

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X MADRID 15 DE ABRIL DE 1896 NÚM. 212

FIEBRE AMARILLA (1)

V.

Diagnóstico.—Pronóstico y mortalidad.—Las determinaciones concernientes á la descripción clínica de la fiebre amarilla, siendo producto de observación ha de estar forzosamente supeditado á esa precisa circunstancia, á pesar de la cual en algunos asuntos del presente trabajo se puede, como lo he hecho, aportar algún concepto ú opinión personal bajo el punto de vista teórico.

Así, pues, en este capítulo he de limitarme exclusivamente á exponer los juicios, diagnósticos y pronósticos de la fiebre amarilla, según la opinión de algunos observadores.

El Médico mayor Dr. *Clairac* en su trabajo sobre la fiebre amarilla (que sea dicho de paso es lástima no haya ampliado ya, pues me consta que por especiales circunstancias no le dió en un principio toda la extensión que hubiera podido y querido darle) en contraposición de lo asegurado por otros autores no admite la facilidad de distinguir en las primeras veinticuatro horas un caso de fiebre amarilla de otro de fiebre gástrico-biliosa. En cambio, pasadas esas horas, no sólo es fácil la diferenciación, sino que es imposible el error, puesto que la remisión de la fiebre gástrico-biliosa es más acentuada, y desde luego completa, para no volver á ascender como en la amarilla, cuyo ciclo térmico ya describimos.

La elevación térmica es con ligera diferencia igual en ambos procesos, pero en el tifus icterodes la temperatura sigue siendo casi constante pasado el primer día.

La inyección conjuntival se presenta con frecuencia en la fiebre biliosa, pero es menos intensa y duradera.

Del conjunto de síntomas presentados en cualquier enfermedad, en sus formas comunes, puede deducirse exactamente un diagnóstico preciso; pero cuando el juicio deductivo ha de establecerse con

(1) Véanse los números del 196 al 200 y el 202 del tomo IX y los números 206, 208 y 210 del tomo X.

datos escasos y comunes en cierto modo á varios procesos, no puede el diagnóstico en modo alguno ser absolutamente afirmativo, y todo lo más probable, de aquellas entidades clínicas á las que los síntomas presentados puedan corresponder.

Esto precisamente tiene que suceder con la fiebre amarilla tratándose de una semejante determinación en los primeros momentos, puesto que la mayor parte de las fiebres infecciosas del tipo tífico van acompañadas en su principio de síntomas análogos.

Granizo hace constar como fuente más segura del diagnóstico el análisis de la orina desde el principio, y singularmente en la constante y progresiva disminución de la urea eliminada. A esta base de diagnóstico contribuyen á confirmarle la cefalalgia intensa desde los comienzos de la invasión, el aspecto de la fisonomía y de la vista, la sensación epigástrica, la ictericia, la remisión de la fiebre y la depresión del pulso.

En cuanto á la presencia de la albumina, opina *Granizo* que no debe admitirse como de gran valor para el diagnóstico en razón de no ser primitivo y sí secundario, que todo lo más que puede hacer en tales condiciones es ser afirmativo del diagnóstico previo.

Los principales caracteres de diferenciación con la fiebre biliosa los establece próximamente en el siguiente paralelo:

FIEBRE BILIOSA.

La enfermedad suele ir precedida de algunos accesos palúdicos ó de pródromos análogos á los de otras fiebres.

Se inicia por un escalofrío intenso parecido al de una intermitente.

La ictericia nunca falta, generalizándose rápidamente de un modo precoz durante el apogeo de la fiebre.

La fiebre es remitente, exacerbándose todos los síntomas con los períodos álgidos de ésta.

FIEBRE AMARILLA.

El ataque es siempre inesperado, teniendo lugar de ordinario por la tarde ó por la noche en medio de la salud más perfecta.

Se inicia por un escalofrío ligero que se repite de ordinario á las pocas horas y acompañado de cefalalgia intensa y repentina.

La ictericia suele faltar y cuando se presenta lo hace durante la remisión; no se generaliza uniformemente.

La fiebre es continúa, haciéndose los fenómenos que acompañan á la enfermedad más graves durante la fase de remisión.

FIEBRE BILIOSA.

La duración del período febril es de seis á ocho días.

El pulso sigue las oscilaciones térmicas.

La cefalalgia disminuye con la remisión febril.

Los vómitos son muy frecuentes y biliosos; marcados desde el principio disminuyen con la fiebre y son verdosos.

Diarrea frecuente al principio durante los vómitos.

Lengua ancha saburrosa uniformemente que se tiñe de color verdoso con los vómitos.

La secreción de la orina es pocas veces restringida. El color es rojizo. La cantidad de urea sigue las oscilaciones de la temperatura.

FIEBRE AMARILLA.

La fiebre remite al 2.^o ó 3.^{er} día descendiendo á 38° hacia el 5.^o para no volver á elevarse.

El pulso desciende rápidamente desde el 2.^o día, desligándose de la marcha térmica del proceso para seguir descendiendo.

La cefalalgia que sobreviene bruscamente persiste después de la remisión febril.

Vómitos poco frecuentes durante los dos ó tres primeros días, provocándose con la ingestión de líquidos. Son los primeros de color amarillento; después tienen el de las sustancias ingeridas y más tarde, en el segundo período, durante la remisión febril, se hacen espontáneos, consistentes y oscuros hasta ser negros.

Astricción de vientre desde el principio; sólo á la terminación de la enfermedad es cuando suelen ser frecuentes las deposiciones.

Lengua alargada, encendida en los bordes y punta, grietada, soliendo sangrar algunas veces.

La secreción de la orina disminuye, siendo esta disminución progresiva en el segundo período hasta el punto de ser nulas en muchos casos durante uno ó dos días. El color de la orina es ordinariamente claro. La urea disminuye de un modo uniforme desde el principio.

FIEBRE BILIOSA.

La quinina suele moderar la fiebre y disminuir y aun anular la intensidad del ataque.

No es contagiosa.

Las recidivas son fáciles y frecuentes.

La fiebre biliosa ataca á los cubanos y á los llegados de otros climas.

FIEBRE AMARILLA.

La quinina no ejerce influencia alguna sobre la marcha de la enfermedad.

Es eminentemente contagiosa.

Las recidivas son excepcionales.

La fiebre ataca solamente á los que han vivido en puntos donde no se padece el vómito.

La diferenciación de diagnóstico con la fiebre tifoidea es la más difícil de todas en razón de los motivos que expuse en los primeros artículos de este trabajo; así, pues, no es de extrañar que autores respetables como *Jaccoud* consideren únicamente como signos diferenciales entre la tifoidea biliosa y la fiebre amarilla, la lentitud de la invasión y del ascenso térmico y la constancia del infarto esplénico en la primera.

Griesinger y *Lange* manifiestan sin reparo la estrecha analogía entre esa forma de tifoidea y la fiebre amarilla, cuyos síntomas principales son: fiebre intensa, cefalalgia frontal, inyección ocular, más adelante ictericia, fenómenos tíficos y urémicos, y gastrorragia á veces.

Exista ó no una verdadera unión causal en mayor ó menor grado, el diagnóstico diferencial con una infección tífica se establecerá teniendo en cuenta principalmente la invasión brusca, marcha característica de la fiebre en ambos procesos, el carácter y presencia de los vómitos en la fiebre amarilla, la constitución de los dos períodos típicos de ésta con la remisión intermedia y las modificaciones de la secreción renal.

Finlay, en el trabajo que en otra ocasión hemos mencionado siempre teniendo en cuenta la distinción que hace de las tres formas de fiebre amarilla, tomadas en consideración ya por otros distinguidos observadores, como los Dres. *Ulmo* y *Madán* (de Matanzas), hace el diagnóstico en los siguientes términos:

En el período de invasión, antes que pueda apreciarse la presencia de albúmina en la orina y el tipo febril, el diagnóstico muchas veces podrá hacerse con grandes probabilidades de acierto si

Los síntomas están bien caracterizados; pero rara vez será de carácter absoluto antes del 2.º ó 3.º día, máxime si en la misma localidad hay casos de fiebres eruptivas, de tifoidea ó de «grippe». También ocurre alguna vez que la invasión de la fiebre amarilla viene precedida de uno ó dos accesos de fiebre intermitente (ó que, excepcionalmente, la misma fiebre amarilla presente remisiones ó intermisiones cotidianas) que fácilmente inducen en error al facultativo. Es prudente, pues, en los países de fiebre amarilla, mirar con recelo cualquier ataque febril mal definido que se manifieste en sujetos susceptibles de padecer esa enfermedad, estimando que quizás esté relacionado con la misma. Este precepto puede siempre observarse sin inconveniente, por lo menos en lo que atañe á la desinfección gastro-intestinal, sin desatender otras indicaciones que puedan presentarse.

Con la aparición de la albúmina en la orina entre el 2.º y el 3.º día de una fiebre continúa ó sub-continúa (sin otros caracteres que expliquen satisfactoriamente la albuminuria), considérase generalmente en la Habana que el diagnóstico de fiebre amarilla está justificado. Cuando se presentan además vómitos de «borras» la confirmación del diagnóstico es terminante, si bien no puede asegurarse que esos vómitos difieren (por lo menos en sus caracteres macroscópicos) de algunos ejemplares que en raras ocasiones he obtenido de casos que no ofrecían ninguna relación presumible con la fiebre amarilla. El vómito de «borras» es además un síntoma característico de una fiebre que suelen padecer los niños del país, y respecto de la cual nuestros Médicos están indecisos acerca de si deben considerarla como una forma de paludismo ó de fiebre amarilla, siendo probablemente más correcta esta última opinión.

A los signos diagnósticos ya citados hay que agregar la curva térmica con remisión entre el 3.º y el 4.º ó 5.º día y defervescencia (por debajo de 37º) entre el 5.º y el 8.º. En los casos *no-albuminúricos* el diagnóstico muchas veces tiene que fundarse principalmente en esas particularidades del tipo febril (cuyos caracteres sólo podrán fijarse en vista de las temperaturas tomadas con intervalos de seis ó cuando más de doce horas, y teniéndose en cuenta la influencia de la medicación empleada.) Una tendencia hemorrágica, aun cuando fuese muy poco acentuada, entre el 3.º y el 7.º día, constituye también un signo confirmatorio importante, y lo mismo puede decirse del tinte sub-ictérico de las conjuntivas y de la piel, si bien

muchas veces falta ó es apenas perceptible en casos que por otra parte no dejan lugar á dudas.

MIGUEL SLOCKER

(Continuará.)

Médico primero.

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Efectos de los modernos proyectiles de guerra y su tratamiento.—En el trabajo leído por el Dr. Cardenal en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona llega á las siguientes conclusiones:

1.^a Que á distancias desde cero á 400 metros, todas las heridas producidas por el moderno armamento dejan sentir en alto grado, además de los efectos directos de penetración, los colaterales de explosión hidrodinámica ó de divulsión (explosión seca), según el mayor ó menor contenido acuoso de la región ú órgano que constituye blanco.

2.^a Que á esas distancias, alguna vez, de un modo más regular y constante de 400 á 1.000 metros, y mucho más todavía entre 1.000 y 2.000, las heridas de partes blandas, no viscerales (musculares) en que el proyectil no choca con cuerpo duro ninguno exterior ni interior, suelen ser relativamente benignas, en cuanto se hallan constituidas por canales ó túneles regularmente cilíndricos y estrechos, con heridas de entrada y de salida tan pequeñas ó más que el calibre de la bala. Estas heridas, aunque *pueden* haber sido infectadas por el arrastre de algún cuerpo extraño virulento (ropas, suciedad de la piel, etc.) en el acto de la penetración del proyectil (1), *suelen* no serlo y, por consiguiente, *deben* ser consideradas como asépticas para los efectos inmediatos del tratamiento primitivo.

3.^a Las lesiones directas en que el proyectil choca contra un hueso, rico en médula semilíquida, y muy especialmente contra el cráneo, continúan presentando efectos evidentes de explosión hidrodinámica *hasta á distancias de 2.000 metros*, pero á 2.200 metros todavía se han producido verdaderas fracturas conminutas por

(1) En los experimentos practicados por nosotros para la comprobación de este aserto los resultados no han sido utilizables por la dificultad de poder practicar los disparos sobre blancos de gelatina á distancias suficientemente grandes en que la velocidad (fuerza viva) del proyectil ha disminuído lo bastante para no hacer explotar la gelatina. Todos nuestros frascos de gelatina han quedado destruídos ó inservibles por la explosión hidrodinámica, porque ésta sólo cesa en aquella substancia á velocidades menores de 300 metros por segundo, y nuestros experimentos personales han sido todos practicados con velocidades de 500 á 700 metros por segundo. En este punto, pues, debemos referirnos á los resultados obtenidos por *Messner, Kocher, Tavel y Habart*, que han demostrado la no esterilización por el disparo de los materiales impuros que puedan penetrar con el proyectil en el espesor de los tejidos —(N. del A.)

astillamiento de huesos en caballos y mulos vivos y en cadáveres humanos recientes. Puede, pues, aceptarse, como lo hace la Comisión prusiana, que para el cráneo *casi no existe zona que no sea* más ó menos explosiva. Los huesos esponjosos dejan de presentar esos efectos á distancias mucho más cortas.

4.^a En las heridas de órganos cavitarios, abdomen sobre todo, los efectos observados han variado enormemente según el estado de vacuidad y plenitud de dichos órganos en el acto del choque, estando conformes en un todo estos hechos con lo que se deduce de lo que venimos estudiando, sobre la influencia de los líquidos en la propagación colateral del movimiento. Las heridas de los grandes órganos parenquimatosos (bazo, hígado, riñones) presentan casi siempre suma gravedad por su abundante contenido sanguíneo y humoral. Lo mismo ocurre con los grandes vasos, cuyas lesiones son casi siempre rápidamente mortales.

5.^a En los órganos y tejidos muy elásticos, como el pulmón por ejemplo, el trayecto dejado por el paso de los proyectiles modernos puede quedar aparentemente reducido al *minimum*; en todos, sin embargo, existirá una zona más ó menos extensa y más ó menos perceptible de *conmoción* de los tejidos, que puede alterar sus condiciones de vitalidad, pero que la comprometerá tanto menos, cuanto más clásticos y comprensibles sean sus elementos (piel, músculos, etc.) Esta conmoción, producida por la transmisión colateral de la fuerza viva, es el único factor importante, pues los efectos de la rotación del proyectil son casi nulos, dado el poco espesor de los órganos y que aquél sólo dá una vuelta cada 22 centímetros. Los efectos de la temperatura apenas son apreciables, puesto que chocando contra los órganos más resistentes del cuerpo humano, el proyectil apenas llega á calentarse hasta 100° y su contacto con los tejidos á esa temperatura es brevísimo. Los efectos de la columna de aire comprimido impulsado por la bala pueden reducirse á muy poco más de cero, dada la difusibilidad del aire en espacios no cerrados y facilidad con que al chocar contra la superficie del cuerpo ha de difundirse en todos sentidos y dejar libre el paso al proyectil.

(Rev. de Cienc. Méd.)

*
*
*

Paquete de curación individual para un Ejército colonial.—

El Dr. A. Valence, Médico de 1.^a clase de la Marina francesa, después de discutir las ventajas é inconvenientes de los diversos procedimientos para esterilizar y conservar las diferentes piezas que deben constituir un paquete de curación individual en los Ejércitos coloniales, entiende que debería constituirse en la siguiente forma:

Compresa de gasa sublimada.

Almohadilla de estopa purificada y fenicada.

Una venda sublimada de algodón ó tejido fino de cuatro metros.

Dos alfileres de seguridad de acero ó de latón, aislados en una envoltura de papel grueso.

Una pieza de gutta-percha laminada, igual á las piezas de Macintosh que se usan actualmente.

Una cuerda, atada de modo que permita sacar con facilidad la curación de su envoltura.

Una caja de hierro blanco, rectangular, de hojas delgadas, soldada en uno de sus bordes, con una lámina que se arrolla para abrirla; esta caja se cubre con un barniz especial sobre el cual se imprime la manera de servirse de ella en lenguaje inteligible para el soldado.

Colocación: bolsillo interior izquierdo en la parte del vestido que cubre el pecho.

Este paquete debe distribuirse á cada hombre, europeo ó indígena, que forme parte de las tropas coloniales.

Así es como se tendrá, en las colonias, un paquete de curación individual que reuna todas las condiciones expresadas por el Médico principal Chauvel: modelo uniforme, antiséptico, absorbente, oclusivo, impermeable, suficiente y, sin embargo, poco voluminoso, fácil de aplicar y separar, fácil de transportar y de un precio poco elevado.

(Arch. de Méd. Nav.)

* * *

Herida de bala Maüser al través de la órbita.—El Dr. Santos Fernández publicó no hace mucho tiempo algunas observaciones (1) de heridas de bala en la región periorbitaria. La mayor parte de las veces la herida fué en la sien con pérdida del ojo ó de la vista y el proyectil de plomo, alguno de envoltura de acero, disparado por remington ó revólver; ahora el caso que nos ocupa corresponde también á lesión de la sien, pero con una bala de los nuevos fusiles de repetición usados hoy en la mayoría de los Ejércitos.

La bala del fusil Maüsser ó de alguna de sus variedades es de muy pequeño calibre, de forma cilíndrico-cónica y con ella se ha realizado el objeto humanitario de la guerra moderna (2); inutilizar sin matar, poner fuera de combate sin necesidad de quitar la vida. En efecto, la hemorragia, tanto la primitiva como la secundaria, es siempre menor, porque sin duda la alta temperatura del proyectil cauteriza los vasos de la región lesionada. La pronta obturación del trayecto que recorre el proyectil y la escasa supuración de los puntos de entrada y salida obedecen igualmente al calor de la bala, que penetra de cierto modo esterilizada.

La bala moderna al atravesar los tejidos deja un trayecto cilin-

(1) Pérdida de la vista por heridas de bala en la región periorbitaria. «Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana.»—Página 210.—Año 1891.

(2) Th. Kocker Uber Schusswunden 1880.—Del perfeccionamiento de los proyectiles desde el punto de vista de la humanidad.—Congreso Internacional de Roma, 1891.

drico idéntico al del proyectil, por lo que se ha designado con el nombre de herida en sedal.

El Maüsser modificado en España tiene un calibre de 0'295 de pulgada, guarda cinco cartuchos, el cañón es de cuatro rayas de 0'005 de pulgada de profundidad y la bala pesa 14 gramos y está cubierta de acero niquelado.

Se dispara con 38 gramos de pólvora sin humo y tiene un alcance máximo de 2.000 metros, pudiendo atravesar á 100 un tronco de pino de un metro de diámetro.

A las cualidades enunciadas del fusil moderno debe sin duda la vida el sujeto de la observación que sigue:

D. A. S. F., Capitán, de 41 años de edad, refiere que encontrándose empeñado en recio combate se volvió ligeramente hacia un lado y abajo para indicar el puesto que debía ocupar un soldado en substitución de otro muerto á su lado; en ese momento fué herido por un proyectil en la sien izquierda, rodando inmediatamente por tierra para incorporarse acto continuo. A pesar de la herida continuó al frente de la tropa hasta la terminación del combate, cuatro horas más tarde.

Cuando le examinamos á los treinta y seis días del accidente comprobamos que la cicatriz apreciable en el punto de entrada de la bala estaba situada á tres centímetros del borde externo de la órbita y á la altura del sitio de salida, ya borrado, pero que estuvo en la extremidad interna de la ceja izquierda.

La dirección del proyectil fué la de una línea recta que sirvió de cuerda á la curva formada por la concavidad de la pared superior de la órbita izquierda. Al recorrer ese camino tuvo indudablemente que interesar el tejido celular, arterias procedentes de la oftálmica, dejando intacto probablemente el ojo. Inmediatamente después del traumatismo los párpados se le hincharon y ocultaron completamente el bulbo ocular, de modo que no pudo saber si veía de él ó no. Ni en este momento ni en lo sucesivo experimentó el menor dolor. A los ocho días la tumefacción de los párpados empezó á ceder y advirtió, según nos informa, que el ojo disminuía de volumen y carecía de vista.

El 2 de Septiembre de 1895, cuando nos consultó, el globo del ojo estaba completamente atrofiado y deformado; advertíanse en el muñón dos ó tres líneas cuadradas de córnea transparente. En lo profundo y hacia la parte superior descubríanse bridas cicatriciales denotando el resultado de la inflamación provocada por el paso del proyectil al rasero del plano superior del ojo en el momento del accidente.

Como estas bridas dificultaban la perfecta colocación de un ojo artificial, se procedió, previa anestesia por el cloroformo, á la enucleación del bulbo atrofiado el 3 de Octubre del mismo año.

Préstase á breves consideraciones la anterior historia clínica.

La caída en el momento de recibir el balazo revela una ligera conmoción cerebral.

La ausencia del dolor y supuración son pruebas evidentes de que no sobrevino infección de ningún género y que el ojo se inflamó y se atrofió por falta de riego sanguíneo, como creyó el Médico que le prestó los primeros auxilios, ó por una inflamación sin gérmenes provocada por el traumatismo.

Es una de tantas heridas de bala en que si el ojo fué sacrificado, la vida estuvo á punto de extinguirse.

Creemos, según indicamos al principio, que no ha contribuído poco á la salvación de sus días la forma cilíndrica y delgada del proyectil de los fusiles modernos.

(Crón. Med. Quir. de la Habana).

*
* *

Fotografía de lo invisible.—Los Dres. Perrin y Cligny han obtenido clichés de ranas en las que se ven las vísceras y el aparato circulatorio, y de un conejillo de Indias en el que se distingue la fractura de una tibia, etc. Los Dres. Battellá y Garbano han fotografiado un conejo, muerto de un tiro de fusil. Eran visibles todas las lesiones óseas producidas por el proyectil, que extrajo en el acto el Dr. Barba, guiado por esta indicación fotográfica. El Dr. Kissling ha obtenido fotografiando á una mujer la imagen perfecta de un embrión, en el que se notaban los miembros ya formados. El Dr. Lannelongue ha presentado en la Academia de Ciencias de París dos fotografías obtenidas por medio de los rayos Röntgen: una de un femur afecto de atrofia consecutiva á una afección tuberculosa, y otra de una afección tuberculosa también del femur, rótula y tibia. Por último, el Dr. Salvioni, profesor de la Universidad de Perusa, ha inventado un aparato llamado *iriptoscopio* que hace visible los rayos Röntgen y permite ver directa y distintamente sin fotografía los objetos que existen en los tejidos.

(Le Progrès médical).

*
* *

El tanino y el iodoformo en el tratamiento de las heridas.—Ceccherelli llama la atención sobre un método de tratar las heridas con granulaciones, que ha ensayado con éxito en los últimos seis años. El método consiste en espolvorear la superficie con una mezcla igual de iodoformo y ácido tánico. Observó que las úlceras tuberculosas, heridas granulosas, etc., se curaban mejor bajo este tratamiento que con la acción del iodoformo simple. Al principio ensayó el ácido tánico y yoduro de potasio en solución, pero resultó muy irritante y hubo que abandonarlo. El jarabe yodo-tánico administrado al interior dió muy buenos resultados en las cavidades tuberculosas del hueso. En las úlceras fungosas con granulaciones blandas actúa muy bien la mezcla de iodoformo y ácido tánico. La acción astringente y estimulante del tánico, así como su acción química agregada á la antiséptica y antituberculosa del iodoformo,

hace que las heridas curen más prontamente que con la curación simple del iodoformo ó del ácido tánico.

(*Rif. Med.*)

* *

Tratamiento de la sífilis por las inyecciones de antitoxina sífilítica.—Según Cotterell, este tratamiento se funda en el hecho de que las personas que han sido atacadas por la sífilis poseen una cualidad que los defiende contra una nueva infección de la enfermedad. Esta inmunidad es debida á la presencia en la sangre de una materia que se llama la antitoxina sífilítica. Este tratamiento dá buenos resultados en diferentes casos; en el primer período de la enfermedad, cuando no hay más que el chancro y un infarto ganglionar, la erupción de la piel desaparece más pronto que con el tratamiento mercurial, exceptuando los accidentes de la garganta. El suero de una persona atacada de sífilis secundaria parece ser más activo. La cantidad que debe inyectarse puede variar de $\frac{1}{2}$ á 5 centímetros cúbicos. Debe recomendarse este método de tratamiento á los Médicos militares, que tienen numerosas ocasiones de tratar la sífilis y que pueden vigilar mucho tiempo á sus enfermos.

(*Méd. Mod. Par.*)

* *

Esterilización en frío de las ligaduras.—Los numerosos trabajos que han aparecido desde 1883 sobre el formol, los de Brillat y Miquel, los de Van Ermengem y de Sugg, han inducido á M. Tré-trop á utilizar esta substancia con el indicado objeto.

El procedimiento general de esterilización es el siguiente:

Se prepara una solución de formol del comercio al 5 por 100 *en volumen* en el agua destilada. Se colocan los diversos hilos: cautchut, crín de Florencia, catgut, seda, en un frasco esmerilado. Este frasco se llena por completo de la solución, de modo que bañe el mismo tapón. Se cubre el frasco de una funda de papel filtro que se moja en la misma solución al 5 por 100; se deja todo á la temperatura de 12 á 17° durante veinticuatro horas. Entonces se vierte la solución de formol sin tocar al cuello del frasco; se la reemplaza por alcohol, que, después de lavar el contenido, se vierte también, y es sustituido por nuevo alcohol. Se cubre el frasco de su papel filtro y los hilos se conservan indefinidamente estériles. El alcohol que debe emplearse es el etílico ordinario á 94°.

El cautchut, la seda, la crín de Florencia y el catgut, *aunque estén arrollados*, se esterilizan por completo con este procedimiento. Las principales cualidades de estas materias permanecen intactas. El catgut conserva su flexibilidad y su resistencia.

Todas las materias que sirven para practicar ligaduras ó suturas, tales como la crín de Florencia, el catgut, el cautchut y la seda, se conservan ulteriormente esterilizadas. Se trata, pues, de un procedimiento seguro, económico y práctico, y que puede ser de gran

utilidad para los cirujanos, sobre todo para aquéllos que no teniendo á su disposición otros medios más costosos tienen que emplear productos del comercio que no inspiran confianza.

(*La Clinique*).

* * *

El agua caliente en cirugía.—Desde hace más de quince años el Dr. P. Reclus preconiza el empleo sistemático del agua caliente en cirugía, y, en una lección clínica dada en el Hospital de la Piedad, ha demostrado sus principales ventajas y su eficacia incontestable.

Dejando á un lado los usos corrientes: lavatorio de las manos, de los tegumentos que recubren el foco operatorio, así como la acción del agua caliente sobre las úlceras atónicas ó infectadas, sobre todas las inflamaciones superficiales, linfagitis, flebitis, flemones, forúnculos y antrax, cuyos dolores calma, limita la inflamación y circunscribe los focos purulentos cuando no yugula la supuración, el Dr. Reclus se limita al estudio del empleo del agua caliente en las entorsis, los magullamientos de los miembros, las hemorroides, las prostatitis y las inflamaciones de los órganos genitales internos de la mujer, tales como las perimetro-salpingitis.

Como se sabe, en el tratamiento de las entorsis se ha preconizado el masaje, la envoltura de la articulación con una venda de cautchuc y el baño prolongado en el agua fría.

Se empezará por aplicar inmediatamente después del accidente, si las circunstancias lo permiten, la venda elástica que se aprieta al rededor de la articulación todo lo que sea posible; pero si provoca algún dolor se la volverá á colocar ejerciendo menos presión para que sea fácilmente tolerada. Debe permanecer aplicada y constituye la base del tratamiento. Se separa la venda mañana y tarde y se sumerge la articulación en un baño, cuya temperatura se eleva progresivamente de 48° á 50°, 52° y hasta 55°. Bajo la influencia del calor el dolor cesa inmediatamente. Al cabo de diez ó doce minutos la articulación está más flexible y los movimientos son más fáciles; entonces se emplea el masaje en el agua caliente. Tal es el tratamiento preconizado por Reclus, y es preciso que la lesión sea muy grave para que no se obtenga la curación en menos de quince días. En los grandes traumatismos de los miembros jamás ha practicado Reclus la amputación, por graves y extensas que fueran las lesiones. Se envuelve el miembro en sustancias antisépticas, pero antes se recurre al agua caliente, que constituye, en gran parte, el principal tratamiento.

El herido, casi siempre en estado de choc traumático, pálido, exangüe, frío, se coloca en la mesa de operaciones; se le rodea con lienzos calientes, no dejando al descubierto mas que el miembro lesionado. Se enjabonan los tegumentos de este miembro, se afeitan, se desengrasan con el éter, se lavan con alcohol ó permanganato de potasa, y después de hecha una desinfección completa se procede á la limpieza rigurosa de la región herida.

El agua caliente se coloca en un gran irrigador bastante elevado sobre el plano del lecho para que la presión del chorro sea enérgica. Su temperatura será de 60° á 62°, y el chorro de agua caliente deberá lavar todas las superficies de la herida, ofreciendo la triple ventaja de que á esta temperatura es verdaderamente antiséptica, separa los gérmenes infecciosos y neutraliza sus efectos.

Es hemostática y calienta al herido en estado álgido por la pérdida de sangre, y sobre todo por el choc traumático: una vez hechos los lavados se procede á la curación del miembro. En ciertas flogosis el empleo del agua caliente dá muchas veces resultados sorprendentes. En las anginas y en las amigdalitis, por ejemplo, los gargarismos repetidos de hora en hora con el agua á la temperatura de 55° detienen con frecuencia ó atenúan la inflamación.

Las irrigaciones de agua caliente en las hemorroides producen buenos efectos: á cada crisis nueva, los enfermos se aplicarán sobre la región anal compresas de tarlatana previamente sumergidas en agua á 55°. Como el agua se enfría muy pronto es preciso, cada minuto, volver á mojar la compresa en el agua caliente y reaplicarla en seguida. Todas las mañanas el paciente tomará un enema á la misma temperatura de 55°. Este método parece mejor cuando se trata de hemorroides jóvenes, poco voluminosas, sin contractura esfinteriana marcada y sin rodete varicoso apreciable. El agua caliente conjura las crisis y las retrasa de tal modo, que esta mejoría equivale á una curación. En los casos más acentuados, el mejor método es la dilatación y la extirpación. En el tratamiento de las prostatitis agudas, el agua caliente es verdaderamente maravillosa. La técnica es de las más sencillas: se introduce en el ano lentamente y con prudencia para no molestar la próstata voluminosa que obstruye la ampolla rectal, la cánula de un irrigador lleno de agua de 55' á 60°, después se abre ligeramente la llave y se deja penetrar poco á poco el líquido, que bien pronto baña la próstata; se repite este lavatorio dos veces por día hasta que la curación es completa: la mejoría es casi inmediata. Este tratamiento, que se ha hecho clásico, puede emplearse para las congestiones que sobrevienen con tanta frecuencia en el curso de las hipertrofias de la próstata, y es común que una lavativa caliente conjure esas crisis de retención de orina que se determinan en los prostáticos al menor exceso, á la menor fatiga ó al más ligero enfriamiento.

En las perimetro-salpingitis, el Dr. Reclus empieza por desinfectar la vagina y el útero. Raspado, en caso de necesidad, de la cavidad de la matriz, cuyas paredes son modificadas por medio de tópicos que se aplican repetidas veces: tintura de iodo, creosota y soluciones graduadas de cloruro de zinc. Después, para atacar verdaderamente la matriz, el ovario, las trompas y los vasos que se dirigen á estos órganos, no debe recurrirse á las irrigaciones vaginales, sino á las lavativas calientes, porque acumulan este líquido en la ampolla rectal, que es donde se propulsan los órganos genitales internos. La lavativa debe tomarse por la mañana, media hora antes

de levantarse. Se coloca el irrigador sobre la mesa de noche lleno de agua á la temperatura de 55°, por lo menos; se introduce la cántula hasta que rebasa los exfénteres y se abre la llave ligeramente, de modo que el líquido pase poco á poco al intestino; gracias á esta lentitud no se contraen sus tónicas musculares y se puede hacer penetrar una cantidad más considerable de agua. Sin embargo, si se siente necesidad de defecar, se suspende la inyección, se deja pasar algún tiempo y se abre de nuevo la llave ligeramente: la enferma debe conservar la lavativa media hora á ser posible, y renovarla diariamente hasta la curación.

(*Bull. Gén. de Thér.*)

FÓRMULAS

291

Alumbre pulverizado. } áá 10 gramos.
Polvo de almidón. }
M. Para espolvorear la región afecta.
En el **herpes genital**.

(*M. E. Gaucher*).

292

Acido sulfanilico muy puro. 10 gramos.
Bicarbonato de sosa. 8 >
Agua destilada. 200 >
D. Para tomar de 40 á 80 gramos al día.
En el **catarro agudo**.

(*Valentin*).

SECCION PROFESIONAL.

SORTEOS PARA ULTRAMAR.

«1.ª Sección.—Circular.—Exemo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, se ha servido disponer que sean incluidos en los sorteos para Ultramar, en la escala de Tenientes Coroneles, los Comandantes del Cuerpo de Estado Mayor del Ejército que se hallan desempeñando en comisión destino

de aquella categoría, con arreglo á lo resuelto en Real Orden de 21 de Abril de 1894 (*D. O.* núm. 89), por no haber en su clase ninguno que reúna las condiciones reglamentarias para el ascenso. Es asimismo la voluntad de S. M., también de acuerdo con la referida Junta, que en el caso de que á alguno de los mencionados Jefes le corresponda servir en Ultramar y allí se hiciera acreedor, antes de su ascenso, á ser recompensado con empleo superior, sea oída dicha Junta antes de resolver la propuesta, y que para toda clase de pensiones de cruces sean considerados como tales Tenientes Coronales; debiendo esta disposición aplicarse en los casos de igual naturaleza que puedan ocurrir en los demás Cuerpos, Armas é Institutos del Ejército.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 18 de Marzo de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

*
* *
*

CLASIFICACIONES.

«1.ª Sección.—Excmo. Sr.: En vista del escrito que dirigió vuestra Señoría á este Ministerio en 20 de Marzo próximo pasado, remitiendo el informe emitido por esa Junta acerca de la clasificación del Comandante del Cuerpo de Estado Mayor del Ejército D. Francisco Huete y Herrera, que ejerció dicho empleo en Ultramar durante más de dos años, pero que no los lleva de efectividad en la escala de su Cuerpo, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con el referido informe y teniendo en cuenta que la condición de dos años de ejercicio que establece el art. 6.º del Reglamento de clasificaciones vigentes, supone además la fundamental de los dos años de efectividad en la escala de cada Arma, Cuerpo ó Instituto, se ha servido resolver que mientras el interesado no haya cumplido este requisito no podrá ser clasificado de apto para el ascenso; debiendo esta medida considerarse de carácter general para todos los casos de igual naturaleza.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 7 de Abril de 1896.—Azcárraga.—Sr. Presidente de la Junta Consultiva de Guerra».

* * *

MÉDICOS PROVISIONALES

«4.^a Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la consulta hecha á este Ministerio por el Capitán General de Canarias, referente al uniforme que ha de usar y sueldo que ha de disfrutar el Capitán de la reserva de dichas islas D. Víctor González Lugo, nombrado Médico provisional de Sanidad militar, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, ha tenido á bien disponer:

1.º Los Oficiales del Ejército, sean ó no de la reserva retribuída, que hayan sido nombrados ó se nombren Médicos provisionales, deberán usar el uniforme del Arma á que pertenezcan, las divisas del empleo que en ellas disfrutaban, y como distintivo el emblema de Sanidad militar en el cuello de la guerrera ó levita.

2.º El sueldo, si proceden de la reserva retribuída, será el de activo, excepto el de los segundos Tenientes, que será el de 2.000 pesetas anuales.

3.º Los que procedan de las escalas gratuitas disfrutarán el que les corresponda por su empleo en casos de movilización.

Asimismo es la voluntad de S. M., que con respecto á la sucesión de mando, se entienda que los Médicos provisionales, sea cualquiera su categoría como Oficiales del Ejército, estarán subordinados en todo lo que á servicios sanitarios se refiere, á los Jefes y Oficiales efectivos del Cuerpo de Sanidad militar; entre aquéllos se tendrá en cuenta la mayor graduación, y entre los que procedan de la clase civil, la antigüedad del nombramiento.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 7 de Abril de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

*
* *

Convocatoria á oposiciones para plazas de Oficiales Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar.

«Ministerio de la Guerra.—4.^a Sección.—En virtud de lo dispuesto por S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, en Real Orden de 12 de Marzo de 1896, se convoca á oposiciones públicas para proveer varias plazas de Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar, quedando los que obtuvieran mejores censuras, dentro de las que se exigen para ingreso en el mismo, con derecho á ocupar por orden de ellas las plazas vacantes que existan, pero sin sueldo ni antigüedad mientras no obtengan colocación.

En su consecuencia, queda abierta la firma para las referidas oposiciones en esta Sección en las horas de oficina, desde el día de la fecha hasta el 1.^o de Julio del presente año.

Los doctores, licenciados en Medicina y Cirugía por las Universidades oficiales del Reino, ó alumnos con ejercicios aprobados, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto quieran firmar estas oposiciones, deberán justificar legalmente para ser admitidos á la firma las circunstancias siguientes: 1.^a Ser españoles ó estar naturalizados en España. 2.^a No pasar de la edad de treinta años el día que soliciten la admisión en el concurso. 3.^a Hallarse en pleno goce de sus derechos civiles y políticos y ser de buena vida y costumbres. 4.^a Tener la aptitud física que se requiere para el servicio militar; y 5.^a Haber obtenido el título de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino ó tener aprobados los ejercicios necesarios para ello. Justificarán que son españoles, y que no han pasado de la edad de treinta años, con certificado de inscripción en el re-

gistro 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. Justificarán 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, librada y legalizada en fechas posteriores á las de este edicto. Justificarán que tienen la aptitud física que se requiere para el servicio militar mediante certificado de reconocimiento hecho en virtud de orden de esta Sección bajo la presidencia del Director del Hospital militar, por dos Jefes ú Oficiales médicos destinados en aquel establecimiento. Justificarán haber obtenido el grado de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino, ó tener aprobados los ejercicios para ello, con testimonio ó copia legalizada de dicho título ó certificado de la Universidad en que hubiesen aprobado los ejercicios.

Los que sólo hubiesen 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.

Los doctores, licenciados en Medicina y Cirugía, ó los alumnos aprobados residentes fuera de Madrid, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto, entreguen, con la oportuna anticipación, á los Inspectores de Sanidad militar de las Capitanías generales de la Península é islas adyacentes, instancia suficientemente documentada, dirigida al General Jefe de esta Sección, solicitando ser admitidos al presente concurso de oposiciones, serán condicionalmente incluídos en las listas de los opositores; pero necesaria y personalmente deberán ratificar en esta Corte su firma antes del día señalado para el primer ejercicio, sin cuyo requisito no será válida dicha inclusión.

Se entenderá que la instancia se halla suficientemente documentada, siempre que con ella se acompañen, en toda regla legalizados, los documentos necesarios para que los aspirantes puedan

ser admitidos á la firma, excepción hecha del certificado de aptitud física.

No serán admitidos á las oposiciones los doctores, licenciados ó alumnos aprobados, residentes fuera de Madrid, cuyas instancias no lleguen á esta Sección antes de que espire el plazo señalado para la firma de las mismas.

Los ejercicios tendrán lugar con arreglo á lo dispuesto en el programa aprobado por S. M. en 15 de Noviembre de 1888 (*Colección Legislativa del Ejército núm. 422*) y á las modificaciones, en la parte preceptiva del mismo, establecidas por Real Orden de 2 de Agosto de 1892 (*Colección Legislativa del Ejército núm. 267*), todo ello publicado también en la *Gaceta*.

En cumplimiento de lo que se previene en dicho programa se advierte á todos los que se inscriban para tomar parte en estas oposiciones, que el primer ejercicio, al cual necesariamente deberán concurrir todos ellos, se efectuará en el Hospital militar de esta plaza el día 15 de Julio del corriente á las ocho de la mañana. Madrid 28 de Marzo de 1896. El General Jefe de la Sección, Martínez*.

* * *

TRANSPORTES

« 7.ª Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: La Ley de 11 de Julio de 1894 (*C. L. núm. 214*), la guerra de Cuba y otras causas imprevistas, han dado lugar á que crecido número de Jefes, Oficiales y asimilados del distrito de Filipinas, tengan que regresar á la Península con motivo de su ascenso antes de lo que pudieron imaginarse cuando solicitaron su pase á aquellas islas ó fueron destinados por sorteo, y por lo tanto sin haber devengado los pasajes de que trata el art. 57 del vigente Reglamento de pases á Ultramar.

Y como no ha sido fácil prever el considerable movimiento producido en las escalas de todas las Armas y Cuerpos del Ejérci-

to, resulta ser ajeno á la voluntad del citado personal el no haber llenado los requisitos del referido art. 57, y justo y equitativo, por consiguiente, el eximir de aquella responsabilidad pecuniaria á los destinados hasta la fecha en ambos conceptos.

En su virtud, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido resolver lo siguiente:

1.º A todos los Jefes, Oficiales y asimilados destinados hasta la fecha al distrito de Filipinas, á quienes con motivo de su ascenso se obligue á regresar á la Península sin haber cumplido el plazo de obligatoria permanencia en el Archipiélago, se les concederá abono de pasaje por cuenta del Estado para verificar el citado regreso.

2.º Igualmente será de cuenta del Estado el pasaje de ida al mencionado distrito del referido personal que regrese por el expresado concepto antes de contar tres años de permanencia en aquél.

3.º Asimismo se abonarán los indicados pasajes de ida y regreso al citado distrito á los Jefes, Oficiales y asimilados que hayan regresado por enfermos á la Península y encontrándose en esta situación les haya correspondido el ascenso por el cual deban ser baja en aquel Archipiélago.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 14 de Marzo de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

* * *

Resumen estadístico del mes de Mayo de 1895.

El movimiento de enfermos que se ha producido durante el citado período en los hospitales militares y cívico-militares y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa, ha sido el siguiente:

Existencia en 1.º de Mayo.	3.398
Entrados durante el mes	3.689
Hospitalidades causadas.	105.525
Salidos.	3.719
Muertos.	74
Quedaban en fin de dicho mes.	3.294

La fuerza del Ejército en el mes de Mayo citado fué de 74.235, cifra que nos permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	83'82
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	40'08
Muertos por cada 1.000 id.....	0'87
Idem por cada 1.000 asistidos.....	10'44 (1)

Los establecimientos en que se han causado más de 1.000 hospitalidades son los que á continuación se expresan:

Madrid.....	12.212	Málaga.....	2.708
Barcelona.....	10.486	Cádiz.....	2.637
Valencia.....	7.327	Granada.....	2.620
Sevilla.....	6.642	Guadalajara.....	2.422
Zaragoza.....	5.515	Badajoz.....	2.317
Ceuta.....	3.902	Burgos.....	1.997
Melilla.....	3.876	San Sebastián.....	1.561
Alcalá.....	3.420	Cartagena.....	1.365
Valladolid.....	3.236	Palma de Mallorca.....	1.282
Pamplona.....	3.093	Mahón.....	1.249
Vitoria.....	2.830	Tarragona.....	1.048
Coruña.....	2.774	Santa Cruz de Tenerife.....	1.006

V A R I E D A D E S

En el sorteo celebrado el día 11 del corriente para destinar á la Isla de Cuba 30 Médicos segundos, les ha correspondido á los Oficiales siguientes:

D. Enrique Sarmiento y González, D. Salvador Sausano y Vives, don Teodomiro Jiménez Verdú, D. Abudemio Ruíz Lozano, D. Antonio Redondo y Flores, D. Eduardo Mínguez y Val, D. Francisco Maranges del Valle, D. Francisco Muñoz y Bueno, D. Luis Carnicero y Ríos, D. Carlos Amat y Pintado, D. Arturo Pérez Olea, D. José Quintana y Duque, don Julio Monsalve y Sampedro, D. Antonio Sola y Huerta, D. Lucio Eguileoc y Vicaria, D. Santiago Iglesias y Gago, D. Fidel Ruíz y González, D. Carlos Domingo y Jover, D. Virgilio Hernando y Quecedo, D. Miguel Pizarro y López, D. Ignacio Cornet y Palá, D. Buenaventura Virgili y Capdevila, D. Hilario Inchaustí y Cortés, D. Luis Torres é Ibarra, don Emilio Fuentes y Sáenz, D. José Lasmarias y Rovira y D. Francisco Carpintero y Burgoín.

Se presentaron voluntarios: D. Eusebio Martín Romo, D. Angel Soler y Canellas y D. Pablo García y Godoy.

*
* *

(1) 534 asistidos, 43.244 hospitalidades y 9 fallecidos no son imputables á las fuerzas del Ejército.

SUSCRIPCIÓN DE LAS CLASES MÉDICAS EN HONOR DE ORAD.

CUOTA FIJA: UNA PESETA.

	Pesetas.		Pesetas.
Sr. D. B. Gallego.....	1		
» P. Gómez y González.	1		
» J. Sánchez de la Presa	1		
» S. Talón.....	1		
» J. Fernández Patón..	1		
» F. Orellana.....	1		
» J. Alabern.....	1		
» J. Reig.....	1		
» J. Domínguez y Borrajo.	1		
» I. Villa.....	1		
» A. Barea.....	1		
» F. Fernández Victorio	1		
» E. Pérez y Martínez.	1		
» A. Magro.....	1		
» A. Cordero.....	1		
» J. López.....	1		
<i>Suma.....</i>	<u>16</u>		
		<i>Suma.....</i>	16
		Sr. D. J. Ruíz.....	1
		» D. Santiandreu.....	1
		» M. Martín Salazar...	1
		» T. Casas.....	1
		» E. Sánchez Capelástegui.....	1
		» M. Rabadán.....	1
		» E. Sierra.....	1
		» L. Badía.....	1
		» J. de la Vega.....	1
		» L. Fernández Jaro...	1
		» J. de San Eustaquio.	1
		» I. Cornet.....	1
		» R. Conejero.....	1
		» M. Slocker.....	1
		» M. Gómez Flório....	1
		<i>TOTAL.....</i>	<u>31</u>

*
*
*

El *Círculo Médico Argentino*, en homenaje á la memoria del ilustre sabio cuya muerte deplora la humanidad entera, y que fué su miembro honorario, resuelve:

Artículo 1.º Celebrar un concurso internacional de bacteriología, que llevará su nombre, en Septiembre de 1897.

Art. 2.º Los trabajos que se presenten deberán ser investigaciones *originales é inéditas* de bacteriología, sea respecto de algún punto de técnica ó de etiología, profilaxia, diagnóstico y tratamiento bacteriológico de las enfermedades infecciosas del hombre ó de los animales, sea acerca de aplicaciones industriales de la microbiología.

Art. 3.º Las memorias, piezas ó preparaciones, culturas, fotografías microscópicas, etc., etc., deberán ser remitidas antes del 31 de Mayo de 1897 al presidente del *Círculo Médico Argentino*, y en condiciones tales que, en manera alguna, pueda inferirse el nombre del autor. Llevarán un lema ó inscripción cualquiera que será fijado, igualmente, en un sobre cerrado y lacrado adjunto, conteniendo el nombre y domicilio del autor.

Las memorias pueden ser presentadas en idioma español ó francés.

Art. 4.º Los premios consistirán en:

- 1.º 400 \$ oro y el diploma de primer premio del concurso Pasteur.
- 2.º 200 \$ oro y el diploma de segundo premio.

3.º Diploma de honor.

Art. 5.º El jurado nacional se designará oportunamente por la asamblea del *Círculo Médico Argentino* á propuesta de la comisión directiva, y se hará conocer públicamente el nombre de sus miembros. Su veredicto será comunicado al *Círculo Médico* antes del 15 de Agosto.

Art. 6.º El ejemplar de las memorias premiadas y las preparaciones ó piezas que las acompañen quedarán como propiedad de la Asociación, sin que ello importe afectar en nada los derechos de propiedad literaria ó de privilegio industrial del autor.

Art. 7.º Los trabajos no premiados podrán ser devueltos á sus autores, y los sobres que á ellos correspondan serán destruidos sin abrirlos.

Art. 8.º La entrega de los premios se hará en sesión pública el 28 de Septiembre de 1897.

Buenos Aires, Octubre 9 de 1895.—Gregorio Araoz Alfaro, Presidente.—Lucio Gordillo, Aquiles Gareiso, Secretarios.

*
**

Durante el año 1895 hubo en París 57.988 nacimientos, 22.607 matrimonios y 51.451 defunciones. Los nacimientos arrojan: 29.627 varones y 28.361 hembras.

Las defunciones por edades se distribuyen en la siguiente forma:

De menos de un año	7.583
» 1 á 19 años	7.705
» 20 á 39 »	10.090
» 40 á 59 »	11.147
» 60 años en adelante.	14.986

Total. 51.451

Las principales causas de los fallecimientos fueron:

<i>I. Por enfermedades zimóticas.</i>		<i>Suma anterior 14.457</i>	
Viruela	19	<i>III. Por enfermedades generales y estacionarias.</i>	
Sarampión	690	Apoplejía cerebral	2.252
Escarlatina	201	Bronquitis y neumonía	7.367
Difteria	420	Enfermedades orgánicas del corazón	3.181
Croup		Diarreas, enteritis	3.146
Fiebre tifoidea	272	<i>IV. Por enfermedades violentas.</i>	
Fiebre puerperal	261	Accidentes	709
<i>II. Por enfermedades tuberculosas</i>		Suicidios	966
Tisis pulmonar	10.230	<i>V. Otras causas de defunción. 19.373</i>	
Meningitis, etc.	2.364	<i>TOTAL 51.451</i>	
<hr/>			
<i>Suma.</i>	<i>14.457</i>		

La proporción de fallecidos se calcula en 19'62 por cada 1.000 habitantes.

*
**

Las oposiciones celebradas en esta Corte para cubrir plazas de Médicos segundos con destino á la Isla de Cuba han dado el siguiente resultado, según el orden de prelación de los opositores después de cada ejercicio.

NOMBRES.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Después del cuarto ejercicio.
D. Miguel Manero y Llan-guas.....	2	1	2	1
» José Planell y Navarro..	15	4	1	2
» Rafael Merino y Lorenzo.	4	3	4	3
» Francisco Escapa y Bravo	3	5	3	4
» Gregorio Meléndez y Gra-cia.....	8	7	7	5
» Germán Sorni y Peset...	9	2	5	6
» José Martí y Ventosa. .	7	6	6	7
» José Prieto y Muñoz....	6	8	8	8

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

Archivos de la sociedad de estudios clinicos de la Habana. Publicación mensual dirigida por los *Dres. Antonio Rodríguez Ecay, Eduardo F. Plá y Gustavo López*.—Habana, 1896.

Anuario de los Jefes y Oficiales del Cuerpo de veterinaria militar en 1.º de Marzo de 1896.—Madrid, 1896.

Anales del círculo médico argentino. Publicación quincenal fundada en 1877 y dirigida por el *Dr. Lucio Gordillo*.—Buenos Aires, 1896.

Colegio provincial de Médicos de Valladolid. Memoria leída en la junta general del 9 de Diciembre de 1895 por el secretario general *don Pablo Lacort y Ruiz*, y constitución de la sociedad en 1896.—Valladolid, 1896.

Contribución al estudio clinico de las diarreas infantiles, por el *Dr. José E. Ferrán*.—Un folleto.—Puerto Rico, 1895.

Etude clinique sur 64 cas de trépanation du crane, par le *docteur Just Lucas-Championnière*.—París, 1894.—Un folleto.

La hernie ombilicale. Thérapeutique et cure radicale, par le *docteur Just Lucas-Championnière*.—París, 1896.—Un folleto.

La bicyclette, conférence faite á Caen le 10 Aout 1894 au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, par le *Dr. Just Lucas Championnière*.—París.

Boletin-médico farmacéutico extremeño.—Publicación periódica.—Plasencia, 1896.

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