

## HERIDAS PRODUCIDAS

POR PROYECTIL DE PEQUEÑO CALIBRE, FUSIL MAÜSSER (I).

### II.

**HERIDAS DE LOS HUESOS.**—Las heridas de los huesos producidas por armas de fuego, según el tamaño del proyectil que las produce, la composición de él y su fuerza de penetración, difieren notablemente. De aquí que al chocar contra un cuerpo duro, como es el hueso, los proyectiles de grueso calibre, compuestos de un metal blando, como el plomo, se deformen y casi siempre se dividan; y los de pequeño calibre, formados de metales más duros, y dotados de mayor velocidad y penetración, los perforan sin deformarse ni dividirse.

Como los proyectiles de grueso calibre tienen menor fuerza inicial y de penetración, sus heridas ofrecen mayores destrozos y son menos asépticas que las producidas por los proyectiles de pequeño calibre. El proyectil grueso arrastra casi siempre restos de los vestidos que lleva el individuo, y los deposita en las paredes del trayecto; substancias éstas que no son asépticas, y que complican, por tanto, las heridas; en las ocasionadas por proyectiles de pequeño calibre, dado su poco tamaño, escasa superficie de choque, gran velocidad y fuerza de penetración, los vestidos son más bien separados que arrancados, y casi nunca se encuentran sus partículas en el trayecto de la bala.

Los destrozos en los huesos son mucho mayores cuando se trata de proyectiles grandes que cuando son los pequeños los causantes del traumatismo. En los primeros, el choque es el de un cuerpo pesado y menos duro que el hueso; tiene por necesidad que deformarse en una superficie mucho mayor que su primitivo calibre; y

(1) Véase el núm. 233.

como no le es posible arrastrar tras sí esta gran superficie contundida, la fractura que produce es conminuta, con gran número de esquirlas de tamaño grueso; éstas se hallan dirigidas en diversa dirección en cada uno de los dos orificios; en el de entrada, al empuje del proyectil, el hueso, que es elástico, cede algo de fuera á adentro; y llegado al límite de elasticidad, salta y se rompe por el arco de flexión, estando el punto por donde pasó la bala dirigido hacia adentro, y el punto por donde saltó la esquirla hacia afuera; y roto el periostio, la esquirla se clava en la carne causando grandes destrozos: en el orificio de salida el fenómeno pasa á la inversa; el punto donde el proyectil toca está dirigido hacia afuera, y el lejano, ó sea el de rotura por el arco de flexión, está hacia adentro; advirtiéndose que los fragmentos correspondientes á este orificio son mayores que los de la entrada: ésto se explica del modo siguiente: cuando el proyectil ha pasado la primera pared (huesos largos) ó capa externa (huesos cortos y planos), se deforma, haciendo que el trayecto que recorre sea de más extensión; como entonces el hueso ofrece menos resistencia y mayor elasticidad por estar rota su primera pared ó capa, el arco de flexión se produce rajándose el hueso á mayor distancia que por donde rompió en el orificio de entrada, resultando de aquí unas esquirlas mucho más largas que las correspondientes á este orificio; extraídas las esquirlas quedan los dos fragmentos del hueso como dos medias cañas; la parte convexa está hacia el orificio de entrada y la cóncava hacia el de salida (huesos largos), y una placa larga (huesos anchos), desecha en casi su totalidad (huesos cortos); unamos á ésto que como la substancia con que se construye el proyectil de grueso calibre es blanda, éste no sólo se deforma, sino que casi siempre se divide en fragmentos; fenómeno que sucede con más frecuencia en los recubiertos de latón.

*Remington reformado.*—En que la cubierta salta, yendo por un sitio, y la substancia propia del proyectil por otro.

En los proyectiles de pequeño calibre, dados su menor diámetro, mayor velocidad y rotación, muchísima más fuerza de penetración y mucha más dureza de los metales que le componen, tienen otro mecanismo sus heridas y son distintos también sus efectos en los huesos; así vemos que en las heridas de estos proyectiles no se presentan esquirlas en el orificio de entrada, y sí muy pequeñas en el de salida; generalmente un fino polvo óseo en estos orificios.

Las fracturas completas en las heridas de estos proyectiles son raras y nunca conminutas; casi siempre el hueso está horadado

como á taladro, siendo ésto constante en los huesos planos cortos, en los largos y gruesos, y extremidades de los largos. Como se vé, los destrozos causados por estos proyectiles en los huesos son mucho menores que los de las armas de grueso calibre; sus heridas, por tanto, son más benignas, y su pronóstico más favorable.

El mecanismo es explicable: el proyectil contra el hueso contunde en menor extensión su superficie, y ofrece, por tanto, menor resistencia; como la materia de que se compone el proyectil es más dura que el hueso, no se deforma y obra siempre en un mismo punto de extensión superficial; su velocidad y rotación, mucho mayores, le dán el efecto de un taladro, quitando las capas al hueso; y no dando lugar á forzar la elasticidad de éste antes que se venza el grado máximo de ésta, tiene tiempo para atravesar la primera ó plano superficial, según sea el hueso; al llegar á la segunda capa ó pared, como el hueso no está fracturado ni deformado en la primera, se comporta del mismo modo y sólo vemos pequeñísimas esquirlas en el orificio de salida, unidas casi siempre al periostio; son de la capa más externa del hueso, de la misma manera que ocurre cuando el taladro obra en la madera ó el trépano en los huesos.

Cuando se produce la fractura completa, que es muy raras veces, no se encuentran grandes esquirlas.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico de esta clase de heridas es fácil.

En las producidas en los miembros, que suelen ser las más frecuentes, por proyectiles de grueso calibre, podemos observar que el orificio de entrada está en relación con el diámetro de aquel cuerpo contundente, y el de salida es tres ó cuatro veces mayor; la piel se halla desgarrada y despegada de los órganos adyacentes, la hemorragia es grande y la sangre negruzca, el miembro está aumentado de volumen, dolorido, con aumento de calor y deforme con relación al eje del mismo; por los movimientos que se imprimen se nota si hay fractura por el ruido de crepitación, siendo mayor la hemorragia y el dolor; en las heridas del fémur hay rotación hacia fuera del pié.

Si las heridas no han podido ser curadas definitivamente y el enfermo no ha guardado el reposo y la inmovilidad necesaria, como por desgracia ocurre en esta campaña, en que las columnas se encuentran casi siempre á dos ó tres jornadas de distancia de los hospitales, tardándose por esta causa más de un día en su reposo y cura definitiva, en estas clases suelen aparecer todos los síntomas del flemón profundo, con tendencia á la gangrena, por la descomposi-

ción pútrida de la sangre, extravasada en el trayecto y foco de fractura.

La exploración de estas heridas para su diagnóstico no es muy necesaria; pero si en ellas se introduce el estilete, se observará que el hueso está separado en la continuidad; explorando en todas direcciones, se apreciará un gran foco hemorrágico alrededor del hueso, y que éste es movable en alguna de sus partes ó en varias á la vez, indicio seguro de fractura conminuta.

Las heridas de los huesos por proyectiles de pequeño calibre, presentan poca hemorragia en el orificio de entrada, y en el de salida alguna más, acompañada de pequeñas partículas de hueso; cuando la herida radica en los miembros, éstos se hallan muy poco aumentados de volumen, es escaso el dolor y hay poco aumento de calor; por el estilete se nota en el hueso un orificio de entrada circular, sin que se aprecie movilidad alguna en él; en el de salida se tropieza con pequeñas partículas óseas y una igualdad de diámetro á la del orificio de entrada; ésto indica que el trayecto de la herida se halla en forma de túnel: cuando se comprueba la fractura completa, no se observan nunca puntos movibles, lo que demuestra la ausencia de esquirlas voluminosas.

Estas heridas, aunque no se curen en dos ó más días, no tienen tendencia al flemón, á la gangrena, ni á complicación alguna; la infección en ellas es bastante difícil á causa de que en los orificios de entrada y de salida son muy pequeños, muy escasos los líquidos exudados, que sirven para el cultivo microbiano. Además el cuerpo vulnerante no infesta estas heridas por ser completamente aséptico, debido á su elevada temperatura y á la velocidad que llevan. Así se comprende que hayan entrado heridos de tres días que al levantarles la primera cura, hecha sobre el campo de batalla, se encontrasen los orificios asépticos y casi cicatrizados.

*Pronóstico.*—De lo expuesto se deduce que los pronósticos son diferentes en las heridas óseas de estas dos clases de proyectiles, mientras en las de grueso calibre son siempre graves, porque muy graves son las fracturas conminutas, formando foco con la herida al exterior: las de pequeño calibre carecen de esta gravedad por ser rara vez conminutas, cicatrizan perfectamente y casi nunca se necesita para su curación la intervención operatoria.

*Tratamiento.*—El tratamiento de las heridas de los huesos, producidas por proyectiles de pequeño calibre, difiere poco del de las heridas de los tejidos blandos.

Como ya hemos expuesto, estos proyectiles rara vez fracturan los huesos por completo; la cura entonces es muy simple, limitada á la irrigación y perfecto lavado de la parte con una solución antiséptica del sublimado al 1 por 1.000, á la compresa húmeda sobre la herida exterior de esta misma solución: cuando se trata de heridas de huesos muy delgados ó el disparo ha tenido lugar á quemadura y presentan grandes destrozos, se hace necesaria la desinfección y la extracción de cualquier cuerpo extraño y de esquirlas desprendidas del periostio, resecaando además las extremidades de los fragmentos fijos, regularizando las superficies vulneradas.

En el caso de presentarse el flemón difuso ó la gangrena, con vendrá hacer incisiones amplias y profundas para el primer caso, destruir y separar todas las partes mortificadas en el segundo, practicando en ambos casos un extenso y perfecto lavado antiséptico con la solución de sublimado en el primer momento y con la de timol al 1 por 1.000 en las curas sucesivas. Con esta intervención operatoria basta casi siempre para obtener los éxitos más lisonjeros, conservando la vida y miembro del herido; existen casos en que la gangrena no es dependiente de la compresión y rajaduras de esquirlas y fragmentos, sino por la falta de riego arterial; entonces, y sólo en este caso, debe recurrirse á la amputación.

Las curas tardías y la inmovilidad del miembro ó de la región, una vez curadas las partes blandas, completan el tratamiento de las heridas de los huesos por proyectiles de pequeño calibre.

Cuanto acabamos de exponer en este capítulo es aplicable al tratamiento de estas heridas por proyectiles gruesos.

A. MALO Y MARTÍNEZ.

Médico mayor.

(Continuará.)

---

## Estado sanitario del ejército ruso (1).

---

La *erisipela* ofrece cifras muy parecidas á las del ejército francés; en efecto, la morbosidad por erisipela ha sido en el ejército ruso de tres por 1.000, próximamente, en los últimos años; pero la gravedad de esta enfermedad es mayor que en el ejército francés.

---

(1) Véanse los núms. 230 al 233.

Ofrece 2.760 casos y 73 fallecidos en 1890; 2.636 casos y 90 fallecidos en 1891; 2.222 casos y 66 fallecidos en 1892, y 2.781 casos y 63 fallecidos en 1893.

En 1890, la erisipela se presentó con cierta intensidad en el territorio transcaspiano después de la epidemia de gripe, y principalmente en Abril y Mayo, en la guarnición de Merv. Esta epidemia, señalada por 114 casos, ha presentado algunos caracteres clínicos singulares: la erisipela empezaba por la mucosa bucal; se extendía en seguida á la mucosa nasal, ganaba la trompa de Eustaquio y aparecía, por último, en la cara, alrededor de las narices y de las orejas. Evacuados los cuarteles fueron sometidos á medidas radicales de desinfección.

En 1893, la erisipela se encontraba todavía en su máximo en el territorio transcaspiano, 8'4 por 1.000; vienen después Irkoutsk, 6'9 por 1.000; el Cáucaso, 6'7 por 1.000, y en último lugar Finlandia con 1'2 por 1.000.

La *difteria* es una de las enfermedades más raras en el ejército ruso, que es verdaderamente el más favorecido de todos los ejércitos europeos respecto á esta enfermedad; el máximo de los casos ha sido de 91 en 1890, con 10 fallecidos. 1892 no ofrece más que 74 casos y tres fallecidos. Con cifras tan insignificantes no es extraño que esta enfermedad no sea objeto de ninguna mención especial.

El *escorbuto*, que casi no se encuentra en los otros ejércitos europeos, fuera de las prisiones y de las penitenciarías, se presenta en el ejército ruso con una frecuencia y una tenacidad, que son causa de vivas preocupaciones por parte del Cuerpo de Sanidad. El escorbuto llegó á su punto culminante en 1883 (4.873 casos en los hospitales y los lazaretos y un número doble en las enfermerías), disminuyó progresivamente hasta 1890, para recobrar en el año siguiente una marcha ascendente. 1890 presenta 1.195 casos y 14 fallecidos; 1891, 1.411 casos y 17 fallecidos; 1892, 1.508 casos y 20 fallecidos, y 1893, 1.707 casos y 21 fallecidos. La cifra de los enfermos tratados en las enfermerías, depósitos de convalecientes, etc., por el contrario, disminuye á medida que el otro aumenta, lo que parece indicar una gravedad mayor de las formas de la enfermedad, hipótesis comprobada por el número de inútiles y fallecidos por esta afección.

La cifra total puede calcularse en 3.000 en estos últimos años, y su mayor gravedad corresponde á ciertas regiones militares, principalmente á la de Saint-Pétersbourg, á la guarnición de la capital,

y á tropas escogidas, como la guardia imperial. El aumento considerable de la morbosidad escorbútica en Saint-Pétersbourg, al principio de 1893, llamó la atención de la autoridad hacia el mes de Abril. Del 1.º al 15 de Abril de 1890 no se habían contado mas que 44 casos de escorbuto; el mismo período suministró 53 en 1891, 51 en 1892, y 182 en 1893. Además, en 1890 sólo fueron atacados ocho Cuerpos, nueve en 1891 y 1892, y 16 en 1893. Otros regimientos de la guardia de Infantería y Artillería no tardaron en aumentar esta cifra.

Dos comisiones fueron nombradas en los hospitales militares de Nikolaieski y Cemenovski-Alexandrovski, bajo la presidencia de los Médicos, Jefes de estos dos establecimientos, con el objeto de investigar las causas de esta situación anormal y de indicar los medios de remediarla. Estas comisiones señalaron, en diferentes cuarteles, deficiencias higiénicas de poco valor, como la insuficiencia de la ventilación y de la iluminación natural. Señalaron, además, en algunos Cuerpos, la mala calidad del pan, mal cocido y acuoso, de la harina, en grumos y amarga al gusto; en otros, los locales donde se almacenaba el pan y la harina eran húmedos y estaban enmohecidos. Pero renunciaron á fijar las causas determinantes del escorbuto; una de ellas rehusó seguir al Director del servicio de Sanidad de Cuerpo de Ejército Iskerski, que sostenía en sus conclusiones el papel específico de la harina averiada. Como profilaxia recomendaban mejorar la higiene y la alimentación en general, la disminución de las fatigas del servicio, la organización de los depósitos de convalecientes y la supresión del servicio de guardia para los hombres procedentes de las provincias del Oeste, que parecían ofrecer una predisposición especial al escorbuto.

Los trabajos poco concluyentes de las dos comisiones fueron enviados para su examen á una tercera comisión superior, encargada de pronunciar un último informe, que fué basado en un amplio eclecticismo. Las causas del escorbuto son complejas; las condiciones higiénicas, climatéricas y bromatológicas del invierno de 1892-93 han realizado los «momentos» etiológicos, reconocidos unánimemente en la ciencia como los más favorables para la invasión y la extensión epidémica del escorbuto. El invierno había sido extremadamente riguroso; no se había podido dar á las habitaciones la temperatura reglamentaria, á pesar de haber duplicado los medios de calefacción; el confinamiento invernal se había prolongado mucho más; el hacinamiento en las habitaciones y la disminución del aire respirable había llegado á su máximun. La alimentación había sido

insuficiente en calidad y cantidad; las legumbres frescas estaban á precios muy altos. Se había descuidado conceder una alimentación suplementaria á los débiles y á los que presentaban los primeros síntomas del escorbuto.

La comisión superior se entregó á una crítica muy viva, que produjo, en un documento oficial, una nota picante sobre los conceptos etiológicos del Inspector Iskerski. Demostró que el honorable consejero íntimo había despreciado la interpretación de los hechos referidos por Hirsch, que contradecían personalmente su opinión sobre el papel exclusivo de la harina averiada. Por otra parte, en Saint-Pétersbourg, el escorbuto se ha presentado en el momento en que la guarnición consumía la harina fresca, recién molida; era raro entonces que se sirviera harina sospechosa procedente del bajo Volga, y se le ha observado con una frecuencia muy desigual en los Cuerpos que utilizaban una harina del mismo origen. Por último, en Junio y Julio fué cuando esta substancia dejaba más que desear, y el mayor número de enfermos se observó en el mes de Mayo.

Sin embargo, debe observarse que la única medida profiláctica de importancia que propuso esta comisión, se refiere á las harinas. Reconoce la necesidad de conservar los aprovisionamientos de trigo el mayor tiempo posible sin moler, porque así es menos inalterable que la harina y se reconoce con más facilidad. El Jefe decidió como ensayo que dos regimientos se sirvieran durante siete meses de harina local fresca.

Cuando se observan los fundamentos tan ligeros y las vacilaciones de profilaxia á que se entregan nuestros colegas rusos en presencia de graves epidemias de escorbuto, olvidando el hilo conductor aportado á esta etiología inextricable por el Inspector Villemín (el escorbuto, enfermedad infecciosa), no es extraño verlos detenerse en un camino sin salida. Sin embargo, les es forzoso reconocer que el escorbuto no es el resultado de una simple alteración de la nutrición, cuando comprueben, como el Médico Inspector de la región militar de Moscou en 1890 «que se manifiesta con bastante más intensidad y bajo una forma más aguda entre los hombres más vigorosos y mejor constituidos, al paso que en los sujetos de una complexión mediana y en los enclenques, la enfermedad no dá lugar á otra cosa que á manchas ó petequias en las piernas.» En presencia de esta observación y de bastantes otras, la noción del carácter infeccioso no puede dejar de hacerse lugar y, en efecto, el

comité técnico médico-militar, llamado á su vez á informar en 1894, declaró «en medio de todas las otras conjeturas, como la más verosímil»; y entre las medidas propuestas por la última comisión superior, figuraba la desinfección de los efectos de los hombres á intervalos regulares y una vez al año por lo menos (1).

Además de Saint-Pétersbourg pueden citarse la Finlandia y el Turkestan, donde el escorbuto hizo estragos en 1893; el Amour aparece también en aumento; Moscou tuvo una cifra elevada de inútiles por esta causa. En el territorio transcaspiano la enfermedad decrece marcadamente.

La evolución anual del escorbuto es muy regular; está en su minimum en los cinco últimos meses del año y en Enero, empieza á aumentar en Febrero, llega á su maximum en Mayo y decrece rápidamente en Junio y Julio. Es imposible encontrar en esta curva la influencia del confinamiento invernal.

M. G. F.

(Continuará.)

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

---

**Extirpación total del omóplato.**—La enferma objeto de esta observación tenía 23 años de edad; ingresó en la clínica de Madelung (Estrasburgo) por causa de una tumefacción del hombro derecho, que la paciente afirmaba haber notado desde hacía seis semanas. Al examen de la enferma pudo observarse la existencia de un tumor que interesaba principalmente el omóplato, si bien se extendía un poco hacia delante y llenaba en parte el hueco axilar. Ese tumor era duro, movable como el mismo omóplato, sin adherencias con la piel que lo recubría; las venas cutáneas del brazo estaban dilatadas. Cuanto á los movimientos de la articulación escapulo-humeral, se efectuaban casi como de ordinario.

Madelung diagnosticó un sarcoma del omóplato, y habiendo la enferma aceptado la operación, practicó una incisión que, partiendo del acromion, seguía la línea axilar posterior, observando que el tumor había ya invadido la articulación del hombro y los músculos que la rodean. Madelung extirpó todo el omóplato y reseco la cabeza del húmero, ya que la articulación se hallaba igualmente afectada, extirpando luego los ganglios axilares que estaban con-

---

(1) El descubrimiento del organismo patógeno del escorbuto, señalado ya por Babés, Testi y Bebi, parece confirmado también en Rusia por las investigaciones de Aphansiev, que están publicándose (*Vratch*, 1893, 22, p. 634, etc.)

siderablemente entumecidos; reunió, finalmente, el húmero á la clavícula por medio de un hilo de plata y taponó la herida. Las consecuencias operatorias no dieron lugar á ningún accidente grave, y la enferma pudo abandonar el servicio un mes después de la intervención.

Tres semanas más tarde, empero, volvió á presentarse, atacada de una recidiva en la región de la cicatriz. Se hizo una segunda operación que, desgraciadamente, fué también seguida de recidiva al cabo de seis semanas. Renuncióse entonces á toda intervención y, por último, la enferma sucumbió dos meses más tarde.

En este trabajo, Schultz dá una estadística muy completa de las extirpaciones del omóplato y de las amputaciones interescápulo-torácicas que han sido practicadas hasta hoy, y compara los resultados obtenidos antes y después de 1875. Vemos por esa estadística que el resultado operatorio inmediato es mucho más favorable para la primera de dichas operaciones que para la segunda, puesto que la extirpación del omoplato no cuenta, desde 1875, mas que 7 por 100 de mortalidad post-operatoria, mientras que la mortalidad de la amputación interescápulo-humeral del brazo se eleva á 13 por 100. Cuanto al resultado definitivo, el autor registra 64 por 100 de curaciones en la primera operación y 56 por 100 en la segunda. Estas cifras elevadas provienen de que los enfermos no han sido seguidos durante un lapso de tiempo suficiente; disminuyen notablemente si no se toman en consideración mas que los casos que han sido observados durante mucho tiempo. Sin embargo, encuentra tres casos tratados por la amputación interescápulo-torácica curados radicalmente. No se deberá, pues, vacilar ante la perspectiva de esas intervenciones graves, si la ausencia de metástasis deja aún algunas probabilidades de curación.

*(Deutsche Zeitsch. f. Chir.)*

\*  
\*\*

**Tratamiento de los bubones venéreos supurados.**—El tratamiento clásico de los bubones supurados de la ingle consecutivos al chancro blando, por la incisión amplia seguida ó no de legrado y del taponamiento con la muselina impregnada de iodoformo ó de sublimado, exige un tiempo muy largo para la cicatrización de la vasta llaaga que de ese modo se crea.

Con objeto de obviar este inconveniente, el profesor E. Lang, de Viena, ha propuesto puncionar el bubón; luego, después de la evacuación del pus, practicar lavados de la cavidad con una solución de nitrato de plata á 0,5 ó 1 por 100.

Este procedimiento, en efecto, ha dado buenos resultados al doctor E. Lehner, de Budapest; pero al aplicarlo, nuestro colega ha podido convencerse de que se obtienen resultados aun mejores, es decir, una curación sensiblemente más rápida, cuando se deja á un lado toda inyección en la cavidad del absceso y el facultativo se li-

mita á exprimir simplemente el pus á través del orificio de punción y á poner la región afectada á cubierto de toda irritación.

Hé aquí como nuestro colega procede en presencia de un enfermo con adenitis inguinal consecutiva al chancro blando:

Cuando el bubón no ofrece todavía signos de fusión purulenta, Lehner prescribe el reposo en cama y aplicaciones frías (no heladas) sobre el tumor, medios que, en ese período, tienen á menudo por efecto el hacer cesar primeramente los dolores y producir luego la desaparición del bubón.

Si la sensibilidad dolorosa no se atenúa, se recurre á las cataplasmas calientes, las cuales son aún susceptibles á veces de provocar la resolución del tumor, pero que, lo más á menudo, apresuran su fusión purulenta.

Si el absceso se halla ya formado, se punciona en su punto culminante con un bisturí-lanceta que se introduce verticalmente, tomando para ello — es obvio decirlo — todas las precauciones usuales de asepsia. Se exprime cuidadosamente el pus, lávase la piel en el circuito del orificio de punción, y se recubre este último con una capa de muselina impregnada de sublimado, luego con uata aséptica que se sujeta por medio de una venda. Si la superficie cutánea está muy irritada, se aplica una cura húmeda. La cura es renovada todos los días y, con esta ocasión, se procede cada vez á exprimir el pus. Al cabo de uno á cinco días, según el volumen del absceso, el líquido que fluye del bubón pierde en la mayoría de los casos su carácter purulento y disminuye de cantidad, hasta el punto de que, á no tardar, no se llega sino á hacer brotar una gotita de serosidad citrina absolutamente límpida. En tal momento, las paredes del absceso se hayan ya adheridas y uno ó dos días más tarde el orificio de punción se cierra y se adhiere á su vez á las partes subyacentes. Entonces se permite al enfermo que se dedique á sus ocupaciones habituales, recomendándole que lleve sobre la región afectada un pequeño emplastro antiséptico y que la lave mañana y tarde con jabón y agua caliente. Procediendo en esta forma, obtiéndose la curación del bubón al cabo de seis días como término medio.

Es inútil decir que esta curación rápida no sobreviene sino en los casos en que se trata de un simple bubón sintomático del chancro blando. En cambio, cuando el facultativo se halla en presencia de un bubón que ha sufrido la infección chancrosa, la curación es mucho más lenta en producirse, y el tratamiento que Lehner emplea en tal circunstancia consiste en hacer inyecciones de agua salada esterilizada en la cavidad del absceso y en aplicar una cura iodofórmica.

(*La Sem. Med.*)

\* \* \*

**Luxación de las dos extremidades de la clavícula, curada por medio de un simple vendaje contentivo.**—El Dr. Poggi, Profesor de medicina en la Facultad de Bolonia, y su asistente le

Dr. Loreta, han observado un caso raro de luxación simultánea de las dos extremidades de la clavícula derecha en un individuo de oficio albañil, de edad de 61 años, que se había caído de una altura de cuatro á cinco metros, contundiéndose la parte lateral derecha del cuerpo, especialmente la cara posterior externa del hombro. Al examinar al herido inmediatamente después del accidente, se reconoció la existencia de una fractura de las sexta y séptima costillas, á nivel de la línea axilar posterior, con pleuroneumonia consecutiva, así como una luxación de la clavícula derecha, cuya extremidad interna resultaba dislocada hacia delante (luxación *presternal*), mientras que su extremidad externa descansaba sobre el acromion (luxación *supra-acromial*.) Como quiera que el estado general del paciente parecía alarmante, de ahí que no se quisiera apelar á manipulaciones penosas para él, y por todo tratamiento de la luxación clavicular se aplicó un simple aparato contentivo, que se dejó en su sitio durante algunos días. Cuando fué retirado este vendaje, notóse que la extremidad externa de la clavícula estaba reducida de una manera completa y definitiva; pero, á nivel de la extremidad interna del hueso, existía un pequeño relieve presternal que no fué posible hacer desaparecer. Con todo, el herido, que salió del hospital treinta y ocho días después del accidente, pudo dedicarse, poco después, á sus trabajos y á ejecutar con el miembro lesionado, sin molestia ni dolor, toda suerte de movimientos, aun los de elevación del brazo.

(*La Sem. méd.*)

\*  
\*  
\*

**Pólvoras y proyectiles sépticos.**—El cirujano general del ejército de los Estados Unidos ha publicado un informe sobre esta cuestión: «¿Un proyectil séptico puede infectar una herida por arma de fuego?»

Los hechos citados en este informe demuestran claramente que los proyectiles (por lo menos los de las armas portátiles) no se hacen asépticos por su paso á través del cañón; cuando un microorganismo específico, como el del carbúnculo, se deposita sobre un proyectil y éste hiere á un animal sensible á esta afección, ésta se desarrolla en la mayoría de los casos.

Las experiencias referidas por el autor se han hecho á corta distancia, pero este trabajo no dice si los microorganismos podían quedar adheridos á los proyectiles cuando éstos herían á largas distancias. El Dr. Lagarde, Capitán cirujano del ejército de los Estados Unidos, ha tratado de llenar este vacío con algunas experiencias. Tiró contra cinco carneros á la distancia de 250 y 400 metros, con proyectiles revestidos de acero, de 12 gramos de peso, con el fusil Krag-Jurgensen y pólvora sin humo Peyton. Cada proyectil había sido infectado, inmediatamente antes del tiro, por medio de una cultura pura del bacilus antracis. Cuatro carneros fueron heri-

dos, y el quinto murió en el acto por haber lesionado el proyectil los grandes vasos del cuello.

De los otros cuatro, á uno se le produjo una herida, á 400 metros, en la cara interna de la corba derecha, cerca de la tibia, y la muerte sobrevino seis horas después de la herida. Las preparaciones de la sangre, del hígado, del bazo y del corazón, revelaron la presencia del bacilus, del que se obtuvieron culturas. Otro carnero fué herido, á 250 metros, en la escápula izquierda, y el proyectil salió por el lado derecho del cuello; murió al quinto día y las preparaciones revelaron la presencia del bacilus. Los otros dos animales, heridos en la piel del abdomen y en la pierna, respectivamente, curaron por completo. Estos hechos demuestran que el germen del carbúnculo puede ser transportado por los proyectiles á una gran distancia.

*Pólvoras sépticas.*—1. *Pólvoras negras.*—Se calcula que sólo se quema el 57 por 100 de la pólvora empleada en los disparos, y que el resto que queda sin arder obra como pequeños proyectiles capaces de producir lesiones cuya extensión y gravedad varían con el volumen de los granos, longitud del cañón, distancia, etc.

La pólvora negra que se emplea ordinariamente está infectada con polvo y otras impurezas, como se demuestra haciendo culturas sobre gelatina en tubos de Esmarch, que se llenan de colonias en cuarenta y ocho horas á la temperatura ordinaria. La pólvora negra esterilizada, quemada sobre placas de gelatina ó de agar, no produce colonias en la mayoría de los casos, y si se forman proceden del aire exterior ó de una esterilización imperfecta. Para evidenciar que la pólvora común contiene microorganismos, Legarde siembra en ella gérmenes específicos, agitando algunos gramos de esta pólvora con una aguja previamente empapada en una cultura del bacilus antracis. Esta pólvora, repartida en seis cargas, se disparó sobre 12 cajas de Petrí, colocadas en seis cestos de alambre, suspendidos á intervalos de 20 centímetros uno de otro. Después de disparadas las seis cargas, á la distancia de 1'50 metros, todas las placas contenían granos de pólvora sin quemar. Colocadas las placas en la estufa á 35°—37°, á las cuarenta y ocho horas contenían ya colonias del bacilus.

Las experiencias hechas en los conejos, tirando á las orejas, por medio de pólvora contaminada, confirmaron estos resultados. En cuatro conejos los granos no penetraron en la piel; en otros dos se fijaron profundamente en el tejido conjuntivo sub-cutáneo; uno murió al día siguiente y el otro curó; las preparaciones del corazón, de la sangre, del bazo y del hígado demostraron la presencia del bacilus.

2. *Pólvora sin humo.*—Las experiencias se hicieron con la pólvora Peyton, adoptada en los Estados Unidos, y con el fusil Krag-Jurgensen. Aunque hay razones para creer que esta pólvora no esté limpia, por las variadas manipulaciones que sufre, no se obtienen, sin embargo, culturas, introduciendo granos en medios nutritivos variados (caldo, gelatina, agar, etc.) Por otra parte, si un

tubo de caldo que contenga granos de pólvora, se siembra con esporos del bacilus antracis, éstos se desarrollan muy bien después de veinticuatro horas, lo que demuestra que la acción impediende de esta pólvora no se extiende á los gérmenes muy resistentes.

Si se repite con la pólvora Peyton, no esterilizada, las experiencias hechas con la pólvora negra que ya hemos referido, los granos no quemados no desarrollan generalmente ninguna colonia. Si se mezcla con esta pólvora polvo de tierra en la proporción del 10 al 20 por 100 y se la quema, las colonias se muestran en abundancia.

En los conejos á quienes se disparó con pólvora contaminada por esporos del carbúnculo, se encontraron bacilus en la sangre, el hígado, el bazo, etc.

*Conclusiones.*—Según Legarde, estas experiencias explican las complicaciones del tétanos, de la erisipela, etc., que se observan en las heridas por armas de fuego. Nimier refiere en los *Archives de médecine et de pharmacie militaires* cuatro casos de tétanos consecutivos á quemaduras producidas por la explosión de cartuchos sin bala, aunque en el tratamiento se tomaron todas las precauciones antisépticas. La pólvora de los cartuchos era la antigua pólvora negra. Estos accidentes se explican por la infección de la pólvora, ó porque la boca del fusil estuviera llena de tierra. Legarde cree que sus experiencias demuestran la posibilidad de la primera de estas dos hipótesis como medio de infección.

(*Giorn. med. del reg. esercito.*)

\*  
\* \*

**Tratamiento de la malaria de los niños.**—Feuchtwanger expone los principios, según los cuales conviene tratar la malaria en los niños. Desde el principio, insiste en la necesidad de emplear la quinina con preferencia á toda otra substancia. Ha ensayado muchas, pero nunca ha obtenido resultados comparables á los que proporciona la quinina.

En los niños, el autor emplea preferentemente el bisulfato, que es mejor soportado que el sulfato, lo que hace que sea más eficaz á pesar de contener una proporción menor de quinina.

La dosis se regula por la edad del niño. Cuando se administra por la vía gástrica, se dan tantos decigramos como años tiene el niño ó tantos miligramos como meses. Si el niño tiene menos de dos años, emplea entonces el autor una pomada conteniendo dos gramos de sal quinínica por 40 de manteca de cerdo, con la cual se practican fricciones en las ingles y axilas. A propósito de este punto, hace notar Feuchtwanger la opinión general, según la que la quinina no se absorbe por la piel. Él, al contrario, ha visto que la quinina administrada en forma hipodérmica producía el mismo efecto que por la vía gástrica. Feuchtwanger emplea igualmente los supositorios de quinina que, sin embargo, reserva á los niños de tres á ocho meses. Ordena tres supositorios cada día, conteniendo cada uno doble dosis de quinina que la que se daría por la vía

estomacal. Si los supositorios provocan tenesmo rectal, acúdense entonces á los enemas, obrando en ambos casos la quinina como si fuera dada por el estómago.

Las diferentes manifestaciones de la malaria justifican, por lo demás, un tratamiento especial. Así, las neuralgias de origen palúdico son tratadas con éxito por el valerianato de quinina. En la malaria perniciosa, el autor recomienda las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de quinina, que le han surtido los mejores efectos en niños de diez á doce años. Una vez que los principales síntomas han cedido, se apela de nuevo á los supositorios y se combate la caquexia consecutiva por medio de reconstituyentes, como el hierro ó el arsénico.

La caquexia malárica es difícilmente tratable en los niños. La quinina debe ser administrada varios días y, aun mucho tiempo después, aconseja el autor el cocimiento de corteza de quina con tintura de tornasol y algunas gotas de ácido clorhídrico.

Si los accesos febriles reaparecen á pesar del tratamiento, débese entonces ensayar el arsénico, á menos que existan trastornos gástricos. El autor dá una mixtura con dos gramos de solución de arseniato de potasa y ocho gramos de tintura de malato de hierro. Se llega á hacer tomar 45 gotas de tal mixtura á un niño de tres años y aumentando la dosis de una gota cada día, descendiendo luego á la dosis primitiva. Si el arsénico no logra ningún resultado, no queda otro recurso que hacer cambiar al enfermo de localidad.

(*Therapeutisch. Monatschrift.*)

\*  
\*\*

**Neoformación de las células nerviosas.**—*M. Alexandre N. Vitzon*, Profesor de Fisiología de la Universidad de Bucarest, ha realizado algunas experiencias interesantísimas en el mono, que al parecer dejan resuelto el asunto de la regeneración celular del sistema nervioso central, consecutivamente á las pérdidas de substancia de su tejido.

Practicando diferentes lesiones sobre los lóbulos occipitales, suficientemente extensas para producir la pérdida de la visión, han llegado, observando los progresos de la reaparición de función y estudiando los de regeneración de tejido, á la siguiente conclusión: *El cerebro (en el mono) posee el poder de reproducir la pérdida de substancia operada en su propio tejido, y de recuperar, por lo tanto, una parte de sus propiedades anatómicas y fisiológicas.*

*El retorno funcional del sentido de la vista, perdido por la ablación total de los lóbulos occipitales, débese á la neoformación de una substancia de naturaleza nerviosa, de la que parte la neoformación de las células y las fibras.*

(*Archives de Physiologie.*)

\*  
\*\*

**Envenenamiento por la cocaína. Síntoma de Magnan.**—*Ryba-*

koff, en una conferencia de la Sociedad neurológica de Moscú, afirmó el valor diagnóstico descrito por Magnan, referente al síntoma del envenenamiento crónico por la cocaína. Es una alucinación de la sensación común; el paciente se queja de sentir cuerpos extraños bajo la piel; en unos casos el sentimiento es de granos de arena de mayor ó menor tamaño, describiéndolos generalmente como más ó menos redondeados, y en otros casos el sentimiento es de gusanos, cristales, etc., etc., situados precisamente bajo la piel. Mientras otros síntomas del envenenamiento crónico por la cocaína, ocurren también con el alcoholismo y otros venenos, ese síntoma de Magnan sólo se presenta con la cocaína, teniendo por tal causa un valor diagnóstico real, especialmente en aquellos casos en que el paciente se niega á confesar el uso de la cocaína; y como de esta substancia se hace mucho uso en cirugía, la aparición de dicho síntoma es una excelente indicación para cesar inmediatamente en su uso. Korsakoff cita un caso en que una mujer que sufría de neuritis múltiple se quejaba de sentir gusanos bajo la piel, y que examinada se encontraron tapones vaginales que contenían cocaína en grandes dosis, mejorándose los síntomas apenas se suspendió su uso.

(*Neurol. Centralbl.*)

\*  
\* \*

**Contusión de la columna vertebral.**—Bechtereff llama la atención de la importancia diagnóstica de la contusión de la región sacra, en algunos casos como el siguiente: Asistió á un paciente con síntomas de compresión de la cola de caballo, con anestesia plantar y perineal, dolores espontáneos en las articulaciones, etc., dolor á la percusión en la región sacra, y esfínteres afectados. El paciente había sufrido una fuerte contusión en la región lumbar al caerse de un caballo, ocho meses antes, y los síntomas se aumentaron gradualmente de tal modo, que cuando fué observado el caso existía considerable demacración. En atención al grave estado del paciente y á sus muchos sufrimientos, se decidió ejecutar una laminectomía, que mostró una caries considerable del sacro, con material caseoso, que comprimía la cola de caballo. Después de la operación desaparecieron el dolor y la anestesia; pero las malas condiciones del paciente fueron causa de su muerte. Por la autopsia se demostró la tuberculosis del sacro, prostatitis supurativa y pielitis tuberculosa. Durante la vida daba la percusión en la región sacra una marcada nota obscura, mientras que en estado normal la percusión del área triangular, que tiene por base la parte superior del sacro y por vértice el coxis, dá una nota ligeramente clara. En el caso citado, la obscuridad correspondía exactamente con la masa tuberculosa que se encontró en la autopsia.

(*Brit. Med. Jouru.*)

\*  
\* \*

**Proyectiles en el cerebro y los rayos Roentgen.**—Dos casos en que fué posible localizar balas en la cavidad craneana mediante la radiografía. Caso 1.º Individuo de 18 años que accidentalmente se hirió en la cabeza con un revólver, entrando la bala tres centímetros y medio encima y dos centímetros en frente de la inserción de la oreja, produciendo pérdida completa de la conciencia hasta la mañana siguiente, desenvolviéndose al tercer día hemiplegia izquierda; la vejiga se paralizó temporalmente, mejorándose poco á poco la hemiplegia, con excepción de la parte inferior de la pierna, que aunque le hacía cojear podía, sin embargo, andar. Al fin de la séptima semana encontró Eulenburg los músculos inferiores de la cara más débiles en el lado izquierdo que en el derecho, y además el brazo izquierdo más débil que el derecho, hallándose la sensación considerablemente afectada, con dolor en la parte posterior de la cabeza. Eulenburg supuso que la bala penetró en el lado derecho de la silla turca, lesionando el nervio óptico derecho. Mediante la radiografía, Bukc demostró que la bala estaba en la fosa media del cráneo, á la derecha de la línea media. Caso 2.º Un individuo de 33 años quiso suicidarse hace diez años, hiriéndose con un revólver en la parte posterior de la región temporal derecha; al principio hubo signos de presión intracraneal, notándose sólo ligeros síntomas en los primeros cuatro años; luego sobrevinieron accesos de dolor en la cabeza; pensando el paciente que la bala se hallaba todavía alojada, estuvo después en un asilo cinco años, de donde se le despidió por incurable. Cuando lo vió Eulenburg estaba pálido y demacrado, notando apenas síntomas mentales ni corporales, y si sólo alguna vez dolor en la región temporal y supraorbitaria derechas, sin que hubiese evidencia clínica de que la bala estuviese todavía alojada, que fué, sin embargo, vista por Bukc mediante los rayos Roentgen en la fosa media del cráneo, detrás de la fisura orbitaria derecha.

Brissaud y Loudé citan un caso en que un individuo se hirió con un revólver (siete milímetros de calibre) en medio de la eminencia frontal, el 4 de Agosto de 1895; siguieron varios síntomas, permaneciendo, finalmente, una hemiplegia izquierda espasmódica, sin que envolviera las fibras superiores del nervio facial, del óculo motor ni de los masetéricos. Los rayos Roentgen mostraron el perimetro del cráneo, la eminencia y seno frontal, el seno maxilar, los huesos, surcos petroso y zigomático, cavidad orbitaria, etc., hallándose situada la bala en la región posterior, al nivel de la segunda circunvolución temporal. Esta posición correspondía exactamente con la dirección del trayecto, deducido de las parálisis resultantes. El interés principal, además de la localización exacta del proyectil, consiste en el hecho de que, hallándose la bala en la región temporal, no podía ser la causa de la hemiplegia, siendo ésta debida á la sección de las fibras que la bala encontró en su trayecto, ésto es, no tenía origen cortical, y por esta causa no podía

aliviarse con operación alguna. Se hizo una exposición de una hora y tres cuartos y la imagen hubiera sido más clara si no hubiera sobrevenido un ligero movimiento clónico de la cabeza.

(*Deut. med. woch.*)



## BIBLIOGRAFÍA

**Dr. Letamendi.**—*Discurso inaugural con motivo de la apertura de la Escuela práctica de especialidades médicas.*

De cualquier obra de nuestro sabio maestro no cabe hacer otra cosa que publicarla íntegramente, absteniéndose de emitir juicio crítico alguno sobre ella, á semejanza de lo que con las de la Naturaleza ocurre; ó se describen lo más detalladamente posible, es decir, se copian, dentro siempre de la limitación del humano entendimiento, ó se admiran y se encomian como todas ellas merecen.

La falta de espacio nos impide lo primero, y hacer lo segundo es de todo punto innecesario por ser suficiente saber quién es el autor para de antemano juzgar del mérito de la producción.

Para la Escuela práctica de especialidades médicas, á la que deseo tan próspera vida como sus propósitos merecen, el discurso del Dr. Letamendi es *su Decálogo*.

\*  
\* \*

**Dr. Just. Lucas-Championnière.**—*Le role de la graisse dans les herniés.*

La importancia de la comunicación hecha á la Academia de Medicina de París por el Dr. Just. Lucas-Championnière es tan manifiesta, cuanto que los tratados clásicos, al ocuparse de la anatomía patológica de las hernias, apenas si mencionan, como dice muy oportunamente el comunicante, el papel que la grasa desempeña en ese proceso mecánico. De aquí el que las intervenciones preventivas, curativas ó paliativas, sean en cierto modo incompletas en determinados casos en que la grasa interviene jugando un importantísimo papel en el desarrollo de las hernias.

Con el propósito de evidenciar semejante papel fisiológico de la grasa y utilizar noción tan importante para el tratamiento, el doctor Lucas Championnière ha publicado en un pequeño folleto la comunicación hecha á la Academia, del cual sólo diré, en resumen,

que su importancia es tan manifiesta como que resulta la grasa en muchos casos el complemento etiológico de producción del proceso, y por lo tanto lógicamente se deduce la transcendencia de este importante y concreto trabajo para la intervención del cirujano, sobre todo en la terapéutica paliativa.

\*  
\*\*

Dr. D. Rafael Forn y Romans.—*Datos para la historia de la Otología española.*

El discurso leído por el Dr. Forn en el primer Congreso español de oto-rino-laringología celebrado en Madrid el año próximo pasado, es sin género alguno de duda el de mayor alabanza por el fin con él propuesto y conseguido, cual es el de dar á conocer los interesantes trabajos sobre el aparato auditivo del anatómico español Dr. D. Márcos Viñals.

Y es tanto más de aplaudir y celebrar el homenaje tributado al hábil director é ilustre anatómico Dr. Viñals y Rubio, cuanto que semejantes homenajes no son por desgracia muy frecuentes por quienes como el Dr. Forn tienen condiciones personales sobradas para presentar trabajos propios.

M. SLOCKER.

Médico primero.

---

## SECCION PROFESIONAL.

---

### SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«1.ª Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de las dudas que se han ofrecido en la interpretación de la Real Orden Circular de 7 del mes de Enero último (*C. L.* núm. 3), por la que se amplían los beneficios del art. 3.º transitorio del Reglamento de ascensos vigente, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se apliquen las prescripciones de dicha Real Orden á los Jefes y Oficiales y sus asimilados que con anterioridad á la expresada fecha tenían las condiciones que en ella se determinan; debiendo efectuarse el abono de las diferencias entre el sueldo que disfruten ó hayan disfrutado

y el superior correspondiente, y considerarse reconocido el derecho á éste para los efectos de la Ley de 15 de Diciembre de 1894 (*Co-lección Legislativa* núm. 341) desde que cada uno de los interesados cumplió los requisitos exigidos.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 23 de Febrero de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

\*  
\* \*

#### DOCUMENTACION.

«6.<sup>a</sup> Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que la Real Orden de 9 de Septiembre de 1895 (*D. O.* núm. 200), resolviendo se faciliten por este Ministerio certificados para acreditar los fallecimientos que ocurran en el personal perteneciente al ejército de Cuba, y la de 26 de Mayo de 1896 (*D. O.* núm. 115) ampliando la anterior, sean extensivas en igual forma para el ejército de Filipinas.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 2 de Marzo de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

\*  
\* \*

#### PRESUPUESTOS.

«12.<sup>a</sup> Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En analogía con lo dispuesto en Real Orden de 30 de Noviembre próximo pasado (*Diario Oficial* núm. 272) al determinar la aplicación que en presupuesto debe darse al importe de los honorarios asignados á los Médicos colegiados de esta Corte, nombrados para la asistencia facultativa del personal militar de varios Cuerpos y clases donde, por escasez de los del Cuerpo de Sanidad militar, se han ocasionado vacantes, y considerando de posible duración, tanto en el Cuerpo expresado, como en otros auxiliares del Ejército, esta clase de sustituciones de funcionarios militares por otros del orden civil, en virtud de las

circunstancias consiguientes á las actuales campañas, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que los devengos que, según Reglamentos, corresponden en cada caso á éstos últimos, mientras otra cosa no se disponga, se apliquen á los respectivos capítulos del presupuesto en que figuren los créditos correspondientes para el servicio que desempeñen, y por los cuales cobraría en otro caso el personal sustituido.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Marzo de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

---

## VARIEDADES

---

*Real Academia de Medicina.—Programa de premios para 1897 y 1898.*—Esta Academia abre concurso sobre los puntos siguientes:

- I. *Indicaciones de la laparotomía supra-umbilical.*
- II. *Discusión y crítica, fundada en trabajos de laboratorio y hechos clínicos acerca de la preferencia en el uso terapéutico, entre los principios inmediatos y los materiales orgánicos de que se obtienen.*

Para cada uno de éstos puntos habrá un premio, un accésit y las menciones honoríficas que la Academia acuerde.

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

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

La mención honorífica consistirá en diploma especial.

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

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

Premio ofrecido por el DR. D. ANDRÉS DEL BUSTO, MARQUÉS DEL BUSTO.—*Estudio biográfico, bibliográfico y crítico de alguno de los Médicos insignes que han contribuido á los progresos de las ciencias médicas en España.*

Para este punto habrá un premio y un accésit.

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

Las Memorias deberán estar escritas en español, latín ó francés.

Los mencionados premios se conferirán en la solemne sesión inaugural del año de 1899, si los trabajos presentados lo merecieren, á juicio de la Academia.

Las Memorias se remitirán á la Secretaría de la Corporación, sita en la calle Mayor, núm. 6, cuarto bajo, hasta las cuatro de la tarde del 30 de Junio de 1898; no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, sino distinguirlas con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su firma.

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

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

Premio del Dr. RUBIO.—Se conferirá un premio de 1.500 pesetas al Médico español, autor de la obra original de Ciencias Médicas de mérito más sobresaliente, cuya primera edición se haya publicado en los años de 1895 y 96; entendiéndose como año de publicación de la obra, el que conste en la portada del último tomo ó parte de la misma.

A falta de obras originales, podrá recaer el premio en el inventor español de algún método curativo ó remedio evidentemente provechoso, de algún procedimiento operatorio conocidamente ventajoso, ó de algún aparato ó instrumento comprobadamente útil.

Se optará á este premio por instancia, que deberá extenderse en el papel sellado correspondiente, ó mediante petición firmada por tres Académicos.

Las instancias, acompañadas de las obras originales, ó en su caso, de los documentos justificativos de los inventos de métodos curativos, remedios, procedimientos operatorios ó instrumentos, se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 31 de Diciembre de 1897, inclusive; y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1899, si para dicho día fuere ejecutivo el fallo que ha de recaer, conforme á la fundación.

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

más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando estas cualidades el alcalde y el cura párroco.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo, en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como de la Memoria mencionada, se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 30 de Noviembre del corriente año de 1897, y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1898.

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

Madrid 1.º de Enero de 1897.—El presidente, *El Marqués de Guadalerzas*.—El Secretario perpétuo, *Manuel Iglesias y Diaz*.

\* \* \*

*Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.—Programa del concurso para los premios del año 1897.—Premio de la ACADEMIA.—Estudio topográfico médico de cualquier punto del distrito Académico de Barcelona (Principado de Cataluña), excepto los de Vich, Tarragona, Caldas de Malavella, Lérida, Olot, San Feliú de Guisols, Gerona, Tarrasa, La Escala, Masquefa, Seo de Urgel, Reus, Sentmanat, Mataró, Tremp, Vilaseca de Solcina, García, Castellar del Vallés, Castelltersol y Santa Coloma de Queralt, ya premiados en concursos anteriores.*

Premio del DR. SALVÁ Y CAMPILLO, costeado por la Academia.—*Escribir la observación de una epidemia ocurrida en algún punto de España.*

Premio costeado por el DR. RODRÍGUEZ MÉNDEZ.—ORGANIZACIÓN SANITARIA ESPAÑOLA.—*Estado actual; crítica de la misma y reformas más urgentes. Exposición completa y detallada de un servicio sanitario para nuestro país; justificación del que se proponga y manera de llevarlo á la práctica, y de sostenerlo en armonía constante con el progreso higiénico.*

Para cada uno de estos tres temas habrá un premio y un accésit, pudiendo además la Academia adjudicar las menciones honoríficas y aumentar el número de premios y accésits que estimare merecidos.

El premio consistirá en el título de Académico correspondiente de esta Corporación y una medalla de oro. Además, si la Academia acordare la impresión de la Memoria á sus expensas, regalará al autor 200 ejemplares.

El accésit consistirá en el título de Académico correspondiente. Sin embargo, dicho título no se concederá al autor de la Memoria que obtuviere premio ó accésit, si no es Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía, ó en Farmacia, ó Veterinario de primera clase.

Las Memorias deberán reunir precisamente las siguientes condiciones:

1.<sup>a</sup> Estar escritas con letra muy clara.

2.<sup>a</sup> Las que traten del premio Salvá han de venir redactadas en castellano, pudiéndolo estar en latín, francés ó italiano las que versen sobre los otros premios.

3.<sup>a</sup> Expresarse el nombre del autor y el punto de su residencia, dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epígrafe, que ha de haberse escrito también al principio de la Memoria.

4.<sup>a</sup> Ser dirigidas á la Secretaría de la Academia, en donde se admitirán hasta las doce de la mañana del 30 de Septiembre próximo.

5.<sup>a</sup> Finalmente, presentarse las Memorias sin firma ni rúbrica, no debiendo ser copiadas por sus autores respectivos, ni aparecer siquiera con sobrescrito de su letra.

Los pliegos de las que obtuvieren *premio, accésit ó mención honorífica* serán abiertos, y los de las restantes quemados, en la sesión pública inaugural de 1898, en la que, sabidos los autores de las Memorias que hayan sido premiadas, serán llamados por el Sr. Presidente, quien les entregará la medalla si asistieren al acto.

Las Memorias que vinieren después de dicho día 30 de Septiembre no serán admitidas al concurso. Se invitará públicamente á sus autores á que en el término de un año pasen á recobrarlas en la Secretaría de la Academia, mediante los requisitos establecidos; mas, si finido aquel plazo no se hubiese presentado, los pliegos cerrados correspondientes á dichas Memorias serán quemados en la sesión pública inaugural de 1899.

Los individuos de número de esta Academia no pueden concurrir al presente certamen, pero sí los corresponsales.

Sólo á los autores de las Memorias que hayan obtenido *premio ó accésit* dará permiso la Academia para publicarlas.

El Presidente, *Eduardo Bertrán y Rubio*.—El académico Secretario perpétuo, *Luis Suñé y Molist*.

Premio GARI.—*Estudio comparativo, experimental y clínico de la viruela en el hombre y en los animales domésticos.—Problemas de unidad ó pluralidad de estas enfermedades.—Sus relaciones con las vacunas (cow-pox y horse-pox).*

Esta Academia recuerda que el plazo para la admisión de Memorias termina antes de las doce de la mañana del 30 de Junio de 1897.

\*  
\*\*

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona ha hecho público el resultado del concurso de 1896-97.

Hé aquí el título de las Memorias laureadas y los nombres de los autores premiados:

*Epidemias: Premio*.—Estudio histórico-clínico de la doble epidemia de sarampión-coqueluche ocurrida en Villavieja (Salamanca) en el año 1895 y 96. Lema: *Omne quod est, in quantum est, bonum est*.—Autor, don Dionisio García Alonso (Villavieja).

*Accésit*.—Memoria descriptiva de una epidemia de viruela en Santo Domingo de la Calzada, de 1871 á 1872. Lema: *Salus populi lex suprema est*.—Autor, D. José María Caballero y Villar (Logroño).

*Premio del Dr. Rodríguez Méndez: Accésit*.—Historia de la legislación sanitaria española. Lema: *Las leyes relacionan la esencia de las cosas*.—Autor, Dr. D. Francisco Carbonell Solés.