

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII MADRID 1.º DE AGOSTO DE 1899 NÚM. 291

LA CAMPAÑA DE FILIPINAS

(Recuerdos é impresiones de un Médico militar)

(Continuación.)

En la generalidad de los heridos tratados en los hospitales, lo mismo indígenas que europeos, y tanto en los causados por arma blanca como por arma de fuego, se observó un curso regular y una marcada tendencia á la curación, sin complicaciones de ningún género. La gravedad de los traumatismos rara vez aumentó después de la primera curación, comprobándose esto mismo en las historias clínicas de los fallecidos, puesto que en casi todas ellas figuran como signos diagnósticos, apuntados al hacer la primera visita, fenómenos de extraordinaria gravedad, debidos á lesiones viscerales y vasculares, ó dependientes de una infección ya contraída y bien caracterizada.

Se ha demostrado, pues, una vez más, y de manera bien elocuente, lo que sobre este particular tenían dicho algunos Médicos militares, y lo que hace tiempo también dejó consignado mi distinguido amigo el Sr. Gómez Flório (1.)

«Una temperatura moderada y caliente favorece en alto grado el restablecimiento del círculo colateral, de la dilatación de los capilares y, por lo tanto, de la infiltración plástica, que es su consecuencia, dando lugar á un rápido y prodigioso desarrollo de células

(1) *Influencia comparativa de los diversos climas sobre la marcha general de las heridas.* Memoria presentada á la Academia del Cuerpo de Sanidad militar en Filipinas.—1880.—Publicada en *La Clínica*, de Málaga, en 1881.

emigrantes; al mismo tiempo, é indudablemente á consecuencia de que dicha temperatura no sufre grandes alteraciones y se mantiene con corta diferencia á igual altura, condición muy fácil de conseguir, la neoplasia sostiene su actividad todo el tiempo que se necesita, sin ir más allá, produciendo el efecto deseado. A esta causa atribuimos con especialidad el que sea muy frecuente en los climas cálidos obtener la cicatrización inmediata de las heridas, de lo que pudiéramos citar muchos casos notables.»

.....
..... «De aquí deducimos, sin temor de que se nos considere exagerados en nuestras apreciaciones, que en los climas cálidos es mucho más fácil y rápida la reabsorción de los derrames sanguíneos, y por lo tanto de los coágulos que, sin ser excesivamente voluminosos, puedan interponerse entre los labios de la herida.»

.....
«En resumen; los climas cálidos tienen una influencia beneficiosa sobre la marcha de las heridas no complicadas, por ser mucho más fácil en ellas conseguir que cicatricen por primera intención, terminación que no se obtiene con la misma frecuencia en los templados, y mucho menos en los fríos. Aun en los casos en que la herida lleva consigo obstáculos que se opongan á dicha marcha, la acción favorable de la temperatura caliente es tal, que basta ella sola para triunfar en muchas ocasiones de los referidos inconvenientes.»

.....
«Algo más pudiéramos añadir á lo que llevamos expuesto; pero, concretando, nos limitaremos á exponer que, según lo observado por nosotros mismos, todos los grandes traumatismos y las operaciones en general, curan más rápidamente y con menos complicaciones en los países cálidos que en los templados y en los fríos.»

Por mi parte—y puedo referirme á la observación personal de un millar de heridos de la campaña—sólo en contados casos he tenido que luchar con complicaciones de mayor gravedad que la

que ofrecían esencialmente los traumatismos en que se presentaron.

He visto algunos procesos sépticos localizados de forma inflamatoria, relacionados casi todos con lesiones periósticas ú osteoperiósticas, en los que el principal factor patogénico era una infección anterior al ingreso del herido en el hospital ó el linfatismo y escrofulismo del paciente.

He observado también algunos, muy raros, casos de fiebre traumática simple, de la llamada aséptica por Volkmann; pero entre tantos, no he tenido ninguno de hemorragia secundaria, septicemia verdadera, puohemia, gangrena fulminante ni erisipela.

A diez no llegan los casos de shock que he registrado en mis estadísticas; uno de ellos recayó en un amputado de muslo, á quien hubo que operar á toda prisa, á consecuencia de un balazo que produjo fractura de grandes astillas libres con lesión de la arteria femoral; y todos los demás corresponden á heridas perforantes del abdomen, con lesión visceral, cuya fatal terminación tuvo lugar á las pocas horas del ingreso del herido en la clínica.

Solamente en dos heridos tuve necesidad de combatir los efectos del delirio nervioso traumático. Uno de dichos casos fué un verdadero acceso de *delirium tremens*, sobrevenido en individuo alcohólico que tenía fractura transversal del fémur, y cuya herida ofrecía aspecto inmejorable; el otro recayó en un indígena pusilánime á quien hubo que amputar el muslo izquierdo á causa de una horrible mutilación producida por la explosión de una granada americana, que hizo más de 40 bajas en la sala de armas del arsenal de Cavite. El primero terminó por la muerte al cabo de tres días, y en el segundo, á pesar de haber tenido que abrir, limpiar y rehacer á las veinticuatro horas el muñón formado, se obtuvo fácilmente la curación con el auxilio de algunas inyecciones de morfina.

Por último, el tétanos, esa terrible complicación de las heridas, no muy rara en tiempo de guerra, y frecuente en los climas tropicales, tampoco adquirió desarrollo en la campaña de Filipinas. En mis clínicas, en el transecurso de dos años, se registraron seis casos,

en dos de los cuales se pudo lograr la curación; los seis recayeron en heridos que, por circunstancias especiales, se hallaron expuestos á todo género de infecciones, pues no pudieron ser atendidos y hospitalizados sino buen tiempo después de haber recibido la lesión, y sufriendo antes un transporte largo y defectuoso. De los cuatro tetánicos que fallecieron, tres eran indígenas y uno europeo; pero todos tuvieron de común haber recibido metrallazos mutilantes de las extremidades, con grandes lesiones óseas y extensos desgarros y magullamientos de los tejidos blandos.

*
*
*

Ya, en parte, queda explicado por qué la campaña de Filipinas nos costó buen número de bajas producidas por arma blanca. No el valor de los indios, como á primera vista se podría suponer, sino la maña instintiva de los mismos para urdir emboscadas y felonías, fué la causa de que registráramos un crecido número de heridas de esa clase, tanto más frecuentes en campaña, cuanto mayor facilidad se ofrece para que tenga lugar la lucha cuerpo á cuerpo.

La astucia con que el indio prepara una celada á su contrario, deja muy atrás la inventiva de los más reputados estrategas; y si, como es corriente, el plan se dirige á realizar sobre seguro la mayor cantidad de mal posible ó calculable, la intriga cuenta desde luego con todo el auxilio personal que sea necesario. En tiempo de paz, es frecuente que el indio tome parte en un crimen, sin más razón que la de haber sido al efecto *convidado*; y si por este solo hecho es capaz de herir y matar al que nunca le hizo daño, y aun al que fué su protector ó amigo, ¿qué tiene de particular el que durante la guerra haya apurado los medios de herir á mansalva á su enemigo, contando, como ha contado siempre, con un exceso de confianza por parte de los españoles?

Dióse el caso, por ejemplo, de llegar á una estación del ferrocarril de Manila á Dagupan, minutos antes del paso de un tren,

cinco katipuneros, cuyo aspecto bonachón no era el más á propósito para infundir sospecha; tres de ellos usaban ropa de mujer, que es un excelente disfraz para los indios, y los cinco dieron á entender al comandante del retén afecto á la estación, que esperaban el tren para trasladarse á un pueblo inmediato. Siéntanse tres bajo el *tapanco* ó cobertizo del diminuto andén, toman los otros dos la pacífica y habitual posición en cuclillas, y de pronto, aprovechando una vuelta del vigilante, lánzase los cinco sobre los descuidados cazadores—alguno de los cuales hasta dormido estaba—, reparten á diestro y siniestro unas cuantas docenas de bolazos, y echan luego á correr hacia las sementeras con los fusiles y las municiones que pudieron arrebatar.

Otra vez, como ocurrió en Paombong, la guardia establecida en el atrio de una iglesia se vé acometida por unos cuantos paisanos, que fingen esperar en la sacristía el despacho de asuntos y documentos parroquiales.

Y conste que no se contentaban los indios con emplear tales estratagemas contra guardias aisladas ó retenes y destacamentos reducidos en número. Recuerdo que las tropas que conducía un tren militar organizado en San Fernando de la Pampanga, con motivo del levantamiento de Pangasinán y Zambales, estuvieron á punto de ser macheteadas en la estación de Bayambáng por una partida de *cadáveres*; porque habiéndose dado allí el día antes una batida de importancia, y acabando de telegrafiar dicha estación que no ocurría novedad ninguna, á los del tren no había de llamarles la atención que hubiese gran número de *taos* tendidos y ensangrentados sobre el andén y junto á la vía férrea; en tal supuesto, era lógico esperar que la fuerza saliera de los coches sin adoptar precauciones especiales; y si ésto llega á realizarse, que en poco estuvo, con seguridad se habrían hartado de dar bolazos aquellos fingidos muertos. La fortuna estuvo precisamente en que uno de ellos, demasiado *vivo*, trató de acometer al Coronel Olaguer Feliu, que fué el primero en echar pie á tierra; pero como este primer golpe se evitó y la trama quedó al punto descubierta, los soldados

hicieron fuego á discreción desde los vagones, y en un momento quedó convertida en trágica realidad la infame mojiganga que los insurrectos tenían preparada.

De las acciones de San Nicolás (9 Marzo 97) y Alaminos (11 Marzo 98); por la sorpresa de apartados destacamentos, como el de Baler, y, en general, después de los hechos de armas en que por cualquier causa se ofrecieron dificultades para el levantamiento y transporte de los heridos, llegaron algunos de éstos á nuestros hospitales con bolazos extensos, profundos, y de una gravedad extraordinaria.

Casi está demás que diga que muy pocas veces tuvimos que curar heridas de bolo, producidas en el tronco y las extremidades inferiores; los sitios *de elección* fueron, por supuesto, la cabeza y el cuello, no escaseando los tajos en antebrazo y mano, como muestra de una defensa natural, siquiera ésta no diese otro resultado positivo que aumentar el número de las lesiones ocasionadas, por lo mismo que estorbaba la acción de un enemigo sañudo é implacable.

Por regla general, los bolazos craneales constituían heridas horribles, ya fuese el golpe perpendicular á la superficie traumatizada, ya hubiese actuado con alguna oblicuidad el corte del machete; las unas se caracterizaban casi siempre por grandes hendiduras, complicadas con diéresis ósea y hernia de la masa encefálica, y las otras, que por lo mismo que eran menos mortíferas, daban mayor contingente para los hospitales, ofrecían el aspecto de enormes colgajos péndulos ó invertidos, en los que muchas veces se hallaba comprendida una oreja ó parte de ella.

De este género de heridas, lo mismo que de bolazos faciales y cervicales, he visto casos extraordinariamente raros y notables por más de un concepto.

Intervine en uno, que por cierto curó bastante bien, en el que la herida principal se extendía desde la proximidad del lambda hasta el mismo orificio bucal; el parietal izquierdo y el lado correspondiente del frontal ofrecían una hendidura, por la cual hacía

prociencia la masa cerebral en una longitud de más de 12 centímetros; el arco orbitario, los dos párpados y el globo ocular izquierdos, se hallaban completamente divididos; el surco naso-genal estaba reemplazado por un canal sangriento, en cuyo fondo aparecía herido el maxilar correspondiente; y el extremo anterior ó inferior del tajo, dió lugar á un labio leporino accidental, cuyos fragmentos se hallaban totalmente separados.

Aunque mucho menos grave que el anterior, también revistió caracteres singulares un machetazo de revés que recibió un cazador de los que tuve en tratamiento. El golpe iría probablemente dirigido al cuello, pero casualmente resultó en la boca; ésta, sin duda, estaba abierta en aquel preciso momento, por cuanto no sufrieron lo más mínimo los dientes ni el borde de los labios, y el arma, por raras circunstancias que la voluntad misma no haría coincidir, dividió el tercio anterior de la lengua en dos colgajos, superior é inferior, tallados desde la punta, rasgando al propio tiempo ambas comisuras labiales, hasta producir el grado máximo de la macrostomía traumática.

Las heridas de arma blanca exigieron, por regla general, muchas hospitalidades, y dieron bastante que hacer, clínicamente hablando. Como las lesiones solían ser múltiples y casi todas determinaron hemorragias inmediatas de mucha consideración, el estado general de los heridos reclamó grandes cuidados y prolongado tratamiento médico. Por otra parte, las curas practicadas en el lugar de la acción tenían que resultar por fuerza deficientes, porque allí harto se consigue cuando se logra hacer bien la hemostasia, el lavado y la oclusión aséptica ó antiséptica, cuyo armónico conjunto puede decirse que es la labor peculiar de los puestos de socorro; pero es bien sabido que el género de heridas á que especialmente vengo refiriéndome, necesita á veces suturas minuciosas y delicadas, detalles puramente artísticos de reunión y adaptación, imposibles de todo punto en el campo de batalla, pero sin los cuales tampoco es dable pretender en determinados casos una cicatrización rápida y perfecta.

Si la herida se había infectado — y ésto ocurrió frecuentemente por las razones ya expuestas —, la fusión de los elementos celulares y las complicaciones óseas y periósticas, alargaban, como era natural, la duración del proceso traumático. De aquí la costumbre que hube de adoptar de refrescar bordes de hendiduras y superficies de colgajos, con lo cual tuve ocasión de poner á prueba la eficacia de todas las suturas conocidas, pues para todas ellas surgieron indicaciones especiales, nacidas de la misma variedad que ofrecieron los casos patológicos.

Finalmente; al cicatrizarse los bolazos faciales, aun aquéllos que tuvieron la ventaja de hacerlo por primera intención, no fué raro que dejasen planteados nuevos problemas quirúrgicos, derivados de las adherencias, retracciones y obliteraciones á que se presta la formación del tejido conjuntivo cicatricial; problemas que, como siempre, hubo necesidad de resolver por medio de la autoplastia, aun á costa de prolongar con esta operación la asistencia de algunos heridos, que ya se creían en disposición de recibir el alta.

L. AYCART.

Médico mayor.

(Continuará.)

Prensa y Sociedades médicas

Nuevo método de talla supra-pubiana.—El Dr. Suárez de Mendoza dice que mediante este nuevo método ha practicado ya 15 veces esta operación con el más completo éxito, como ha podido apreciar la Academia, en varios operados ya presentados.

El método es particularmente aplicable á aquellos casos en que la vejiga no pueda ser distendida.

Para llevarlo á efecto se necesitan: un bisturí, pinzas, tijeras, sonda acanalada, aguja y material de sutura, mas una sonda especial que la casa Collin, de París, ha construído bajo las indicaciones del autor. Este cateter tiene en la punta, que es maciza, un agujero que la atraviesa de parte á parte, y además, una canal destinada á servir de guía al bisturí en el momento de abrir la vejiga.

Para practicar la operación se introduce la sonda en la vejiga, y por medio de ella se lava completamente el reservorio, hecho lo

cual, y sin sacar la sonda, se coloca el enfermo en posición de Trendelenburg. Abierta la pared abdominal, según las reglas clásicas, y descubierta la vejiga, se hace empujar la extremidad de la sonda hacia el borde superior del pubis; se pasa un hilo por el orificio terminal de la sonda, atravesando para ello dos veces la pared vesical. Se abre la vejiga sobre la extremidad terminal de la sonda, guiándose por la canal que ésta presenta, y haciendo pasar la extremidad del cateter por el orificio hecho á la vejiga hasta que aparezca el hilo; se coge éste con una pinza de cada lado de la sonda y se corta de manera á formar dos hebras, cada una de las cuales suspende el labio correspondiente de la incisión.

La operación se termina, conformándose á las reglas clásicas.

Las previas experiencias hechas sobre el cadáver y las operaciones practicadas, permiten al Dr. Suárez de Mendoza recomendar este método por su seguridad y sencillez. En los casos especiales en que la vejiga no puede ser distendida, es un método que ningún otro puede hoy reemplazar.

El Dr. Suárez de Mendoza presenta un niño de 5 años, natural de Jaén, al cual ha extraído por este nuevo método de talla suprapubiana, un cálculo vesical de ácido úrico, cuyo diámetro mayor es de cuatro centímetros, constituyendo este caso la décimaquinta operación efectuada, y todas con éxito completo.

La operación fué ejecutada hace quince días y el niño se encuentra completamente restablecido.

El Dr. Suárez de Mendoza hace saber á la Academia que el *Monatsberichte der Krankheiten des Harn-und sexual-Apparates*, que dirige el profesor Casper, de Berlín, ha publicado íntegra su comunicación, que respecto á dicho método tuvo el honor de hacer semanas antes á la Academia, á la cual ofrece dos ejemplares de dicha publicación.

(Academia Médico quirúrgica española.)

*
**

Cuerpo extraño en la laringe.—El Dr. Cisneros: Se trata de un niño de 7 años, natural de Albacete, que el día 4 de Abril del año anterior tragó, en ocasión de hallarse jugando con otros niños, un trozo de porcelana. El Dr. Forns había visto anteriormente al enfermito, presentándolo á la Sociedad en la última sesión; como carece este señor de local en que hospitalizar enfermos pobres, y la familia del paciente no poseía medios que permitieran la operación en su domicilio, les recomendó el ingreso en un hospital, eligiendo el padre del niño el Provincial, por cuya razón el exponente se encargó de su tratamiento. No presenta más síntomas que respiración ruidosa, tos y afonía graduada; por exploración radiográfica se aprecia en la región laríngea una sombra triangular, que debe de corresponder al cuerpo extraño. Para explorarle, hizo que los ayudantes le sujetaran fuertemente, colocó un abrebocas, tiró de la

*

lengua con una pinza, y con gran trabajo y paciencia, por lo rebelde que era el niño, vió después de algún tiempo el cuerpo extraño, situado paralelamente al diámetro antero-posterior del órgano, á nivel, probablemente, de las bandas ventriculares; trató, en vano, de extraerlo con pinza; no quiso hacer mucha presión por no romperlo, y con el fin de evitar los accidentes que pudieran sobrevenir si se presentaba algún proceso inflamatorio agudo, practicó la traqueotomía. Dos días más tarde, algo anestesiado con cloroformo el paciente, le hizo la tirotomía, sin que apenas saliera sangre; introdujo una tijera recta, y cortó con ella la membrana tirohioidea, saliendo el cuerpo extraño en seguida. En la actualidad, á pesar de no haber transcurrido mas que cuatro días, está la herida casi cicatrizada.

El *Dr. Uruñuela*: Este caso le recuerda algunas intervenciones de laringofisura que ha practicado; cree que no pasa nada grave aunque se haga á continuación de la traqueotomía, por lo que, á su juicio, pudo el *Dr. Cisneros* hacer ambas operaciones en una sola sesión. Algunos de los temores que ha leído en los autores, no le parecen justificados. Moure mismo dice que hay peligro de hemorragia al incindir la mucosa. Recuerda una tirotomía que hizo por tumor maligno en un individuo afecto de bronquitis antigua, broncorreico, al que sin anestesia traqueotomizó, haciendo luego la cloroformización por la cánula; incindió con una apropiada tijera angular por encima del cricoides y debajo del tiroides; en la mayoría de los casos hay que hacer gran fuerza para seccionar (esto no ocurriría en el caso operado por el *Dr. Cisneros*, en el que se trataba de un niño); no encontró ninguna dificultad; secó con esponja, y no vió apenas hemorragia. La mayor parte de las veces es inútil la cánula de Trendelenburg, porque se queda sin aire: se vacía. Es preferible taponar bien con gasa para que no pase la sangre á los bronquios, pues la citada cánula suele no servir de tapón.

En las primeras intervenciones que practicó no hacía sutura del cartilago, resultando muy lenta la cicatrización y con trayectos fistulosos; suturando, cómo ahora hace siempre, el tiroides, y después las partes blandas, cicatriza bien y con rapidez. Es la tirotomía operación muy realizable y sin peligros; á su juicio, utilísima en casos como el que motiva esta discusión, así como en aquellos tumores que no pueden operarse por las vías naturales, y aunque haya de researse una mitad de la laringe, se está á tiempo, sirviendo la laringofisura de intervención exploratoria; sin tirotomía previa, la resección es más difícil y con mayores inquietudes para el cirujano. El enfermo que ha citado tragaba bien desde el primer día, porque el tapón de gasa hacía las veces de epiglotis; no le extraña que en el enfermito del *Dr. Cisneros* la protesta de la laringe no fuese grande; ha visto una mujer con un alfiler clavado en la laringe, con tos y afonía como síntomas únicos, que tuvo fenómenos de protesta en los primeros momentos, pero que se habituó pronto; la llevaron á su consulta creyéndola tuberculosa, pudiendo él apreciar un punto

negro (cabeza del alfiler), y extraerlo cuando hacía más de un año que se había introducido.

El *Dr. Sterling*: Se le ocurre hacer constar, con respecto á la falta de hemorragia, que en la línea de incisión no existen arterias de importancia; éstas van por el cricoides, y sobre el tiroides no corre ningún vaso grueso. Pregunta si no habría sido factible introducir por las vías naturales un asa para, tirando, extraer el cuerpo extraño.

El *Dr. Cisneros*: La introducción del asa no era posible por faltar espacio por donde verificarla; el trozo de porcelana se hallaba completamente encajado de delante á atrás.

En lo que se relaciona con las observaciones del *Dr. Uruñuela*, dice que el niño, al tragar el cuerpo, tuvo un violento acceso de sofocación, y luego la laringe se habituó, como sucede corrientemente, El día en que le traqueotomizó, trató de hacer la tirotomía en la misma sesión; pero como al empezarle á cloroformizar se colapsaba, acaso por el cansancio determinado por la larga exploración, hubo de dejarse para una sesión ulterior. Cree también que la tirotomía tiene pocas dificultades y pocos peligros; lleva hechas más de 20, y no la juzga tan grave como algunos piensan. Respecto á cánulas de Trendelenburg, ha visto modelos malos; hizo construir á Mathieu una con ligeras modificaciones, á la que pueden adaptarse gomas adquiridas en Madrid, que no se estropean fácilmente. Introduce también un tapón de algodón envuelto en gasa, que refuerza la cánula, y en seguida de abrir la laringe cocainiza con solución fuerte para disminuir la hemorragia y suprimir los reflejos. En este caso no hizo sutura del tiroides, que ha hecho en ocasiones, por ser el cartilago blando y estar cubierto de músculos bien desarrollados; se limitó á practicar una sutura profunda con catgut, y otra superficial con seda; cuida siempre de que los puntos abarquen bastante extensión de tejidos para que no los desgarran.

El *Dr. Uruñuela*: Respecto á la cánula la aplica, pero su opinión es que no sirve. Cuando se insufla la goma, la distensión es desigual é imperfecta, no adaptándose á la tráquea, con lo que ésta no se ocluye por completo, produciéndose en el enfermo una conmoción al distender la goma; al taponar con gasa la parte inferior de la laringe, se queda tranquilo; en el acto operatorio se ha encontrado muchas veces la goma vacía de aire; por todas estas razones, estima que la cánula en pocos casos sirve de algo.

El *Dr. Cisneros*: Hay diferencia de insuflar la goma en el aire y en la tráquea; aquí no hay desigualdad; antes de que llegue al máximo de distensión, se adapta al tubo rígido representado por la tráquea. Cree que la cánula sirve perfectamente. En ocasiones, en vez de gomas, ha empleado sacos de baudruche.

Ponía tapón de algodón envuelto en gasa con fiador, en lugar de sólo gasa, porque una vez que hizo ésto, el pico de la gasa fué cayendo, hizo toser fuertemente al enfermo, le llenó casi por completo la cánula y estuvo á punto de asfixiarle.

El *Dr. Uruñuela*: El tapón de gasa sin algodón se amolda mejor, y dejando fuera de la herida los dos cabos no debe ocurrir nada que nos alarme.

(*Soc. oto-rino-laring. Matr.*)

*
**

Análisis del pus blenorragico.—El análisis del pus que se dice blenorragico, tiene grandísima importancia por su triple aspecto clínico, social y médico legal, y porque el único medio de afirmar la naturaleza blenorragica de una afección es demostrando la presencia del *gonococo* de Neisser. Para ésto, si se trata de un flujo uretral, se desprecian las dos primeras gotas, y una vez lavado el meato con una solución sublimada al $\frac{1}{3}$ por 1.000, se recoge en el extremo de un hilo de platino una pequeña gota, la cual se extiende en el cubre objetos, desecándola á un calor suave.

Como el gonococo vá generalmente acompañado de otros micrococos, muy parecidos algunos, es necesario tener en cuenta que el gonococo de forma elíptica algo irregular, parecido á un riñón, tiene seis á ocho milésimas de milímetro de diámetro, está siempre aposado, coloreándose bien con todos los colores básicos de anilina (azul de metilo, violeta de genciana, etc., etc.) Rara vez se encuentra fuera de los elementos anatómicos que en el pus existen; casi siempre suelen encontrarse dentro de los glóbulos de pus y de las células epiteliales, pero tanto en uno como en otro, por fuera de su núcleo.

Para su examen, el cubreobjetos ya desecado se colora durante dos minutos con unas gotas de azul de metilo al 1 por 100 en disolución acuosa: lávese con agua, y una vez seco á la lámpara, se monta con bálsamo y se procede á la observación, pudiéndose apreciar en ésta, no sólo la naturaleza blenorragica de la afección, sino también la base ó período en que se encuentra.

Tanto el gonococo como las células epiteliales y pus, están coloreados en azul; los gonococos, siempre en número par, y situados generalmente dentro de leucocitos y células, están algo más teñidos, distinguiéndose fácilmente de los muchos micrococos que pueden acompañarles, y en caso de duda, puede asegurarse su presencia empleando el método de Gram, aplicado por Roux, fundado en que todos los microbios de la uretra persisten coloreados, no obstante el empleo de la solución decolorante, en tanto que el gonococo se descolora rápida y completamente por este procedimiento, que si bien es cierto no reúne la sencillez del anterior, es tan concluyente y demostrativo su empleo que no dudamos en recomendar lo practiquen siempre que de productos blenorragicos se trate.

Método de Gram:

1.º El pus, recogido como antes decimos y fijado al calor, se colorea durante un minuto con

Iodo... .. 2 gramos.
Agua fenicada al 1 por 100..... 100 c. c.

2.º Pasar la preparación durante seis segundos por la siguiente disolución iodo-iodurada:

Iodo.....	1 gramo.
Ioduro potásico.....	2 —
Agua.....	200 —

3.º Lavar con alcohol absoluto y montar en bálsamo.

Por este medio, los leucocitos, células epiteliales y microbios varios (subflavus, comensalis, etc., etc.), persisten coloreados con la violeta, pero los gonococos estarán decolorados; y tan característico es esto, que puede afirmarse no es el gonococo todo micrococo que siga coloreado después del empleo de la solución Gram.

(Anal. méd. gaditanos.)

*
**

Valor comparativo de los diferentes métodos de sutura intestinal.—*M. Schlumsky* se ha dedicado á estudiar, en una serie de experimentos, la resistencia de las anastomosis intestinales establecidas á tenor de los diferentes métodos que se emplean en la actualidad. Las operaciones han sido hechas unas veces en cadáveres humanos, otras veces en perros vivos ó muertos. Como la simple tracción no arroja datos bastante precisos acerca del grado de resistencia de la anastomosis, Schlumsky ha tenido la idea de medir esta resistencia por medio de la presión manométrica. A este efecto, ponía en comunicación el asa anastomosada, de una parte, con un conducto de agua á presión variable y, de otra parte, con un manómetro de mercurio.

Las investigaciones sobre cadáveres han evidenciado que una anastomosis hecha sobre el intestino delgado de un perro resiste á una presión de 150 á 350 milímetros de mercurio, mientras que el máximum de presión que puede soportar el intestino humano en condiciones análogas, no es sino de 110 á 200 milímetros.

Los experimentos llevados á cabo en perros vivos, han hecho ver que la resistencia de las suturas intestinales disminuye regularmente durante los cuatro primeros días que siguen á la operación. Esta disminución se manifiesta á partir de las primeras veinticuatro horas y alcanza su máximum al cuarto día; en ese momento la resistencia no es sino de 50 á 90 milímetros de presión mercurial; luego vá aumentando lentamente, para igualar, siete días después de la operación, la resistencia de una anastomosis reciente y, tres semanas más tarde, la solidez del asa interesada no difiere en nada de la que presenta la pared intestinal normal.

La disminución de la resistencia durante los primeros días es aún más acentuada en los casos en que el intestino ofrece, á nivel de la anastomosis, una intensa reacción inflamatoria. Así, por ejemplo, Schlumsky encontró, al cabo de veinticuatro horas, una resistencia de 20 milímetros únicamente, cuando la pared intestinal estaba muy alterada. El autor, por consiguiente, se inclina á creer que lo que disminuye la solidez de la sutura durante los cuatro primeros días

es la infiltración de los tejidos, inevitable á seguida de toda intervención operatoria.

La comparación entre las anastomosis establecidas por medio de botones y las que se obtienen por la sutura intestinal no ha permitido observar una diferencia sensible. Sin embargo, las primeras se han mostrado menos resistentes á la simple tracción. Las anastomosis de extremo á extremo han sido generalmente más solidas que las anastomosis laterales.

En todos los casos, Schlumsky ha encontrado numerosas adherencias entre el asa anastomosada y el gran epiplón. Estas adherencias mostrábanse particularmente acentuadas durante los primeros días, para disminuir progresivamente al cabo de algunas semanas. El máximum de presión que puede ser soportado por la anastomosis ha parecido más elevado en los casos en que las adherencias eran muy marcadas.

El autor concluye sosteniendo que el empleo de botones metálicos presenta serios inconvenientes cuando se desprenden antes del quinto día, al mismo tiempo que exponen el intestino á una necrosis si se dejan en su sitio demasiado tiempo. Por otra parte, los botones reabsorbibles de Frank ofrecen el gran peligro de ser reabsorbidos antes que la anastomosis haya adquirido la solidez necesaria. El tratamiento de los botones por la formalina y por la decalcinación parcial no basta—según Schlumsky—para descartar este inconveniente.

(Centr.-Bl. f. Chir.)

*
**

Empleo terapéutico del ácido cacodílico.—*M. Danlos:* Desde 1896 vengo empleando el ácido cacodílico en aplicaciones externas y al interior.

Para el uso externo he utilizado como tópicos soluciones de ácido no neutralizado, dosificadas al 50 y 75 por 100. Para el uso interno me he servido siempre del ácido neutralizado, es decir, del cacodilato de sosa, el cual se prepara muy sencillamente neutralizando el ácido en solución por medio de bicarbonato de sosa.

Para el interior se puede recurrir á la vía estomacal ó á la vía hipodérmica. Tomado por la boca, el ácido cacodílico, aunque esté neutralizado, tiene un sabor desagradable tenaz. Sin embargo, he conseguido hacerlo aceptar con bastante facilidad mediante la siguiente fórmula:

Acido cacodilico neutralizado.. . .	2	gramos.
Rom	20	—
Jarabe de azúcar.....	20	—
Agua destilada.....	60	—
Esencia de menta.....	I ó II	gotas.

Una cucharada de las de café de esta mixtura representa exactamente 0 gr. 10 centígr. de ácido cacodílico.

De este modo puede ser administrado bajo forma de píldoras,

conteniendo cada una 0 gr. 05 centígr. de extracto de genciana por 0 gr. 10 centígr. de ácido neutralizado.

Por la vía hipodérmica héme servido de soluciones que contengan de 3 á 5 por 100 de ácido neutralizado. Como disolvente, he empleado la solución anestésica de Schleich, cuya composición es como sigue: clorhidrato de cocaína, 0 gr. 10 centígr.; clorhidrato de morfina, 0 gr. 025 milígr.; cloruro de sodio, 0 gr. 20 centígr.; agua fenicada á 5 por 100, dos gotas; agua destilada Q. S. para 100 c. c.

He tratado hasta hoy por el ácido cacodílico el psoriasis, el acné, el liquen plano, el lupus eritematoso, la tuberculosis cutánea, la adenitis tuberculosa, la sarcomatosis de la piel, etc.

Después de un período bastante largo de tanteos, he concluído por adoptar, en el tratamiento de esas dermatosis, la dosis media de 0 gr. 40 á 0 gr. 60 centigramos por día para los hombres; de 0 gr. 30 á 0 gr. 40 centígr. para las mujeres, cuando el medicamento es tomado por la boca.

Por la vía hipodérmica, que yo considero como más segura, no he pasado de 0 gr. 40 centígr. por veinticuatro horas.

A esas dosis, el empleo del medicamento puede ser continuado durante muchos meses.

A juzgar por los resultados que yo he obtenido, creo poder afirmar que las principales ventajas del ácido cacodílico sobre las otras preparaciones arsenicales son una actividad mayor, una toxicidad infinitamente menor, manejo de dosis á mucha más grande escala y, por último, una indolencia casi completa en inyecciones hipodérmicas. Pero al lado de estas ventajas, el ácido cacodílico ofrece algunos inconvenientes: á dosis elevada y por la vía bucal, determina algunas veces cólicos, que obligan á suspender su empleo. Dos de mis enfermos han acusado también vivos dolores en las piernas, después de dos meses próximamente de tratamiento. De otra parte Balzer ha notado, á seguida de la administración del ácido cacodílico, la aparición de dermatitis eritematosas, lo bastante graves para hacerle renunciar á su empleo.

Añadiré que en muchos casos de psoriasis no aleja las recidivas; modera sus accesos, pero sin llegar á cohibirlos completamente; no es, pues, un específico de esta enfermedad.

Soc. méd. de los hosp. de Paris.)

*
* *
*

Tratamiento quirúrgico de la epilepsia.—*M. von Bergmann:*
Os presento un joven de 20 años que, hace próximamente cinco, recibió dos balas de revólver á nivel de la sien derecha. Aun cuando inmediatamente después del accidente le había sido aplicada una cura antiséptica, declaróse un flemón de la región temporal, que fué seguido de acceso de epilepsia parcial y de una parálisis del brazo izquierdo y de la mitad correspondiente de la cara, así como de una cefalea muy intensa. Una trepanación, practicada en el mes

de Abril de 1894, permitió dar salida á cierta cantidad de pus, situado debajo de la duramáter.

A seguida de esa operación, los accesos de epilepsia cesaron; pero cuatro meses más tarde volvieron á presentarse y se mostraron con más frecuencia y cada vez más violentos, tanto, que fué necesario recurrir á una nueva intervención. Esta última fué practicada en el mes de Julio de 1897, á nivel del hueso frontal, debajo del cual fué hallado pus y un fragmento de hueso necrosado. Esta segunda operación dió origen á la formación de una fistula, para cuyo tratamiento el enfermo vino á Berlín á fines del año último. En esa época, se retiró de la región supraorbitaria un segundo secuestro bastante voluminoso. A pesar de esta nueva intervención, las crisis persistieron todavía durante algún tiempo; luego acabaron por desaparecer definitivamente.

Algunos de esos accesos iban acompañados de pérdida del sentido; en los otros, por el contrario, la conciencia estaba conservada. En suma, véanse reunidos todos los caracteres de la epilepsia cortical ó jacksoniana; sin embargo, no creo que esta variedad de epilepsia sea realmente la que se observaba en este caso. No está demostrado, en efecto, que los dos abscesos que fueron abiertos se hubiesen desarrollado alrededor de los proyectiles; uno de ellos ni siquiera había penetrado en la cavidad craneana, sino que se había alojado en el antro de Highmore, como lo ha demostrado la radiografía; el otro ocupaba probablemente la base del cráneo; nada prueba, con todo, que haya interesado el cerebro directamente.

En estas condiciones, no podemos atribuir á la epilepsia los accidentes presentados por el enfermo. Según ciertos autores, no hay epilepsia, en la acepción propia de la palabra, sin herencia, lo cual equivale á poner en duda la existencia de la epilepsia adquirida; ésto es indudablemente una exageración, pues cuando vemos iniciarse accesos comiciales en sujetos de más de 20 años de edad, no podemos realmente negar que se trata de epilepsia adquirida.

Lo que ha dado crédito á esa doctrina es el hecho de que la epilepsia *soi-disant* adquirida, puede en ciertos casos sobrevivir á la causa que la ha determinado. Según Kocher, la condición necesaria para la producción del acceso comicial es una exageración de la presión del líquido céfalo-raquidiano. A pesar de la boga de que disfruta, esta teoría no se halla á cubierto de la crítica. Basta, en efecto, practicar una punción lumbar en el intervalo de dos accesos para asegurarse de que no hay aumento de la presión del líquido céfalo-raquidiano. Unverricht ha observado, por otra parte, en animales hechos epilépticos, lo siguiente durante los accesos: primero, aumento de la presión sanguínea y lentitud del pulso; segundo, aumento de la presión sanguínea sin lentitud del pulso; tercero, aumento de la frecuencia del pulso; cuarto, retorno á la normal. Nawratzky y Stadelmann han obtenido idénticos resultados. Estos experimentos ponen de manifiesto que el aumento de

la presión es un síntoma del acceso epiléctico, pero que no es la causa de él. No cabe, por consiguiente, recurrir á una intervención quirúrgica con el fin de disminuir la presión sanguínea, puesto que no es esta presión lo que determina la producción de los accesos.

Según otra teoría, las crisis epilépticas son ocasionadas por un espasmo de las arteriolas del cerebro; esta teoría es igualmente susceptible de diversas objeciones, razón por la cual no puedo conceder un gran valor á la resección del simpático cervical para la cura de la epilepsia.

M. Nawratzky (de Dalldorf): Yo he notado, con Arndt, al practicar punciones lumbares en epilécticos, que la presión del líquido céfalo-raquidiano no está aumentada antes del acceso, sino que durante la fase de las convulsiones clónicas es de 750 á 800 milímetros. La presión vuelve á ser normal en el momento en que cesan las convulsiones, y así se mantiene hasta que se produce una nueva crisis.

(*Soc. Berl. de Méd.*)

* *

Tratamiento de las hemorroides.—*M. Bazy*: El tratamiento de las hemorroides debe variar según las indicaciones, razón por la cual yo empleo, según los casos, la pinza-cauterio de Richet, el termocauterío ó el bisturí.

La volatilización con la pinza-cauterio está indicada, á mi juicio, no solamente cuando hay infección, sino también cuando se trata de ciertas hemorroides muy desarrolladas y en casos en que los enfermos se hallan en un estado de anemia tal, que no es inútil evitarles toda pérdida de sangre.

La ignipuntura con ayuda del termocauterío puede ser empleada ventajosamente cuando se trata de hemorroides circunscriptas en sujetos que rechazan toda operación que exija la anestesia general; en tales condiciones, en efecto, se puede aplicar la ignipuntura, después de haber obtenido la anestesia local por medio de la cocaína.

En todos los otros casos practico sin reparo la excisión con el bisturí, y en la operación de Whitehead, que termino con una sutura en puntos de pellejero, no vacilo en extirpar un poco de piel, pues cuando se trata de seguir exactamente la línea que corresponde al límite de la mucosa, el cirujano se expone á menudo á dejar un reborde cutáneo muy molesto para los enfermos.

M. Berger: En el curso de la presente discusión, hase manifestado una cierta confusión entre las hemorroides y los prolapsos hemorroidales, cuyo tratamiento, sin embargo, no puede ser idéntico.

Por lo que respecta á las hemorroides, acompañadas de contractura del esfínter, la dilatación dá excelentes resultados y basta con frecuencia para hacer desaparecer completamente los accidentes hemorrágicos, dolorosos ó inflamatorios.

No ocurre ya lo mismo en los casos de prolapsos hemorroidales,

para los cuales, estando absolutamente contraindicada la dilatación, recurro con buen éxito, desde hace veinticinco años, á la volatilización por medio de la pinza-cauterio de Richet. Esta operación me ha dado sólo una vez una hemorragia, la cual, por lo demás, no llegó á tomar alguna importancia sino á causa de la insistencia con que quise investigar el punto de origen. Se ha dicho contra este procedimiento que provocaba dolores atroces; pues bien, hace cuatro días he operado á una mujer que ha experimentado simplemente, durante veinticuatro horas, algunas picazones en el ano.

M. Tuffier: El tratamiento de las hemorroides implica múltiples y muy diversas indicaciones, con la circunstancia, además, de que son muchos los hemorroidarios que no tienen necesidad de la más pequeña intervención.

Independientemente de la complicación de estrangulamiento, la indicación operatoria se halla determinada, ora por los accidentes hemorrágicos ó dolorosos, ora por el prolapso. Pues bien; yo no creo que todos estos accidentes sean susceptibles del mismo procedimiento. Recientemente, por ejemplo, he sido llamado con otros varios colegas cerca de un hemorroidario, que no presentaba sino accidentes dolorosos; la operación de Whitehead había sido propuesta, pero yo fui de parecer que la dilatación era absolutamente suficiente; esta última intervención es la que ha sido practicada y el resultado fué muy bueno.

En el caso de prolapso, empiezo por hacer la dilatación, obrando de distinta manera, según la naturaleza de las lesiones que se presentan entonces á mi vista. Cuando se trata simplemente de paquetes hemorroidales bien circunscriptos, limitome á practicar una excisión parcial con el bisturí, seguida de sutura; cuando, por el contrario, hay un prolapso completo, no vacilo en llevar á cabo la operación de Whitehead.

M. Reclus: Si bien reconozco haber obtenido buenos efectos con ayuda del termocauterio, creo que la exeresis sangrienta dá resultados más perfectos. En el procedimiento que yo empleo, la extensión de la excisión guarda exacta proporción con la de las lesiones, y cuando las hemorroides están circunscriptas y separadas por intervalos de mucosa sana, me concreto á hacer una excisión parcial, al paso que me extiendo á hacerla total cuando las lesiones son difusas. Habiendo empleado el termocauterio y el bisturí, he notado que el primero ocasiona ciertamente más dolores que el segundo. Cuanto á la anestesia local por la cocaína, he podido obtenerla siempre bastante completa para procurar á los pacientes una tranquilidad perfecta.

(*Soc. de Cir. de Paris.*)

*
* *

Influencia de la sangría sobre la intoxicación tetánica.—
MM. Heymans y Rousse: Las recientes investigaciones han mostrado que el factor patógeno principal de las infecciones es el en-

venenamiento por las toxinas. Hemos instituído una serie de experimentos con el fin de saber si una disminución del volumen de la sangre, realizada por medio de una sangría, ejerce una influencia cualquiera sobre la evolución de una intoxicación bien determinada. Hemos tratado, además, de explicarnos el efecto producido por un aumento del volumen de la sangre (transfusión) sobre esa misma intoxicación.

Hemos escogido el envenenamiento por el tétanos, dado que los síntomas de esta intoxicación son de tal modo característicos que ninguna duda puede existir sobre la naturaleza y la terminación del estado morboso.

Todos nuestros experimentos se han hecho en conejos. Después de haber observado que la dosis de tetanina simplemente mortal en inyección intravenosa era de 0 gr. 03 centígr. por kilogramo de animal, hemos inyectado esta dosis á conejos, á los cuales acabábamos ora de abstraer sangre de la carótida, ora de transfundir sangre en la vena yugular, de suerte que en el momento de la absorción del veneno los animales estaban anémicos ó bien plétóricos. Luego, veinticuatro horas después, y hasta á veces al cabo de cuarenta y ocho horas, practicábanse nuevas sangrías ó nuevas transfusiones. El volumen de la sangre quedaba de este modo, ora disminuído, ora aumentado, durante todo el curso de la intoxicación. La influencia de este factor debía, pues, manifestarse por la muerte unas veces más rápida y otras veces más lenta de los conejos intoxicados por medio de una dosis mortal mínima, siendo ésta inyectada al mismo tiempo á animales normales testigos.

En los cuatro primeros experimentos, en los cuales los conejos se hallaban muy anemiados al serles practicada la inyección de la tetanina, así como durante todo el curso de la intoxicación, la muerte sobrevino en esos animales algo más pronto que en los testigos, lo cual puede naturalmente atribuirse á la debilitación general provocada por la pérdida considerable de sangre.

Pero podría objetarse que, en esos experimentos, la dosis terapéutica de la sangría ha sido sobrepujada. Queda por averiguar si con sangrías cada vez más reducidas, repetidas ó no, tales como había la costumbre de practicarlas en los enfermos, se obtiene una acción favorable. Pues bien; resulta de nuestras investigaciones, que todos los conejos cada vez menos anemiados sucumben, en tanto que un testigo en esas circunstancias sobrevive. La conclusión que de ésto se desprende es que la sangría no ejerce ninguna influencia sobre la evolución de la intoxicación por la tetanina. Sin embargo, estos experimentos no prueban en manera alguna que la sangría sea ineficaz *vis-á-vis* de la infección ó de la congestión de los órganos.

Como quiera que la anemia experimental precipita ligeramente la marcha de la intoxicación tetánica, nos hemos preguntado si la plétora determinada por la transfusión tiene acaso por efecto el retardar sensiblemente esa intoxicación.

Digamos desde luego que las sangrías repetidas, seguidas cada vez de una inyección de solución fisiológica de cloruro de sodio, no retardan en manera alguna la muerte de los animales en experimentación, lo cual confirma el criterio desarrollado por uno de nosotros anteriormente, á saber: que el lavado de la sangre es ineficaz por lo que respecta al envenenamiento por las toxinas.

De otra parte, hemos transfundido, inmediatamente antes de la inyección de tetanina, sangre arterial en cantidad equivalente á 5.5 por 100 del peso del animal, á fin de duplicar casi el volumen de la sangre. Para un cierto número de estos conejos, la transfusión ha sido repetida una ó dos veces con veinticuatro horas de intervalo, con objeto de realizar una plétora cada vez más considerable. Sin embargo, todos estos animales han sucumbido, sin sobrevivir mucho tiempo á los testigos. Por consiguiente, si la anemia profunda acelera la intoxicación tetánica, la plétora elevada no la retarda.

Resulta de estos hechos que la sangre es de por sí indiferente en lo que concierne á las toxinas, las cuales, por lo demás, desaparecen casi instantáneamente de dicho líquido. Pero cuanto más normal es la sangre, más nutridos están los tejidos fijos y mejor resiste el organismo á la acción de los venenos.

(Acad. de Med. de Bélgica.)



SECCION PROFESIONAL

CÉDULAS PERSONALES

«Ilmo. Sr.: Vista la comunicación en que el Administrador de Hacienda de Málaga consulta si puede aplicarse á las familias de los Jefes y Oficiales de los ejércitos de Ultramar, repatriados, el plazo de quince días que, por Real Orden de 24 de Abril último, se les concedió para que puedan adquirir, sin recargos, las cédulas personales del ejercicio próximo pasado:

Resultando que la consulta se funda en que los habilitados de los Cuerpos han presentado en aquellas oficinas relaciones en las que se incluyen las familias de los dichos Jefes y Oficiales, alegando que se encuentran en iguales condiciones desde que arribaron á la Península.

Considerando que de obligar á dichos militares á que satisfagan con recargos las cédulas personales de los individuos de sus familias, que también han sido repatriados, resultaría ilusoria, en gran parte, la gracia que les fué concedida por la Real Orden de 24 de Abril último:

Considerando que tratándose de una medida de equidad de carácter general, no hay razón alguna para que se exceptúe de ella á las clases civiles ni á las de tropa que se hallen licenciadas y en iguales condiciones que los agraciados,

S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de conformidad con lo propuesto por esa Dirección general, se ha servido disponer que el plazo de quince días concedido por la Real Orden ya citada de 24 de Abril último, para que puedan adquirir sin recargo las cédulas personales los Jefes y Oficiales que han regresado ó regresen de Ultramar, sea aplicable á todo repatriado civil ó militar, siempre que se halle en análogas condiciones á las exigidas en la referida disposición.

De Real Orden lo comunico á V. I. para su conocimiento y fines consiguientes. — Dios guarde á V. I. muchos años. — Madrid 10 de Julio de 1899. — Villaverde. — Sr. Director general de Contribuciones directas. »

*
**

CERTÁMENES.

«Excmo. Sr.: Las conferencias de Oficiales en los Cuerpos que se rigen por el Reglamento para el servicio y régimen interior, aprobado por Real Orden de 1.º de Julio de 1896, acompañados de la práctica correspondiente, deben tenerse en forma tal, que no sólo contribuyan á que los Jefes y Oficiales posean los necesarios conocimientos para el mejor desempeño de sus cargos, sino que han de tender á excitar el estudio y establecer el estímulo que produce la aplicación cuando vá acompañado del convencimiento de la necesidad y utilidad del trabajo. Con objeto de fomentar esta emulación, y como complemento de las conferencias regimentales, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se celebrarán anualmente en esta Corte concursos ó certámenes públicos, á los que podrán concurrir los Generales, Jefes y Oficiales de todas las Armas é Institutos, presentando, indistintamente, los trabajos, pertenezcan ó no á su Arma ó Cuerpo.

2.º Los temas para estos concursos se publicarán por este Ministerio con la anticipación conveniente, y versarán sobre puntos concretos de táctica, organización, geografía, historia, ingeniería, armamentos, administración é higiene.

3.º Los trabajos se remitirán al Capitán ó Comandante general del distrito, en pliego cerrado, con lema ó pseudónimo; y en otro sobre, también cerrado y sellado, en que se escribirá el mismo lema ó pseudónimo, se enviará el nombre y apellidos del autor, empleo que tiene y destino ó situación que ocupa; dicha autoridad los dará el curso correspondiente sin pérdida de tiempo.

4.º Los estudios serán examinados por una Junta, compuesta del presidente de la Junta Consultiva de Guerra, los presidentes de las cuatro secciones, el General y el Jefe más caracterizado de cada Arma y Cuerpo que presten servicio en la cuarta sección; desempeñará las funciones de secretario el más moderno.

5.º Esta Junta, con las formalidades establecidas para los certámenes públicos, procederá á la apertura de los pliegos y designará una ponencia que dé informe en un plazo que no excederá de un mes, permaneciendo durante igual tiempo las obras con el dictamen á disposición de la Junta para su estudio.

Terminado éste, en votación nominal designará las obras que merezcan premio, que será una por cada tema, pudiéndose, según los casos, declarar parcial ó totalmente desierto el concurso, si así lo estima la mayoría; el acto será público.

6.º Las actas de la Junta, con las obras propuestas para premio, se remitirán á este Ministerio; y visto que se han observado las reglas prescriptas, será firme la decisión, publicándose en el *Diario Oficial*.

7.º Los premios serán tantos como temas y consistirán en una edición de 1.000 ejemplares del trabajo premiado, que se imprimirá por el Depósito de la Guerra y se entregará al autor íntegra, siendo obligatoria su adquisición por los Cuerpos y dependencias. El precio á que se haya de vender, se marcará por la Junta al hacer la designación.

8.º Cuando el mérito del trabajo lo requiera, se le aplicarán las disposiciones del Reglamento aprobado por Real Decreto de 27 de Septiembre de 1890.

9.º La misma Junta, una vez verificado el primer concurso, propondrá las modificaciones que aconseje la experiencia para mejorar las condiciones de éstos y favorecer el fin á que se dirigen.

10. El primer concurso tendrá lugar en 1.º de Marzo de 1900, y los temas serán los siguientes:

Estudio comparativo, desde el punto de vista de sus efectos tácticos, de algunos de los fusiles reglamentarios en Europa con el Maüsser español, modelo 1893.

Estudio de las ideas hoy admitidas respecto al empleo de la Caballería

en la exploración y el combate.—Misión de las tropas de montaña, deducida del estudio de la organización é instrucción de las de Francia é Italia.—Métodos de instrucción de la Infantería en el extranjero, comparados con los reglamentarios en España.—Las maniobras de las tres Armas en Francia, Alemania y Rusia.—Alteraciones que el material de artillería de campaña de tiro rápido introduce en el efecto táctico, y empleo del arma.—Influencia que los campos atrincherados pueden tener en las operaciones de una campaña, apoyada con ejemplares históricos.—Estudio comparativo de los órdenes de combate y formas de ataque de la Infantería, según los Reglamentos de este arma en Europa.—Alimentación de una división del ejército español en tiempo de guerra, concretándolo á región determinada en la Península.—Organización de los servicios sanitarios en el combate de la división del ejército español.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Julio de 1899.—Polavieja.—Sr...»

VARIEDADES

Del 14 al 21 de Septiembre próximo se reunirá en Boulogne-sur-Mer la *Asociación francesa por el adelantamiento de las ciencias*, y en uno de esos días se descubrirá la estatua del gran Médico electricista Mr. Duchenne (de Boulogne.) Los temas que han de discutirse son los siguientes: 1.º, *Tratamiento por la electrolisis de las estrecheces en general, y de las de la uretra en particular*; 2.º, *Radioscopia y radiografía estereoscópicas*; 3.º, *Recientes progresos de la radiografía*; y 4.º, *La endodiascopia, su técnica y resultados*.

Por su parte, el 16 de Octubre se abrirá en París el *XIII Congreso de la Asociación francesa de Cirujía*, bajo la presidencia del Sr. Poncet (de Lyon), y para discutir los siguientes puntos: 1.º, *De la histerectomía abdominal total*; 2.º, *Tumores de los huesos*.

Finalmente, del 25 al 28 de Septiembre celebrará sus sesiones en Bruselas el *primer Congreso de Médicos de las Compañías de seguros sobre la vida*, para discutir los temas siguientes: *La admisibilidad de los sífilíticos*.—*Las neurosis traumáticas*.—*El alcoholismo desde el punto de vista del seguro sobre la vida*.—*De algunas dermatosis, consideradas desde el punto de vista del seguro sobre la vida*.—*De la admisibilidad de los glucosúricos*.—*La radiografía en los seguros*.—*Cuáles son los neurasténicos que se pueden admitir y cuáles no*.—*La herencia tuberculosa, considerada desde el punto de vista de su influencia sobre el seguro*.—*Del*

examen del corazón.—Del diagnóstico precoz de la parálisis general.—De la admisibilidad de los albuminúricos.

*
**

Se ha descubierto en el jardín del hospital militar de Val-de-Grâce la estatua del eminente cirujano, Barón Hipólito Larrey, asistiendo al acto, entre otras muchas personalidades distinguidas, el General Zurlinden, gobernador militar de París.

*
**

Dice *La Riforma Medica* que el Dr. Kovéos ha dado cuenta recientemente del caso de un viejo de 90 años, cuyos cabellos y barba, completamente blancos, adquirieron de nuevo el color negro, seis meses antes de su muerte. El Dr. Manolakis había referido ya otro caso semejante. Este fenómeno, según los Sres. Landosis y Wilson, es debido á una especie de regeneración, análoga á la tercera y hasta cuarta dentición en los viejos, de que se registran numerosos ejemplares.

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

Ensayo acerca de la ordenación de bases y reglas higiénicas para la profilaxis de la fiebre amarilla, por el Médico primero *Dr. José Potous*; precedido de un prólogo del *Dr. D. Juan M. Mariani*.—Cuaderno primero.—Habana. 1898.

La Cruz Roja.—Boletín oficial de la Asamblea suprema.—Publicación bi-mensual.—Madrid. 1899.

Procedencias mercantiles, con el suplemento *Industria química*.—Publicación quincenal.—Hamburgo. 1899.

La Unión Médica.—Revista profesional, órgano oficial del Colegio de Médicos de Segovia.—Publicación mensual.—Segovia. 1899.

Magisterio Español.—Semanario independiente de primera enseñanza, defensor del montepío de la clase.—Madrid. 1899.

Revista valenciana de ciencias médicas.—Publicación mensual dirigida por el *Dr. Faustino Barberá*.—Valencia. 1899.

Citoscopia y cateterismo de los uréteres.—Lecciones explicadas por *D. A. Suárez de Mendoza* en la Facultad de Medicina.—Madrid. 1899.—(Dos ejemplares.)

Una nueva teoría de la formación de la catarata, por *D. Santiago de los Albitos*.—Madrid. 1899.—(Dos ejemplares.)

A Medicina militar.—Revista quincenal.—Publicação autorizada pelo Ministerio da Guerra.—Lisboa. 1899.

La vaccinazione nell' esercito e l' «antivaccinismo» per il *Dott. Ridolfo Livi*.—Roma. 1899.

Tratado práctico de medicina clínica y terapéutica.—Publicado en Francia bajo la dirección de los *Dres. Samuel Bernheim y Emilio Laurent*; traducido directamente de la segunda edición francesa.—Tomo V, enfermedades del aparato digestivo y sus anejos. Tomo VI, enfermedades especiales.—Biblioteca escogida de *El Siglo Médico*.—Madrid. 1899.

Liga nacional contra la tuberculosis y de socorro á los tísicos pobres.—Proyecto de sus estatutos y Reglamento por el *Dr. Moliner*.—Valencia. 1899.

Evoluzione della neuro-patologia nel secolo presente in rapporto al progressi dell' anatomia e della fisiologia, per il *Dott. E. Curcio*.—Roma. 1899.