

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIV MADRID 15 DE FEBRERO DE 1900 NÚM. 304

## PESTE BUBÓNICA

(Continuación.)

*Tratamiento.*—En este capítulo comprendemos, á más de la terapéutica de esta enfermedad, todo lo referente á la Higiene internacional, regional é individual, encaminada á evitar los progresos y estragos de las epidemias.

*Higiene internacional.*—Desde mediados de siglo han tratado las naciones europeas de establecer reglas higiénicas internacionales que, una vez aceptadas y acatadas por todos, impedirían, ó dificultarían por lo menos, la importación del cólera y la peste. A este efecto, las Conferencias de Constantinopla, 1866; Viena, 1874; Roma, 1885; Venecia, 1892; Dresde, 1893; París, 1894, han contribuído á establecer y perfeccionar la Higiene internacional. En la última Conferencia (Venecia, 1897), y á propuesta de los delegados franceses Barrère, Brouardel y Proust, se aceptó un Reglamento de Sanidad internacional, adhiriéndose todos los representantes allí reunidos, incluso los españoles Dres. Calvo y Sañudo, siquiera luego, para establecer las prácticas higiénicas internacionales con arreglo al referido Convenio, hubo que reformar la Ley de Sanidad.

Para comprender la importancia de los acuerdos tomados en las Conferencias, especialmente en la última, y algunas otras consideraciones de Higiene internacional, convendrá recordar, y hasta ampliar, la situación de los focos endémicos de esta dolencia, ya indicados en el capítulo de etiología. Entre todos los focos de Oriente,

Asia anterior (Turquía, Persia, Arabia), Asia central (Turkestán y Afghanistán), Asia meridional y oriental (Indostán y China), es este último el que encuentra más facilidades de propagación por las frecuentes y rápidas relaciones comerciales.

La epidemia de la India, lo mismo por mar que por tierra, amenaza constantemente la Europa; la vía terrestre, si bien menos peligrosa, no deja de tener importancia; cierto que la cordillera del Himalaya resulta una barrera infranqueable para las epidemias de las Indias, como lo prueba la marcha constante del cólera hacia la frontera Nordeste de este país; pero el Afghanistán y Belouchistán quedan abiertos y expuestos á las incursiones epidémicas, de donde les es fácil alcanzar el Turkestán ruso ó la Persia; algunas poblaciones del Afghanistán, Quetta y Kandahar, por ejemplo, están unidas por una línea férrea al puerto indiano de Kurachee, que ha sido uno de los primeros invadidos por la peste. Desde mediados de siglo, cuando el cólera ha invadido las zonas septentrionales del Afghanistán, se ha propagado en dos distintas direcciones, ó bien á partir de Caboul ganó Boukhara y atravesó el Turkestán ruso, ó bien por Hérat penetró en Persia, alcanzando á Mesched y propagándose hasta los bordes meridionales y orientales del Mar Caspio; la construcción del ferrocarril transcaspiano ha modificado la última parte del itinerario al unir Mesched á Ouzonn-Ada, puerto del Mar Caspio, en constante relación con el puerto oriental del mismo mar, Bakon, y á partir de este punto es fácil la propagación á la Transcaucasia, Rusia meridional y Europa.

La vía más directa, rápida y peligrosa es la del Mar Rojo y Canal de Suez, por la cual se efectúa todo el tráfico marítimo entre Europa y el Extremo-Oriente, punto donde hay que establecer las medidas sanitarias convenientes para evitar alcancen al Mediterraneo las epidemias, de donde su irradiación á Europa es la consecuencia inmediata. Esto es tan evidente, que la labor de las Conferencias sanitarias internacionales se ha reducido á tratar y reglamentar este asunto, á más de acordar las medidas generales de profilaxia.

Según este Reglamento, las autoridades de un país contaminado deben notificar á los demás Gobiernos la existencia de casos de peste, para poder adoptar con oportunidad las medidas profilácticas. Una circunscripción territorial deja de ser considerada como contaminada cuando transcurre un periodo de diez días desde la curación ó defunción del último caso sin presentarse otros nuevos.

La Conferencia de Venecia juzgó conveniente en este caso el establecimiento en las fronteras de los países contaminados de inspecciones médicas para vigilar los viajeros diez días en el punto de término de su viaje y la desinfección de los materiales contumaces (ropas, equipaje, etc.) Ciertamente estas prácticas, inteligentemente ejecutadas, son la mejor garantía contra la propagación de la peste; pero hay circunstancias que imponen el establecimiento de un cordón sanitario, ora porque la falta de civilización y cultura hace imposibles las prácticas sanitarias convenientes, ora porque la opinión pública obliga al Gobierno á la incomunicación del foco epidémico, como ocurrió en Oporto. El cordón sanitario ofrece menos inconvenientes cuando aísla poblaciones pequeñas; en los grandes centros, la paralización brusca del trabajo, industria, comercio y el pánico de la población acordonada, conduce á la miseria, que favorece la expansión local de la epidemia.

Las medidas encaminadas á impedir la propagación de la peste por la vía marítima deben, para ser eficaces, ponerse en práctica al partir el buque del foco contaminado; según el Reglamento de la Conferencia sanitaria de Venecia, es preciso someter á los buques á una inspección médica rigurosa, desembarcar á los individuos atacados de peste ó con síntomas sospechosos y desinfectar las mercancías, equipajes y hasta el buque mismo. En Bombay y demás puntos contaminados de la India, se han establecido estas inspecciones; pero las medidas de desinfección no son lo completas que debieran.

Muy oportunamente, en el Reglamento de la Conferencia de Venecia se hace la distinción para los efectos de las prácticas sanitarias entre los buques ordinarios y los encargados de transpor-

tar peregrinos, en los cuales el acinamiento, las malas cualidades de los víveres y la falta absoluta de higiene, aumenta la gravedad de la epidemia. La inspección médica en los puertos de partida y de arribada, la obligación de estar dotado de Médico y personal adecuado para la desinfección, la inspección de los víveres y agua potable, y la limitación del número de pasajeros, son medidas muy oportunas, y que de llevarse á la práctica con la discreción é inteligencia necesarias, pondrían término á los chispazos epidémicos que en las épocas de peregrinación se observan.

A pesar de las prescripciones inteligentes del Reglamento de Venecia, los buques contaminados de las Indias pueden importar la peste á Europa, ya por el Mar Rojo y el Mediterráneo, ya por el Golfo Pérsico y las posesiones Otomanas, por lo cual es de importancia establecer una barrera sanitaria que proteja la contaminación por estas vías marítimas. La protección por parte del Mar Rojo resulta eficaz por el servicio sanitario internacional de Egipto, que asegura la inspección médica en Suez á todos los buques que han de pasar el Canal para penetrar en el Mediterráneo. Se dá patente limpia á todos aquéllos que no han tenido casos de enfermedad epidémica durante la travesía. Los buques en los cuales se hubieran presentado casos de peste en la travesía, pero que pasaron más de doce días sin nuevos casos, pueden pasar el Canal siempre que lleven á bordo Médico y estufa de desinfección, y se sometan á la observación y aislamiento convenientes; de no llenar estos requisitos son detenidos en el lazareto de las Fuentes de Moisés para la desinfección del buque y materias contumaces, observando el estado sanitario de los pasajeros.

Los buques infectados son conducidos al mismo lazareto; si está dotado de Médico debe declarar el número de atacados y de sospechosos para desembarcarlos, proceder luego á la desinfección del buque y materias contaminadas, y, de considerarlo oportuno la autoridad sanitaria, se le permitirá el paso del Canal bajo la vigilancia médica, para completar la cuarentena de diez días desde el último caso de peste.

Para los buques de los peregrinos existen en las costas del Mar Rojo las postas sanitarias de Camaran, Abon-Saad, Abon-Ali y Vasta; la mejor es la de Camaran, y con ser la mejor está necesitada de una reorganización completa, según confesión de la Conferencia de Venecia. Los peregrinos musulmanes que van hacia el Norte deben sufrir la inspección médica en el lazareto de Djebel-Tor, que tiene también necesidad de estar mejor dotado.

Si la protección sanitaria del Canal de Suez ofrece algunas garantías, no ocurre desgraciadamente lo mismo en el Golfo Pérsico, donde todo está por hacer, ya que, según dice Bourges, no puede tomarse en serio el simulacro de lazareto establecido en Bassorah, el cual, aunque sólo fuera por su situación, resultaría inútil. Lo conveniente sería, como se pidió en la conferencia de Venecia, establecer un lazareto en el Estrecho de Ormütz ó en la isla de Kishm, á la entrada del Golfo Pérsico, donde resultaría factible y práctica la inspección sanitaria de los buques; aquéllos que después de remontarse han de continuar la navegación por el Chat el Arab, aunque la duración de la cuarentena de observación no esté cumplida, podrán continuar su camino, bajo observación, hasta Bassorah, donde podrían sufrir la segunda inspección médica; el lazareto de Bassorah debiera dotársele de las condiciones que la higiene reclama, y establecerse en la desembocadura del Chat el Arab, en Fao, por ejemplo.

Para proteger el litoral del Mar de Oman, sería conveniente establecer lazaretos en Guardar y Mascate, puesto que esta zona, lo mismo que el Golfo Pérsico, están doblemente amenazados por el tráfico comercial que sostienen con Bombay y Kurrachee, y sobre todo, por la peregrinación de los musulmanes á la Mesopotamia, donde conducen los cadáveres de sus parientes para inhumarlos en tierra santa.

En Europa, los buques procedentes de un puerto contaminado, deben á su llegada, según prescribe el Reglamento de la Conferencia de Venecia, someterse á una inspección médica, después de la cual son declarados *limpios*, *sospechosos* ó *infectados*, en igual forma

que en Suez. Los primeros se les deja á libre plática, con observación de los viajeros y equipajes durante diez días, á contar desde el momento de abandonar el puerto contaminado. Los navíos sospechosos se les somete á desinfección de sus locales y materias contumaces, y se vigilan los pasajeros y equipajes durante diez días, á contar desde el momento de arribada. En cuanto á los buques infectados, se desembarcan los enfermos, se someten á observación los viajeros y equipajes durante diez días, como máximo, y el buque y mercancías son sometidos á una desinfección conveniente.

DR. J. SEGARRA.

*(Continuará.)*

---

## LA NUEVA BALA EXPLOSIVA

### LEE METFORD

#### DE USO REGLAMENTARIO EN LA INFANTERÍA INGLESA

---

En la conferencia internacional sobre la paz, verificada en el pasado año en la ciudad de la «La Haya», el Gobierno de su Majestad Británica adquirió el compromiso formal é ineludible de suprimir en todo su ejército el empleo de las funestísimas balas Dum-Dum para las operaciones militares de su nación, haciéndolo de mal grado en vista de las protestas generales de los demás Estados, interesados en resolver este asunto como problema altamente humanitario. Aunque otras conclusiones no se obtuvieran por de pronto, había motivos para congratularse del resultado alcanzado por las diferentes comisiones que intervinieron en el proyecto del desarme, hasta que recientes disposiciones del War-Office, Ministerio de la Guerra, han demostrado palpablemente, y bien á las claras, que tal acuerdo hubo de adoptarse por la natural

y justa reprobación que estos elementos de destrucción inspiraban á la conciencia, como atentatorios á la caridad y moral de los pueblos civilizados.

Hace muy poco tiempo, el departamento ministerial citado ha aprobado para uso de la Infantería la bala Lee Metford, de calibre reducido, que según datos publicados en estos días por el *L'Echo de L'Armée* causa horribles destrozos en el hombre y los animales utilizados en la tracción de cañones de campaña, transportes administrativos y ambulancias sanitarias, hasta el extremo de poderse calificar de humanitarias, con relación á éstas, las últimamente desechadas, y que llevaban la denominación de proyectiles Dum-Dum.

El proyectil Lee Metford es de plomo exclusivamente, y de un calibre aproximado de siete milímetros; su forma es cilindro ojival, siendo completamente hueco en toda su longitud, desde el primer tercio anterior hasta el vértice de la ojiva ó cabeza, llevando en los dos tercios restantes un núcleo ó vástago, también de plomo.

La combustión y deflagración de la pólvora deja muy pocos residuos, perteneciendo á la categoría de las pólvoras sin humo, y parece estar compuesta, en su esencia íntima, de sustancias cloradas ó de cuerpos explosivos, no analizados y conocidos todavía suficientemente.

A consecuencia de la composición química, peculiar á esta mezcla, ó ya también á la misma abundancia y riqueza de los elementos explosivos, es debida la gran fuerza de proyección de estos proyectiles, producida, según todos sabemos, por la inflamación de la pólvora, así como por su forma y poco peso permiten alcanzar distancias superiores á los 4.000 metros asignados á nuestro Maüsser, modelo de 1893, y á otras máquinas repetidoras modernas.

La forma prolongada de la bala, principalmente en la ojiva, muy puntiaguda y afilada, disminuye la resistencia que la ha de oponer el aire en su marcha; así es que sus velocidades serán mayores con relación á otros cuerpos vulnerantes de guerra, hoy en

uso en los ejércitos europeos, siendo su alcance máximo de 4.500 metros, y su alcance eficaz ó real de 2.500, distancia extrema á que está graduada el alza.

La fuerza expansiva ó presión que desarrollan los gases dentro del ánima ó interior del cañón es inmensa relativamente, valuándose en 3.200 kilogramos por centímetro cuadrado.

La velocidad del cartucho Lee es de 700 metros en el primer segundo, medida á 25 metros de la boca del fusil. La correspondiente al retroceso es de más de dos metros; por eso la retropulsión del fusil sobre el hombro es enérgica y muy viva.

Por la simple enumeración de los datos expuestos, vemos que esta importante arma de combate reúne condiciones balísticas, iguales por lo menos, cuando no superiores, á todas las hoy conocidas, exceptuando en un factor, muy digno de tenerse en cuenta, ó sea en su penetración, que se halla sumamente disminuída á consecuencia de la gran deformación que sufre este agente traumático al chocar sobre superficies y objetos duros, perdiendo por ésto parte de su fuerza viva y velocidad inicial al verificarse un contacto cualquiera.

El mecanismo de la explosión ó división en pequeños fragmentos, es como sigue: verificado el contacto ó choque, el núcleo de plomo, que ya dijimos ocupaba la parte hueca de la cámara metálica, comprime fuertemente el aire contenido en la parte anterior del primer tercio del proyectil, rompiéndose entonces en varios trozos, más ó menos grandes é irregulares, la parte vacía descripta anteriormente, correspondiente á los dos tercios siguientes del cartucho Lee. Además, al contundir los tejidos ú otras partes resistentes cualquiera, la extremidad anterior se deprime, deformándose en figura de seta ó tulipán.

En resumen; en la velocidad, celeridad del tiro, alcance, forma del proyectil, calibre, etc., etc., reúne todas las condiciones balísticas asignadas á las balas de las actuales armas de gran alcance, exceptuándose de los datos expuestos la fuerza de penetración, que es bien escasa y muy pequeña, con relación á las que alcanzan los

del fusil Level, Maüßer, Manlicher, y los reglamentarios en Italia y Japón.

Las experiencias ejecutadas con objeto de averiguar y obtener la verdadera fuerza de trabajo vivo realizada por el agente vulnérante, representado, en este caso, por el proyectil explosivo Lee Metford, se han estudiado principalmente en madera de pino, haya, tierra recién removida sin apisonar, ladrillos de fábrica y láminas de hierro y acero, dando siempre los mismos resultados, que demuestran lo aseverado anteriormente.

Sobre troncos de los pinos, y á distancias de 700 metros, atraviesa esta substancia vegetal en una extensión de 28 á 30 centímetros, y de 38 á 40 en capas de tierra ó yeso no comprimido, 15 centímetros en paredes de ladrillo y de 2·8 á 2·9 milímetros en placas de hierro.

Bajo el punto de vista técnico de la especialidad que al Médico militar incumbe, diremos que las experiencias se han hecho con suma prolijidad de detalles en cadáveres de hombre y animales de uso en la guerra, como caballos, mulas y bueyes, con objeto de analizar bien las soluciones de continuidad é intensidad traumática de estos cartuchos; demostrando siempre por las lesiones múltiples, de trastornos horribles y complicaciones graves, sobre todo en los huesos y cavidades esplácnicas, que el empleo de esta nueva cuanto potente máquina guerrera, es sumamente peligrosa para la vida de los combatientes, haciendo sus heridas de pronóstico mortal, principalmente á pequeñas distancias.

En los caballos y bueyes, y á una distancia de 500 á 1.000 metros, produjeron fracturas complicadas con grandes esquirlas, diseminadas en los tejidos musculares subyacentes, apreciándose también disgregaciones de la parte hueca del proyectil en trozos y pedazos más ó menos numerosos, que eran, á su vez, causa de otro número igual de heridas, deduciéndose por ésto consecuencias altamente desfavorables para el curso ulterior del traumatismo.

Los orificios de entrada, cuando el proyectil lleva todavía bastante fuerza viva, vienen á ser casi igual ó idénticos á los produ-

cidos por el fusil norte americano, modelo Remington, y del español modificado por Freire y Brull, observándose con relativa frecuencia que carecen de orificio de salida, y que al deformarse notablemente, como lo hacen, en forma plana é irregular de seta ó tulipán, ocasionan en los huesos, vísceras y piel, heridas anfractuosas y extensas, adhiriéndose, ó embotándose mejor dicho, en los tejidos, siendo muy difícil ó casi imposible su extracción completa, notándose también fragmentos metálicos de plomo, perdidos y disgregados en los órganos y partes vecinas.

Bajo este punto de vista, las heridas producidas no están circunscriptas, en realidad, á un orificio de entrada y de salida simplemente, sino que por efecto de su extremada división, propia de la acción explosiva, producen en los órganos vitales y en otros más secundarios, efectos múltiples y diversos, agravando la situación del herido, por no ser factible al operador realizar con toda escrupulosidad la asepsia y desinfección de los focos, y la eliminación definitiva de las partículas metálicas.

Los orificios de salida que se determinan, son irregulares y de forma estrellada. La piel se nota propulsa y rambersada hacia afuera, con aspecto de colgajos triangulares, siendo muy raro que consiga atravesar el espesor antero-posterior de dos cadáveres humanos por efecto mismo de la anulación de parte de su fuerza viva, por la ancha deformación que experimenta al choque, y la mayor resistencia que tiene que interponer para atravesar y abrirse paso entre la piel, aponeurosis, masa muscular y tejido óseo.

Los destrozos observados en el cráneo y cerebro son tremendos, pues además de la acción hidrodinámica interna que ejercen por su naturaleza en el interior de la masa cerebral, rompen los huesos en varias partes, produciendo fracturas fisurarias de la base á la bóveda, con pérdidas extensas de la substancia dura.

Por todo lo expuesto, deducimos que la inmensa gravedad de las lesiones determinadas por el cartucho Lee radica en su excesiva deformación y fragmentación, y en la gran zona excéntrica

propia de su acción vulnerante, y que podemos denominar, en mi concepto, *espacio traumático batido por el proyectil*, que es mucho mayor, sin género alguno de duda, que en el de los otros proyectiles hoy empleados.

De imitarse tal sistema en la construcción, la cirugía de guerra variará por completo de aspecto, pues las actuales balas, además de no deformarse en los tejidos por efecto de su velocidad y alcance, no se dividen tampoco en varias partes, determinando trayectos lineales con orificios de entrada y de salida, haciendo la cura y tratamiento de estos accidentes eminentemente sencilla, y felicísima en sus resultados para la estadística.

Hoy, al seccionarse el proyectil en pequeños trozos, y por la multiplicidad de las heridas que éstos ocasionan, el proceder operatorio ha de cambiar forzosamente en su técnica; pues si en la actualidad el primer deber del práctico en campaña es aseptizar, y desinfectar por ende, el trayecto recorrido, con la aplicación de estas funestas balas la operatoria quirúrgica ha de llenar indicaciones complejas relativas á la índole diversa del traumatismo, subiendo las dificultades al más alto grado por los inconvenientes que á su definitiva extracción se han de presentar por la deformación, dispersión y adhesión de los fragmentos á los tejidos inmediatos al punto directamente vulnerado.

P. BREZOSA Y TABLARES.

Médico primero.

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**El victorio.**—La *Schweizerische Bauzeitung*, del 23 de Septiembre, inserta los siguientes datos sobre el nuevo cuerpo simple, descubierto por M. W. Crookes, por medio del análisis espectral; cuerpo al que se ha denominado victorio, y que hasta ahora se había confundido con el itrio.

El peso atómico del victorio es 117, y para producir su espectro

conviene emplear uno de sus compuestos sulfurados anhídros. El espectro del victorio presenta dos rayas anchas en las divisiones 3120 y 3117, y tres pequeñas en los puntos 3060, 3064 y 3219.

Se presenta ordinariamente el nuevo cuerpo bajo forma de óxido, correspondiente á la fórmula  $Vc O_3$ . El victorio es de color pardo y se disuelve fácilmente en los ácidos.

(*Mem. de Ing. del Ejército.*)

\*  
\*\*

**Fiebre tifo-malárica.**—El Dr. Watt Kerr, Profesor de clínica médica de la Universidad de California, hace las siguientes consideraciones sobre la asociación de estos padecimientos:

La calificación «tifo-malaria» se emplea tan á menudo al describir cualquier fiebre continúa, sin antes haber hecho esfuerzo alguno para comprobar la naturaleza exacta de la enfermedad, que algunos autores abogan por la abolición del término. Del mismo modo que debemos admitir que algunos de los casos así descritos son sencillamente formas atípicas de fiebres entéricas ó fiebres de verano, debemos, por otra parte, convenir en que suelen encontrarse casos de doble infección, enfermos en los cuales el bacilo de Eberth y el plasmodium malárico actúan simultáneamente al producir la enfermedad.

Únicamente desde hace pocos años, la comprobación de la reacción Widal y del plasmodium hace posible demostrar con absoluta certeza la coexistencia de las dos infecciones. Hasta el presente se han descrito unos 50 casos, y yo añadiré otros cinco á la lista.

Desde Junio 24 á Agosto 30 del año próximo pasado, tuve 12 casos de fiebre tifoidea en mis salas, y en la sangre de cuatro de ellos descubrí los gérmenes palúdicos; en todos los casos el plasmodium era intracelular, siendo en dos de variedad hialina y dos pigmentados.

El primer caso no tenía historia anterior de fiebre tifoidea ó malárica. Ingresó en Junio 24, y ofrecía síntomas de una tifoidea ligera. No me fué posible examinar su sangre entonces, á causa de las grandes reparaciones que se hacían en esa época en nuestro laboratorio, hasta el 10 de Julio, encontrando entonces plasmodium en la sangre, y el suero producía el apelotonamiento de Widal, y las orinas daban la reacción diazódica.

El segundo caso había tenido escalofríos y fiebre todos los veranos, durante los últimos tres años, pero no había sufrido nunca fiebre entérica. Ingresó en la noche del 11 de Julio, y pasó una fiebre tifoidea típica, con el siguiente informe del examen bacteriológico, que es cuanto se necesita para ilustrar el tema que nos ocupa:

«Julio 13, se encontró plasmodium palúdico intracelular, hialino, muy movable; Julio 15, diazo-reacción, pero no reacción de Widal; Julio 18, no dá reacción Widal; Julio 19, aparecen manchas rosáceas en el abdomen; Julio 20, no hay reacción Widal; Julio 24, obtiéndose la reacción Widal. Leucocitos 4.070.»

El tercer caso ingresó en Agosto 6. Dos semanas antes de su admisión había estado padeciendo de alguna fiebre, debilidad muscular, torpeza de los sentidos y ligeras epistaxis.

Su examen revela: lengua obscura, aumento de volumen del hígado y bazo, suavidad y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, y *rash* en el vientre. No hay antecedentes de ataques anteriores de malaria ó fiebre entérica. El informe del laboratorio clínico, de Agosto 7, fué el siguiente: «No hay plasmodium ni reacción Widal; leucocitos 5.700.»—«Agosto 9. Hay plasmodium y reacción Widal.» He mencionado los caracteres clínicos de este caso más detalladamente, porque el 17 de Agosto la reacción Widal había desaparecido, hasta el punto que una solución al 1 por 20 no producía el apelo-tonamiento en media hora; pero con los otros síntomas de la enfermedad tan pronunciados, que no puede ello traer duda alguna al diagnóstico; incluyéndose este caso en aquéllos—que se encuentran frecuentemente—en los cuales la reacción es intermitente ó solamente se obtiene una ó dos veces.

El cuarto caso ingresó el 30 de Agosto, después de cinco días de enfermedad. No hay antecedentes de paludismo ó fiebre entérica. El informe del laboratorio fué: «Agosto 30. No hay plasmodium ni reacción Widal; 1.700 leucocitos.—Agosto 31. Hay plasmodium, Widal no hay.» En los días siguientes se buscó la reacción Widal, pero no volvió á aparecer hasta Septiembre, repitiéndose sucesivamente, pudiéndose obtener con una solución de 1 por 40 en quince minutos de tiempo.

Hace un año ocurrió otro caso, que es interesante por los particulares que ofreció la autopsia. El enfermo entró en el hospital en la cuarta semana de su mal, obteniéndose la reacción Widal y plasmodium unos días más tarde. La fiebre cedió á la quinina, pero sobrevino la perforación del ciego poco después. Esta fué reparada por el Dr. Mac-Lean, pero el enfermo sucumbió por una segunda perforación. La autopsia puso de manifiesto lesiones tifoideas por casi todos los intestinos, estando las úlceras en todos los períodos de evolución; algunas cicatrizadas ó granuladas, otras en estado de infiltración, ó ulcerado ligera ó profundamente.

Estos casos son interesantes, porque demuestran que el ataque palúdico no es siempre una invasión nueva de una infección antigua en la convalecencia de una tifoidea, sino que las dos enfermedades pueden aparecer simultáneamente y coexistir de un modo activo en un mismo enfermo. Es de notarse que en ninguno de estos casos hay antecedentes de fiebre entérica, y sólo uno dá antecedentes de paludismo anterior.

La temperatura en todos estos enfermos tuvo un curso muy irregular; pues, en verdad, en el caso cuarto, cuando el suero produjo el aglutinamiento en quince minutos en una solución al 1 por 40, hubo una apirexia absoluta durante tres días, ascendiendo repentinamente entonces, para caer con un carácter decididamente palúdico.

Todo el que ha practicado la profesión en California, debe haber notado el carácter atípico de la tifoidea en este Estado; lo único que ofrece, es una fiebre remitente irregular. En una práctica de cerca de veinte años en San Francisco, no recuerdo sino tres ó cuatro casos en los que la curva térmica se asemeje bastante á lo que yo estaba acostumbrado á observar en los hospitales europeos, y he oído á otros hacer las mismas observaciones al comparar lo que aquí se observa con lo comprobado por ellos en los Estados del Este de la América del Sur. Puede que ésto sea debido á influencias del clima, ó es posible que los métodos de diagnóstico más minuciosos enseñen relaciones más frecuentes entre la fiebre tifoidea y otras enfermedades; pero, ciertamente, si basamos nuestra opinión en los resultados obtenidos del examen de la sangre en las infecciones entéricas y maláricas, hemos de admitir la frecuente existencia de una infección doble, que puede perfectamente ser descripta como fiebre tifo-malaria.

(*Occidental Med. Times.*)

\*  
\*\*

**Kineurina.**—Se designa con este nombre el glicerofosfato de quinina, nueva combinación que ofrece un doble interés, porque la acción de su ácido viene á sumarse á la de la quinina. Está hoy demostrado que el ácido glicerofosfórico suministra fósforo bajo la forma de combinación natural y asimilable, capaz de acelerar energicamente la nutrición y de combatir la depresión nerviosa. Además, las propiedades terapéuticas de los diversos glicerofosfatos ya conocidos, han sido expuestas en tan numerosos trabajos, que es difícil dejar de admitir, *á priori*, que el ácido glicerofosfórico sea capaz de unir su poder propio al de la quinina, cuando se combinan estos dos cuerpos.

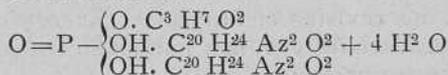
La kineurina se obtiene por dos métodos diferentes: primero, neutralizando una solución titulada de ácido glicerofosfórico con una cantidad equivalente de quinina; segundo, practicando la doble descomposición entre dos soluciones, una de sal de quinina y otra de glicerofosfato de cal, soluciones empleadas en proporciones equivalentes.

Los dos métodos permiten obtener el mismo compuesto, que se presenta bajo la forma de finas agujas blancas, cuyo aspecto recuerda bastante el del sulfato de quinina oficial. Este cuerpo es inodoro, amargo, pero en forma atenuada, que lo hace más soportable que el sulfato de quinina.

El glicerofosfato de quinina es poco soluble en el agua aunque esté hirviendo; así 100 partes de agua á 15° disuelven algo menos de media parte de sal, y en la ebullición próximamente una parte y media. La solubilidad en el alcohol es muy curiosa: á los 15°, 100 partes de alcohol de 95° disuelven un poco menos de tres partes de sal, al paso que ésta se disuelve, por el contrario, en cualquier proporción en el alcohol hirviendo. Casi insoluble en el éter, se disuelve

en la glicerina con tanta más facilidad cuanto menos hidratada está. Es muy estable esta nueva sal de quinina; no se modifica en su composición, ni por dilución de sus soluciones, ni por la acción del calor sobre éstas, en contraposición á lo que ocurre con otros glicerofosfatos, y en particular con el glicerofosfato de cal. Se funde á 154°.

Su composición es la de un glicerofosfato básico de quinina, correspondiente á la fórmula:



Contiene 72'6 por 100 de quinina y 19'2 por 100 de ácido glicerofosfórico: su proporción de quinina es, pues, superior á la del sulfato neutro, y sensiblemente la misma que la del sulfato básico.

Sus caracteres son los de la quinina y los de los glicerofosfatos.

El estudio terapéutico hecho por el Profesor Mr. Gilbert, ha demostrado que este nuevo compuesto no desmerece en nada, como febrífugo, al sulfato de quinina, y además es extremadamente asimilable.

A fin de evitar el amargor característico de las sales de quinina, se encierra la kineurina en una capa delgada de gelatina, que se disuelve con gran facilidad en el estómago. Estas especies de cápsulas permiten administrar la sal bajo una forma sencilla y práctica.

Como la kineurina tiene la misma riqueza en quinina que el sulfato oficial, se prescribe á las mismas dosis y de la misma manera.

1.º Como FEBRÍFUGO (*accesos febriles, fiebres intermitentes y palúdicas, gripe.*) La dosis ordinaria es de seis á 12 cápsulas, tomadas la mitad desde los primeros síntomas del acceso de fiebre, y el resto al fin del acceso. Para los niños de 5 á 10 años, la dosis se reduce de dos á cuatro cápsulas.

2.º Como ANTINEURÁLGICO (*jaquecas.*) Tres á seis cápsulas por día, tomadas dos horas antes del acceso.

3.º Como TÓNICO (*neurastenia, convalescencia de la gripe en general y de todas las afecciones que determinan una depresión nerviosa, y en las cuales es útil estimular enérgicamente el organismo*); de dos á cuatro cápsulas por día, tomadas inmediatamente antes de las principales comidas.

Tomada en esta forma la kineurina, reemplaza ventajosamente los vinos tónicos, que molestan mucho á los enfermos, ya por su sabor, ya por el alcohol que contienen.

(*Le Progr. Méd.*)

\* \* \*

**El aire líquido y sus propiedades terapéuticas.**—Hé aquí los términos en que se expresa el Dr. R. Martín Gil, de Málaga, sobre tan interesante asunto:

Mucho se ha hablado del aire líquido en estos últimos tiempos. Los periódicos diarios refieren los fenómenos más culminantes de esta forma nueva del aire, y de sus efectos y aplicaciones. Recien-

temente se ha dicho que se intenta emplear en la guerra como el explosivo más terrible; pero que su delicuescencia á los cuantos días de preparado, hace que no se pueda utilizar como formidable agente de destrucción.

Nosotros vamos á estudiarlo bajo aspectos más interesantes y humanitarios, refiriendo algunas de sus propiedades y efectos, poco conocidos al presente, sobre el organismo sano y enfermo.

Recientemente, dos revistas científicas, el *Scientific American Suplemente* y el *Medical Record*, han publicado trabajos muy interesantes para nuestra profesión.

Es verdad que la baja temperatura del aire líquido, bien dirigida, puede ser de efectos extraordinarios sobre el organismo, y por esto el profesor Carlos E. Tripler, que ha llegado á producirlo en grandes cantidades y muy barato, dice que las aplicaciones de hielo son *calientes*, comparadas con la del aire líquido, que tiene 246°6 grados centígrados bajo cero.

Desde hace poco más de un año viene experimentándose en algunas enfermedades y en bacteriología.

Tiene el aire líquido casi tres cuartas partes de nitrógeno y una de oxígeno, con cantidad muy pequeña y variable de óxido de carbono. No contiene hidrógeno, porque esta substancia no se liquida á la bajísima temperatura á que desciende el aire en la forma que lo estudiamos.

Es un líquido opalino, y pasado por papel de filtro tiene el color de la atmósfera en un día claro. Visto por transparencia, aparece hirviendo y despide unos vapores blancos muy pesados, y por lo fríos que son desaparecen rápidamente al caer al suelo.

Si se sumerge la mano en el aire líquido, se percibe una sensación parecida á la de la corriente farádica, parece que dá latidos ó que quemá y, en efecto, no se humedece la piel.

Al echarlo sobre el suelo, se produce el mismo ruido que cuando se vierte agua en el fuego, y desaparece en seguida. Y es que el suelo ó cualquiera otro sitio sobre que se eche, está á unos 204°4 grados centígrados más caliente que el aire líquido.

No es explosivo si no se le encierra herméticamente. Por eso, cuando se pone en una botella debe hacerse un agujero en el tapón para que se asegure la comunicación con el aire exterior. Hierve rápidamente en una vasija chica hasta que la temperatura de ésta se enfría mucho y se forma una gruesa capa de hielo alrededor, tan fría, que no se le puede tocar sin que produzca la congestión de la piel.

Si se pone aire líquido en un vaso y se le aplica en seguida una mecha encendida, se apaga; pero si se deja pasar un poco el tiempo para que el nitrógeno se evapore y quede oxígeno en gran cantidad, la mecha arderá con luz muy brillante, sin que deje el más mínimo residuo de la combustión. Lo mismo acontece con un cigarrillo de papel, que arde y se consume completamente. El alambre de acero puesto á la llama del aire líquido llega al rojo blanco.

Solidifica los líquidos, hasta el éter y el alcohol. Si este último se inflama, en tal estado estalla con gran violencia; y si se empapa un pedazo de algodón hidrófilo, se conduce lo mismo que el algodón pólvora.

Para transportar el aire líquido en cortas cantidades y en vasija pequeña, además de tener que estar destapado, hay que colocarlo dentro de otro receptáculo, y el espacio que quede entre los dos rellenarlo muy bien con fieltro ó lana.

Los experimentos hechos en bacteriología son de gran interés. Sabemos que todos los organismos perecen á 70 grados centígrados, pero no está dicho lo que sucede con las bajas temperaturas hasta aquí conocidas, respecto á destruir ó detener la vida de los gérmenes.

Los Sres. Campbell, Parks y Jenkins, han experimentado con cultivos virulentos de bacilos de la tifoidea, del ántrax y de la difteria, colocados separadamente en tubos capilares, cerrados por sus extremos y sumergidos en aire líquido, renovado á intervalos para que se mantuvieran siempre á muy baja temperatura. Los tubos se sacaron á los treinta, cuarenta y cinco, setenta y noventa minutos. Se extrajeron los líquidos, se colocaron separadamente en caldo fresco esterilizado, y se pusieron en la estufa á la temperatura de 38 grados centígrados durante cuarenta y ocho horas. Al cabo de ese tiempo *se apreció que existían los mismos cultivos puros de bacilos de ántrax, de difteria y de tifoidea*. Todavía se ha llegado á más: se ha echado un cultivo de numerosas colonias de bacilos del ántrax en un vaso que contenía aire líquido; se ha dejado por una hora, al cabo de la cual se ha sacado el cultivo; se ha llevado á la estufa incubadora y *se han visto los mismos resultados que en los experimentos anteriores*.

El Dr. J. H. Huddleston ha experimentado con el virus vacuno, sometiéndolo al aire líquido por quince minutos, y no ha observado alteración alguna en los efectos producidos por la vacuna.

Aunque se están practicando nuevos trabajos, no parece que el frío ejerza esterilización alguna sobre las bacterias.

La insensibilidad y la dureza que produce en los tejidos vivos, es extraordinaria. Se ha helado una parte de la oreja de un conejo, la cual se puso tan dura, que se le arrancó como se parte un pedazo de madera, sin dolor ni hemorragia. Antes de diez minutos la circulación se había restablecido y se produjo bastante hemorragia. El resto de la oreja adquirió la temperatura y el aspecto primitivo, aunque parecía un poco más caliente y enrojecida. A los cinco días la herida supuró, y á las dos semanas la mitad de la oreja se arrugó y se desprendió, cicatrizando, por último, la herida con rapidez.

Empleado el aire líquido en pulverizaciones sobre la piel, ésta se decolora al principio, se oscurece después y se produce una viva congestión. Unos minutos de pulverización bastan para que las carnes se pongan tan duras y frías como el hielo, no obstante que al poco tiempo de cesar la aplicación se quita la dureza y se

restablece la circulación, sin que se origine ningún mal resultado.

Este experimento no se debe hacer con los tejidos de escasa circulación, como la punta de los dedos, por ejemplo, porque es muy fácil que suceda lo que aconteció con la oreja del conejo.

Es un anestésico positivo, que excepto el poco dolor que produce al comenzar á aplicarlo, la insensibilidad llega á ser absoluta y queda exagüe el sitio de la operación. Ventajas tales aseguran prontitud y limpieza en el campo operatorio, circunstancias muy apreciables en pequeñas operaciones, porque aplicando un vendaje conveniente cuando se dilatan los vasos, más tarde quedará cohibida la hemorragia por el mismo apósito.

En las úlceras rebeldes y los chancros dá un seguro resultado, activando la cicatrización más rápidamente que ningún otro tratamiento. Las aplicaciones de aire líquido se hacen una ó dos veces con intervalos de tres ó cuatro días, y se emplea una cura seca después con aristol, bismuto ú óxido de zinc.

Como resolutivo, es poderosa una aplicación solamente en los abscesos, los carbunclos y los bubones, cuando empiezan. Si se acude más tarde, se hará varias aplicaciones con intervalos de veinticuatro horas.

En las ciáticas y el herpes zóster, en un caso de neuralgia intercostal y en otro facial, se ha empleado el aire líquido con resultados permanentes, aplicándolo al extremo espinal del nervio afectado. Otras veces se ha aplicado en diferentes puntos de la longitud del nervio ciático.

En dos casos de herpes zóster de la pared torácica, desapareció á los tres días la enfermedad. En otros enfermos se ha hecho necesario continuar con el medicamento por más tiempo.

También se ha usado en dos casos de erisipela de la cara, colocado el aire líquido en una ampolla de cristal y aplicándola sobre la piel. En uno de estos enfermos se quitó en seguida el dolor, y la erisipela se curó en veinticuatro horas. En el otro enfermo no se pudo conocer el resultado porque asistió á una consulta externa y no volvió á presentarse.

Asimismo se ha empleado en mordeduras de serpientes y en el lupus eritematoso con excelentes resultados, sobre todo por la rapidez con que se ha obtenido las curaciones. También se ha usado en el carcinoma y en el epitelioma; pero no se conocen aún los efectos, sin embargo que algunos Médicos aseguran haber conseguido la curación de muchos casos.

El tiempo transcurrido en el empleo de este nuevo agente, no es bastante para adquirir grande ni formal experiencia. Esta vendrá cuando se pueda coleccionar los ejemplos, y una buena observación atestigüe dónde y cómo se pueda emplear substancia de acción tan energética sobre los tejidos por su baja temperatura, tanto, que no hay con qué compararla, para que por semejanza podamos sacar deducciones de positivo valor.

Por el pronto se sabe que aplicando un pedazo de algodón em-

papado en aire líquido sobre un *nevus*, se destruye inmediatamente, obrando como una cauterización. Y es que de 246'6 grados centígrados bajo cero que tiene esta substancia, á 37 sobre cero, temperatura del cuerpo humano, hay unos 283'6 grados centígrados de diferencia, que los tejidos sufren rápidamente, acarreando grandes trastornos en su textura y composición.

(*Gaceta Méd. Catal.*)

\*  
\*  
\*

**Lavado del estómago en los recién nacidos.**—Una práctica de siete años ha permitido al Dr. O. Heubner, profesor de clínica pediátrica en la Facultad de medicina de Berlín, precisar las indicaciones del lavado del estómago en las enfermedades gastro-intestinales de los recién nacidos, en las cuales este medio terapéutico ha sufrido algún descrédito en estos últimos tiempos por consecuencia de su empleo, á menudo intempestivo.

Hay, en efecto, ciertas afecciones del tubo digestivo en los niños de corta edad, en las cuales, según nuestro colega, el lavado del estómago no puede producir sino escaso ó ningún efecto.

Son, primeramente, las lesiones gastro-intestinales crónicas con atrepsia más ó menos acentuada. En este caso, los lavados gástricos no dan resultados apreciables, pues no son susceptibles de combatir mas que uno solo de los múltiples factores que entran en juego.

Lo mismo ocurre en los casos, tal vez más frecuentes aún, en que se trata de dispepsia aguda, empezando no por síntomas gástricos, sino por trastornos intestinales, tales como cólicos, meteorismo y excrementos verdes. En tal circunstancia, compréndese que la evacuación del estómago no baste para eliminar las substancias nocivas. Por último, el lavado gástrico se muestra igualmente insuficiente en los niños que ofrecen signos de un estado inflamatorio grave del intestino delgado ó del intestino grueso.

Muy distintas son las condiciones cuando, como sucede muy á menudo en la práctica, el Médico se halla en presencia de un recién nacido, alimentado artificialmente, que de repente se vé acometido de vómitos con anorexia y fenómenos de colapso, resultado todo ello de una indigestión aguda. Como quiera que en semejante caso existe frecuentemente un estado de paresía estomacal que dificulta la progresión de las masas alimenticias acumuladas en la cavidad gástrica, el intestino resulta de este modo preservado, por lo menos durante algunas horas, de la infección por el contenido estomacal putrefacto, y la evacuación del estómago por medio de la sonda, seguida de un lavado, procura una curación inmediata, evitando la producción de trastornos intestinales. Estas condiciones constituyen en el recién nacido la indicación capital y formal del lavado del estómago, lavado que nada puede reemplazar: ni la administración de vomitivos, procedimiento violento que acarrea una depresión general— y que, por lo demás, es cada día menos empleado—,

ni los purgantes, que favorecen la progresión hasta el intestino del contenido descompuesto de la cavidad gástrica.

En lo que concierne á la técnica de los lavados del estómago en el recién nacido, no exige por todo instrumento sino un tubo esofágico provisto de un embudo. Dos precauciones únicamente son indispensables: hay que servirse siempre de una solución fisiológica de cloruro de sodio, ó de una solución de bicarbonato de sosa á 0,7 por 100, previamente entibiadas, y no emplear nunca el agua pura, la cual ejerce una acción desfavorable sobre el epitelio gástrico; además, el lavado debe de hacerse bajo una presión que no exceda de la de una columna de agua de 20 centímetros de altura, á fin de evitar la producción de un estado parético del estómago.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*\*

**Meralgia parestésica.**—El caso de meralgia parestésica referido en el trabajo de los Doctores Sabrazès y Cabannes, es interesante por muchos conceptos: primeramente en razón á la intensidad de los trastornos observados, luego á causa de la existencia de dos síntomas no señalados todavía en esta forma morbosa y, finalmente, por el hecho de la curación bajo la influencia de un tratamiento apropiado del síndrome merálgico que, como es sabido, se muestra generalmente rebelde á todos los medios terapéuticos.

Trátase de un hombre de 60 años, sin antecedentes neuropáticos, en quien la meralgia había hecho su primera aparición hace seis años próximamente, tres años después de un violento ataque de reumatismo articular agudo con fiebre, para disiparse espontáneamente pasados algunos días. Cuando los Doctores Sabrazès y Cabannes examinaron por primera vez al paciente, éste presentaba desde hacía una semana, en el lado derecho, una meralgia parestésica que se había producido bruscamente. Los trastornos morbosos se exacerbaban de una manera considerable cuando el enfermo se ponía á andar. En estas condiciones sobrevenía primeramente, en la unión del tercio medio y del tercio externo del pliegue de la ingle, un vivo dolor, análogo á un retortijón, que se transformaba, al cabo de un cierto lapso de tiempo, en una sensación de quemadura ardiente con picazones en toda la cara antero-externa del muslo. El enfermo se veía entonces obligado á detenerse y á sentarse, y la parte afectada quedábase como una masa casi insensible, que no llegaban á despertar ni los pellizcamientos más fuertes.

Al examen del muslo derecho notábase sensibilidad á la presión en el punto de emergencia del nervio fémoro-cutáneo, así como la existencia de una vasta placa de anestesia táctil, dolorosa y térmica, á cuyo nivel la temperatura de la piel era inferior en 2° á la del muslo izquierdo. Además de esta hipotermia local, percibíase en la región atacada un segundo fenómeno particular: la ausencia de la función sudoral. En efecto; cuando se inyectaba 0 gramo, 001 miligramo de nitrato de pilocarpina en plena placa anestésica del muslo derecho,

y otro tanto de este mismo medicamento en la región correspondiente del lado izquierdo, esta última se tornaba roja, turgente, y se cubría de sudor abundante en un espacio ó zona grande como la palma de la mano, al paso que á la derecha no se veía al principio sobrevenir ninguna modificación, y sólo al cabo de una hora, siendo aún marcados á la izquierda los fenómenos provocados por la pilocarpina, era cuando los tegumentos se volvían ligeramente rubicundos, pero sin segregar sudor.

Teniendo en cuenta los antecedentes reumáticos del enfermo, se le hizo tomar primeramente salicilato de sosa, luego baños sulfurosos, y, gracias á este tratamiento, vióse á no tardar cómo desaparecían todos los trastornos merálgicos. La curación fué comprobada por medio de una inyección de pilocarpina, la cual, esta vez, provocó en ambos lados la misma reacción.

*(Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux.)*

\*  
\* \*

**De la acción del suero antidiftérico sobre la toxina de la difteria.** — Las opiniones andan todavía discordes en lo que respecta al mecanismo de la acción recíproca de la toxina y de la antitoxina diftéricas. Así, por ejemplo, ciertos bacteriólogos (Behring, Ehrlich) la consideran como un fenómeno de neutralización química, al paso que otros (Buchner, Roux y Martín) estiman que el suero antitóxico no destruye el veneno de la difteria, sino que impide únicamente que manifieste su acción, inmunizando el organismo.

A fin de dilucidar esta cuestión controvertida, M. A. Sélinov ha llevado á cabo, bajo la inspiración de Ouskov, investigaciones relativas á la acción ejercida por la toxina y la antitoxina diftéricas sobre la córnea del perro.

Después de haber asegurado la asepsia del campo operatorio, Sélinov ha practicado inyecciones intracorneanas de toxina y de antitoxina diftéricas por medio de jeringas de Pravaz, provistas de finas cánulas. Para ésto, se atravesaba todo el espesor de la córnea siguiendo uno de sus radios y, antes de retirar la cánula, se hacía salir una gota de líquido. A los dos días se efectuaba la excisión de la córnea y se la preparaba para el examen microscópico.

El estudio de las piezas así obtenidas ha mostrado, en lo que concierne á los efectos de la toxina diftérica, que la inyección de esta substancia en el espesor de la córnea provoca un proceso inflamatorio intenso con destrucción de elementos celulares, desprendimiento de la capa epitelial y supuración.

Cuanto al suero antitóxico, no ha determinado más alteraciones que algunas estrías blanquizas, dispersas á lo largo de la picadura y resultantes de la presencia á ese nivel de un cierto número de leucocitos.

Habiendo precisado de esta manera la acción ejercida sobre la córnea por la toxina y la antitoxina diftéricas, inyectadas cada una separadamente, el autor se ha ocupado, luego, en estudiar los efec-

tos de las inyecciones intracorneanas de estos dos productos, obrando más ó menos simultáneamente.

Después de haber depositado en el espesor de la córnea una gota de suero antidiftérico, introducíase diez minutos más tarde toxina diftérica por el mismo orificio de punción. En un orden inverso se procedía también sobre otros animales, á los cuales se inyectaba primeramente toxina diftérica; luego, diez minutos más tarde, suero antitóxico. En ambos casos la córnea no ha presentado, al cabo de dos días, nada anormal á la simple inspección, salvo algunas estrías opacas á nivel de las picaduras; pero al examen microscópico se podían descubrir: en el primer caso, lesiones propias de la toxina; y, en el segundo, alteraciones características de la acción del suero antidiftérico. Así, pues, en estos dos grupos de experimentos, la substancia inyectada en último lugar es la que ha producido lesiones histológicas de la córnea.

Finalmente, en una última serie de investigaciones, Sélinov ha practicado inyecciones intracorneanas de una mezcla de toxina y de antitoxina, mezcla preparada previamente *in vitro*. Cuando esta mezcla contenía una cantidad suficiente de antitoxina para neutralizar completamente la acción de la toxina, no se notaba, al cabo de dos días, ninguna lesión aparente de la córnea. En el caso contrario, observábase un desprendimiento parcial del epitelio corneano. Al examen microscópico, existían en ambos casos alteraciones corneanas que, en ciertos puntos, dimanaban de la toxina y, en otros, eran debidos á la antitoxina.

De estos hechos, Sélinov infiere que la toxina y la antitoxina diftéricas, puestas en contacto entre sí, conservan sus propiedades respectivas y no se neutralizan recíprocamente, aun cuando se las mezcle *in vitro*.

(*Arch. des scienc. biol. de Saint-Petersbourg.*)

\*  
\*\*

**Amaurosis sífilítica. Inyecciones de calomelanos.**—*Monsieur Danlos*: Hé aquí un hombre atacado de sífilis desde 1897. A seguida de accesos de iritis, había perdido casi completamente la vista. Ha estado sometido sucesivamente á la medicación mercurial bajo sus diversas formas en varios hospitales, y, en especial, ha recibido 3) inyecciones hipodérmicas de bióduro de mercurio. A consecuencia de este tratamiento intensivo, apenas si había experimentado una ligerísima mejoría de las lesiones oculares. En cambio, el enfermo vino á mi servicio con una estomatitis mercurial muy acentuada, que fué necesario desde luego hacer desaparecer. Al cabo de tres semanas pude practicar una inyección de calomelanos, cuyo electo sobre los trastornos visuales fué sorprendente. Continué el tratamiento, y después de la cuarta inyección de prótocoluro de mercurio, el paciente había recobrado completamente la vista.

Tenía interés en referir esta observación para rehabilitar los

calomelanos, cuyo empleo contra la sífilis ha sido vivamente combatido en estos últimos tiempos.

*M. A. Fournier:* Es cosa sabida que los calomelanos constituye algunas veces un excelente remedio de la sífilis; ciertas lesiones rebeldes de la lengua ó de la laringe, ciertos casos de fagedenismo, se atenúan y curan como por encanto bajo la influencia de esta medicación, al paso que habían resistido á todos los otros modos de administración del mercurio. En cambio, en otros casos hemos visto fracasar á los calomelanos, en tanto que las inyecciones de sales mercuriales solubles, ó hasta simples píldoras de protoioduro, daban muy buenos resultados. El empleo de las inyecciones de calomelanos implica ciertas indicaciones, que en realidad no podemos aún determinar de una manera precisa. Además, mientras no se haya llegado á evitar al enfermo los terribles dolores que esas inyecciones le hacen sufrir á veces, el Médico se verá constreñido á reservar este medio para los casos excepcionales.

*M. E. Besnier:* Las dosis de calomelanos con las cuales se obtienen resultados favorables, varían según los sujetos. En los casos en que sobrevienen accidentes graves, deben existir, á mi juicio, ciertos factores de intolerancia (glucosuria, albuminuria, etc.) que no han sido suficientemente estudiados hasta hoy.

*M. Brocq:* La cuestión de las dosis que hay que emplear ofrece gran importancia, como acaba de hacerlo notar el Dr. Besnier. A veces, después de haber aguardado inútilmente la menor mejoría, basta con aumentar la dosis de calomelanos para ver cómo el enfermo cura en el solo espacio de algunos días. En cambio, he observado el fenómeno inverso en un sujeto atacado de glositis sífilítica esclerosa, en quien inyecciones de 0 gr. 05 centigr. de protocloruro de mercurio no habían dado ningún resultado, y que ha obtenido considerable mejoría tan luego como solo le he practicado inyecciones de 0 gr. 02 centigr.

*M. Trousseau:* En el enfermo que nos ha presentado el Doctor Danlos, los conmemorativos permiten afirmar que la iritis sífilítica se complicó con infiltración del cuerpo vítreo; hubo, en una palabra, irido-coroiditis. Pues bien; ocurre á menudo en tal circunstancia, que el tratamiento mercurial no produce sus efectos sino á la larga, y que la mejoría, después de haberse hecho esperar durante mucho tiempo, se acentúa rápidamente. Siendo esto así, acaso no debiera de atribuirse á los calomelanos sólo el éxito obtenido en el caso de referencia, y convendría tener en cuenta la impregnación mercurial anterior.

(*Soc. de derm. y sifil. de Paris.*)

\*  
\*\*

**La sangre en la epilepsia.**—Según Mainet y Vires, en los períodos intercurrentes de la neurosis epiléptica existe un estigma permanente, trátese de la forma convulsiva ó de la forma larvada: la hipotoxicidad de la orina; criterio que, según los autores, puede

servir para el diagnóstico. Consideran que también está disminuída la toxicidad del suero sanguíneo en los epilépticos.

Cololian encuentra, por el contrario, que en los intervalos de los accesos la sangre de los epilépticos es tóxica (5 experiencias), mientras que la de los hombres normales no lo es (3 experiencias.) Inmediatamente después del acceso (6 experiencias) la toxicidad está exagerada; 5, 4, más ó menos, de suero sanguíneo de un epiléptico después del ataque, basta para matar un kilogramo de animal (rata, conejo, etc.)

Las experiencias de Cololian dan, pues, resultados bastante diversos que las de Mainet y Vires, y la diferencia podría depender de que los animales, aunque pertenecientes todos á una misma especie, no reaccionan todos de la misma manera á la acción de ciertas substancias.

Así, por ejemplo, la misma dosis de fosfurol produce en algunos conejos y perros ataques convulsivos, mientras que no dá alteración alguna en otros, que también se encuentran aparentemente en las mismas condiciones de peso y de nutrición.

Esta observación, y sobre todo la escasez de las experiencias, dejan en suspenso toda conclusión sobre el valor de estas interesantes investigaciones.

(*Archives de Neurologie.*)

\*  
\* \*

**Anestesia quirúrgica mixta por el protóxido de ázoe y por el éter.**—Desde hace algún tiempo, empléase mucho en América, especialmente en el servicio del profesor Mc. Burney, en «Roosevelt Hospital», de Nueva York, un procedimiento mixto de anestesia quirúrgica, que consiste en hacer inhalar primeramente protóxido de ázoe, luego inmediatamente después éter, procedimiento que es de una inocuidad casi absoluta, y con el cual el período de agitación pre-anestésica y los vómitos quedan reducidos al minimum.

Hé aquí cuáles son, según el Dr. A. H. Miller, Cirujano-residente del «Rhode Island Hospital» de Providencia, los detalles de este método de narcosis:

Una vez terminados todos los preparativos para la intervención, y estando el paciente tendido sobre la mesa de operaciones, se le invita á que mantenga un brazo en la posición vertical y se le administra protóxido de ázoe. Al cabo de algunos instantes, la respiración se hace difícil, el pulso se acelera, sobreviene cianosis, y el brazo mantenido elevado descende inerte. En tal momento, y sin aguardar á que comience el período de la respiración estertorosa, de la rigidez muscular y de las convulsiones, se pasa directamente á las inhalaciones de éter. Para hacer ésto, se echa mano en «Rhode Island Hospital», no de careta de inhalación, sino de un cilindro de papel cubierto de tela y abierto por sus dos extremidades. En uno de los extremos del cilindro se halla sujeta por medio de un alfiler de seguridad una compresa de muselina que no inter-

cepta el paso del aire y sobre la cual es vertido el anestésico. La otra extremidad es aplicada sobre la nariz y la boca del paciente. Este último aspira de este modo aire cargado de vapores de éter. La respiración no tarda en volverse más apacible, más regular, el pulso disminuye de frecuencia, la cianosis se disipa, los músculos se relajan, el reflejo conjuntivo desaparece; entonces la anestesia es completa. Obtiénese este resultado en dos minutos próximamente, á partir del instante en que se ha empezado á administrar el protóxido de ázoe.

Importa escoger el momento oportuno para pasar del empleo del protóxido de ázoe al del éter. En efecto; si se prolonga exageradamente la inhalación del primer anestésico, la respiración se para y se hace necesario aguardar á que se restablezca para poder administrar el éter; de otra parte, si la inhalación del protóxido se suspende con harta prontitud, el éter provoca trastornos respiratorios y excitación.

Para prolongar la anestesia durante la operación, basta verter de cuándo en cuándo éter encima de la compresa de muselina del cilindro de inhalación. De esta manera puede mantenerse indefinidamente al operando en un estado de insensibilidad absoluta, sin que haya dilatación pupilar ni respiración estertorosa.

Sobre el número total de los enfermos anestesiados según este procedimiento, 84 por 100 no han presentado ni vómito ni náusea, lo mismo durante que después de la narcosis; 11 por 100 tuvieron ligerísimos vómitos, y sólo 5 por 100 llegaron á presentar vómitos más ó menos abundantes.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**Tratamiento operatorio de los quistes hidatídicos.**—Sabido es que Brobov propuso, hace dos años, que fueran tratados los quistes hidatídicos por medio de la enucleación, seguida de sutura inmediata de la bolsa con oclusión de la cavidad abdominal. Los resultados obtenidos por medio de este procedimiento, que no se aplica naturalmente sino á los quistes no supurados, han inducido á Garré á utilizarlo en tres casos de hidátidos del hígado.

En la primera enferma, la herida presentó al cabo de diez días una ligera infiltración edematosa y se observó la formación de una fístula, que no cesó de manar hasta al cabo de algunos meses, después de un legrado. En el segundo paciente, las consecuencias operatorias fueron normales; lo mismo ocurrió á poca diferencia en el tercer caso, en el cual se observó únicamente una elevación pasajera de la temperatura. El autor atribuye el fracaso parcial notado en el primer hecho á la circunstancia de haber fijado la sutura del hígado al peritoneo de la pared abdominal. Esta particularidad hubo de facilitar evidentemente la comunicación que se estableció más adelante entre la cavidad del quiste hidatídico y la herida abdominal.

Sin dejar de reconocer que el método de Brobov, así como el procedimiento análogo de Delbet, constituyen un progreso muy importante en el tratamiento de los hidátides, Garré estima que ninguno de los métodos propuestos hasta hoy puede ser aplicado á todos los quistes hidatídicos del hígado.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

---

## FÓRMULAS

---

### 375

Sublimado corrosivo . . . . .	áá 1 gramo.
Acido tártrico . . . . .	
Alcohol de 90° . . . . .	50 c. c.
Eter c. s. para completar . . . . .	50 c. c.

M.—Para tres ó cuatro pulverizaciones en la cara, durante un minuto á lo más.

En la **viruela**.

(*Talamon.*)

\* \*  
376

Fosfuro de zinc . . . . .	15 miligramos.
Hierro reducido . . . . .	120 centigramos.
Polvo de almidón . . . . .	12 »

M. y h. ocho píldoras, para tomar de dos á tres al día.

En la **cefalea de los neurasténicos**.

(*Colin.*)

\* \*  
377

Bicloruro de mercurio . . . . .	áá 25 centigramos.
Clorhidrato amónico . . . . .	
Leche de almendras . . . . .	500 gramos.

M.—Para lociones.

En el **prurito de los órganos genitales**.

(*Loutaud.*)

\* \*  
378

Glicerina . . . . .	50 gramos.
Alcohol . . . . .	áá 20 »
Agua . . . . .	
Borax . . . . .	4 »

M.—Para fricciones.

En la **seborrea del cuero cabelludo de los niños**.

(*Comby.*)

---

## SECCIÓN PROFESIONAL

### FALLECIMIENTOS.

«Excmo. Sr.: La Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), se ha servido disponer que en los partes de fallecimiento de Generales, Jefes y Oficiales y sus asimilados, que las autoridades militares den en lo sucesivo á este Ministerio, se hagan constar las pensiones de cruces que aquéllos disfrutaban.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 8 de Enero de 1900. — Azcárraga.—Sr.....»

\*  
\* \*

### HOJAS DE SERVICIOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de las varias consultas elevadas á este Ministerio, con motivo de las deficiencias observadas en la redacción de las hojas de servicios de algunos Jefes y Oficiales y asimilados, procedentes de Ultramar; considerando que la mayor parte de aquéllas son originadas, no por errores ó defectos que sea preciso subsanar, sino únicamente por haberse dejado de estampar en dichos documentos las anotaciones correspondientes á los servicios y circunstancias de los interesados en determinado espacio de tiempo, sin que estas omisiones, debidas á las dificultades propias del estado de guerra, tengan el carácter de alteraciones ó rectificaciones, y de acuerdo con lo manifestado acerca de este asunto por el Capitán General de Castilla la Nueva, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien disponer que las hojas de servicios anuales y de hechos de los Jefes y Oficiales procedentes de Ultramar que no se hallen completas y ultimadas, se remitan por las unidades orgánicas ó autoridades de quienes dependan los interesados, á las Comisiones liquidadoras de los Cuerpos disueltos en que aquéllos sirvieron, á fin de que las amplíen con los datos que en ellas deben constar acerca de los servicios y condiciones de cada uno; y cuando los expresados Jefes y Oficiales hubiesen estado en Ultramar como supernumerarios, excedentes ó de reemplazo, y en comisiones activas ó destinos especiales no pertenecientes á Cuerpos armados, se harán cargo de dichas ampliaciones las mismas unidades ó dependencias á que corresponda ahora llevar las mencionadas hojas, según lo dispuesto en la Real Orden de 13 de Septiembre de 1894 (C. L. número 262) y demás disposiciones vigentes, efectuándose las ampliaciones

mediante relación jurada de los interesados, á la que unirán todos los documentos justificativos que puedan aportar.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 29 de Enero de 1900.—Azcárraga.—Sr.....»

\*  
\*  
\*

#### CARRERAS CIVILES.

«Circular.—Exemo. Sr.: Por la Presidencia del Consejo de Ministros, con fecha 7 del mes próximo pasado, se dijo á este Ministerio lo siguiente:

«Visto el expediente instruido con motivo de una instancia presentada por el General de División D. Rafael Cerero, solicitando que en cumplimiento de lo que disponen las Leyes de presupuestos de 1893 y 1895 se dicten las disposiciones conducentes á que los ingenieros militares, provistos del correspondiente título académico, puedan ejercer su profesión en industrias y trabajos particulares; considerando que los ingenieros militares, así como los Jefes y Oficiales de los demás Cuerpos del ejército y armada, provistos de los títulos académicos que previene el artículo 51 de la Ley de presupuestos de 1893, debidamente expedidos, tienen derecho al libre ejercicio de sus respectivas profesiones, según determinan el citado artículo 51 y los 29 y 31 de la Ley de presupuestos de 1895; considerando que ese derecho, como nacido de la Ley que les concedió tal beneficio, es evidente, necesitando tan sólo que se dé exacto y puntual cumplimiento á las precitadas disposiciones, que no han sido derogadas ni modificadas por ninguna otra posterior, y á lo que preceptúa el Real Decreto de 28 de Mayo de 1894; y considerando que no puede estimarse como motivo para negar lo solicitado en la instancia de referencia, el que disposiciones anteriores á las Leyes que concedieron los referidos derechos á los Jefes y Oficiales del ejército y armada, no haya comprendido á éstos, para que apoyándose en tales antiguos preceptos se les niegue lo que últimamente se les ha concedido, S. M. el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por el Consejo de Estado en pleno, ha tenido á bien disponer que los ingenieros militares, así como los demás Jefes y Oficiales del ejército y armada, provistos de títulos académicos debidamente expedidos, tienen derecho al libre ejercicio de sus respectivas profesiones en trabajos particulares, y que por el Ministerio de Fomento se cumplimente lo que dispone el artículo 2.º del Real Decreto de 28 de Mayo de 1894.»

De Real Orden lo traslado á V. E. para su conocimiento y efectos correspondientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 5 de Febrero de 1900.—Azcárraga.—Sr. . . . .»

---

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

---

Con atento B. L. M. del Excmo. Sr. Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, hemos recibido la «*Memoria-resumen de la estadística sanitaria del ejército español en el año de 1897.*» Agradecemos al Sr. Gallego su atención al enviarnos dicho trabajo, del que nos ocuparemos oportunamente con la especial predilección que nos merecen estos estudios.

\*  
\*\*

A petición de la Sociedad francesa de Electroterapia y de Radiografía, el Congreso internacional de estas especialidades médicas se agregará al Congreso internacional de 1900.

Un comité, compuesto de MM. *Weiss*, Profesor agregado á la Facultad de medicina de París, Presidente; *Apostoli y Oudin*, Vicepresidentes; *Doumer*, Profesor en la Facultad de medicina de Lille, Secretario general; *Montier*, Secretario; *Boisseau du Rocher*, Tesorero; y de MM. *Bergonié*, Profesor de la Facultad de medicina de Burdeos; *Rouchacourt*, Branly, Profesor del Instituto católico de París; *Broca*, Profesor agregado á la Facultad de medicina de París; *Larat, Radiquet, Villemín*, Cirujano de los hospitales, ha sido encargado de asegurar su organización.

Este Congreso se celebrará en París del 27 de Julio al 1.º de Agosto de 1900.

Para más informaciones dirigirse al Profesor M. E. Doumer, 57, Rue Nicolas-Leblanc, en Lille, Secretario general, al cual debe dirigirse también toda la correspondencia relativa á este Congreso.

Las adhesiones deben enviarse al Dr. M. Montier, 11, Rue de Miro-mesnil, en París.

\*  
\*\*

En el presente mes no hay propuesta de ascensos en la Sección de Medicina del Cuerpo, porque la vacante ocurrida ha correspondido al turno de amortización.

\*  
\*\*

Para no retrasar la publicación del original que tenemos pendiente, prescindimos del pliego de Memoria, aumentando con igual número de páginas el texto del presente número.

\*  
\*\*

REAL ACADEMIA DE MEDICINA.—PROGRAMA DE PREMIOS Y SOCORROS PARA 1900 Y 1901. —Esta Academia abre concurso sobre los temas siguientes:

I. *Indicaciones de la laparotomía supraumbilical.*

II. *¿Se debe prohibir en absoluto, como alimentación del hombre, el uso de la carne y de la leche procedentes de animales tuberculosos, cualquiera que sea el estado de éstos?*

Para cada uno de estos puntos habrá un PREMIO y un ACCÉSIT, y podrán concederse las MENCIONES HONORÍFICAS que se juzgue conveniente.

El premio consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de Socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones de Reglamento.

El accésit será medalla de plata en igual forma, 250 pesetas, diploma especial y título de Socio corresponsal, con las mismas condiciones.

La mención honorífica consistirá en un diploma.

Las Memorias deberán estar escritas con letra clara, en español ó latín.

Las que obtengan el premio se publicarán por esta Corporación, entregándose á sus autores 200 ejemplares; y las que sean favorecidas con el accésit ó mención honorífica se imprimirán si la Academia lo estima conveniente; reservándose en todo caso la facultad de publicar ó no, por su cuenta, las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

#### PREMIOS ALVAREZ ALCALÁ.

I. *De la uremia, y especialmente de su patogenia, variedades, diagnóstico y terapéutica.*

II. *Estudio farmacológico de las especies del género Digitalis.*

Para cada uno de estos temas habrá un PREMIO y un ACCÉSIT, pudiendo concederse también MENCIONES HONORÍFICAS.

El premio consistirá en 750 pesetas, diploma especial y título de Académico corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones reglamentarias; y el accésit en diploma especial y título de Corresponsal, en los términos mencionados.

#### PREMIO MARTÍNEZ MOLINA.

*Estudio de los centros cerebrales olfatorios, ópticos y auditivos, y relaciones de continuidad que con ellos tienen los nervios del mismo nombre en la especie humana y en los vertebrados.*

Para esta cuestión habrá un PREMIO y un ACCÉSIT.

El premio consistirá en 4.600 pesetas, diploma especial y título de Socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones de Reglamento; y el accésit en diploma especial y título de Socio corresponsal, con las mismas condiciones.

#### PREMIO DEL EXCMO. SR. MARQUÉS DEL BUSTO.

*Estudio de la Bibliografía española en la primera mitad del siglo XIX.*

Para este punto habrá un PREMIO y un ACCÉSIT.

Consistirá el *premio* en la cantidad de 250 pesetas, con diploma especial y título de Socio corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si no siéndolo anteriormente reuniese las condiciones de Reglamento; y el *accésit* en diploma especial y título de Socio corresponsal, con las mismas condiciones.

Los premios mencionados se conferirán en la solemne sesión inaugural del año de 1902 á los autores de las Memorias que los hubieren merecido, á juicio de la Academia.

Las Memorias se remitirán á la Secretaría de la Corporación, sita en la calle Mayor, número 6, cuarto bajo, izquierda, antes de 1.º de Julio de 1901, de doce á cuatro de la tarde; no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, distinguiéndolas con un lema, igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su nombre y residencia. Sólo se incluirá en cada uno de los pliegos el nombre de un autor, y si al abrirlos se hallaren dos ó más, se considerará nula la adjudicación del *premio*, del *accésit* ó de la *mención honorífica*.

Los pliegos de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural, á no ser que fueren reclamados oportunamente por sus autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del concurso.

#### PREMIO SALGADO.

Se conferirá un premio de 1.500 pesetas al Profesor que haya contraído suficiente y mayor mérito por sus estudios y aplicación de las ciencias auxiliares á la Medicina, particularmente á la Hidrología, ó por sus trabajos médicos, científicos ó prácticos, durante los años de 1899 y 1900.

Se optará á este premio por instancia, ó mediante petición firmada por tres Académicos.

Las instancias ó peticiones, acompañadas de los correspondientes medios justificativos, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Julio de 1901, y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1902.

#### PREMIO CALVO Y MARTÍN.

Consistirá en la cantidad de 375 pesetas y un diploma especial, y podrán optar á él los Médicos de partido, encargados de la asistencia de los pobres, con una asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria, cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; y de no ser ésto posible, describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando estas cualidades el Alcalde y el Cura párroco.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo, en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del Cura párroco en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como también de la Memoria mencionada, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Diciembre del corriente año, y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1901.

No pueden aspirar á este premio los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

#### SOCORROS RUBIO.

Se adjudicarán en la sesión inaugural de 1902, dos de los socorros legados por el difunto Académico D. Pedro María Rubio, consistentes cada uno en la cantidad de 600 pesetas (á que han quedado reducidos en virtud de las últimas disposiciones legales sobre Deuda pública y contribuciones), á las dos viudas é hijas mayores solteras de Médicos rurales, que hayan ejercido su profesión en España por más de tres años, de una manera honrosa y recomendable, en las más pequeñas poblaciones ó aldeas, y prefiriendo á las de aquéllos que hayan sido víctimas de alguna epidemia.

Las interesadas no han de disfrutar ninguna pensión de Montepío.

Se recibirán hasta 1.º de Septiembre de 1901 las solicitudes, acompañadas de los documentos siguientes:

Copia simple del título del Profesor fallecido, certificación de su matrimonio, y las de los Alcaldes ó Ayuntamientos que acrediten el tiempo que ejerció la profesión en cada localidad, concepto que mereció, número de habitantes, dotación y obligaciones del cargo de titular, y á ser posible, sus utilidades por la asistencia de las familias acomodadas.

Madrid 10 de Diciembre de 1899.—*El Presidente*, MARQUÉS DE GUALERZAS. *El Secretario perpetuo*, MANUEL IGLESIAS Y DÍAZ.

---

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

**Le lesioni traumatiche dei centri nervosi**, per le *Dott. Salvatore Salinari*, capitano medico. Memoria onorata del premio Riberi pel 1898.—Roma, 1900.

**Memoria-resumen de la estadística sanitaria del ejército español en el año 1897**. Presentada al Excmo. Sr. Ministro de la Guerra por el Excmo. Sr. Inspector médico *D. Bernardino Gallego y Saceda*, Jefe de la Sección de Sanidad Militar.—Madrid, 1899.

**Resumen de la historia y tareas desempeñadas por la Real Academia de Medicina en el año 1899**. Memoria leída por el Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. *D. Manuel Iglesias y Diaz*, Secretario perpetuo, en la sesión inaugural del año 1900.—Madrid, 1900.

**Conflictos entre la higiene y las necesidades de la educación moderna**. Discurso leído por el Excmo. é Ilmo. Sr. *D. Angel Fernández-Caro y Nourilas* en la sesión inaugural del año 1900 de la Real Academia de Medicina.—Madrid, 1900.