

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XI MADRID 15 DE FEBRERO DE 1897 NÚM. 232

## SUTURA RÁPIDA DE CAMPAÑA

Hoy, que la mayoría del Cuerpo de Sanidad militar se encuentra en nuestras posesiones orientales y occidentales, agobiado por el trabajo que les proporciona el acumulo de enfermos y heridos, creo oportuno dar á la publicidad un método de sutura cruenta, seguramente el más rápido de los hasta ahora conocidos, de cuyo método débese la idea al Médico segundo de Sanidad militar, tan ingenioso como modesto, D. José de la Vega y Haro.

No pretende método tal realizar prodigios como los de curar las heridas en cuarenta y ocho horas, producir cicatrices sin cicatriz, consiguiendo siempre la reunión por primera intención, ni otras utopías que suelen anunciarse en la cuarta plana de los periódicos de mayor circulación y procedentes, no en todos los casos, del charlatanismo indocto, sino, en ocasiones, de Médicos ilustrados que, ó atienden más á su particular interés que al resplandecimiento de la verdad clínica, ó el cariño á sus invenciones es tal que le hace llegar á exageraciones tamañas.

La sutura ideada por el Sr. Vega sólo aspira á *unir el mayor número de metros lineales de soluciones de continuidad en menos tiempo que empleando cualquiera otra clase de sutura*, resultando ésta tan ó más eficaz que ninguna otra y tan ó menos peligrosa.

Trataré de demostrar la rapidez, eficacia y benignidad de semejante sutura, para lo que empezaré por la descripción del método.

En cuatro partes dividiré, pues, este trabajo:

- 1.º Descripción del método de sutura rápida ó de campaña.
- 2.º Su rapidez.
- 3.º Su eficacia.
- 4.º Su benignidad.

*Descripción del método.*—El instrumental quirúrgico que esta sutura exige se reduce á *alfileres rectos y argollas ó aritos delgados de cautchu*; el Profesor coge con el pulgar é índice de la mano izquierda los dos labios de la herida, y una vez plegados éstos toma

con la derecha un alfiler y los atraviesa, colocando tantos alfileres cuantas suturas estime necesarias, según las circunstancias de la lesión; un ayudante vá cogiendo una á una las argollas de cautchu (cuyo tamaño y volumen han de estar en armonía con la longitud del alfiler empleado), y estirándolas las hace pasar por debajo de los extremos del alfiler, con lo cual queda formada una sutura enclavijada de gran resistencia.

*Prontitud.*—Sin necesidad de insistir, y por la sucinta exposición del método, se comprenderá su prontitud; yo he tenido ocasión de ensayarla repetidas veces en animales de experimentación, y he colocado mucho mayor número de puntos de la sutura rápida que empleando cualquiera de los otros procedimientos suturantes.

*Utilidad.*—Compréndese ésta en el campo de batalla, donde puede darse el caso de gran acumulo de heridos, cuyas probabilidades de infección están en razón y proporción directa de la tardanza en la oclusión aséptica de sus soluciones de continuidad.

*Eficacia.*—A primera vista es notoria. Los alfileres no pueden salirse de los bordes de la herida, porque de una parte se apoyan sobre la argolla de cautchu y de otra éstas los impulsan hacia arriba por la fuerza de su elasticidad al estar bajo ellos colocada. Si algún alfiler diera lugar á una ligera rotura del tejido, la sutura no se afloja, pues la argolla sigue al alfiler, cosa que no ocurre en las entrecortadas, no habiendo, por tanto, en ningún caso, empleando el método motivo de las presentes líneas, de recurrir á cosidos secundarios, á fin de unir los bordes nuevamente separados por flojedad del punto primitivo; por tanto, la infección es menos posible, y la reunión por primera intención más probable.

*Benignidad.*—Aun en los casos de infección de la herida desde su producción y primera cura hasta la instalación en un hospital fijo, resulta menor peligro del empleo de sutura rápida que cito que del de otro cualquiera, ya que al inflamarse los bordes de la herida, así como su contorno, el cautchu cede por su elasticidad propia, y, por tanto, no son tan fáciles ni los estancamientos ni las extrangulaciones.

Y con ésto doy por terminada la exposición de la *sutura rápida de campaña*, no sin antes suplicar á mi querido amigo y compañero Sr. Vega salga de tan pertinaz modestia, y su bien cortada pluma dé á conocer ampliamente cuanto al método por él indicado se refiere.

B. CORNEJO Y GARCÍA.

Médico segundo.

## Estado sanitario del ejército ruso (1).

La *fiebre tifoidea* dió lugar en estos últimos años á una morbosidad que variaba de 7'2 (1893) á 12'6 por 1.000 (1890) (2), y á una mortalidad de 1'12 (1893) á 1'83 por 1.000 (1890).

La enfermedad disminuye regularmente; se extiende de una manera muy desigual sobre los diversos territorios del Imperio; en Asia están los focos más activos, sin duda porque allí el ejército está sometido á todas las fatigas inseparables de una ocupación reciente y de una explotación vigorosamente sostenida; así la morbosidad tifoidea de las tropas del Turkestan alcanzó en 1890 20'3 por 1.000, y su mortalidad 3'2 por 1.000. En 1893 la región de Omsk fué la más castigada, con 21'1 por 1.000 y 3'1 por 1.000. El territorio transcaspiano é Irkoutsk están casi á la misma altura.

Pero en la misma Europa hay una región militar colocada en condiciones muy diferentes, y que, sin embargo, es muy castigada por esta enfermedad; tal es Saint-Pétersbourg, donde la morbosidad llegó en 1890 y 1891 á 17'1 y 15'0 por 1.000, y la mortalidad á 1'66 y 2'12 por 1.000. Es la mayor latitud (60°), no sólo de Rusia (Finlandia tiene muy pocas fiebres tifoideas), sino probablemente del mundo entero, donde la fiebre tifoidea ha llegado á formar un foco cuya intensidad no cede en nada á los de nuestras regiones de mediana latitud y de isoterma elevada, que estamos habituados á considerar como el terreno de predilección, si no es el que origina la enfermedad.

La frecuencia de la fiebre tifoidea en la población civil de Pétersbourg es un hecho bien conocido (3.) Verevoudor cree que la mayor parte de los habitantes de Saint-Pétersbourg han tenido la fiebre tifoidea en la infancia y se encuentran más ó menos inmunizados contra esta afección, que ataca, sobre todo entre los adultos, á los recién llegados á la población. Una de las principales causas de la endemia reside en el exceso de población, que supera á las habitaciones cerca de una mitad, proporción que sólo la tiene mayor en

(1) Véanse los núms. 230 y 231.

(2) Fiebre tifoidea y tifus, de naturaleza indeterminada, con exclusión del tifus exantemático y del recurrente.

(3) J. Bertillon (*Diat sanitaire comparé des principales villes d'Europe en 1885. Revue d'hygiène*, 1886, VIII, 829).

Europa Budapest, 71 por 1.000. El régimen del Neva es otra causa no menos poderosa: sus aguas, que reciben todas las alcantarillas, tienen un curso muy lento en un cauce poco profundo, como todo el golfo de Finlandia, donde se vierten. El reflujo del mar y los vientos predominantes del Oeste y Sudoeste favorecen también la estancación; se producen muchas inundaciones, y además de esta circunstancia, las orillas del río, por la retirada de las aguas, constituyen focos permanentes de infección.

A causas locales de esta naturaleza atribuye el informe de 1891 el origen de las epidemias de fiebre tifoidea que sufre todos los años el regimiento de la guardia acuartelado en la isla Bacilevsky, uno de los barrios más insanos de Saint-Pétersbourg. El suelo de esta isla es uno de los más bajos con relación al nivel del Neva; se inunda con frecuencia; se encuentran en ella vastos espacios llenos de inmundicias y un cementerio muy viejo, que los desbordamientos del Neva alcanzan y barren, abandonando después en las riberas depósitos de estas procedencias de un olor infecto. En Agosto y Septiembre de 1890, las aguas del Neva crecieron extraordinariamente, penetraron en las letrinas, removieron las materias acumuladas en ellas durante muchos años, que fueron después depositadas en las partes bajas del cuartel inundado. Se comprende, pues, las influencias de estas causas sobre el estado sanitario.

Después de la región militar de Saint-Pétersbourg, la más castigada es la de Varsovia, y vienen en seguida Kiew y Odessa. Moscú no está libre de la enfermedad, y uno de los focos más intensos se encuentra en esta misma población, en los cuarteles Kamovnichesky, donde el 4.º regimiento de granaderos Nesvijsky, en particular, presenta constantemente la fiebre tifoidea, y á menudo bajo la forma de graves epidemias. En 1891, de Marzo á Junio, contó 151 casos y 28 defunciones (fiebre tifoidea y tifus de forma indeterminada.) Todas las unidades del cuerpo fueron atacadas, aunque en proporciones muy desemejantes, pero la distribución por pisos acusaba diferencias todavía mayores: pocos enfermos en el piso bajo, un número mayor en el primer piso y el máximo en el segundo. Se supone que la mayor infección de los pisos superiores dependía de una cubicación insuficiente.

Otra observación interesante del Médico del Cuerpo que ha estudiado esta epidemia cuidadosamente, consiste en que el mayor número de los atacados pertenecían á las poblaciones indígenas del Este, Nordeste y Sudeste, al paso que los hombres originarios del

Oeste estaban relativamente preservados, oposición tanto más singular cuanto que estos últimos, en su mayoría polacos é israelitas, son soldados menos vigorosos. Pudiera depender este hecho de una inmunidad de raza, ó quizás adquirida por un ataque anterior ó por la aclimatación á las enfermedades infecciosas tan frecuentes en las regiones populosas del Oeste, que difieren profundamente bajo este punto de vista de las del Este. Los cuarteles Kamovnitichesky presentan por sí mismos y por su situación topográfica, condiciones de insalubridad que se parecen mucho á las de la isla Baccilevsky en Saint-Pétersbourg.

El número y la importancia de las vías fluviales que recorren la Rusia y bañan la mayor parte de las grandes poblaciones guarnecidas, explican y justifican el papel atribuído en la etiología de la fiebre tifoidea á estos grandes agentes reguladores de la capa subterránea, y el prestigio que goza en general la *grundwasser-theorie*. Nijni-Novgorod tiene todos los años una epidemia de fiebre tifoidea, en relación directa con los desbordamientos periódicos del Volga y del Oka.

Las epidemias señaladas en los diferentes Cuerpos de tropas, revisten en general más gravedad que extensión. El caso del regimiento de Nesvijsky es, en efecto, excepcional. En 1893, el Cuerpo más castigado tuvo 60 casos, pero el término medio no excede de 20 á 30. La mortalidad mayor la presenta el regimiento de Infantería de Octrovsck, 12 fallecidos (39 casos).

La mortalidad clínica de la fiebre tifoidea ha variado, en los cuatro últimos años, de 14'5 á 16'2 por 1.000.

La evolución anual no difiere de la marcha que afecta en todos los otros ejércitos: exacerbación estivo-otoñal (máximo en Septiembre), y elevación secundaria en Enero; este último es quizás más acentuado que en los demás ejércitos, á causa de los rigores y de la prolongación del confinamiento invernal.

¿Cuáles son actualmente, entre nuestros colegas del ejército ruso, las ideas dominantes sobre la etiología de la fiebre tifoidea?

El informe de la estadística de 1893, además de las causas que ya hemos indicado, señala la mala calidad del agua para bebida, ya en las guarniciones permanentes, ya durante las maniobras, en las marchas ó en los campos. Se añaden á estas circunstancias el exceso de fatiga, como en el caso del 2.º batallón de línea del Turkestan, del cual una parte había hecho la penosa campaña del Alaís, fracción que suministró los dos tercios de enfermos del Cuerpo; los

trabajos en el movimiento de tierras, como en el primer batallón del camino de hierro transcaspiano. Se cita otro caso en el cual el origen hídrico exclusivo está bien claro: el 15.º de Granaderos de Tiflis fué atacado de fiebre tifoidea después de haber consumido, en el camino de Tiflis á Laodek, el agua de un río que tiene fama entre los indígenas de producir fiebres graves.

Vienen después la infección del suelo de los campos, la insalubridad de los cuarteles y de los acantonamientos.

Muchos Cuerpos parecen haber sido contaminados por reclutas atacados de la enfermedad; otros, á consecuencia de un alto en una población infectada; por último, individuos aislados contraen también la enfermedad fuera de su Cuerpo, durante los trabajos que están autorizados para emprender.

Cuando sobreviene una epidemia de fiebre tifoidea, se procede á una desinfección completa de los efectos, de la ropa blanca y de las camas de los individuos enviados al hospital, de los locales que ocupan y de las letrinas. Generalmente se emplea el sublimado y el cloro para la desinfección, y más excepcionalmente las fumigaciones de azufre. Algunos establecimientos están provistos de estufas de desinfección. Los Médicos cuidan de aislar á los individuos sospechosos. No se usa sin hervir el agua que no inspira confianza, y se prohíbe comprar fuera del cuartel toda clase de artículos y bebidas. Se mejora el régimen alimenticio, y si la medida no puede generalizarse, los más débiles reciben por lo menos un suplemento de un cuarto de libra de carne (100 gramos.) Por la mañana no se permite que los soldados vayan al ejercicio en ayunas y se les distribuye una sopa ó té. Según los recursos de las localidades, se les administra leche ó aguardiente; la higiene general del cuartel se vigila cuidadosamente, y la ventilación de los locales es objeto de atenciones particulares.

La evacuación de un cuartel y la instalación de la tropa en otro más espacioso pueden hacerse necesarias, lo mismo que el cambio de campamento, circunstancia que permite desinfectar por completo los locales primitivos. Muchas veces es necesario prohibir á la tropa toda relación con los paisanos, cuando una epidemia reina en la población y los soldados no han sido invadidos. Cuando los reclutas vienen con la enfermedad, ó proceden de una comarca sospechosa, se les aplican severas medidas cuarentenarias.

El ejército ruso sufre también otros dos tifus, que forman una de las características de su estado sanitario, porque no se los encuen-

tra, por decirlo así, en ningún otro ejército europeo: el tifus exantemático y el tifus de recaídas.

El *tifus exantemático*, mucho más frecuente, reina de una manera constante en el ejército y en la población civil, pero produce pérdidas muy desiguales en cada año, según el capricho de la impulsión epidémica, bastante diferente en este punto de la fiebre tifoidea, tan tenaz en sus manifestaciones endémicas. En 1891 se contaron 466 casos con 22 fallecidos, 1.435 y 126 en 1892, y 1.121 y 84 en 1893.

Las regiones militares de Kazan y de Omsk, en el centro del imperio, son siempre las más afectadas; sin embargo, este foco tiene irradiaciones importantes al Este sobre Irkoutsk, al Oeste sobre Moscou y Vilna, y, en realidad, ningún punto de la Rusia Europea y de la Asiática está completamente exento de esta enfermedad. El tifus exantemático es, sobretudo, una enfermedad del invierno, cuyo máximum corresponde á Enero, seguido de una disminución progresiva hasta Julio y Agosto, en que sólo se observan algunos casos. El invierno de 1893 contó 524 casos, la primavera 434, el verano 67 y el otoño 99.

El tifus exantemático nace de una manera clara en todos los casos del contagio; por la residencia de las tropas en una población contaminada, en una penitenciaría cuya guardia tiene confiada, por las mujeres de los soldados, que habitan los barrios más miserables de las ciudades, donde el tifus es endémico, etc., etc.

En cuanto al *tifus de recaída* tiene menos importancia. El máximum observado en estos cuatro últimos años corresponde á 1892, 180 casos y cuatro fallecidos. Se presenta con el mismo carácter de ubicuidad; sólo la región de Irkoutsk parece libre de él; Omsk, en la Rusia Asiática, es la que presenta mayor número de casos; pero Kiew, Odessa y Moscou también suelen presentarlo. La evolución anual no afecta un ciclo particular. Tampoco ofrece ninguna particularidad epidemiológica.

M. G. F.

(Continuará).

---

## PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

**Abscesos disentéricos del hígado.**—Entre los signos del absceso disentérico del hígado hay dos que, según MM. Hassler y Boisson, parece que tienen una importancia de primer orden.

Uno de esos signos, que se observa á la percusión y á la palpa-

ción del hígado, y que no ha sido aún indicado hasta hoy, consiste en una sensación de peloteo profundo y de resistencia patognomónicas, de una dureza elástica especial comparable á la que ofrece una pera de goma de paredes gruesas y muy dilatada.

El otro signo es suministrado por la auscultación de la región hepática; es un ruido de machucamiento, de fina crepitación, análogo al que dá la presión sobre la nieve congelada, coincidiendo con los dos tiempos de la respiración, pero sobre todo con la inspiración. Este fenómeno ha sido interpretado como un ruido de rozamiento perihepático. Pues bien, Hassler y Boisson han podido conocerse de que toma su origen en el mismo tejido hepático.

En efecto, examinando el hígado en el curso de las intervenciones quirúrgicas, en sujetos atacados de absceso disentérico de esa víscera, y presentando el ruido de machucamiento característico, dichos autores han observado siempre la ausencia completa de perihepatitis. En cambio, palpando directamente con el dedo la glándula muy hipertrofiada, han circunscrito unos cortadillos idénticos á los del edema del tejido celular subcutáneo. Este *edema del hígado* aparece tanto más acentuado cuanto más nos acercamos á la región ocupada por el absceso, el cual no presenta sino excepcionalmente el fenómeno de la fluctuación. Este edema es al que debe ser atribuído el ruido de crepitación percibido á la auscultación, ruido que proviene del amontonamiento — bajo la influencia de la presión ejercida por el diafragma — del parénquima hepático, cuya consistencia normal resulta alterada.

Merced á estos signos patognomónicos, Hassler y Boisson han podido establecer el diagnóstico y determinar el sitio exacto de la colección purulenta en todos sus enfermos, atacados de absceso del hígado de origen disentérico.

En uno de esos casos, el absceso, que radicaba en la parte más profunda del lóbulo hepático derecho, ha evolucionado con cierta lentitud. De ahí que, al principio, se había sospechado la posibilidad de una hepatitis de origen palúdico; pero la existencia de un absceso del hígado fué, por último, establecida gracias á la resistencia y al ruido de machucamiento percibidos en la región hepática, signos que no se encuentran en la hepatitis palúdica. La intervención operatoria confirmó el diagnóstico.

En el pus procedente del absceso hepático de dicho enfermo, examinado al microscopio inmediatamente después de la operación, Hassler y Boisson observaron la presencia de *amibos* que cambiaban de forma y de lugar en el campo de la preparación. Los ensayos de coloración y de cultivo de esos protozoarios fracasaron.

Un perro de mediana corpulencia, que recibió cada día durante una semana, en sus alimentos, 5 c. c. de pus del mismo enfermo (recogido en un frasco esterilizado y mantenido á cubierto de toda alteración), fué acometido de diarrea muco-sanguinolenta con tenesmo rectal y vesical, pero sus excrementos no contenían amibos. Sacrificado el animal, en la autopsia se halló el intestino grueso hi-



peremiado á trechos y salpicado de excrecencias mamelonadas, producto de sufusiones sanguíneas submucosas. En ninguna parte se notó la existencia de ulceraciones, sin duda porque el perro había sido sacrificado en un período precoz de la afección. El examen bacteriológico de las lesiones intestinales dió un resultado negativo.

Otra tentativa de transmisión de la disentería fracasó: un gato, al cual habían sido introducidos en el recto, una sola vez, 2 c. c. del pus del absceso, no presentó, como consecuencia de esta inyección, ningún fenómeno morboso.

Por lo que se refiere á la intervención operatoria en los abscesos disentéricos del hígado, el procedimiento de preferencia, según Hassler y Boisson, puede resumirse en estos términos: se practica la laparotomía sobre el borde externo del músculo recto mayor (la vía transpleural no está indicada sino cuando el absceso abulta manifiestamente hacia la cara convexa del hígado); luego, después de observado el signo del edema hepático, se punciona el absceso con la aguja aspiratriz y se hace una brecha suficiente para la aplicación de un amplio drenaje; por último se procede á la reconstitución parcial de la pared por una sutura en triple capa.

(Rev. de méd.)

\*  
\*\*

#### **Tratamiento de las contusiones y de las heridas del abdomen.**

—*M. Demons*: La cuestión del tratamiento de las contusiones y heridas del abdomen es de tal modo importante, que realmente fuera de desear que figurase en el orden del día de nuestro próximo Congreso. Por mi parte, he estudiado cuidadosamente, desde hace mucho tiempo, todos los casos de mi servicio, y la confrontación de los documentos que desde luego he agrupado es la que me lleva á formular las siguientes consideraciones:

Dejo á un lado, para simplificar, las lesiones de la vejiga y de los riñones, que presentan ordinariamente signos claros, pronto apreciables, y requieren una terapéutica de una determinación relativamente fácil.

Desde el punto de vista de las indicaciones terapéuticas, se pueden dividir las contusiones del abdomen en contusiones *leves*, *dudosas* y *violentas*.

Cuanto á las contusiones *leves*, no tengo por qué ocuparme de ellas, toda vez que no demandan mas que un tratamiento simple.

Las contusiones *violentas* son las que han sido producidas en un espacio relativamente limitado por algún cuerpo de estrechas dimensiones.

Por lo que respecta á las contusiones *dudosas*, yo entiendo que hay que ser pesimista en materia de contusiones abdominales, y siempre que exista alguna duda acerca de la benignidad ó no benignidad de la contusión, será preferible, en mi concepto, tratarla como si fuera una contusión violenta.

Pues bien; el único tratamiento de la contusión violenta del ab-

dómen, es la laparotomía exploradora precoz, cuya inocuidad es absolutamente evidente. Si el *shock* es demasiado profundo después del accidente, hay que procurar reaccionar al enfermo, y tan luego como se produzca una atenuación y el estado general parezca algo mejor, se practicará inmediatamente la laparotomía.

*M. Guinard:* En dos casos de contusión grave del abdomen he hecho dos veces la laparotomía, y dos veces he hallado una rotura del intestino con salida de los gases y de las materias en la cavidad peritoneal. Por desgracia el accidente databa ya de treinta y seis horas, y mi dos operados sucumbieron. En un tercer caso en que me fué dable intervenir inmediatamente, en una joven de 20 años que había recibido una cuchillada en la ingle, pude suturar dos perforaciones del intestino, y la enferma ha curado perfectamente.

En los casos dudosos, aconsejo que se haga un ojal explorador precoz, pues, de una manera general, en vez de contemporizar y de aguardar á que algún fenómeno grave permita establecer el diagnóstico, entiendo que es preferible intervenir inmediatamente en todos los casos de traumatismos graves de la pared abdominal. Aconsejo, en tal caso, que se practique un ojal de dos centímetros sobre la línea media, por cima del pubis. Si se encuentran en la cavidad peritoneal gases, materias fecales ó sangre, se ensancha rápidamente la incisión y se busca la lesión visceral; si, por el contrario, la cavidad peritoneal está intacta, se vuelve á cerrar el ojal.

*M. Reclus* (de París): Después de haber sido abstencionista relativamente á las contusiones y á las heridas del abdomen, he cambiado completamente de opinión y, al igual que Mr. Michaux, soy partidario, no ya del ojal explorador, sino de la laparotomía en grande escala.

*M. Demoulin:* Llamado para asistir á una mujer de 24 años que acababa de recibir una cuchillada y que presentaba, á tres centímetros de la espina iliaca antero superior, una herida, á través de la cual una masa epiploica hacía hernia por fuera, desbridé la herida en vez de seccionar simplemente el epiplón, y ésto por fortuna, pues encontré inmediatamente sobre el pedículo epiploico una arteriola que sangraba, luego sobre el ciego un pequeño coágulo adherido, debajo del cual existía una herida incompleta y, por último, una herida arterial sobre la parte inferior del mesocolon ascendente.

(*Déc. Congr. franc. de Cir.*)

\*  
\* \*

**La hemoglobina medicinal.**—Según el Dr. P. Cornet, se ha utilizado hasta hoy para los usos médicos una hemoglobina llamada *soluble*. Se presenta ordinariamente este producto bajo la forma de lentejuelas ó de pequeños granos irregulares, más ó menos rojizos ó violáceos, de reflejos brillantes y metálicos, y de fácil conservación. Esta hemoglobina se extrae de la sangre fresca (generalmente del caballo) bien defibrinada. Dicho líquido se vierte en vasos

bastante profundos, donde, por el reposo, se desdobra en muchas capas, y la inferior contiene los glóbulos y sirve para la preparación industrial del medicamento. A este efecto, la capa globulosa se trata por el éter, se extiende después sobre placas y se seca rápidamente en la estufa. Esta hemoglobina se vuelve á tratar por el agua y se le adiciona de 50 á 60 por 100 de su peso de una solución de goma; se coloca por segunda vez en la estufa sobre placas de vidrio, y se presenta entonces, después de separada, bajo la forma conocida.

Pero esta hemoglobina, llamada soluble, no lo es del todo en el alcohol, por la goma que sirve para prepararla y por la albúmina retenida con los glóbulos. De suerte que el vino, en particular, es un vehículo tanto más impropio para esta hemoglobina gomosa, cuanto más fuerza alcohólica tenga. Sin embargo, puede obtenerse en forma más soluble y más asimilable. Esta otra preparación consiste en depositar la sangre defibrinada en vasos enfriados á 0°. La capa inferior se trata por el éter y se lava muchas veces, á fin de desembarazar los glóbulos de las materias grasas y albuminóideas (la albúmina no se puede separar por completo.) La desecación debe hacerse en el vacío, cuidando de mantener una temperatura constantemente baja. En estas condiciones se obtiene una hemoglobina *admirablemente soluble en todos los vinos*, en particular en los vinos dulces (Málaga, moscatel, etc.), con los cuales se obtienen soluciones limpias de un rojo muy pronunciado y susceptibles de contener hasta 100 y 150 gramos de hemoglobina por litro. Este producto no puede presentarse bajo la forma de escamas, porque le falta la goma, y la mejor forma de administrarlo es en polvo.

Dicho polvo de hemoglobina soluble es de un rojo oscuro, que recuerda el color del subcarbonato de hierro. Forma con el agua destilada soluciones limpias de un hermoso rojo púrpura, más ó menos pronunciado. Por último, la hemoglobina preparada según estas indicaciones, presenta, añadiéndole alcohol á 90°, una alteración y un depósito cuyo color recuerda el de la sangre; por el contrario, la hemoglobina medicinal, tal como la industria la prepara, ofrece, en las mismas condiciones, una alteración y un depósito cuyo color es el de la herrumbre; circunstancia que nos induce á creer que, al desecar la hemoglobina á temperaturas elevadas, se altera el glóbulo sanguíneo, dejando en libertad el óxido de hierro.

(*Le Progr. Méd.*)

\* \* \*

**El salicilato de methilo en el reumatismo.**—M. Combemale ha dirigido un comunicación á la Societé de Médecine de Lille, relativa á nueve reumáticos tratados con el salicilato de methilo. Como en las experiencias de Lannois y Linoisier, se ha empleado este medicamento en embrocaciones, á la dosis de cuatro á seis gramos, ya sobre la superficie anterior del muslo, ya *loco dolenti*. El éter methyl-salicílico obra sobre el reumatismo articular como el ácido

salicílico de quien se deriva. Produce desde luego un alivio bastante rápido de los dolores; la sedación empieza próximamente dos horas después de la aplicación del tópico y dura de seis á doce horas; al cabo de tres ó cuatro días de su empleo, su duración es de diez y ocho á veinticuatro horas. El descenso termométrico no se manifiesta hasta el tercero ó cuarto día; sólo entonces desaparece la fiebre por completo. La fluxión articular disminuye y sus desplazamientos son detenidos en cierto modo hacia el sexto día. Es preciso continuar el uso del salicilato de methilo durante los días que siguen á la desaparición de los síntomas, disminuyendo progresivamente la dosis.

El medicamento se absorbe en gran parte por la piel, porque por medio del percloruro de hierro, que produce una coloración violeta, se le encuentra en la orina en el estado de ácido salicílico.

Nueve enfermos fueron tratados por esta medicación. Todos tenían un reumatismo articular sub-agudo de mediana intensidad; temperatura de 38° á 38°5, fluxión muy móvil. En estos nueve enfermos no se ha observado ninguna complicación visceral ó serosa en el curso de su enfermedad, y cuatro ó cinco de ellos que habían tenido accesos anteriores con localización cardiaca no han sufrido nuevo ataque endocárdico.

¿Debe atribuirse al medicamento? Quizás sea una simple coincidencia, pero es posible que el ácido salicílico, empleado muy al principio, conjure con frecuencia la complicación cardiaca.

Por último, M. Combemale cree que se debe preferir, en ciertos casos, el salicilato de methilo al ácido salicílico ó al salicilato de sosa, que tienen sobre el estómago una acción marcada. Así, pues, los dispépsicos, los neurasténicos y los reumáticos, pueden obtener grandes ventajas de las embrocaciones locales con el salicilato de methilo.

(*Le Bull. méd.*)

\* \* \*

**Hernia traumática del páncreas.**—Ferreira-Guimaraes, Profesor de la Escuela de Medicina de Río Janeiro, publica una nueva observación de hernia traumática del páncreas. La reducción se hizo después de haber desbridado hacia dentro la herida producida por un golpe de bayoneta-sable, y la curación fué perfecta. Las hernias del páncreas, que se habían puesto en duda, no pueden negarse actualmente. El páncreas, á pesar de su fijeza, de su situación profunda y de sus relaciones con numerosos vasos y otros órganos importantes, puede, á pesar de todo ésto, salir á través de una herida abdominal sin lesión de ninguno de estos órganos. M. Quénu, en su artículo del *Traité de Chirurgie*, ha reunido seis observaciones de hernias del páncreas. En todos estos casos la parte herniada ha sido ligada con ó sin resección. Sólo hubo un muerto.

Reuniendo esta observación á las citadas por M. Quénu, puede



**El extracto del chelidonium majus en la terapéutica del carcinoma.**—El Dr. Denissenko refiere haber empleado el extracto de chelidonium majus en el carcinoma del modo siguiente: Desde el primer día, lo administraba al interior en dosis de 1,5 á 5,0 gramos, disuelto en agua destilada ó en agua de menta piperita; además, en el límite entre el tumor y el tejido sano, inyectaba en distintos puntos, de una á tres divisiones de la jeringuilla de Pravaz, de una mezcla á partes iguales del extracto, de glicerina y de agua destilada. Cuando había úlceras, las tocaba con una mezcla de una á dos partes del extracto y una de glicerina. Además, se renovaba el apósito dos veces al día, como de costumbre, y se empleaban los tónicos según fuese necesario.

El uso interno del medicamento sólo en un caso perturbó la función estomacal; los toques de las úlceras produjeron un dolor ligero y transitorio, y las inyecciones parenquimatosas ocasionaron un dolor quemante, sensaciones de debilidad y un calofrío más ó menos intenso y seguido de elevación térmica á 38 ó 39°. Aunque estos síntomas desaparecen al día siguiente, cree el autor que son un motivo para que se proceda con cierta precaución en estas inyecciones.

Los efectos de este tratamiento se manifestaron ya en los primeros días, en las siguientes modificaciones: Primera. Desaparición del color pálido de la piel. Segunda. Reblandecimiento del tumor. Tercera. A los tres ó cinco días se producen en los puntos de inyección trayectos fistulosos, en cuyas direcciones avanzan rápidamente el reblandecimiento de la neoplasia. Cuarta. A los quince ó veinte días ya se percibe una línea de separación entre el tejido enfermo y el sano. El tumor se reduce, al fin, en más de la mitad y se reabsorben los infartos ganglionares próximos.

(Vrach.)

\* \*

**Fotografía de los ruidos del corazón.**—*M. A. de Holowinski:* Después de diversas tentativas, conseguí á fines del año último combinar un método *enteramente automático* para fotografiar los instantes de los ruidos cardiacos. El principio se basa en el hecho de que la tensión periódica de las válvulas es no sólo sincrona á las vibraciones sonoras de los ruidos estetoscópicos, sino también á los *sacudimientos mecánicos* (conmociones) que la acompañan, propagándose sobre toda la superficie del tórax; estos sacudimientos son directamente insensibles al oído—á causa de su poca frecuencia—pero se perciben á menudo bajo la presión del dedo y se ven por la reflexión de una mira sobre un espejo aplicado en todos los puntos del tórax.

Para fijar fotográficamente los instantes de esos sacudimientos sincrónicos con el estetoscopio, empleo un aparato que comprende cuatro órganos principales: 1.º un micrófono perfeccionado, aplicado sobre la superficie del corazón; 2.º un teléfono óptico, excitado

por el micrófono, y cuyo diafragma produce los anillos colorados de Newton; 3.º un sistema óptico para alumbrar los anillos y reflejar su imagen verdadera, invertida y agrandada sobre una estrecha hendidura vertical; 4.º un tambor, rodeado de un papel muy sensible, que gira detrás de la hendidura de la cámara fotográfica.

\* \*

**Silicofluoruro de mercurio.**—En una comunicación dirigida á la Sociedad biológica de París, en la sesión del 22 de Febrero último, Halliön, Lefranc y Poupinel han anunciado que, según investigaciones bacteriológicas sobre los bacilos piocianico, carbuncoso y diftérico, están autorizados para asegurar que el silicofluoruro de mercurio es de un poder antiséptico dos veces mayor que el sublimado corrosivo y menos tóxico que éste.

El silicofluoruro de mercurio, empleado en soluciones de 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> y bajo forma de pomada con la vaselina 1 : 2000 sobre las heridas operatorias, sobre los accesos calientes y fríos, sobre el eccema, etcétera, ejerce una influencia notable y rápida sin ningún inconveniente.

El silicofluoruro de mercurio es el antiséptico más poderoso conocido hasta ahora.

(*El Rest. Farm.*)

\* \*

**Berillium.**—Este nuevo metal, más ligero que el aluminio, está dotado de una grande solidez. Forma parte importante de la constitución del berilio y de la esmeralda. Wöhler le obtiene del primero. Es un metal blanco de 2,1 de peso específico (aluminio 2,6); adáptase perfectamente á la mayor parte de las manipulaciones mecánicas. No se oxida y resiste á la mayor parte de los agentes oxidantes. Tiene una conductibilidad eléctrica mayor que la del cobre.

Actualmente su precio es elevadísimo; cerca de 900 pesetas el kilógramo.

(*El Rest. Farm.*)

\* \*

**Lesiones producidas per la conmoción de la médula espinal.**—Si la conmoción del cerebro constituye una afección perfectamente conocida cuanto á sus síntomas clínicos, no puede decirse ya lo mismo en lo que respecta á la afección correspondiente de la médula espinal, y el estudio exacto de este síndrome resulta aún complicado por el hecho —entre otros— de que los autores ingleses han creado una categoría aparte (el *railwayspine*) para todas las afecciones de este género observadas á seguida de

los accidentes ferroviarios. Todavía hay actualmente autores que hacen figurar estos casos en el histerismo y entre las neurosis traumáticas, mientras que otros admiten la existencia de una lesión molecular de los elementos nerviosos de la médula.

M. A. Wagner refiere un hecho que representa el tipo de la conmoción de la médula espinal. Este caso concierne á un hombre de 48 años que había disfrutado siempre de una perfecta salud hasta el día en que sufrió una caída de bicicleta, después de haber experimentado dos violentas sacudidas en el momento en que su máquina franqueaba con toda velocidad una zanja de 50 centímetros de profundidad. Ese individuo, que había quedado sin conocimiento durante algunos segundos, se dió inmediatamente cuenta de la situación. Fué trasladado á una casa próxima, estando paralizado de todas sus extremidades y sintiendo dolores violentos en ambas manos. Al día siguiente, los movimientos de los brazos y de los piés reaparecieron algo, mientras que las manos continuaban paralizadas. La sensibilidad aparecía disminuída en las extremidades exteriores y había retención urinaria. Objetivamente no se notaba ninguna lesión de la espina dorsal. Todos estos síntomas se atenuaron al cabo de algunas semanas, para desaparecer enteramente después de una duración de siete á ocho meses.

El autor estima que los síntomas que no persistieron sino algunos días deben ser atribuidos á una simple conmoción de la médula espinal, en tanto que aquellos otros, cuya desaparición exigió un plazo de algunos meses pueden explicarse por la formación de pequeñas hemorragias intramedulares. Con todo, Wagner cree que esta hipótesis no es en modo alguno necesaria, y que el estudio de los casos observados hasta ahora autoriza á atribuir el proceso patológico presentado por su enfermo á una conmoción de la médula.

El análisis de los hechos de conmoción medular publicados hasta hoy dá los siguientes resultados:

En varios casos en que la muerte sobrevino inmediatamente después del accidente, el examen de la médula espinal fué negativo; lo mismo ocurrió en dos enfermos que sucumbieron al cabo de tres ó cuatro días. En 10 casos en que la muerte sobrevino de doce días á cuatro años después del traumatismo, observóse en la autopsia la existencia de focos de degeneración más ó menos extensos en el eje nervioso raquidiano.

Diversos experimentos instituidos por Schmaus en unos conejos suministraron resultados completamente análogos: el examen microscópico era negativo en los animales sacrificados inmediatamente después de la conmoción, mientras que se notaban signos de degeneración en los conejos á los cuales se dejaba con vida durante cierto tiempo.

Wagner infiere de estos hechos que la conmoción de la médula espinal provoca lesiones de las células nerviosas que escapan á los actuales procedimientos de investigación histológica, pero cuya existencia ponen fuera de duda los síntomas de degeneración de



que aquéllas pueden ir seguidas en ciertos casos, lo mismo en el hombre que en el animal.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

---

## FÓRMULAS

---

309

Calomelanos al vapor.....	50 centigr.
Naftalina.....	1 gramo.
Azúcar.....	C. S.
Esencia de bergamota.....	III gotas.

M. y D. en 10 sellos.—Para tomar uno cada hora.

En la **disentería.**

(*M. Kartulis.*)

\*  
\*\*

310

Extracto fluido de hamamelis virgínica	} áá 16 gramos.
» » de hydrastis canadensis.	
Tintura de benjui compuesta.....	4 »
» de belladona.....	32 »
Aceite de olivas fenicado al 5 por 100....	

M. Para embrocaciones.

En las **hemorroides.**

(*M. L. H. Adler.*)

---

## SECCION PROFESIONAL.

---

### Resumen estadístico del mes de Marzo de 1896.

El movimiento de enfermos ocurrido 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 Marzo.....	3.457
Entrados durante el mes.....	3.937
Hospitalidades causadas.....	110.130
Salidos.....	3.476
Muertos.....	132
Quedaban en fin de dicho mes.....	3.786

La fuerza del ejército en el indicado mes de Marzo de 1896 fué de 70.124, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	96'28
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	45'61
Muertos por cada 1.000 id.....	1'68
Idem por cada 1.000 asistidos.....	17'62 (1)

Hé aquí ahora los establecimientos en que se han causado más de 1.000 hospitalidades:

Madrid.....	13.484	Badajoz..	2.398
Barcelona.....	12.100	Melilla..	2.323
Sevilla.....	6.786	Málaga...	2.158
Valencia.....	6.040	Cartagena..	2.105
Zaragoza.....	5.754	Guadalajara..	1.999
Pamplona.....	3.831	Búrgos.....	1.819
Valladolid.....	3.670	San Sebastián...	1.569
Vitoria.....	3.563	Logroño.....	1.359
Cádiz.....	3.315	Algeciras.....	1.317
Coruña.....	3.197	León.....	1.233
Ceuta.....	2.982	Palma de Mallorca..	1.205
Alcalá.....	2.815	Bilbao.....	1.050
Granada.....	2.808	Jaca.....	1.029

\*  
\* \*

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

«4.ª Sección.—En virtud de lo dispuesto por S. M. el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, en Real Orden de 26 de Enero de 1897 (*D. O.* núm. 19), se convoca á oposiciones públicas para proveer varias plazas de Médicos segundos del Cuerpo de Sanidad militar, quedando los que obtuvieran mejores censuras, dentro de las que se exigen para ingreso en el mismo, con derecho á ocupar por orden de ellas las plazas vacantes que existan, pero sin sueldo ni antigüedad mientras no obtengan colocación.

---

(1) Téngase en cuenta que 642 asistidos, 10.954 hospitalidades y 13 muertos no son imputables á las fuerzas del ejército

En su consecuencia, queda abierta la firma para las referidas oposiciones en esta Sección en las horas de oficina, desde el día de la fecha hasta el 8 de Abril próximo.

Los doctores, licenciados en Medicina y Cirugía por las Universidades oficiales del Reino, ó alumnos con ejercicios aprobados, que por sí ó por medio de persona autorizada al efecto quieran firmar estas oposiciones, deberán justificar legalmente para ser admitidos á la firma, las circunstancias siguientes: 1.<sup>a</sup> Ser españoles ó estar naturalizados en España. 2.<sup>a</sup> No pasar de la edad de 30 años el día que soliciten la admisión en el concurso. 3.<sup>a</sup> Hallarse en pleno goce de sus derechos civiles y políticos y ser de buena vida y costumbres. 4.<sup>a</sup> Tener la aptitud física que se requiere para el servicio militar; y 5.<sup>a</sup> Haber obtenido el título de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino ó tener aprobados los ejercicios necesarios para ello. Justificarán que son españoles y que no han pasado de la edad de 30 años, con certificado de inscripción en el registro civil, los que deben reunir este requisito, y en caso contrario, con copia, en debida regla, de la partida de bautismo; debiendo acompañar en uno y otro caso la cédula personal. Justificarán hallarse en el pleno goce de sus derechos civiles y políticos y ser de buena vida y costumbres, con certificación de la autoridad municipal del pueblo de su residencia, librada y legalizada en fechas posteriores á las de este edicto. Justificarán que tienen la aptitud física que se requiere para el servicio militar mediante certificado de reconocimiento hecho en virtud de orden de esta Sección bajo la presidencia del Director del Hospital militar, por dos Jefes ú Oficiales médicos destinados en aquel establecimiento. Justificarán haber obtenido el grado de doctor ó el de licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del Reino, ó tener aprobados los ejercicios para ello, con testimonio ó copia legalizada de dicho título ó certificado de la Universidad en que hubiesen aprobado los ejercicios.

Los que sólo hubiesen presentado certificación de tener apro-

bados los ejercicios correspondientes al grado de licenciado, deberán acreditar que han satisfecho el pago de los derechos de expedición del citado título, antes de darse por terminadas las oposiciones.

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

Se entenderá que la instancia se halla suficientemente documentada, siempre que con ella se acompañen, en toda regla legalizados, los documentos necesarios para que los aspirantes puedan ser admitidos á la firma, excepción hecha del certificado de aptitud física.

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

Los ejercicios tendrán lugar con arreglo á lo dispuesto en el programa aprobado por S. M. en 15 de Noviembre de 1888 (*Colección Legislativa del Ejército, núm. 422*) y á las modificaciones, en la parte preceptiva del mismo, establecidas por Real Orden de 2 de Agosto de 1892 (*Colección Legislativa del Ejército, núm. 267*), todo ello publicado también en la *Gaceta*, prorrogándose la edad hasta la de 42 años, con la condición de servir en Cuba durante la campaña.

En cumplimiento de lo que se previene en dicho programa, se advierte á todos los que se inscriban para tomar parte en estas

oposiciones, que el primer ejercicio, al cual necesariamente deberán concurrir todos ellos, se efectuará en el Hospital militar de esta plaza el día 12 del próximo Abril á las nueve de la mañana.

Madrid 12 de Febrero de 1897.—El General Jefe de la Sección, Martínez».

## NECROLOGÍA

**Don Eusebio Pérez y Pereda.**—Nació en Valladolid el día 14 de Agosto de 1857, y se graduó de Licenciado en 3 de Julio de 1878.

Ingresó en el ejército como soldado voluntario en 19 de Junio de 1877, y en la Academia del Cuerpo, previa oposición, en 26 de Septiembre de 1878. Terminados sus estudios en dicho centro, fué promovido al empleo de Médico segundo por Real Orden de 14 de Julio de 1879, siendo destinado al Hospital militar de Búrgos, y sucesivamente á los regimientos del Príncipe y América.

En Febrero de 1884 fué nombrado Médico primero de Ultramar con destino á la Isla de Cuba, cuyo nombramiento quedó sin efecto, pasando á prestar sus servicios al regimiento de Cantabria.

Fué promovido al empleo de Médico primero, por antigüedad, en 17 de Julio de 1893, y continuó sirviendo en la Península hasta Julio de 1895, que le correspondió por sorteo pasar al distrito de Cuba. Tomó parte en las operaciones de la actual campaña, por la que fué recompensado con la cruz roja de 1.ª clase del Mérito Militar pensionada.

Falleció el 4 de Octubre de 1895 á consecuencia de la fiebre amarilla.

\*  
\* \*

**Don José González Pis.**—Nació en Rivadesella (Oviedo) el 28 de Julio de 1870, y se graduó de Licenciado en la Universidad de Valladolid en 11 de Junio de 1891.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, en clase de Médico segundo, por Real Orden de 29 de Marzo de 1895, y fué destinado al Hospital militar de Sevilla. Por otra de 10 de Mayo del mismo año le correspondió marchar á Cuba por sorteo, para cuya Isla embarcó el 30 de dicho mes.

Asistió á las operaciones de la actual campaña, siendo recompensado con una cruz roja de 1.<sup>a</sup> clase del Mérito Militar.

Atacado por una parálisis aguda falleció en el Hospital militar de Puerto Príncipe el día 6 de Julio de 1896.

\* \* \*

**Don Manuel Ron y Oya.**—Nació en Castropol (Oviedo) el día 16 de Noviembre de 1852, y se graduó de Licenciado en Medicina en la Universidad de Santiago el día 17 de Junio de 1889.

Por Real Orden de 26 de Octubre de 1895 fué nombrado Médico provisional con destino al ejército de la Isla de Cuba, en cuya campaña tomó parte hasta el 5 de Septiembre de 1896, que falleció á consecuencia de la fiebre amarilla.

\* \* \*

**Don Miguel Fuentes Mallafre.**—Nació en Atienza (Guadalajara) el día 29 de Septiembre de 1851, y se graduó de Licenciado en Medicina en la Universidad de Madrid el 18 de Noviembre de 1873.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, por Real Orden de 14 de Julio de 1877, con el empleo de Médico segundo, siendo destinado al regimiento de Bailén, y, sucesivamente, al de Gerona, Hospital militar de Zaragoza, otra vez al regimiento de Gerona y, tras breve tiempo en situación de réemplazo, al quinto batallón de Artillería de plaza. Por último, siendo ya Médico Mayor fué nombrado Director del Hospital militar de Santoña, de cuyo destino no llegó á tomar posesión.

Obtuvo el empleo de Médico primero en 27 de Julio de 1891, y el de Mayor en 14 de Septiembre de 1896.

Víctima de una afección cardiaca falleció en Huesca el día 1.<sup>o</sup> de Enero del corriente año.



## VARIEDADES

Durante el mes de Abril de 1896 hubo en Madrid 1.533 defunciones, cuya relación con la población es de 3'17 por cada 1.000 habitantes. En Marzo del mismo año, la cifra absoluta de mortalidad fué de 1.656, y en Abril de 1895 de 2.061.

La distribución por edades de la mortalidad, en Abril de 1896, es como sigue:

Hasta 5 meses. . . . .	219	De 20 á 25 años. . . . .	63
De 5 meses á 3 años. . . . .	343	De 25 á 40 id. . . . .	155
De 3 á 6 id. . . . .	114	De 40 á 60 id. . . . .	232
De 6 á 13 id. . . . .	66	De 60 á 80 id. . . . .	240
De 13 á 20 id. . . . .	60	De 80 en adelante . . . . .	41

De estas defunciones corresponden 797 al sexo masculino y 726 al femenino. Por su estado: 996 solteros, 315 casados y 222 viudos.

Hé aquí la clasificación por enfermedades de la necrología del referido mes de Abril de 1896.

<b>POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS:</b>		Otras del aparato respiratorio. . . . .	11
Paludismo. . . . .	3	Del estómago. . . . .	26
Pelagra. . . . .	5	Del intestino . . . . .	35
Otras infecciones. . . . .	1	Del hígado. . . . .	12
<b>POR ENFERMEDADES INFECCIO-</b>		Otras del aparato digestivo. . . . .	8
<b>CONTAGIOSAS:</b>		Del aparato génito-urinario. . . . .	8
Viruela. . . . .	55	Del id. locomotor. . . . .	4
Sarampión. . . . .	39	Apoplejía. . . . .	68
Escarlatina. . . . .	4	Cerebritis. . . . .	18
Erisipela. . . . .	4	Meningitis. . . . .	78
Tifoideas. . . . .	49	Mielitis. . . . .	5
Grippe. . . . .	94	Histerismo. . . . .	1
Puerperales. . . . .	9	Eclampsia. . . . .	44
Coqueluche . . . . .	6	Epilepsia . . . . .	1
Difteria . . . . .	23	Enfermedades mentales. . . . .	2
Tuberculosis. . . . .	182	Otras del aparato cerebro-es-	
Sífilis. . . . .	7	pinal. . . . .	3
Otras varias. . . . .	2	Anemia. . . . .	3
<b>POR OTRAS ENFERMEDADES:</b>		Clorosis. . . . .	2
Cancerosas. . . . .	27	Escrófula. . . . .	1
En el claustro materno. . . . .	95	Atrepsia. . . . .	21
Accidentes de la dentición. . . . .	6	Raquitismo. . . . .	12
Del aparato circulatorio. . . . .	112	Reumatismo. . . . .	3
Laringitis. . . . .	17	Intoxicaciones. . . . .	9
Bronquitis. . . . .	170	Otras varias. . . . .	35
Pulmonía. . . . .	198	<b>MUERTES VIOLENTAS:</b>	
Pleurisia . . . . .	5	Por accidente. . . . .	4
		Por homicidio. . . . .	4
		Por suicidio. . . . .	2

La mortalidad media diaria fué de 51'10; cifra inferior á la de Marzo del mismo año, que alcanzó á 53'41.

\*  
\* \*

Con el título de «Escuela práctica de especialidades médicas» se ha establecido en la calle de la Montera, núm. 4, principal, un centro consultivo y docente donde, á más de asistirse gratuitamente á los enfermos á la hora de consulta establecida, se darán en adelante enseñanzas teórico-prácticas de algunas de las mencionadas especialidades, en algunas de las cuales empiezan á darse á conocer varios de los ilustrados compañeros que forman dicho centro, habiendo algunos que tienen una reputación médica ya sólidamente establecida.

La sesión inaugural se celebró el día 22 de Noviembre, asistiendo numerosa y distinguida concurrencia, y leyendo el discurso de apertura el Doctor Calleja en nombre del autor del mismo y Presidente honorario de dicha escuela, D. José de Letamendi, Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, quien con pintoresca y galana frase dió á conocer el objeto del nuevo centro y probó una vez más su talento médico y sociológico.

Hé aquí la distribución de las consultas y los profesores encargados de cada una.

*Cirugía*, D. César Cabañas; *Pediatría*, D. Miguel Benitez; *Oftalmología*, D. Enrique Pérez Zúñiga; *Sistema nervioso*, D. Enrique Loza; *Obstetricia*, D. Alfredo M. Gil; *Hepatología*, D. Víctor Cebrián; *Oto-rino-laringología*, D. R. Fons; *Ginecopatía*, D. Carmelo Carrillo.

---

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

**Revista de Medicina y Cirugía.** Publicación quincenal.—Habana. 1896.

**Le rôle de la graisse dans les hernies**, par le Dr. Just Lucas. —Championnière. —Paris. A. Cocoz, libraire-éditeur. 14, rue de l'ancienne-comédie. 1896. (Dos ejemplares).

**Vingt cas de fractures de clavicule traités par le massage**, par le Dr. Dragon. —Paris. A. Cocoz, libraire-éditeur. 14, rue de l'ancienne-comédie. 1896.

**Resumen de las tareas desempeñadas por la Real Academia de Medicina en el año de 1896**, por el Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Diaz. **Sanidad internacional**, por el Ilmo. Sr. D. Marcial Taboada de la Riva. Discursos leídos en la solemne sesión inaugural del año de 1897. —Madrid. 1897.

**Escuela práctica de especialidades médicas.** Sesión y discurso inaugural del Dr. D. José de Letamendi.—Madrid. 1896. (Dos ejemplares).

**Datos para la historia de la otología española.** Discurso leído por el Dr. D. Rafael Fons y Romans en el primer congreso español de oto-rino-laringología, y acompañado de la Memoria publicada en 1843 por el Dr. D. Marcos Viñals y Rubio. —Madrid. 1896. (Dos ejemplares).

**La Medicina secular.** Publicación mensual dirigida por D. Gaspar Gordillo Lozano. —Madrid. 1897.

**Memoria** leída en la Junta general de 17 de Diciembre de 1896 del Colegio provincial de Médicos de Valladolid, por el Secretario general D. Pablo Lacort y Ruiz, y estado actual del Colegio. —Valladolid. 1897.

**Kambio de komposizion del agua de el salto**, por K. Newman. —Santiago de Chile. 1896. (Dos ejemplares).