétanos desde hace mucho tiempo. Han sido consideradas primeramente como erupciones medicamentosas, provocadas por el tratamiento cloral ú opiado, pero en la actualidad hay tendencia á considerarlas como uno de los efectos del virus tetánico.

La observación de Molle viene á confirmar este criterio, pues en su enfermita el tratamiento por el cloral y el opio, prescrito desde el comienzo, había sido descuidado por la familia. Pero un argumento más concluyente todavía en pró del origen tetánico de la erupción es suministrado por la hemorragia intestinal observada en la enferma. En efecto, los experimentos bacteriológicos modernos han evidenciado que la hemorragia es un síntoma frecuente y común de diferentes intoxicaciones bacilares.

(Loire méd.)

*
*
*

Gingivitis infecciosas.—El Dr. M. Chompret ha publicado un estudio muy completo sobre las gingivitis infecciosas, del que copiamos algunas de ellas cuya observación no es muy común.

Gingivitis escarlatinosa.—Diez ó quince días después de la aparición de la escarlatina puede aparecer una inflamación de las encías. Esta complicación, que es rara, puede iniciarse incidiosamente, pero frecuentemente se anuncia por fenómenos generales que pueden ser muy graves. El enfermo está abatido, con la cara de estupor muy semejante á la del tífico. Enflaquece rápidamente, vomita á cada instante y tiene una diarrea rebelde. La orina contiene albúmina. El pulso es pequeño y frecuente. En este momento el paciente es atacado de disnea y delirio; se forman escaras en las partes declives y la muerte puede sobrevenir en el coma más profundo.

Superficial y pasajera en los casos muy ligeros, la gingivitis escarlatinosa se caracteriza entonces por tumefacción, reblandecimiento y rubefacción de la mucosa, que sangra fácilmente.

De ordinario la gingivitis toma la forma ulcero-membranosa; muchas veces se hace granulosa. El dolor muy vivo impide los movimientos del maxilar, la salivación es abundante y el olor del aliento muy fétido.

Un exudado, bajo la forma de pseudo-membranas amarillas, aparece en el borde libre de las encías y cubre las ulceraciones que pueden extenderse en superficie y en profundidad y determinar el esfacelo de la mucosa.

La infección puede propagarse á la cara interna de las mejillas y de los labios. Los ganglios sub-maxilares están muy infartados.

El pronóstico depende de la gravedad de las lesiones: benigno cuando son superficiales, es de los más graves, casi fatal, cuando la infección se ha generalizado.

Gingivitis blenorragica.—Esta puede sobrevenir durante toda la evolución de la blenorragia; sin embargo, según Monard, es frecuente «en el último período de la afección y casi siempre consecutiva á otras complicaciones infecciosas.» Así es que casi siempre la preceden el reumatismo, una orquitis ó los eritemas. Aparece después un calor insoportable de la boca con sensación continua de sed; las encías, sobre todo las inferiores, se vuelven rojas, lividas, tumefactas y sangran fácilmente; la mucosa llega á formar un rodete entre las arcadas dentarias.

La masticación y la palabra son difíciles y dolorosas; el enfermo, presa de una fiebre bastante intensa, se queja del ptialismo y de la fetidez del aliento.

Cuando la infección progresa, un exudado pseudo-membranoso cubre el reborde gingival y oculta ulceraciones más ó menos profundas, talladas á pico y de coloración violácea; la cara interna de la mejilla del mismo lado presenta simultánea ó sucesivamente lesiones inflamatorias de la misma naturaleza. Existe infarto ganglionar.

La curación de esta giugivitis, que no es debida al contagio, sino á la infección blenorragica, se obtiene en quince días ó tres semanas por cauterizaciones y lavatorios antisépticos.

Gingivitis urémica.—Principalmente puede producirse en el curso de un ataque de uremia de forma gastro-intestinal. El principio se marca por calor de la boca con sequedad y comezón de la mucosa gingival; la saliva es rara y espesa, comprobándose en este momento algunas veces el eritema de toda la boca con depósitos pultáceos.

Pero lo que caracteriza la gingivitis urémica son las ulceraciones que ocupan el borde libre de la mucosa en contacto con los dientes, y que pueden propagarse á la cara interna de las mejillas y de los labios.

Estas ulceraciones son variables en extensión y forma, ya muy superficiales, lineales, algunas veces más profundas, aproximándose á la forma olivar, de bordes irregulares, de fondo gris sucio, provisto de una capa delgada de substancia caseosa. Pueden producirse desprendimientos alrededor de los dientes y principalmente de los molares del maxilar inferior. Estos dientes se conmueven y pueden caer.

Las alteraciones funcionales son profundas: el apetito es nulo,

las sensaciones gustativas destruidas ó pervertidas, el aliento fétido, los ganglios infartados molestan la masticación, y una salivación excesiva contribuye á debilitar las fuerzas del enfermo. Por último, alteraciones gastro-intestinales de orden urémico agravan el cuadro de esta afección.

Sin embargo, las ulceraciones pueden curar, pero lentamente, bajo la influencia del tratamiento general de la uremia, y sobre todo por los medios locales antisépticos. Desgraciadamente estas ulceraciones pueden extenderse y contribuir á un fin fatal.

Gingivitis reumática.—Aparece de ordinario en el curso de un reumatismo, pero puede precederle. Durante algunos días las encías se hacen sensibles y los dientes dolorosos, antes que la inflamación haya modificado la mucosa. Después, rápidamente, las encías pasan al estado fungoso; se ponen rojas, tumefactas y sangrientas; su borde está desprendido y se forman fondos de saco entre la mucosa y el diente, de donde se hace salir pus por presión. El ligamento atacado por la inflamación está congestionado, espesado y purulento; los dientes se conmueven y pueden caer. En la extremidad de sus raíces se han encontrado concreciones uráticas especiales.

Las encías, y en particular la del maxilar inferior, pueden esfacelarse en parte. La cara interna de las mejillas es invadida muchas veces. El ptialismo, la fetidez del aliento y el infarto gangliónar son síntomas que se observan con frecuencia.

Estas gingivitis pueden evolucionar al estado crónico, al agudo ó al sobre-agudo, pero se modifican ventajosamente por el tratamiento general de la diátesis y por el local antiséptico.

En la *gota* se han señalado los mismos accidentes de gingivitis infecciosa que se encuentran en el reumatismo.

Gingivitis del embarazo.—Aparece hacia el cuarto mes y casi siempre insidiosamente (Pinard). Las encías están rojas, congestionadas, sangrientas y tumefactas, sobre todo en su borde libre; presentan un aspecto festoneado y las lengüetas interdientarias están muy aumentadas de volumen.

Con los progresos de la infección aparecen sucesivamente las formas fungosas y ulcerosas. Por el contrario á lo que suele observarse, las lesiones tienen su asiento más bien al nivel de los incisivos que hacia los molares, pero la propagación de las ulceraciones se hace también por este lado: ganan en extensión como en profundidad, atacan los ligamentos alveolo-dentarios, conmueven los dientes y provocan su caída. Los dolores no son constantes, y sin embargo, el estado de las encías molesta mucho la masticación.

No tratada esta afección puede curar espontáneamente en los dos primeros meses del embarazo que siguen al parto; pero bajo la influencia de los lavatorios antisépticos, con el hidrato de cloral, por ejemplo, y de la cauterización, esta gingivitis desaparece en el espacio de quince días á un mes.

Gingivitis menstrual.—M. Chompret compara á la gingivitis de las mujeres embarazadas la que se produce algunas veces durante

el período *menstrual*. Esta afección, que casi siempre es superficial y que cura muy bien por el tratamiento antiséptico, ha sido señalada por Delestre en su tesis. Después M. Chompert la ha observado muchas veces, y el Dr. M. Gaston le ha facilitado una observación interesante, cuyo resumen es el siguiente:

En una mujer de 40 años, cuya boca se mantenía bien limpia, aparecieron durante un año, en cada período menstrual, estos fenómenos:

Dolor en la cara, afectando la forma de neuralgia facial ó del trigémino consecutivamente, sensibilidad dentaria y tumefacción de las encías, que se ponían rojas y dolorosas al tacto.

El reborde gingival se limitaba al cabo de dos ó tres días por una raya de un tinte rojo vivo, algunas veces con apariencia hemorrágica.

La afección duraba de seis á ocho días y la curación se verificaba espontáneamente.

(*Journ. de Méd. et de Chir.*)

* * *

Diiodoformo.—Este compuesto, preparado por M. Taine y Maquenne, ha sido estudiado para el uso terapéutico por Hallepeau, Brodier y Regnaud.

El diiodoformo es un ioduro de carbono; se presenta bajo la forma de polvo impalpable; á la luz se colorea y toma poco á poco un ligero olor característico; completamente insoluble en el agua, poco soluble en el alcohol y éter, soluble en el cloroformo y en el tolueno caliente, en donde cristaliza en pequeñas agujas prismáticas amarillas.

Es un excelente antiséptico, que aventaja al iodoformo, por no tener olor desagradable y tener las mismas indicaciones en las úlceras, no provocando dolor ni irritación local, usándose también en las manifestaciones herpéticas, chancros, etc.

(*El Rest. Farm.*)

* * *

Las esponjas en cirugía.—El Dr. Mr. Pollet ha estudiado en un trabajo reciente la importancia que las esponjas tienen en cirugía; actualmente, en efecto, la mayoría de los cirujanos creen que las esponjas deben reemplazarse por agentes de desinfección más fácil. Sin embargo, Mr. Pollet cree que hay bastantes circunstancias en que su empleo puede prestar grandes servicios, con las precauciones antisépticas necesarias.

Sin poder analizar este estudio, recordaremos solamente, como hace Mr. Pollet, los curiosos cálculos que se han hecho para justificar la deficiencia de las esponjas y cuya expresión ha sido formulada por Mr. Dumonthier.

«Cuántas precauciones no deberá tomar el cirujano si tiene en cuenta la facilidad con que los gérmenes patógenos se implantan y

propagan en la enorme superficie puesta en contacto con la herida de su enfermo por el empleo de una sola esponja!

»Mitscherlich ha calculado que la superficie de las células, en un trozo de carbón de madera que pese 956 miligramos, se eleva próximamente á 8 metros cuadrados. Si por analogía se calcula qué superficie puede ofrecer una esponja de 3 á 4 gramos, se llega á las cifras de 25 á 33 metros cuadrados!

»En las grandes operaciones, como las ovariectomías, histerectomías, etc., se emplean, por término medio, 500 á 800 gramos de esponjas. Si se calcula la superficie que se pone en contacto con la herida, se llega á las cifras enormes de 4.125 á 6.690 metros cuadrados. Estas cifras, que sólo son aproximadas, puesto que están basadas en las experiencias de Mitscherlich, podrían ser aún más considerables si se tiene en cuenta el poder absorbente de las esponjas. Añadamos á ésto que el mucus que existe naturalmente en las esponjas, y que no ha sido separado completamente por los industriales, al entrar en descomposición ofrece un medio propicio al desarrollo de los microbios.

»Muchos cirujanos, teniendo en cuenta estos inconvenientes, se han servido de lienzos ó compresas para sus operaciones. Hay, en efecto, en el empleo de las esponjas, un verdadero foco de contagio que se debe hacer desaparecer».

Por otra parte, Mr. Pollet ha emprendido una serie de experiencias sobre la facultad de absorción de las diversas materias de curación y ha obtenido los siguientes resultados:

1.º El lienzo absorbe.....	2'95	veces su peso de agua.
2.º La uata de turba.....	1'80	» »
3.º <i>El lint</i>	6'08	» »
4.º La gasa antiséptica....	6'61	» »
5.º Musgo.....	10	» »
6.º La uata de madera.....	10'60	» »
7.º El algodón absorbente ..	5'85	» »
8.º El yute.....	10'85	» »
9.º Las esponjas artificiales..	11'92	» »
10. La estopa.....	12'42	» »
11. El ramí.....	15'27	» »

El poder absorbente de la esponja es mucho mayor. En efecto, la experiencia demuestra que la *esponja fina de las Antillas* retiene 35'8 veces su peso de agua, y la *esponja fina dura griega*, que es la menos absorbente de las que se han estudiado, retiene 20'86 veces su peso de agua. Por lo tanto, la esponja es el mejor absorbente de que dispone el cirujano.

(*Jour. de Méd. et de Chir.*)

* *

Operación nueva para el varicocele.—Brault describe una nueva operación para los casos graves de varicocele que ha practicado con frecuencia sobre el cadáver, y además aplicó con éxito á

dos pacientes. El método consiste en tallar una gran porción elíptica de la piel de la superficie posterior y exterior del lado afecto del escroto; hecho este colgajo, cuyas extremidades se dirigen arriba y abajo, y disecadas, se exponen las venas aumentadas de volumen y se resecan separadamente entre dos ligaduras, cerrando finalmente la herida trayendo el ángulo inferior al superior de la elipse y suturadas las dos márgenes de la piel. Esta operación puede ejecutarse rápidamente y sin mucha hemorragia, y es por muchos conceptos superior á la que separa una porción del escroto mediante una herida transversal.

(*Lyon Méd.*)

BIBLIOGRAFÍA

Diagnóstico y tratamiento de la Fiebre tifoidea **por el Dr. J. Madinaveitia.**

Antes de llegar á mis manos el folleto publicado por el Dr. Madinaveitia, y al tener noticia de su publicación, supuse el carácter esencialmente clínico que había de tener, conociendo como conozco el carácter de profundo observador que distingue á tan ilustrado compañero; condición demostrada hasta la saciedad con las observaciones y casos presentados en la Academia Médico-quirúrgica Española, donde he tenido ocasión de apreciar tan recomendables cualidades.

Este prejuicio puedo ahora confirmarle, después de haber leído el trabajo de referencia, reduciéndose los propósitos del autor, según manifiesta en el prólogo, á generalizar entre nosotros el empleo de los baños, que tan buenos resultados dan y han dado á él y á todos lo que los han instituído como fundamental tratamiento de la fiebre tifoidea.

Aunque sus propósitos hayan sido éstos, ha resultado como no podía menos, lo que resulta, como vulgarmente se dice, con las buenas esencias que se encierran en frascos pequeños, comprendiendo en poco más de 100 páginas un bosquejo muy acabado, y sobre todo muy clínico, de dicha enfermedad.

Es lástima que el Dr. Madinaveitia no haya dado mayor extensión á su trabajo, pues materia buena y concentrada tienen sus estudios; pero sobre todo, donde según mi opinión es de sentir no lo haya hecho es al tratar de lo fundamental, ó sea del uso de los ba-

ños, teniendo en cuenta que su condición de distinguido clínico le obliga á demostrar su no menos conocida ilustración como patólogo, y como el folleto no está dedicado á vulgarizar un tratamiento en el verdadero sentido de la palabra, sino á generalizarle entre los Médicos, lógico parecía esperar que no fueran sus observaciones tan escuetas en este sentido como lo son.

Por lo demás, la descripción general de la fiebre, el análisis clínico de los síntomas, la convalecencia, las complicaciones y la diferenciación diagnóstica, forman un conjunto de exposición concisa, práctica, y sobre todo personalísima, que es lo que le dá mayor valor.

Sin embargo, con el propósito que ha informado la publicación de este trabajo se explica en cierto modo que rompa casi en absoluto con la antisepsia intestinal. Por mí puedo decir, y vaya ésto de pasada, que en los tíficos que he tenido ocasión de asistir (desde luego en número muy inferior á los observados por el Sr. Madina-veitia) he empleado la antisepsia intestinal con resultados tan positivos que me obligan á seguirla empleando en adelante, debiendo advertir, sin embargo, que los baños, que uso con mucha frecuencia, me han dado también resultados tan brillantes como al Dr. Madina-veitia.

MIGUEL SLOCKER.
Médico primero.

FÓRMULAS

287

Acido fénico.....	72 centigramos.
Valerianato de zinc.	120 »
Extracto de nuez vómica	15 miligramos.
» de áloes.....	36 centigramos.
Tintura de cápsicum.....	1 gota.

M. H. doce píldoras, para tomar una mañana y tarde.

En la **dispepsia flatulenta**.

(*Stephen Mackenzie.*)

288

Eurófenio	} áá 5 gramos.
Lanolina anhidra.....	
Polvos de talco.....	

M. Uso externo.

En el **intértrigo y el eczema**.

(*E. Saalfeld.*)

SECCIÓN PROFESIONAL.

Resumen estadístico del mes de Marzo de 1895.

Durante el expresado mes ha ocurrido el siguiente movimiento de enfermos en los hospitales militares y cívico-militares y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa:

Existencia en 1.º de Marzo.....	2.251
Entrados durante el mes.....	3.659
Hospitalidades causadas.....	85.050
Salidos.....	2.694
Muertos.....	86
Quedaban en fin de dicho mes.....	3.190

Como la fuerza del Ejército en el período que nos ocupa era de 64.618 hombres, pueden establecerse las siguientes proporciones:

Asistidos por cada mil hombres.....	82'02 (1)
Hospitalidad diaria por cada mil id.....	38'51
Muertos por cada mil id.....	1'06
Idem por cada mil asistidos.....	13'01

Los establecimientos en que se han causado más de mil hospitalidades son los siguientes:

Madrid.....	9.772	Guadalajara.....	2.269
Barcelona.....	6.907	Málaga.....	2.098
Valencia.....	6.855	Badajoz.....	2.045
Zaragoza.....	4.729	Oviedo.....	1.984
Sevilla.....	4.122	Cádiz.....	1.889
Melilla.....	3.516	Vitoria.....	1.883
Alcalá.....	3.408	Pamplona.....	1.666
Valladolid.....	2.983	Mahón.....	1.153
Ceuta.....	2.788	Palma de Mallorca.....	1.140
Coruña.....	2.722	Algeciras.....	1.106
Granada.....	2.346		

NECROLOGÍA

D. Victor Martinez y Jiménez.—Nació en Segovia el día 6 de Mayo de 1839 y obtuvo el título de Licenciado en Farmacia en la Universidad Central el 22 de Junio de 1862.

(1) Del total de asistidos hay que deducir 610, no imputables á las fuerzas del Ejército, 9.470 hospitalidades y 17 fallecidos por el mismo concepto.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, como segundo Ayudante farmacéutico por Real Orden de 6 de Mayo de 1864 y alcanzó los empleos sucesivos por antigüedad con las fechas siguientes: el de Farmacéutico primero en 6 de Septiembre de 1873; el de Mayor en 10 de Mayo de 1874; el de Subinspector de 2.^a en 9 de Marzo de 1887, y el de Subinspector de 1.^a en 12 de Diciembre de 1891. Sirvió durante muchos años consecutivos en los Hospitales militares de Melilla y Granada, en distintos cargos del Laboratorio central y en la Junta Consultiva de Guerra.

Ultimamente había sido destinado al distrito de la Isla de Cuba por Real Orden de 23 de Julio de 1895, cuyo destino le correspondió por sorteo, y pocos días después de haberse incorporado al mismo en la Habana, falleció á consecuencia de la fiebre amarilla el 13 de Noviembre de 1895. Estaba condecorado con la cruz blanca de 1.^a clase del Mérito Militar y con la de Isabel la Católica.

Era D. Víctor Martínez persona muy apreciada de todos sus compañeros por su bellísimo carácter, por su ilustración y por su celo en bien del servicio. Amante apasionado de su familia, ha dejado en ella el profundo dolor que acarrearán estas irreparables desgracias, y que en balde trataríamos de mitigar los que en vida nos honramos con su amistad.



VARIETADES

Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.—Premio Menacho.—Esta Academia, haciendo suyo el generoso acto de uno de sus miembros y teniendo en cuenta que, á pesar de las experimentaciones llevadas á cabo en la Isla de Cuba, Méjico y Brasil, el problema de la inmunidad contra el *Tifus icterodes* no puede, á su juicio, considerarse resuelto, abre un concurso para premiar al autor del mejor trabajo sobre la *Profilaxis de la Fiebre amarilla en las Antillas españolas*.

El premio consistirá en una medalla de bronce conmemorativa, acuñada exprofeso, á expensas de la Academia; en un diploma de Socio de mérito, y en cinco mil pesetas (donación del Dr. Menacho).

CONDICIONES.

1.^a Cualesquiera que sean la índole y tendencias del trabajo, habrá de ofrecer el requisito indispensable de una comprobación por medio de

estadísticas, recogidas de preferencia en la Isla de Cuba ó, en su defecto, en la de Puerto Rico ó en otras zonas geográficas, donde la fiebre amarilla es endémica. Se estimarán de valor preferente las observaciones recaídas en la población inmigrante.

2.^a Excepción hecha de los miembros de la Academia, cualquiera persona podrá aspirar al premio, aunque al propio tiempo tomase parte en otros concursos que pudieran abrirse sobre el mismo tema.

3.^a Los trabajos podrán redactarse en español, francés, italiano, portugués, inglés ó alemán.

4.^a El Jurado calificador quedará constituido por un Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona, un miembro numerario de la Real Academia de Medicina de la misma ciudad, otro del Cuerpo de Sanidad Militar que haya ejercido en la Isla de Cuba, un Médico numerario del Hospital de la Santa Cruz y tres Socios residentes de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, siendo uno de ellos farmacéutico, si le hay disponible.

5.^a El plazo para la presentación de los trabajos terminará el día 31 de Diciembre de 1900, hasta cuya fecha se podrán remitir los trabajos á la Secretaría general de la Academia (Puertaferriera, núm. 6, pral.)

6.^a Si por carecer de mérito suficiente las Memorias presentadas no se otorgase el Premio, el Jurado podrá proponer recompensas honoríficas y pecuniarias á los autores de trabajos de importancia relativa, que la Academia otorgará, utilizando para las últimas los intereses del capital de cinco mil pesetas que se hubiesen acumulado.

7.^a Desde esta fecha y con tal objeto queda depositada en el Banco de España la cantidad de *cinco mil pesetas* en valores del Estado.

8.^a Si al otorgarse el premio los valores depositados hubiesen sufrido alguna depreciación en el mercado, ni la Academia ni el donante se harán de ello responsables.

Barcelona 1.º de Enero de 1896.—El Secretario general, Dr. Jorras y Pascual.—El Presidente, Dr. Bartolomé Robert.

* * *

Conforme á lo dispuesto por la superioridad, el día 4 de Diciembre último dieron principio en Manila las oposiciones para optar á las plazas de Director y Profesor del Laboratorio municipal de dicha ciudad ante el Tribunal nombrado al efecto. Tomaron parte en el concurso cinco aspirantes, siendo propuesto por el citado Tribunal para la plaza de Director el Farmacéutico militar D. Antonio Casanovas y Llobet, y para la de Profesor D. Antonio Luna, y aprobando los ejercicios de los demás aspirantes. Enviamos nuestra enhorabuena á los agraciados.

* * *

Real Academia de Medicina.—Programa de premios y socorros correspondientes á los años de 1896 y 1897.—Esta Academia abre concurso sobre los puntos siguientes:

I. Influencia de las doctrinas médicas modernas en la profilaxis de las enfermedades epidémicas.

II. Estado actual y porvenir de la doctrina patogénica parasitaria.— Para cada uno de estos puntos habrá un premio y un accésit.

El premio consistirá en 750 pesetas, una medalla de oro, diploma especial y título de Socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones de Reglamento.

El accésit será medalla de plata en igual forma, 250 pesetas, diploma especial y el título de socio corresponsal, con las mismas condiciones.

Las Memorias deberán estar escritas con letra clara en español ó en latín.

Las que obtengan el premio se publicarán por esta Corporación, entregándose á sus autores 200 ejemplares; y las que sean favorecidas con el accésit ó con mención honorífica, se publicarán si la Academia lo juzga conveniente. La Corporación se reserva la facultad de publicar ó no, por su cuenta, las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

PREMIOS ALVAREZ ALCALÁ.

I. Influencia patogénica y terapéutica de las condiciones climatológicas y topográficas de España en la tuberculosis.

II. Incompatibilidades de la acción fisiológica de los medicamentos más eficaces, comprobadas por observaciones y experimentos hechos por el autor.—Para cada uno de estos puntos habrá un premio y un accésit.

El premio consistirá en 750 pesetas, diploma especial y título de Académico corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones reglamentarias; y el accésit en diploma especial y título de corresponsal, en los términos mencionados.

PREMIO MARTÍNEZ MOLINA.

Determinación de las bacterias conocidas y su clasificación, fundada, á ser posible, en caracteres morfológicos y fisiológicos.—Para este punto habrá un premio y un accésit.

El premio consistirá en 3.300 pesetas, diploma especial y título de Socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones de Reglamento.

El accésit consistirá en un diploma especial y el título de Socio corresponsal, con las mismas condiciones.

PREMIO DEL EXCMO. SR. MARQUÉS DEL BUSTO.

Historia crítica de la bibliografía médica española en la primera mitad del siglo actual.—Para este punto habrá un premio y un accésit.

Consistirá el premio en la cantidad de 250 pesetas, con diploma especial y título de Socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones de Reglamento; y el accésit en diploma especial y título de Socio corresponsal, con las mismas condiciones.

Los premios se conferirán en la solemne sesión inaugural del año de 1898 á los autores de las Memorias que los hubiesen merecido, á juicio de la Corporación.

Las Memorias se remitirán á la Secretaría de la Academia, sita en la calle Mayor, núm. 6, cuarto bajo, antes del 1.º de Junio de 1897, de doce á cuatro de la tarde, no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, y sí sólo distinguirlas con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su firma.

Los pliegos correspondientes á las Memorias premiadas se abrirán en dicha sesión inaugural, inutilizándose los restantes en la primera sesión de gobierno que después se celebre, á no ser que fuesen reclamados oportunamente por sus autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del concurso.

PREMIO SALGADO.

Se conferirá un premio de 1.920 pesetas al Profesor que haya contraído suficiente y mayor mérito por sus estudios y aplicación de las ciencias auxiliares á la Medicina, particularmente á la Hidrología, ó por sus trabajos médicos científicos ó prácticos durante los años de 1895 y 1896.

Se optará á este premio por instancia, ó mediante petición firmada por tres Académicos.

Las instancias, acompañadas de los documentos justificativos, se remitirán á la Academia antes del 1.º de Junio de 1897, y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1898.

PREMIO CALVO Y MARTIN.

Consistirá en la cantidad de 375 pesetas y un diploma especial, y podrán optar á él los Médicos de partido, encargados de la asistencia de los pobres, con una asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos. Los aspirantes deberán escribir una Memoria, cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; y de no ser ésto posible describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando estas cualidades el alcalde y el cura párroco.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo, en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como de la Memoria mencionada, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Diciembre del corriente año, y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1897.

No pueden aspirar á este premio los que le hayan obtenido en concursos anteriores.

SOCORROS RUBIO.

Se adjudicarán en la sesión inaugural de 1898 dos de los socorros legados por el Académico D. Pedro María Rubio, consistentes cada uno en la cantidad de 750 pesetas, para las dos viudas ó hijas mayores solteras de Médicos rurales que hayan ejercido su profesión en España por más de tres años de una manera honrosa y recomendable en las más pequeñas

poblaciones ó aldeas, y prefiriendo á las de aquéllos que hayan sido víctimas de alguna epidemia.

Las interesadas no han de disfrutar ninguna pensión de Montepío.

Se recibirán hasta 1.º de Septiembre de 1897 las solicitudes, acompañadas de los documentos siguientes:

Copia simple del título del Profesor fallecido y certificaciones de los Ayuntamientos que acrediten los extremos referidos.

Madrid 1.º de Enero de 1896.—El Secretario perpétuo, Manuel Iglesias y Díaz.—El Presidente, Marqués de Guadalerzas.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

Les courants alternatifs en thérapeutique, le bain hydro-électrique por *G. Gautier* y *J. Larat*.—París, 1895.

Escalafón general del Cuerpo administrativo del Ejército en 1.º de Enero de 1896.—Madrid, 1896.

Velada fúnebre en honor de Pasteur, celebrada por la Academia nacional de medicina de Méjico el 28 de Octubre de 1895.—Méjico, 1895.

La salud, publicación periódica.—Barcelona, 1896.

Estudios sobre la Historia de la Medicina en el reino de Mallorca, por *D. Enrique Fajarnés y Tur*. 1.ª monografía, Instituciones sanitarias.—Palma de Mallorca, 1895. (Dos ejemplares).

Archives de médecine navale et coloniale, recueil publié par ordre du Ministre de la marine et des colonies.—París, 1895.

Guide pratique d'hygiène et de médecine coloniale á l'usage des postes militaires dépourvus de médecin, par le *Dr. Sadoul* médecin de première classe de la marine.—París, 1895.

La suerterapia en la difteria. Memoria de la comisión técnica nombrada por el Ayuntamiento de Valladolid y compuesta por *D. Calixto Andrés y Teruel*, decano de la beneficencia municipal, y los doctores *Eugenio Muñoz Ramos*, director del Laboratorio químico y micrográfico municipal, y *Alberto Macías Picavea*, médico primero de la beneficencia municipal.—Valladolid—Madrid, 1896. (Dos ejemplares).

Revista mensual de medicina, cirugía, farmacia y veterinaria, publicada por la librería editorial de *Bailly-Baillière é hijos*, con el concurso de los autores, traductores de la casa y cooperación de toda la clase médica.—Madrid, 1896.

Liste, par rang d'ancienneté des officiers du service de santé belge, au mois de Janvier 1896.—Bruxelles, 1896.

La Tribuna médica, revista francesa de medicina bimensual. Redactor-jefe *J.-V. Laborde*.—París, 1896.

Resumen de las tareas desempeñadas por la Academia en el año de 1895, por el *Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz*; **La emoción oratoria**, por el *Sr. D. Angel Pulido Fernández*. Discursos leídos en la solemne sesión inaugural del año de 1896 de la Real Academia de Medicina.—Madrid, 1896.

Compendio de las enfermedades venéreas y sífilíticas, por el *Dr. José P. Gayón*, Profesor de clínica de dichas enfermedades en el Hospital militar.—Méjico, 1895.

Catorce años de clínica en Panticosa. Nuevo estudio acerca de esta estación climoterápica é hidromineral de España por *Antonio Espina y Capó*, Médico del Hospital provincial de Madrid.—Madrid 1895. (Cuatro ejemplares).

Revista médica de Canarias. Periódico mensual dirigido por el *Dr. D. Veremundo Cabrera*.—Santa Cruz de Tenerife, 1896.

Extratto delle disposizioni riguardanti il servizio sanitario contenute nel giornale militare ufficiale dell'anno 1895. Appendice al Giornale medico del R. esercito.—Roma, 1896.