

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XI

MADRID I.º DE ABRIL DE 1897

NÚM. 235

HERIDAS PRODUCIDAS

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

III.

HERIDAS EN LAS ARTICULACIONES.—En esta clase de heridas por armas de fuego, tenemos que considerar los huesos que forman la articulación y el proyectil que las produce. En los huesos largos, la superficie articular está recubierta de un cartílago, bajo el cual existe una capa ósea compacta y delgada; más profundamente el tejido esponjoso; el proyectil, al herir la articulación, ha de hacerlo necesariamente á alguno de los huesos que la constituyen, y la herida de éste será diferente en esta región que en la restante del hueso; los síntomas que se observan son: en los proyectiles de pequeño calibre (Maüsser), dos orificios, uno de entrada y otro de salida, pequeño el primero, con los bordes continuados y dando salida á serosidad sanguinolenta; poco mayor el segundo, con los bordes de la piel despegados y algo ranversados hacia afuera, dando salida en las grandes articulaciones á un líquido opatino y viscoso (*sinovia*) mezclado con sangre y pequeñas partículas de hueso, variables desde el grano de arroz hasta la fina arenilla, perceptible al restregar entre los dedos el referido líquido.

La parte se encuentra dolorida y algo tumefacta, casi sin cambio de coloración en la piel circunvecina; por la palpación no se nota crepitación alguna; con la sonda ó estilete se aprecia el hueso horadado sin esquirlas y sin otras partículas de hueso que las que se observan en el orificio de salida; los movimientos, aunque dolorosos, pueden verificarse, lo que indica que la superficie compacta articular tampoco ha dado lugar á la formación de esquirlas. Esto en

(1) Véanse los núms. 233 y 234.

cuanto se refiere á las grandes articulaciones, ó sean las formadas por los huesos largos de los miembros.

En las articulaciones de los huesos cortos (manos y piés), el proyectil destruye la substancia ósea de la extremidad articular en todas sus partes ó porciones compactas y esponjosas, comportándose de igual manera con respecto al aspecto de la herida en las grandes articulaciones.

Curso y pronóstico.—Las heridas de las grandes articulaciones por esta clase de proyectiles no son graves; en los casos que he tenido ocasión de tratar, la curación vino con una rapidez asombrosa; la cicatrización es más pronta por el orificio de entrada, lo cual sin duda obedece al menor destrozo de la parte y á la mayor limpieza de pequeñas partículas óseas. Además, los huesos en sus extremidades están constituídos casi en su totalidad por tejido esponjoso, tienen mayor cantidad de riego sanguíneo y mayor nutrición; por ésto la proliferación celular es mucho más activa, así como es más rápida la reparación total; lo mismo ocurre en los cortos ó planos. Así vemos que á los ocho ó diez días pasa con dificultad el estilete por el orificio de entrada, que su introducción dá lugar á la salida de alguna sangre, indicio de que las paredes del trayecto están granuladas y se aproximan bastante, no permitiendo el paso de aquel instrumento sin herir las granulaciones. Entonces la articulación tiene casi su volumen, el dolor ha desaparecido, á no ser que se impriman movimientos; el orificio de salida dá todavía algo de derrame sinovial y no está tan estrechado, en proporción, como el de entrada.

De los quince á los veinte días, el orificio de entrada, tanto en la piel como en el hueso, está cicatrizado; el de salida no presenta ya derrame alguno de sinovia; el orificio del hueso se halla sumamente estrechado, la piel ha empezado á granular en sus bordes, y al verificar la irrigación se nota despegamiento del tejido celular en la piel que rodea este orificio; el volumen de la articulación es normal y los movimientos que se le imprimen son muy poco dolorosos; de los veinticinco á los treinta días todo está cicatrizado y quedan á la articulación sus movimientos completos, si bien por el pronto hay en ellos alguna torpeza. Este fenómeno de conservar las grandes articulaciones sus movimientos después de una herida penetrante por proyectil de pequeño calibre, se explica teniendo en cuenta la condición aséptica de la herida, que impide la propagación de la inflamación al resto de la membrana sinovial y demás tejidos ilesos

de dichas articulaciones; evita, por tanto, la supuración, las vegetaciones y la organización de exudados, que pudieran constituir obstáculos y adherencias para verificar los movimientos. Además, es circunstancia digna de tenerse en cuenta la pequeña cantidad de tejidos vulnerados que, al constituir el interior de las articulaciones y puntos inflamatorios, son pequeños y circunscritos, están bañados constantemente por un líquido consistente y abundante, como es la sinovia, bajo cuya capa tiene lugar la regeneración del cartílago, sirviéndole de medio aislador y protectriz para la no adhesión de los dos orificios contiguos.

Por todo lo expuesto, el pronóstico de esta clase de heridas es relativamente benigno, á pesar de la importancia de la región anatómica; es raro observar complicaciones, ni antes ni después de la curación, que dejen el miembro inutilizado definitivamente.

En las heridas de las articulaciones por proyectiles de grueso calibre no ocurren los casos tan favorablemente y de un modo tan halagüeño. Los destrozos en ambos orificios son grandes y existen en ellos fragmentos y esquirlas muy ostensibles; sobre todo en el muy ancho de salida se nota aumento de volumen y de calor en la parte, enrojecimiento de la piel, crepitación y bastante cantidad de sangre mezclada con sinovia. Si se trata de articulaciones compuestas de huesos delgados, como las del codo, radio y cúbito, carpiana y tibio-peroneo astragalina, se notan siempre en ellas los síntomas de las fracturas conminutas.

Aquí raro será el caso que no se haga necesaria la terapéutica operatoria. En los huesos largos y gruesos, la fractura suele ser oblicua, porque la pérdida de substancias de las capas son grandes; en los cortos y delgados la fractura resulta conminuta. La cicatrización es mucho más lenta que en las heridas articulares por proyectiles de pequeño calibre; la eliminación de los tejidos mortificados del trayecto dura de veinte á treinta días; entonces cede la tumefacción y los dolores, los movimientos continúan debilitados ó nulos. La reparación completa del hueso tiene lugar en un período de sesenta á setenta días, quedando la articulación anquilosada completa ó incompletamente por los grandes destrozos ocurridos y la extensa sinovitis que dá lugar á la formación de bridas y adherencias entre ambas superficies articulares.

Son, por tanto, muy graves las heridas de las articulaciones por arma de fuego de grueso calibre.

Tratamiento.—El mismo empleado para las heridas de los hue-

sos. Resecciones totales ó parciales cuando se trate de grandes destrozos, como sucede con frecuencia en las producidas por proyectiles de grueso calibre.

En las de pequeño calibre no hay necesidad de intervención operatoria; las más de las veces la cura quedará, por tanto, limitada á la irrigación, lavado y fomentos, ya enumerados en anteriores capítulos.

IV.

HERIDAS EN LAS VÍSCERAS.—Poco tengo que decir de las heridas por arma de fuego de pequeño calibre en las vísceras y cavidades esplánicas, pues han sido pocos los casos que he tenido ocasión de tratar. Son casi siempre mortales y pocos casos llegan á ser tratados en los hospitales.

He de mencionar, sin embargo, que en las heridas viscerales por bala Maüsser, se observan signos funcionales, claros y evidentes del órgano ó tejido lesionado, pudiéndose formar así una idea de la extensión y clase de ellas. La dirección rectilínea del trayecto permite la claridad de esta explicación; no sucede lo mismo con los proyectiles de grueso calibre, que desviándose en el interior de los tejidos producen un trayecto irregular y tortuoso; sus heridas dan lugar á errores y equivocaciones de clase, naturaleza, sitio y extensión del órgano ó de los órganos heridos, siendo muchas veces imposible de determinar su verdadera dirección.

Algunos casos que he observado de heridas, por estos proyectiles, en el pecho, vientre y conducto raquidiano, han presentado siempre los síntomas generales y locales propios de la alteración ó solución de continuidad de cada uno de los órganos contenidos en dichas cavidades.

Diagnóstico.—Es fácil, como puede deducirse de todo lo expuesto, el análisis sistemático de la clase y sitio de la herida visceral.

Pronóstico.—Gravísimo y casi siempre mortal, supeditado á la importancia en el organismo del órgano interesado.

Tratamiento.—Variable, según los casos, en lo que se refiere á las indicaciones generales, sacadas del valor pronóstico de los síntomas. Localmente antisepsia rigurosa, con timol principalmente, empleándolo sobre todo en las vastas superficies de absorción. El algodón en rama, en su aplicación protectriz y tamizadora del aire,

tiene grandísima importancia en la cura de las heridas viscerales por arma de fuego de *pequeño y grueso calibre*.

Conclusiones.—De todo lo anteriormente expuesto pueden deducirse las siguientes: Primera. El estudio comparativo entre las heridas de arma de fuego de pequeño calibre y las de grueso hace resaltar diferencias notables entre una y otra clase. Segunda. Las heridas de arma de fuego son más benignas en las producidas por el fusil Maüsser que las ocasionadas por armas de grueso calibre, como el Remington. Tercera. Las heridas de Maüsser curan en menor tiempo que las de proyectil grueso, por ser perfectamente asépticas, causar menos destrozos y ser más reducidas en su trayecto. Cuarta. Las heridas en los huesos y articulaciones por proyectiles pequeños son mucho más favorables, por lo que al pronóstico se refiere, que las de proyectil grueso, por la dirección rectilínea del trayecto y demás razones expuestas en conclusiones anteriores. Quinta. En cambio en las vísceras y cavidades explánicas la muerte sobreviene más pronto en las heridas por armas de pequeño calibre que en las otras; la mayor fuerza de penetración del proyectil hace que aun á largas distancias interese en mayor extensión á un órgano ó región importantes para la vida. Sexta y última. El tratamiento en general, el aséptico antiséptico, á base solamente de soluciones de sublimado ó de timol, proscribiendo en absoluto el iodoformo y cualquier otro agente medicinal que no sean los dos referidos. La terapéutica operatoria, cuando se trate de los miembros, debe tener siempre á la conservación.

A. MALO Y MARTÍNEZ.

Médico mayor.

(Continuad.)

Estado sanitario del ejército ruso (1).

III.

El grupo de las enfermedades del *aparato respiratorio*, que comprende principalmente la bronquitis aguda y la bronco-pneumonía, la pneumonía fibrinosa, la pleuresía y la tuberculosis pulmonar, es

(1) Véanse los núms. 230 al 234.

el más extenso de la patología rusa. Ofreció una morbosidad de 57'4 por 1.000 en 1890; 56'5 en 1891; 50'2 en 1892, y 53'3 en 1893. Las mortalidades correspondientes han sido de 2'79, 2'47, 2'37 y 2'51 por 1.000; los inútiles, 8'4, 8'3, 8'3 y 9 por 1.000.

Faltando los datos correspondientes al año 1889 en todo el ejército, la comparación de la morbosidad y de la mortalidad por estas mismas enfermedades en las principales regiones militares en 1891 por una parte, y en 1888-90 por otra, confirman la impresión de que la gripe no ha ejercido sobre su desarrollo la misma influencia que en otras comarcas.

	Por 1.000	
	1888-90	1891
Saint-Pétersbourg.	74'8	64'3
Wilna.	62'7	60'8
Varsovia.	67'5	58'0
Kiev.	54'5	49'1
Moscou.	60'8	67'2
Odesa.	46'2	45'3

La gran frecuencia de las enfermedades del aparato respiratorio en el ejército ruso es una de las preocupaciones de sus Jefes y uno de los principales objetivos profilácticos del Cuerpo de Sanidad. En un artículo reciente del diario de Medicina militar ruso (1), el Ayudante-Mayor Blucket, agregado al Hospital *Alexandre*, de Varsovia, insiste sobre la gravedad de la situación, que no manifiesta ninguna tendencia á mejorarse, y proclama, sobre todo, la necesidad de un examen más riguroso del estado de los reclutas bajo el punto de vista de los órganos torácicos. El examen de los esputos fijaría la opinión en bastantes casos, y los hombres simplemente sospechosos podrían agruparse en unidades distintas, donde se les podría vigilar más fácilmente para ser declarados inútiles.

Examinemos ahora cuál es la distribución elemental de las afecciones que concurren á esta morbosidad y á esta mortalidad tan elevadas. En primer lugar, la *bronquitis aguda y crónica*, á la que debe añadirse la *bronquitis capilar* y la *bronco-pneumonía*: en 1893, 17.978 casos y 197 fallecidos. La cifra más elevada de los últimos años es la de 1891, 19.591 casos y 153 fallecidos. La morbosidad media es de 24 por 1.000 próximamente, con una mortalidad bastante baja de 0'24, debida, en gran parte, á la bronquitis capilar. Esta pér-

(1) *Vojenno medic, Journ.*, 1894, 11; in *Deut. mil. Zeitschr.*, 1895. 1.

dida se aumenta con una cifra de inútiles muy elevada, 3'16 por 1.000, proporción superior á la de todas las otras enfermedades del aparato pulmonar tomadas individualmente, circunstancia que hace suponer, á pesar de la débil mortalidad correspondiente, que están incluídos entre ellos, como en todos los ejércitos, cierto número de tuberculosos pulmonares.

La mayor morbosidad corresponde casi siempre, como era de esperar, á la región militar de Irkoutsk (1893: morbosidad, 41'9 por 1.000); vienen en seguida el territorio de los cosacos del Don (38'8 por 1.000), Moscou (29'3 por 1.000), Wilna, Saint-Pétersbourg, etcétera. Odesa y el Amour son los más favorecidos. Este orden es casi invariable y confirma el origen *á frigore* que domina esta etiología; la cifra de los enfermos empieza á elevarse en Octubre, llega á su máximum en Enero y disminuye progresivamente hasta el mínimum, que corresponde á Septiembre. La salida desde los dormitorios á las letrinas y cuartos de aseo sin las precauciones debidas es la causa determinante más común, y en ciertas poblaciones se ha comprobado la influencia del polvo del suelo sobre el aumento y gravedad de las enfermedades pulmonares.

Entre los Cuerpos más castigados debemos señalar el tercero de tiradores de la milicia indígena del Cáucaso, que suministró en 1893 una morbosidad de 208'8 por 1.000, y el noveno batallón de línea del Turkestan en 1891, 149'3 por 1.000.

La *pulmonía* es de una frecuencia exagerada en el ejército ruso; ocupa en su patología el mismo papel importante que en los ejércitos alemán y austriaco, en los que causa tantos ó más fallecidos que la fiebre tifoidea, papel cuya importancia crece igualmente en la patología del ejército francés desde la epidemia de gripe. En 1893 se han contado en el ejército ruso 9.538 casos y 780 defunciones; es una morbosidad de 10'7 por 1.000 y una mortalidad de cerca de 1 por 1.000. Los inútiles se elevan á la cifra considerable de 2'19 por 1.000. La morbosidad mínima corresponde al año 1892 (7.610 casos.) La morbosidad media es igual á la de los ejércitos austriaco y alemán, donde, sin embargo, la enfermedad es dos veces menos grave y casi igual á la del ejército francés durante el ejercicio excepcional de 1891.

La pulmonía tiene su máximum en Enero, como las bronquitis; pero su mínimum, que llega más pronto y es más prolongado, se presenta de Junio á Octubre. Si el frío es una causa ocasional poderosa, no es el único factor que entra en juego, porque la distri-

bución geográfica de la enfermedad no se regula por la latitud: de 1888 á 1890, el máximum, 13'5 por 1.000, se encuentra en la región militar de Kazan; vienen después Varsovia, el territorio transcaspiano y Wilna, con algo más del 12 por 1.000. La Finlandia está un poco por debajo de esta proporción, y en último lugar se encuentran el Amour, Irkoutsk y el Turkestán con 7'0, 6'7 y 4'0 por 1.000. Esta distribución es casi igual en los años sucesivos, y Saint-Pétersbourg aparece constantemente por debajo del término medio, y en ocasiones más favorecido que Odesa.

La pulmonía aparece en ciertos Cuerpos con una frecuencia extremada. La milicia indígena del Cáucaso, que en 1890 ya ofrecía numerosos casos, presentó en 1891 en el tercero de tiradores la enorme morbosidad pneumónica de 70'5 por 1.000; en el cuarto, de 67'8 por 1.000; en el primero, de 60'3 por 1.000; en el segundo, de 45'3 por 1.000; las mortalidades correspondientes son de 28'2, 17'3, 17'8 y 9'90 por 1.000. ¡En 1890 la mortalidad del primero había llegado al 31'6 por 1.000 del efectivo, y en 1893 la morbosidad del tercero llegó á 114'0 por 1.000!

Esta frecuencia y esta gravedad de la enfermedad exigen comentarios clínicos y etiológicos, que en vano se buscan en los informes. Sólo se indica que en 1892 la región militar de Wilna fué castigada con numerosas pulmonías, que se declararon después del servicio de guardia en los hombres que habían estado expuestos al viento frío de la noche.

La *pleuresia* es casi tan frecuente como la pulmonía, pero su gravedad es bastante menor. La cifra máxima corresponde á 1893; 7.897 casos y 299 fallecidos; morbosidad, de 8'8 por 1.000 y mortalidad de 0'33 por 1.000. Los inútiles dieron 2'06 por 1.000. El ejercicio de 1890 sólo dió 7.157 casos y 254 fallecidos. La marcha de la enfermedad guarda cierta fijeza, comparada, sobre todo, á la amplitud de las variaciones de la pulmonía.

Irkoutsk es la región militar más afectada; en 1892 la morbosidad pleurítica llegó al 22'5 por 1.000 del efectivo. Sigue muy de cerca Saint-Pétersbourg, y vienen después Kazan, el Cáucaso y Moscou. El máximum de la morbosidad corresponde á los meses de Marzo y Abril, pero el de la mortalidad, por razones clínicas fáciles de comprender, se presenta uno ó dos meses más tarde; esta falta de paralelismo se observa en los otros ejércitos. En 1890, el 156º de Infantería de Elisabetpol presenta una morbosidad de 62'9 por 1.000; en 1893 nos encontramos también á la cabeza la milicia indí-

gena del Cáucaso, el tercero de tiradores con 50'8 por 1.000; en 1890, el regimiento del Emperador de los coraceros de la Guardia cuenta 41'2 por 1.000; en este mismo año muchos regimientos de la guardia ofrecen cifras aproximadas.

Tuberculosis pulmonar. El ejército ruso pierde normalmente 1.000 hombres todos los años por tuberculosis y tísis pulmonar, cifra que representa una mortalidad superior á la del ejército francés en un 1 por 1.000 ó poco más. Admite en sus hospitales un término medio de 3.500 tuberculosos, que corresponden á una morbosidad de 4 por 1.000 próximamente. Pierde, pues, en sus hospitales los $\frac{2}{7}$ de sus tuberculosos, proporción elevada, casi igual á la del ejército austriaco, y que indica formas iniciales más graves ó más adelantadas, y, en último caso, una eliminación menos severa ó menos diligente de los inútiles que en los ejércitos francés ó alemán, donde la mortalidad tuberculosa sólo es de $\frac{1}{5}$ á $\frac{1}{6}$.

Como inútiles por tuberculosis calificada figuran el 2 por 1.000; pero esta cifra debe ser aumentada evidentemente en la mayoría de los casos, si no en la totalidad, con los inútiles atribuidos al catarro bronquial, y que alcanzan al 3 por 1.000. El ejército ruso, pierde, pues, en total por tuberculosis, el 6 por 1.000 próximamente del efectivo. Conviene hacer constar que las pérdidas por tuberculosis en los ejércitos francés, alemán y austriaco oscilan alrededor de esta proporción.

La morbosidad tuberculosa máxima se presenta en Marzo y Abril. Constantemente es la región militar de Saint-Petersbourg la que ofrece mayor número de tuberculosos, dos veces más que el término medio del ejército. Varsovia, Moscou y Wilna vienen después. Kiev y Odesa son las regiones de Europa menos castigadas; el Amour y el territorio transcaspiano son los más favorecidos, con una morbosidad que no llega á la mitad del término medio general. Toda el Asia permanece por debajo de este término medio. El Cáucaso no participa de esta inmunidad; esa milicia indígena tan castigada por todas las enfermedades pulmonares, ofreció en 1890 un Cuerpo, cuya morbosidad por tuberculosis llegó al 29'1 por 1.000, y otro en 1893 al 28'8 por 1.000.

M. G. F.

(Continuará.)



PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Discos de marfil descalcificado para las anastomosis intestinales.—En la sesión celebrada por la Real Academia de Medicina de Madrid el día 6 de Febrero, leyó el académico numerario Doctor Gutiérrez un interesantísimo trabajo del Dr. Martín Gil, referente á la cirugía del intestino y á la aplicación de discos de marfil descalcificados, ideados por él para la anastomosis y reunión de extremo con extremo del intestino.

En la imposibilidad de publicar íntegra tan importante comunicación, transcribiremos sus principales párrafos:

«Cuando leí, en Diciembre de 1892, los trabajos del Dr. Murphy sobre sus botones anastomóticos del intestino, me dediqué á estudiarlos y á experimentar en animales, porque los juzgué ventajosos, si bien tienen el grave inconveniente de constituir cuerpos extraños alojados en el tubo digestivo, que por no desaparecer son desde luego motivo de una nueva enfermedad si no llegan á expulsarse. Pues aunque el Dr. Murphy ha tenido la fortuna de que sus botones hayan salido siempre por el ano, lo mismo en los experimentos en los animales que en las operaciones que ha practicado en el hombre, otros no hemos comprobado tan seguros resultados, habiendo visto tardar meses en expulsarlos, y en algunos casos que no hayan salido, produciéndose una obstrucción del intestino que ha hecho perecer al enfermo.

Por este motivo, sin duda, no se han generalizado en Europa los botones anastomóticos del cirujano de Chicago, y cuando alguno los emplea es porque no cuenta con otro medio mejor.

Este procedimiento tiene, además, el inconveniente de producir una estenosis en el sitio operado del intestino, porque la circunferencia del botón es menor que la del punto de implantación. Tal acontece en la mayoría de los casos, y por ésto el Dr. Murphy ha ideado después otros botones oblongos, que, según su tamaño, los emplea en las anastomosis ó en la reunión del intestino, extremo con extremo.

Asegura este cirujano que con su método se evita la sutura, lo cual no resulta absolutamente exacto, puesto que cuando practica una pilorectomía, por ejemplo («aproximación lateral del duodeno al estómago»), tiene que hacer dos suturas: una en el duodeno y otra en el píloro. Lo mismo sucede con la reunión de extremos distantes del intestino, que uno de éstos se vé obligado á suturarlo, como acontece en la fleo-colostomía después de la excisión del ciego («extremo con lado.») Por último, los botones resultan demasiado grandes (en los tres tamaños que se construyen) para los diámetros del intestino de los niños; defecto muy grave, porque en la infancia son frecuentes las obstrucciones, según resulta de las estadísticas de Federick Treves en su libro *Intestinal Obstrucción*.

No son más perfectos los procedimientos de los huesos descalcificados, de formas diferentes, desde el ideado por el Dr. Senn hasta el que acaba de publicar el Dr. Frank. En ninguno de ellos se evita la sutura; los huesos preparados se reducen tanto que resultan muy pequeños para los diámetros del tubo digestivo, lo cual origina seguras estenosis, y el tiempo invertido en estos procedimientos es demasiado largo. Por estos motivos algunos cirujanos prefieren los botones de Murphy, y la mayoría emplea solamente la sutura (con preferencia la de Czerny-Lembert), con cuyos dos métodos se consiguen el mayor número de curaciones.

Durante mucho tiempo he buscado una substancia que reuna mecánicamente la serosa de dos trozos del intestino y desaparezca después de haberse conseguido una perfecta cicatrización, sin producir, no obstante, estenosis alguna. Desde hace cerca de cuatro años no he dejado de buscar los medios para obtener tales ventajas, y declaro que el asunto ha tenido para mí dificultades sin cuento, porque es muy difícil evitar en absoluto toda clase de sutura y encontrar substancia que proporcione dimensiones tan grandes como se necesitan, por ejemplo, para la colostomía, extremo con extremo, la ileo-colostomía y algunas gastro-enterostomías.

La primera dificultad la encontré en los huesos descalcificados de buey, por lo mucho que se reducen de volumen, como ya he dicho, que no quedan con las dimensiones necesarias.».....

La substancia que ha elegido ha sido el marfil, que aunque como el hueso pierde con la descalcificación casi la mitad de sus primitivas dimensiones, se puede obtener la que se desee teniendo en cuenta esta reducción.

El procedimiento seguido es el empleado por el Dr. Senn para los huesos, que consiste en poner los trozos de marfil en una disolución de ácido clorhídrico al 10 por 100, la cual se renueva cada veinticuatro horas.

Cuando han perdido la cal se ponen transparentes y flexibles, y entonces se lavan mediante un chorro de agua esterilizada y se secan á la estufa.

Las piezas empleadas en los experimentos por el Dr. Martín Gil fueron labradas antes de descalcificarlas por las dificultades de hacerlo después de esta operación. Hé aquí cómo describe la confección de los casquetes y la técnica de la operación:

«Mandé tornear unos casquetes de forma cóncavo-convexa, de dimensiones diferentes, desde ocho milímetros de diámetro hasta seis centímetros, con un agujero en el centro de la tercera parte del diámetro exterior. Una pieza tiene un cubo para alojarse en el agujero de la otra.

El grueso de los casquetes es proporcionado á su circunferencia, desde tres milímetros, los más pequeños, hasta seis, los mayores. A los lados del agujero central hay otros muy chicos, por donde pasan dos delgadas bandas de goma elástica que sirven para unir

Con mi método se aprecia claramente el sitio de unión de la mucosa; pero sin producir estenosis alguna, porque el disco, como ya he dicho, es siempre del mismo diámetro del intestino y se dirige sin llegar á producir la mortificación, ni siquiera la atrofia de los bordes comprendidos entre los dos casquetes ó hemisferios.

Tal es la evidencia que resulta de las ataduras de pelos de pescar, que permanecen intactas en la mucosa de los experimentos referidos, pues si hubiera pérdida de substancia no existirían. Del mismo modo se comprende que ha de ser más sólida la unión fraguada en toda la superficie de las dos serosas yuxtapuestas.

Para la unión del intestino grueso, extremo con extremo, he empleado discos tan grandes como han sido los diámetros del colon del perro que he operado; los mayores han sido de cincuenta milímetros. En los discos muy grandes coloco tres ó cuatro bandas elásticas para asegurar la coaptación en toda la circunferencia del colon.

Las anastomosis laterales se practican con la misma facilidad que las operaciones que acabo de describir.

Después de colocados los clamps en el intestino, se hace una sutura continua en dos series paralelas; se incinde el intestino entre ellas y se coloca un casquete, se frunce la herida y se ata después. Del mismo modo se procede en el otro asa intestinal en que se haya de hacer la anastomosis.

La colecisto-enterostomía se practica de igual manera que las anastomosis, empleando discos de las dimensiones que convenga, según el cirujano desee establecer una abertura más ó menos grande entre la vesícula biliar y el intestino, para asegurar la salida de la hiel. También puede ocurrir el caso de hacerse una incisión extraordinaria en la vesícula para extraer un cálculo voluminoso; entonces se puede colocar un casquete grande en la vejiga de la hiel y otro pequeño en el intestino, como se hace en la ileocolostomía.

He operado 22 perros, en los cuales he hecho 23 experimentos:

	Curados.	Muertos.
3 Colecistenterostomías.....	3	»
3 Anastomosis del ileon.....	3	»
2 Anastomosis del ileon con el colon.....	1	1
2 Reuniones de extremo con extremo del ileon.....	2	»
3 Resecciones de trozos del ileon y colon, y reunión de extremo con extremo.....	3	»
4 Resecciones del ciego y reunión de extremo con extremo del ileon con el colon.....	4	»
3 Gastro-enterostomías.....	3	»
3 Colostomías, extremo con extremo.....	2	1
23	21	2

Los discos deben constituir una colección de 27 tamaños, desde

60 milímetros de diámetro el más grande, hasta ocho milímetros el menor, para operar debidamente en todos los casos que hasta ahora he creído se pueden presentar».

* *

La euquinina.—Haciendo obrar clorocarbonato de etilo sobre la quinina se obtiene una substancia cristalina, poco soluble en el agua, pero que se disuelve fácilmente en el alcohol, en el éter y en el cloroformo; es de reacción básica y forma con los ácidos sales cristalizables.

Según el Profesor C. von Noorden, Médico-jefe del hospital municipal de Francfort del Mein, este nuevo producto, que ha recibido el nombre de *euquinina* (1), se distingue con ventaja de la quinina bajo dos conceptos importantes: por una parte, es casi completamente insípido, circunstancia que le hace precioso para la práctica infantil; por otra parte, no ocasiona los trastornos dispépsicos que con tanta frecuencia produce la quinina, al par que acarrea muchos menos zumbidos de oído que los compuestos quínicos.

Cuanto á su valor terapéutico, von Noorden ha observado que en el tratamiento de la coqueluche, de la fiebre hética de los tuberculosos, de la fiebre de origen séptico, de la pneumonía con resolución lenta ó tardía, de la dotienentería en el período de las grandes oscilaciones térmicas, y, por último, en el tratamiento de las neuralgias, 1 gr. 75 centíg. de euquinina podía ser considerado como el equivalente de un gramo de quinina.

Queda por experimentar la acción de la euquinina en las afecciones palúdicas, cosa que nuestro colega no ha tenido todavía ocasión de hacer.

Se administra la euquinina á los adultos en obleas y á los niños mezclada con leche, sopa ó cacao. Puede emplearse asimismo el tanato de euquinina, sal igualmente insípida. En cambio, el clorhidrato de euquinina tiene mal gusto y no presenta, por consiguiente, ninguna ventaja sobre la quinina y sus diversas sales.

(La Sem. Méd.)

* *

El ioduro de potasio en la colelitiasis.—T. Dunin dice que durante los últimos cuatro años ha ensayado la administración interna del ioduro de potasio (de 25 á 50 centigramos dos veces al día) en unos 200 casos de cálculos en la vejiga biliar, sacando en conclusión que dicha substancia es uno de los mejores remedios para la enfermedad. Los efectos más notables se obtienen en los casos en que los ataques de dolor hepático de moderada intensidad ocurren con frecuencia (diariamente ó cada hora) ó cuando el dolor es casi continuo. Tales pacientes sufren con frecuencia de insomnio y debilidad general y tienen el hábito de tomar narcóticos, hallán-

(1) Su fórmula es la siguiente: $\left\langle \begin{array}{l} \text{OC}^2 \text{ H}^5 \\ \text{OC}^{20} \text{ H}^{23} \text{ Az}^2 \text{ O.} \end{array} \right\rangle$

dose su vejiga biliar grandemente distendida y llena de concreciones, produciéndose á la más ligera presión, en la región correspondiente, dolor agudo. Mientras que bajo el tratamiento ordinario se obtienen en tales casos pocos resultados, con el ioduro mejoran notablemente en una semana, curándose por completo en tres ó cuatro semanas. En una minoría de casos de esta clase, y á pesar de una mejoría aparente, puede todavía permanecer distendida con cálculos la vejiga biliar, y sólo se consigue una completa curación después de un tratamiento alternado de ioduro de potasio y agua de Carlsbad. En la variedad de colelitiasis, caracterizada por violentos ataques que se presentan á largos intervalos, los resultados de la administración del ioduro son mucho menos pronunciados.

(*Gazeta Lekarska*).

*
*

El eucalipto como antídoto de la estricnina.—Un Médico italiano, el Dr. Monfrida Musmeci, ha observado que un cocimiento de hojas de *eucaliptus globulus* provoca, en una solución de sal estricnina, la formación de un sedimento coposo y la desaparición completa del sabor amargo característico de este alcaloide. De ello infiere que el eucalipto debe probablemente destruir también las propiedades tóxicas de la estricnina; y, de hecho, las experiencias que ha llevado á cabo en diversos animales le han confirmado plenamente semejante hipótesis. En consecuencia, nuestro colega recomienda que se emplee un cocimiento de hojas de eucalipto para practicar el lavado del estómago en los casos de intoxicación reciente por la estricnina en el hombre.

(*La Sem. Méd.*)

BIBLIOGRAFÍA

PEÑA Y BUELTA.—MÉTODO DEL BALDEO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE AMARILLA.

Algunas consideraciones sobre el concepto de la fiebre amarilla, más bien sugeridas por la observación clínica que por trabajos de otra índole, hoy tan en boga, seguidas de la exposición de los síntomas más culminantes para llegar al conocimiento de la afección, sirven al Sr. Peña y Buelta para entrar desde luego en la narración de su método de tratamiento, en forma y condiciones tales que más bien resulta una cartilla para uso de personas extrañas á

la profesión, y por lo tanto nos limitaremos á copiar el referido tratamiento, para que nuestros lectores puedan apreciarlo debidamente y juzgar de la oportunidad de su aplicación, en vista de los brillantes éxitos que con él ha logrado su autor.

Hé aquí el procedimiento:

«Se divide en tres tiempos, con un descanso de un cuarto de hora desde el primero al segundo, y de media hora de éste al tercero, repitiendo los tiempos cada seis horas hasta que desaparezca la enfermedad, teniendo el enfermo más baja temperatura que la natural.

Se calienta un *balde* lleno de agua, ú otra vasija de bastante capacidad, hasta que esté bien tibia, y se pone al lado del enfermo, así como también un lebrillo para recoger los líquidos vomitados, un paquete de un kilogramo de sulfato de sosa, una cuchara de las de sopa y un vaso de cabida de un cuartillo ó medio litro.

Primer tiempo: se llena el vaso de agua tibia, se disuelven en ella tres cucharadas bien llenas del sulfato de sosa y toma esta agua el enfermo. Luego, con intervalo de uno á dos minutos, bebe un vaso más de agua tibia en el que, en uno sí y en otro no, se disuelve una cucharada de sulfato, hasta llegar al número de 10 vasos, con lo cual se habrán facilitado abundantes vómitos, que produce el agua tibia con el sulfato; y el hígado, con la vejiga de la hiel, habrá sufrido fuertes compresiones por todos lados á la vez, facilitando la expulsión de la bilis, para derramarla en el intestino.

Segundo tiempo: al cuarto de hora del último vómito se repite completamente toda la operación del primer tiempo.

Tercer tiempo: á la media hora de los últimos vómitos se dará al enfermo medio vaso de agua común, no de la tibia, con una cucharada de sulfato disuelto, y un cuarto de hora más tarde otro medio vaso igual. En este tercer tiempo, por lo regular, no se produce vómito, y si lo hubiese, se repite cada hora, hasta que no se arrojen estos dos medios vasos de agua: el efecto es purgante, con el objeto de expeler del intestino la parte de bilis derramada en él que no haya salido con los vómitos.

Pasadas seis horas de haber *empezado* el primer baldeo se repite, y así sucesivamente hasta que no haya calentura, sin temor alguno, sin emplear ningún otro medicamento, teniendo la seguridad de curar al enfermo, si se halla en uno de los cuatro primeros días de la enfermedad, y la confianza de salvar á muchísimos tratados después, en el segundo período.

Son suficientes tres ó cuatro baldeos para curar esta enfermedad, pero deben seguir haciéndose hasta que desaparezca por completo la fiebre.

Empieza la curación del enfermo cuando se vé que en uno de los vómitos arroja bilis, coloreando el agua de amarillo verdoso, sintiendo el paciente su amargo sabor.

Termina la curación cuando apagándose el excesivo brillo de los ojos, y tocado el enfermo con la palma de la mano, tiene su piel *más fría* que lo está la mano del observador. Tomando entonces el pulso habrá por minuto menos de 72 pulsaciones, que son las normales, y el termómetro dará más baja temperatura que la de 37 grados centígrados.

La duración del tratamiento es por término medio de veinticuatro á treinta horas. Después de cada baldeo el enfermo se siente y está mejor, y lo dice con satisfacción: disminuyen todos los síntomas, y cada vez es menos la sensación de peso y plenitud que siente en el estómago, así como la fetidez y hedor de las deposiciones.

Durante este tratamiento no tomará el enfermo mas que agua común ó con un poco de hielo y ningún alimento, ni aun caldos, y ocupará una habitación amplia y ventilada: en la cama tendrá sobre sí muy pocas ropas, y si no quisiese estar acostado no debe obligarsele.

Cuando se vá curando el enfermo su lengua se vá cubriendo de un barniz blanco, tanto más grueso cuanto más intensa ó adelantada la enfermedad al empezar el tratamiento. Este barniz no es signo de dolencia alguna, sino una capa protectora que presta la naturaleza al aparato digestivo, que ha padecido mucho (corroído y escaldado en algunas partes de su mucosa por el contacto virulento de la hiel ó bilis en putrefacción), con el objeto de evitarle que le lesionen materialmente los alimentos y de que los tome el convaleciente en cantidad excesiva para su estado.

*
*
*

RUYTER Y KIRCHHOFF.—COMPENDIO DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIAL.

De gran utilidad para Médicos y estudiantes de medicina es el *Compendio de Cirugía General y Especial* de los doctores Ruyter y Kirchoff, de Berlín, que los Sres. Bailly-Bailliere é hijos acaban

de editar, y cuya traducción del alemán ha sido hecha por el doctor González Tánago.

La obra está dividida en dos tomos en 12.º, de 270 páginas uno y de 410 otro, estando toda la obra ilustrada con magníficos y numerosos grabados intercalados en el texto.

El tomo primero está dedicado á la *Cirugía General*, y en sus capítulos está comprendido todo lo referente á la asepsia, á la operación, á los vendajes, curación de heridas, fenómenos y alteraciones que pueden ocurrir en el curso de las mismas, infección de las heridas, enfermedades crónicas infecciosas, traumatismo de los tejidos blandos, gangrenas y lesiones óseas y articulares; en el segundo, *Cirugía Especial*, se estudian los traumatismos y enfermedades quirúrgicas del cráneo, cara, cuello, tórax, vientre, intestinos, órganos genito-urinarios, columna vertebral, miembros torácicos y abdominales, y las operaciones que se practican en todas estas regiones.

Sin temer pecar de exagerados, podemos afirmar que este tratado de cirugía es de lo más completo y útil que se ha escrito, pues además de ser muy conciso y claro, contiene las más modernas doctrinas y cuanto se admite y estima hoy como mejor en el ramo de la ciencia médica que trata.

M. G. F.

SECCION PROFESIONAL.

Resumen estadístico del mes de Abril 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 Abril...	3.786
Entrados durante el mes...	5.647
Hospitalidades causadas.....	129.953
Salidos.....	4.751
Muertos.....	196
Quedaban en fin de dicho mes.....	4.486

La fuerza del ejército en el indicado mes de Abril de 1896 fué de 93.153, cifra que permite establecer las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	93'40
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	42'58
Muertos por cada 1.000 id.....	1'87
Idem por cada 1.000 asistidos.....	20'11 (1)

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

Madrid.....	15.755	Melilla.....	2.379
Barcelona	13.030	Guadalajara..	2.351
Sevilla.....	8.120	Archena.....	2.193
Zaragoza.....	5.554	San Sebastián..	1.965
Vitoria.....	5.067	León.....	1.805
Valladolid.....	4.392	Algeciras.....	1.642
Pamplona.....	4.134	Córdoba.....	1.429
Valencia.....	4.057	Tarragona.....	1.420
Coruña.....	4.028	Logroño.....	1.410
Cádiz.....	3.589	Mahón.....	1.398
Alcalá.....	3.230	Bilbao.....	1.255
Cartagena..	3.106	Lugo.....	1.147
Granada.....	3.103	Palma de Mallorca...	1.141
Málaga.....	2.989	Vigo.....	1.093
Ceuta.....	2.915	Gerona.....	1.042
Bárgos.....	2.682	Oviedo.....	1.019
Badajoz. .	2.618	Jerez de la Frontera...	1.007

* * *

VACUNA.

«4.ª Sección.—Circular.—Exemo. Sr.: En vista del escrito que en 24 de Febrero último dirigió á este Ministerio el Capitán General de Galicia, participando que la Intervención general de Guerra ha deducido la cantidad á que asciende la vacunación de las tropas en la 8.ª Región, con linfa proporcionada por el Instituto de Santiago, fundándose en que no existe Real Orden que autorice su abono, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que las Intendencias militares ordenen el pago de las vacunaciones que se hayan verificado ó se verifiquen en lo sucesivo con linfa procedente de contratación con Institutos particulares, previa relación nominal de los vacunados, firmada por el Jefe de la fuerza, Comisario interventor y Médico vacunador, siempre que el importe de cada vacunación no exceda de 50 céntimos de peseta, y teniendo presente que ha de cargarse dicho gasto al cap. 7.º, art. 4.º «Material de hospitales» del vigente presupuesto.

(1) Téngase en cuenta que 731 asistidos, 10.920 hospitalidades y 21 fallecidos, no son imputables á las fuerzas del ejército.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 9 de Marzo de 1897.—Azcárraga.—Sr.....»

NECROLOGÍA

Don Emilio Castro y González.—Nació en Sahagún (Valladolid) el 17 de Agosto de 1852, y se graduó de licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Valladolid en 27 de Septiembre de 1871.

Ingresó en el Cuerpo previa oposición, en clase de Médico segundo, por Real Orden de 12 de Noviembre de 1873, siendo destinado al ejército del Norte. Pasó sucesivamente á prestar sus servicios al Hospital militar de Valladolid, batallón provisional de Lugo, Hospitales militares de Valencia, Segorbe, Palma de Mallorca y Valladolid y regimiento de San Marcial. Permaneció de reemplazo en Valladolid durante un año, y en Julio de 1881 fué destinado al batallón Reserva de Astorga; volvió nuevamente á situación de reemplazo, y en Marzo de 1883 se le destinó al batallón Cazadores de la Habana, pasando después á la secretaría de la Dirección Subinspección de Castilla la Vieja y al 6.º regimiento montado de Artillería.

Siendo ya Médico Mayor fué destinado al distrito de la Isla de Cuba por Real Orden de 23 de Julio de 1895, cuyo destino le correspondió por sorteo. Sirvió en varios hospitales, y estando destinado en el de San Ambrosio falleció el día 2 de Noviembre de 1896 á consecuencia de la fiebre amarilla, en la ciudad de la Habana.

Obtuvo el grado de Médico primero, por gracia especial, en 23 de Enero de 1878; el empleo de Médico primero de escala en 27 de Julio de 1880, y el de Médico Mayor efectivo en 11 de Julio de 1895.

* * *

Don José Baneta y Herrero.—Nació en el Escorial (Madrid) el día 19 de Marzo de 1852, y obtuvo el grado de licenciado en Me-

dicina y Cirugía, en la Universidad Central, en 15 de Septiembre de 1874.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, por Real Orden de 28 de Febrero de 1876, con el empleo de Médico segundo y primero de Ultramar, con destino al distrito de la Isla de Cuba. Llegó á dicha Isla en Abril del mismo año, y sirvió sucesivamente en los hospitales de Matanzas, Sancti-Spíritus, Ciego de Avila, batallón Cazadores de Remedios, Hospitales de Bayamo, Cienfuegos y San Ambrosio y batallón Cazadores de Bailén, regresando á la Península en Febrero de 1886.

Sirvió en el regimiento del Príncipe y en el batallón Cazadores de Ciudad Rodrigo, y en Junio de 1893 fué destinado de nuevo á la Isla de Cuba y prestó los servicios de su clase en los regimientos de Tarragona é Isabel la Católica. En Junio de 1895 regresó á la Península por enfermo, en uso de licencia; terminada ésta en Enero de 1896, se incorporó nuevamente al ejército de Cuba, y fué destinado al hospital militar de la Habana.

En Septiembre de 1896 volvió á regresar á la Península en uso de licencia por enfermo, falleciendo en el Escorial el día 20 de Octubre del mismo año.

Había obtenido el grado de Médico Mayor en 8 de Marzo de 1877 y el empleo personal de Médico Mayor el 25 de Mayo de 1880, ambos por méritos de guerra; ascendió á Médico primero de escala el 7 de Febrero de 1890, y á Médico Mayor efectivo en 19 de Enero de 1896.

Estaba en posesión de la cruz roja de 1.^a clase del Mérito Militar y de la Medalla de Cuba con distintivo rojo. Era Benemérito de la Patria.



VARIETADES

Durante el mes de Junio de 1896 hubo en Madrid 1.464 defunciones, cuya relación con la población es de 3'03 por cada 1.000 habitantes. En Mayo del mismo año, la cifra absoluta de mortalidad fué de 1.603, y en Junio de 1895 de 1.391.

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

Hasta 5 meses.	220	De 20 á 25 años.	55
De 5 meses á 3 años.	364	De 25 á 40 id.	135
De 3 á 6 id.	111	De 40 á 60 id.	203
De 6 á 13 id.	62	De 60 á 80 id.	227
De 13 á 20 id.	54	De 80 en adelante	33

De estas defunciones corresponden 774 al sexo masculino y 690 al femenino. Por su estado: 973 solteros, 302 casados y 189 viudos.

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

POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS:		Pleuresia	3
Paludismo.	1	Otras del aparato respiratorio.	11
Pelagra.	7	Del estómago.	32
Otras infecciones.	1	Del intestino	75
POR ENFERMEDADES INFECCIO-		Del hígado.	21
CONTAGIOSAS:		Del bazo.	1
Viruela.	70	Otras del aparato digestivo.	7
Sarampión.	53	Del aparato génito-urinario.	17
Escarlatina.	10	Del id. locomotor.	1
Erisipela.	3	Apoplejía.	60
Tifoideas.	50	Cerebritis.	16
Grippe.	37	Meningitis.	96
Puerperales.	20	Mielitis.	8
Coqueluche.	9	Eclampsia.	52
Difteria	14	Enfermedades mentales.	3
Tuberculosis.	168	Otras del aparato cerebro-es-	
Sífilis.	7	pinal.	7
Otras varias.	4	Anemia.	3
POR OTRAS ENFERMEDADES:		Escrófula.	1
Cancerosas.	37	Atrepsia.	27
En el claustro materno.	92	Raquitismo.	13
Accidentes de la dentición.	5	Reumatismo.	8
Del aparato circulatorio.	80	Intoxicaciones.	6
Laringitis.	4	Otras varias.	30
Bronquitis.	132	MUERTES VIOLENTAS:	
Pulmonía.	142	Por accidente.	7
		Por homicidio.	8
		Por suicidio.	1

La mortalidad media diaria fué de 48'80; cifra superior á la de Mayo del mismo año, que alcanzó á 51'70.

* * *

Durante el mes de Octubre de 1896 fallecieron en la Habana 1.182 individuos, distribuidos en la siguiente forma: fiebre amarilla, 272; viruela, 140; fiebre tifoidea, 48; fiebres palúdicas, 60; disenteria, 41; enteritis, 38; grippe, 2; muermo, 2; pulmonía, 20; tuberculosis, 153; y enfermedades no

infecciosas, 406. El término medio diario de las defunciones fué de 38'1, y la proporción por cada 1.000 habitantes de 5,91.

*
* *

Nuestro distinguido amigo y compañero el Médico primero del Cuerpo *D. Miguel Slocker y de la Pola*, ha obtenido el premio del Dr. Morales, en unión del decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza *D. Francisco Arpal*, en el último concurso celebrado por la Real Academia de Medicina acerca del tema «*Intervención quirúrgica en los traumatismos del cráneo.*» Además de la suma asignada, ha recibido el título especial del premio y el título y nombramiento de académico correspondiente.

Reciba el Sr. Slocker nuestra más cariñosa felicitación, en la que nos acompañan, sin duda alguna, todos nuestros compañeros de Cuerpo, cuyos prestigios contribuye á enaltecer con su ilustración y laboriosidad.

*
* *

ACADEMIA MÉDICO-FARMACÉUTICA DE BARCELONA.

CONCURSO PÚBLICO ORDINARIO DE 1897

Deseosa la Junta de Gobierno, que hoy tiene la honra de representar á la Academia, de coadyuvar al adelanto de la medicina y al estudio de cuanto pueda proporcionar el bienestar de la humanidad, acordó abrir este concurso público sobre los puntos siguientes:

- 1.º *Apendicitis; su descripción y tratamiento.*
- 2.º *Incompatibilidades químico - farmacológicas.*

LAS BASES SON LAS SIGUIENTES:

1.ª Para cada uno de dichos temas podrá concederse un *premio*, que consistirá en una medalla de oro con las insignias y dedicatoria de la Academia y diploma especial.

Por cada premio podrá concederse un *accésit* y el número de *menciones honoríficas* que la Junta de gobierno estimare merecidas. El *accésit* consistirá en medalla de plata y diploma especial; la mención honorífica, únicamente en diploma.

2.ª Cualquiera puede intervenir en el certamen sin necesidad de ser académico.

3.ª Las Memorias no pueden contener firma, rúbrica, ni letra de su autor. El nombre del autor y el punto de su residencia se expresarán dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epígrafe, lema ó inscripción, que ha de haberse escrito también al principio de la Memoria. Los pliegos de las que merezcan premio serán abiertos y los restantes quemados en la sesión pública inaugural, que se celebrará en Enero de 1898.

4.ª Los trabajos que se presenten al concurso serán admitidos en el local de la Academia (Cazador, 4, 1.º) hasta el día 30 de Noviembre del presente año.

El Presidente, *Andrés Martínez Vargas*.—El Secretario general, *Enrique O. Raduá*.

* * *

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIDROLOGÍA MÉDICA

PROGRAMA DE PREMIOS PARA 1899

Tema: *Recursos que ofrece la terapéutica hidromineral en las enfermedades de la sangre.*

Para este tema, la Sociedad concederá un premio y un accésit. El primero consistirá en 250 pesetas y el título de Socio corresponsal, y el segundo en una colección de su periódico los *Anales* y el correspondiente diploma.

Las Memorias, escritas en español, portugués ó francés, no llevarán signo alguno por el que pueda ser conocido su autor, quien mandará su nombre y señas de su domicilio dentro de un sobre cerrado y lacrado, el cual ostentará el mismo lema que el inscrito al frente de la Memoria. Estas se dirigirán á la Secretaría de la Sociedad, Costanilla de los Angeles, 13, bajo, antes del 30 de Noviembre de 1898, y los premios se adjudicarán en la sesión de aniversario de 1899.

Todos los trabajos que se presenten á este concurso quedarán como propiedad de la Sociedad.

Madrid 26 de Febrero de 1897.—El Secretario general, H. Rodríguez Pinilla.

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

Centenario del descubrimiento de la vacuna celebrado en el Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de Mallorca el día 14 de Mayo de 1896.—Palma de Mallorca. 1896.

Compendio de cirugía general y especial, por el *Dr. G. de Ruyter* y el *Dr. E. Kirchoff*, traducido del alemán por el *Dr. M. González Tánago y García*.—Dos tomos con 120 grabados.—Madrid, librería editorial de Bailly-Bailliere é hijos, Plaza de Santa Ana, núm. 10. 1896.

El cólera en la República Argentina, por el *Dr. José Penna*.—Un tomo.—Buenos Aires. 1897.

Oto-rino-laringología. Estadística comentada del servicio del *Dr. Eduardo Obejero*, durante el año 1895, por el *Dr. Diógenes de Urquiza*.—Un cuaderno.—Buenos Aires. 1897.

La terapéutica quirúrgica en rinología, por el *Dr. C. Compaired*.—Un folleto (dos ejemplares).—Madrid. 1897.

Boletín oficial del Colegio de Médicos de Barcelona.—Publicación mensual.—Marzo de 1897. Barcelona.

Algunos consejos á los aficionados al canto, por el *Dr. C. Compaired*.—Un folleto (dos ejemplares).—Madrid. 1896.

Concepto general de la hepatología. Conferencia de *D. Victor Cebrían* en la Escuela práctica de especialidades médicas. Un folleto (dos ejemplares).—Madrid, 1897.

Boletim da sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo, redactado por *Bettencourt Rodrigues, Coriolano Burgos, Gualter Pereira e Sergio Meira*.—Publicación mensual.—S. Paulo (Brasil.) 1896.