

NOTAS ENTRESACADAS DE MI MEMORANDUM CLÍNICO

(Continuación.)

XXIX.

Juan Sánchez Gutiérrez, soldado del 15.º batallón de Cazadores, herido en la toma de Silang el 16 de Febrero de 1897.

Tuvo ingreso en mi clínica á los cinco meses de haber sido herido, y presentaba una osteo-artritis purulenta de la rodilla izquierda, cuya sintomatología, soportada tanto tiempo en cama y en el hospital, había agotado las fuerzas de un organismo sano y vigoroso.

La lesión fué originada por un balazo penetrante, á través de la rótula, con retención del proyectil. Además del orificio de entrada, y también, como éste, con caracteres fungosos, existían otras aberturas causadas por el pus en la parte inferior y anterior del muslo y en la cara interna de la articulación, sobre el cóndilo del fémur. Por ninguno de dichos orificios se conseguía tocar el proyectil; lo que sí se apreciaba claramente era la destrucción de los

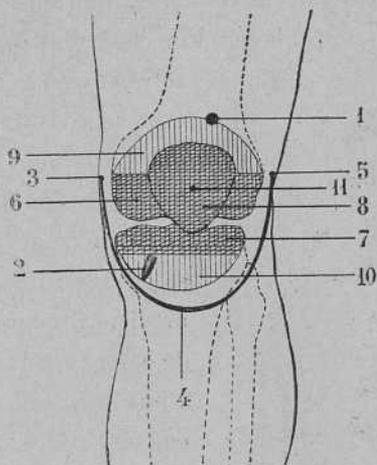
cartilagos, el reblandecimiento de las epífisis óseas y la infiltración purulenta de los tejidos paraarticulares.

Los dolores, la fiebre, la supuración y la atonía intestinal tenían completamente rendido al paciente y se mostraban rebeldes á la terapéutica ordinaria.

Comprendí que no había que perder tiempo en contemporizaciones inútiles y hasta perjudiciales, y dirigí los primeros cuidados á levantar las fuerzas del enfermo, como base de la intervención operatoria que consideraba precisa. Pocos días después le hice la resección total de la rodilla.

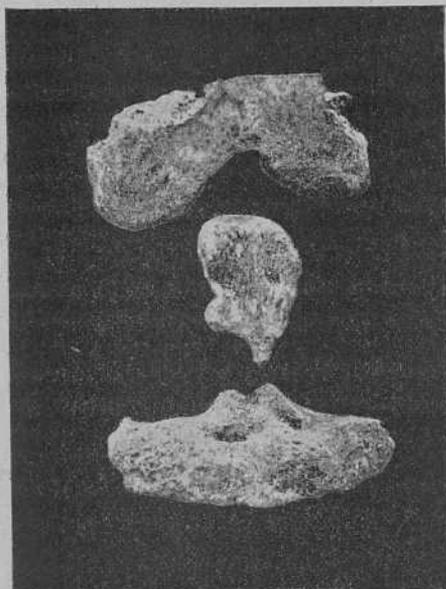
Tallé un colgajo de base supracondílea, contorneando la parte anterior de la articulación con la incisión curvilínea de Mackenzie, y seccionando oblicuamente el ligamento rotuliano, á fin de ensanchar las futuras superficies de contacto; invertido hacia arriba el colgajo, desprendí la rótula fracturada y separé juntamente con ella los tejidos limítrofes que me parecieron más infectados. Acto seguido se lavó con agua sublimada la superficie interna del colgajo, irrigando fuertemente la articulación abierta, que apareció llena de pus y de detritus óseo; corté los ligamentos laterales y luego los cruzados, llevé la pierna hacia atrás para hacer bien proci-dente la extremidad femoral, y después de aislarla ó libertarla algún tanto, disecciono las partes blandas adheridas á su cara posterior, serré los cóndilos del fémur, cuidando de separar lo necesario, pero sin traspasar los límites que aseguran una favorable coaptación. Como el tejido esponjoso estaba infiltrado y reblandecido, tuve que hacer una amplia excavación para sanear esta parte del foco purulento. Inmediatamente después, disequé la extremidad tibial, mucho más destruída que la del fémur, y reconociendo el cóndilo interno, que estaba, por decirlo así, relleno de papilla ósea, hallé á bastante profundidad un proyectil de plomo blando, fusiforme, de superficie rugosa y de 12 gramos de peso. Serré una rodaja tibial de centímetro y medio de altura—trozo que en la pieza patológica que conservo aparece horadado circularmente, si bien el diámetro del agujero resulta mayor que el del proyectil—, y ex-

cavé el interior del hueso hasta que tropezó la cucharilla con tejido



1. Orificio fistuloso. — 2. Proyectil. — 3, 4 y 5. Incisión operatoria. — 6, 7 y 8. Porciones resacasadas. — 9 y 10. Porciones excavadas. — 11. Orificio fistuloso, en el punto de entrada del proyectil.

sano ó conservable. Hecho ésto, raspé los tejidos blandos fungo-



Porciones resacasadas. — La rótula se ha reconstruido uniendo los fragmentos con escayola. (Mitad del tamaño natural.)

sos ó indurados, coapté los casquetes femoral y tibial, dejando establecido el drenaje en la forma que recomienda Hueter, suturé con catgut los bordes libres de la cáscara ósea, irrigué ampliamente la región, luego que hube asegurado la hemostasia, y, hecha la sutura tendinosa y cutánea, inmovilicé la extremidad y apliqué un apósito antiséptico.

Muchos y grandes

apuros me hizo pasar la asistencia de este operado, para la cual no disponía de habitación conveniente, aparatos de suspensión, ni siquiera de gotieras apropiadas. Pero todas las dificultades se fue-



ron venciendo ú orillando; y en una sala de 125 camas, en la que había heridos de todas clases y graves afecciones quirúrgicas no traumáticas, sin recursos extraordinarios, y sin más artificio fijador que tres férulas de caña, tuve la fortuna de llevar á buen término la intervención, consiguiendo una curación de resultado inmejorable.

El proceso reparador se desarrolló sin complicación ninguna, y el operado restauró sus abatidas fuerzas. El callo y la cicatriz se consolidaron perfectamente; cuando el herido obtuvo el alta, andaba muy bien, sin auxilio de bastón, usando, por supuesto, un calzado especial para el pie izquierdo; todo el acortamiento de la extremidad quedaba subsanado con un aumento de la suela y el tacón, que no llegaba á cuatro centímetros.

Desde que el herido salió del hospital, no ha sentido en la pierna novedad alguna.

XXX.

Albertano Carchena, soldado del 14.º batallón de Cazadores, herido en San Francisco de Malabón el 6 de Abril de 1897.

Al hacerme cargo de su asistencia en Agosto del mismo año, presentaba en la región tibial anterior de la pierna derecha una extensa herida mamelonada, resultado, según la hoja clínica, de una dilatada excavación ósea, requerida por caries consecutiva á traumatismo de arma de fuego.

Como viera en los primeros días que la superficie vegetante adelantaba muy poco, no obstante la buena complejión del individuo, y observara también que la tumefacción, los dolores, y aun la supuración, no correspondían á un proceso verdaderamente reparador, hice una exploración detenida y me convencí de que existía un foco osteomiéltico en la unión de los dos tercios inferiores del hueso.

Llevado el paciente á la mesa de operaciones, puse al descubierto toda la lesión, extirpando los tejidos de nueva formación y disecando el periostio en toda la extensión precisa. Con un corte de sierra, transversal, cuyos extremos prolongué hacia arriba por uno y otro lado con varios golpes de escoplo, separé una media caña tibial de siete centímetros de largo, cuya altura disminuía á modo de cuña, á medida que se aproximaba al centro de la anterior excavación. Al levantar el trozo óseo apareció una cavidad llena de pus, de la cual extrajimos varias esquirlas, trozos de ropa y un proyectil Remington, sistema Freire-Brull.

Se comprobó que el balazo produjo una fractura completa de la tibia que había consolidado viciosamente.

Legré con el raspador curvo el fondo y los bordes de la abertura ósea, desinfecté por el lavado todos los tejidos puestos al descubierto, y sobre una mecha de gasa yodofórmica, que establecía

el drenaje por imbibición, suturé la herida, que en total no bajaría de 20 centímetros, dejando sólo sin unir el extremo inferior por donde salía la mecha.

La cicatrización se hizo notable por su presteza, y eso que las curas fueron de una sencillez extraordinaria.

XXXI.

D. Manuel Torres y León, *Capitán del 3.^{er} batallón de Cazadores, herido en la acción del Zapote el 15 de Febrero de 1897.*

Caso muy parecido al que antecede, y que cuando fui llamado para intervenir en él, en Octubre de 1897, requirió también una resección atípica, aunque extensa, de la tibia.

A pesar de la pérdida ósea y del callo vicioso preexistente, considero notable este caso clínico por la rapidez de la curación y la normalidad que ha alcanzado el funcionalismo de la pierna.

L. AYCART.

(Continuará.)



LA TUBERCULOSIS

SEGÚN LOS TRABAJOS DEL CONGRESO DE NÁPOLES (1)

Italia se ha lanzado resueltamente en el movimiento que arrastra en la actualidad á todas las naciones del lado de la lucha con-

(1) De la *Sem. Méd.*

tra la tuberculosis. Si el hecho necesitara demostración, encontraría ésta en el número y en la importancia de los trabajos sobre la cuestión publicados durante estos últimos años por los Médicos italianos, y en la organización del presente Congreso por la Sociedad italiana para la lucha contra la tuberculosis.

De una manera general, se pueden clasificar los trabajos comunicados á esta reunión internacional en tres grupos distintos, según que se relacionan con la etiología general, con la profilaxis ó con la historia clínica de la afección.

En la primera categoría, conviene señalar desde luego el discurso de apertura pronunciado por el Dr. De Giovanni (de Padua), quien recuerda que la producción de la tuberculosis exige dos factores, el bacilo y el terreno, entendiendo que este último es más importante que el primero.

Después sigue el Dr. Lannelongue (de París), quien refiere el resultado de investigaciones hechas bajo su dirección acerca de la influencia del clima desde el punto de vista de la resistencia á la tuberculosis. Sobre una serie de 150 conejos de India inoculados el mismo día con un peso igual de cultivo de bacilo de Koch, una tercera parte, ó sea 50, fué enviada á la montaña, otra tercera parte á orillas del mar, al paso que los 50 últimos animales permanecieron en el subsuelo del laboratorio, donde se hallaban privados de espacio, de luz y casi de aire. Pues bien; estos últimos animales, colocados en condiciones al parecer infinitamente más desfavorables que los otros, pero en un medio de temperatura constante, fueron siempre los que sobrevivieron en mayor número. Otros dos ensayos, realizados igualmente en dos series de 150 conejos de India, dieron resultados completamente análogos. El profesor de la Facultad de Medicina de París infiere de estos experimentos que la influencia del clima sobre la evolución de la tuberculosis dista de ser conocida y exige todavía numerosas investigaciones.

Si el bacilo y el terreno son los principales factores de la pandemia tuberculosa, fácilmente se comprende la posibilidad de poseer sobre estos elementos—y por tanto sobre la difusión de la enfer-

medad—una acción positiva que modifique las condiciones higiénicas y sanitarias, económicas y sociales de un país, de una región, de una localidad. Así, las comunicaciones de la segunda categoría, las que conciernen á la profilaxis, son las más numerosas. Por supuesto, todos los oradores reclaman la intervención del Estado, única susceptible de hacer eficaz la lucha contra la terrible afección; pero digamos que no todos han parecido preocuparse en igual proporción de la libertad individual: tal el Dr. Callivokas (de Atenas), que exige la institución de una libreta sanitaria que siga al individuo á partir de su nacimiento; todo sujeto en cuya libreta no figurase en blanco la casilla correspondiente á la tuberculosis, no podría ser admitido en un empleo público ó privado, y, desde este momento, las administraciones, tanto particulares como públicas, deberían despedir á todos aquéllos de sus empleados que estuvieren atacados de tuberculosis.

En el dominio de las cosas prácticas, hay que señalar, en cambio, el resultado que ha conseguido el Comité romano de la Sociedad italiana para la lucha contra la tuberculosis, el cual ha obtenido, en varias administraciones importantes, que no se confíen á los empleados tuberculosos sino servicios independientes del contacto con el público. El Ministro de Hacienda de Italia ha ido todavía más allá, puesto que ha hecho sufrir una visita médica á todas las obreras de las manufacturas nacionales de tabaco y ha licenciado con una pensión á todas aquéllas que han sido reconocidas como tuberculosas.

Por su parte, el Ministro del Interior del Reino ha preparado, según lo que dice el Dr. Santoliquido, Director de sanidad pública, un nuevo reglamento sanitario, que se ocupa extensamente de la tuberculosis. Prevé especialmente la declaración obligatoria de los casos de tuberculosis observados en los depósitos de mendicidad, en los asilos de ancianos, hoteles, cárceles, conventos, casas de curación, orfanatos, colegios, y hasta en las casas particulares en caso de fallecimiento ó de cambio de domicilio del enfermo. Es obvio decir que este proyecto exige la desinfección minuciosa de los espu-

tos, así como de todos los objetos que el Médico considere como susceptibles de ser contagiosos.

Esta declaración de los casos de tuberculosis y la desinfección consecutiva de los locales ocupados por tuberculosos serían un medio profiláctico eficaz si la medida fuese general y si se obligara al propietario de cada casa, como pide el Dr. Ausset (de Lila), á poner á la disposición de los futuros inquilinos la casilla sanitaria de su inmueble, en la cual figurarían inscriptas las enfermedades infecciosas que se hubieren observado en la casa y las operaciones de desinfección á las cuales aquéllas hubiesen dado lugar.

Pero no son tan sólo las habitaciones ocupadas por tuberculosos las que deben quedar desinfectadas, sino que hay que hacer sufrir también esta operación á todos los medios de transporte público y, especialmente, á los coches de los ferrocarriles, que constituyen hoy el modo más general de transporte en común. Del estudio de esta cuestión estaba encargado el Dr. Sanarelli (de Boloña), habiendo sido inmejorablemente tratada en el informe que nuestro colega ha presentado al Congreso. Es éste un punto de grande importancia, pues aquí se hallan reunidas todas las condiciones para facilitar la infección: cubicación insuficiente de aire, desecación rápida de los esputos, diseminación de los polvos por las trepidaciones de los coches, etc. De ahí que no tenga nada de extraño que la Sociedad de los viajeros de París haya notado que muchos de sus individuos se vuelven tuberculosos. Ciertas Compañías ferroviarias hacen practicar, en verdad, algunas desinfecciones á sus vagones, pero no porque se preocupen de la tuberculosis; y, sin embargo, los coches que han servido para el transporte de los viajeros son ricos en bacilos de Koch, según aparece de las investigaciones llevadas á cabo por la Oficina sanitaria imperial de Alemania. Es cosa, por lo demás, que se comprende fácilmente, si se tienen en cuenta las condiciones particulares del transporte por vía férrea, agravadas, en ciertas estaciones del año, por el gran número de viajeros tuberculosos que se trasladan á las estaciones de invierno más apropiadas á su estado. ¡Cuán peligrosos pueden ser

el contacto y la cohabitación más ó menos prolongados con tísicos que tosen y expectoran, en coches en que cada viajero no dispone sino de un metro cúbico de aire en 1.^a clase, de $\frac{3}{4}$ de metro cúbico en 2.^a clase y de $\frac{1}{2}$ metro cúbico en 3.^a clase! En todas partes, el público y los gobiernos se han preocupado un poco de esta situación; pero como la tuberculosis no se halla generalmente comprendida entre las enfermedades contagiosas, las Compañías de ferrocarriles no están obligadas á desinfectar los coches contaminados por los tuberculosos. Es necesario, por consiguiente, según el Dr. Sanarelli, que se tomen ciertas medidas para proteger á los viajeros contra los gérmenes de la tuberculosis; por su parte, hé aquí las que él propone: establecimiento de tres categorías de compartimientos, una para los viajeros ordinarios, otra para los fumadores y otra para los sujetos no fumadores que expectoran más ó menos, estando destinada esta última á los tísicos; sustitución de los tapices por el linoleum y reemplazo de las telas que cubren los asientos y respaldos por tejidos susceptibles de ser lavados; supresión de la calefacción por el sistema de aire caliente, allí donde exista todavía, y empleo de los termosifones, etc. Tal es también la opinión del Congreso, que emite un voto en este sentido.

El Dr. Santoliquido viene á declarar entonces que los delegados de las Sociedades de ferrocarriles italianos se reunieron hace unos quince días para estudiar esta cuestión; como primer resultado de su conferencia, se están experimentando en la actualidad en la estación de Roma dos coches de un nuevo modelo, que pueden ser fácilmente desinfectados.

Al lado de la profilaxis de la tuberculosis, importa colocar lo que se refiere á su diagnóstico precoz, dado que el Médico puede intervenir de una manera útil en el período de comienzo de la afección. Para llegar á establecer ese diagnóstico, el Dr. Petruschky (de Dantzig), y después de él, el Dr. Fränkel (de Berlin), preconizan nuevamente el empleo de la tuberculina. El Dr. Landouzy (de París) llama la atención acerca de los signos presuntivos que son suministrados por el aspecto exterior del sujeto; el análisis de los

orines, la hematoscopia, dan á menudo indicios preciosos; pero la fiebre sigue siendo todavía el síntoma más seguro. Al principio hay que provocarla, puesto que no es constante, y ésto es lo que realiza precisamente la tuberculina. El Dr. Landouzy, para poner esta ligera hipertermia en evidencia, compara la temperatura rectal del sujeto inmediatamente después de un paseo de tres á cuatro horas hecho por la tarde, con la que el paciente presenta después de una marcha de igual duración ejecutada por la mañana; si la primera de estas temperaturas es superior á la segunda, por poco que sea, créese autorizado para afirmar la existencia de la tuberculosis.

El Dr. Bozzolo (de Turín) señala también ciertos síntomas precoces de la infección; así, por ejemplo, la albuminuria, que él ha visto preceder en varios años á la aparición de las lesiones pulmonares; ciertas formas de anemia, que merecerían en verdad el calificativo de *pretuberculosas*; la taquicardia *sine materia*; los dolores reumatoideos; el zona, en fin, cuya forma oftálmica se observa sobre todo en caso de meningitis, al paso que la forma torácica vendría á corresponder á las alteraciones del pulmón. Pero, como hace notar el Dr. Papillon (de París), cada sujeto reacciona de una manera particular: en los unos es por el estómago, en los otros por el sistema nervioso ó por el aparato circulatorio, etc., por donde se manifiestan los primeros síntomas de la enfermedad.

Al terminar la exposición sucinta y necesariamente limitada de esta primera serie de los trabajos del Congreso, señalaremos dos comunicaciones, una del Dr. Sata (de Tokio), otra del Dr. Margliano (de Génova), relativas á las infecciones mixtas y á su importancia en la producción de las lesiones tuberculosas. El profesor de la Facultad de Medicina de Génova llega hasta á declarar que al lado de la tuberculosis, debida únicamente al bacilo de Koch, existe una afección causada por las infecciones mixtas, á saber: la tisis, la cual implica un pronóstico y un tratamiento diferentes. Por lo demás, él considera, fundado en sus estudios histológicos, que las alteraciones de naturaleza puramente tubercu-

losa son producidas por las toxinas microbicas más bien que por el bacilo mismo, de suerte que se pueden introducir en el organismo principios destinados á neutralizar estas toxinas.

DR. ZANONI (de Génova.)

Prensa y Sociedades médicas

El servicio médico en la guerra anglo-boer.—Todos los periódicos ingleses y extranjeros están de acuerdo en reconocer la excelencia del servicio médico del ejército inglés, y los detalles que sobre este particular se leen en las revistas de medicina inglesas demuestran que las alabanzas son más que justificadas.

Considerando las proporciones enormes que tomó la guerra en tan poco tiempo, y la distancia que existe del campo de operaciones hasta Inglaterra, no se puede imaginar una organización más perfecta ni funcionamiento más exacto que los de este servicio. Seguramente será debido á esta circunstancia también, y no tan sólo á la menor gravedad de las heridas limpias de las balas Mauser, que la mortalidad entre los heridos sea extraordinariamente reducida, y que las heridas más graves curen de un modo maravilloso. No podemos pensar en dar aquí ni someramente una descripción de este servicio, pero sí podemos hacer conocer los rasgos más importantes que le caracterizan, tomando de las correspondencias que el célebre Cirujano Mac-Cormac dirige á *The Lancet*, algunas notas clínicas curiosas.

HERIDAS DE LA CABEZA.—*Caso 1.*—La bala entró una pulgada y media verticalmente encima del borde angular del hueso frontal del lado izquierdo, y salió en el ángulo del maxilar inferior del lado derecho. La misma bala siguió después su trayecto, penetrando en el cuerpo cerca del medio de la clavícula derecha; dió una vuelta completa y se alojó entre los tejidos supra-claviculares. La bala fué extraída después de encontrada por el método radiográfico. El herido perdió el olfato; tenía edema del párpado izquierdo y parálisis parcial del nervio terció; después apareció un escotoma central del campo visual, probablemente á consecuencia de un desprendimiento de la retina.

Caso 2.—La bala entró en la región de la juntura del maxilar superior con el zigomático del lado derecho, rasó el piso de la órbita, dividiendo el músculo recto derecho, y salió por el párpado inferior

del ojo izquierdo. Las heridas han sanado bien y no han dejado más lesiones que un estrabismo hacia arriba muy pronunciado.

Caso 3.—La herida fué recibida á una distancia probable de 500 yardas. La entrada de la bala se hallaba en el maxilar superior izquierdo y la salida á una pulgada por arriba del ángulo inferior de la escápula del lado derecho. Los síntomas fueron: parálisis completa del lado izquierdo del cuerpo y del brazo derecho (con exclusión de la pierna derecha), dolor á la presión de la séptima vértebra cervical, y dificultad para tragar. No había hemoptisis. La parálisis principió á mejorar y el dolor desapareció. Primero volvió la sensibilidad, después el movimiento en el brazo derecho, luego en el brazo izquierdo, y posteriormente en la pierna izquierda. Los demás síntomas desaparecieron también.

Caso 4.—Entró la bala en la apófisis mastoides izquierda, pasó por los tejidos duros del paladar y salió por el lado derecho, en el labio superior, haciendo saltar un diente incisivo y el canino del mismo lado. Los síntomas fueron: sordera y parálisis del facial, que aparecieron inmediatamente después de producirse la lesión; ahora casi han desaparecido, y las heridas están sanando.

De 24 casos de heridas del cráneo por balas, tratados en el hospital de Wynberg, no han muerto más que 3; y de 16 casos análogos observados en el hospital general, sólo 2 han fallecido.

HERIDAS DEL TÓRAX.—*Caso 1.*—La bala de shrapnel entró cerca del medio del surco del biceps, en el lado externo del brazo izquierdo, salió en un punto correspondiente del lado interno, volvió á entrar en el tórax por el cuarto espacio intercostal, en la línea axilar posterior. Fué extraída posteriormente, debajo de la costilla undécima, en la línea axilar anterior, después de reseca una pulgada de esa costilla. Había hemotorax cuando se recibió al herido. Durante la operación salió como una *pinta* de sangre líquida y no se encontró herida del tejido del pulmón. Ahora no hay más que tos insignificante, sin ningún otro síntoma. La herida de la operación está sanando y las de la bala ya están sanas.

Caso 2.—Herida de bala Lee-Melford, de una distancia de 10 yardas. Entrada, en la articulación externo-clavicular derecha; salida, cerca del medio de la espina de la escápula izquierda. No hubo síntoma ninguno, sanando las heridas por primera intención; el herido se halla en convalecencia.

Caso 3.—Bala Mauser; distancia, cerca de 700 yardas. Entrada, inmediatamente á la derecha de la espina dorsal undécima; salida, en el octavo espacio intercostal, en la línea axilar media. Hubo hemorragia grave por la herida de salida al recibir la lesión. Actualmente los signos físicos indican una efusión en la base del pulmón derecho. Por lo demás, el enfermo no está mal; las heridas han sanado. La naturaleza del derrame pulmonar no se conoce.

Caso 4.—Herida de bala, á 700 yardas de distancia. Entrada, á una pulgada del esternón, sobre la segunda costilla derecha; salida, en la espina iliaca anterior superior derecha. Hubo hemoptisis en

los primeros días. Actualmente, ningún otro síntoma más que disnea. Las heridas sanaron por primera intención.

Caso 5.—Herida á una distancia de 600 yardas. Entrada, en el medio del borde posterior del músculo externo-mastoideo. La localización se hizo por los rayos X, encontrándose la bala en la región clavículo-escapular izquierda. Al recibir la lesión el herido, tuvo el deltoides izquierdo paralizado y la mano sin sensibilidad. La parálisis todavía persiste, pero no hay otros síntomas; la herida ha sanado.

Caso 6.—Bala Mauser. Entrada, en el centro de la fosa infra-espinosa de la escápula derecha; salida, en el borde externo del músculo externo-mastoideo, cerca de dos pulgadas por encima de la clavícula. Hubo bastante hemoptisis al recibir la herida, pero actualmente ha desaparecido. Al principio hubo también dificultad para deglutir, que ahora no existe. Hay un ruido muy fuerte sobre la carótida derecha, probablemente producido por un aneurisma arterio-venoso.

HERIDAS VARIAS.—*Caso 1.*—Bala Mauser. Entrada, á tres pulgadas por debajo del ángulo inferior de la escápula derecha, en el noveno espacio intercostal; salida, á tres cuartos de pulgada á la derecha del cartilago xifoides, justamente bajo el séptimo cartilago costal. Después de la herida hubo bastante tímpanismo, vómitos y dolor; pero ahora el enfermo se halla bien y las heridas han curado.

Caso 2.—Entrada, en el medio de la línea extendida entre el trocánter mayor izquierdo y la espina ilíaca superior del lado izquierdo; y salida, en la parte exterior de la región glútea derecha. No hubo síntomas, y las heridas están curadas.

Caso 3.—Herida de bala, á 600 yardas de distancia. Entrada, á dos pulgadas por encima del ligamento de Poupert, cayendo en una línea que une este ligamento con el ombligo; salida, en el centro de la nalga derecha. Ningún síntoma, y las heridas están sanas.

Caso 4.—Herida de Mauser. Perforación de la tibia en su centro, sin fractura completa. En vías de curación.

Caso 5.—Una bala de Mauser atravesó la articulación de la rodilla derecha, por el centro de la rótula. Las heridas sanaron, y el daño interno de la articulación está en vías de curar.

Caso 6.—Herida probable de la arteria sub-escapular, pues en esta región se encontró un aneurisma difuso. Tres semanas después de producirse la lesión, el saco fué puesto á descubierto, pero como no se pudo hacer la ligadura de la parte entrante y saliente de la arteria afectada, se hizo la de la arteria axilar, en su origen. El enfermo anda bien.

Caso 7.—Entrada de la bala, á dos pulgadas y media á la derecha de la vértebra lumbar; salida, debajo del noveno cartilago central del lado derecho. Primero no hubo síntomas, pero poco después el herido perdió el conocimiento y se produjo una hematemesis. Ausencia de respiración abdominal y dolor en la región hipo-

condriaca. Un absceso ilíaco se abrió en el intestino, y dos días después seguían pasando materias en gran cantidad. El enfermo ahora anda bien, sin que persistan otros síntomas.

Caso 8.—Entrada de la bala, á una pulgada por encima del ombligo, en la línea media; salida, en la extremidad posterior de la duodécima costilla del lado derecho. Las heridas sanaron y no hubo síntomas, por más que al recibir la lesión el peritoneo salió por la herida de entrada y el Cirujano que lo redujo puso el dedo en el interior del abdomen.

El profesor Mac-Cormac agrega que es muy difícil comprender cómo han podido sanar las heridas descriptas, después de algunas lesiones del tórax. En algunos casos de heridas del abdomen puede ser que las vísceras hubieran escapado sin lesión; en otros, es posible que estando vacíos los intestinos y siendo pequeñas las perforaciones, las lesiones no tuvieran consecuencias graves. Pero en determinados casos, considerando la naturaleza y posición de las heridas y el trayecto de las balas, las curaciones tan completas observadas escapan á toda explicación.

(*La Sem. Méd. de Buenos Aires.*)

*
* *
*

Cutzación de superficies cruentas. Membrana interna del huevo de gallina.—Los experimentos realizados por Schüller, fundados en las investigaciones microscópicas que han demostrado la existencia de epitelio en la cara interna de la película que envuelve la clara del huevo de gallina (1), han sido repetidos con éxito por el Dr. Amat, Médico mayor del ejército francés, en varios casos de ulceración extensa que no pudieron ser favorecidos por el procedimiento de Thiersch y Reverdin.

La técnica empleada por dicho Cirujano consiste: 1.º, en aseptizar con el mayor cuidado la superficie cruenta; 2.º, partir un huevo fresco en dos mitades, siguiendo su eje mayor, y vaciar el contenido; 3.º, coger la película de la cáscara con una pinza de diente de ratón y separarla de la cubierta testácea empezando por el espacio que hay en la extremidad mayor, donde se destacan perfectamente las dos hojuelas de la membrana en cuestión; 4.º, dividir dicha membrana en tiras de 4 á 5 milímetros de anchura, que se seccionan á su vez en trozos de igual longitud; 5.º, aplicar estos trozos por su superficie interna ó albuminosa, colocándolos á 12 ó 15 milímetros de distancia y cubriéndolos cuidadosamente con cuadrados de papel de estaño de un centímetro de lado; y 6.º, fijar ó mantener esta cura especial con unas cuantas vueltas de gasa fenicada.

(*Giornale med. del R. Esercito.*)

*
* *
*

Gripe. Complicaciones oculares.—El Dr. A. Pechin ha recopi-

(1) *Centrab. für Chir., n.º 49, 1890.*

lado en el *Recueil d'Ophthalmologie* un buen número de observaciones clínicas para demostrar que la infección gripal puede originar el desarrollo de casi todas las afecciones oculares.

Los párpados son asiento, algunas veces, de un edema especial que puede terminar por supuración; estos abscesos son, por lo común, tardíos, y aparecen durante la convalecencia.

Otras veces se produce una conjuntivitis, ordinariamente bilateral, que determina una secreción purulenta más ó menos abundante, como la que suele ocasionar el sarampión, y que cede generalmente con el empleo de una terapéutica apropiada.

Se han observado también en el curso de la gripe distintas lesiones queráticas, como entre ellas úlceras y queratitis denominadas serpigínea, dendrítica, punteada, parenquimatosa ó flictenular, según el aspecto clínico que ofrece la complicación oftálmica. Aunque estas lesiones suelen curar conservando la córnea su transparencia, no siempre se logra tan satisfactorio resultado, pues pueden quedar opacidades que dificulten notablemente la visión, y aun sobrevenir un leucoma central tan extenso que no sea remediable por los tópicos ni por la iridectomía.

También ha sido observada y descripta la iritis gripal. Dianoux ha comunicado á la *Sociedad francesa de Oftalmología* (1898) varios casos de ciclitis infecciosa causados por la influenza, en los cuales parecía tratarse más bien de una perturbación funcional que de una lesión inflamatoria; casos particulares de hipopion, con absoluta integridad del iris, en los que pudo apreciarse que los procesos ciliares dejaban pasar el pus, sin que se desarrollara con su gravedad propia el proceso flogístico seguido de hipotonía y tisis ocular, sino al contrario, produciendo hipertensión y permitiendo el restablecimiento de la facultad visual.

No han faltado tampoco casos de iritis, irido-ciclitis é irido-coiritis, de forma semejante á los que originan habitualmente la sífilis y el reumatismo.

El cristalino y el vítreo no se hallan libres de los efectos atribuidos á la infección. M. Schiess-Gemusens ha visto cataratas desarrolladas bruscamente con motivo de la gripe, y los profesores O. Valter (de Odessa) y Frucks (de Viena), han descripto casos de inflamación aguda del vítreo y de hialoiditis supurada.

El glaucoma mismo, esa grave afección que por la acción de las toxinas acompaña ó sigue á algunas enfermedades infecciosas, se ha observado en la gripe por Parinand, Duboys, de Lavigerie, Boucheron y Despagnet. Las hemorragias retinianas han sido comprobadas por Fage y Galezowski. Del mismo modo háse visto que el microbio gripal ó sus toxinas llevan su acción á la retina y el nervio óptico, determinando una neuro-retinitis con ó sin éxtasis papilar ó una neuritis retrobulbar, casi siempre de fatales consecuencias.

Esta forma de neuritis retrobulbar, que no debe confundirse con la amaurosis central idiopática, magistralmente descripta por Sa-

melsohn, apenas se revela por signos oftalmoscópicos; pero en cambio, determina una marcada reducción periférica del campo visual, una disminución de la visión que llega, en ciertos casos, á la amaurosis, y una sensación de dolor en el fondo de la órbita que se agrava ó provoca al ejercer presión sobre el globo ocular.

Algunos enfermos de gripe experimentan desde un principio síntomas de astenopía muscular, que se hace más penosa con el ejercicio de la lectura, escritura, etc.; y otros más graves presentan parálisis oculares, ya del tercer par, ya de los rectos externos (Alt), ya de la acomodación (Uhthoff), ya del cuarto par (Van Millingen), ya en forma de oftalmoplegia total ú oftalmoplegia externa.

Deben citarse para terminar, la dacrioadenitis y los abscesos orbitarios, incluyendo en estos últimos las consecuencias ó complicaciones que son capaces de producir en el nervio óptico, los senos frontales y el cerebro.

(*Journ. de Med. et de Chir. prat.*)

*
* *

Ipsileno.—Gracias á los Dres. Guilmeth y Coudray, la cirugía contará en adelante con un nuevo desinfectante, más enérgico que todos los conocidos hasta hoy, al cual se ha dado el nombre de *ipsileno* (del griego *supremo, sublime*.)

Se ha llamado *ipsilos* al cloruro de etilo puro, que se transforma en gas con sólo elevar un poco su temperatura. Disolviendo en él los antisépticos ordinarios, pueden prepararse gran número de *ipsilenos*, como el ipsileno iodoformado, sublimado, salicilado, etcétera, para proyectarlo en forma gaseosa sobre las heridas.

La idea es debida al Dr. Guilmeth, y su propagación al Dr. Paul Coudray, quien ha demostrado la eficacia de este nuevo procedimiento, y ha inventado un proyector del gas antiséptico. Este aparato, que denomina *el ipsiloso*, consiste en un pequeño cilindro que encierra el cloruro de etilo, y en derredor del cual un compartimiento-estanco conserva el agua.

Si ésta tiene una temperatura de 14° ó 15°, el cloruro, que hierve á 10°, se transforma poco á poco en vapor que, al salir por un tubito, lanza un chorro de gas, que puede dirigirse á voluntad sobre las partes que al operador convenga.

El autor aconseja emplear el agua á una temperatura que no exceda de 20° á 25° como máximo, pues ha observado que si es más elevada exagera la evaporización, y la excesiva intensidad del chorro provoca dolores.

El empleo del ipsiloso es más eficaz que el lavado con un líquido, porque el gas riega la superficie cruenta y barre hasta las partículas del sudor. Además, la proyección del antiséptico es uniforme, penetra en las sinuosidades por efecto de la presión, y disuelve las materias grasas.

El Dr. Coudray emplea el iodoformo con preferencia á todos los

demás antisépticos, y para la obliteración de las cavidades óseas lo sustituye en el cloruro de etilo por una combinación de fosfato y de carbonato de cal, para formar el *ipsileno óseo*.

(*Rev. Balear.*)

*
**

Talla suprapubiana. Drenaje vesical.—El Dr. Le Clerc-Dandoy, de Bruselas, ha dirigido á la *Societé Belge de Chirurgie* una comunicación relativa al drenaje vesical en los casos de epicistotomía, y en la cual propone un medio de salvar los inconvenientes que presentan los procedimientos comunmente empleados.

A los pies de la cama del paciente, y á poca altura del lecho, coloca un irrigador de Esmarch, de 6 litros de cabida, lleno de agua salada (8 por 1.000) y esterilizada, que se procura mantener á una moderada temperatura; la salida del líquido se debe graduar por medio de una pieza ó de una llave, á fin de que se efectúe con lentitud, aunque continuadamente.

El irrigador se pone en comunicación con la vejiga por medio de una sonda de Nelaton ó, mejor, de Pezzer; y el suero inyectado, así como la orina segregada, se hacen salir por la vía hipogástrica utilizando los tubos de Guyón Perrier, que desde luego han de tener suficiente longitud para desempeñar bien el oficio de sifones.

Las ventajas atribuídas á este procedimiento, son las siguientes:

1.^a No se produce fermentación urinaria, no se nota olor alguno, no se forman coágulos vesicales y se asegura perfectamente el desagüe.

2.^a La sonda uretral se tolera sin inconvenientes de ningún género; si se ha tenido cuidado de desinfectar la uretra y esterilizar la sonda antes de su aplicación, no se verán vestigios de pus en los contornos del meato.

3.^a Se alejan ó apartan completamente los peligros de la infección urinosa y de la inflamación.

4.^a Las suturas próximas á la fistula suprapubiana cicatrizan por primera intención.

La irrigación puede variarse en determinadas ocasiones para emplear tal ó cual solución medicamentosa, como el suero gelatinado en los casos de hemorragia, etc.

(*Ann. de la Soc. Belge de Chir.*)

*
**

El ictiol en la erisipela.—Según L. Bruk, difícilmente se encontrará un producto farmacéutico de tan vasta aplicación y en afecciones tan diferentes como el ictiol. En gran número de afecciones se ha ensayado la aplicación de este medicamento: en las enfermedades de la piel, en las afecciones ginecológicas, en las de la oreja, de la nariz, de los ojos, en las gastro-intestinales, en la tuberculosis, ha sido empleado, por distintos autores, el ictiol, con resultados diversos.

Esta universalidad en el empleo de un medicamento obliga á hacer las observaciones más rigurosas. En ginecología y en dermatología es, por lo demás, donde se ha aplicado este medicamento de una manera sistemática, en gran número de enfermos suficientemente observados; las observaciones en las otras enfermedades son casos aislados y á veces accidentales.

El tratamiento de la erisipela por el ictiol ha sido intentado con éxito por gran número de Médicos. E. Martín ha obtenido resultados muy favorables; Jadkevitch ha comprobado también los buenos resultados del ictiol en la erisipela, y cree inútil tratar esta afección por otro medicamento. Las mismas conclusiones, hechas por el Dr. Nagabnov, son de gran valor, porque están basadas en 200 observaciones; pero este señor ha empleado al mismo tiempo la máscara (para obtener la acción del calor) y el fenol al 20 por 100. El Dr. Kuster opina que una vez empezado el proceso erisipelatoso, ningún medicamento tiene tanta acción para detenerlo como el ictiol.

Sin embargo, las observaciones hechas no son lo suficiente rigurosas, puesto que no ha sido tratada la erisipela por el ictiol sólo. Esto motiva el que exponga el resultado de mis observaciones, hechas durante seis años en 247 casos de erisipela tratados exclusivamente por el ictiol. Apoyándome en los numerosos casos observados, debo manifestar que entre el sinnúmero de medicamentos empleados para combatir la erisipela, ya farmacológicos, ya quirúrgicos, comprendiendo entre ellos el suero *antiestreptocócico*, ocupa, bajo el punto de vista de su eficacia, el primer lugar el ictiol.

Mis observaciones han sido hechas en todas las estaciones, en individuos de diversas edades (de algunos meses á ochenta y siete años), afectando la erisipela regiones extremadamente extensas (casi la totalidad de la superficie del cuerpo), y en diversos períodos de la enfermedad. En todos estos casos, sin excepción, me ha dado el ictiol tan buenos resultados como no había podido obtener con ningún otro medicamento. He empleado la fórmula:

Ictiol	15 á 30 gramos.
Vaselina	100 —

según la gravedad de los casos.

Después de lavada la región enferma con una compresa humedecida con alcohol á 60°—70°, la fricción con el dedo recubierto del ictiol vaselinado, empezando por una zona que traspase unos tres centímetros los límites del exantema, y progresando seguidamente hacia el centro de la zona afecta.

Esta manera de practicar la fricción tiene la ventaja de que el dedo no transporta el agente patógeno de la región enferma á la región sana, lo que podría suceder si se hiciera la fricción de un modo inverso. Además, friccionando el tejido sano en la zona límite se impide la propagación de la enfermedad en su manifesta-

ción cutánea. La fricción debe hacerse de la misma manera, sea la que fuere la región del cuerpo afecta; los cabellos no impiden hacerla; débese únicamente cuidar de separarlos con los dedos.

Las fricciones se repiten cada cuatro ó seis horas, según la intensidad del proceso; los restos de la fricción anterior no deben quitarse al hacer la siguiente. No hay necesidad de ningún lavado, porque el resultado es rápido.

Cuando el tratamiento está terminado, se quita el remanente de ictiol por medio de alcohol á 60—70°. La condición esencial de éxito, es ser constante en el uso del medicamento.

¿Cómo obra el ictiol? Su acción es probablemente doble: por una parte obra el medicamento como antiflogístico local, produciendo la vaso-constricción de los vasos dilatados, y ésto explica el por qué tiene tan vasta aplicación en las inflamaciones ginecológicas y dermatológicas; por otra parte tiene, al parecer, el ictiol una acción específica sobre el estreptococo de la erisipela, ya obrando directamente sobre este microparásito, ya modificando las condiciones de nutrición de los tejidos, haciendo imposible la vida del estreptococo.

De lo expuesto, y ateniéndome especialmente á mis observaciones, deduzco las conclusiones siguientes:

- 1.º El ictiol tiene acción notable sobre la erisipela en todos sus períodos.
- 2.º En 247 casos tratados por el ictiol, no hubo un solo caso cuyo resultado no fuese satisfactorio.
- 3.º El tratamiento debe ser seguido sin tregua y según las reglas indicadas.
- 4.º El ictiol debe ser empleado en forma de pomada á base de vaselina, á la dosis de 15 á 30 por 100.
- 5.º Este tratamiento es muy sencillo y puede ser confiado al mismo enfermo.

(*Rev. Balear.*)

*
*
*

Disminución considerable y espontánea de un cáncer pilórico.—El Dr. Moreno Zancudo dá cuenta del siguiente caso: P. I., de 62 años de edad, de buena constitución. No tiene más antecedentes que un reumatismo, contra el que empleó, inútilmente, multitud de remedios.

En el mes de Marzo del pasado año se presentó en su consulta para tratarse una afección gástrica, iniciada tres ó cuatro meses antes.

Reducíanse los síntomas más importantes de la misma á una invencible anorexia para toda clase de alimentos, pero especialmente para las carnes; sensación penosa de plenitud en el estómago, inmediatamente después de las comidas, y postración de fuerzas.

Por la palpación se encontró un tumor duro, con abolladuras, del tamaño próximamente de una naranja mandarina, casi insensible á

la presión. El estómago estaba dilatado, descendiendo la corvadura mayor hasta unos tres centímetros por debajo de la línea umbilical. No había ningún otro fenómeno digno de tenerse en cuenta, ni en la cavidad abdominal ni en el resto del organismo, excepción hecha del aspecto demacrado del enfermo y de las pérdidas de peso que decía haber sufrido en breve tiempo.

El análisis histo-químico del jugo gástrico evidenció la falta total de ácido clorhídrico, la presencia del láctico, restos de alimentos de comidas muy anteriores, mucina y sarcinas. La pepsina y el fermento coagulante estaban notablemente disminuidos.

Con tales datos no era difícil formular un diagnóstico de *cáncer del píloro*, con dilatación gástrica consecutiva.

Rechazada por el enfermo la intervención quirúrgica que le propuso el Dr. Moreno Zancudo, limitó éste el tratamiento á una alimentación apropiada, los lavados del estómago hechos con substancias antisépticas, el uso de ácido clorhídrico asociado á una solución de condurango y el clorato de sosa.

Aunque el enfermo experimentó algún alivio en los primeros días de haber empezado este tratamiento, seguía el mal su marcha progresiva, haciéndose cada vez mayores la estancación alimenticia, la anorexia, el estreñimiento y la postración. Las dimensiones del tumor habían aumentado de tal suerte, que el neoplasma ocupaba á mediados de Abril toda la región epigástrica, yendo á perderse sus nudosidades por debajo de las costillas falsas del lado izquierdo.

Con ligeras variantes, el estado del enfermo continuó el mismo hasta los primeros días de Junio, en que después de ausentarse quince á veinte días tuvo el Dr. Moreno Zancudo ocasión de volver á verlo. En esta fecha observó con gran sorpresa que las dimensiones del tumor habían disminuido casi en una mitad, contrastando con este fenómeno singularísimo la aparición de infartos inguinales y axilares, el aumento en la demacración y los síntomas evidentes de una profunda caquexia. Practicado nuevamente el análisis del jugo gástrico, suministró los mismos datos que el anteriormente citado.

A partir de esta fecha, el estado del enfermo fué haciéndose cada vez más grave; pero en cambio disminuyeron de tal manera las proporciones del tumor, que el 20 de Julio, día en que lo vió por última vez, no alcanzaban aquéllas más extensión que las de una nuez pequeña situada en la región pilórica.

Habiendo marchado el enfermo á su país (Jaca), ha muerto allí á fines de Noviembre en la más completa caquexia, y habiendo precipitado este funesto desenlace abundantísimas gastrorragias y melenas.

«La historia que acabo de describir, termina diciendo el Dr. Moreno Zancudo, es la habitual de los tumores malignos del ventrículo abdominal; pero ofrece el interesante fenómeno de la disminución espontánea de las dimensiones de la neoplasia. Es indudable que

semejante reducción ha sido motivada por un trabajo regresivo, cuya naturaleza no me es dable definir, operado en el estroma del tumor. No cabe duda acerca de la naturaleza del mismo, toda vez que los análisis del jugo gástrico, los resultados obtenidos por la insuflación del estómago y la marcha del padecimiento, evidencian de un modo absoluto que se trataba de un cáncer del estómago y no de un falso cáncer que hubiera podido simular el cuadro clínico de aquél.

«La rareza de semejantes observaciones (por mi parte, y á pesar de mi larga práctica, es la primera que he podido recoger) me ha movido á presentar á la Academia la historia de este enfermo.»

(*Acad. Médico-Quir. Española.*)

SECCION PROFESIONAL

ACADEMIAS Y COLEGIOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Con arreglo á lo prevenido en el Reglamento orgánico de la Academia médico-militar, aprobado por Real Orden de 22 de Abril de 1899 (*C. L.* núm. 87), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca á oposiciones para cubrir ocho plazas de Médicos alumnos de la Academia médico-militar, á los Doctores ó Licenciados en Medicina y Cirugía que desde esta fecha hasta el 26 de Agosto próximo lo soliciten, con sujeción á las bases y programas que á continuación se insertan (1.)

2.º Caso de ser aprobados más de ocho aspirantes, podrán ser nombrados alumnos, si las necesidades del servicio lo aconsejan, hasta el número que se considere conveniente, por el orden de censuras obtenido, entendiéndose que los que se encontraren en este caso no tendrán opción á sueldo, si bien se les reservaría el derecho á ocupar, por turno de censuras, las vacantes que por cualquier concepto ocurriesen en las plazas con sueldo.

3.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en Madrid, y darán comienzo el día 1.º de Septiembre del corriente año, en el local del Instituto de higiene militar, calle de Rosales, número 12.

(1) Como no existe variación importante con las bases y programa del concurso anterior, prescindimos de su publicación.

4.º Conforme con lo expuesto en el artículo 25 de las bases, el tribunal de oposiciones celebrará su primera sesión pública en el local indicado, á las nueve de la mañana del día 31 de Agosto, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos á las oposiciones, con el fin de designar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Abril de 1900.—Azcárraga.—Sr.....»

*
*
*

INDEMNIZACIONES.

«Circular. —Excmo. Sr.: En vista de un escrito, fecha 23 de Febrero próximo pasado, del Jefe de la Comisión liquidadora de la Intendencia militar de Cuba, en el que solicita se aclare la Real Orden de 20 de Julio de 1899 (*D. O.* núm. 160), en la cual se determina la manera de satisfacer las indemnizaciones á Jefes y Oficiales repatriados de Ultramar, que por razón de los cargos que desempeñaban tuvieron que hacer entrega de cajas y documentación en Aranjuez ó en el Archivo general militar en el sentido de que no satisfaga la Comisión liquidadora de la Caja general de Ultramar el importe de las indicadas indemnizaciones, sin que previamente hayan sido liquidadas por la de la citada Intendencia militar de Cuba las nóminas en las que se reclamen; considerando que dichas nóminas habrán sido formadas por las Comisiones liquidadoras de sus Cuerpos respectivos, con la justificación y comprobación prevenidas y la conformidad de su Comisario Interventor, y que la mencionada de la Caja general de Ultramar ha de ir formulando los cargos de lo satisfecho por este concepto á medida que vaya rindiendo y cursando las cuentas correspondientes; y considerando que si bien no es absolutamente indispensable el indicado requisito de examen y liquidación previos de las aludidas nóminas por la Comisión liquidadora de la Intendencia militar de Cuba, puede ser conveniente para que el pago se verifique con mayor precisión y exactitud, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de acuerdo con lo informado por el Ordenador de pagos de Guerra en 4 de Abril último, ha tenido á bien disponer que las nóminas de referencia que aún no se hubieran formulado, se remitan previamente para su examen y liquidación á la predicha Comisión liquidadora de la Intendencia militar de Cuba, y llenado este requisito, que se las dé por la misma el curso correspondiente á la de la Caja general de Ultramar, para que puedan ser satisfechas conforme á lo dispuesto en la citada Real Orden de 20 de Julio de 1899.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 9 de Mayo de 1900.—Az-
cárraga.—Sr . . . »

V A R I E D A D E S

Nuestro antiguo amigo y colaborador, el distinguido Médico mayor *D. Federico Parreño y Ballesteros*, ha sido premiado en el último concurso celebrado por *El Liberal*. Le enviamos la felicitación más sincera por tan justificado triunfo.

* * *

En el presente mes de Julio no habrá propuesta reglamentaria de ascensos, por no haberse producido vacante alguna en el mes de Junio próximo pasado.

* * *

Se han publicado los cuadernos 2.º y 3.º de los «Anales de la Real Academia de Medicina» correspondientes al año actual.

Comprenden todas las actas detalladas de las sesiones científicas de la Academia, desde el 24 de Marzo al 23 de Junio último, y parte de la biografía del difunto Dr. Rico y Sínobas.

Se admiten suscripciones en el local de la Academia, y se venden cuadernos sueltos.

* * *

Premios para 1901.—El Instituto Médico Valenciano abre concurso sobre los siguientes temas:

CUESTIÓN DE MEDICINA.—*Diagnóstico precoz de la tuberculosis.*

CUESTIÓN DE CIRUGÍA.—*Concepto etiológico, patogénico y nosológico del cáncer.*

CUESTIÓN DE CIENCIAS AUXILIARES.—*Estudio comparativo de las diferentes aguas potables de cualquiera de las provincias valencianas.*

ASUNTO LIBRE.—*Resolución de un punto importante de las ciencias médicas ó sus auxiliares á juicio del autor.*

Para cada una de estas cuatro cuestiones se ofrecen tres premios (título de socio de mérito é impresión de la Memoria, *accésit*, que consiste en el título de socio de mérito, y mención honorífica.)

PREMIO ESPECIAL.—Una obra de Medicina, ofrecida por el Dr. D. Peregrín Casanova, y título de socio de mérito al autor del mejor trabajo sobre el siguiente tema: *Métodos clínicos para diagnosticar las complicaciones laberínticas en el curso de las enfermedades de la caja timpánica.*

Las Memorias al secretario D. Manuel Olmos, Santa Teresa, 7, principal, Valencia, hasta el 1.º de Diciembre del corriente año.