

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIV

MADRID I.º DE JUNIO DE 1900

NÚM. 311

## NOTAS ENTRESACADAS DE MI MEMORANDUM CLÍNICO

(Continuación.)

### XIV.

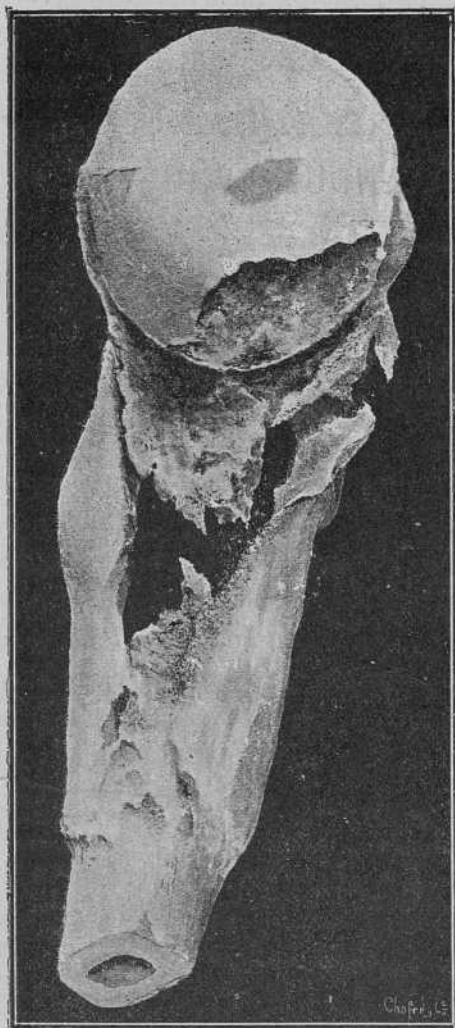
**Mateo Gil Púa**, soldado del 13.º batallón de Cazadores, herido en Salitrán el 24 de Marzo de 1897.

Pasó á mi clínica á fines de Julio del mismo año con una artritis supurada del hombro izquierdo, consecutiva á un balazo perforante articular, cuyos orificios, abiertos aún, correspondían respectivamente al borde anterior del deltoides, cinco centímetros más abajo de la clavícula, y á la parte externa de la región escapular, tres centímetros por debajo del borde posterior del acromión. El paciente, aunque bien constituido y animoso, mostraba señales evidentes de que la afección le tenía consumido, en toda la significación de la palabra.

El hombro estaba deformado y muy dolorido, la supuración era abundante, y la impotencia funcional de la extremidad, absoluta. Explorando el foco séptico por cualquiera de los dos orificios comunicantes, se percibían claramente las aristas y asperezas de múltiples esquirlas, separadas por anchos huecos de forma irregular.

Siendo éste el estado de la lesión después de cuatro meses de tratamiento conservador, procediendo el herido de una clínica que se distinguía precisamente por el rigor de la práctica antiséptica, y habiendo sido ya declarado inútil por anquilosis completa de la

articulación escápulo humeral, podía desde luego suponerse que el tiempo, la antisepsia y la inmovilización no eran medios suficientes para llevar el caso á feliz término. Sin embargo, quise con-



Cara interna de la porción resecada.  
(Tamaño natural.)

vencerme de ello por mi propia observación, y aun intenté desinfectar el foco, haciendo desbridamientos, lavados y drenajes, y extrayendo algunas esquirlas necróticas de las que entretenían la supuración.

Pasaron unos cuantos días sin lograr beneficios positivos y, para no perder más tiempo, se le hizo la resección del hombro el 21 de Agosto.

El procedimiento que seguí en éste, como en la generalidad de los casos del mismo género, se ajustó á la norma siguiente: hacer la incisión en la parte ántero-externa (Malgaigne, Langenbeck, Withe), comprendiendo en ella, á ser posible, algún trayecto preexistente; disecar ó separar el periostio y la cápsula, procurando conservar los tendones y

las inserciones musculares; serrar la diáfisis por el punto más alto posible, protegiendo los tejidos blandos con una tira de zinc, y, después de hecho ésto, separar la cabeza articular ó sus fragmen-

tos; desinfectar á conciencia la cavidad, limpiando minuciosamente hasta los menores intersticios y raspando los orificios y trayectos patológicos; establecer un amplio desagüe desde el fondo de la cavidad, y, por último, cerrar la herida operatoria consutura perdida muscular y los puntos necesarios de sutura superficial entrecortada.



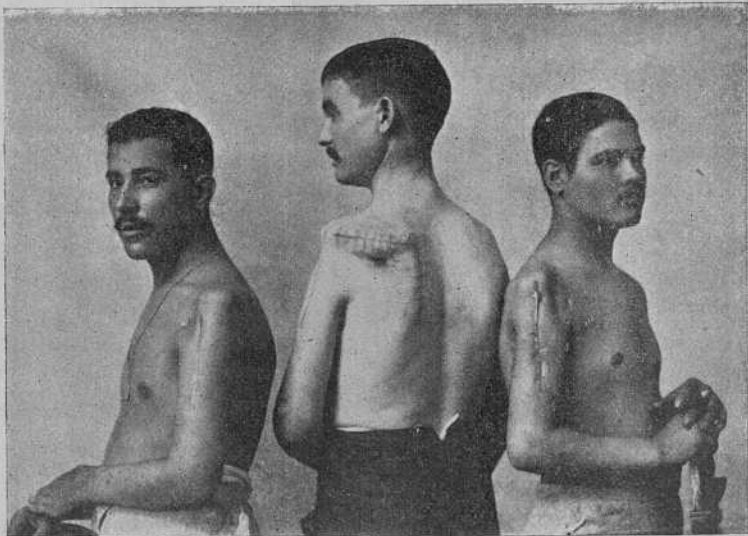
Cara posterior de la porción reseada.

La pieza patológica relativa á este caso clínico forma parte de mi modesta colección y ofrece verdaderamente curioso aspecto.

Se aprecian en ella diferentes fragmentos óseos soldados á la diáfisis y cabeza humeral, pero que dejan entre sí huecos irregulares, surcos y hendiduras, limitados por bordes cortantes ó erizados de puntas y asperezas. Una esquirla del cuerpo del hueso, parecida á la punta de un cuchillo, se halla pegada por su extremo superior al tróquiter, quedando libre el resto en dirección oblicua hacia abajo, adelante y adentro, y cubriendo en parte la corredera bicipital. Otra esquirla, mucho más pequeña, aparece unida al

troquin. La superficie articular se vé destruída por su parte inferior, y el cuello quirúrgico, esto es, la continuidad del límite diafisario, apenas se halla mantenida por la unión fortuita de dos estrechas esquirlas, correspondientes al borde anterior del hueso.

La operación en sí no ofreció nada de particular. El tratamiento consecutivo, tampoco. A los tres días se quitó el tubo de drenaje; á los ocho se substituyó la cura seca yodofórmica con otra del mismo género, pero salolada; á los diez había retirado todas las sedas de la sutura tegumentaria; á los veinte estaba cicatrizada la herida, por lo cual se aplicó el apósito protector de Wölfler, y á los treinta y dos días, esto es, el 22 de Septiembre, salió el herido del hospital completamente curado y restablecido.



Observ. número XIV.

Número XV.

Número XVI.

A pesar de la extensa pérdida que el húmero tuvo que sufrir, el éxito fisiológico de la operación fué en extremo satisfactorio, pues con el poco tiempo transcurrido y la elemental protección que pudimos improvisar, los movimientos del antebrazo y la mano recobraron toda su integridad, y los del brazo habían adquirido

ya una amplitud suficiente para responder á las más importantes necesidades de la vida.

Más adelante, con motivo de otra observación muy parecida á la que acabo de extractar, y que me ha sido dable seguir más tiempo, expondré el grado de perfección que pueden alcanzar los movimientos después de la resección del hombro y se demostrará la incontestable utilidad de esta conservadora operación en las heridas de guerra.

## XV.

**Manuel Hernández del Río**, soldado de la 3.<sup>a</sup> batería de Artillería de montaña, herido en la toma de Imus el 25 de Marzo de 1897.

Como el caso anterior, pasó á mi clínica después de cuatro meses de tratamiento. Presentaba una osteo-artritis supurada del hombro izquierdo, con dos orificios fistulosos, correspondientes á la entrada y salida del proyectil, situados, respectivamente, debajo de la apófisis caracoides, y dos centímetros por debajo de la espina del omóplato.

En vista de la abundancia de la supuración, de la infiltración pastosa que ofrecía el brazo y el codo, y de lo què había perdido el paciente por la duración de la enfermedad y los accesos febriles, resolví desde luego sanear el foco séptico con la intervención quirúrgica apropiada.

Y como la lesión, bien clara y definida, tenía tanto de humera como de escapular, fué necesario combinar la incisión de Withe con la periescapular de Ollier, para poner al descubierto toda la extensión del mal y hacer todo lo posible por remediarlo.

La bala había fracturado la cabeza del húmero, penetrando por el cuello anatómico, muy cerca del troquin; y siguiendo una dirección oblícua hacia atrás y adentro, rozó la cavidad glenoidea y fué á salir por la región escapular, fracturando la espina del

omóplato. El proceso inflamatorio que, como consecuencia más ó menos inmediata del balazo, se hubo de desarrollar, y la necrosis que sobrevino en los dos huesos de la articulación, convirtieron esta última en un extenso foco séptico, que hubiera sido inacabable sin la intervención operatoria.

Hubo que comprender en la resección la epífisis y cuatro centímetros de la diáfisis humeral, gran parte de la cavidad glenoidea y una buena porción de la espina del omóplato.

Sin complicación ni accidente de ningún género, antes bien, coincidiendo con una notable mejoría del estado general, curaron todas las lesiones en el espacio de un mes: primero cicatrizó el orificio de entrada del proyectil, después las incisiones operatorias, y últimamente el orificio escapular, en el cual fué preciso mantener el drenaje algún tiempo.

Aunque fué muy corto el que permaneció en Manila este individuo después de la operación, pudimos comprobar que la cicatrización estaba consolidada y que los movimientos del brazo adquirirían de día en día más extensión y se ejecutaban también con mayor facilidad.

## XVI.

**Blas Orellana y Almagro**, soldado del 6.º batallón de Cazadores, herido en *Cacarong de Sile* el 1.º de Enero de 1897.

Ingresó en mi clínica el mes de Julio del mismo año con una osteomielitis del tercio superior del húmero derecho, consecutiva á un balazo Remington, que produjo perforación incompleta del cuello quirúrgico de dicho hueso. El proyectil entró, próximamente, por el vértice del espacio deltoideo-pectoral, y salió por el límite posterior del hueco axilar, ó sea en el punto en que se continúa la piel de la cara interna del brazo con la dorsal y escapular.

Consultada y resuelta la operación por las mismas razones

expuestas en los dos casos anteriores, hízose la resección articular con sujeción al manual operatorio ya descripto. Preferí la incisión media lateral, porque sobre ser la que descubre más campo para la intervención quirúrgica, no había para qué huir en este caso del único inconveniente que se le atribuye, pues la atrofia del deltoídes y la falta de movimientos de abducción corroboraban la existencia de una lesión del nervio circunflejo, supuesta desde luego por la dirección y extensión del traumatismo.

El trozo resecao mide 13 centímetros de longitud y acusa un engrosamiento patológico muy notable: al nivel del cuello quirúrgico, la diáfisis tiene 13'5 centímetros de circunferencia; entre el cuello y el límite inferior, desciende á 12 centímetros; y en la línea de sección sólo tiene siete centímetros de perímetro. En la superficie se observan infinidad de agujerillos y excrecencias, que dan al tejido compacto el aspecto de la madera carcomida.

En la cara interna, inmediatamente debajo del cuello anatómico, se vé una grande oquedad de paredes corroidas, cuya parte superior, ancha, corresponde al tejido esponjoso de la porción articular, y la inferior, muy estrecha, marca la línea divisoria del conducto medular sano y enfermo. Dicha cavidad, representación del primitivo foco séptico, comunica con el orificio de entrada del proyectil, situado debajo del troquin; con la escotadura que, como vestigio de la salida de la bala, hay en el borde interno del hueso; con un grande agujero abierto en las inmediaciones de la impresión ó V deltoidea; con cuatro ó seis más pequeños, situados en las caras interna y posterior del hueso, y con el número incontable de agujerillos que hay por toda la superficie del mismo. La línea áspera y la corredera bicipital se hallan completamente desfiguradas por la acción corrosiva del pus, que impregnó, por decirlo así, el espesor del húmero. Dificil es que haya un ejemplar mejor para justificar la denominación de panosteitis supurada.

En este operado hubo necesidad de conservar el desagüe más tiempo que en la generalidad de los resecaos. Debido, sin duda, al mal estado en que se encontraban los tejidos del hombro, la repa-

ración de la cavidad se hizo con lentitud, y aun exigió algunos toques con la disolución de cloruro de zinc; pero si tardó la cicatrización unos días más en completarse, no por eso dejó de ser satisfactorio el resultado; el herido saldó una antigua y ruinosa cuenta patológica, quedando á su favor un caudal orgánico y funcional, con el cual verdaderamente no contaba.

## XVII.

**Manuel Capitán Aguado.** soldado del 9.º batallón de Cazadores, herido en Bacoor el 4 de Junio de 1898.

Ingresó en el Hospital de San Juan de Letrán, veintitres días después de ser herido, con un balazo perforante escapulo-humeral, que le produjo fractura conminuta de la extremidad superior del húmero derecho y artritis consecutiva. El orificio de entrada, anterior y subacromial, estaba situado en el espacio comprendido entre los dos tendones del biceps; el de salida correspondía á la región dorsal, junto al tercio medio del borde axilar del omóplato.

Persuadido de que una herida penetrante articular con fractura conminuta epifiso-diafisaria, es lesión mutilante *per se*, y no pocas veces resulta mortal *per accidens*, no vacilé un momento en establecer la que yo conceptúo única terapéutica racional y genuinamente conservadora: la resección típica subcápsulo-perióstica y el saneamiento consiguiente de la región traumatizada.

Para poder atacar mejor la lesión escapular concomitante, hice una incisión ántero-interna, casi la misma propuesta por Malgaigne, en la que fué comprendido el orificio de entrada de la bala. Abrí ampliamente la cápsula, separé el periostio diafisario en la extensión absolutamente precisa, y como la fractura era completa y no había ni indicios de coaptación, se serró fácilmente el húmero, á cinco centímetros del cuello quirúrgico, inclinando el fragmento astillado hacia la herida. Concluída esta primera parte, extraje



multitud de pequeñas esquirlas que aparecían desparramadas en los tejidos periarticulares, algunos fragmentos que estaban libres en la articulación, y dos más grandes, correspondientes á las tuberosidades del húmero, retenidos solamente por las inserciones musculares respectivas. Viendo que la cavidad glenoidea y algo del borde externo del omóplato habían sido surcados por el proyectil, rectifiqué la lesión por medio del raspado, cuidando de dejar unidos el periostio escapular, el ligamento gleno-humeral inferior y la inserción de la porción larga del tríceps. Raspé igualmente los orificios y el trayecto causados por la bala, completé la hemiostasia, siempre entretenida en este género de operaciones, y, después de una amplia irrigación con agua sublimada, suturé la herida como de ordinario, dejando establecido el desagüe por su extremo inferior. Bueno es consignar también, para que se tenga en cuenta al apreciar el resultado, que la cura seca yodofórmica fué la única que se empleó en este caso, tanto al terminar la operación como en las curaciones sucesivas.

Ya dije que Capitán entró en mi clínica veintitres días después de ser herido; veintitres días que hubo de pasar en continuado martirio, con dolores acerbos, hemorragias alarmantes y accesos febriles fuertes. Pues bien; el día siguiente al en que fué operado, estaba alegre y sin sufrimiento alguno; á las cuarenta y ocho horas paseaba por la sala y animaba con su jovialidad á todos los demás heridos; á los ocho días tenía cerrada la herida operatoria, y al mes ejecutaba con el brazo más movimientos de los que yo le podía consentir.

He tenido la fortuna de ver recientemente á este herido, y también le han visto y reconocido muchos distinguidos profesores.

Está completamente sano, muy contento y muy ágil. No usa aparato protector de ningún género, y, sin embargo, hace con el brazo operado todos los movimientos normales y realiza esfuerzos que exceden de cuanto se podía suponer. Ha ganado apuestas por levantar grandes pesos y recorrer largas distancias llevando á pulso un cántaro lleno de agua. Por fin, maneja la escopeta con

tanta facilidad como antes de ser herido y continúa siendo la caza su distracción favorita, por no decir su única ocupación.



Gracias á la amabilidad de mi ilustrado colega y querido amigo el Dr. Mitjavila, puedo ofrecer aquí la reproducción de una excelente radiografía de este interesante caso clínico.

El fotograbado no llega, con mucho, á expresar los magníficos detalles que tiene el radiograma, pero así y todo revela bastante bien no sólo que el hueso se ha regenerado,

sino que la osteogénesis ha tenido lugar por crecimiento ó prolongación del extremo seccionado de la diáfisis ósea.

L. AYCART.

*(Continuará.)*



## Prensa y Sociedades médicas

**Causas de la muerte por sífilis.**—Si se nos preguntara, dice el Doctor Mauro Guillén, á qué es debida la muerte de los sífilíticos, cuando éstos sucumben por la infección luética, diríamos sin rodeos que al terciarismo ó á lesiones parasifilíticas.

Para convencernos de la exactitud de este aserto, pasemos revista á los distintos sistemas y aparatos de la economía en sus relaciones con la enfermedad en cuestión.

*Sistema nervioso.*—Las más terribles lesiones de la sífilis, por su frecuencia y gravedad, radican en este sistema. El Profesor Fournier señala un 38 por 100 de lesiones nerviosas entre 100 casos de terciarismo, aunque no todos los sífiliógrafos están conformes con proporción tan elevada de padecimientos nerviosos, imputables á la sífilis, y por nuestra parte debemos hacer constar que entre los muchos sífilíticos que han pasado por nuestras manos, hánse presentado los trastornos nerviosos en proporción mucho menor que la señalada más arriba, lo que tal vez se explique por ser las estadísticas de Fournier de franceses, en los que el sistema nervioso predomina mucho más que entre nosotros; no obstante, convengamos en que la sífilis es un verdadero veneno para el sistema nervioso. Entre las afecciones más frecuentes y graves de este sistema, citemos la tabes dorsal, la sífilis cerebral, la demencia parálítica, las diversas mielitis y la meningomielitis.

El pronóstico de estas afecciones, de origen sífilítico, es de los más desfavorables, á pesar de considerarse como una suerte para un enfermo grave del sistema nervioso el haber padecido la sífilis. Para Fournier, en las sífilis cerebrales las terminaciones por defunción son tantas ó alguna más que las curaciones; en las sífilis medulares las muertes exceden á los curados; en las tabes son contadísimos y extraordinarios los casos que curan, y en la demencia sífilítica el desenlace es funesto en todos los casos.

La estadística de Rumpf está en armonía con la que Fournier expone, y admite que á la sífilis cerebral sigue un 15 por 100 de muertes; para las sífilis medulares Gilbert y Sion indican 30 por 100 de defunciones y 26 por 100 de curados; Sottas, de 23 casos observa nueve muertes y una sola curación.

*Aparato locomotor.*—La muerte de un sífilítico, excepcionalmente es causada por lesiones de este aparato.

Un *exostosis* de hueso del cráneo ó de las vértebras determinando compresión de cerebro ó médula, vastas destrucciones de la bóveda del paladar, dificultando la nutrición, etc., pueden causarlas, sin embargo.

*Aparato génito-urinario.*—Únicamente las localizaciones rena-

les de la sífilis, nombraremos como causa rara, pero posible de cirrosis renal, que ocasionar puede la muerte del sífilítico.

*Aparato respiratorio.*—Dos órdenes de lesiones sífilíticas de este aparato pueden llegar á constituir un peligro para la existencia. Las que radican en las vías superiores y las del mismo pulmón. La formación de bridas cicatriciales ó la presencia de neoplasmas específicos pueden ser causa de estenosis de la laringe ó tráquea con sus consecuencias. Esto, como los procesos luéticos del pulmón, son en verdad verdaderas curiosidades científicas.

*Aparato digestivo.*—Solamente de las afecciones del hígado hemos de hablar, por ser el órgano de este aparato que más á menudo se afecta, de manera tan grave, que suele causar la muerte del sífilítico. Los trastornos de esta víscera se manifiestan de dos modos: ya como infiltración difusa con consecutiva retracción (hepatitis intersticial), ya como asiento de gomas. De ambas, la primera es la más grave; de principio insidioso, generalmente se hace ostensible cuando el período atrófico comienza, y ya entonces estamos desarmados contra ella. Señalemos que de las causas que á esta grave localización de la sífilis predisponen, es el alcoholismo la más importante. Es frecuente observar, y ésto es de diaria comprobación clínica, la combinación de ambos factores (alcoholismo y sífilis) en la etiología de la cirrosis hepática. Por lo que antecede se desprende que la sífilis del hígado, menos frecuente que la de los centros nerviosos, parece ser (después de ésta) la más importante de las localizaciones viscerales de la lues.

*Aparato circulatorio.*—Corazón.—Son rarísimas sus alteraciones, debidas á la sífilis, y consisten en miocarditis intersticiales y en gomas del miocardio, de pronóstico grave ambas.

*Arterias.*—Recordando que la sífilis es causa poderosa de la *arterio-esclerosis*, con todas sus consecuencias, digamos que las relaciones que unen los aneurismas y la sífilis son interesantes. El Profesor Etienne, de Nancy, en un notable trabajo, repleto de observaciones clínicas, encuentra en 240 casos de aneurismas un 69 por 100 con antecedentes de sífilis. Terminemos haciendo constar que es innegable el que la sífilis juega papel transcendental en la patogenia de los aneurismas, aunque hoy desconozcamos su esencia.

*Conclusiones:* 1.<sup>a</sup> De las afecciones mortales que de la sífilis derivan, las nerviosas ocupan la preferencia. 2.<sup>a</sup> Las lesiones sífilíticas capaces de acarrear la muerte, de los aparatos locomotor, urogenital y respiratorio, son despreciables, teniendo en cuenta el número total de sífilíticos. 3.<sup>a</sup> Entre ambos extremos, merecen colocarse las lesiones del hígado y del aparato circulatorio.

(Rev. Valenc. de cienc. méd.)

\* \* \*

**Una neumotomia.**—Hé aquí los términos en que la refiere el Dr. D. Mateo Bonafonte, Profesor clínico de la Facultad de Medicina de Zaragoza:

Desde que por Tuffier se ha reglamentado la intervención quirúrgica para el tratamiento de ciertos procesos pulmonares, se ha extendido mucho más el campo de su esfera de acción, gracias á las reglas por las que podemos prevenir y conjurar los peligros que hacían imposible en otras circunstancias las intervenciones quirúrgicas en el pulmón.

Pero no siempre hemos de contar con que los hechos se presenten en condiciones de poder hacer una aplicación directa de las deducciones teóricas, y hasta por necesidades imprevistas puede el Profesor verse obligado á modificar ó dejar de seguir al pie de la letra las reglas que hacen una operación de esta clase más ó menos factible.

Ejemplo de ello, es un caso operado por el Dr. D. Francisco Arpal, eminente Cirujano y Catedrático de operaciones de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Hé aquí el resumen de los hechos:

José Ibáñez, natural de Cervera de la Cañada, de 25 años de edad, soltero, ingresó en la Clínica el día 22 de Noviembre de 1899.

Había hecho la campaña de Cuba, donde padeció las enfermedades propias de los países tropicales, y, repatriado á España, no gozó de buena salud, pues quedó sumamente quebrantado, anémico y debilitado.

Según informes suministrados por el enfermo, vió su ya anormal estado, agravado por grave dolencia, la cual indudablemente debió ser una pleuro-neumonía, á juzgar por la sencilla explicación de los síntomas observados; no curó de su nueva dolencia, y por el contrario, fué empeorando progresivamente á causa de pertinaz é intensa disnea, imposibilidad de decúbito lateral izquierdo, tos pertinaz, expectoración purulenta, fiebre alta y continua, macicez generalizada á todo el pulmón derecho, ausencia de vibraciones bucales y desaparición del murmullo vesicular y ruidos bronquiales en casi la totalidad del citado pulmón. Con estos síntomas, y con las huellas de una enérgica y extensa revulsión, el enfermo ingresó en nuestra Clínica, donde pudimos observar su grave estado, hasta el extremo de inspirar serias inquietudes el próximo desenlace de su dolencia.

Convencido el digno Jefe de clínica citado de que todo era inútil, y un tanto temeroso de toda intervención quirúrgica á consecuencia de las deplorables condiciones del enfermo, se decidió á intervenir cual si se tratase de un empiema, pues tal fué la creencia de cuantos hubimos examinado al enfermo.

No obstante, la falta de abombamiento de los espacios intercostales y una sospecha especial, indujeron al Dr. Arpal á dudar de la existencia de tal empiema, y manifestó su creencia de que la intervención había de ser un tanto más complicada, como así sucedió.

Se practicó una amplia abertura en el tórax, con resección de unos centímetros de costilla, y pudo observarse que no había expulsión de líquido alguno, así como que el pulmón, cubierto de su

pleura, se presentaba en el fondo del campo operatorio turgente, prominente, fluctuante y de relativa dureza; reseco otros varios trozos de costillas, y con la sonda, y guiado por el punto de más fluctuación, penetró decididamente en un inmenso espacio, atravesando el parénquima pulmonar, dando salida á inmensa cantidad de pus espeso y verde.

Se trataba de un absceso pulmonar enorme, probablemente consecutivo á una neumonía que, dadas las condiciones detestables del sujeto, terminó del modo indicado.

Las consecuencias fueron sumamente benignas; con la irrigación aséptica simple, dos veces por día, del foco, se obtuvo la curación sin incidente alguno, hasta que el día 12 de Enero de 1900 fué dado de alta el enfermo curado de su dolencia.

Hasta aquí los hechos; respecto á su crítica poco he de manifestar, sino que ciertos temores y preceptos clásicos, como los que aconsejan que en modo alguno se haga el lavado del foco purulento, que no se descubra el pulmón sin antes suturarle á la pleura parietal y otros todavía más importantes, fueron aquí desoídos; y no por que juzgue de su ineficacia, sino porque creo que después de cierto número de años de una real y eficaz práctica quirúrgica, no parece sino que ciertos hombres adquieren tal seguridad para juzgar los hechos en los momentos críticos y obrar en consecuencia, que por ello han logrado cimentar una justa y respetable consideración ante la ciencia.

Tal sucede con el ilustrado Catedrático de operaciones Dr. Arpal, el cual, en el caso citado, pudo contar con un éxito que, complicando la intervención con perjuicio de la rapidez, quizás no hubiera sucedido lo mismo.

He creído de utilidad publicar el citado caso, por suponer que alguna enseñanza puede desprenderse de su observación.

(*Rev. de Med. y Cir. Practs.*)

\*  
\* \*

**Tratamiento quirúrgico de las hemorragias procedentes de las úlceras del estómago.**—En el tratamiento de la úlcera del estómago, la intervención operatoria está indicada ora en presencia de pequeñas hemorragias repetidas, ora cuando se producen de cuando en cuando abundantes hematemesis, ocasionando, por ejemplo, el derrame de más de medio litro de sangre.

*MM. E. W. Andrews y D. N. Eisendraht* estiman que para las úlceras situadas en la proximidad del píloro la operación de preferencia es la piloroplastia, á tenor del procedimiento de Heineke-Mikulicz. Esta operación permite realizar un tratamiento local y ofrece las ventajas de la gastroenterostomía, al mismo tiempo que es más segura que esta última. Cuando la pared del estómago puede ser atacada del lado externo, cabe abstenerse de la cauterización y del legrado de la úlcera y recurrir á su resección. Sin embargo, los dos primeros medios pueden ser empleados en ciertos casos, particu-

larmente si la pared del órgano está adherida y adelgazada, ó si la úlcera radica en una de las extremidades del estómago.

Andrews y Eisendraht recomiendan igualmente un procedimiento que ellos han aplicado con buen éxito en dos enfermos, y que consiste en la ligadura en masa de la pared estomacal levantada en forma de cono, llevando la úlcera en su vértice y comprendiendo todas las tunicas de la víscera. Los autores del trabajo que examinamos han experimentado este método en perros, haciendo ligaduras en masa de la pared estomacal en diferentes regiones. Á seguida de esta intervención no han observado ni peritonitis ni hemorragia. Son necesarios tres ó cuatro días para que el jugo gástrico digiera completamente la parte ligotada. Á fin de evitar la digestión de todas las tunicas y la producción de una úlcera perforante, conviene reforzar la ligadura por una hilera de suturas de Lambert del lado de la serosa.

Este procedimiento presenta la ventaja de ser de una ejecución fácil. Importa solamente que se aplique una ligadura sólida, á una distancia de un poco más de un centímetro del borde de la ulceración.

(*Annals of Surgery.*)

\*  
\*  
\*

**La gripe y su tratamiento.**—*M. Fernet:* La gripe es una enfermedad toxi-infecciosa, contagiosa, caracterizada sobre todo por trastornos nerviosos, fiebre y congestiones viscerales.

El bacilo de Pfeiffer es su causa próxima, pero las toxinas suministradas por este bacilo es lo que determina la mayor parte de los accidentes; la eliminación de estas toxinas por los orines indica que la enfermedad se halla en su período terminal.

Sentados estos principios, estimo que la profilaxis de la gripe consiste en las prácticas de aislamiento cuando son realizables, y en la antisepsia de la nariz y de la boca, que son las puertas ordinarias de entrada del germen infeccioso.

Á falta de un remedio específico que no se ha encontrado todavía, las indicaciones terapéuticas de la gripe son las mismas que las de las enfermedades toxi-infecciosas en general. Consisten: primero, en alimentar al enfermo en la medida de lo posible, de suerte que le sea permitido resistir á la enfermedad sin harto daño; segundo, en favorecer la eliminación de los elementos nocivos por los diversos emuntorios, y especialmente por los riñones.

La leche y la cura hídrica son las que responden mejor, en mi concepto, á estas dos indicaciones.

Si la absorción de las bebidas por el estómago presenta dificultades, se suplirá este medio prescribiendo enemas de leche pura ó mezclada con agua alcalina, ó bien inyecciones subcutáneas de agua salada.

Cuando la fiebre es intensa, hay que combatirla por medio de

lociones frías, renovadas, según las necesidades, por envolturas frías de muy poca duración ó bien hasta por baños fríos.

Cuanto á las congestiones viscerales y, sobre todo, á las congestiones pulmonares, que dimanán al parecer de una paresia del neuromogástrico, y que van acompañadas de una taquicardia de idéntico origen, no conozco mejor remedio que oponerles que la compresa mojada fría, aplicada sobre la región enferma, ó la envoltura del pecho—durante medio minuto—con una servilleta empapada de agua fría.

Estas aplicaciones, cuyo efecto es inmediato, pueden ser renovadas cada hora ó cada dos horas, según las circunstancias.

El Secretario perpetuo lee una nota de Mignot (de Chantelle), en la cual recomienda que se combata el estado saburral de las vías digestivas, en los comienzos de la grippe, por el empleo de 0 gramos 20 ó 0 gramos 30 centigramos de calomelanos, administrados á dosis fraccionadas.

Si la tos persiste y vá acompañada de los signos de la congestión pulmonar, hay que prescribir un vejigatorio, seguido en caso necesario de otros varios, á nivel del punto doloroso.

Día y noche deberá mantenerse una temperatura de 18° á 20° en la habitación del enfermo.

(*Acad. de Med. de Paris.*)

\*  
\*\*

**Trastornos de la circulación en las enfermedades infecciosas agudas.**—*MM. E. Romberg y H. Pässler* han tratado de determinar experimentalmente la parte respectiva que corresponde á la insuficiencia del músculo cardíaco, de un lado, y al aparato vasomotor, del otro, en la producción de los trastornos de la circulación que con tanta frecuencia se observan durante las enfermedades infecciosas. A este efecto han estudiado, en animales infectados artificialmente por medio de la inyección de cultivos bacterianos, las variaciones de la presión sanguínea que acompañan á ciertas manipulaciones cuyo objeto estriba en excitar el músculo cardíaco ó los centros vasomotores. Por el masaje abdominal se repele una cantidad considerable de sangre del lado del corazón. La consecuencia de este aumento del aflujo sanguíneo será un aumento de la presión arterial, si el músculo cardíaco ha conservado la energía suficiente para vaciarse á cada contracción ventricular. La compresión de la aorta torácica produce el mismo efecto, dificultando la propagación normal de la onda sanguínea. De otra parte, obsérvase, por consecuencia de una irritación mecánica de los tegumentos ó de las mucosas, un aumento momentáneo de la tensión arterial, provocada por la excitación refleja de los centros vasomotores del bulbo raquidiano; asimismo, el aumento de presión que se produce durante la asfíxia es debido á una excitación de los centros vasomotores.

Romberg y Pässler han estudiado el efecto de estos diferentes



factores sobre la presión sanguínea en conejos infectados por medio de inyecciones subcutáneas ó intravenosas de cultivos de neumococos, de bacilos de la difteria y de bacilos puocianicos. Han observado que en los comienzos de la enfermedad el corazón y el aparato vasomotor reaccionan de una manera normal, sea cual fuere la naturaleza de la inyección. En un período más avanzado, en el momento en que la temperatura febril tiende á bajar y en que se notan los primeros síntomas de la algidez, el masaje del abdomen provoca todavía un aumento de la presión sanguínea, igual al que se observa al principio de la infección; el efecto de la asfíxia y de la irritación de las mucosas sobre el aparato vasomotor es, en cambio, bastante más débil que en los comienzos. Si se repiten estos experimentos en animales llegados al último período de la enfermedad, en un momento en que, por consecuencia de la disminución de la presión arterial, la circulación se ha vuelto notoriamente insuficiente, obsérvese que el masaje abdominal produce todavía un aumento sensible de la presión, al paso que la reacción del aparato vasomotor ha desaparecido definitivamente.

La conclusión que los autores del referido trabajo infieren de estos experimentos, es que los trastornos de la circulación observados durante las enfermedades infecciosas agudas son debidos esencialmente á la parálisis de los vasos y no á una insuficiencia del músculo cardíaco. Esta parálisis de los vasos desaparece después de la inyección intravenosa de pequeñas cantidades de cloruro de bario; trátase, pues, en este caso, de una parálisis central, habiendo conservado los elementos periféricos su excitabilidad.

Se nota un cierto grado de insuficiencia cardíaca inmediatamente antes de la muerte. En ese momento el masaje abdominal no produce ya la reacción acostumbrada. Romberg y Pässler atribuyen esta insuficiencia á la falta de circulación en los vasos cardíacos y á la nutrición insuficiente que resulta de ello para las fibras musculares.

En las enfermedades infecciosas agudas, el corazón conserva, pues, sus facultades normales mientras la afección no se halla complicada por una lesión grave del músculo cardíaco, como ocurre á menudo durante la fiebre tifoidea, la escarlatina, la difteria; pero estas lesiones constituyen más bien un atributo de la convalecencia que del período agudo.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*)

\*  
\*\*

**La asepsia en la oftalmía purulenta.**—Los toques de la conjuntiva palpebral con una solución de nitrato de plata á 2 ó 3 por 100 han constituido durante mucho tiempo el único tratamiento de la oftalmía purulenta, lo mismo en el recién nacido que en el adulto. Sin embargo, la experiencia ha hecho ver que el nitrato de plata, aun cuando sea un agente activo destructor del gonococo, no siempre se halla en condiciones para poder matar este microbio en el

espesor y en las criptas de la conjuntiva contaminada. De ahí que este medicamento se muestre impotente contra las formas graves de oftalmía blenorragica de los niños atrépsicos, las cuales, á pesar de las cauterizaciones frecuentes, acaban por acarrear la ulceración de la córnea, la fusión purulenta del globo del ojo y hasta la muerte. De otra parte, hase aprendido á conocer las decepciones que se recogen con el empleo del nitrato de plata, el cual, no sólo no es indiferente para la córnea, sino que ejerce además sobre los tejidos oculares una acción irritante, susceptible de conservar el proceso inflamatorio. En consecuencia, se ha tratado en estos últimos tiempos de reemplazar el nitrato de plata por lavados con soluciones de sublimado, de permanganato de potasa, de formol, etc. De esta manera se ha sustituido un medicamento específico de la blenorragia por el método antiséptico general, y se ha hecho esto con tanta más razón cuanto que, como se desprende de las investigaciones bacteriológicas modernas, el gonococo no es en modo alguno el agente patógeno único de la oftalmía purulenta, pues en realidad esta afección puede ser también de origen neumocócico ó estreptocócico.

Muy recientemente se ha ido todavía más allá, é inspirándose en el ejemplo de los Cirujanos se ha sustituido el método antiséptico por la simple asepsia en el tratamiento de la oftalmía purulenta de los recién nacidos. Los resultados obtenidos han sido excelentes, como lo prueban los hechos observados por el Dr. von Ammon (1), Médico militar del reino de Babiera, en la clínica oftalmológica de la facultad de Medicina de Munich, y por el Dr. A. Lamhofer (2), asistente que ha sido de la clínica oftalmológica en la facultad de Medicina de Leipzig, hechos que en la actualidad se cuentan por centenares.

El procedimiento adoptado por von Ammon, es á la vez aséptico y antiflogístico. Consiste en practicar dos veces al día unos lavados abundantes de los fondos de saco conjuntivales con una solución fisiológica de cloruro de sodio, y en aplicar encima de los párpados compresas heladas que se renuevan cada tres minutos. Bajo la influencia de este tratamiento, la hinchazón y la inflamación de la conjuntiva retroceden tan rápidamente, que á partir del segundo ó del tercer día se consigue separar sin dificultad los párpados. Tres á cinco días más tarde, la secreción purulenta resulta considerablemente disminuída y los niños abren los ojos de una manera espontánea. Desde ese momento puede prescindirse de las compresas heladas. La curación sobreviene en tres á cuatro semanas. A veces subsiste un cierto grado de irritación conjuntival con tumefacción é hipersecreción ligeras, que no tardan en desaparecer á seguida de algunas instilaciones astringentes (sulfato de zinc.) Sobre 48 casos de oftalmía de los recién nacidos, en los cuales la

---

(1) VON AMMON. Zur Diagnóse und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen.

(2) A. LAMHOFER. Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen.

presencia del gonococo ha sido debidamente observada, y que han sido tratados como acabamos de exponer, 47 veces la curación ha sido rápida y se ha efectuado sin la menor complicación del lado de la córnea. Una sola vez vióse producirse una úlcera corneana; pero en ese caso el niño se había rascado la córnea con la uña en un período en que la secreción purulenta había casi desaparecido.

Por sencillo que sea el procedimiento de von Ammon, es incontestable, sin embargo, que el uso prolongado de las compresas heladas, renovadas con frecuencia, puede tropezar con grandes dificultades, sobre todo en la clientela privada. Pues bien; el empleo de estas compresas no es en manera alguna indispensable, como lo demuestran las numerosas observaciones de Lamhofer, quien no trata la oftalmía purulenta sino por medio de lavados de la conjuntiva con agua templada simplemente hervida ó débilmente boricada. En cambio, estos lavados son repetidos primeramente cada hora; luego cada dos horas. Se tiene el cuidado de alimentar bien al enfermito y de observar el aseo más riguroso. Procediendo de esta suerte, nuestro colega obtiene la curación de la oftalmía purulenta en el solo espacio de quince días.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Las otitis medias en los enfermos de rinitis atrófica.**—*Doctor Masip* (de Barcelona): Estudio clínico fundado en una serie de observaciones, que describe en extracto, y termina con las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> En los enfermos de rinitis atrófica, con relativa frecuencia, ó sea en una sexta parte de casos, se desarrollan otitis medias esclerósicas, dependientes probablemente de un modo directo de la lesión nasal, otitis que presentan caracteres especiales, pudiendo formarse con ellas, no un grupo independiente, pero sí un subgrupo bien caracterizado dentro del grupo heterogéneo de las otitis esclerósicas.

2.<sup>a</sup> Estas otitis se caracterizan por la edad en que empiezan á manifestarse, niñez ó juventud, por alterarse ambos oídos simultáneamente, ó con poco tiempo de diferencia, por la poca frecuencia y poca intensidad de los zumbidos, por no presentarse en ellas la paracusia de Wills, por el aspecto de la membrana del tímpano, generalmente mate, y sin hiperemia del mango del martillo ni de la membrana de Shrapnell, y finalmente, por la falta de fenómenos laberínticos.

3.<sup>a</sup> Algunas de las otitis esclerósicas que con caracteres más confusos se presentan en edades avanzadas, tal vez no son más que continuación ó transformación de estas otitis, iniciadas muchos años antes; y

4.<sup>a</sup> Los enfermos con rinitis atrófica, además de las otitis citadas, y todavía con mayor frecuencia que ellos, padecen otitis de otras naturalezas independientes de la atrofia nasal, como son las otitis catarrales agudas ó crónicas, y sobre todo las purulentas,

habiendo empezado en general estas últimas antes de iniciarse la lesión de las fosas nasales.

*Dr. Suñé:* Le llama la atención la facilidad con que ha podido hacer las insuflaciones, siendo así que en muchos casos las costras las dificultan.

*Dr. Uruñuela:* En esta comunicación vé englobados los casos de rinitis atrófica simple y ocnosa, y pregunta al Dr. Masip si considera que los trastornos auditivos en ellas se producen por el mismo mecanismo; según su opinión, deben establecerse dos divisiones: en una se incluyen los dependientes de la atrofia simple; son de origen catarral y curan fácilmente; las del segundo grupo, que se observan en las rinitis ocnosas, son de origen microbiano, y exigen un tratamiento más activo. También he observado que con frecuencia hay obstrucción de las trompas.

*Dr. Borrás:* Suplica al Dr. Forns que haga un estudio histológico de las mucosas nasal y auditiva en los enfermos de esta clase.

*Dr. Forns:* Cree que es cosa sencilla, y expone el procedimiento que considera indicado.

*Dr. Masip:* Rectifica diciendo que si bien á veces hay dificultades para la ventilación de la caja, no siempre sucede así, sobre todo cuando no hay costras, como en muchos de los casos citados; y en los casos en que las he encontrado, no lo he citado para resumir todo lo posible las historias clínicas. En cuanto á la división establecida por el Dr. Uruñuela, se refiere á las otitis catarrales y á las purulentas; pero el objeto principal de la comunicación no han sido estas otitis, sino las otitis esclerósicas, que con caracteres especiales se presentan en algunos enfermos de rinitis atrófica. Considera poco factible el estudio histológico de las mucosas enfermas en nuestro país, por la dificultad de encontrar material patológico.

(2.º Congr. esp. de oto-ri-no-laring.)

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

ASOCIACIONES MILITARES.

EXPOSICIÓN.

«Señora: La Ley de 29 de Noviembre de 1878 declara en su art. 1.º que el ejército constituye una Institución especial por su objeto é índole, y

asimismo establece que «todo lo relativo á su organización, en cuanto no afecte al presupuesto y al reemplazo», pertenece al Rey y á su Gobierno responsable. A éste toca, por tanto, regular cuanto se relacione con las necesidades de la disciplina y el buen orden en la manera de organizar las fuerzas de mar y tierra, y determinar las reglamentaciones especiales á que deben ajustarse en el ejercicio de algunos derechos políticos y administrativos, aquéllos que por llamamiento de la Ley ó por vocación propia están sujetos á la Ordenanza militar y sufren la restricción de sus libertades en aras de una suprema necesidad de orden público y de vida nacional.

Así se ha establecido constantemente la prohibición para los militares y marinos de asistir á reuniones políticas, de dirigir peticiones colectivas á las Cortes, de discutir en la prensa asuntos de servicio sin superior autorización, y no menos necesaria que todas esas garantías es la de que los propios Jefes de las Instituciones militares conserven atribuciones y facultades eficaces sobre la constitución y modo de funcionar todas las Asociaciones que ostenten carácter militar, aunque no tengan por sus Estatutos fines políticos.

No tiene, en efecto, razonable explicación que materia de suyo tan ocasionada á influir en la disciplina como la de la creación y existencia de Círculos y Asociaciones ó Corporaciones de militares, quede exclusivamente regida, como lo está hoy, por la autoridad del Gobernador y el fallo de los Tribunales civiles, y no sólo el espíritu, sino la propia letra y disposición expresa de la Ley general de Asociaciones de 30 de Junio de 1887, excluye previsoramente de sus preceptos cuanto se relacione con el ejército, puesto que exceptúa de ellos los Institutos que existen ó funcionan en virtud de leyes especiales, y el ejército es, según su propia Ley constitutiva, Institución especial, y por la propia razón lo es la Armada.

No son, por tanto, dudosos, ni el derecho del Gobierno responsable para sujetar la creación de Asociaciones con carácter militar á la aprobación previa de las Autoridades de Guerra y Marina, ni la conveniencia del ejército y del país en que esos centros no se creen sin la intervención precisa de los que, teniendo sobre sí las gravísimas responsabilidades de la disciplina, no pueden quedar sin medios de acción para mantenerla.

Fundado en estas consideraciones, el que suscribe, de acuerdo con el Consejo de Ministros, tiene el honor de proponer á V. M. el siguiente Real Decreto.

Madrid 9 de Abril de 1900.—Señora: A L. R. P. de V. M., Francisco Silvela.

REAL DECRETO

De acuerdo con el Consejo de Ministros, en nombre de Mi Augusto Hijo el Rey Don Alfonso XIII, y como Reina Regente del Reino,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Los Gobernadores civiles no podrán aprobar los Reglamentos ni consentirán la organización de Sociedades con denominaciones militares, ó que aun no teniéndolas estén formadas por individuos de cualquier jerarquía y condición pertenecientes al ejército, sin que los solicitantes hagan constar el previo permiso de los Capitanes Generales de las regiones, ó de las Autoridades correspondientes de Marina si la Asociación fuera de individuos de Cuerpos de la Armada.

Art. 2.º Los Ministros de la Guerra y de Marina, por virtud de Real Orden acordada en Consejo de Ministros, podrán disolver los Círculos existentes sujetos á los preceptos de este Decreto ó los que se creen en lo sucesivo, cuando estimen que perturban la disciplina de sus respectivos Institutos, ó cuando por su organización y fines no se hallen en armonía con los principios que deben servir de fundamento á la constitución del Ejército y la Armada.

Art. 3.º Los Ministros de la Guerra y de Marina dictarán las instrucciones que sean precisas para el cumplimiento de lo dispuesto en los dos artículos anteriores.

Dado en Palacio á nueve de Abril de mil novecientos.—MARÍA CRISTINA.—El Presidente del Consejo de Ministros, Francisco Silveira.»

\*  
\* \*

«Excmo. Sr.: S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que, sin perjuicio de que oportunamente se publiquen las instrucciones á que hace referencia el artículo 3.º del Real Decreto expedido con fecha de ayer por la Presidencia del Consejo de Ministros, sujetando la creación de las Asociaciones militares á la aprobación previa de las Autoridades de Guerra y de Marina, ejerzan, desde luego, los Capitanes Generales de las regiones y Comandantes generales exentos, la alta inspección de las Asociaciones expresadas que existen en el territorio de su mando, y por delegación de los primeros, los Gobernadores militares de las provincias; pudiendo encomendarla, no obstante, en el punto de su residencia para casos dados y según las circunstancias, en un general de los que sirvieran á sus órdenes.

Es asimismo la voluntad de S. M., que los expresados Capitanes Generales y Comandantes generales exentos, interesen de los Gobernadores

civiles duplicados ejemplares de los Estatutos y Reglamento de los Asociaciones á que se refiere el mencionado Real Decreto que se hallen constituidas dentro de sus jurisdicciones respectivas, y remitan uno de ellos á este Ministerio con las observaciones y juicios que consideren oportunos, á la mayor brevedad posible.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 10 de Abril de 1900.—Azcárraga.—Señor.....»

---

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

La casa editorial de Bailly-Bailliére é hijos, de Madrid, acaba de poner á la venta el *Anuario Internacional de Medicina y Cirugía*, tomo XXX de la colección.

Como los anteriores, en él se dá á conocer cuanto nuevo sobre la ciencia médica se ha escrito en los últimos meses de Julio á Diciembre, tanto en publicaciones españolas como extranjeras, y vá adicionado de un formulario moderno por el Dr. D. Gustavo Réboles y Campos, autor del mismo.

Tan útil publicación, indispensable á los Médicos, se halla de venta al precio de 5 pesetas rústica y 6 pasta en Madrid, y en provincias con un aumento de 50 céntimos respectivamente, pudiendo adquirirla en la librería editorial, plaza de Santa Ana, 10, y en todas las de España y América.

\*  
\* \*

*Colección Villeroy.*—Se han puesto á la venta tres nuevos volúmenes de esta importante publicación, que ha venido á llenar una de las mayores necesidades en la práctica de la medicina, facilitando encontrar y recordar cuantos datos del momento necesite el Médico.

Los cuadros puestos á la venta estudian la *Patología general*, la *Terapéutica* y el *Diagnóstico*.

En el primero de estos volúmenes se describen: 1.º, las causas de las enfermedades; 2.º, las lesiones anatómicas que producen; 3.º, los signos clínicos que las traducen exteriormente; y 4.º, la marcha, con el diagnóstico y el pronóstico de las afecciones.

En el segundo, dividido en dos partes, se estudia: en la primera, la Terapéutica descriptiva; y en la segunda, la Terapéutica clínica.

Y, por último, el tercero comprende: 1.º, el Diagnóstico de las enfermedades por órganos; y 2.º, la Semiología general.

Tanto estos volúmenes como los anteriores llenan el fin eminentemente práctico que se han propuesto, por lo que creyéndolos de suma necesidad en el bufete del Médico y del estudiante nos atrevemos á recomendárselos, seguros de que quedarán satisfechos de los servicios que les proporcionen.

Por 5 pesetas el tomo pueden adquirirlo en casa de los editores, señores Bailly-Bailliére é hijos, Madrid, y en todas las librerías de España y América.

\*  
\* \*

Nuestro antiguo amigo y compañero el Subinspector médico de segunda clase D. Pedro Martín y García, ha experimentado la irreparable desgracia de perder al mayor de sus hijos. Tanto al Sr. Martín, como á su apreciable familia, enviamos nuestro más sentido pésame, deseando pueda servirles de lenitivo la participación que tomamos en su dolor.

\*  
\* \*

*XIII Congreso Internacional de Medicina.*—El Comité ejecutivo francés tiene el honor de informar á los miembros del XIII Congreso Internacional de Medicina, que para poder inscribir en el *Programa oficial del Congreso* los títulos de las *Comunicaciones*, deberán recibirse en las oficinas del Congreso (*21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris*), antes del *10 de Junio*, como último plazo.

Las adhesiones se recibirán hasta el *15 de Julio*.

Para inscribirse es preciso enviar una tarjeta, la indicación de la sección en que se desea figurar, y una libranza de *veinticinco francos* al Dr. Duflocq, á las oficinas del Congreso.

---

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

**Memoria sobre los casos de intoxicación saturnina,** ocurridos en Quero (Toledo) el año 1899; presentada al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación por el Delegado especial *D. Carlos de Vicente*.—Madrid, 1900. (Dos ejemplares.)

**Las enfermedades de los huesos y los rayos Röntgen.**—Estudios combinados para demostrar la curabilidad de esta clase de dolencias sin operaciones cruentas ni dolorosas, por *D. José Garcerá Córdova*, Médico.—Edición ilustrada con 12 fotograbados.—Valencia.

**Corpo sanitario militare marittimo e personale farmaceutico.**—Situazione al 1.º Gennaio 1900.—Roma, 1900.