

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII MADRID I.º DE SEPTIEMBRE DE 1898 N.ºM. 269

## MEMORANDUM DE OTOLOGÍA (1)

### VI.

#### APÉNDICE.

##### *Tinnitus aurium.*

Es un ruido muy molesto en uno ó en los dos oídos, asociado generalmente con sordera; puede ser, aunque desagradable, tan ligero que el paciente lo perciba únicamente cuando todo á su alrededor permanezca en silencio, y puede ser, por otra parte, tan intenso é insoportable que le conduzca hasta el suicidio, como ya se registran algunos casos; entre estos dos extremos hay una infinidad muy variada de intensidades y caracteres de los ruidos, comparándolos, según los enfermos, ya al gorgoteo, zumbidos, pulsaciones, ó bien silbidos, campanillazos, etc., etc. Es un síntoma que se presenta en una gran variedad de afecciones, ya del oído externo, del medio ó del interno, y siempre es un signo importante para el diagnóstico. En algunos casos se reconoce fácilmente su causa, pero en otros es completamente inexplicable; parece, sin embargo, que toda condición que produzca presión sobre el laberinto ó membrana timpánica, puede determinarlo así; el contacto de un poco de cerumen con la membrana puede ser ejemplo de lo segundo, y las obstrucciones de las trompas de lo primero; en este último caso, siendo mayor la presión del aire sobre la superficie externa de la membrana que sobre la superficie interna, dicha membrana se retrae, el mango del martillo se dirige adentro, haciendo todo ésto que el estribo ejerza indebida presión sobre la ventana oval, y por consiguiente sobre el laberinto; si al extraer el cerumen en un caso ó inyectar aire en la cavidad del tímpano en el otro, desaparece inmediatamente el tinnitus, se reconoce por esta circunstancia la

(1) Véanse los núms. 260, 262, 264, 266 y 268.

causa y el efecto, quedando, por consiguiente, completamente explicado el fenómeno. Si por el contrario, en los casos de catarro del oído medio no desaparece el tinnitus después de la inyección de aire en la cavidad del tímpano, será lo probable que se deba, bien á una anquilosis parcial ó completa en alguna parte de la cadena de los huesecillos, ó bien que sea dependiente de causas situadas en el laberinto. Cuando el tinnitus depende de la presión, debida ya á enfermedades del oído medio, ó bien al cerumen y cuerpos extraños situados en el meato, no se presenta con el carácter grave de aquellos casos en que su origen debe buscarse en el oído interno. Si en el paciente no existen antecedentes catarrales, si al examen presenta la membrana timpánica normal las trompas permeables, si no oye ú oye imperfectamente el diapasón colocado sobre su cabeza, experimentando, quizá también, algunos síntomas nerviosos subjetivos, parece lógico deducir que la lesión que los produce, juntamente con el tinnitus, reside en el laberinto ó es de naturaleza nerviosa.

Tratamiento: Si el tinnitus depende de una lesión patológica del oído, ó de otra condición ya conocida, fácilmente se consigue hacerlo desaparecer mediante el tratamiento adecuado, pero muchas veces no es posible descubrir su causa, y hay que conformarse por lo tanto aliviando tan angustioso síntoma del mejor modo posible. Cuando el oído medio presente signos de congestión, es de suponer que existe un estado semejante en el oído interno, con lo cual se hallará indicado la aplicación de dos ó tres sanguijuelas á la apofisis mastoides; si existe anemia general, estará indicado el hierro en forma de píldoras de Bland, mientras que para una circulación lenta y palidez de la cara se hará uso de dieta nutritiva y de la inhalación de 10 á 25 centigramos de nitrito de amilo, en razón á sus efectos sobre el corazón y sistema arterial; si existe hiperestesia del sistema nervioso, se usará por algún tiempo de cinco á 10 gramos de bromuro de potasio al día. Algunas formas de tinnitus se alivian ejerciendo presión sobre la apofisis mastoides ó séptima vértebra cervical, ó en su lugar aplicando á estas partes sedantes ó estimulantes, porque se desconoce si los resultados obtenidos por la presión se deben á su acción sedante ó estimulante; se puede practicar la succión del aire en el meato externo por medio del especulum neumático de Siegle, ó también una fuerte insuflación en el mismo conducto, instilaciones de glicerina y láudano, aplicaciones de algodón empapado en una mezcla de glicerina y clorofor-

mo, inyecciones hipodérmicas de morfina, el uso interno de cinco á 20 gotas diarias de tintura de árnica ó de tres á ocho del licor arsenical de Fowler, la introducción hasta la caja mediante el procedimiento de Valsalva de vapores de agua adicionada con algunas gotas de cloroformo ó éter sulfúrico, hacer pasar directamente á la membrana del tímpano la corriente constante con el auxilio de un especulum de caoutchouc, y por último practicar la paracentesis de la membrana del tímpano, haciendo después todo lo posible para que no se cierre la abertura, en razón á que muy rara vez se presenta el tinnitus cuando existe una perforación.

#### Simulación de la sordera.

Cuando se trata de sordera semilateral puede descubrirse la simulación mediante varios procedimientos; si se tapa, por ejemplo, el oído bueno con algodón en rama, y luego se aplica á la cabeza el diapasón en vibración, el simulador generalmente manifiesta que nada oye, porque no conoce el hecho de que al obstruirse el meato se intensifican las vibraciones conducidas al laberinto por los huesos del cráneo. También se puede descubrir la simulación si después de taponarle los ojos se le hacen repetir las palabras que en voz muy baja y mediante trompetillas acústicas le hablan alternativamente en ambos oídos dos personas distintas; en este caso, si fuera realmente sordo de un oído, únicamente repetiría las palabras dirigidas al oído bueno; y si la sordera fuese simulada, más ó menos tarde se delataría él mismo repitiendo las palabras cuchicheadas en el oído sordo. Otro procedimiento consiste en el empleo de un estetoscopio biauricular, dispuesto de tal modo que sus ramas se abren y cierran á voluntad; por lo que no conociendo esta circunstancia el simulador, no le será posible saber cuándo se le habla en el oído sordo y cuándo en el sano.

Si se trata de una sordera bilateral, es más difícil descubrir su simulación, siendo indispensable una observación prolongada del individuo sospechoso, durante la cual se le hará repetir frecuentemente la historia de su sordera, con objeto de ir notando si se contradice en sus relatos; también será un dato que haga sospechar ó no su simulación, la intensidad de los ruidos ó sonidos que sean necesarios para despertarlo; y por último, se puede explorar también el estado de su audición inmediatamente después del sueño natural ó después de la cloroformización.

El oído en los seguros sobre la vida.

Si en general puede decirse que las afecciones crónicas del oído externo no ponen en peligro la vida, cuando exista, sin embargo, un flujo crónico del conducto, es prudente proceder al seguro con las debidas reservas, y eso aun en el caso de no descubrirse perforación de la membrana; si en el mismo meato existen exostosis, podría suceder, si llegara á establecerse supuración detrás de ellos ó en el oído medio, la retención de la misma, y sobrevenir por esta razón fatales consecuencias; así es que á los sujetos en dichas condiciones debe exigírseles una alta prima por el seguro. En las supuraciones crónicas de la cavidad del tímpano con perforación de la membrana, como siempre es de temer la retención del pus, el peligro del seguro aumenta, y, por consiguiente, se debe exigir por él mayor importe. Aquellas perforaciones situadas en la membrana flácida están frecuentemente asociadas con caries, y por esta circunstancia no deben admitirse al seguro los individuos que las padecen. Se tendrá, por último, presente para hacer el seguro la tendencia á caer de aquellas personas que sufren de la enfermedad de Ménière, y mucho más si se trata de marineros, albañiles y demás profesiones que por su índole especial puedan ocasionar las caídas funestas consecuencias.

Sordo-mudez.

La sordo-mudez es dependiente de varias y diferentes condiciones; pero, en general, puede decirse que su causa es la sordera total ó parcial, resultado, bien de defecto congénito, ó bien de enfermedad adquirida durante los primeros tiempos de la vida.

La variedad congénita depende del desarrollo defectuoso del aparato auditivo, como la ausencia completa del laberinto ó de los conductos semicirculares, la imperfección del caracol, etc.; comunmente es resultado de la herencia, pero también se han señalado como causas los matrimonios consanguíneos, sin duda por ser frecuente que ambos cónyuges padezcan de una misma diatesis ó anomalía constitucional. Como los niños que sufren de sordera congénita no pueden aprender el lenguaje por el método ordinario, serán al mismo tiempo mudos mientras no se les enseñe aquél, mediante otros procedimientos.

La sordo-mudez adquirida la padecen aquellas personas que á consecuencia de sordera en los primeros tiempos de su vida, ó bien

no les fué posible aprender el lenguaje, ó bien lo olvidaron y perdieron por falta de uso. Los niños que resultan sordos antes de los cuatro años de edad, son casi sin excepción también mudos; á los que pierden la audición entre los cuatro y siete años, se les podrá evitar, sobre todo si ya saben leer, el mutismo á fuerza de mucho cuidado y vigilancia; si la sordera sobreviene después de los siete años de edad, rara vez ocasiona el mutismo. No es necesario que haya ausencia completa del poder auditivo para que exista el mutismo; en los primeros años de edad basta un grado muy moderado de sordera para producirlo, como no se tenga la paciencia de repetir las palabras en voz muy alta cerca de los oídos del niño, ó si fuere preciso haciendo uso del cornete acústico. Por consecuencia de la facilidad con que se pronuncian las labiales *m* y *p*, y la frecuencia con que repiten las palabras mamá y papá las personas que rodean á los niños, concluyen éstos por copiar de las mismas los movimientos de los labios necesarios para producirlos, sucediendo por esta razón que aun sufriendo de sordera total pueden pronunciar perfectamente las dos palabras citadas. Las causas más comunes del sordo-mutismo adquirido son la meningitis, hidrocefalo, escarlatina, sarampión, sífilis hereditaria, etc.

El diagnóstico de la sordo-mudez no puede determinarse con certeza hasta después de un año de edad, porque antes de ese tiempo los niños reciben con más ó menos lentitud la impresión de los sonidos, y podría suceder, por lo tanto, que no dando muestras de oír durante el primer año, resultaran más tarde con su audición perfectamente normal; además, debe tenerse presente que aun sufriendo de sordera completa pueden volver la cabeza al cerrarse una puerta ó á la entrada de alguien en la habitación donde se hallen, lo cual podría dar lugar á la errónea creencia de que oyen, si el observador no tiene en cuenta que en tales casos únicamente *han sentido* las vibraciones causadas por aquellos actos.

El mejor medio de examen para llegar al diagnóstico es llamar la atención del niño con algún juguete, y luego producir un fuerte sonido detrás de él mediante un silbato ó una campanilla, cuidando que la sombra proyectada por el observador no cruce su campo visual para evitar así atraer su atención; si tomadas estas precauciones no muestra algún signo de haber oído el sonido, tal como volver la cabeza y mirar alrededor, se deducirá que su poder auditivo se halla completamente perdido.

Tratamiento: En el caso de sordera parcial, se procurará me-



diante un tratamiento adecuado hacer desaparecer ó modificar las lesiones que puedan apreciarse en el aparato conductor, así como también se intentará aumentar, si fuese necesario, el poder perceptor del nervio acústico, haciendo uso de la corriente constante.

Si se tratara de una sordera total, únicamente quedaría en este caso el recurso de corregir el mutismo en cuanto fuere posible, por medio de una educación bien dirigida.

La educación de los sordo-mudos se consigue mediante el uso de los signos ó lenguaje de los dedos, y mediante el sistema oral.

El lenguaje de los dedos es la forma más general de comunicación entre los sordo-mudos de este país, y si bien es cierto que después de un breve período de instrucción pueden entenderse fácilmente con otros mudos, se hallan sin embargo privados de todo trato con las demás gentes, á no ser que por excepción encuentren alguna de éstas que entienda su especial lenguaje.

El sistema oral consiste en enseñar al sordo-mudo á emplear el lenguaje articulado, y además á comprender lo que otras personas le hablen observando los movimientos que estas últimas ejecuten con los labios; todo ésto se consigue cultivando convenientemente la fuerza de observación é imitación del alumno. La edad mejor para comenzar su educación es la de siete años, y son necesarios unos ocho de estudios antes que pueda traducir el movimiento de los labios y hablar de modo que pueda ser entendido; es decir, antes que esté en disposición de emplear convenientemente el lenguaje articulado y analizar su mecanismo. La instrucción se empieza enseñando los sonidos rudimentarios de que se compone el lenguaje, á cuyo fin se pronuncian ante el alumno de una manera enfática, demostrándole además por medio del tacto y de la vista el modo exacto de su producción; después que se haya conseguido enseñar el alfabeto, se pasa á la pronunciación de las sílabas, y así procediendo gradualmente de lo fácil á lo difícil, se van venciendo con el tiempo, y una á una, las mayores dificultades. Con este sistema de enseñanza el alumno simultáneamente será capaz de reconocer la palabra hablada por su maestro, de pronunciarla él mismo, de comprender su significado, de reconocerla cuando se escriba y de escribirla él mismo.

La educación por este sistema es también útil á los adultos que adquieren una sordera total; en estos casos muy pocos meses de instrucción pueden ser perfectamente suficientes.

El sistema oral es mucho más ventajoso que el de los dedos; con

el primero se habla y se entiende el lenguaje del mayor número; la adquisición del segundo, supone tan sólo el poder de comunicación con los menos; por eso la posición social de dos personas, educadas la una por el sistema oral, y la otra por el de los signos, ha de ser en igualdad de circunstancias mucho más favorable para la primera; por lo demás, y cuando se trata de niños con regular inteligencia, el éxito en esta clase de enseñanza es casi seguro, en razón á que la inmensa mayoría de los sordo-mudos tienen los órganos vocales en estado normal; de modo que si poseen además buen tacto y buena vista, se hallarán en excelentes condiciones para hablar y entender el lenguaje, dependiendo, por consiguiente, el buen éxito de la enseñanza, tan sólo de la mayor ó menor capacidad del maestro.

La articulación de los sordo-mudos, aunque no tan clara como la nuestra, es, sin embargo, perfectamente inteligible; hace algún tiempo tuve ocasión de hablar inglés con sordo-mudos norteamericanos educados por el sistema oral; les comprendí y me comprendieron perfectamente, siendo de advertir que era tan delicada su percepción para el movimiento de los labios, que por ellos tan sólo conocieron que el idioma inglés no era el mío propio.

Concluyo, por último, consignando el notable hecho de haber conseguido algunos sordo-mudos hablar varios idiomas mediante su educación por el sistema oral.

S. TALON.  
Médico Mayor.

---

## REVISTA ESPAÑOLA

### Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

Sinemapria. Nuevo procedimiento de diéresis hemostática para la división de las partes blandas, por el Dr. Sagarra, de Valladolid.

Este procedimiento, según su autor, puede aplicarse con indiscutibles ventajas:

- 1.<sup>a</sup> En las *fistulas del ano*, fisuras, estrecheces y otras enfermedades del recto, en las cuales haya necesidad de interesar en cierta profundidad este órgano.
- 2.<sup>a</sup> Tumores cutáneos y subcutáneos de estructura vascular.
- 3.<sup>a</sup> Enfermedades del pene que reclamen su amputación.
- 4.<sup>a</sup> Extirpación de la lengua.

5.<sup>a</sup> Hemofilia y pusilanimidad.

Uno de los inconvenientes del hilo en la sinemapria es el de no poderse prestar á la ejecución de extensas y regulares incisiones, como las que son necesarias en las amputaciones, en las resecciones y en las extirpaciones de ciertos tumores. Otro inconveniente es el de que el hilo no puede aplicarse á ciertos órganos, ya por su situación, ya por sus relaciones, ya por su estructura, como el útero, pulmones y otros órganos viscerales. En lo demás, resulta la sinemapria preferible á la ligadura, á la constricción lineal y á la cauterización.

La palabra *sinemapria*, por su origen griego (*sun*, con; *nemas atos*, hilo; *prio*, sierra), significa literalmente *con hilo sierra*, y sirve para denominar un nuevo procedimiento de diéresis rápida incruenta de gran aplicación en cirugía.

Este procedimiento se realiza en las partes blandas, haciendo obrar sobre las mismas uno ó varios hilos de crín de Florencia, dispuestos en forma de cuerda y movidos á semejanza de la sierra de cadena.

La sinemapria se diferencia de la ligadura clásica en que el hilo opera la división rápidamente y de un modo mecánico, mediante una acción combinada de presión, deslizamiento y roce; y de la constricción lineal y la ligadura estemporánea, en que no estrangula como éstas los tejidos.

El instrumental necesario en la sinemapria se compone en su parte fundamental de uno ó varios hilos de crín de Florencia, dispuestos en forma de cuerda y sujetos en sus extremos con pinzas de Pean, que hacen el oficio de mangos, y en su parte accesoría, de los medios adecuados para colocar los hilos en la posición conveniente á los fines de la diéresis.

La técnica de la operación es muy simple cuando la diéresis, si se ha de efectuar de fuera á adentro, se reduce á aplicar en el punto de la futura división la concavidad del asa filiforme, y en deslizar éste alternativamente, tirando de sus extremos puestos paralelamente.

Cuando la división se ha de efectuar de dentro á afuera, el mecanismo es idéntico para dividir los tejidos, pero se necesitará previamente la operación preliminar de colocar los hilos á través de los órganos, ya con agujas, ya con el trócar destinado á este efecto.

La sinemapria, como procedimiento que es de diéresis obtusa, divide con desigualdad las tunicas de los vasos, y de esta propiedad resulta que la herida no vá acompañada de hemorragia ó ésta es muy escasa.

Siendo susceptible de cicatrización por primera intención la herida resultante de la sinemapria, este procedimiento será siempre preferible á los otros del mismo género conocidos.

Dado el poder hemostático del hilo secante, la sinemapria estará indicada siempre que por circunstancias especiales del individuo, del asiento de la lesión, de la naturaleza de ésta ó de la ineficacia



de los medios hemostáticos, sea conveniente evitar el derramamiento de sangre. Estará contraindicada cuando no existan estos motivos ó cuando la topografía del órgano impida hacer uso del procedimiento.

Por último, la sinemapria se ha aplicado con resultados altamente satisfactorios en los tumores en general y en los vasculares más especialmente, en las fístulas del ano, en las fisuras y pólipos del mismo y aun del recto, en la amputación de la lengua y en la del pene, y, por último, quizá pueda también utilizarse en la hemofilia.

\*  
\* \*  
\*

Nuevo procedimiento de circuncisión, por el Dr. Suárez de Mendoza.

Para practicar esta operación se necesita: dos pinzas finas de Kocher, dos pinzas de Pean, una sonda acanalada ó un tenáculo romo, unas tijeras, una aguja cualquiera —preferible la de Reverdín—, un bisturí y una pinza hendida, y algunas hebras de catgut, doble cero ó cero, según se trate de niños ó de adultos. Es condición precisa en este procedimiento que la piel no se mueva. El doctor Suárez de Mendoza ha sustituido las antiguas pinzas de fimosis por las pinzas de histerectomía de Doyen, las que ha modificado haciéndoles hendir, usando el modelo grande para el adulto y el pequeño para los niños.

La operación se practica del siguiente modo: Si el prepucio está adherente, se dilata su orificio con una pinza de Pean ó de curar, lavando y preparando después el campo operatorio. Se coloca una Pinza de Pean en cada una de las extremidades del diámetro vertical del prepucio, exactamente en el punto de unión de la mucosa con la piel.

Hecho esto, se estira moderadamente la piel hacia atrás, y pasando, vuelta de lado, por entre el balano y el prepucio, una de las ramas de una pinza dentada de Kocher, se introduce dicha rama hasta un centímetro de la corona del glande, y se endereza y cierra luego la pinza, quedando así la mucosa y la piel perfectamente unidas é imposibilitadas de deslizarse una sobre otra. La otra pinza de Kocher se coloca de la misma manera sobre el frenillo, á dos ó tres milímetros de su unión en el balano, teniendo especial cuidado también de extender moderadamente la piel hacia atrás.

Estas dos pinzas de Kocher, después de colocadas, tienen, por tanto, una rama dentro del saco prepucial y otra fuera.

Un ayudante sostiene las dos pinzas, mientras el cirujano, impediendo el glande hacia atrás, coloca la pinza hendida de manera que su borde anterior se encuentre en íntimo contacto con las puntas de las pinzas de Kocher. Se cierra la pinza cuidadosamente, y pasando la aguja por la hendidura, se aplica una hebra de catgut de 30 centímetros de larga, cada tres milímetros, poniendo doble la superior y la inferior, que se colocarán á tres milímetros del borde próximamente. Pasados los hilos, se cierra un poco más la pinza para que inmovilice completamente el prepucio que se corta, raspando

\*

con un bisturí el borde externo de la pinza, que se quita en seguida.

Entonces aparece el balano, sobre el cual se ven los hilos de catgut, y sólo falta hacer la sutura para terminar la operación.

Con un tenáculo romo ó una sonda acanalada, pasada por entre el balano y el catgut, se van tirando una á una las hebras, de manera que formen una asa media, que se corta con una tijera, teniendo así dos hebras, que se anudan una por cada lado. De la hebra superior y de la inferior, que son dobles, sólo se corta en el medio una, anudando la otra por encima de la piel para comprimir la arteria del frenillo y la dorsal. Antes de anudar estos hilos, es bueno esperar algunos minutos para ver, cuando las arterias sangren, si se hallan incluídas en el asa que vamos á cerrar, pues es muy importante lograr una hemostasia completa. Si así no fuere, se pondrán las ligaduras necesarias; pero en general estos dos hilos son suficientes.

Convendrá no olvidar que en los niños la arteria del frenillo es insignificante, y que las terminaciones de la arteria dorsal son las más importantes, mientras que sucede lo contrario en el adulto, en el que la arteria del frenillo es la que debe preocuparnos especialmente.

Acabadas las suturas, se cortan muy cerca los hilos, se lava al enfermo, é insuflando una ligera nube de iodoformo sobre la herida, se cubre ésta con una pequeña cruz de Malta de gasa iodoformica, horadada por su centro, de manera que permita pasar la gasa detrás de la herida, replegándose hacia adelante. Esta gasa se puede dejar tres ó cuatro días aplicada, si el enfermo no la moja al orinar. Del sexto al octavo día se administra un baño de asiento, en el que se caen las ligaduras, pudiendo dar de alta al enfermo.

En los niños la anestesia es indispensable; pero los adultos, á no ser muy pusilánimes, soportan bien sin cloroformo esta pequeña operación.

Resultado igual en todos los casos y perfecto desde el doble punto de vista anatómico y funcional; rapidez en la curación; simplificación grandísima de los cuidados post-operatorios; tales son las ventajas de este procedimiento.

---

## REVISTA EXTRANJERA

Investigaciones experimentales acerca de la infección y desinfección de las heridas por armas de fuego, por el Dr. Broca.

En el tratamiento de estas heridas, es de suma importancia llegar á saber si la infección es primitiva, debida á la bala ó á los diversos cuerpos extraños, ó si es secundaria. Los experimentos hechos en Alemania acerca de este asunto, han conducido á sus autores á resultados contradictorios. El profesor E. Tavel (de Berna), acaba

de dirigir nuevas investigaciones verificadas por sus discípulos N. Pustoschkin, A. Muller, T. Probst, F. Schwarzenbach y F. H. Koller. Todos los experimentos han sido hechos con el fusil militar suizo, modelo de 1889. La bala, de siete milímetros y medio de diámetro, era de plomo endurecido con casquete de acero, y se disparaba unas veces esterilizada y otras infectada con un microbio determinado, contra una caja de hoja de lata llena de gelatina. Se ha disparado primero en la gelatina con balas esterilizadas en el fusil, pero infectadas por pasar á través de un pedazo de ropa infectado, ó infectadas directamente en la parte correspondiente al cuerpo ó en la que corresponde á la punta antes de colocarlas en el fusil. En los dos casos, después de un simple disparo, el trayecto es manifiesta y seguramente infectado; pero después de disparos de repetición, las colonias son más espaciadas, y algunas veces hasta nulas. Para explicar esta esterilización, cuando menos relativa, de la bala, pueden invocarse dos factores: primero, el calor que adquiere la bala; segundo, el frote que sufre en el cañón del fusil, de donde una acción mecánica. El Dr. Tavel cree más en esta segunda causa, puesto que la esterilización nunca es completa por una bala estéril disparada á través de ropa infectada; por otra parte, también es menor la esterilización cuando la bala ha sido infectada por parte de la punta, que no frota, que cuando lo ha sido la porción restante. Y para comprobarlo mejor, después de haber disparado una bala infectada, se ha disparado una bala estéril, de modo que se pudiera saber si quedaban microbios en el cañón del fusil; pues el trayecto de esta segunda bala en la gelatina, si no siempre, cuando menos casi siempre resulta estéril. Luego casi siempre un disparo basta para esterilizar el cañón aunque la bala haya sido artificialmente infectada.

Ahora bien; ¿los microbios que consigo lleva la bala, conservan su virulencia? Esto es lo que ha investigado A. Muller. Aquí los experimentos se han verificado en el animal vivo; las balas se han disparado en los muslos del conejo, evitando que se hiriera el fémur y la arteria femoral. Cuando se conseguía esta condición anatómica, el animal siempre sobrevivía á la herida por una bala estéril. Al contrario, sucumbía siempre si la bala estaba infectada directamente ó por pasar á través de ropa infectada, y la muerte se presentaba con una rapidez y con accidentes locales y generales, que excluyen la idea de una atenuación de virulencia por el calor ó por el frote. La asepsia absoluta de una herida, aunque sea operatoria, nunca se obtiene; pero cuando la virulencia de los microbios es mediana ó débil, y cuando su cantidad es pequeña, se presenta ó no la infección, según se preste ó no el terreno. El Dr. Tavel nos resume los experimentos, por medio de los cuales sus discípulos Lwowitch y Dorst, han puesto de manifiesto el papel desfavorable de los hematomas. Las heridas de armas de fuego presentan condiciones anatómicas favorables á la infección, puesto que proyectan, algunas veces á gran distancia, partículas de cuerpos extraños. Este

efecto explosivo que hace realmente ilusoria la desinfección, ha sido obtenido bajo la dirección del Dr. Tavel. Con balas que llevaban una capa de polvo de carbón, Koller ha puesto en evidencia dicha diseminación. En una herida rodeada de fisuras de este modo, los microbios pululan sin duda con gran facilidad. Probst, con balas sépticas, con una cantidad determinada de un microbio dado, ha probado claramente que con igual inoculación, una herida por arma de fuego dá lugar á accidentes más graves que una herida por instrumento cortante. En cuanto á la infección primitiva de la herida, Schwarzenbach ha visto que, á pesar de lo que se ha dicho, basta para que se infecte, que la bala haya atravesado una ropa usada. Luego, en la práctica corriente, se debe admitir que toda herida por arma de fuego es víctima de una infección primitiva, ligera ó grave. Por lo tanto, Tavel cree que ha de ser útil desinfectar primitivamente la herida, al contrario de lo que creen Bergmann y Lagenbuch. De todos modos se desprende de otra serie de experimentos verificados por los discípulos de Tavel que, por una herida de las partes blandas, cuanto menos se hace tópicamente, tanto mejor; no se debe pensar en desinfectar primitivamente una herida de las partes blandas, hecha excepción de las indicaciones operatorias desprendidas de las lesiones osteo-articulares, vasculares y viscerales. Un simple apósito oclusivo basta, y se vigilará al herido para obrar rápidamente si se presentan complicaciones.

\*  
\* \*  
\*

#### Tratamiento de las ronchas ó ampollas causadas por la marcha.

La formación de ampollas muy dolorosas es cosa frecuente en los andarines, especialmente en los sujetos atacados de hiperhidrosis plantar. Esta lesión cura fácilmente, cuando el miembro es mantenido inmóvil, por medio de la reabsorción lenta del derrame seroso sub epidérmico. Pero el tratamiento por el reposo no siempre puede imponerse á quienes, por su profesión ó por sus hábitos, se entregan á largas marchas (soldados, peatones, cazadores, turistas, etcétera.) Así es de uso corriente, particularmente entre los militares, el tratar las ampollas del talón, ora puncionando la vesícula en su base y evacuando su contenido, ora pasando á través de la flictena un grueso hilo destinado á servir de conducto para provocar la salida gradual de la serosidad. En uno y otro caso se cubre la lesión con un emplasto protector cualquiera.

Ambos procedimientos, sin embargo, distan de asegurar una curación rápida, pues los orificios de punción se obstruyen fácilmente y el derrame seroso se reproduce si el sujeto vuelve á ponerse en marcha. Además, bajo la influencia de los rozamientos ejercidos por el calzado, la epidermis no tarda en rasgarse en la periferia de la ampolla, y entonces se forma una llaga inflamada y dolorosa, que á veces tarda mucho tiempo en cerrarse.

Para obviar estos inconvenientes, el Sr. Vitaliani, Médico mili-



tar austriaco, ha imaginado el siguiente procedimiento, que siempre ha dado á sus heridos los mejores resultados:

Se abre la ampolla de arriba abajo con un corte de bisturí, se la vacía por presión luego levantando con la sonda, uno después del otro, los dos labios de la incisión, se introducen en la bolsa epidérmica, proyectándolos con ayuda de un pincel, polvos de yodo-formo. Hecho ésto, se cubre la ampolla con una fina capa de algodón hidrófilo, por encima de la cual se aplica un pequeño pedazo de emplastro adhesivo. El sujeto puede, á partir de entonces, andar sin dolor. Al cabo de algunas horas, ó á lo sumo al día siguiente por la mañana, la llaga está ya seca, y no tarda en formarse una nueva epidermis.

\* \* \*

**El protargol en la práctica oftalmológica.**—El Dr. Bossalino ha empleado el protargol, que es un albuminato de plata, en las afecciones de la conjuntiva y del saco lagrimal. Es un polvo amarillo, muy soluble en el agua, no precipitable por las substancias albuminóideas, los ácidos y los álcalis, ni reductible por la luz. El autor ha usado este medicamento en solución al  $\frac{1}{2}$  por 100 para lociones y al 5 ó 10 por 100 para instilaciones, habiendo sido de verdadero beneficio en las conjuntivitis de forma catarral y en las dacriocistitis. Aunque menos enérgico que el nitrato de plata, el protargol tiene la ventaja de no causar irritación ni escozor, y no ser susceptible de causar depósitos en la córnea.

(*Gazz. d. Osped.*)

\* \* \*

## XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCÚ.

**De la acidez urinaria y de los procedimientos empleados para su determinación.**—*MM. Bertoz, Lépinos y Michel* (de París.)—

Para obtener la mensuración de la acidez urinaria nos ha parecido necesario adoptar un procedimiento único, bien definido, á fin de que los resultados publicados por diferentes experimentadores puedan compararse siempre en todos los casos. En efecto, examinando los datos actualmente conocidos, se hace muy difícil sacar de ellos las conclusiones exactas que reclama la semiología urinaria; los resultados obtenidos con ayuda de procedimientos variados se hallan expresados unas veces en ácidos clorhídrico, oxálico, fosfórico, etc., otras veces en álcalis (potasa ó sosa.)

En la hipótesis de que la acidez urinaria no es debida sino á los fosfatos ácidos monometálicos, los métodos ordinariamente empleados tienen por objeto la dosificación del ácido fosfórico contenido en la orina bajo forma de fosfatos ácidos. Pero resulta que estas sales no son los únicos factores de la acidez urinaria: Capranica (de Nápoles) ha mostrado que los pigmentos tienen una reacción ácida no insignificante; además, existen en la orina ciertos ácidos orgánicos (ácidos lácticos?) cuya influencia, sin embargo, no se halla aún perfectamente demostrada.



Nosotros proponemos, pues, que se mida la acidez urinaria—considerada desde un punto de vista en el cual no se tenga en cuenta la naturaleza de sus determinantes—con ayuda de los antiguos métodos convenientemente modificados. Hé aquí cuál es nuestro modo de proceder: nosotros agregamos á la orina una cantidad conocida de potasa y algunas gotas de una solución de ftalefina; dosificamos luego la potasa no combinada á las substancias ácidas de la orina con una solución normal de ácido clorhídrico.

Nosotros estimamos que el ácido clorhídrico debe ser preferido á todos los otros ácidos para expresar la acidez urinaria, primeramente porque es monobásico y no presenta, como el ácido fosfórico, el inconveniente de tener varios grados de neutralidad; luego, porque la producción de este ácido en el estómago regula las variaciones de la acidez urinaria (Maly, Sticker y Hübner.)

Hemos calculado asimismo la acidez urinaria según un número considerable de determinaciones, y hemos hallado que esta acidez en ácido clorhídrico es para el hombre, como promedio, de un gramo 40 centígramos por litro y de 1'83 por veinticuatro horas; para la mujer, de 1'20 por litro y de 1'54 por veinticuatro horas.

En los diabéticos, estos promedios son más elevados: hombre, 1'33 por litro, 2'52 por veinticuatro horas; mujer, un gramo por litro, 1'92 por veinticuatro horas.

En los gotosos y en los reumáticos, la acidez es también más elevada que normalmente.

\*  
\* \*

**Acerca de un nuevo procedimiento de artrotomía y de resección del hombro.**—*M. S. Duplay.*—Los procedimientos clásicos de resección del hombro no permiten, en realidad, de una manera cómoda, mas que el acceso de la extremidad superior del húmero; y cuando en las osteoartritis tuberculosas del hombro existen lesiones extensas del lado del homóplato, aquéllos se prestan bastante mal á la exploración de esas lesiones y á la ablación de las partes enfermas.

Esto es lo que me ha inducido á adoptar el procedimiento siguiente, que vengo empleando desde hace cuatro años y que me ha dado constantemente muy buenos resultados.

Practico primeramente la incisión anterior clásica para la resección del hombro, incisión que, partiendo del borde externo de la apófisis coracoides, ó bien aún del medio del espacio situado entre esta apófisis y el acromion, desciende oblicuamente hacia abajo y un poco hacia atrás, siguiendo la dirección de las fibras del deltoídes, en una extensión de 8 á 10 centímetros.

De la extremidad superior de esta incisión se hace partir una segunda, que contournea y sigue exactamente los bordes anterior y externo del acromion hasta su límite posterior.

Disecando entonces el labio superior de esta segunda incisión,

se pone al descubierto toda la faz superior del acromion, hasta llegar á nivel de la articulación acromio-clavicular. Con una sierra ordinaria, después de haber incindido el periostio, se secciona el acromion oblicuamente de atrás hacia delante y de fuera hacia dentro, teniendo el cuidado de que el corte de sierra pase inmediatamente delante de la articulación acromio-clavicular, que importa no abrir en cuanto sea dable.

Aserrado el acromion en todo su espesor, se acaba de movilizar el fragmento así separado y al cual se insertan las fibras del deltoides, seccionando algunas bridas fibrosas que lo retienen en su faz profunda.

Como de otra parte la primera incisión ha seccionado todo el grueso de las partes blandas, se ha constituido de este modo un gran colgajo triangular, cuyo vértice movable corresponde al ángulo de reunión de las dos incisiones.

Este colgajo triangular está formado por todo el espesor del deltoides y por el fragmento separado del acromion, alrededor del cual se insertan las fibras musculares. Echando hacia afuera y hacia abajo ese colgajo, que no se sostiene en su faz profunda mas que por un tejido celular flojo, y que es separado por unos cuantos cortes de bisturí, se pone ampliamente al descubierto toda la articulación escápulo-humeral.

Estando abierta la cápsula articular, se aborda entonces con la misma facilidad la cavidad glenoide que la cabeza humeral, y se sigue la conducta que mejor conviene, según la extensión de las lesiones que aparecen á la vista.

Terminada la operación, se vuelve á levantar el colgajo y se sutura el acromion con ayuda de dos ó tres hilos de plata, antes de cerrar la herida cutánea.

Este modo de abrir la articulación escápulo-humeral, realizada por medio del seccionamiento del acromion, ha sido preconizado por Neudörfer; pero en su procedimiento, todo se limita á hacer una incisión de las partes blandas yendo de la espina del homóplato al pico coracoidiano, de suerte que la extremidad superior del húmero resulta insuficientemente separada.

Severeanu (de Bucarest) ha practicado igualmente la sección del acromion, después de una incisión supraacromial antero-posterior, para el tratamiento de las luxaciones irreductibles del hombro, y su procedimiento tiene mucha analogía con el que acabo de describir.

También he tenido ocasión de aplicar esta operación á la reducción ó á la resección de la cabeza humeral en varios casos de luxaciones antiguas del hombro, y siempre la operación se ha hecho con una facilidad extrema.

## SECCION PROFESIONAL

### ACADEMIAS.

•Circular.—Excmo. Sr.: Dispuesto en Real Orden de 28 de Julio de 1895 (C. L. núm. 287) la creación de una Academia de Sanidad militar para que los Médicos cirujanos que hayan de pertenecer á este Cuerpo adquieran la ampliación necesaria, con aplicación á los servicios del ejército, de algunos estudios hechos en la facultad, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se constituye en Madrid, y sobre la base del Instituto de Higiene militar, la Academia del Cuerpo de Sanidad militar.

2.º Será Director de la Academia el del Instituto de Higiene militar, y segundo Jefe un Subinspector Médico de segunda clase.

3.º La enseñanza estará á cargo de siete Profesores, Médicos Mayores ó primeros, y dos Médicos segundos, Ayudantes de Profesor.

4.º Formarán parte de la plantilla de la Academia el segundo Jefe y un Médico Mayor; los demás Profesores desempeñarán sus cometidos en comisión, por ahora, y sin perjuicio del servicio que les corresponda en los cargos que ejerzan.

5.º El Director, el segundo Jefe, los Profesores y los Ayudantes de Profesor, disfrutarán las gratificaciones y demás ventajas señaladas á los Directores, Profesores y Ayudantes de Profesor de las Academias militares en el art. 8.º del reglamento orgánico aprobado por Real Decreto de 27 de Octubre de 1897, consignándose al efecto el crédito necesario en el primer presupuesto que se redacte.

6.º Ingresarán en la Academia como alumnos, y previa oposición, los Doctores ó Licenciados en medicina que obtengan mejores puestos entre los aspirantes, hasta cubrir el número que se señale en cada convocatoria.

7.º Los alumnos disfrutarán el sueldo de 1.500 pesetas anuales, teniendo la asimilación de segundos Tenientes de ejército.

8.º Los estudios de la Academia tendrán un año de duración, siendo su base: Cirugía de guerra y nociones de balística para la apreciación de las heridas causadas por los proyectiles.—Higiene militar.—Epidemiología.—Nociones de demografía y estadística sanitaria.—Patología especial de los climas cálidos.—Prácticas generales de laboratorio con aplicación á la bacteriología, histología normal y patológica y á la cli-

nica.—Medicina legal militar.—Organización militar en España y en el extranjero, y en particular de los Cuerpos de Sanidad militar.—Reglamentos y servicios.—Material sanitario.—Táctica y maniobras de ambulancias.—Lectura de planos y nociones prácticas de topografía.—Ideas de contabilidad.—Ordenanzas generales del ejército.—Código de Justicia militar y Legislación.

9.º La Junta de Profesores, en un plazo que no exceda de quince días, á contar desde la constitución de la Academia, presentará para su aprobación las modificaciones que juzgue necesarias en el programa actual para las oposiciones de ingreso que hayan de celebrarse este año.

10. La misma junta, terminado aquel trabajo y en un plazo menor de cuarenta y cinco días, remitirá un proyecto de reglamento orgánico é interior de la Academia y el plan de cursos que en ella han de seguirse, sustituyendo los exámenes con las notas que resulten de la diaria concepción de los alumnos y las prácticas y memorias de fin de curso.

11. Para las oposiciones de ingreso en los años sucesivos, procederá la junta á la redacción del programa definitivo de los ejercicios que los han de constituir, que versarán sobre anatomía normal, fisiología, patología general y anatomía patológica, patología médica, patología quirúrgica, terapéutica, higiene, medicina legal, física, química, toxicología, prácticas de clínica y de operaciones en el cadáver; tomando de estas materias y de otras que estime convenientes, los puntos que considere necesarios y con la extensión que juzgue precisa.

12. Los cursos empezarán este año del 1 al 15 de Octubre, señalándose oportunamente la fecha para los ejercicios de las oposiciones de ingreso y el número de plazas que se han de cubrir.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 31 de Julio de 1898.—Correa.—Sr....»

\*  
\* \*  
\*

#### CONCURSOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Con arreglo á lo prevenido en la Real Orden de 31 de Julio último (*D. O.* núm. 169), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca á oposiciones para cubrir 16 plazas de Médicos-alumnos de la Academia de Sanidad militar, á los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que desde esta fecha hasta el día 3 de Octubre próximo lo soliciten con sujeción á las bases y programas que á continuación se insertan.



2.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en Madrid y darán comienzo el día 5 de Octubre del corriente año en el local del Instituto de Higiene militar, calle de Rosales, núm. 12.

3.º Conforme con lo dispuesto en el art. 32 de las bases, el Tribunal de oposiciones celebrará su primera sesión pública, en el local indicado, á las nueve de la mañana del día 4 de Octubre, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos al concurso, con el fin de designar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Agosto de 1898.—Correa.

*BASES para el concurso de ingreso en la Academia de Sanidad militar en el mes de Octubre de 1898.*

Artículo 1.º De conformidad con la Real Orden de 31 de Julio de 1898 (*D. O.* núm. 169), el ingreso en el Cuerpo de Sanidad militar se hará en la Academia creada con la misma fecha, ingresando como alumnos y previa oposición, los Doctores ó Licenciados en Medicina que obtengan mejores puestos entre los aspirantes, hasta cubrir el número que se señale en la convocatoria, siempre que sean aprobados sus ejercicios.

Art. 2.º Los alumnos disfrutará el sueldo de 1.500 pesetas anuales, teniendo la asimilación de segundos Tenientes del ejército.

Art. 3.º Cursarán por este año, desde la inauguración del curso al 30 de Junio, las enseñanzas consignadas en la Real Orden de referencia. Para la calificación de fin de curso, se sustituirán los exámenes por las notas que resulten de la diaria conceptuación de los alumnos y por las prácticas y memorias que realicen.

Art. 4.º A la oportuna convocatoria se le dará la mayor publicidad posible, insertándola en la *Gaceta* y periódicos oficiales.

Art. 5.º En la expresada convocatoria se fijará el día en que queda abierta la firma de las oposiciones, y la hora y día en que termina el plazo para la admisión.

Art. 6.º Los ejercicios de oposición para ingreso en la Academia de Sanidad militar en plazas de Médicos alumnos, se verificará en el Instituto de Higiene militar y serán públicos.

Art. 7.º Los aspirantes á ingreso deberán reunir las circunstancias siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Ser español ó estar naturalizado en España.
- 2.<sup>a</sup> No exceder de la edad de 30 años el día en que se publique el edicto de la convocatoria.



3.<sup>a</sup> Hallarse en el pleno goce de sus derechos civiles y políticos y ser de buena vida y costumbres.

4.<sup>a</sup> Tener la aptitud física que se requiere para el servicio militar.

5.<sup>a</sup> Haber obtenido el título de Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino, ó tener aprobados los ejercicios necesarios para ello.

Art. 8.<sup>o</sup> Los que pretendan firmar el concurso de oposiciones á plazas de Médicos alumnos de Sanidad militar, justificarán:

(a) Que sean españoles y no excedan de la edad de 30 años, con certificado de inscripción en el Registro civil, los que deben reunir este requisito, y, en caso contrario, con copia, en debida regla de la partida de bautismo, debiendo acompañar, en uno y otro caso, la cédula personal.

(b) Haberse naturalizado en España y que no excedan de la edad de 30 años, con los correspondientes documentos en toda regla legalizados y su cédula personal de vecindad.

(c) Hallarse en el pleno goce de sus derechos civiles y políticos y ser de buena vida y costumbres, con certificación de la autoridad municipal del pueblo de su residencia, expedida y debidamente legalizada en fechas posteriores á la del edicto de convocatoria á oposiciones que el aspirante quiera firmar.

(d) Que tienen la aptitud física que se requiere para el servicio militar, con certificación del reconocimiento verificado en virtud de orden del Director de la Academia, por los Profesores ó Ayudantes de Profesor que designe para ello.

(e) Haber obtenido el título de Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino, ó tener aprobados los ejercicios necesarios para ello, con testimonio ó copia legalizada de dicho título ó certificado de la Universidad en que hubiesen aprobado los ejercicios.

(f) Los que sólo hubieron presentado certificación de tener aprobados los ejercicios correspondientes al grado de Licenciado, deberán acreditar que han satisfecho el pago de los derechos de expedición del citado título antes de darse por terminadas las oposiciones, y presentar, para que se incluya en su expediente personal, el testimonio ó copia legalizada de dicho documento, según marca el artículo anterior; entendiéndose que, de no hacerlo así, renuncia á los derechos adquiridos mediante la oposición.

Art. 9.<sup>o</sup> Los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que se hallen sirviendo en el ejército, en la marina ó en cualquier otra dependencia del Estado, y aspiren al ingreso en el Cuerpo de Sanidad militar

justificarán aquella circunstancia con certificación librada por sus Jefes superiores.

Art. 10. Los aspirantes á ingreso en la Academia de Sanidad militar, lo solicitarán en instancia dirigida al Director de la misma, formulada en papel del sello de 12.<sup>a</sup> clase, acompañando los documentos que justifican las circunstancias expresadas en el art. 8.<sup>o</sup>, pudiendo también presentar, al mismo tiempo, para que se unan á sus respectivos expedientes, los certificados que estimen oportunos, acreditando sus méritos científicos, literarios y profesionales.

Art. 11. Los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que por sí ó por medio de persona competentemente autorizada, entreguen con la oportuna anticipación á los Inspectores de Sanidad militar de las Capitanías generales de la Península é Islas adyacentes, instancias suficientemente documentadas dirigidas al Director de la Academia de Sanidad militar, solicitando ser admitidos en el concurso de oposiciones, serán condicionalmente incluidos en las listas de los opositores; pero necesaria y personalmente deberán ratificar dicho deseo mediante su firma en la Dirección de dicha Academia, antes del día señalado para el primer ejercicio.

Art. 12. Se entenderá que la instancia á que se refiere el artículo precedente ha sido entregada con la oportuna anticipación á los respectivos inspectores de los distritos, siempre que desde el momento de la entrega hasta el en que se cierra la firma de las oposiciones en Madrid, medie tiempo bastante para que dicha instancia llegue por el correo ordinario á esta capital.

Se considerará suficientemente documentada, siempre que con aquéllas se acompañen, en toda regla legalizados, los documentos necesarios para que los aspirantes puedan ser admitidos, excepción hecha del certificado de aptitud física, que se ha de librar y obtener precisamente en Madrid, conforme el art. 8.<sup>o</sup>

Art. 13. No podrán ser admitidos á las oposiciones los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten fuera de Madrid, cuando sus instancias no lleguen á la Dirección de la Academia de Sanidad militar antes de que expire el plazo señalado para dicha firma.

Art. 14. Los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que firmen el concurso de oposiciones á plazas de Médicos alumnos de Sanidad militar, abonarán antes de comenzar los ejercicios, en concepto de derechos de oposición, 25 pesetas, sin que les quede derecho alguno para reclamar su devolución en el caso de que no concurran á practicar aquéllos, cualesquiera que sean los motivos que á ello les obliguen.

Art. 15. Quedan absoluta y terminantemente prohibidas las prórrogas de edad para el ingreso en el Cuerpo en clase de Médicos alumnos de Sanidad militar.

Art. 16. Los ejercicios de oposición para plazas de Médicos alumnos serán cuatro, consistiendo el primero en la contestación oral de seis preguntas designadas por la suerte entre las comprendidas en el programa adjunto; entendiéndose que se sacarán dos preguntas de cada uno de los tres grupos que se consignan. El segundo ejercicio consistirá en el examen de un enfermo y exposición oral de su historia clínica. El tercero, en ejecutar una operación quirúrgica en el cadáver, y el cuarto en la redacción de una Memoria, que ha de versar sobre un asunto ó tema de los consignados en dicho programa.

Art. 17. Los jueces del Tribunal podrán hacer á los opositores, después de cada uno de los tres primeros ejercicios, todas las preguntas que estimen convenientes, ajustándose estrictamente al asunto objeto del ejercicio, y por tiempo máximo de una hora en conjunto.

Art. 18. Los ejercicios serán calificados por cada uno de los jueces con una escala de 0 á 10 puntos de censura, en sesión secreta, tan luego como los opositores terminen cada ejercicio.

El presidente del Tribunal advertirá á los opositores, en el momento de dar comienzo al primer ejercicio, que la circunstancia de que el opositor no invierta en la práctica de cada uno de los actos el tiempo máximo marcado en el programa para su ejecución, no invalidará ni disminuirá el mérito de los mismos; pero que por esta razón, no dará valor alguno el Tribunal á exordios, preámbulos ó peroraciones que dejen de ajustarse estrictamente al asunto de que deba tratarse.

Art. 19. En ningún caso el Tribunal censor podrá prolongar su tarea, dentro de cada día, más de cinco horas, permitiéndose tan sólo que las exceda el tiempo que fuere necesario para terminar algún ejercicio comenzado antes de espirar dicho plazo.

Al finalizar el acto que se hubiera anunciado como el último, quedará definitivamente concluido el concurso de oposiciones, anunciándolo así el presidente.

Art. 20. La calificación general definitiva de los opositores deberá ser hecha por el Tribunal censor en sesión secreta, sumando los puntos con que hubiese sido conceptuado cada uno de sus ejercicios.

El Tribunal celebrará la sesión á que se refiere el párrafo precedente dentro de las veinticuatro horas siguientes á la terminación del último ejercicio.

Art. 21. Siendo 280 el máximo de los puntos que pueden obtener los

opositores, el que no alcance la cifra de 141 será por este solo hecho considerado inadmisibile para obtener plaza de Médico alumno.

Art. 22. En el caso de que dos ó más opositores obtengan igual número de puntos de censura, el Tribunal decidirá el orden de colocación, en vista de los antecedentes personales que existan en su poder, según lo prevenido en el art. 10, ateniéndose además á las reglas siguientes:

1.<sup>a</sup> Entre dos militares, se elegirá al de más alta graduación ó el más antiguo si fuesen del mismo empleo. 2.<sup>a</sup> Entre militar y paisano, el militar. 3.<sup>a</sup> Entre dos paisanos, el hijo de militar; y 4.<sup>a</sup> No concurriendo estas circunstancias, el de mayor edad.

Los opositores serán inscritos en lista de calificación por el orden de mayor á menor número de puntos de censura con que resulten conceptuados sus ejercicios.

Art. 23. Dentro de las veinticuatro horas siguientes á las en que terminen los ejercicios de oposición, el Director de la Academia propondrá á la superioridad para cubrir las plazas de Médicos alumnos señaladas en la convocatoria á los aspirantes aprobados por orden de calificación definitiva, remitiendo las actas, que expresarán todos los pormenores y resultado del concurso.

Art. 24. Cualquiera que sea la forma en que el Tribunal de oposiciones cite á los opositores para la práctica de los ejercicios y el tiempo transcurrido desde la publicación del respectivo aviso, en cuyo tiempo, necesariamente ha de estar incluida, cuando menos, una noche, el opositor que no se presente á practicar un ejercicio á la hora precisa para que haya sido citado, se entenderá, por este solo hecho, que renuncia á las oposiciones, quedando en el acto excluido del concurso, salvo únicamente el caso de que, con la necesaria y oportuna anticipación, haya hecho constar en debida forma que está ocupado en asuntos inexcusables del servicio, si fuese militar ó marino, ó en el que, sin dejar de transcurrir veinticuatro horas, siguientes á la en que debió presentarse ante el Tribunal, avise al Director de la Academia que no puede verificarlo por hallarse enfermo. La asistencia al cuarto ejercicio no admitirá excusa de género alguno, ni siquiera la de enfermedad, según se previene en el programa.

Así que tenga aviso el Director de la Academia, de que algún opositor de los citados para la práctica de cualquiera de los ejercicios primero, segundo ó tercero se halla enfermo, dispondrá se le reconozca con urgencia, y en vista del resultado del reconocimiento, resolverá acerca del aplazamiento ó no de la práctica del ejercicio correspondiente. En caso de disponer que se aplace el ejercicio ó ejercicios que no hubiese efectua-

do, los practicará tan luego desaparezca la causa en uno de los días que actúen los demás opositores y que, previo aviso, señalará el Director; entendiéndose que si terminados todos los ejercicios de éstos, no hubieran tenido lugar los del opositor enfermo ó no pudieran practicarse á continuación sin lapso de tiempo hábil, se declararán terminadas las oposiciones.

Art. 25. A fin de que la calificación de los ejercicios, preceptuada por el art. 18, sea el resultado de la apreciación personal directa de cada uno de los vocales del Tribunal censor, y lleve en sí el sello de la más estricta justicia tendrá lugar dicha calificación consignando cada juez bajo su firma en papeleta separada y personal, el nombre del opositor, el ejercicio calificado, y en letra el número de puntos de censura de que le conceptúe digno, por el mayor ó menor acierto con que á su juicio el actuante haya practicado dicho ejercicio.

Art. 26. Convenientemente dobladas las papeletas á que se refiere el artículo anterior, para que el voto personal quede en la debida reserva, serán entregadas por los jueces al Presidente del Tribunal, el cual, á su vista, las reunirá, guardará y cerrará dentro de un sobre que tenga escrito en su exterior el nombre del actuante y el ejercicio á que corresponda.

Art. 27. Una vez concluidos los actos de cada día, procederá el Tribunal, en sesión secreta, al escrutinio de los puntos de calificación obtenidos por los opositores que actuaron en el mismo, anotando el Secretario, para el acta respectiva, y en letra, el total de puntos de censura que mereció cada opositor.

Terminada esta anotación y en vista de la conformidad de lo consignado en el acta con lo que arrojan las respectivas papeletas parciales de calificación, será autorizada dicha acta por todos los jueces, y se procederá á la quema de las mencionadas papeletas.

Art. 28. Diariamente se fijará en el tablón de edictos de la Academia el número de puntos de censura que cada opositor hubiese alcanzado.


Art. 29. El presidente del Tribunal citará pública y verbalmente, al terminar los ejercicios de cada día, á los opositores que deban actuar en el siguiente, fijándose además en el tablón de anuncios el oportuno aviso firmado por el secretario.

Art. 30. El Tribunal de oposiciones á plazas de Médicos alumnos estará constituido precisamente por siete jueces designados por el Director de la Academia en la forma que tenga por conveniente entre el personal de Jefes y Oficiales de la misma, desempeñando las funciones de secretario el más moderno de los vocales.



Art. 31. Dos días antes del señalado en la convocatoria para comenzar los ejercicios de oposición, se expone en el tablón de edictos de la Academia la relación de los aspirantes que, por reunir las condiciones reglamentarias, han sido admitidos á concurso.

Art. 32. El día anterior al de la celebración del primer ejercicio, el Tribunal procederá en sesión pública, previamente anunciada, al sorteo de los aspirantes para la designación del orden en que hayan de verificar los ejercicios.



## V A R I E D A D E S

Por no disponer de suficiente espacio en este número no publicamos en la *Sección profesional* los programas que han de servir para los ejercicios de ingreso á plazas de Médicos-alumnos de la Academia de Sanidad militar, en las oposiciones que darán principio el día 5 del próximo mes de Octubre.

El programa para este concurso es en sus líneas generales el mismo que servía hasta ahora para el ingreso en plazas de Médicos segundos, variando solamente en que no pide todas aquellas preguntas que han de ser objeto de enseñanza en la Academia, resultando, por lo tanto, mucho menos extenso.

Advertimos á los aspirantes á las plazas anunciadas de Médicos-alumnos, que en el tablón de edictos de la Academia (calle de Rosales, número 12) se halla expuesto el programa con las correcciones de las erratas de imprenta con que ha aparecido en el *Diario oficial*.

Las horas de oficina en el mencionado local para la firma de las oposiciones es de 9 á 11 de la mañana.

\*  
\*\*

Hemos tenido el gusto de leer el segundo tomo del *Diagnóstico especial de las enfermedades internas* del Dr. Leube, que hace poco empezó á publicar la conocida casa editorial de los Sres. Bailly-Bailliere é hijos.

Este tomo, como el anterior, del cual dimos cuenta á nuestros lectores oportunamente, está escrito para Médicos y estudiantes, donde su autor dá á conocer de una manera maravillosa los cuadros clinicos en formas precisas y sistemáticas para el diagnóstico de las enfermedades del sistema nervioso, y un sinnúmero de conceptos modernos acerca de la anatomía y fisiología del mismo; tratando también de una manera sencillísima las enfermedades «constitucionales é infecciosas», que tan difíciles son de tratar en la actualidad.

La falta de espacio y tiempo de que disponemos, nos impide en este número hacer una merecida reseña de tan importante obra, limitándonos á recomendarla á nuestros lectores sin perjuicio de ocuparnos otro día de ella con más detenimiento.