

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X

MADRID 15 DE JULIO DE 1896

NÚM. 218

FIEBRE AMARILLA (1)

Anatomía patológica.—Todos los autores que se ocupan de la fiebre amarilla están conformes en que la rigidez cadavérica se anticipa y persiste más tiempo que de ordinario: la coloración de la piel presenta un tono característico que varía de amarillo al obscuro de caoba, mucho más marcado en algunas regiones como la temporal, interna de los brazos, piernas y vientre.

Esta coloración amarilla de los tegumentos es tanto más apreciable cuanto más días ha durado la enfermedad, de tal modo que cuando la muerte ocurre durante el período febril, el tinte icterico de la piel no aparece sino pasadas unas cuantas horas y nunca se manifiesta tanto como cuando la enfermedad ha comprendido los dos períodos típicos de su evolución.

Además de extensas manchas hipostáticas, se presentan otras negruzcas ó azuladas en los párpados, escroto y pene, producidas por extravasaciones sanguíneas, y algunas veces se convierten en flictenas saniosas de repugnante aspecto.

Estas flictenas, que algunas veces se presentan ya en la agonía, generalmente localizadas en los órganos genitales y periné, han sido consideradas por algunos observadores como carácter patognomónico de los cadáveres de fiebre amarilla.

Los *centros nerviosos* se presentan con la coloración amarilla común á la mayor parte de los tejidos, característica de la enfermedad; además se observa hiperemia de las meninges con focos hemorrágicos, infiltración serosa ó sero-sanguinolenta del tejido subaracnoideo.

La consistencia del eje encefalo-medular parece disminuída, así como aumentada la coloración de la substancia grís.

(1) Véanse los núms. 196 al 200 y el 202 del tomo IX y los núms. 206, 208, 210, 212, 214 y 216 del tomo X.

En algunos senos existen á veces coágulos fibrinosos muy blandos que ocupan más de la mitad de la luz del conducto venoso.

La congestión meníngea se marca pronunciadamente en la porción dorso lumbar de la médula, existiendo entre este dato anatómico y la raquialgia del comienzo del proceso en vida una íntima relación que explica dicho síntoma.

En el *aparato respiratorio* se encuentra, por parte del parenquima pulmonar, extensas manchas negruzcas poco profundas que no corresponden á fenómenos hipostáticos y sí á verdaderas roturas capilares, productoras de hemorragias intersticiales.

La pleura es también asiento de lesiones semejantes y los bronquios, tráquea y laringe, ofrecen un aspecto general que corresponde á las alteraciones de un catarro agudo, aparte de presentar la mucosa coloración rojo violácea con equimosis y una espuma que, según algunos, está su abundancia en relación con el modo y duración de la agonía.

El *corazón* está dilatado á expensas de haber perdido consistencia en sus paredes; sus cavidades, principalmente las derechas, están ocupadas por coágulos fibrinosos oscuros, friables y semi-líquidos; coágulos que según *Dowler* pueden formarse bastante tiempo antes de la muerte.

El pericardio está algo engrosado, cuando no está normal, y contiene serosidad sanguinolenta ó clara y amarilla.

La alteración más importante del corazón es una degeneración grasa indicada por muchos observadores.

La túnica interna de los grandes vasos se presenta teñida de amarillo.

Si la autopsia se verifica algún tiempo después de la muerte, se modifican estas lesiones, como lo hace notar *Clairac*, encontrándose con frecuencia, entre otras, el pulmón enfisematoso y el derrame del pericardio negruzco.

El *tubo digestivo* ofrece alteraciones múltiples é importantes que indican la localización primera de la enfermedad.

En la boca se observa coloración general ictérica oscura más pronunciada en las encías, las cuales tienen una franja sanguinolenta al nivel de la implantación dentaria, producida unas veces por hemorragias consecutivas á ulceraciones, y otras á la permanencia del producto de los vómitos.

La lengua se presenta como descarnada en los bordes y cubierta por algunas fuliginosidades y una capa viscosa de color amarillo

oscuro, situada con preferencia hacia la base é interrumpida á trechos en sentido antero-posterior por hendiduras por las que mana en las primeras horas después de la muerte un exudado sero-sanguinolento.

El estómago está por lo general distendido por gases y contiene en cantidad variable productos iguales á los últimamente vomitados en vida, pues aun cuando se hubiese vaciado por completo, siempre existen adheridas á la mucosa partículas negruzcas de *borra*, ó en su defecto de coágulos sanguíneos, producto de una gastrorragia.

La mucosa gástrica se presenta grisácea, destacándose profusamente de esa coloración uniforme numerosas arborizaciones vasculares y manchas equimóticas más pronunciadas hacia el cárdias.

El intestino delgado es asiento de iguales alteraciones que el estómago, además de tener las vellosidades hiperemiadas y manifiestamente tumefactas las glándulas.

El intestino grueso, además, contiene el líquido borroso de las deposiciones, y algunas veces ulceraciones múltiples cuando la enfermedad ha sido larga.

El *hígado* está constantemente aumentado de volumen, ofreciendo su cubierta serosa un color icterico oscuro.

Al corte, este órgano presenta, según Granizo, una sección semejante á la del chocolate crudo con la superficie granulosa y seca. La consistencia suele estar aumentada.

Por el examen microscópico se aprecia una degeneración grasiesta, cuyo carácter culminante es su rápida aparición.

Los conductos biliares están ordinariamente permeables, y la vesícula contiene ó solamente moco y sangre ó bilis en corta cantidad oscura y viscosa.

El *aparato urinario* presenta por parte del riñón un volumen normal, pero están infiltrados, equimorados y siempre teñidos de amarillo. La consistencia está disminuída y por debajo de la cubierta fibrosa se ofrecen placas oscuras. En los cálices y pelvis se encuentra un líquido viscoso, formado por orina albuminosa, células epiteliales y cilindros.

La sangre, según Clairac, presenta rápidas modificaciones, consistentes en el aumento de glóbulos rojos, presentándose al microscopio unidos á numerosos glóbulos de grasa.

Prescindiendo de otros muchos detalles de anatomía patológica, si bien de gran importancia, impropios de tratar en estos artículos

que no tienen más pretensión, como varias veces he manifestado, que presentar compendiado el estudio de la fiebre amarilla, terminaré este artículo transcribiendo algunos párrafos del trabajo de Finlay referentes á bacteriología y patogenesis, aunque hasta el día no existe desgraciadamente nada definitivamente demostrado.

«Estímase generalmente que las investigaciones bacteriológicas sobre la fiebre amarilla sólo han dado resultados negativos, toda vez que la significación etiológica de los distintos microorganismos señalados como presuntos gérmenes específicos de esa enfermedad no ha sido aceptada por los jueces más competentes (1.) Bajo otro punto de vista, empero, se han obtenido valiosos datos que corroboran la idea, expuesta por mí en la Academia de Ciencias de la Habana (sesión de Febrero, 1888), de que la forma *melano-albuminúrica* únicamente proviene de una infección secundaria, determinada en el estómago ó en el intestino por las bacterias patógenas ordinarias del trayecto gastro intestinal cuando la capa protectora de la mucosa ha sido previamente deteriorada bajo la influencia que el virus de la enfermedad primitiva ejerce sobre el sistema general. El distinguido Dr. G. Sternberg, en su informe oficial, al dar cuenta de las extensas investigaciones que practicó en la Habana en los veranos de 1888 y 1889, se expresa en estos términos acerca de su bacilo (a) (*B. coli commune*): «Este es el bacilo que con mayor frecuencia he encontrado en mis cultivos de sangre y de tejidos, y el

(1) Respecto de uno de los micro-organismos aludidos, el «*M. tetragenus febris flavae*», (*M. tetragenus versatilis*, Sternberg), permítaseme reproducir aquí el párrafo final de una carta que dirigí al Dr. Sternberg en Agosto de 1889 y publicada por el distinguido bacteriólogo americano en su Informe oficial de 1890. Decía así: «No puedo, sin embargo, desechar del todo la sospecha de que la mayor frecuencia con que hemos encontrado (el Dr. Delgado y yo) el tetrágeno en nuestros cultivos de la fiebre amarilla, con material recogido en vida de los enfermos, pueda tener alguna significación; aun admitiendo, como admito, que antes de concederle (al tetrágeno) importancia etiológica, habría que hacer frente á serias objeciones y demostrar además que al mismo no se encuentra en localidades donde nunca aparece la fiebre amarilla».

Entre las más serias objeciones figuraba el hecho de no haberse podido demostrar experimentalmente que el tetrágeno fuese realmente patógeno. Esa objeción quizás pronto quede desvirtuada. En cuanto á la existencia del mencionado tetrágeno en los Estados Unidos, según parece deducirse de una comunicación del Doctor Kinyoun, citada por el Dr. Sternberg, este mismo señor me ha autorizado á declarar que únicamente por un descuido involuntario dejó subsistir en su Informe final el aserto del Dr. Kinyoun, pues él ya sabía que en dicha comunicación no se trataba del tetrágeno, sino del *M. Finlayensis*. Conste, pues, que mi actitud en este particular no ha variado, y que he seguido recogiendo datos que me permitan resolver definitivamente esta cuestión.

que más á menudo y en mayor abundancia se ha manifestado en mis cultivos con material obtenido *post mortem* del estómago ó del intestino y también de las evacuaciones alvinas en vida de los enfermos. (Report on the Etiology and Prevention of Yellow fever, 1890).

Ahora bien: si se tiene presente que casi todos los casos investigados por el Dr. Sternberg presentaron materia melánica en el estómago ó en el intestino, y, por lo tanto, pertenecían á la forma melánica, la circunstancia de haberse encontrado el *B. coli commune* en la sangre y en los tejidos muy pocas horas después de la muerte, debe considerarse como una confirmación directa de la infección secundaria que yo había anteriormente indicado. Las investigaciones ulteriores en Europa han puesto en evidencia el papel importante que el *B. coli commune* representa como una causa frecuente de infecciones secundarias, así como también su acción patógena sobre el hígado, riñones, etc. La fatal influencia de semejante complicación en enfermos ya reducidos por la infección amarilla primaria se concibe fácilmente. Otros bacilos patógenos han sido encontrados por el Dr. Sternberg y por otros investigadores en los tejidos de cadáveres de fiebre amarilla; posible es, pues, que en ciertos casos la infección secundaria proceda de otros micro-organismos gastro-intestinales que no sean el coli-bacilo».

Sin desconocer que para formular una explicación científica de los fenómenos de la fiebre amarilla necesitaríamos datos esenciales de que aún carecemos, no dejan de prestarse á plausibles inferencias los hechos consignados en la historia clínica, en la anatomía patológica y en la bacteriología de esa enfermedad.

Los caracteres predominantes en las formas *albuminúrica* y *no-albuminúrica* (que considero típicas de la infección primaria), parecen relacionarse: 1.º con algún proceso patológico que viene desarrollándose en las paredes de los vasos pequeños y de los capilares sanguíneos, en cuya virtud quedan éstos más permeables y más frágiles, como causa de ciertos síntomas importantes; y 2.º con una estimulación de los centros vaso-dilatadores como razón de ser de la turgescencia sanguínea observada durante el período de invasión y también de la laxitud subsecuente de las paredes arteriales (pulso) cuando la masa sanguínea se halla reducida á consecuencia de la filtración del suero al través de las paredes capilares alteradas. La filtración del suero y resistencia disminuída del endotelio vascular explicarían la concentración de la sangre, el color amarillo

de los tejidos (ictero hemapheico), la presencia de albúmina en la orina (aun cuando no llegue á declararse una verdadera nefritis), y la tendencia hemorrágica.

Las referidas modificaciones de las paredes vasculares, sin embargo (en las condiciones en que se encuentra el enfermo de fiebre amarilla durante el segundo paroxismo, con pulso lento y acción cardíaca deprimida) sólo llegan á constituir una causa predisponente, que no bastaría para provocar hemorragias pasivas sin la intervención de algún otro factor ó factores, capaces de formar hiperemias locales que con el aflujo sanguíneo distendiesen las paredes vasculares, poniendo á prueba su resistencia y permeabilidad. El molimen menstrual en las mujeres, un golpe de tos, los estornudos, un esfuerzo muscular, etc., podrían, en determinados casos, explicar ciertas hemorragias uterinas, espistaxis, derrame de sangre debajo de las conjuntivas ó en los espacios intermusculares; pero hay que buscar una influencia más constante y más generalizada para explicar las hemorragias nasales, gingivales, linguales, estomacales, intestinales, etc., cuya frecuencia es tal en la fiebre amarilla que vienen á ser casi patognomónicas de la enfermedad. Obsérvese que en todos los sitios indicados la sangre proviene de mucosas que se hallan constantemente bañadas por secreciones en que abundan bacterias; aun en el estado de salud normal, no debe, pues, causar sorpresa el que algunas especies patógenas de esas bacterias formen colonias en los puntos donde el epitelio protector se encuentre más deteriorado, determinando en su alrededor areas de hiperemia, cuyos vasos distendidos podrán no hallarse en condición de hacer frente á la presión sanguínea. El aspecto que presentan, en vida, las encías y la lengua, así como también las placas arborescentes de hiperemia (tan minuciosamente descritas por Schmidt) en la mucosa gástrica de los cadáveres de fiebre amarilla melano-albuminuria, robustecen indudablemente el concepto que acabo de exponer.

Según mi modo de ver, la manifestación de las hemorragias pasivas en la fiebre amarilla obedecería, pues, al desarrollo de infecciones secundarias localizadas, pero éstas serían de distintas especies, según cuales fuesen las bacterias que predominan en las diferentes partes del cuerpo. En la boca, algún micro-organismo, tal como el bacilo señalado recientemente por Babes como productor del escorbuto, tendería más bien á producir síntomas locales que no una intoxicación general, mientras que en el estómago y en el intestino, donde abunda el *B. coli commune*, éste sería el agente más

frecuente de infección secundaria en esas cavidades. Infección grave, cuya esfera de acción, según ha podido comprobarse en otras enfermedades, fácilmente se extiende al hígado, á los riñones, pulmones, etc. La portentosa significación que la observación clínica atribuye á cualquiera manifestación de hemorragia gastro-intestinal ó de vómito negro, por ligera que sea, quedaría así explicada, toda vez que esa manifestación significaría que se ha iniciado ya (ó está á punto de iniciarse) una infección secundaria peligrosa que mucho ha de comprometer el éxito de la enfermedad».

(Continuará).

M. SLOCKER.

Médico primero.



LOS VEGETALES ÚTILES Y PERJUDICIALES DE LA FLORA CUBANA.

Desde la primera vez que sale uno al monte en esta tierra cubana, llama la atención notablemente la extraordinaria vegetación que por doquiera existe. Recórrense en operaciones de campaña sitios agrestes, que permanecen en el mismo estado que en épocas primitivas, y véñse también en abundancia terrenos que probablemente no han sido hollados nunca por la planta del hombre. Todo ésto dá lugar á que los Médicos, con la curiosidad propia de todo el que dedica su vida al estudio de las ciencias naturales, interroguen á los montunos y prácticos del país y vayan anotando incesantemente numerosos datos, suministrados, ya por referencia ó ya también por observación directa; y bien puede asegurarse de un modo categórico, que este trabajo sería muy fructuoso é instructivo si pudiera efectuarse de una manera amplia, en relación con los deseos de tantos y tan ilustrados compañeros que prestan sus servicios actualmente en esta Isla.

Por desgracia las presentes circunstancias no resultan apropiadas para el estudio, la experimentación y la observación minuciosa y concienzuda. De todos modos, y aunque no sea en grande escala, es de presumir que no será estéril para la ciencia el paso de casi todo el Cuerpo por este país, en el que á primera vista se descubre

que hay muchos conocimientos que desentrañar y no pocos problemas nuevos que resolver.

.....

Todos sabemos lo abundantes que son aquí las palmeras, copales, almásigos, manajas, romerillo, llamagua, majagua, higuereta, pica-pica, piñón, salvadera, castaña, tua-tua, guao, etc., cuyos vegetales, útiles al hombre los unos y perjudiciales los otros, resultan de todos modos poco estudiados, y sólo al presente nos hemos de contentar, en la mayoría de los casos, con las referencias empíricas y rudimentarias que de ellos nos hacen los campesinos, únicos que los emplean.

Que la importancia de este estudio es grande, podríamos afirmarlo *á priori* sin necesidad de hacer comentarios ni de entrar en muchas disquisiciones. Con este fin citaríamos, si preciso fuese, numerosos casos demostrativos; pero juzgamos innecesario cansar inútilmente la atención: por tanto, me limitaré tan sólo á referir dos, que yo mismo he presenciado. Uno ocurrió en el punto denominado Cauto el Cristo, y tuvo lugar á consecuencia de haber ingerido siete soldados del primer batallón del regimiento Infantería de la Habana numerosas semillas de una planta llamada pica-pica, las cuales sólo pueden cogerse en el principio de la fructificación ó cuando ésta se halla muy avanzada, porque en el período intermedio dicha operación sería muy difícil, pues las vainas que encierran aquellas cúbreanse en todo ese tiempo de una especie de vello fino y al par áspero, que determina en la piel una picazón muy molesta.

Las antedichas semillas, que parecen frijoles negros, son en corta dosis un vomí-purgante poderoso, y en cantidad grande causan intoxicación, semejante en mi concepto (según los síntomas que observé en aquella ocasión) á la de los venenos irritantes; previa conjetura con éstos, apliqué el tratamiento y tuve la suerte de que no hubiera que lamentar desgracia alguna.

En otra expedición pude ver en el pié de un soldado los perniciosos efectos que en la piel ocasiona el contacto con las hojas del goao (arbusto que abunda bastante en las inmediaciones de Holguin, y que por su aspecto especial no es fácil de confundir, cuando alguna vez se ha visto).

El piñón también produce perjuicio á la economía, tanto que según he oído se cita algún caso de fallecimiento ocurrido por la ingestión de gran cantidad de ellos. Yo he asistido, en mi actual destino, á dos intoxicados que presentaban un cuadro sintórmico igual

al que es propio de los venenos irritantes; afortunadamente éste no fué muy alarmante pues habían comido pocos piñones.

Las castañas: son frutos que originan efectos semejantes á los acabados de referir, y lo mismo digo de las almendras contenidas en las ballas de *salvadera*.

Finalmente, personas en cuya veracidad confío, afirman que el cocimiento de hojas de *tua-tua* produce efectos vomitivos ó purgantes, según que fueron aquéllas arrancadas hácia arriba ó hácia abajo (lo que quizás sea debido, sin atreverme en manera alguna á afirmarlo) porque en el primer caso se desprende sólo el peciolo, en tanto que en el segundo vá éste acompañado de alguna pequeña porción del tronco.

En sitios bajos y húmedos ó en las proximidades de los ríos, se encuentra la *llamagua*, cuyas hojas machacadas hasta formar pasta pueden aplicarse como un hemostático poderoso.

La infusión teiforme de hojas de *romerillo* es sudorífica.

A las resinas del *copal* y *manajú* se les atribuye propiedades curativas de algunas lesiones y padecimientos de personas y de animales domésticos, prefiriendo la procedente del último, por considerar que tiene más virtud en el tratamiento de los dolores neurálgicos producidos por enfriamientos y humedades. Para emplear las mencionadas resinas, las tienen en aguardiente de caña varios días y luego van haciendo uso de éste, con el indicado fin terapéutico; también aplican este medicamento á las partes afectas de los caballos enfermos de *mazamorra*.

Las hojas de *higuereta* producen en las marchas un bienestar grande á la cabeza por la frescura que dan, cuando en las horas de fuerte calor se las coloca dentro de los sombreros.

Entre las personas que habitan en el campo, he observado que tienen una fé grande en el cocimiento de las hojas de *doradilla* para combatir los padecimientos inflamatorios del hígado, prefiriendo muchos las plantas que se crían entre las raíces de las palmeras.

Los *corugeis* son plantas parásitas que constituyen verdaderos receptáculos naturales para agua, de la que se sirve el hombre en no pocas ocasiones; también es alimento para caballos.

Los *bejucos parra* son verdaderas fuentes de un agua aceptable cuando se les hace una punción con el machete.

Por último, las *palmeras* son de los vegetales más útiles que existen en esta Isla; ellas producen las yaguas que sirven para hacer las paredes de los bohíos, las babuchas ó abarcas de los montu-

nos que sujetan á la pierna con cintas de majagua; también en algunas ocasiones extraen de éstas los mambises algo de sal común.

En cirugía de campaña (refiriéndonos á ésta) los Médicos perfeccionan férulas improvisadas para fracturas por medio de las yaguas.

El palmito es comestible; la tela que se saca de la parte superior del vegetal debajo de la corteza, se ha usado algunas veces untada en resina de almásigo á modo de esparadrapo aglutinante.

Las ramas forman el guano con que se construyen los techos de los bohíos y los sombrajos que se hacen en los campamentos de españoles y de insurrectos, y las raíces tienen propiedades diuréticas bien marcadas.

J. GONZÁLEZ GRANDA.

Médico primero.



PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Inmunidad para el cólera y la fiebre tifoidea.—En la discusión suscitada en el Congreso alemán de medicina interna, celebrado en Wiesbaden en el mes de Abril último, hizo presente Mr. Gruber que cuando se han vertido tres ó cuatro miligramos de caldo de cultivo virulento del cólera en $\frac{1}{2}$ c. c. de suero de un conejo previamente inmunizado contra la misma infección, el líquido, al principio uniformemente turbio, no tarda en volverse claro y se forma en él un depósito. El mismo fenómeno se produce cuando se emplean un cultivo de bacilo de Eberth y un suero de animal inmunizado contra la infección tifoidea. Si se estudia esta reacción al microscopio se vé cómo los vibriones ó los bacilos, libres al principio, se adhieren entre sí para formar un montón, presentando primero algunos movimientos de apariencia más ó menos amiboide, luego progresivamente inmovilizado por el hecho de una dificultad mecánica que no tiene nada que ver con una atenuación de la vitalidad de los microbios, pero que se produce con tanta más prontitud cuanto más elevadas han sido las dosis de cultivo empleadas. Nótase al mismo tiempo un hinchamiento considerable de la cutícula de las bacterias, cuyo contorno se extiende en una zona clara periférica en el suero previamente inmunizado *vis-à-vis* de su propia actividad infecciosa.

Esta reacción, que constituye un medio de diagnóstico de los más patentes y sumamente fácil de realizar, es específica; pero, por supuesto, esta especificidad no es absoluta — como todas las de las

diversas bacterias—sino mientras se trata de especies de virulencia determinada. El cultivo del bacilo tífico vertido en un suero inmunizado contra el colibacilo, como tampoco el cultivo de este último, vertido en un suero inmunizado contra el bacilo tífico, no dan lugar á la reacción mencionada.

Esa aglutinación ¿acompaña simplemente á los procesos de inmunización ó desempeña en este último fenómeno un papel más activo?

Conviene notar aquí que cuanto más acentuado es el poder inmunizante del suero, más acusada se presenta también la reacción, y que esta última suministra el medio de darse cuenta de la persistencia de la inmunización de los enfermos después de un ataque de cólera ó de fiebre tifoidea. Es importante observar también que hay que tener el cuidado de diluir un poco el suero, con el cual se opera, para evitar una aglutinación no específica, debida exclusivamente á la acción bactericida—por lo demás bastante limitada—del suero normal respecto de los diversos microbios.

Manteniendo durante algún tiempo á 70° el suero inmunizado, se le hace perder á la vez su poder bactericida específico y su propiedad de reacción aglutinativa. De otra parte, mantenido media hora próximamente á 60° tan sólo, el suero inmunizado se vuelve un terreno de cultivo muy favorable á la prosperidad de la bacteria contra la cual había sido inmunizado, pero no pierde *vis-à-vis* de ella su virtud aglutinativa; un conejo, en cuyo peritoneo ha sido inyectado ese mismo suero cargado de bacterias, resulta inmunizado y suministra un suero que dá lugar á la reacción antedicha.

Según Metchnikoff, cabe distinguir en el suero inmunizado: 1.º substancias no específicas (alexinas) capaces únicamente de impedir en ciertos límites la acción de las bacterias en general; 2.º substancias específicas, cuya acción se manifiesta *vis-à-vis* de la bacteria correspondiente á la inmunización buscada. Pero la acción de la substancia aglutinante específica consiste en el efecto del hinchamiento que produce respecto de la cutícula de la bacteria correspondiente; lo probable es, pues, que la aglutinina específica, reunida á las alexinas, dá al suero una propiedad inmunizante determinada, haciendo aquella membrana más permeable á las alexinas y á su poder bactericida común.

M. Pfeiffer manifestó que el veneno colérico parece residir en el cuerpo mismo del vibrión, puesto que aun después de su muerte esas bacterias continúan ejerciendo una acción tóxica. Las acciones bactericidas específicas que se producen bajo la influencia de las antitoxinas en el organismo no deben ser idénticas á las acciones del suero observadas en la probeta. Fórmanse en los recipientes unos racimos bacterianos, que, lejos de producirse súbitamente, resultan de una disminución progresiva en la actividad locomotriz de los microbios á medida que se van debilitando. A este respecto, cabría profundizar el estudio de las reacciones señaladas por Gruber antes de aceptar su teoría.

M. Blachstein dijo que, sin duda, el principio de la especificidad del germen propio de cada enfermedad infecciosa se aplica también al cólera. Pero la dificultad está precisamente en saber en qué consisten los caracteres específicos del vibrión colérico, pues investigaciones recientes han establecido la existencia de bacterias muy difíciles de distinguir de las del cólera.

Metchnikoff, antes que Gruber, había ya mostrado que el principio de la inmunización específica no puede ser puesto en evidencia de un modo suficientemente fácil para suministrar un medio de diagnóstico en todos los casos, como vendría á exigirlo la teoría de Pfeiffer.

Con el fin de investigar los caracteres específicos del vibrión colérico héme detenido á hacer el estudio de las condiciones que rigen la virulencia de esta bacteria. En los experimentos que he llevado á cabo con Nencki, en Rusia, he notado que ciertos vibriones coléricos, aislados recientemente del intestino de los enfermos é inyectados en soluciones subcutáneas, según los procedimientos empleados para otras bacterias, no han acarreado la muerte de los animales, mientras que gran número de vibriones distintos producían fenómenos sépticos mortales. Posteriormente he mostrado que el vibrión colérico presenta dos fases: 1.º una *virulencia latente*, que se observa en las soluciones de nitrato de sosa; 2.º una *virulencia activa*, que se desarrolla en las soluciones fosfatadas, conteniendo algunos rastros de hierro inorgánico (esas bacterias no atacan la hemoglobina.) Más recientemente he reemplazado en esas soluciones los fosfatos por bilis, y he observado que el vibrión colérico adquiere en ella también una virulencia activa, á condición de haber pasado previamente por la fase de virulencia latente, en una solución de nitrato. Puede buscarse en estos hechos una interpretación de las observaciones ya antiguas, estableciendo respecto del vibrión colérico la necesidad de una permanencia en el suelo, intermediaria entre su paso de un hombre á otro, para obrar tan activamente sobre el segundo como sobre el primero (ya que la igualdad de virulencia en caso de pasaje directo de una víctima á otra es completamente excepcional).

Cuanto á los otros vibriones, como el de Metchnikoff, por ejemplo, presentan una virulencia muy marcada en los animales y ninguna en el hombre.

Para que los diferentes experimentadores sepan exactamente sobre cuál sujeto versan sus investigaciones, efectuadas en diversas localidades, es indispensable fijar previamente virus-tipos, entrenidos de una manera constante, como se hace en el Instituto Pasteur relativamente á gran número de bacterias.

Cuanto al método de las suspensiones microbianas y de las inyecciones peritoneales, la verdad es que no puede dar lugar con ellas á una medida bastante constante de la virulencia de un microbio determinado; por otra parte, los animales son en realidad harto sensibles á las inyecciones peritoneales — aun tratándose de bacte-

rias poco virulentas — para permitir de este modo la apreciación del grado de la virulencia.

M. Stern dijo que según sus investigaciones, el principio de la especificidad de inmunización es aplicable al bacilo tífico, y, por lo demás, *Pfeiffer* y *Gruber* se hallan de acuerdo sobre este punto.

M. Pæhl manifestó que en muchas enfermedades infecciosas, y especialmente en el cólera, la respiración normal de los tejidos desempeña un papel importante *vis-à-vis* de la inmunidad; las autointoxicaciones constituyen en pró de la infección la causa predisponente.

En los casos de cólera, la hipotermia, la cianosis, etc., traducen la debilitación respiratoria de los tejidos.

La fagocitosis de *Metchnikoff* implica una leucolisis exagerada con alteración de la alcalescencia de la sangre. De otra parte, los cultivos del vibrión colérico pierden — en un medio favorable á los procesos de oxidación — su propiedad concerniente á la reacción teñida de rojo, y son probablemente también las modificaciones químicas del medio las que determinan el hinchamiento de la cutícula de las bacterias y su aglutinación.

Según *M. Gruber*, los fenómenos muy lentos de aglutinación y de inmovilización á que ha aludido *Pfeiffer*, son esencialmente independientes y difieren en absoluto de las reacciones que ha señalado. Cuanto á la realidad de esas reacciones, nada más fácil de convencerse de ello, puesto que ya pueden reproducirse en cualquier momento, siendo igualmente fácil eliminar á este respecto toda causa de error.

* * *

Conjuntivitis diftérica tratada por inyecciones de suero.—

Spyer cita dos casos: 1.º Una mujer de 37 años fué admitida el 1.º de Junio de 1895; el análisis microscópico confirmó el diagnóstico; estaba afectado el ojo izquierdo; el borde libre del párpado superior y la conjuntiva cubiertos de pseudo-membranas; el párpado inferior menos afectado, y la totalidad del ojo presentaba numerosos equimosis; se trató durante dos días con fomentos y lociones sublimadas sin resultado alguno. En la tarde del 5 de Junio se inyectaron 10 centímetros cúbicos de suero antidiftérico en el tejido celular del muslo izquierdo. La mejoría fué inmediata y el día 19 de Junio estaba completamente curada. 2.º Un niño de catorce meses de edad se presentó el 2 de Julio llevando ya diez días de enfermedad. Los párpados estaban edematosos y rojos, principalmente el superior; los bordes, cubiertos de pus, presentaban una exudación pseudo-membranosa en la conjuntiva; la mucosa ocular no estaba equimosa y la córnea ofrecía el aspecto normal. El diagnóstico se comprobó con el examen microscópico. Se practicó en seguida una inyección de seis centímetros cúbicos en el muslo izquierdo, sin observarse cambio alguno inmediato y sin alteración de la salud general. El día 3 de Julio comenzó la mejoría, y el niño salió curado

el día 10 del mismo mes. Speyer considera estos dos casos muy notables por su buen éxito.

(*Rev. méd. de la Suisse Rom.*)

*
**

Nuevo método de masaje abdominal.—Kümmerling indica haber descubierto un nuevo proceder en la técnica del masaje abdominal. Primero examina cuidadosamente las relaciones de las vísceras abdominales mediante la percusión y palpación. Se hace también un examen rectal, no sólo para el diagnóstico sino para causar además un efecto reflejo sobre la parte alta del intestino por la irritación de la mucosa rectal. Se coloca en seguida el paciente en la posición lateral derecha, á fin de que en el colon descendente pueda manipularse convenientemente. El dedo pulgar é índice de cada mano oprimen cuidadosamente á través de la piel y tejido celular, hasta alcanzar el intestino; las extremidades de los dedos de ambas manos se colocan entonces sobre puntos correspondientes del intestino, ejecutando fuertes movimientos de sierra de abajo arriba por espacio de cinco minutos, que causan con frecuencia dolores al paciente. Luego se le coloca sobre el lado izquierdo repitiendo el procedimiento desde abajo arriba sobre el ciego y colon ascendente. Finalmente se dirige el masaje al colon transverso é intestino delgado. El paciente se coloca sobre las rodillas y codos y el masaje se verifica rítmicamente con las extremidades de los dedos, y si hubiere mucho tejido adiposo con los puños cerrados.

La sesión total dura quince minutos, considerando Kümmerling sus efectos como muy superiores á los de cualquiera otro método. La gran desventaja del masaje abdominal, en la postura ordinaria, es la dificultad de agarrar el intestino con los dedos y el hecho de estimularse solamente sus porciones superficiales obteniéndose tan sólo los movimientos peristálticos en el resto, de un modo reflejo.

(*Wien. méd. Woch.*)

*
**

Valor diagnóstico de la iluminación del estómago.—Meinert critica el método de Martius y Meltzing, que declara haber demostrado que el estómago normal vacío se extiende más en el epigastrio de lo que hasta la fecha se creía, y que el estómago lleno y normal siempre llega debajo del ombligo. La gran cuestión sugerida por sus experiencias, es, si las apreciaciones que resultan de la introducción de la lámpara eléctrica en el estómago, se deben á la iluminación simple del órgano ó á la difusión de los rayos de luz en todas direcciones. Meinert halla que estas apreciaciones varían mucho con la posición de la sonda, así como cuando se halla detrás del hígado la región estomacal no se ilumina de ningún modo y todo lo que se vé se reduce á un haz de luz á la derecha del ombligo. Por otra parte, cuando la lámpara se acerca á la gran curvatura, el colon adjunto se ilumina también en mayor ó menor extensión.

En la dilatación del estómago permite el método una estimación bastante exacta de la gran curvatura, mas no de la menor.

Meinert concluye diciendo que la iluminación eléctrica puede prestar gran servicio en el diagnóstico de los tumores de la región esplénica y también en la confirmación topográfica de muchos tumores palpables del estómago y de su vecindad; para la estimación de la posición, volumen y forma del estómago, son sus indicaciones extremadamente falaces.

(Centralbl. f. inn. Med.)

*
* *

Tratamiento de la gonorrea.—Ulisie y Salvatore han ensayado, con buenos resultados, el tratamiento de la gonorrea mediante las soluciones de permanganato de potasio, hechas disolviendo cinco gramos de la sal en cinco litros de agua. De esta solución se inyecta por la uretra cerca de un cuarto de litro, mediante un cateter doble, desde un vaso suspendido á la altura de metro y medio. Si existe la afección en la parte posterior de la uretra se hace correr la solución allí mismo cerrando la salida del cateter. Después de un corto tiempo se vence la resistencia del esfínter, penetrando en la vejiga unos 300 gramos del líquido. Respecto á las inyecciones uretrales anteriores sólo se siente una ligera sensación de quemadura sin dolor alguno. Cuando se trata de la uretra posterior se causa algún dolor, aunque por lo común poco intenso.

El tratamiento es útil en los dos ó tres días primeros y luego más tarde, pero nunca durante el estado de agudeza.

(Suppl. of Policl.)

*
* *

Curación de las heridas por armas de fuego.—El Profesor M. Dandois trata de determinar, en primer término, si estas heridas deben considerarse *á priori* como asépticas ó como infectadas.

Aunque está demostrado hoy que una bala no se esteriliza por la deflagración de la pólvora, ni por el aumento de calor que resulta de su paso á través del cañón, no es menos cierto que los proyectiles raras veces son por sí mismos los agentes de infección de las heridas por armas de fuego, y ésto depende principalmente de que no están expuestos á sufrir contactos sospechosos.

Disparando sobre cajas de gelatina cuya envoltura y contenido estaban esterilizados, Messner y Habart han observado de ordinario que el trayecto recorrido por las balas permanecía estéril, ó, por lo menos, sólo se poblaba de gérmenes no patógenos procedentes de la atmósfera.

De aquí se deduce una conclusión importante: *la infección de las heridas por armas de fuego no es fatal é inherente al tratamiento; es accidental y dependiente de causas extrañas.*

Estas causas son múltiples.

Antes de penetrar en los tejidos, el proyectil encuentra invariablemente la envoltura cutánea, que se supone infectada, y además, en la mayoría de los casos, los vestidos más infectados de ordinario, y propulsa a la profundidad de los tejidos las partículas que desprende de ellos.

En una palabra: la piel cubierta de sudor, de polvo y de suciedad, el uniforme lleno de lodo, de basura ó de otras inmundicias, son los principales orígenes de la infección de las heridas por armas de fuego en los soldados en campaña; sin embargo, no debe exagerarse este concepto; dichas substancias pútridas, en apariencia tan peligrosas, no encierran fatalmente microbios patógenos, excepción hecha de los bacilus del tétanos y de la septicemia gangrenosa, tan perniciosos para las heridas por armas de fuego.

Conclusión: *la infección de las heridas por armas de fuego procede de las suciedades de la piel y de los vestidos, y si no es evitable, no es constante, ni de las más graves.*

Hay otra causa de infección, siempre grave, pero que, felizmente, se evita de ordinario: procede del mismo cirujano. Tal es la exploración intempestiva de las heridas por armas de fuego, que lleva á la profundidad de los tejidos los microbios patógenos de que carecían hasta entonces; y si tiene consecuencias más temibles que en las otras heridas accidentales, es porque la contusión profunda y los desgarramientos extensos de los tejidos los dejan sin defensa en presencia de los microbios.

No hay necesidad de demostrar que los organismos patógenos más peligrosos se encuentran en las manos, en los instrumentos, en las esponjas, y hasta en las piezas de curación, á no ser que previamente se hayan esterilizado de una manera vigorosa.

Resulta de ésto que *las heridas por armas de fuego corren los mayores peligros de la infección con motivo del mismo tratamiento.*

En resumen: si estas heridas no pueden considerarse *á priori* como asépticas, son susceptibles de evolucionar asépticamente de una manera espontánea en un gran número de casos, como hay ejemplos numerosos en la cirugía antigua; los esfuerzos de la cirugía moderna deben dirigirse á realizar esta evolución aséptica, si no de una manera constante, por lo menos, siempre que sea posible.

El método de tratamiento que conviene seguir para este fin variará según las circunstancias. En primer lugar deben distinguirse las heridas por armas de fuego producidas en tiempo de guerra y las producidas en tiempo de paz.

Sólo de estas últimas nos ocuparemos hoy.

En tiempo de paz, el cirujano sólo tendrá que intervenir, de ordinario, en lesiones producidas por balas de pequeño calibre, animadas de poca velocidad, tales como las balas de revolver ó carabina ó por carga de perdigones.

Exteriormente, las lesiones por armas de fuego revisten dos

aspectos bien distintos: ya la piel no presenta más que una ó dos pérdidas de substancia, que apenas exceden en extensión el volumen del proyectil, y que no dejan prejuzgar nada del estado de las partes subyacentes; ya la piel está destruída en una gran extensión, dejando al descubierto el foco de una contusión profunda.

Esta distinción tiene una gran importancia para el tratamiento.

A. *Lesiones subcutáneas, simples ó complicadas.*—En este caso cada día se extiende más la costumbre de tratar las heridas por armas de fuego por la simple oclusión aséptica. Después de la esterilización de las manos, del agua, del material de curación, etcétera, hacer la asepsia de la piel con el mayor rigor, en una extensión suficiente alrededor de las aberturas, por medio de la navaja de afeitar, el cepillo, el jabón, el alcohol y el sublimado, limpiar las heridas de la sangre ó de los coágulos por medio de un tapón de gasa, sin irrigarlas; extender un poco de iodoformo en el trayecto y sobre los orificios; cubrir éstos con un tapón de gasa iodoformizada sin establecer desagüe; fijar por encima una almohadilla de *holzwolle* ó de algodón, con la ayuda de una venda suficientemente apretada, inmovilizarlo cuidadosamente y renovar la curación de tarde en tarde, según las indicaciones.

M. Dandois insiste muy especialmente sobre la acción favorable del iodoformo, substancia que considera como una adquisición preciosa de la cirugía bajo el punto de vista de la curación aséptica de las heridas.

Esta línea de conducta se seguirá en todos los casos de lesiones subcutáneas, aunque estén complicados (fracturas conminutas, heridas articulares, heridas penetrantes del torax), á menos que no haya razones especiales para creer en la infección de la herida.

Sin embargo, en las heridas penetrantes del abdomen se deberá intervenir inmediatamente é ir á buscar las lesiones por la laparotomía; sólo no estará indicada esta operación inmediatamente cuando la herida esté situada por encima del ombligo ó en las partes enteramente laterales del tronco y, en general, cuando es producida por una bala de muy pequeño calibre.

Desde el momento en que aparezcan los signos de una hemorragia grave ó de una peritonitis por perforación, no cabe duda alguna, y ciertos hechos prueban que aún entonces la intervención puede producir buen resultado.

En resumen: *el tratamiento aséptico conviene á título preventivo, por lo menos en casi todas las lesiones subcutáneas por armas de fuego*; el tratamiento antiséptico no se pone en práctica sino secundariamente, después de haber fallado el tratamiento aséptico; primitivamente no se aplica aquél mas que en los casos en que se juzga imposible una evolución aséptica y en aquéllos en que existen ya signos de infección.

B. *Lesiones por armas de fuego con heridas extensas.*—Cuando la piel está destruída en gran extensión, mostrando el tejido celular y los músculos mortificados, los huesos triturados, las articulacio-

nes ó las cavidades viscerales abiertas (como ocurre sobre todo á consecuencia de disparos á boca de jarro) se establecerá el tratamiento antiséptico en todo su rigor, porque la infección de los tejidos y la supuración son entonces inevitables; hacer abundantes irrigaciones asépticas para separar los cuerpos extraños ó limpiar los tejidos con la ayuda de tapones de gasa; regularizar la herida suprimiendo las partes fatalmente condenadas á la gangrena; extraer las esquirlas; practicar contra aberturas, y, finalmente, taponar con gasa yodoformizada.

(Arch. Med. Belg).

SECCION PROFESIONAL.

CONCURSOS.

«4.^a Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que el concurso de oposiciones á plazas de Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar, convocado por Real Orden de 10 de Marzo último (*D. O.* núm. 57), que había de dar principio el día 15 del corriente mes, quede aplazado hasta el 1.^o de Septiembre próximo, en cuyo día empezarán á verificarse los ejercicios, admitiéndose en la 4.^a Sección de este Ministerio las instancias documentadas de los aspirantes hasta el 25 de Agosto venidero.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 30 de Junio de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

* * *

CRUCES.

«1.^a Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de las dudas que se han ofrecido acerca de la aplicación, en cuanto á las recompensas de guerra se refiere, de la Ley de 15 de Diciembre de 1894

(C. L. núm. 341), según la cual el sueldo superior que perciban los Jefes y Oficiales del Ejército y sus asimilados, á quienes alcanzan los beneficios del art. 3.º transitorio del Reglamento de ascensos vigente, ha de servirles de regulador para el goce de derechos pasivos y recompensas, siempre que lo hayan disfrutado durante el plazo de dos años; considerando que con arreglo al art. 10 de la Ley de 19 de Julio de 1889, adicional á la constitutiva del Ejército, por el que se refiere el sistema general de recompensas en campaña, para obtener el ascenso por mérito de guerra, no ha de tenerse en cuenta la limitación de los dos años de ejercicio del empleo que, en circunstancias ordinarias, exige la misma Ley para ser promovidos al inmediato; y de acuerdo con el parecer de la Junta Consultiva de Guerra, en pleno, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se considere como regulador de las pensiones de cruces de María Cristina y del Mérito Militar concedidas por servicios de guerra, el sueldo que los agraciados disfruten, por virtud del art. 3.º transitorio del Reglamento de ascensos, aun cuando no hayan transcurrido dos años desde que lo obtuvieron.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 1.º de Julio de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

*
* *

EXPECTACIÓN DE EMBARCO.

«7.ª Sección.—Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito que el General en Jefe del primer Cuerpo de Ejército dirigió á este Ministerio, en súplica de que se autorice el abono de las pagas del segundo mes de expectación á embarco facilitadas por la habilitación respectiva, á varios Jefes y Oficiales destinados á Cuba y Puerto Rico, así como que se aclare si en las actuales circunstancias debe limitarse á un mes el tiempo en aquella situación; considerando que la Intervención general de Guerra ha deducido des-

de el mes de Marzo último las segundas pagas de embarque de diferentes individuos, satisfechas por los habilitados de expectantes á embarco, deducción que aquella oficina ha fundado en la Real Orden de 31 de Diciembre del año anterior (*D. O.* núm. 294), relativa al Farmacéutico segundo D. Amadeo Echevarría, cuya disposición no tiene carácter general preceptivo, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver se acrediten, por la Administración militar, las mencionadas segundas pagas deducidas hasta la fecha de esta disposición; siendo, al propio tiempo, la voluntad de S. M., que los Jefes y Oficiales que en lo sucesivo sean destinados á los distritos de Cuba y Puerto Rico y no reciban orden especial acerca de la fecha de su embarco, deberán presentarse precisamente en el puerto para efectuar aquél, antes de terminar el mes siguiente al de su baja en la Península, ínterin subsisten las anormales circunstancias creadas por la guerra de Cuba, y únicamente en casos de absoluta y reconocida necesidad, debidamente justificada, se concederá prórroga de Real Orden á la expresada situación.

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 7 de Julio de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

*
**

Resumen estadístico del mes de Agosto de 1895.

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

Existencia en 1.º de Agosto..	3.977
Entrados durante el mes	3.931
Hospitalidades causadas...	107.319
Salidos...	4.014
Muertos...	69
Quedaban en fin de dicho mes.	3.225

La fuerza del Ejército en el citado mes de Agosto de 1895 fué de 82.519, cuya cifra permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	81'33
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	38'71
Muertos por cada 1.000 id.....	0'73
Idem por cada 1.000 asistidos.....	9'08 (1)

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

Madrid.....	12.870	Pamplona.....	2.919
Barcelona.....	10.120	Badajoz.....	2.736
Valencia.....	7.216	Cádiz.....	2.598
Sevilla.....	7.177	Burgos.....	2.086
Zaragoza.....	5.753	Málaga.....	2.033
Melilla.....	4.065	Algeciras.....	1.547
Valladolid.....	4.029	Guadalajara.....	1.493
Ceuta.....	3.451	San Sebastián.....	1.286
Granada.....	3.279	Mahón.....	1.220
Alcalá.....	3.249	Cartagena.....	1.103
Coruña.....	3.119	Palma de Mallorca.....	1.075
Vitoria.....	2.956	Córdoba.....	1.047

NECROLOGÍA

D. Francisco Ibáñez y Monreal.—Nació en Pamplona el día 7 de Abril de 1843 y se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Madrid el 20 de Junio de 1865.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, con el empleo de segundo Ayudante médico por Real Orden de 18 de Agosto de 1865, siendo destinado al regimiento de Africa. Sirvió, sucesivamente, en el batallón Cazadores de Alcántara, regimientos de Cádiz y Aragón, Hospital militar del Peñón de la Gomera, regimiento de Sevilla, batallón Cazadores de Cataluña, regimiento de Navarra y batallón Cazadores de Mérida.

(1) 596 asistidos, 3.257 hospitalidades y 8 muertos no son imputables á las fuerzas del Ejército.

Destinado á Cuba, con el empleo de Médico mayor de Ultramar, en 24 de Enero de 1874, prestó los servicios de su clase en los Hospitales de Nuevitas, Puerto Príncipe y Santa Cruz del Sur, hasta que, por disposición del Capitán General de la Gran Antilla, regresó á la Península, quedando á su llegada en situación de reemplazo en Barcelona hasta fin de Junio de 1881.

Destinado al batallón reserva de Gracia continuó prestando los servicios de su clase en los Hospitales militares de Figueras, Vitoria y San Sebastián, sorprendiéndole la muerte en este último punto sin llegar á tomar posesión de su último destino en la Junta Consultiva de Guerra, de donde pasó al cuadro eventual.

Falleció el 15 de Febrero de este año á consecuencia de un padecimiento pulmonar crónico.

Había alcanzado los empleos efectivos de escala, con las antigüedades siguientes: Médico primero, 1873; Médico mayor, 15 de Enero de 1886; Subinspector médico de 2.^a, 9 de Diciembre de 1892, y Subinspector médico de 1.^a, 11 de Enero de 1896. Obtuvo el grado de primer Ayudante médico por gracia general (29 Septiembre 1868); el empleo de primer Ayudante médico, por mérito de guerra (6 Junio 1872); el grado de Médico mayor, por igual concepto (4 Enero 1873), y el grado de Subinspector médico de 2.^a por idéntico motivo (23 Marzo 1877).

Estaba en posesión de la cruz roja de 1.^a clase del Mérito Militar, de la cruz blanca de 2.^a clase de la misma Orden, de la de Carlos III y de la medalla de Cuba con varios pasadores. Era Benemérito de la Patria.

*
.

D. Antonino Roig y Peixó.—Nació en Villanueva y Geltrú (Barcelona) el día 27 de Septiembre de 1866. Se licenció en Medicina en la Universidad de Barcelona el 7 de Marzo de 1891.

Prevía oposición se le consideró como Médico segundo por Real Orden de 3 de Febrero del corriente año, siendo destinado al 9.^o

regimiento montado de Artillería, y obtuvo ingreso definitivo en el Cuerpo, con el citado empleo, por otra de 4 de Abril último.

Falleció en Tortellá (Gerona) el día 1.º de Mayo á consecuencia de una pleuresía.

VARIEDADES

Congreso de pediatría de Moscou.—Del 19 al 26 de Agosto de 1897 tendrá lugar este Congreso, cuyos temas son:

- 1.º Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en la primera infancia.
- 2.º Diagnóstico de la meningitis tuberculosa.
- 3.º Sobre la coqueluche complicada por la influenza.
- 4.º La lienteria concomitante con las enfermedades de los órganos respiratorios.
- 5.º Sobre las enfermedades del sistema linfático en la edad infantil.
- 6.º Sobre la composición normal de la sangre y sus modificaciones en las enfermedades durante los varios períodos de la edad infantil.
- 7.º Resultados del uso de la sueroterapia en la difteria y otras enfermedades.
- 8.º Resultados de la punción del espacio subaracnoideo en la región lumbar por exceso de líquido céfalo-raquídeo.
- 9.º La aritmia del corazón en los niños. Ponente: Jules Comby.
10. Resultados de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa.
11. Sobre la organización y los resultados de los expósitos rusos, y en general, de los niños que se crían con nodriza.
12. ¿En qué se manifiestan las diferencias de la alimentación natural y de la artificial desde el punto de vista fisiológico y patológico? Ponente: Profesor Escherich (Graz).
13. La sífilis hereditaria.
14. La diátesis hemorrágica y la distribución geográfica del raquitismo.
15. Histerismo en la infancia. Ponente: Dr. Martínez Vargas.

El delegado por España de este Congreso es el catedrático de Barcelona, Dr. Martínez Vargas, á quien se dirigirán todas las comunicaciones.

*
* *

Congreso de Hidrología.—La cuarta sesión del Congreso de Hidrología, Climatología y Geología, se reunirá este año á fines de Septiembre en Clermont-Ferrand, para discutir los puntos siguientes:

- 1.º De la acción dominante y de la especialización de las diferentes aguas minerales desde el punto de vista terapéutico.
- 2.º ¿Qué debe entenderse por cura termal? Papel respectivo de la medicación termal y de las medicaciones accesorias.
- 3.º De la acción de las aguas minerales sobre la nutrición.
- 4.º El ácido carbónico y los bicarbonatos alcalinos en las aguas minerales y su papel terapéutico.
- 5.º Estudio crítico de la legislación de las aguas minerales y de la policía sanitaria en las estaciones termales.
- 6.º Del captado de las aguas minerales.
- 7.º Esterilización y embotellado de las aguas minerales transportadas.

*
**

Congreso de Dermatología.—El tercer Congreso Internacional de Dermatología se celebrará en Londres del 4 al 8 de Agosto, bajo la presidencia del Dr. J. Hutchinson. Los temas de discusión serán:

- 1.º El prurigo.
- 2.º Etiología y variedades de la queratosis.
- 3.º Relaciones de la tuberculosis con las enfermedades de la piel.
- 4.º Tricofitia y tricofitosis.
- 5.º Naturaleza y relaciones de las diversas variedades del eritema poliformo.
- 6.º De la reinfección sífilítica.
- 7.º Duración del período de contagio de la sífilis.
- 8.º Sífilis maligna.

*
**

El día 10 del presente mes han comenzado los ejercicios de oposición que estaban anunciados para cubrir las plazas vacantes de Oficiales Farmacéuticos segundos del Cuerpo.

Han concurrido al primer ejercicio 25 profesores de farmacia.

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

Auto-intoxicaciones intestinales, discurso del *Dr. D. Mariano Salazar y Alegret*, leído en su recepción pública en la Real Academia de Medicina el día 28 de Junio de 1896, y discurso de contestación al anterior de *D. Manuel Ortega Morejón*, Académico de número.—Madrid, 1896.

Acta de la Asamblea general de accionistas de la Sociedad de Socorros del Colegio Médico-farmacéutico navarro, celebrada en Estella el 8 de Junio de 1896, y *Memoria* leída por el gerente de la Sociedad *D. Jacinto Baranguan*.—Pamplona, 1896.

El Propagador homeopático, órgano del Instituto Homeopático y Hospital de San José.—Madrid, 1896.

Revista chilena de Higiene, publicada por el Instituto de Higiene de Santiago, y dirigida por el *Dr. F. Puga Borne*.—Santiago de Chile, 1895.

Gaceta médica de Costa Rica, revista nacional de Medicina, Cirugía, Farmacia é Higiene, dirigida por el *Dr. César Borja*.—San José de Costa Rica, 1896.