

BOCIO QUÍSTICO

I

El cuerpo tiroides se halla constituido por vasos, tejido conjuntivo y vesículas cerradas, envueltos por una túnica célula-fibrosa que envía prolongaciones al interior de la glándula y dá lugar á los lóbulos y lobulillos; las vesículas cerradas contienen un líquido albuminoideo; posee una gran riqueza vascular, siendo regado por las arterias tiroideas, y ante el istmo se halla el plexo tiroideo muy desarrollado; está inervado por el gran simpático, que juega un gran papel en la enfermedad de Basedow. Ha sido muy discutido el valor fisiológico de esta glándula, y hoy parece hallarse fuera de dudas la influencia que goza en el concierto orgánico; en efecto, según Notkine de Kiew, los cambios que se verifican en la economía dan lugar á la formación de una substancia albuminoidea que ha sido aislada por él, y á la que llama tiroproteida, muy tóxica y que produce graves alteraciones en el organismo; pero esta tiroproteida, puesta en circulación, al llegar al cuerpo tiroides es neutralizada por un fermento (euzimo) segregado por la glándula, y de cuya combinación resulta la tiroidina, también albuminoidea, y que es muy beneficiosa al individuo. Ocurre, pues, que puede haber hipotiroidización por atrofia de la glándula con supresión funcional, de donde resulta la caquexia estrumipriva, paquidérmica de Charcot, myxœdema de Ord, ó bien la hipertiroidización, el aumento de la glándula, su exageración funcional, la enfermedad de Basedow.

El cuerpo tiroides es susceptible de sufrir modificaciones en su

estructura; la hipertrofia de todos los elementos constituye el bocio simple, y el bocio quístico está formado por las vesículas dilatadas que ocupan el parénquima glandular, pudiendo el líquido tener diferentes coloraciones, desde el ambarino seroso transparente, hasta el obscuro coloide. Las relaciones que el bocio mantiene con órganos importantes á la vida, ofrecen un gran interés; la compresión que ocasiona en la tráquea, carótida, yugular, recurrente, esófago, altera continuamente sus funciones; los peligros que origina por su descenso al mediastino, por su más fácil rotura á medida que sus paredes se distienden, obliga á tomar una determinación rápida y eficaz, llevando á cabo una intervención apropiada.

II

La enferma que motiva esta historia se llama Bruna A., de 38 años de edad, soltera, natural de Burgos, de constitución fuerte, y costurera empleada en el hospital militar de Madrid-Carabanchel.

En los primeros días de Mayo próximo pasado fué reconocida por el Dr. Semprun; apreció existencia de una tumoración irregular, situada en la región antero-lateral izquierda del cuello, dirigida de arriba abajo, de atrás adelante y un poco de fuera adentro, extendida desde un centímetro más abajo del ángulo de la mandíbula hasta un través de dedo por fuera de la articulación externo-clavicular izquierda; medía nueve centímetros de largo por seis de ancho, y próximamente unos cinco de profundidad; su superficie no era completamente lisa, presentaba algunas depresiones y rugosidades, gozaba de poca movilidad, manteniendo algunas adherencias con el plano superficial y con los laterales; sus relaciones con el recurrente eran estrechas, á juzgar por la voz algo enronquecida; al hacer la deglución se movía el tumor con la tráquea, notándose perfectamente su movimiento ascensional, y al colocar los dedos á los lados de la tráquea se apreciaba el choque del tumor al descender; á pesar de la renitencia se comprobaba una ligera

fluctuación, señal inequívoca de que era tumor líquido y paucilocular, porque la onda se sentía en toda su masa. En vista de estos datos formuló el Dr. Semprun el diagnóstico de *bocio quístico*. No había que pensar en los tumores fluctuantes, pulsátiles ó no; en cambio, los ganglios tuberculosos reblandecidos adheridos á la tráquea, que participan de los movimientos de ésta, podían presentar alguna dificultad por ofrecer cierta identidad con los bocios quísticos; pero estos tumores son en primer lugar muy raros, dejan rastros en la economía, infartos tonsilares, ganglios en el mismo lado y en el opuesto, algún punto de adherencia ó enrojecimiento de la piel, la superficie no presenta la renitencia del bocio, y, por último, el estado general se halla más afectado en el tuberculoso que en el afecto de bocio.

Descartados todos los demás quistes, pues no puede haber confusión con ellos, nos quedamos con el cuerpo tiroides como órgano generador de la lesión; bocio sólido, no es; por lo tanto no hay que ocuparse del folicular, fibroso ni vascular, quedando con la variedad que se ha diagnosticado.

Bocio quístico unilocular.—Interrogando á la enferma nos manifestó que las únicas enfermedades que ha padecido son: las viruelas, de niña; un eczema en las manos hace ocho años, y otro eczema en las piernas, que le brotó en Noviembre del año anterior y curó en Enero de éste; en el mes de Febrero notó la presencia de un tumorcito como una avellana en la parte inferior del lado izquierdo del cuello, que no le dolía ni causaba molestia alguna; aumentaba de volumen durante las reglas, y permanecía estacionado en el periodo intermenstrual, para aumentar nuevamente al aparecer el flujo catamenial, continuando su crecimiento en esa forma hasta alcanzar las dimensiones actuales; á medida que iba aumentando, las molestias se iban acentuando, sobre todo de noche, causándole dificultad en la deglución, sueños agitados, dolores de cabeza, la vista fatigada, por lo que apenas podía coser, dolores en el oído izquierdo y respiración alterada; en los últimos días estos síntomas se recrudecieron, presentándose la voz ronca

y un gran malestar general, que obligaba á la enferma á pedir con desasosiego que se le operase ó se le hiciera algo, pues así no podía vivir. En vista de ese cuadro y de la afección que sufría, el Dr. Semprun recomendó como único tratamiento la operación, que, aceptada por la paciente, llevó á cabo el día 14 del indicado mes de Mayo.

Preparados el material é instrumental, y desinfectada la enferma, procedióse al acto operatorio, previa cloroformización; hizo una incisión curvilínea de 11 centímetros de extensión, siguiendo el eje mayor del tumor y contorneando el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo, que interesó todas las capas hasta la aponeurosis cervical media, evitando lesionar la yugular anterior superficial y la externa, que fueron separadas del campo quirúrgico; la aponeurosis superficial fué incindida lo mismo que la media, separando con los dedos los músculos externo-cleido-mastoideo hacia fuera, y los externo-hioideo y tiroideo hacia adentro; estos músculos se hallaban bastante adelgazados y adheridos al tumor; se hizo esta desimplantación y además seccionó transversalmente algunas fibras del externo-hioideo y del haz external del cleido-mastoideo; la yugular anterior profunda se respetó, y seguidamente ligó la tiroidea superior, la vena ima y la arteria tiroidea inferior, dividió la cápsula exterior del bocio, y al dislocar el tumor tuvo mucho cuidado con el nervio recurrente, con quien mantenía estrechas relaciones en las inmediaciones de la tiroidea inferior, y que amenazaba á cada movimiento la respiración de la enferma; la arteria carótida se hallaba por fuera y con un grosor extraordinario, como el dedo meñique; igual desarrollo tenía la yugular interna; una vez aislado el quiste, para lo cual se hizo más uso del dedo que de los instrumentos, se vió claramente que interesaba todo el lóbulo izquierdo y parte del istmo; con un bisturí le incindió y salió un líquido obscuro, coloideo; se formó un pedículo ligándole con seda por transficción y en masa, se seccionó con la tijera, y la superficie fué tocada con el termo-cauterio; bien lavada la región se suturó el externo-cleido-mastoideo y el

externo-tiroideo; los hilos, juntos con un drenajé de gasa, se colocaron en la parte inferior de la herida; por encima del plano muscular, se estableció otro drenaje con gasa, y todo se cubrió con la piel suturada en casi toda su extensión.

Interviniendo de este modo, el tumor fué atacado rápidamente, no hubo hemorragia alguna, el campo operatorio era amplio y se sacrificó muy poco, pues el dedo se encargaba de aislar el quiste y de darse cuenta exacta de todo cuanto ocurriera en el sitio cruento. El curso de la operada ha sido muy halagüeño: á los tres días se le quitaron los drenajes; á los diez los puntos de sutura; la disfonía post-operatoria le duró cinco días, á partir de los cuales fué la voz aclarándose cada día más; la disfagia duró sólo un día: desapareció primero para los alimentos sólidos, y luego para los líquidos; la apirexia ha sido completa; la cicatriz de la incisión ha quedado reducida á una simple línea de pequeñísimo espesor, y en la actualidad sólo le queda un pequeño orificio por el que salen dos hilos de la sutura del pedículo, y que tardarán pocos días en caer; la asepsia ha sido llevada con escrupulosidad en las curas, y á eso se debe el que no se haya infectado un solo punto de la sutura, ni un solo hilo del pedículo, ni producido una sola gota de pus.

Exactamente igual á este caso hemos tenido en la clínica otros dos, operados por el mismo procedimiento y con el mismo éxito por el Dr. Semprun, sin hemorragias durante el acto operatorio y sin complicaciones en el período del tratamiento, obteniéndose una cicatrización por primera intención, excepto en el punto de salida de los hilos del pedículo; y como garantía de la absoluta asepsia de las sedas, en uno de estos bocios se partió un hilo en la línea de sección, y á los dos días se hallaba englobado por el trabajo de cicatrización, sin que su presencia provocara ninguna acción flogógena en los nueve meses que lleva ya transecurridos. La curación se obtiene al mes por término medio, en que caen los últimos hilos del pedículo, cicatrizando con rapidez el orificio que daba paso á las sedas.

III

Este caso se presta á algunas consideraciones, pero tan sólo me voy á ocupar de dos; dada la lesión que es, su desarrollo verificado con alguna rapidez, y la tendencia á invadir el mediastino, el tratamiento que se impone sin pérdida de tiempo es el quirúrgico; no caben contemplaciones ni demoras, pues no tan solo su ruptura es la que nos debe imponer, sino que también las relaciones que adquiere con órganos importantísimos á la vida; la presión sobre las carótidas y yugulares, modifican la circulación cerebral; la acción sobre el pneumogástrico, gran simpático, frénico y recurrente, altera su funcionalismo, y los centros respiratorio y circulatorio nos acusan pronto variaciones en el ritmo cardíaco y actos inspiratorios, exacerbados por las compresiones de la tráquea y del recurrente; por todo lo cual, la operación debe ser verificada con prontitud, aparte de que el acto operatorio será más embarazoso á medida que las adherencias y los cambios de relaciones sean mayores.

El *modus faciendi* también merece que nos detengamos algo. Procediendo de la manera como lo hace el Dr. Semprun, se evitan las yugulares, la cantidad de sangre derramada es pequeñísima, se llega á la aponeurosis media sin causar apenas infiltración sanguínea en el tejido celular, por lo que se evita ese inconveniente, que enmascara los diferentes planos de la región; obrando de ese modo, llegamos al tumor con rapidez, sin pérdidas sanguíneas, limpio el campo, sin pinzas de Pean, en disposición buena de atacar y proceder á las ligaduras arteriales y venosas, y poder con relativa facilidad distinguir y no englobar en la ligadura al nervio recurrente.

Esta incisión no es obligada para todos los bocios; varía según el desarrollo y la forma que afecte; lo que aquí importa es buscar una incisión, que no tan sólo proporcione una abertura amplia, lo suficiente para enucleo el tumor, sino que también evite

las hemorragias; pues si bien es cierto que con buenas pinzas hemostáticas no importan mucho las lesiones de los vasos, es preferible evitarlas, pues á más de ganar tiempo se impide el que se manche el campo operatorio y se dificulte un poco el acto quirúrgico. Muchas han sido las incisiones propuestas; tanto, que Liebrecht contaba 22, y Chrétien, un poco más tarde, sumaba 32, lo que prueba lo difícil que era hallar una que satisficiera en todos los casos. La del Dr. Semprun se acerca mucho á la que recomendaba Reverdin. El profesor Kocher de Berna practica una incisión angular que, partiendo á nivel del cartílago tiroideo, cerca del músculo externo-cleido-mastoideo, se dirige á la línea media, desde donde desciende hasta la horquilla del esternón; con ese corte interesa las venas anteriores del cuello, y la que él llama oblicua, á las que coge antes con pinzas de Pean; igual sección se consigue con su incisión en corbata, que resulta un poco más embarazosa, interesa en muchas ocasiones la yugular externa, y hay á veces que seguir el consejo de Kummer, ó sea disecar la piel y la fascia para lograr mayor campo de acción. La incisión que propone Tillaux en U con la base para arriba, es cierto que proporciona un vasto acceso, pero tiene los mismos inconvenientes que la anterior. Una vez salvada la pared, constituida desde la piel á la aponeurosis media, separados los músculos externo-laríngeos del externo-cleido-mastoideo con incisión transversal ó no, y atacado el tumor, ya sea por el procedimiento de Socin ó la enucleación, ó ya por el de la extirpación ó escisión, se procura ante todo evitar las hemorragias ligando las tiroideas, venas y arterias, pediculizar el quiste y no rellenarlo (marsupializarlo), pasando luego á suturar y drenar profunda y superficialmente. Ejecutando los tiempos de ese modo, la operación resulta casi benigna en los bocios no malignos; tanto que Kocher, en la 3.^a edición de su obra *Tratado de operaciones*, dice que en sus últimos 175 casos no ha tenido ninguna defunción; y los tres casos de la clínica han seguido un curso de los más benignos, sin molestias ni temores de ninguna clase, como si hubieran sufrido una sencilla operación, bien distinto todo

ésto de lo que pasaba en la época en que Dieffenbach decía: «No podéis comprender con qué miedo hago estas empresas temerarias.»

E. PEDRAZA.

Médico primero.

NOTAS ENTRESACADAS DE MI MEMORANDUM CLÍNICO

(Continuación.)

XXIV.

Francisco Alter y Aurón, soldado del 4.º batallón de Cazadores, herido en Malolos el 30 de Mayo de 1898.

A consecuencia de un balazo perforante de la pierna derecha, con grandes destrozos óseos, se le hizo en San Fernando de la Pampangá la amputación del muslo por el tercio inferior y método circular.

El 26 de Junio siguiente, día en que llegó al Hospital de San Juan de Letrán y séptimo de la operación, el muñón ofrecía buen aspecto, el pulso y la temperatura eran normales, y el estado general, aunque algo abatido, en razón á la poca edad y naturaleza enclenque del muchacho, no permitía sospechar complicación traumática de ninguna especie.

Pasó el día sin novedad; pero aquella misma noche, efecto indudablemente de las penalidades sufridas en el largo y accidentado transporte que por tierra y por mar tuvo que soportar con los

demás heridos de la columna Monet, se desarrolló de modo brusco un cuadro sintomático, que agravó extraordinariamente la situación de este operado. Tuvo escalofríos, agitación é insomnio, acusó dolores intensos en el muñón y en todo el muslo, el pulso se hizo muy frecuente, la temperatura se elevó á 40°,2, sobrevinieron vómitos, delirio y evacuaciones involuntarias, y en pocas horas se reveló con todos sus caracteres la infección piogénica que Valette denominó osteomielitis agudísima de los amputados.

Inmediatamente fué trasladado el herido á la sala de curaciones para hacer la desinfección que las circunstancias imponían.

No bien fueron cortados los puntos de sutura y empezaron á ceder las débiles adherencias contraídas por los tejidos, salió un torrente de pus muy flúido y viscoso, quedando el muñón deshecho y retraído, y haciéndose muy prominente el fémur desnudo, en cuyo extremo libre sobresalía la médula ósea en forma de hongo parduzco barnizado por el pus.

Irrigué fuertemente la extensa superficie séptica, y acto seguido serré el hueso cuatro centímetros por cima de la primitiva sección; tras de ésto, nueva y más amplia irrigación de agua sublimada, acompañada de frotos en todos los tejidos y en todas las hendiduras ahondadas por la supuración; toques con el termocauterio en la superficie de sección osteomedular; raspado de los tejidos sospechosos y desinfección de los mismos con el cloruro de zinc; sutura con catgut del manguito perióstico, y luego de las capas musculares; establecimiento de un buen drenaje; última irrigación sublimada; sutura cutánea y colocación de un apósito, compuesto de gasa yodofórmica y espesas capas de algodón hidrófilo. Creo innecesario advertir que el lecho y las ropas que habían servido al herido fueron inutilizadas por el fuego, y que se adoptaron todas las medidas higiénicas de rigor en tales casos.

El remedio fué de una eficacia maravillosa. Siguió su curso aseptico la cicatrización del nuevo muñón, y curó el herido en menos tiempo y con más facilidad aún de lo que es corriente en las amputaciones de muslo.

XXV.

Toribio Reinoso Gregorio, obrero indígena del Arsenal de Cavite, herido en el bombardeo de la plaza el día 1.º de Mayo de 1898.

Llegó el día 5 á la Ambulancia de Manila con una mutilación extensa de la pierna izquierda, consecutiva á la explosión de una granada. Tan grande era el destrozo y tan evidente la infección de la herida, que sin perder tiempo hubo que proceder á la amputación del muslo.

Lo particular de este caso fué la presentación casi inmediata de un violento delirio nervioso, en medio del cual se arrancó el operado el apósito y refregó el muñón con las ropas y el bejuco de la cama.

No habían transcurrido veinticuatro horas de la amputación cuando se tuvo que rehacer el muñón, constituido por cierto á doble colgajo.

La nueva intervención al amparo de la antisepsia, y el empleo del opio y los bromuros, encauzaron el caso en las condiciones ordinarias, de las que ya no se apartó un instante hasta la curación definitiva.

XXVI.

D. Pedro del Real y Sánchez-Paulete, Coronel del Regimiento Infantería de línea, número 69, herido en los montes de Nusuguet el 9 de Marzo de 1898.

Cuando me hice cargo de la asistencia de este Jefe, la herida estaba reducida á un trayecto fistuloso, en cuyos extremos se mantenían abiertos los orificios de entrada y salida del proyectil que había atravesado el muslo izquierdo.

Ya tuese consecuencia de la actitud en que estuviera el muslo al ser herido, ya de la supuración que durante tres meses entretuvo el trayecto del balazo, la dirección de éste resultaba tortuosa, formando un ángulo agudo, de vértice superior, á través de los dos mayores aductores y el biceps crural.

El pus era espeso y abundante; sin embargo, no hallé por la exploración indicio alguno de lesión ósea, ni tampoco vestigios de cuerpo extraño que sostuviera la infección. Lo único que se notaba era la resistencia extraordinaria de las paredes del trayecto, la induración de la superficie vegetante, más callosa que fibrosa, junto á los orificios anterior y posterior.

Intenté, con cierta desconfianza, la transformación y el avivamiento del conducto fistuloso por medio del cloruro de zinc y el permanganato potásico; y cuando me hube convencido de que la lesión requería un tratamiento radical, esencialmente quirúrgico, desbridé los orificios, raspé los dos trozos del trayecto é hice las curas sucesivas, lavando primero con agua sublimada y aplicando por cada orificio una delgada mecha de gasa yodofórmica.

Cesó la supuración, desapareció la contractura miógena que había obligado al herido á andar con muletas cerca de cuatro meses, y la herida cicatrizó sólidamente con absoluta integridad funcional.

XXVII.

Casiano Monteverde Garcia, soldado del 14.º batallón de Cazadores, herido en Maragondón el 11 de Mayo de 1897.

Procedente de otra clínica pasó á mi sala á mediados de Junio siguiente, con una artritis supurativa de la rodilla derecha, consecutiva á un balazo perforante articular con fractura de la rótula. La intensidad de los dolores y el abatimiento originado por la fiebre hacían declarar al paciente que estaba arrepentido de haberse opuesto á la amputación.

Tal era el estado del herido cuando le ví por primera vez, que también llegué á desconfiar de que la extremidad pudiera conservarse.

No obstante, practiqué la artrotomía antiséptica dejando el drenaje correspondiente, y en el cuadro patológico se operó un cambio rapidísimo, que me hizo formar pronóstico más halagüeño. La evacuación del pus, la extracción de las esquirlas libres de la rótula, la antisepsia y la inmovilización bastaron para agotar el foco séptico y obtener la reparación anatómica sin pérdidas sensibles. Lo que no se pudo lograr fué la reintegración funcional de la articulación herida. Ese ideal de la Cirugía conservadora no deja de ser una utopía, en el mayor número de casos, y lo es siempre que se trata de artritis supurada de la rodilla, causada por balazo penetrante con fractura ósea.

XXVIII

Felipe Madera Arias, soldado del 11.º batallón de Cazadores, herido en el Puente del Zapote el 30 de Mayo de 1898.

Un balazo Remington, perforante de la rodilla izquierda, fracturó la rótula y los cóndilos internos del fémur y la tibia. En este último hueso el destrozo fué mayor, pues además de un considerable número de pequeñas esquirlas, se produjo la separación de un gran fragmento cuneiforme epifiso-diafisario, cuya movilidad era claramente perceptible.

Cuando me hice cargo de este herido, llevaba en tratamiento más de un mes, con estricta sujeción á la práctica conservadora.

Por esta razón, y en vista de que los síntomas locales y generales, á más de denunciar la existencia de una osteo-artritis supurada, tenían demasiada intensidad para que se confiara en el éxito de un tratamiento expectante ó paliativo, decidí, desde luego, intentar una cura radical que, sin ser mutilante, fuese suficientemente activa para conjurar los peligros que amenazaban.

Dilaté en sentido longitudinal el orificio de entrada é hice seguidamente la ablación de los fragmentos de la rótula; vacié todo el pus contenido en la articulación, y procuré desinfectarla con minuciosos lavados antisépticos; agrandé el orificio de salida, extraje una esquirla femoral y el trozo disociado de la tibia, y legré las asperezas de la superficie de fractura; por último, dejé colocado un tubo de drenaje, hice por él un nuevo lavado de la articulación y, previo el refrescamiento consiguiente, suturé cuanto fué posible las heridas anterior é interna, reduciendo la abertura á lo que requería el desagüe.

A partir del día de la operación, todos los síntomas mejoraron progresivamente. Aunque hubo que mantener la pierna en extensión con el auxilio de férulas durante más de dos meses, no por eso dejó de levantarse y pasear el enfermo, primero ayudándose con muletas y luego apoyado en un bastón.

Claro es que la curación se obtuvo por anquilosis, pero no quedó acortamiento, atrofia ni desviación de la extremidad.

L. AYCART.

(Continuárá.)

Prensa y Sociedades médicas

Transformación de la grasa en glucógeno.—*MM. Bouchard y Dresgrez:* Uno de nosotros puso de manifiesto, hace dos años, cómo ciertos individuos que no recibían otros ingesta que los gases atmosféricos, y que no eliminaban sino las materias de la perspiración cutánea y de la exhalación pulmonar, pueden presentar aumentos de peso que alcancen 10 gr., 20 gr. y hasta 40 gr. en el espacio de una hora. Este aumento de peso no puede ser atribuído sino á una oxidación incompleta de la grasa, tal como su transformación en glucógeno.

Acabamos de instituir una nueva serie de experimentos para demostrar este hecho; con este fin, hacíamos ingerir substancias grasas en abundancia á perros previamente sometidos á la inanición; les administrábamos luego floridzina, con objeto de provocar

la eliminación del azúcar; este último no podía provenir del glucógeno, agotado por la inanición, sino únicamente de la albúmina elaborada, ó, eventualmente, de la grasa transformada. Como la cantidad total de azoe eliminado nos permite calcular la dosis de albúmina elaborada, y por tanto, la cantidad de azúcar que ha producido, la comparación de esta cantidad de azúcar con la que contienen los orines y el hígado nos lleva á inferir que la grasa ingerida no enriquece al hígado en glucógeno.

Otros experimentos, basados en la dosificación directa del azúcar en los órganos de animales sometidos primeramente á la inanición, luego al régimen graso exclusivo, confirman el hecho precedente en lo que concierne al hígado. Pero no ocurre ya lo mismo con respecto al tejido muscular, cuyo contenido en grasa aparece notablemente aumentado por la dieta grasa después de la inanición.

Resumiremos de la manera siguiente los resultados generales que hemos obtenido:

Si la inanición hace bajar el glucógeno de un kilogramo de hígado de 66 gr. 30 á 2 gr. 54, la alimentación copiosa por la grasa, sucediendo á la inanición, disminuye todavía la cifra del glucógeno á 1 gr. 67, como si la inanición continuase. La grasa, como se vé, no aumenta el glucógeno del hígado.

Pero si la inanición hace bajar el glucógeno de un kilogramo de músculo de 4 gr. 20 á 2 gr. 29, la alimentación copiosa por la grasa, después de la inanición, aumenta la cifra del glucógeno muscular á 3 gr. 13. La grasa es, por consiguiente, un manantial de glucógeno muscular.

Es incontestable que el hígado elabora glucógeno con la albúmina y con ciertos hidratos de carbono; en cambio, no parece que lo elabore con la grasa neutra.

El glucógeno hepático libra á la sangre del azúcar, una parte del cual puede fijarse en los músculos en estado de glucógeno.

El glucógeno muscular se transforma en ácido láctico ó se consume; no se transforma en azúcar en la economía, y por consiguiente, no puede restituir glucógeno al hígado.

En resumen; mientras que el glucógeno hepático proviene de los hidratos de carbono alimenticios y de la destrucción de la albúmina, el glucógeno muscular proviene esencialmente de la oxidación incompleta de la grasa, y accesoriamente del azúcar sanguíneo.

(*Acad. de Cienc. de Paris.*)

*
* *

Alteraciones de los ganglios del corazón. La anestesia clorofórmica.—Este trabajo está basado en investigaciones realizadas en el laboratorio de Kronecker, en Berna, y que han consistido en someter á conejos, perros y monos unas veces á una sola cloroforización, otras veces á repetidas inhalaciones de este anestésico, y

en practicar luego el examen histológico de los ganglios cardíacos de dichos animales.

Análogos experimentos han sido efectuados con inhalaciones de éter.

Indicaremos aquí los principales resultados de esas investigaciones, las cuales nos parecen de alguna importancia desde el punto de vista de la elección del anestésico en cirugía.

M. S. Schmidt ha observado desde luego que la anestesia clorofórmica produce una alteración de los ganglios del corazón. Esta alteración es más acentuada en los perros que en los conejos y en los monos. Schmidt ha podido notar, además, que narcosis repetidas ejercen una influencia mucho más considerable en los ganglios que una anestesia única.

Cuanto á la naturaleza histológica de las lesiones, el autor ha encontrado que se parecen á las alteraciones cadavéricas espontáneas. Estima, en consecuencia, que no se trata aquí de una acción directa del cloroformo sobre las células, sino más bien de trastornos nutritivos generales.

Estas lesiones de los ganglios del corazón van acompañadas de desórdenes funcionales, particularmente marcados en el perro.

La supervivencia de los animales no ha sido bastante prolongada para poder determinar si la alteración de los ganglios es ó no susceptible de curar.

Aparte de la acción ejercida por el cloroformo sobre el corazón, Schmidt invoca, para explicar los casos de muerte después de una sola anestesia prolongada, la parálisis del centro de la respiración.

Los experimentos comparativos hechos con inhalaciones de éter no han dado lugar á lesiones ganglionares, pero se ha notado en estos casos una irritación de la mucosa respiratoria. Este fenómeno aparecía mucho menos marcado cada vez que la careta de inhalación era reemplazada por el aparato respiratorio de Kronecker, el cual permitía provocar y mantener la narcosis por medio de una mezcla de aire húmedo y éter evaporado. En el mono, especialmente, el autor ha podido continuar durante mucho tiempo este género de anestesia sin registrar ningún accidente.

(*Zeitsch. f. Biol.*)

*
**

El tratamiento mercurial de las tuberculosis locales.—La analogía de forma y de evolución que presentan con las lesiones sífilíticas ciertas afecciones tuberculosas, especialmente las que tienen por centro los huesos, las articulaciones, los ganglios linfáticos y la piel, ha sugerido naturalmente la idea de utilizar contra estas tuberculosis locales los medios de que se echa mano para combatir las manifestaciones de la sífilis; es decir, el yodo y el mercurio.

El yodo figura desde hace mucho tiempo en la terapéutica de las adenitis crónicas. En estos últimos tiempos ha sido empleado con frecuencia para el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, bajo

forma de inyecciones hipodérmicas, á tenor del método de Durante.

Cuanto al uso del mercurio en la tuberculosis, basta mencionar aquí las inyecciones subcutáneas de calómelanos contra la tuberculosis verrugosa de la piel y contra el lupus, así como las inyecciones de sublimado contra el mal de Pott, sin hablar de algunos hechos de tratamiento hidrargírico de la tuberculosis, que han sido publicados en diversas épocas.

Sentado ésto como precedente, es interesante señalar que, muy recientemente aun, un colega italiano—el Dr. T. Silvestri (de Nonantola)—ha obtenido con la medicación mercurial resultados satisfactorios en diversas formas de tuberculosis. Las observaciones del Dr. Silvestri comprenden un caso de tumores ganglionares voluminosos del cuello, una escrofulosis de manifestaciones múltiples, un mal de Pott, tres casos de tumor blanco de la rodilla, una coxalgia, una osteitis tuberculosa del esternón, y un caso de lesiones pulmonares con bacilos de la tuberculosis en los esputos, acompañadas de ascitis y de hidropericardio.

Nuestro colega ha administrado á esos enfermos el sublimado, ora en inyecciones subcutáneas á la dosis de 0 gr. 005 miligr., ora por la boca, á dosis que variaban de 0 gr. 005 miligr. á 0 gr. 02 centigramos, según fuese la edad del paciente. A veces prescribía igualmente algunas fricciones mercuriales.

En todos los casos tratados de este modo, el Dr. Silvestri ha obtenido, á lo que parece, una mejoría considerable, y hasta las más de las veces una curación, por lo menos aparente.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Desinfección de los pozos por medio del permanganato de potasa.—*M. Delorme:* En diversas ocasiones he utilizado—á seguida de un trabajo de Madame Schipilov (de Ginebra), publicado hace algunos años—el permanganato de potasa para la desinfección del agua de bebida y, en particular, del agua de los pozos.

Hé aquí cómo se procede:

Estando el pozo provisto de su bomba, determínase el nivel del agua que contiene por medio de un cordel tendido por un peso. Conociendo el diámetro del pozo, se deduce el volumen de esa agua. Basta entonces verter una solución de permanganato de potasa á 1 por 100, en la proporción de un litro por cada hectolitro de agua que hay que desinfectar.

Con una percha esterilizada se agita luego el agua del pozo, y cuando al cabo de media hora una muestra sacada presenta el agua conservando el color de la hez del vino, se echa al pozo carbón molido y arena fina, desinfectados en la estufa y mezclados en la proporción de un cuarto de la primera de estas substancias por tres cuartos de la segunda.

Al cabo de tres ó cuatro días, estando la desinfección asegurada, el carbón precipitado, el agua clarificada, se ciega el pozo para

hacer desaparecer los menores rastros del antiséptico, y cuando el análisis bacteriológico repetido durante un mes no descubre ya sino la presencia de una corta cantidad de microbios y la ausencia total de gérmenes patógenos, el agua es declarada buena y el pozo entregado al consumo.

Paréceme inútil añadir que estas desinfecciones no pueden ser realmente eficaces sino cuando la infección del pozo es de origen exterior, y cuando ni el suelo en su profundidad, ni la capa de agua subterránea, se hallan contaminados.

(*Acad. de Méd. de Paris.*)

*
*
*

Inutilidad de los extractos de carne.—Durante mucho tiempo han estado en boga los extractos de carne, pero M. Rome ha venido á demostrarnos que esta reputación es injusta.

Politis tomó dos grupos de ratas. Uno de ellos fué sometido á la completa inanición; al otro se le suministraban 4 gr. de extracto de carne. Los dos grupos sucumbieron al mismo tiempo. Esto es porque el extracto de carne, lo mismo que el caldo, sólo contiene las partes de la carne que son solubles en el agua caliente.

Según los análisis de Stutzer, los extractos de Liebig y de Bouvril contienen:

	Liebig.	Bouvril
	p %	p %
Agua	17.72.....	44.22
Substancias orgánicas.	59.54.	37.26
Sal.....	22.74.....	18.32

Las substancias orgánicas son:

Albuminosas solubles..	20.50.....	10.81
Albúmina insoluble....	0.75.....	6.31
Materias extractivas...	38.29.....	20.32

Además, el extracto no se soporta sino en pequeñas dosis. La cantidad que puede absorberse al día es, según el mismo Liebig, Kemmerichi, etc., de 5 gr. para un adulto, pudiendo llegar hasta 10 y 15. Si se pasa de esta cantidad, se provocan desórdenes digestivos y desarreglos intestinales. Admitamos un medio de 5 gr. Se encuentra en él un gr. de substancias solubles. Para el sostenimiento de la economía, sólo bajo el punto de vista de la nutrición azoada, un adulto bien constituido necesita 118 gr. de substancias albuminoides diariamente. Un convaleciente necesita 80.

El extracto de carne no es, pues, un alimento, sino un condimento útil para la confección de sopas y salsas.

No tiene más valor el rival del extracto de carne que empieza á vulgarizarse, es decir, la *Somatosa*.

Los alemanes pretenden que la somatosa es un alimento tónico, fácilmente asimilable. Es un albuminoso, producto albuminoide hecho soluble por los fermentos digestivos.

La somatosa tiende á enseñorearse en el mercado francés. Con-

viene, por lo tanto, decir algo sobre este nuevo producto alemán.

La somatosa contiene más de 80 por 100 de sustancias albuminoides en un estado que permite su asimilación por el organismo; desgraciadamente la absorción de estas sustancias se verifica mal por el intestino. Ellisen ha dado somatosa y polvo de carne á algunos perros durante varios días. De los 17,84 gr. de ázoe contenidos en el polvo de carne, sólo uno no fué asimilado. Por el contrario, de 17,84 gr. contenidos en la somatosa, no se asimilaron 10,06, y el intestino sufrió una irritación manifiesta.

Para no provocar una diarrea se debe administrar á un adulto una dosis, cuando más, de 20 gr. en dos ó tres veces; y aun así, á los tres ó cuatro días aparece la diarrea. Estos 20 gr. de somatosa contienen 18 de sustancias albuminoides, de los que apenas son utilizables 8 por el organismo. ¡Ocho, cuando un adulto necesita 118 por día!

En vista de ésto la somatosa no debe considerarse como un alimento.

Al contrario del extracto de carne, la somatosa es insípida y no excita la secreción gástrica. Tampoco se le puede considerar como alimento.

En efecto, no se pueden introducir peptonas ó sustancias albuminosas en el organismo bajo su propia forma, porque no se soportan. Es preciso que las sustancias albuminoides ingeridas en el estómago se conviertan en peptona, así como conviene transformar las materias amiláceas y emulsionar las grasas. Esta función está encomendada á las glándulas secretoras, glándulas salivares de la boca, pepsina del estómago y páncreas, y si dichas glándulas no llenan debidamente sus funciones, se remediará este mal tomando los fermentos digestivos: tialina, pepsina, pancreatina.

(*Rev. de Med. Contemp.*)

* * *

Alteración del jarabe de ioduro ferroso.—1.º ¿El jarabe de ioduro ferroso, se altera únicamente por la descomposición del ioduro ferroso, quedando inactivos los otros elementos?

2.º ¿Ó algunos de estos elementos contribuye con su presencia á provocar ó á aumentar esta alteración?

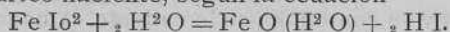
Haciendo las experiencias con soluciones en agua ordinaria, con soluciones en agua destilada, con jarabe fórmula del Códex, con jarabe preparado con agua ordinaria y con jarabe preparado con agua destilada, se ha notado que la fórmula de Códex es mala; además se ha notado lo siguiente:

a) La intensidad de la coloración de las preparaciones, á base de ioduro ferroso, está en relación directa á la acidez de esas preparaciones. La presencia de la goma, en la fórmula del Códex, parece ser el elemento que provoca la alteración.

b) La alteración del ioduro de hierro, no es la única causa de coloración de esta preparación.

c) Los jarabes destinados á entrar en la composición del jarabe de ioduro ferroso, deben ser, sin excepción, preparados con agua destilada; los jarabes preparados con agua común, facilitan grandemente la descomposición de la sal de hierro.

La alteración que sufre puede explicarse así: el precipitado ver-
doso á flocones, que desaparece con la agitación y con el tiempo, y
toma un color de ocre, no es más que protóxido de hierro hidratado
 $\text{Fe O (H}^2\text{O)}$ que, por la acción del aire, se peroxida, dando lugar al
peróxido de hierro hidratado $\text{Fe}^2\text{O}^3\text{(H}^2\text{O)}$. En la primera faz de la
descomposición se forma óxido ferroso hidratado, dejando en liber-
tad una cantidad de iodo que se combina al hidrógeno, dando lugar
al ácido iodhídrico naciente, según la ecuación



Sería á este ácido iodhídrico al cual el jarabe de ioduro ferroso
debería su acidez, de lo que sacamos que todas las causas que pro-
penden á activar la descomposición del ioduro ferroso aumentan la
coloración del jarabe, por la emisión abundante de ácido iodhídrico.
La goma que entra en la composición del jarabe del Códex, hace el
papel de hidratante, formando el óxido de hierro hidratado, que
queda en suspensión al formarse, disolviéndose después en la forma
de sacarato ferroso verde (Bourquelot.)

El ácido iodhídrico anhidro que se desprende rápidamente, acu-
mulado en la parte superior, dá una solución concentrada de hidrato
de ácido iodhídrico. Estos hidratos se disocian por la acción de la
luz, resultando que la coloración á la luz de las soluciones concen-
tradas, depende de la disociación del ácido anhidro.

De aquí se origina la causa principal de la coloración del jarabe
de ioduro ferroso, contribuyendo á aumentarla el peróxido de hie-
rro hidratado y los productos coloreados que se forman en la oxi-
dación de la goma por el ácido iodhídrico.

La coloración puede depender de las siguientes causas:

1.^a La alteración del jarabe es determinada por la disociación
del ácido iodhídrico, anhidro producto de la descomposición del
ioduro ferroso, que dá hidratos que se coloran á la luz.

2.^a Todos los productos capaces de acelerar esta descomposi-
ción, deben ser excluidos de la preparación de este jarabe, debiendo
ser preparado el jarabe con agua destilada en todos los casos, ex-
cluyendo por completo el agua ordinaria.

Marc de Toledo propone la siguiente fórmula:

Iodo bisublimado.	gr.	4.25
Limaduras de hierro.	»	2.00
Agua destilada.	»	10.00
Jarabe simple (con agua destilada).	»	785.00
Jarabe de azahar.	»	200.00

Este jarabe es inalterable, conservándose más tiempo que el ja-
rabe del Códex.

Es preferible á esta última fórmula preparar el jarabe con la so-
lución de ioduro ferroso en glicerina (Van. de Velde), agregando,

como recomienda Carles de Burdeos, 1 gr. 50 de ácido cítrico, pues éste evita una de las causas de alteración del jarabe formada por la cal que contiene el azúcar, además interviene el azúcar formando glucosa, cuyas propiedades reductoras impiden la oxidación del ioduro ferroso.

Hé aquí la fórmula de Van. de Velde:

Iodo.....	20	gramos.
Limaduras de hierro.....	10	»
Agua destilada.....	30	»
Glicerina.....	15	»

Se hace reaccionar el iodo sobre el hierro en presencia del agua, se filtra la solución en una cápsula que contenga la glicerina, se pesa la cápsula y su contenido, se le calienta al baño maría hasta que pierda 25 gramos. Así obtenemos una solución de ioduro ferroso en glicerina, que es inalterable y capaz de conservarse durante largo tiempo.

Hé aquí la fórmula más conveniente, y que daría un jarabe inalterable y que corresponde al jarabe de ioduro ferroso del Códex:

Solución de Van. de Velde.....	10	gr.	25
Acido cítrico.....	1	»	50
Jarabe simple (con agua destilada).....	785	»	00
Jarabe de azahar.....	200	»	00

(El Rest. Farm.)

*
*
*

Nuevo negatoscopio del Dr. Espina.—El Dr. Espina presentó una radiografía referente á un herido por arma de fuego.

El hecho fué el siguiente: una mano criminal disparó un arma de fuego, cargada con multitud de proyectiles y casi á boca de jarro, sobre un individuo. La herida que éste experimentó ocupaba la región posterior lateral inferior del tórax, y los inteligentes Médicos que se ocuparon de prestar los primeros socorros al herido, pudieron extraer seis ú ocho proyectiles. Convencidos de que había más, buscaron en la radiografía el medio de conocer la localización de los proyectiles diseminados en el tórax.

Como el caso era urgente, no se podía aguardar á la obtención de la positiva fotográfica, y no estando á mano el negatoscopio Lenoir, el Dr. Espina improvisó un negatoscopio con la prensa-chasis en que había hecho la radiografía, secando antes la placa, por medio del alcohol y el aire libre. Esto le condujo á hacer ya definitivo este negatoscopio rápido, y que sirviera para poderlo usar sin luz artificial.

Consiste éste en un chasis de hojadelata pintado al esmalte, blanco por dentro, y la otra hoja es un recuadro que coge á la placa como un marco aplicándola contra la parte pintada de blanco. Colocada la gelatina hacia la parte barnizada de blanco y cerrado el chasis, pueden observarse las negativas como si fueran tiradas, para obtener después una positiva en cristal; es decir, presentán-

dose los huesos y cuerpos extraños en blanco y las partes blandas en obscuro.

Con este sencillísimo aparato, la radiografía ha adquirido, en opinión del Dr. Espina, lo que le faltaba para ser medio de exploración de urgencia, puesto que ya las exposiciones quedan reducidas á minutos y aun segundos en las grandes poblaciones, y la obtención de la placa fotográfica para el diagnóstico puede intentarse secándola al alcohol y al aire libre en menos de diez minutos.

Después presentó la radiografía del herido, en la que se veía perfectamente que había un seno de la herida lleno de proyectiles, encerrada la placa en el chasis negatoscópico, cuya pequeña invención no la presentaba el Dr. Espina como otra cosa sino como uno de tantos aditamentos como vá recibiendo la radiografía como medio de diagnóstico.

(*Real Acad. de Med. de Madrid.*)

*
**

Ortoformo. Grietas de la mama.—Los Doctores A. Einhorn y R. Heinz (de Munich) habían señalado ya en 1897 las grietas del pezón entre las lesiones dolorosas susceptibles de la acción eminentemente analgésica del ortoformo. Desde entonces este medicamento ha sido empleado á menudo contra las fisuras de la mama, y especialmente en el servicio del doctor Maygrier, profesor agregado á la Facultad de medicina y Médico de partos de los hospitales de París. Los resultados obtenidos han sido por lo general excelentes en lo que concierne al efecto anestésico del remedio; pero se han observado á veces accidentes imputables al ortoformo, substancia que en un principio había sido considerada erróneamente como exenta de toda toxicidad.

Para evitar estos accidentes, el doctor R. Blondel (de París) aconseja que no se eche mano de ortoformo incorporado en aceites ó pomadas que favorecen la absorción de dicho producto, sino que se aplique el mismo en estado natural. Pero á fin de no emplear sino la cantidad estrictamente necesaria del medicamento y de ponerlo en contacto íntimo con la llaguita, nuestro colega hace uso de una solución saturada de ortoformo en alcohol á 40°, de la cual vierte 2 ó 3 gotas sobre la fisura. El alcohol se evapora rápidamente dejando depositado el ortoformo sobre los tejidos. Se cubre luego con una compresa boricada y se aguarda para dar de mamar al niño á que la acción analgésica se haya manifestado, lo cual exige por lo menos media hora.

(*La Sem. Méd.*)



SECCION PROFESIONAL

CONTABILIDAD

«Circular.—Excmo. Sr.: Con el fin de facilitar las operaciones encomendadas á las diferentes Comisiones liquidadoras de Cuerpos y clases procedentes de Ultramar por la Real Orden Circular de 7 de Marzo próximo pasado (*D. O.* núm. 53), allegando á las mismas, con la posible brevedad, los antecedentes que puedan serles provechosos al mejor resultado de los ajustes abreviados que han de verificar, por sus devengos personales, á los Jefes, Oficiales, clases é individuos de tropa procedentes de Cuba, Puerto Rico y Filipinas; y considerando conveniente, á la vez, prevenir y recordar algunas prescripciones encaminadas á facilitar en este Ministerio el despacho de las numerosas solicitudes que se dirigen al mismo en reclamación de abono de los devengos de toda clase que por varias razones no han sido satisfechos á su debido tiempo, tanto en Ultramar como en la Península, al personal de todas las categorías del ejército, en la inteligencia equivocada de que todas aquéllas necesitan Real autorización para ser formalizadas en cuentas, por corresponder su aplicación á periodos económicos ya cerrados, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Las reclamaciones de toda clase que en lo sucesivo se crean en el caso de formular por toda clase de devengos personales no percibidos, los Jefes y Oficiales, clases é individuos de tropa del ejército, ó en su representación los Cuerpos ó habilitaciones por donde proceda formalizarlas, deberán hacerse, con distinción de los contraídos en Ultramar ó en la Península, por medio de instancias separadas.

2.º Las correspondientes á devengos de Ultramar deberán cursarse directamente por las Autoridades militares á las Comisiones liquidadoras en las cuales deban ser formalizadas las cantidades correspondientes, dando conocimiento á cada una de aquéllas, si son varias, de la parte que á cada cual corresponda conocer, para los efectos del ajuste de haberes abreviado y ulteriores á que se refiere el artículo 6.º de la de 8 de Marzo de 1899 (*D. O.* núm. 54.) En el caso de que la reclamación correspondiente se considere indebida, ó falto de derecho al reclamante para percibir la cantidad reclamada, la Comisión liquidadora respectiva devolverá la instancia con su informe á la Autoridad militar, para que ésta lo

ponga en conocimiento del reclamante; y tan sólo en el caso de que in-sista en la defensa de su supuesto derecho, deberá cursarse á este Ministerio para la resolución que proceda, en unión de la instancia é informes mediados en el particular.

3.º Tanto dichas instancias cuanto las que se promuevan en reclamación de devengos de la Península, podrán referirse á los personales de toda clase, de cuyo abono se hallen en descubierto los interesados, con excepción, en lo que respecta á las clases de tropa, de las gratificaciones de continuación en filas, premios y pluses de reenganche y demás devengos de esta especie, cuyas reclamaciones deberán formularse siempre por separado.

4.º En las instancias en solicitud de devengos correspondientes al presupuesto de la Península, se omitirán los comprendidos en la excepción determinada por la Real Orden Circular de 14 de Septiembre de 1896 (C. L. núm. 242), la cual releva de autorización especial, para ser admitidas en cuenta, todas las reclamaciones que, aun refiriéndose á ejercicios ya cerrados, no hayan podido ser formuladas á su debido tiempo, por haberse dictado con posterioridad las resoluciones de concesión de los devengos respectivos.

5.º Las Autoridades militares dejarán sin curso las instancias que se aparten en su redacción de los preceptos antes mencionados.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 17 de Abril de 1900.—Azcarra.—Sr.....»

V A R I E D A D E S

Se ha publicado el primero de una serie de folletos que irán apareciendo, de juegos higiénicos para la infancia y la juventud, que, á no dudarlo, influirán en el desarrollo físico de ella, á la vez que la acostumbrarán á que se divierta honestamente, lo que contribuirá á su educación físico-moral.

Este primer cuaderno contiene el juego del *Cricket*, propio de primavera y verano; es un juego que por su naturaleza descuella sobre los demás, porque permite distinguirse individual y colectivamente á los jugadores.

Interesa, pues, á los colegios, sociedades y á toda la juventud la lectura de este folleto. De venta en todas las librerías.

El Comité ejecutivo del XIII Congreso Internacional de Medicina ha decidido que los dentistas que no sean Doctores en Medicina, pero que estén provistos de un *Diploma del Estado*, francés ó extranjero, podrán inscribirse como Miembros del Congreso en la Sección de *Estomatología*.

*
* *

A los Miembros del *Congreso Internacional de Electrología y de Radiología médicas* se les ha concedido una reducción del 50 por 100 en los ferrocarriles franceses siguientes: Oeste, Norte, Este, París-Lyon-Mediterráneo, Orleans y Estado; y, según el trayecto recorrido, del 30 al 50 por 100 en toda la red italiana.

Los que deseen aprovecharse de estas ventajas deben dirigirse al Secretario general, M. DOUMER, 57 rue Nicolas-Leblanc, Lille, lo más pronto que sea posible.

*
* *

Programa de fiestas dedicadas á los Miembros del XIII Congreso internacional de Medicina en París:

2 de Agosto.—Inauguración del Congreso por el Presidente del Consejo del Gobierno.

3 de id.—Fiesta ofrecida por el Presidente del Congreso.

5 de id.—Recepción de los Congresistas por el Presidente de la República en el Palacio del Elíseo.

8 de id.—Fiesta en el Palacio del Senado y el jardín del Luxemburgo, dedicada á los Congresistas por los Comités central y de organización del Congreso.

El Consejo municipal de París dará probablemente una fiesta.

Otras particulares se organizarán en la mayor parte de las Secciones.

A todas estas fiestas serán invitadas las esposas, hijas y hermanas de los Congresistas.

Un Comité de señoras recibirá á las esposas, hijas y hermanas de los Congresistas.

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

Tratado gráfico de material sanitario y arsenal de la medicina y cirugía contemporánea, por el *Dr. Pérez Ortiz*.—Primer cuaderno. Precio: una peseta.—Madrid, 1900.

Le cause della febbre gialla.—(Relazione degli ufficiali medici incaricati dal Presidente degli Stati Uniti d'America di studiare.)—Traduzione italiana, con prefazione e note del *Prof. G. Sanarelli*.—Roma, 1900.

Estudio sobre la alimentación del soldado y el régimen alimenticio del Ejército.—Trabajo presentado á la Inspección general de Sanidad del Ejército por el vocal de la misma *Dr. Francisco de Veyga*.—Buenos Aires, 1900.

El problema infantil y la legislación.—Apuntes y bases para una Ley de protección á la infancia, por el *Dr. Tolosa Latour*.—Madrid, 1900.