

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVII Madrid 1.º de Septiembre de 1903 Número 389

## TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

### NOTA CLÍNICA

Entre las varias conferencias—todas utilísimas—dadas por el Profesor Hartmann, agregado á la Facultad de Medicina de París, durante el segundo semestre del curso de 1902 á 1903, hubo algunas que para mí tenían mayor interés, y entre las cuales descuella la dedicada al tratamiento de las quemaduras.

La claridad de exposición que le caracteriza, la convicción con que expone sus ideas—bien discutidas—, el interés que despliega en pro de la enseñanza y su claro y sensato juicio, dan á sus conferencias un sello especial propio. Amante de lo práctico, deja la hojarasca y va derecho al fin útil; en todas sus lecciones se observa lo mismo, y en el asunto que motiva estas líneas se dibuja su carácter, su genio independiente, lógico, verdaderamente científico. Conocemos perfectamente la eterna cuestión del tratamiento de las quemaduras: el linimento oleo-calcáreo, aún en boga por algunos prácticos; las vaselinas antisépticas, el algodón, los lavados, etc., etc., todos girando alrededor del tratamiento racional; pero ninguno antes que él tuvo el valor de presentar la cuestión en su verdadero terreno.

Hace tiempo fué llamado para asistir una señora que sufría extensas quemaduras; propuso el tratamiento lógico, el único, el antiséptico, considerando la quemadura como una herida cualquiera infectada. Desprovista la piel del epidermis, el dermis quedaba indefenso; rota esa barrera, los microorganismos penetran

fácilmente, ocupan los espacios celulares, atacan el tejido conectivo, donde encuentran elementos abonadísimos por efecto de la turgencia vascular é infiltración serosa propia de toda quemadura. Si en estas condiciones no atacamos con energía el foco infectado, es facilísimo comprender lo que sucederá: los microorganismos se multiplicarán, irritarán fuertemente los elementos celulares, habrá fuerte diapedesis, lucha, pus, abscesos miliares y macroscópicos, pérdida de substancia, tejido escleroso, retracciones y toda esa secuela de las infecciones difusas. Con el tratamiento vulgar de las pomadas y algodones, nada bueno obtendremos; por eso Hartmann en su caso recomendó desinfectar bien con jabón y agua sublimada, *frotar*, en una palabra, emplear todos los medios que están á nuestro alcance para hacer una desinfección *verdad*, no de fórmula, que sólo sirve para desacreditar el método. Muchas contrariedades tuvo Hartmann: verdaderas notabilidades se le pusieron enfrente, considerando brutal é innecesario su proceder; pero al fin comprendieron la verdad, y hoy, felizmente es un hecho, todos aceptan su manera de obrar.

En su caso Hartmann pudo, después de muchas discusiones, tratarlo como él proponía; los resultados fueron maravillosos, la curación rapidísima, sin formación de bridas ni otras deformidades, no obstante la extensión de las lesiones.

Inspirado en estas ideas, formé mi juicio en un todo conforme con la práctica de Hartmann, y me propuse llevarle á ejecución tan pronto se me ofreciese la ocasión; ésta no tardó en presentarse, y á fines del pasado Julio ingresó en mi sala del hospital de Carabanchel el soldado I. J., ranchero del regimiento de Infantería de Vad-Rás, con una extensa quemadura que le interesaba la pierna y pie izquierdo, producida al volcársele una olla con agua hirviendo. Al siguiente día de haber ingresado le levanté el apósito que traía: con jabón y agua sublimada le lavé bien la superficie cruenta, luego, valiéndome de una gasa humedecida con agua sublimada y jabón, froté bien el dermis desnudo, lavando por último con la misma agua para dejar bien limpia la superficie.

Seguidamente sequé con gasas, colocando después gasa iodofórmica y lavada, así como una buena capa de algodón bien esterilizado y un vendaje; á los catorce días levanté la cura, y la restitución del epitelio era completa; tres días después salió de alta.

En el momento de la cura los dolores fueron un poco vivos, calmándose poco á poco hasta desaparecer por completo antes de las veinte horas para no reaparecer más. Las ventajas que obtenemos procediendo así son bien manifiestas: la curación es más rápida; la economía en las curas, pues no hay que hacer más que una, ó dos cuando más; menos dolores, pues sabemos que cada cura que se le hace á un quemado va acompañada por dolores, á veces muy fuertes; además, en cada cura, por grandes precauciones que tomemos, siempre irritamos el dermis y entorpecemos en algo la marcha curativa del proceso, no podemos evitar del todo la supuración y en casi todos, por no decir en todos, dejamos huellas imborrables, cicatrices, que no son imputables á la quemadura y sí á la infección.

En este caso que acabo de exponer la epidermización fué completa, el dermis normal, á pesar de que se hallaba fuertemente hiperemiado é infiltrado, en condiciones para que la infección la hubiera hecho desaparecer en algunos trechos, y entonces en su lugar hubiera quedado tejido conjuntivo denso, escleroso.

El tratamiento no deja de ser algo brutal, y con el fin de evitar los dolores que forzosamente produce se puede en algunos casos aplicar la anestesia general.

En resumen, procediendo así obtenemos: primero, economía en las curas; segundo, economía en la estancia hospitalaria, pues se curan en la mitad de tiempo que empleando el otro proceder, y tercero, menos molestias para los enfermos por no hacerles más que una cura.

E. PEDRAZA,  
Médico primero.

---

## Prensa y Sociedades médicas.

**La cruzada contra la fiebre tifoidea.**—Hé aquí, en resumen, la conferencia dada por el Profesor Koch, en la Academia Emperador Guillermo, sobre la manera de suprimir la fiebre tifoidea.

*Frecuencia.*—Los estragos hechos por la fiebre tifoidea en tiempo de guerra son bien conocidos. Durante la guerra franco-alemana, de esta enfermedad se presentaron 73.000 casos, ocurriendo 9.000 defunciones. En la última guerra boer, la mortalidad por fiebre tifoidea fué también enorme. En épocas de paz, la estadística sanitaria del ejército alemán demuestra que, salvo la tuberculosis y la pneumonía, la fiebre tifoidea es la enfermedad que causa mayor número de muertos.

Durante los últimos diez años, afortunadamente, el número de casos ha sido mucho menor, gracias al mejoramiento en la provisión de agua y sistemas de drenaje de las ciudades de Alemania.

En la campaña, sin embargo, las dificultades que se oponen á las reformas sanitarias son mucho mayores; la provisión de agua procede de fuentes sospechosas, y la costumbre de usar la materia fecal humana como abono constituye un peligro constante; de ahí que la fiebre tifoidea reine aún en ciertas localidades con carácter endémico, y es de notar que terminado el período de maniobras las tropas, al volver á sus cuarteles, traen consigo la fiebre tifoidea.

*Medidas de profilaxia.*—¿Cómo es posible evitar este peligro? Las doctrinas que preconizan el aseo, agua pura é instalaciones sanitarias buenas, son excelentes para predicarlas; pero en los distritos rurales no es siempre posible, en las circunstancias actuales, ponerlas en práctica. Debemos, pues, á la espera de ese momento, valernos de métodos más factibles, y en este caso la experiencia que tenemos del cólera pasado nos servirá de guía, pues tanto en el cólera como en la fiebre tifoidea es la materia fecal la responsable de la propagación de la enfermedad. Al combatir la primera de estas enfermedades nos fiábamos únicamente, hasta hace poco, en métodos exclusivamente defensivos; hacíamos todo lo que en nuestras manos estaba para conseguir la mayor higienización y la mejor provisión de agua, esperanzados en lo mejor y preparados para lo peor. Hoy nos precavemos haciendo uso de medidas también ofensivas. La bacteriología nos administra procedimientos que nos permiten diagnosticar con seguridad un caso de cólera en cuanto se presenta. Inmediatamente los aislamos, desinfectamos sus secreciones y excreciones, y de esta suerte, destruyendo los microorganismos infecciosos, impedimos la propagación de la enfermedad. Igual ejemplo nos ofrece la fiebre intermitente. Establecido el diagnóstico mediante el examen de la sangre, suministramos quinina

como un «desinfectante hemático», y destruyendo así el parásito infeccioso eliminamos la fuente del contagio.

Atacando la fiebre tifoidea según los mismos principios, debemos tratar de llenar dos condiciones: primera, colocarnos en el caso de poder descubrir con facilidad y seguridad el material infeccioso, y segunda, destruirlo.

*Un parásito obligatorio del hombre.*—Pero si uno preguntara: ¿Es posible hacer la comparación de que hemos hablado con la fiebre tifoidea? Tenemos buenas razones para creer que los organismos productores del cólera y de la fiebre intermitente no pueden continuar su existencia fuera del huésped humano; pero el bacilo tifoideo, según creen muchos—y el Profesor Koch dice que él participaba también antes de la misma opinión—, es capaz de llevar una existencia saprofitica reteniendo su vitalidad por mucho tiempo en el agua, y al llegar al suelo se aloja y se multiplica en él durante años, con retención de su propiedad de volver nuevamente á emprender su vida como parásito en el organismo humano.

A medida que aumenta su experiencia en la etiología de la fiebre tifoidea, Koch cree que debe abandonar esta teoría. Nadie duda que el agua infectada sea capaz de producir con frecuencia epidemias de fiebre tifoidea; pero el período de vitalidad de los microorganismos en este medio es muy limitado. Culturas hechas con el agua de los ríos ó arroyos conductores del contagio cuando ya la enfermedad ha estallado, raras veces muestran la existencia del germen tifoideo, y cuando tal sucede es porque se sigue arrojando al agua nuevo material infeccioso.

Lo mismo acontece con el suelo. En condiciones favorables de humedad, y siempre que se mezcle libremente la tierra del suelo en la materia fecal, el bacilo tifoideo puede retener su vitalidad una semana ó dos, un mes, y hasta todo un invierno, pero nunca por períodos más largos.

Cuando se producen pequeñas epidemias en la campaña, atribuibles á esta fuente de infección, los casos más tardíos han derivado de los primeros, pero no se deben al foco primitivo.

Por estas razones, el bacilo tifoideo, si bien es capaz de retener su vitalidad fuera del cuerpo humano algún tiempo más que el vibrión del cólera, y especialmente en el suelo, debe considerarse al par de este último como un parásito obligatorio y tratado de idéntico modo.

*Diagnóstico precoz.*—El primer problema á resolver consiste, por consiguiente, en dar en el procedimiento más rápido para descubrir el bacilo en las personas infectadas. A este respecto cree Koch que la reacción de Widal, tan empleada actualmente, es completamente inadecuada, puesto que aparece demasiado tarde, no siendo posible conseguir resultados positivos sino á la segunda semana, y además porque falla con frecuencia en los casos benignos. Tampoco aprueba los métodos de diagnóstico por el cultivo bacteriológico que siguen el procedimiento de usar un medio que retarde

el crecimiento de los organismos tifoideos hasta que las colonias del *bacillus coli communis*, del que importa más distinguirlo, haya adquirido vida vigorosa. Para poder establecer la diferencia usando métodos semejantes, deben transcurrir algunos días, y esta demora es un serio obstáculo para la iniciación de las medidas de profilaxia.

Con este objeto ha instituído pacientes investigaciones, de las que resulta que es método mejor el de Drigalski y Conradi.

En vez de retardar el desarrollo de las colonias tifoideas, estos bacteriólogos han tratado, por el contrario, de acelerar su crecimiento, y han inventado un medio de cultivo que impide la pululación de la mayoría de los microbios del intestino, salvo los pertenecientes al grupo *coli*.

Los *coccus* y varios otros microbios que puedan haber conseguido prosperar pueden fácilmente excluirse, gracias al aspecto de las colonias; sólo queda por distinguir entre los organismos tifoideos y *coli*. Con este objeto se tiñe el medio nutritivo con una solución de litio, que permite distinguir inmediatamente por el color entre las colonias fuertemente ácidas de los *coli* y las del *bacillus typhosus*, que retiene en el medio de cultura su reacción alcalina. Finalmente, se confirma la presencia de las colonias tifoideas, y se excluye su confusión posible con las de otros microbios del intestino, mediante la reacción de la sero-aglutinación.

Procediendo de esta manera cree el Profesor Koch que dentro de las veinte ó veinticuatro horas es posible dar un diagnóstico absolutamente fidedigno, habiéndole sido posible así reconocer la presencia de organismos tifoideos en enfermos ya al segundo día de la enfermedad.

*La infección puede proceder de casos que no son clínicamente sospechosos.*— El valor práctico de este método de diagnóstico rápido consiste en que permite tomar una decisión en lo que se refiere á las cuestiones sanitarias de desinfección y acarreo de la materia fecal, mientras los síntomas clínicos son aún muy oscuros. Se ha usado este método en Berlín, tanto para casos sospechosos como para casos bien manifiestos de la enfermedad, y se ha aplicado, lo mismo que para el cólera, á individuos que gozaban al parecer de buena salud, que hubieran estado en contacto con el foco tifoideo; resultando que se ha encontrado el bacilo tifoso en las evacuaciones de muchas personas que tenían síntomas banales ó que no presentaban síntoma alguno. Como son éstas las personas más susceptibles de propagar la infección, salvo que se descubra la necesidad de colocarlas bajo vigilancia, la posibilidad de establecer rápidamente el diagnóstico es de grandísima importancia desde el punto de vista higiénico.

*Supresión de las epidemias.*— El Profesor Koch ha comprobado la posibilidad de aplicación de este método, combatiendo una epidemia existente. Habiendo conseguido los ayudantes necesarios y establecido un laboratorio en Trier, localidad en la que la fiebre tifoidea hacía estragos, comenzó á trabajar examinando los casos de

tifoidea denunciados por los Médicos locales. Siguiendo el hilo que le daban estos casos, pronto pudo darse cuenta que la enfermedad reinaba en mucha mayor extensión que la indicada por los casos denunciados. Se hacía primero un examen de los casos con síntomas clínicos indudables, y se seguía con el de los demás miembros de la familia del atacado que habían estado en contacto con él; los casos sospechosos se descubrían gracias al auxilio de las autoridades. El resultado fué asombroso: habiendo sólo 8 denuncias, se comprobó la existencia de 72 casos de infección tifoidea presente. Estas cifras indican una discrepancia seria y muy significativa, la que, sin embargo, no puede ser atribuída á los Médicos locales, que con toda fidelidad denunciaban todos los casos que caían en sus manos. La conclusión que es posible sacar de todo esto es que las listas de los casos notificados dan una idea errónea sobre la verdadera extensión de la epidemia y poco puede facilitar los esfuerzos que se hagan para dominarla.

Un punto interesante de estas investigaciones lo constituye la proporción de niños afectados: 52 de entre 72 casos, sólo 3 habían sido denunciados.

La explicación de este fenómeno reside en la circunstancia de que habiendo reinado endémicamente por muchos años la fiebre tifoidea en los alrededores de Trier, y habiendo curado de un ataque de esta enfermedad muchas de las personas mayores que quedan inmunizadas, la proporción de casos era mayor en los niños. En todos los casos ha sido posible comprobar la contaminación directa de persona á persona, y, aun cuando todas las casas estuvieran próximas á algún arroyuelo y teóricamente fuera posible la infección procedente de esta fuente, no fué posible demostrar la relación entre el agua y la propagación de la epidemia. Cuando se producían varios casos en una sola casa, por regla general el segundo enfermaba dos ó tres semanas después que el primero, el tercero varias semanas después que el segundo, y así sucesivamente.

Los niños, especialmente los de escuela, muy en contacto unos con otros, contribuían grandemente á difundir la enfermedad.

Responsable de la producción de gran número de casos fué también el descuido observado en la disposición de la materia fecal, abandonada muchas veces en sitios descubiertos, de donde, pisada por cualquiera, era llevada al interior de las casas.

El método de diagnóstico descrito más arriba se demostró completamente satisfactorio. En cuanto quedaba establecida la naturaleza de la enfermedad se aislaba al paciente y desinfectaba todo rigurosamente, medidas poco resistidas por los aldeanos, á los que estas medidas no ocasionaban pérdidas pecuniarias, con el resultado de que á los tres meses no era posible encontrar más bacilos tifoideos; todos los casos se curaron, y, en lo que se refiere á ese grupo particular de aldeas, la fiebre tifoidea quedó extirpada. En vista de que en otros grupos de aldeas próximas colocadas en condiciones absolutamente idénticas, y en las que estos métodos de

combatir la enfermedad no fueron empleados, la fiebre tifoidea persistía, es razonable suponer que la desaparición de ella en Trier no fué espontánea, sino debida á los procedimientos de identificación y desinfección puestos en práctica allí.

*Aplicabilidad de este procedimiento.*— Si bien este procedimiento ha tenido éxito en una epidemia de pequeñas dimensiones, ¿pueden ó no ser aplicadas en gran escala estas medidas profilácticas?

Grandes dificultades hay en el camino, y la extirpación de la fiebre tifoidea en grandes extensiones de la campaña es un ideal que necesitará muchos años para poder realizarse. Debemos contentarnos con empezar la reforma en pequeña escala y llevarla adelante gradualmente.

Obras de esta naturaleza requieren laboratorios especiales, ayudas de una preparación también especial en los detalles más finos de la investigación bacteriológica. La organización de institutos de esa naturaleza debe necesariamente llevarse á cabo muy gradualmente, prestando primero atención á aquellas epidemias que constituyen una seria amenaza para la salud pública.

Para concluir, Koch dice que los principios que recomienda, no sólo pueden aplicarse al cólera, la fiebre intermitente y la tifoidea, sino también á todas las demás enfermedades infecciosas en las que sea posible el diagnóstico temprano y en las que no sea posible destruir el germen de la infección. En la guerra contra la difteria y la tuberculosis es, en particular, en la que, siguiendo los preceptos enunciados, será posible conseguir éxitos duraderos.

(*British Med. Journal*).

\*  
\*\*

**Hemoglobinuria accasional de origen traumático.**— El Doctor *J. O. Wakelin Barratt* leyó sobre este asunto un trabajo escrito en colaboración con el Dr. C. W. Eusor. El caso que sirvió de base á este trabajo es interesante, porque los accesos de hemorragia fueron precedidos de traumatismo. El enfermo era un loco que desde algunos años antes tenía la costumbre de golpearse la frente con la mano derecha. A veces permanecía dándose golpes fuertes más de una hora. El traumatismo era seguido de albuminuria. No había indicios de síncope ó asfixia local, ni podía invocarse la exposición al frío. Las relaciones de los accesos de hemoglobinuria y del traumatismo se prueban por los hechos siguientes: primero, cada uno de los accesos estudiados fué precedido del traumatismo referido; segundo, ni uno solo de estos traumatismos dejó de ser seguido de hemoglobinuria; tercero, evitando al enfermo golpearse la frente disminuye el número de accesos de hemoglobinuria. La hemoglobina existía en la orina en forma de oxihemoglobina. Existía también en pequeña cantidad un compuesto que formaba una faja de absorción en el rojo del espectro solar. La cantidad de hemoglobina perdida durante un acceso equivalía á la contenida

en 7 centigramos á un gramo de la sangre del enfermo. Los Doctores Barratt y Eusor explican la hemoglobinuria del modo siguiente: El traumatismo ocasiona extravasación sanguínea en el tejido subcutáneo. La hemoglobina abandona con rapidez los glóbulos rojos á causa del desarrollo local de una autolisina. La hemoglobina disuelta penetra en el torrente circulatorio y es eliminada con rapidez por los riñones.

El Dr. *L. W. Sambon* dijo que los autores de este trabajo se han visto obligados á admitir que los golpes produjeron un derrame de sangre, aunque no había prueba evidente de magullamiento de la piel. Han necesitado también admitir la hemoptisis. Se inclina más bien á creer que el traumatismo coincidió más bien con la causa productora de la hemoglobinuria. Los caballos y otros animales padecen hemoglobinuria, pero no es debida al ejercicio muscular, como se ha creído, sino á un parásito específico. La causa de la hemoglobinuria accesional es obscurísima, y no es conveniente agregar el traumatismo á la larga lista de causas invocadas.

El Dr. *J. W. W. Stephens* llamó la atención sobre algunos puntos de semejanza que existen entre el caso referido y los de fiebre de orina negra debida al paludismo. En esta fiebre las fajas de metahemoglobina coinciden casi siempre con las de oxihemoglobina y hasta con las de urobilina. Si se analiza la orina en un enfermo antes de que se presente la fiebre indicada, suele descubrirse urobilina y albúmina y también indicios de una substancia proteica nuclear. El único medio de predecir un ataque es el descubrimiento de estas substancias. ¿Es reducible la faja dudosa descrita por los Dres. Barratt y Eusor, y en caso afirmativo se obtuvieron las fajas de hemoglobina ó de hematina reducidas? En la fiebre de orina negra, el sedimento se compone de una substancia amarillenta, una parte de la cual es de naturaleza idéntica á la de los cilindros granulados que se observan en las enfermedades renales, y otra parte de la llamada hemoglobina coagulada. La hemoglobinemia no suele descubrirse en la fiebre de orina negra al examinar el suero, pero, en cambio, es con frecuencia ictérica. La explicación que dan los Dres. Barratt y Eusor quizá sea exacta hasta cierto punto, pero es inaplicable á la fiebre de orina negra. El punto isotónico de los glóbulos rojos en esta fiebre está á menudo cambiado; hay aumento relativo de células y disminución de dicho punto. Las alteraciones de los leucocitos no son completamente análogas en ambos casos.

El Dr. *Vaughan Harley* cree que la hemoglobina aparece en la orina en cuanto queda libre en la sangre. El caso referido por los Dres. Eusor y Barratt es casi una demostración experimental de que los golpes producen la hemoglobinuria. No cree que sea necesario invocar la acción de la hemolisina, puesto que la vibración mecánica es suficiente para dejar libre la hemoglobina. La presencia de la urobilina no tiene una gran significación, puesto que se encuentra antes de los accesos. Cree que en el caso citado puede excluirse en absoluto el paludismo.

El Dr. *A. E. Garrod* se ocupó de la objeción de añadir una más á la larga lista de las causas de la hemoglobinuria. El frío no es la causa de la hemoglobinuria accesimal, y, sin embargo, es una causa determinante, frecuente, de los accesos hemoglobinúricos. El traumatismo puede ser también una causa determinante. Los casos debidos al ejercicio forman otro grupo en el hombre, y el ejercicio muscular fué, al parecer, en el caso citado el efecto causal. Cree que la hemoglobinuria no debe explicarse por la friabilidad de los glóbulos rojos, sino por la existencia de una substancia destructora en la sangre de algunos enfermos.

El Dr. *W. Bulloch* dijo que la hemolisis puede ocurrir de dos maneras: directamente, como cuando es debida al éter, ó indirectamente, como cuando la produce el veneno de la serpiente cobra. En este último caso se forman dos substancias que influyen una sobre otra, el cuerpo inmune y el complemento. ¿La substancia destructora de los glóbulos rojos, pertenece en este caso á la primera clase, ó á la segunda? El caso de los Dres. Eusor y Barratt demuestra, al parecer, que el traumatismo puede ser una causa definida; pero la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre no es debida por completo á la vibración mecánica, sino más bien á la acción local de un cuerpo destructor. En los casos de hemoglobinuria accesimal se ha supuesto que el veneno puede ser producido localmente, por ejemplo, en las células epiteliales de la pared del vaso.

El Dr. *Barratt* dijo que se había dado la prueba científica de que los ataques eran debidos al traumatismo. La semejanza con la fiebre de orina negra, en la que la orina contiene siempre urobilina, hace verosímil la idea de que ejerce una acción destructora. Para reducir la faja se tropieza con una dificultad técnica. Cuando la orina es eliminada no hay sedimento; después de permanecer en reposo algún tiempo, se forma un sedimento coloreado de fosfatos y uratos. Moliendo en un mortero glóbulos rojos con una disolución de sal, la hemoglobina no queda libre; esto es una prueba que niega la exactitud de la teoría de la vibración. En su caso no hubo magullamiento, pero sí extravasación de sangre, porque el traumatismo fué muy duradero. La producción de hemolisina de las células epiteliales es de gran interés, pero en su enfermo fué de difícil demostración.

(*Real Soc. Méd.-Quirúrg. de Londres*).

\*  
\* \*

**Histerismo asociado á otras enfermedades.**—El Dr. *Valle y Aldabalde*: Se ha dicho, con razón, que el histerismo es el gran simulador porque, en efecto, puede simular otras enfermedades, no sólo del sistema nervioso, sino también de otros sistemas ó aparatos. Así, se da á veces el caso de que simula una escoliosis ó una tisis pulmonar, hasta que una observación atenta y detenida descubre la verdadera naturaleza del padecimiento.

Ahora bien, por lo mismo que el histerismo es el gran simulador, puede ser también encubridor, ocultando la existencia de determinadas enfermedades que coexisten á la vez que dicho padecimiento, y que pasan inadvertidas en los primeros momentos ó la vienen á acompañar en un período más avanzado de su evolución.

Como ejemplo de esta clase de hechos, voy á referir el caso de una señora de unos treinta y cinco á cuarenta años y de antecedentes histéricos, que vengo visitando próximamente desde hace un año. Cuando me encargué de ella tenía tos, expectoración abundante mucopurulenta con algo de mal olor y alguna vez sanguinolenta, dolores torácicos, que en algunas ocasiones se hacían muy intensos, que la enferma localizaba, no en las paredes del pecho, sino en el interior del mismo, y que iban acompañados de gran disnea en los momentos de las exacerbaciones. Por el reconocimiento físico lo único que se encontraba eran estertores catarrales. También se quejaba la enferma de un dolor de estómago que se presentaba en algunos momentos, pero que unas veces coincidía y otras no con la ingestión de substancias alimenticias. Además había gran anorexia y estreñimiento.

Teniendo en cuenta los antecedentes y manera de ser psíquica de esta enferma, los dolores, tanto torácicos como gástricos, que no parecían ligados con padecimientos somáticos, localizados en las cavidades respectivas, y la aparición en forma de paroxismos de estos síntomas, interpreté el caso como de histerismo complicado con un catarro bronquial. Verdad es que la afección torácica podía ser de naturaleza tuberculosa, aunque el examen físico no revelara más que la existencia de un simple estado catarral; pero la enferma no se prestaba á expectorar en escupidera, por lo cual no me fué posible recoger los esputos para hacerlos analizar.

De todos modos, me pareció del caso prescribir la creosota; mas á fin de respetar el tubo digestivo, lo hice en unturas asociadas al vasógeno, y en supositorios con manteca de cacao. Combatí la gastralgia, con bastante buen resultado, por medio del agua cloroformada, y para dominar la excitación nerviosa usé el bromuro potásico y el hidrato de cloral en enemas, que la enferma retenía bastante bien.

Como el estado de nutrición no tenía nada de satisfactorio y, por otra parte, había que luchar con la anorexia y la repugnancia á los alimentos, prescribí un régimen de fácil digestión y dos, y á veces hasta tres, enemas alimenticios con leche y huevos unas veces, y caldo y huevos otras. Apelé además á la sugestión en estado de vigilia para vencer la anorexia, y con todo este tratamiento conseguí que se fueran reponiendo las fuerzas y calmando los fenómenos nerviosos y que disminuyeran los síntomas catarrales del aparato respiratorio. Á pesar de esto, como todavía persistieran los dolores torácicos y la gastralgia, aunque con menos intensidad, recurrí á los baños templados, dos ó tres por semana, y la electricidad estática, de cuya aplicación se encargó nuestro distinguido compañero

el Dr. Mitjavila, con lo cual la enferma se repuso bastante de su estado general y apenas le quedó como recuerdo de todo lo sucedido más que cierto grado de anorexia.

En esto se ausentó de Madrid, y al cabo de dos ó tres meses volvió con síntomas de intolerancia gástrica, gastralgia y hematemesis. Creí en un principio que se trataba de una nueva aparición de su padecimiento anterior; pero hube de convencerme de que ahora se trataba de una úlcera gástrica, puesto que en esta segunda etapa la gastralgia iba ligada á la ingestión de alimentos, la hematemesis era más abundante de lo que suele suceder en las de origen histérico y además iba acompañada de melena, siendo confirmado el diagnóstico por el éxito del tratamiento, puesto que con la dieta láctea se está mejorando esta señora de un modo ostensible.

Vemos, por lo tanto, que si inducidos por lo observado en la primera época hubiéramos interpretado este nuevo padecimiento como manifestación del histerismo, habríamos incurrido en grave error con perjuicio de la enferma. Esta era, y es ciertamente, una histérica; pero además es en la actualidad una ulcerosa de estómago, y hay que guardarse, por lo tanto, de achacar al histerismo todos los síntomas que en las histéricas se presenten, aunque se parezcan mucho, como ha sucedido en nuestro caso, á síntomas realmente histéricos que se hubiesen observado en otra época anterior de la vida de la enferma.

El Dr. Castillo Ruiz se limita á referir un caso de histerismo, que lo conceptúa de interés por dar origen á un error de diagnóstico que motivó una intervención quirúrgica con fatal resultado para la enferma.

Se trataba de una joven de diez y nueve años que hacía tres venía padeciendo accidentes y ataques histeriformes y que entró en la Clínica médica, segundo curso de la Facultad de Madrid, requiriendo la evacuasen la vejiga urinaria, pues hacía día y medio no había logrado ver salir la más pequeña cantidad de orina. Se trataba, pues, de un caso de retención urinaria de origen histérico, siendo preciso sondar á la enferma cada cuatro horas, pues de otra suerte no podía vaciar el reservorio urinario. Le fueron aplicadas corrientes farádicas sin resultado, siendo posteriormente hipnotizada por el Dr. Castillo Ruiz, el cual logró efectuarse espontáneamente la micción durante el sueño hipnótico, no así en estado vigil. Transcurrió algún tiempo, y la enferma, sin saber por qué, pudo verse libre de esta molestia, apareciendo en cambio una paraplegia que la imposibilitaba la progresión; fué nuevamente hipnotizada, lográndose que anduviese durante el sueño provocado solamente, pues cuantas veces se la despertaba estando de pie, tantas había que sostenerla para que no se cayese. Pasó otro poco de tiempo y la enferma recobró el antiguo vigor de sus extremidades inferiores, apareciendo entonces unas hematemesis tan abundantes, una inapetencia y un mal estar gástrico tal, que un Cirujano de dicha Escuela estimó oportuno practicarle la laparotomía media supraum-

bilical, creyendo hallarse enfrente de una grave afección gástrica, y á consecuencia de dicha intervención falleció la enferma, víctima de una peritonitis, á los pocos días de practicada aquélla, habiéndose observado durante el acto operatorio que se trataba simplemente de un caso de histerismo que simulaba una úlcera gástrica, sin que existiese el menor indicio de ella.

El Dr. *Carrillo y Cubero*: Como el Dr. Valle, pienso que el histerismo unas veces simula determinadas enfermedades y otras disimula, oscurece y oculta afecciones bien definidas.

Ha sido durante mucho tiempo el ocultador de nuestra ignorancia: cuantas afecciones nerviosas eran ignoradas, cuantos reflejos no hallaban satisfactoria explicación, solían hacerse depender de esa *neurosis*; al menos en la patología sexual de la mujer, cuando la educación ginecológica no había llegado al grado de perfección en que hoy se encuentra, el histerismo era el saco sin fondo donde se ocultaban multitud de errores.

Pienso que el histerismo, si bien más frecuente en la mujer, no es patrimonio exclusivo del sexo, y fuera de duda está que el hombre también le padece. Como prueba de que en ocasiones puede la mentada *neurosis* despistar al Médico, citaré un caso de mi práctica que es concluyente: Una señora de veintidós años, casada, dismenorréica y nulípara, sufría trastornos dispépticos acentuados y se quejaba de dolores que partiendo de la región hipogástrica se irradiaban hasta la umbilical; á la exploración se apreciaban tumultuosos y violentos los latidos de la aorta abdominal. Fué diagnosticada de aneurisma de este vaso y sometida al tratamiento por los ioduros á dosis masivas durante varios meses. Llegó un día, precursor de un período menstrual, en que la enferma, presa de una violenta crisis histérica, se agravó en tales términos que se temió la rotura del pretendido saco aneurismático, tan violentos eran los latidos de la aorta, y por incidencia ví en estos instantes la enferma.

No satisfaciéndome el diagnóstico que se me daba, pensando que la expansión de los latidos de la aorta abdominal, tan frecuentes en las histéricas y anémicas, hecho que he comprobado, por otra parte, multitud de veces en las mujeres que sufren de afecciones genitales, y teniendo en cuenta la esterilidad de la enferma, á pesar de llevar algunos años de matrimonio, y los trastornos dismenorréicos, creí pudiera tratarse de una desviación uterina. Propuse un reconocimiento, que fué aceptado, y comprobé la existencia de una retroflexión extrema con hernia del ovario derecho. Instituí en el momento oportuno el tratamiento adecuado para combatir la dismenorrea mecánica mediante la dilatación gradual progresiva, sometiéndola además la enferma á un régimen higiénico y dietético en consonancia con su estado anémico y neuropático, desempeñando la hidroterapia, bajo la forma de ducha escocesa, el principal papel en el tratamiento de la *neurosis*.

Conseguida la dilatación del canal cervical, un pesario de Hodge

mantuvo el enderezamiento del órgano y aseguró la reducción del desplazamiento.

La enferma continuó siendo histérica, pero se curó de su dismenorrea, desapareciendo los reflejos gástricos, los latidos de la aorta abdominal entraron en razón, y á los pocos meses un embarazo, seguido de parto normal, demostró que la esterilidad era relativa y curable.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).

\* \* \*

**Un caso de tétanos curado con el suero.**—El Dr. Torres Urbach publica la observación siguiente:

Mestizo, Gregorio Puig, quince años, pintor, vecino de Vapor, 26, ingresa en la sala Zambrana de este hospital, remitido por la séptima Estación de Policía.

Refiere el enfermo que hace cuatro días, al levantarse por la mañana para marchar á su trabajo, notó ligero dolor en la nuca, dificultad para mover el cuello y malestar general. Al terminar el día se acentuaron estos fenómenos, pero sin concederles importancia alguna continúa dedicado á sus ocupaciones. Al otro día, el cuello casi rígido, dolores más vivos, dificultad progresiva para abrir la boca, llegando hasta la imposibilidad. Fiebre y extensión de la rigidez del cuello á toda la columna vertebral. Cuando su ingreso (22 de Marzo), el trismo hace imposible separar el maxilar inferior, fuertemente aplicado al superior. Los contactos provocan contracturas que se extienden á los miembros.

En las pesquisas practicadas para averiguar el origen de la infección tetánica se encuentra una pequeña erosión supurada en la planta del pie derecho, manifestando el enfermo que hace más de cuatro años fué mordido en ese sitio por un ratón, y que desde esa fecha la cicatriz de la herida producida, dolorosa é inflamada, se ulcera espontáneamente y da salida al pus á intervalos más ó menos largos. Se le indica una poción con morfina, cloral y bromuro de potasio.

Al otro día aumenta la contractura; convulsiones, opistótonos, temperatura axilar de 41°, 1, 34 respiraciones y 126 pulsaciones por minuto.

31 de Marzo.—Visitado por el Dr. Fortún, instituye éste el tratamiento con el suero antitetánico preparado por Parke-Davis, empezando por hacerle dos inyecciones de 10 cc. cada una sobre la nalga. Se suspende el cloral, etc., etc.

1.º de Abril.—Temperatura, 39°. Pulso, 98. Respiraciones, 29.

2 de Abril.—Desciende la temperatura á 37°, 1. Pulso, 90. Respiraciones, 28. Vientre, duro. 30 gramos de aguardiente alemán y 10 cc. de suero.

3 de Abril.—Temperatura normal (37°). La leche y el agua no provocan al ingerirlas ataques convulsivos tan á menudo como antes. Inyecciones de 10 cc.

4 de Abril.—Iguual situación de asfíxia, mejora el opistótonos y trismo, alejándose cada vez más los ataques convulsivos en los días que subsiguen, durante los cuales mejora lentamente el enfermo, practicándole cada dos días una inyección subcutánea de 10 cc. de suero de Parke-Davis, hasta llegar al número de 11. Le fué aplicada la última el día 21 de Abril, habiendo sido dado de alta, curado, el día 10 de Mayo.

(*Bol. Clin. del Hosp. núm. 1 de la Habana*).



## SECCION PROFESIONAL

### SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de una consulta del Ordenador de pagos de Guerra y de varias instancias dirigidas á este Ministerio, acerca de la interpretación que debe darse á la Real orden de 6 del mes actual (*D. O.* núm. 146), respecto á si ha de entenderse con carácter general lo resuelto para el Coronel D. Francisco Rosales Badino; y teniendo en cuenta que por la misma se establece terminantemente que las pensiones de cruces se abonen en la cuantía que se halla establecida con entera independencia de los demás devengos reglamentarios, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer se entienda que los efectos de la mencionada disposición son extensivos igualmente en un todo á cuantos Jefes y Oficiales y sus asimilados se encuentren en circunstancias análogas á las del citado Coronel.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 31 de Julio de 1903.—El General encargado del despacho, Manuel de la Cerda.—Señor.....»

\*  
\*  
\*

### MATERIAL SANITARIO

«Excmo. Sr.: Siendo conveniente para el buen servicio que el material antiséptico de curación que existe en el Parque Central de Sanidad Mili-

tar, de dotación del mismo, y dentro del petitorio farmacéutico vigente, reuna las mayores garantías de bondad que pueden exigirse; y teniendo en cuenta que por la acción del tiempo sufren alteración ó pérdida algunos de los elementos que entran en su constitución, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que periódicamente, y por lo menos todos los años, se renueve dicho material, á cuyo efecto se entregará por el citado Parque al Laboratorio Central de medicamentos, cuyo establecimiento facilitará el que haya de substituirle en igual clase y cantidad, utilizando preferentemente el substituído para el suministro que efectúa á los hospitales militares, quedando autorizada la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio para disponer lo relacionado con este servicio.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 31 de Julio de 1903.—El General encargado del despacho, Manuel de la Cerda.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva».

\*  
\*  
\*

## JUSTICIA

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito del Capitán General de Cataluña, fecha 4 de Febrero último, solicitando una aclaración al artículo 26 del Código de Justicia Militar, en el sentido de que los Auditores deben abstenerse de indicar el correctivo imponible en los casos en que los hechos de que se trate sean calificados como falta leve, el Rey (Q. D. G.), de acuerdo con lo expuesto por el Consejo Supremo de Guerra y Marina en 14 del corriente mes, se ha servido declarar:

1.º Que no requiere aclaración alguna el artículo 26 del Código de Justicia Militar, puesto que se refiere única y exclusivamente al ejercicio de la jurisdicción de Guerra en materias judiciales.

Y 2.º Que estando dentro de la esfera de atribuciones gubernativas del Capitán General, como Comandante en Jefe de las tropas, el castigo de las faltas leves que cometan sus subordinados, conforme á los artículos 311, 312, 338 y 699 del mencionado Código, cuando de algún procedimiento resulten faltas leves cuya corrección competa al orden gubernativo, el Auditor debe limitar su dictamen á lo que concierne á la vía judicial, llamando, no obstante, la atención acerca de las faltas leves que aparezca se hayan cometido, pero dejando íntegras en todo caso las facultades que al Capitán General corresponden, como Comandante en Jefe de las tropas, para castigar tales faltas, si lo cree justo, absteniéndose de emitir parecer respecto á si debe ó no imponerse correctivo, ni cuál ha de ser éste.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 31 de Julio de 1903.—El General encargado del despacho, Manuel de la Cerda.—Señor.....»

\*  
\*\*

#### ESTADO CIVIL

«Circular.—Excmo. Sr.: He dado cuenta al Rey (Q. D. G.) de la instancia documentada que el Capitán General de Aragón cursó á este Ministerio en 24 de Julio de 1902, promovida por el segundo Teniente de la escala de reserva de Infantería, en la actualidad en situación de retirado, D. Ruperto Oliva Salcedo, en solicitud de que se rectifique en su hoja de servicios el año y lugar de su nacimiento.

En su vista, y resultando que si bien por virtud de la Real orden de 6 de Marzo de 1902 (C. L. núm. 62) las reclamaciones de esta índole deben ser presentadas antes de expirar el plazo de dos años, á partir del ascenso á Oficial, determina, no obstante, el artículo 6.º de dicha resolución, que las equivocaciones materiales que hubiesen tenido lugar después del ingreso en el ejército serán rectificadas con arreglo á lo dispuesto en la Real orden de 25 de Septiembre de 1878 (C. L. núm. 288), circunstancia en que se encuentra el recurrente; considerando que la primera de las citadas Reales órdenes tuvo por objeto prever el caso de que por los solicitantes de rectificaciones de edades se hubiesen presentado partidas de nacimiento distintas á las de entrada en el servicio, y que únicamente en tales casos debe aplicarse el referido plazo de dos años; S. M., oído el Consejo Supremo de Guerra y Marina, y de conformidad con el dictamen emitido acerca del particular por el Consejo de Estado en pleno en 17 de Junio próximo pasado, se ha servido acceder á los deseos del mencionado Oficial, resolviendo, en su consecuencia, se rectifique en su hoja de servicios la fecha y lugar de su nacimiento, ocurrido el 26 de Marzo de 1869 en el pueblo de Lupiñán, por constar así en la partida de bautismo y filiación formada á su entrada en el servicio militar como recluta procedente del reemplazo de 1888, en vez de igual día y mes de 1862 y pueblo de Cupiñón, que por error material tiene consignados.

Es además la Real voluntad, que esta resolución tenga aplicación de carácter general en cuantos casos de la misma naturaleza puedan ocurrir.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 31 de Julio de 1903. El General encargado del despacho, Manuel de la Cerda.—Señor.....»

\*

## DOCUMENTACIÓN

«Circular.—Exemo. Sr.: En vista de la instancia que cursó á este Ministerio el Capitán General de Castilla la Nueva en 25 de Octubre próximo pasado, promovida por D. Benito Valdivieso, en nombre y representación del Teniente Coronel de Caballería, retirado, D. Reinaldo Ximénez Sandoval, solicitando se expida á éste el cese de haberes para que por la Dirección general de Clases Pasivas se le abonen los que le correspondan como retirado; teniendo en cuenta que el expresado Jefe al obtener su retiro por Real orden de 27 de Septiembre de 1901 (*Diario Oficial* núm. 215) se encontraba en situación de supernumerario sin sueldo, y que según lo informado por la Ordenación de pagos de Guerra no es posible expedir el cese al interesado en la forma acostumbrada por haberse extraviado el extracto de revista del último mes que figura en activo perteneciendo á uno de los Cuerpos disueltos de Cuba, y teniendo en cuenta, asimismo, las dificultades que en la práctica se observan para proveer del expresado documento á los Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados que estando de supernumerario sin sueldo pasan á la situación de retirados, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien resolver que no procede se expida el cese que solicita el recurrente, en analogía con lo que se dispuso en Real orden de 8 de Junio de 1896 (*D. O.* núm. 126), respecto del Oficial segundo del Cuerpo Auxiliar de Oficinas Militares don Antonio Esnaola Alberdi, y que esta disposición tenga carácter general para los casos de igual naturaleza que ocurran en lo sucesivo. Es, al propio tiempo, la voluntad de S. M., que al concederse retiró al personal militar que se encuentre en la indicada situación de supernumerario sin sueldo se exprese esta circunstancia en las órdenes de concesión, para evitar la reclamación del cese de haberes por la Dirección general de Clases Pasivas.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 8 de Agosto de 1903.—Martitegui.—Señor. ...»

---

## VARIEDADES

VIAJES DE ESTUDIOS MÉDICOS Á LAS AGUAS MINERALES, ESTACIONES MARÍTIMAS, CLIMATÉRICAS Y SANATORIOS DE FRANCIA.—El quinto *Viaje*

*de Estudios Médicos* se efectuará del 10 al 23 de Octubre de 1903. Serán visitados los siguientes establecimientos de aguas minerales:

*Salies du Salat, Aulus, Ax-les Thermes, Ussat, Les Escaldes, Fon Ro-meu, Mont Louis, Carcanières, Alet, Molitg, Le Vernet, Amélie-les-Bains; La Preste, Le Boulou, Banyuls sur-Mer, Lamalou, Montmirail, Vals, Le Mont Pilat.*

Este viaje, como los anteriores, se efectuará bajo la dirección del doctor Landouzy, Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de París, quien dará en cada establecimiento balneario conferencias sobre la medicación hidromineral, sus indicaciones y sus aplicaciones.

Sólo serán admitidos en este viaje: los Médicos franceses y extranjeros, los estudiantes de Medicina y las señoras de los Médicos que acompañen á sus esposos.

Los Médicos obtendrán el 50 por 100 de rebaja en todos los ferrocarriles, desde el punto de residencia hasta Tolosa, sitio de reunión, y desde Lyon, donde termina el viaje, hasta su residencia.

Los Médicos extranjeros tendrán derecho á la misma ventaja desde la primera estación francesa.

Coste total del viaje: desde Tolosa á Lyon, comprendidas las estaciones balnearias que se visitarán, 350 francos. Las señoras de los Médicos, 400 francos. En este precio están incluidos todos los gastos: trayectos en ferrocarril, en coches, hoteles, alimentación, etc.

Para hacer la suscripción dirigirse al Dr. Carron de la Carrière, 2, Rue Lincoln, París (8.<sup>o</sup>), indicando el nombre y la estación de partida, y para los extranjeros la de llegada al territorio francés.

La suscripción puede hacerse en el Crédito Lionés.

Las suscripciones terminan el 25 de Agosto del año actual.

\* \* \*

El *XI Congreso internacional de higiene y demografía sanitaria* se reunirá en Bruselas del 2 al 8 de Septiembre. Pueden asistir á él los Médicos, los Arquitectos y los Ingenieros, y todos cuantos por su profesión tengan relaciones con las cuestiones higiénicas y demográficas.

El Congreso está bajo el patronato del Rey de los belgas, y sera presidido por Mr. Beco, Secretario general del Ministerio de Agricultura.

Para ser miembro del Congreso es preciso solicitarlo de Mr. Sterckx, Jefe de Oficina del Ministerio de Agricultura y Tesorero del Congreso, Rue Bayaer, 3, Bruxelles, acompañando un cheque de 25 francos.

Las señoras de los congresistas sólo satisfarán 10 francos.

Los congresistas no obtendrán rebaja alguna en los ferrocarriles belgas, pero pueden comprar tarjetas de abono, valederas por quince días para las redes del Estado Belga, Norte de Bélgica y Flandes Occidental, á precio reducido. Basta para obtener estas tarjetas solicitarlo en la estación de la frontera, enviando un retrato pequeño.

El Dr. Faivre, Rue Cambaceres, 7, París, tiene á disposición de cuantos lo soliciten una lista de los principales hoteles de Bruselas con indicación de los precios.

\* \* \*

La *Academia del Cuerpo Médico municipal de Barcelona* ha adjudicado los premios siguientes: el del Ayuntamiento (1.000 pesetas), á la Memoria cuyo lema es: *En España el paludismo es un problema médico-social tan importante casi como la tuberculosis*, de la que son autores los Dres. D. Andrés Martínez Vargas y D. Gustavo Pittaluga (Roma). El del Dr. D. Miguel Sitjar (500 pesetas), á la Memoria que lleva por lema: *El método anatómico-clínico es el fundamento del diagnóstico regional de las enfermedades cerebrales (Charcot)*, cuyo autor es D. Francisco Gallart y Monas. Fué premiado con accésit D. Bonfilio Garriga, Médico de San Cugat del Vallés, por su trabajo que lleva por lema: *El corazón es péndulo de un reloj cuya cuerda está en el bulbo*. Estos premios fueron entregados por el Excmo. Sr. Gobernador civil á los autores que asistieron á la sesión. Los premios restantes no se adjudicaron, unos por ser incompletos los trabajos presentados y otros por haber quedado desiertos.

Felicitamos de todas veras á los autores premiados por el nuevo triunfo obtenido, que avalora sus muchos y merecidos méritos.

---

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

**Relaciones recíprocas entre la prensa médica.**—Tema desarrollado por *D. Rafael Ulecía y Cardona* en la Asamblea Hispano-americana. —Madrid. 1903. (Dos ejemplares).

**Histerismo y lesiones aórticas.**—Comunicación presentada por el *Dr. D. Juan Manuel Mariani* al XIV Congreso internacional de Medicina. —Madrid. 1903.

**Corpo sanitario militare marittimo e personale farmaceutico.**—Situazione al 1.º gennaio 1903. —Roma. 1903.

**Archivos de terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales.**—Periódico bimestral ilustrado, eco científico del «Manicomio de Reus», dirigido por *A. Galcerán Granés*. —Barcelona. 1903.

**Enucleación y prótesis ocular.**—Memoria presentada para aspirar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía por el Licenciado *D. Francisco Fernández Victorio y Cociña*. —Barcelona. 1903.

**Alimentación del soldado español.**—Conferencia dada en el Centro del Ejército y de la Armada el día 23 de Marzo último por *don Emilio Alonso y García Sierra*. —Madrid. 1903. (Dos ejemplares).

**Memoria de las aguas minerales de Panticosa**, por *don J. Eduardo Gurucharri y Echauri*, Médico Director de dicho establecimiento. —Madrid. 1903.

**La peste bubónica.**—Conferencia pronunciada el día 1.º de Abril último en el hospital número 1 de la Habana por el *Dr. Enrique B. Barnet*. —Habana. 1903.

**Tratamiento quirúrgico de las afecciones de las vías lagrimales.**—Memoria presentada al XIV Congreso internacional de Medicina por el *Dr. B. Castresana*, Profesor del Instituto oftálmico. —Madrid. 1903.