

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO X MADRID 15 DE MARZO DE 1896 NÚM. 210

HOSPITAL MILITAR DE MADRID.

OBSERVACIONES CLÍNICAS DE CIRUGÍA

SALAS 4.^a y 5.^a

SERVICIO DEL DR. PÉREZ ORTÍZ.—MÉDICO MAYOR DEL CUERPO

Cálculo vesical voluminoso adherente.—Cistitis supurada.—Talla hipogástrica.

Son pocos los individuos calculosos que ingresan en nuestras Clínicas; sólo en la época de entrega en caja, procedentes de las Salas de comprobación, suele observarse algún caso aislado, como de paso; casi nunca se dejan operar por el deseo de regresar á sus casas, y si lo hacen es solamente debido á la imposibilidad de su regreso por la agravación de alguno de los síntomas de su afección ó por alguna otra enfermedad intercurrente.

El enfermo que vá á ocuparnos, objeto de esta nota clínica, se encontraba en este caso.

Natural de la capital de Extremadura y trasladado á este Hospital como presente inútil, el largo viaje y las malas condiciones en que hizo el mismo exacerbaron de tal manera su padecimiento que, á pesar del buen régimen seguido durante los días que permaneció en las Salas de comprobación no modificaron en nada su nuevo estado. Declarado inútil ingresó en mi Clínica de Cirugía y ocupó el número 8 de la Sala 4.^a, en muy malas condiciones para emprender en él cualquier manipulación quirúrgica, que se imponía dada la naturaleza de la lesión. Presentaba todos los síntomas del calculoso *grave*, por lo que fué propuesto y comprobado; sin embargo, antes de intervenir asesoramos nuevamente el diagnóstico empezando por practicar el análisis de sus orinas. Hé aquí el resultado.

Examen físico-químico.)	Turbia y sedimentosa.
		Transparencia perdida.
		Color amarillo núm. 3, primer grupo de la escala de Vojel.
		Reacción poco ácida.
		Densidad—1.022.

Examen físico-quirúrgico.....	}	Uratos y fosfatos considerablemente aumentados.
		Presencia de albumina 2,50 según el procedimiento de Esbae.
Examen microscópico.....	}	Cristales de oxalato de cal—ácido úrico—fosfato amónico.
		Leucocitos en gran cantidad.
		Células epiteliales pavimentosas. No hay cilindros.

El resultado del análisis de la orina no era suficiente para poder formar un diagnóstico positivo de la presencia de un cálculo, pues pertenece y es casi general que dé los mismos resultados en las cistitis crónicas, muy particularmente en los artríticos, y en las blenorragias crónicas. Los síntomas clínicos por otra parte (decubito, flexión de las extremidades) no son tampoco todas las veces patognomónicos, puesto que acompañan á muchas cistitis no calculosas; tal sucede con la cistitis parenquimatosa y tuberculosa en ambos sexos; era necesaria la comprobación directa por medio del explorador metálico (explorador de Gullon), el que nos demostró la presencia de un cálculo grande poco movable y colocado en el fondo de la cavidad vexical, un poco por debajo de la entrada del reservorio.

*
*
*

Comprobado primeramente el diagnóstico por el Médico observador y recogidos estos nuevos datos, al siguiente día del ingreso en la clínica debía establecerse el tratamiento, que no podía ser más que quirúrgico, y éste con pocas probabilidades de éxito, no sólo por la entidad de la lesión y las condiciones en que podía encontrarse el reservorio, sino las malas condiciones del enfermo, pues agotadas sus fuerzas por los intensos dolores, agobiado por una depresión moral grande, eran condiciones nada halagüeñas para obtener un resultado terapéutico bonacible, en donde ni valdría la pericia quirúrgica ni los medios con que hoy cuenta la cirugía en estos casos. ¿Pero qué hacer? ¿Podía abandonársele? De ninguna manera; la práctica de la talla hipogástrica estaba indicada en este enfermo, primero por el tamaño, dureza y posición del cálculo; segundo por el estado en que se encontraba la cavidad vexical. Si alguna esperanza de salvación podía dársele era practicando ésta, lo que llevamos á efecto ayudados por todos los Profesores del Establecimiento. Después de la preparación conveniente se procedió á la operación por el método clásico, según la práctica del Dr. Gullon.

de París, y á quien se la hemos visto hacer muchas veces; capa por capa se abrió hasta la vejiga, encontrándonos, como habíamos supuesto, un voluminoso cálculo adherido á la mucosa en una tercera parte de su extensión, implantado en la parte inferior del trígono, detrás del cuello. La cavidad vexical estaba disminuída; la mucosa, engrosada y desprovista de epitelio, supurada en casi su totalidad.



CÁLCULO VEXICAL

A, capa externa fosfática correspondiente á la porción libre del cálculo. B, cascarilla úrica adherente á la mucosa vexical.

La necesidad de desprender el cálculo de las adherencias hizo difícil la operación y que se prolongase bastante, lo que contrarió nuestros deseos de hacerla en poco tiempo, por la depresión profunda que causaría en un sujeto tan debilitado. Nuestros temores se confirmaron, el enfermo falleció á las diez horas de colapso cardiaco.

El cálculo extraído tenía forma ovóidea, del tamaño de un huevo de gallina (véase el grabado), color blanquecino en dos terceras partes de su superficie, más terroso obscuro en la $\frac{1}{3}$ parte que co-

rrespondía á la adherencia, duro, compacto, algo lobular, pesa 90 gramos, y está formado por fosfato A, revestido en su zona adherente B por una capa de ácido úrico.

* * *

La historia del caso que acabamos de exponer nos mueve á decir dos palabras de la importancia que tiene el conocimiento de las afecciones vexicales en las primeras edades.

No entraremos en divagaciones acerca de la etiología de la litíasis ni siquiera de la relación que pueda existir entre ciertas comarcas (1) y aquélla, vamos solamente á hacer notar que en las primeras edades suelen presentarse afecciones vexicales caracterizadas por los primeros síntomas de la litíasis, á los cuales no se les dá importancia hasta mucho tiempo después, cuando todo el cortejo sintomático pone de manifiesto la afección que el niño padece. Un niño tiene dolor perineal, el niño aprendió á calmarlo con tracciones del pene, y la enfermedad de que puede ser síntoma permanece oculta, pues los demás son ignorados por la tierna edad del infante. Mas crecido el niño observa que la orina sale á chorro delgado, que la vena líquida sale sin velocidad, se lo calla, y si lo comunica á la familia no le dá importancia, y entre tanto la enfermedad evoluciona, el proceso morboso sigue su curso para dar á conocer sus progresos en edades más avanzadas. Aún sucede más: alarmada la familia por alguno de estos síntomas, acude al Médico que al ver un niño bien desarrollado y que los síntomas no son alarmantes, dá poca importancia al hecho, hace un examen superficial, presenta un tratamiento sintomático y el proceso sigue su curso. Esta es la verdadera historia de la mayor parte de los casos de cálculos vexicales; el silencio de las niñeras, de los niños, de sus familias y el examen superficial y poco atento del Médico. Teniendo en cuenta que los síntomas que se presentan en la infancia pueden serlo de afecciones tan importantes como la que estudiamos, y teniendo además presente que en todos, absolutamente en todos los casos, tenemos la obligación de hacer un examen completo, atento y detenido, un diagnóstico cierto ó lo más aproximado, un pronóstico completo en el que incluyamos las complicaciones y consecuencias de la afección y aplicar el tratamiento adecuado, incluyendo en lo posi-

(1) En España, Extremadura, la provincia de Cádiz y Sevilla, suelen presentarse con frecuencia afecciones calculosas. Esta elección topográfica no está bastante explicada todavía.

ble el preventivo de aquéllas y éstas, no nos cansaremos de recomendar el cumplimiento exacto de estas reglas para evitar mayores males en la edad adulta. Y si ésto decimos cuando se presentan síntomas vagos de afección vexical, cuando se observan signos que nos aproximan más á la litiásis, tanta mayor energía desplegaremos, con tanto más empeño procuraremos combatirla antes de que sus daños adquieran mayor proporción.

Y respecto á la preponderancia, por algunos autores supuesta, de las formas calculosas simples sobre las mixtas, aprovechamos la ocasión para afirmar que en la adolescencia, al menos, sucede todo lo contrario; los cálculos de composición mixta son la regla, de lo cual tenemos un ejemplo en el caso expuesto.

J. PÉREZ ORTÍZ.
Médico mayor.

FIEBRE AMARILLA (1)

IV.

Duración.—Terminaciones.—La duración ordinaria del tífus icterodes en su forma común oscila entre seis y diez días. Desde el quinto día puede tener lugar el principio de la curación tratándose de casos ligeros, en los cuales después de la característica remisión de los síntomas del primer período vuelve la fiebre y una ictericia ligera para descender de nuevo, presentándose al propio tiempo diarrea ó sudor, con el que termina el proceso.

En los casos de mayor intensidad la terminación favorable no se anuncia hasta el noveno ó décimo día y siempre que el cuadro sintomático no adquiera cierto desarrollo. En esta terminación es compatible cualquier caso en que se presente anuria, que desde luego es momentánea, hemorragias faringo-bucales y gástricas y síntomas cerebrales no muy intensos, verificándose la defervescencia gradualmente como ya se describió.

En conjunto y de modo general, las terminaciones favorables corresponden á aquellos casos en los que, á pesar del grado de in-

(1) Véanse los números del 106 al 200 y el 212 del tomo IX y los números 206 y 208 del tomo X.

tensidad, no hay predominio exagerado de cualquier síntoma que á la postre conduce á una localización preferente, siempre grave, del segundo período.

Algunos autores hacen presente la observación de que cuando faltan las manifestaciones cutáneas de naturaleza hemorrágica siempre tiene lugar en los casos que caminan á la curación, así como también la remisión especial del tercero al cuarto día es propia de éstos.

La ictericia que ya existe persiste mucho después de haber comenzado la convalecencia, acentuándose en este comienzo.

Las lesiones y procesos de localización, consecuencia del segundo período, dan lugar muchas veces á que la curación no empiece hasta pasados quince ó diez y seis días que corresponden á estas complicaciones accidentales y no á la infección amarilla. Tal ocurre con la disentería, los abscesos, los estados tifoideos por absorción urinaria, etc., que agravan el conjunto patológico aunque se presenten después de la completa evolución de la fiebre amarilla.

En la forma común puede sobrevenir la muerte del cuarto al décimo día, siendo más frecuente del cuarto al sexto día; cuando se verifica del décimo al undécimo, es casi siempre producida por un estado tífico secundario, no icterode, que complica á éste, siendo de él consecuencia.

En las terminaciones rápidas por muerte no dejan de presentarse, confundidas y acumuladas, las manifestaciones más graves del proceso, tales como hemorragias, anuria, equimosis, ictericia, etc. En evolución más lenta, la muerte sobreviene como consecuencia, dentro del cuadro común descrito, de *acolia* con hipertermia y delirio; de *uremia* con hipertermia ligera, accesos convulsivos y coma y de *hemorragia* con hipotermia.

Las *recaidas* propiamente dichas son muy raras, y cuando se presenten seguramente corresponden á casos ligeros.

Lo más frecuente es que las transgresiones del régimen den lugar á la presentación de los síntomas que predominaran en el segundo período, ó sea á los procesos de localización, independientes ya, en cierto modo, de la infección primitiva.

Las *recidivas* inmediatas son excepcionales y siempre leves, pero las remotas no tanto, como actualmente lo demuestra el que Oficiales que padecieron en la otra campaña en Cuba la fiebre amarilla la han vuelto á adquirir al pasar al Ejército de operaciones de la actual.

Nægeli hace constar que existen individuos que, sin variar de residencia en puntos en que es epidémica la fiebre amarilla, la adquieren todas las veces que se presenta, si bien de forma ligera.

MIGUEL SLOCKER

Médico primero.

(Continuad).

PRENSA Y SOCIEDADES MÉDICAS

Acerca del tratamiento del tétanos.—M. Berger, con motivo de cuatro observaciones de tétanos comunicadas á la Academia por Le Roy des Barres, lee un informe que puede reasumirse en estos términos:

La primera observación de Le Roy des Barres es un ejemplo típico de tétanos cefálico: pequeña herida de la cara, producida por una pedrada; cuatro días después, trismo y parálisis incipiente del lado correspondiente de la cara. Esta parálisis se completa, el tétanos se generaliza al cabo de ocho días y la muerte sobreviene á los diez y seis días del accidente. Según el ponente, este caso de tétanos debe ser asimilado á los que han sido señalados por Rose, Gosselin, Terrillon, Reclus, Villar, Charvot y por otros autores.

El segundo caso concierne á una colchonera que contrajo un tétanos mortal después de haber rehecho el colchón de un tetánico que se hallaba entonces en vías de curación; esa mujer presentaba en el pié una pequeña lesión producida por un clavo de su calzado. Berger considera que, en ese caso, la transmisión del tétanos de un enfermo á otro sujeto es probable, si bien no puede demostrarse.

En el tercer caso—el de un obrero que, cogido y levantado por una correa de transmisión, se hallaba atacado de varias fracturas cerradas y de heridas contusas superficiales—el tétanos fué mortal, á pesar de las inyecciones de suero antitóxico. Berger recuerda á este propósito que él ha señalado dos veces á la Academia los fracasos casi constantes á los cuales ha dado lugar en Francia la aplicación del método de Tizzoni-Cattani. Esos fracasos están en oposición con los éxitos afortunados anunciados en Italia, en Alemania y, sobre todo, en Inglaterra. Hasta ahora, los únicos resultados satisfactorios obtenidos por medio de las inyecciones de suero en París han versado sobre casos de tétanos crónico relativamente benignos.

En lo que concierne al valor profiláctico de las inyecciones antitóxicas, Berger hace enteramente suyo el criterio de Nocard; pero duda que las inyecciones preventivas puedan recibir una aplicación práctica en nuestros países, en razón al poco temor que se tiene del

tétanos y á la negligencia con que los enfermos tratan ciertas heridas, en apariencia poco importantes.

Al terminar, Berger insiste para que no se abandone el tratamiento local y particularmente la amputación, á la cual muchos tetánicos han debido su curación. El último hecho, comunicado por Le Roy des Barres, constituye un nuevo ejemplo de ello.

Se trata de un joven que fué acometido de un tétanos grave doce días después de una herida contusa del dedo; al día siguiente, Le Roy des Barres practicó la amputación del dedo; el enfermo curó.

Este hecho viene á agregarse á los que el mismo ponente señaló á la Academia en 1892 y 1893. Berger concluye diciendo que la amputación coloca al herido en las mejores condiciones para la curación del tétanos. En los casos en que la amputación puede ser ejecutada sin causar una mutilación harto extensa, hay que recurrir á ella lo más pronto posible. Cuando por el hecho de una lesión traumática grave se presenta la cuestión de amputación, la aparición del tétanos debe hacer inclinar la balanza en favor de la intervención.

(*La Sem. Méd.*)

*
* *

La antisepsia en el campo.—Analizando una tesis muy interesante del Dr. Cazeneuve de Montpellier, demuestra la *Gazette médicale* de Picardía cómo puede llegarse prácticamente á la antisepsia en el campo á pesar de la falta de recursos.

La antisepsia no es en suma mas que la limpieza llevada á su último grado. Su primera condición es, por lo tanto, la limpieza: limpieza del enfermo, de los ayudantes, del medio operatorio, y sobre todo del operador y de los instrumentos.

En el campo las substancias antisépticas faltan con frecuencia, y sin embargo es indispensable disponer de algunas de estas substancias bactericidas.

En cualquier parte el Médico podrá procurarse, por lo menos, alcohol, jabón negro, sal marina, cristales de sosa ó de potasa. A falta de estos últimos, las cenizas de un foco alimentado con maderas podrán, en rigor, proporcionar en algunos minutos una solución alcalina muy propia para desinfectar los instrumentos y las piezas de curación.

Los alcalinos elevan el punto de ebullición del agua; tienen una acción bactericida innegable, puesto que, según Schimmellbulsch, el estafilococo se destruye después de dos ó tres segundos de ebullición en una solución de carbonato de sosa; Behring ha comprobado que los esporos del carbúnculo morían en ocho ó diez minutos á lo más en la lejía destinada al lavado de la ropa blanca y empleada á una temperatura de 80° á 85°; la lejía contiene próximamente el 14 por 100 de sal sosa.

El agua que debe emplearse será, á ser posible, de manantial y siempre hervida; pero es preferible no emplear más que agua sala-

da hervida; según Fritsch y Tavel, el agua salada destruye, llevada á la ebullición, todos los micro-organismos en quince minutos.

La limpieza del medio operatorio es absolutamente necesaria; se escogerá la pieza más amplia y mejor iluminada, blanqueada con cal, circunstancia feliz muy común en el campo, y sin alfombras ni cortinas. Se suprimirán las cortinas de los lechos, que son verdaderos nidos de microbios. Se limpiará bien el suelo y se cerrará la habitación durante cinco ó seis horas para dar tiempo á que el polvo se deposite en el suelo.

La mesa sobre la cual se ha de operar estará solidamente apoyada sobre sus piés, sin ruedas, lavada con agua caliente y jabón negro y después con lejía tan caliente como sea posible y frotada en seguida con un lienzo limpio y bien seco.

El enfermo deberá tomar, en cuanto sea posible, uno ó dos baños antes de la operación; si ésta es de urgencia se afeitará la región operatoria, se la frotará con agua caliente y jabón negro y se lavará en seguida con éter, alcohol ó cualquier otra substancia que disuelva las grasas, tales como la bencina ó una solución amoniacal.

Los instrumentos serán hervidos, ya en una solución de sosa ó de potasa, ya en lejía, en casa del enfermo. Los recipientes destinados á recibir los instrumentos, las torundas para limpiar la herida, las compresas y los objetos de curación serán platos de porcelana ó de barro vidriado, bastante amplios: existen en cualquier casa. Se los lavará con agua de jabón, se los limpiará cuidadosamente y se quemará alcohol en ellos durante dos ó tres minutos.

No hay que pensar en el campo en esterilizar las piezas de curación por el calor seco. En muchos casos el Médico no tendrá á su disposición gasa, ni uata iodofórmica, fenicada, etc. Escogerá los lienzos más finos y recientemente lavados y los hará hervir durante media hora en una solución sódica del 5 al 6 por 100 ó en una lejía ordinaria al 14 por 100 de carbonato de sosa. La uata ordinaria, sometida al mismo tratamiento, se hará aséptica é hidrófila; en fin, las vendas de tela, ó mejor de tarlatana, cortadas en el momento de usarlas y hervidas, completarán una curación que basta para asegurar la asepsia de la herida.

Todas estas precauciones serían inútiles si el operador no empezara por desinfectarse él mismo y por desinfectar á sus ayudantes más ó menos improvisados. No deberá ver enfermos antes de proceder á la operación, sobre todo si en su clientela hay erisipelatosos ó purulentos; dejará sus abrigos exteriores, limpiará cuidadosamente su pantalón y vestirá una blusa de tela blanca bien limpia ó cualquier otra prenda adecuada; se anudará una servilleta limpia alrededor del cuello y procederá á la limpieza de sus manos y de sus brazos, subiendo las mangas de la camisa hasta la parte media del brazo próximamente, empleando sucesivamente el jabón negro, el alcohol y el sublimado, si lo hay; igual limpieza deberá practicar con el cabello y la barba.

Los ayudantes deberán someterse á las mismas prácticas, y el Médico procurará persuadirlos de su utilidad.

Así, con medios limitados, con substancias usuales, en un medio de condiciones desfavorables, puede realizar el Médico, en el campo, una asepsia suficiente para llevar á buen término las operaciones quirúrgicas que tenga necesidad de practicar, aun aquéllas cuya urgencia se imponga y para las cuales no tenga el tiempo necesario para tomar sus disposiciones preparatorias.

(Jour. de Méd. et de Chir.)

*
*
*

Conjuntivitis diftérica de ambas córneas.—En Febrero del año último se presentó á M. Hamilton y Emrys-Jones, un niño de un año con escarlatina sin síntomas en la garganta; desapareció la erupción, bajó la temperatura y empezó la descamación el 4 de Marzo. El 16 de Marzo se inflamó el párpado superior del ojo derecho, presentando la piel suave y brillante; un día después la conjuntiva era muy vascular y punteada de manchas rojas, interesándose el ojo izquierdo de un modo semejante. Se ordenó una loción sedativa astringente. Al día siguiente sólo podían volverse los párpados con gran dificultad, y la conjuntiva estaba amarilla é infiltrada con una exudación fibrinosa de mucho espesor. Se ordenó la loción de percloruro hidrargírico al 1 por 5.000 cada hora. El día próximo se manifestó en las córneas una opacidad exudativa, apareciendo una úlcera marginal en la córnea derecha que se extendió á un sexto de su circunferencia, el fondo de la cual se hallaba cubierto de una opacidad amarillenta. Se diagnosticó conjuntivitis diftérica, aplicando el nitrato de plata un gramo por 30 cada tres horas y lavado con una solución de boro en glicerina. El 21 de Marzo se evidenció que se hallaba afectada la garganta, apareciendo una placa diftérica en cada una de las amígdalas. Esa misma tarde se inyectaron 10 centímetros cúbicos de antitoxina diftérica. A la siguiente mañana había descendido la temperatura, la inflamación de los párpados era menor, desprendiéndose de los mismos placas membranosas. Se inyectó otra vez la antitoxina y las membranas desaparecieron de la garganta y de los párpados. El 26 de Marzo volvieron á presentarse las membranas en la garganta y otra vez se inyectó la antitoxina. En este tiempo el estado de ambos ojos era imposible abrir los párpados, y existía gran vascularidad de la conjuntiva, salida de pus y completa opacidad de las córneas. Se continuó con el nitrato, el boroglicerolado é instilación de atropina cada dos horas, substituyéndola con la eserina en la noche y mañana. Las capas de las córneas se separaron y eliminaron con el lavado. Desgraciadamente la infiltración de la córnea derecha era tan profunda que tuvo lugar la perforación. El ojo izquierdo se aclaró enteramente, con la excepción de una muy mancha en la margen izquierda, que está desapareciendo rápidamente.

La visión de este ojo es perfecta, pudiendo el niño ver á la distancia normal.

La córnea derecha también se vá aclarando y se espera que con el tiempo se pueda practicar una iridectomia para restaurar la visión completa del ojo.

Se ha consignado este caso por causa de la extrema rareza de preservar la visión en esta afortunadamente rara y horrible enfermedad.

(*Briih. Méd. Journ.*)

* *

Caseinato de hierro.—Preconízalo L. Dawidow como sucedáneo del albuminato de hierro. Para prepararlo se diluye leche descremada y se precipita la caseina mediante el ácido acético, procurando no emplear éste con exceso. Se lava el precipitado varias veces con agua caliente, después con alcohol y últimamente con éter, para separar la materia grasa. Se tritura una parte de caseina, purificada de tal modo con otra de carbonato cálcico y 100 de agua y se filtra la solución de caseinato cálcico. Finalmente, se trata esta solución con un leve exceso de una solución de lactato ferroso al 1 por 100, recién preparada.

El precipitado de caseinato, blanco primero, se torna sonrosado después de la desecación. Contiene 5,2 por 100 de óxido de hierro. Es inodoro é insípido, insoluble en el agua, pero soluble en una solución diluida de carbonato sódico y en el amoniaco. La pancreatina y la pepsina con ácido clorhídrico también lo disuelven.

(*Rep. de Pharm.*)

* *

Documentos médicos de la guerra chino-japonesa.—El Doctor Jourdán, Médico de 2.^a clase de la Marina, ha publicado un artículo en el que hace constar que, en el curso de la guerra chino-japonesa, los primeros cuidados á los heridos á bordo de los navíos de guerra dejaron bastante que desear. Algunos navíos no tenían puesto especial para los heridos. Cuando existían estos puestos se encontraban en el entrepuente, en la parte anterior de la batería y por encima de la línea de flotación; por lo tanto, ni el Médico ni los enfermos estaban protegidos. Así es que en el combate de Ya-Lu, á bordo del *Higei*, un obús mató al Médico y á muchos enfermos. En la mayor parte de los buques no existía ningún medio de transporte para los heridos desde el puente á la batería; sin embargo, algunas veces los enfermos eran transportados de un sitio á otro en camillas de tela. Pero en ninguno había instalación especial para hacer descender á los heridos, operación que se verificaba á brazo. Los transportes-hospitales, por el contrario, estaban bastante bien preparados.

En tierra, el servicio de los heridos se hacía sin dificultades: estaba organizado lo mismo que en Europa. Tres Médicos por regi-

miento vigilaban los camilleros, en número de 48, encargados de retirar los heridos del campo de batalla. La camilla reglamentaria se compone de dos varas de bambú, entre las cuales se extiende un lienzo. La separación de los bambús se consigue por medio de dos varillas de hierro. Las varillas se fijan á uno de los bambús por una argolla y pueden doblarse gracias á una articulación situada cerca del punto de unión. La otra extremidad no posee más que una media argolla que encaja en el segundo bambú. En cada extremidad, dos pequeñas correas de cuero sirven para extender la tela sobre las varillas. Gracias á los bambús esta camilla es muy ligera y poco costosa. Ocurrió, sobre todo al principio de la guerra, que faltaron camillas. Los camilleros suplieron la falta tomando la puerta de una habitación china ó sirviéndose de los fusiles de los coreanos, entre los cuales extendían una estera. Los heridos, después de la primera curación, eran conducidos á la ambulancia, donde se les prestaban los socorros necesarios, y en seguida se enviaban al hospital de campaña. Pero estos hospitales estaban instalados en condiciones de poder conservar por largo tiempo á los enfermos y practicar en ellos todas las operaciones necesarias. No se hacían evacuaciones al Japón porque las comunicaciones eran muy difíciles por la nieve y el frío. Pronto los hospitales de campaña japoneses se encontraron en la situación de los hospitales de campaña temporalmente inmovilizados, que no dependen ya del Cuerpo de Ejército, sino del servicio de sanidad de la etapa.

Se ha usado mucho en esta guerra de una curación hecha con ceniza de paja. Hé aquí en lo que consiste: se quema paja de arroz ó de maíz en una gran caldera hasta que se reduzca á ceniza y se apaga la llama antes de que la combustión sea completa. Se obtiene de este modo una paja muy friable, pero que no se deshace y que se emplea en pequeños fragmentos en un saco de gasa que se cierra por una costura. De este modo se prepara una almohadilla muy limpia, muy ligera, cuya forma se puede variar y que se pasa por la estufa para hacerla aséptica. Esta almohadilla se aplica directamente sobre la herida, y ha sido empleada en gran escala durante toda la guerra con resultados satisfactorios.

Consiguemos para terminar que la guerra chino-japonesa ha confirmado una vez más la ley de epidemiología militar que tan pocas excepciones tiene, á saber, que los heridos son muy inferiores en número á los enfermos.

Se calcula que el Ejército japonés de tierra empeñado en la lucha tuvo un efectivo de 200.000 hombres. El conjunto de muertos, heridos y enfermos durante toda la guerra, desde el 17 de Junio de 1894 hasta el 8 de Junio de 1895, se eleva á 60.979, repartidos en la siguiente forma:

Atacados por el fuego del enemigo...	3.978
Enfermos ordinarios.	57.001
	<hr/>
	60.979

Los 3,978 soldados atacados por el fuego del enemigo han dado:

Muertos en el campo de batalla.....	739
Muertos en el curso del tratamiento..	230
Heridos.....	3.009
	<hr/>
	3.978

Los 57,001 enfermos han producido 3.148 muertos, á saber:

Enfermedades ordinarias.....	1.546
Cólera.....	1.602
	<hr/>
	3.148

Hubo, pues, como cifra total de defunciones (por enfermedades ó por el hierro enemigo) 4.117 muertos.

A bordo de los buques los soldados gozaban mejor salud que en tiempo ordinario. En cuanto á los heridos, fueron generalmente por proyectiles de obús ó quemaduras por la pólvora ó el vapor, según que un obús enemigo hacía blanco en los pañoles de municiones ó determinaba la explosión de la caldera. Faltan datos estadísticos sobre este punto.

(*La Méd. mod.*)

* * *

Alteraciones de los cloruros de mercurio al contacto de ciertos cuerpos.—El farmacéutico Mr. H. Telmon ha consagrado una tesis á las transformaciones que los cloruros de mercurio sufren al contacto de sustancias, con las cuales pueden ser asociados en diversas preparaciones oficinales. Las investigaciones del autor se han extendido á un gran número de sustancias.

El agua destilada, ordinaria ó hervida, á la temperatura ordinaria (18°) ejerce una acción disociante muy ligera sobre los calomelanos, pero sólo después de algunos días. A 40° el agua ejerce una acción muy sensible que vá creciendo con la temperatura. Se produce sublimado.

Se conocen las discusiones sobre las alteraciones sufridas por las soluciones acuosas de sublimado. M. Telmon demuestra que, en la obscuridad y al abrigo de los polvos orgánicos, aun las soluciones débiles de sublimado se conservan bien. Las soluciones concentradas resisten, mejor que las soluciones débiles, á la acción reductora (formación de calomelanos) de la luz. La adición de fuschina, que sirve para colorear las soluciones, retarda al mismo tiempo la acción nociva de la luz: bueno es hacer observar que esta acción no se detiene por el uso de frascos de vidrio amarillo. Para ésto hay que usar frascos completamente opacos.

El alcohol de cualquier graduación ejerce una acción reductora sobre el sublimado. Esta acción es muy rápida en presencia de la luz, de donde se deduce que el licor de Van Swieten, que contiene 10 por 100 de alcohol, es una preparación alterable y sujeta á crítica.

El éter es también un reductor, pero mucho menos activo, del

sublimado; el colodion sublimado conteniendo alcohol y éter es igualmente una preparación en la que la descomposición del sublimado se produce con bastante rapidez, sobre todo en presencia de la luz. El fulmicotón contribuye mucho también á esta descomposición.

La glicerina ejerce sobre el sublimado una acción reductora que ha sido comprobada recientemente. En este caso, inversamente á lo que pasa en las soluciones acuosas, las concentradas son las que se descomponen más rápidamente.

El ácido clorhídrico en solución diluída y á la temperatura ordinaria no tiene acción apreciable sobre los calomelanos. Asociado á las soluciones acuosas del sublimado impide la descomposición de éstas (hasta el 3 por 1.000 se necesitan partes iguales de sublimado y de ácido; más allá del 3 por 1.000 es necesario dos veces más ácido que sublimado).

El ácido tártrico hace más antisépticas las soluciones de sublimado; pero, en cambio, favorece la descomposición del sublimado en la obscuridad y en la luz.

El cloruro sódico en solución diluída y á la temperatura ordinaria no tiene acción sobre los calomelanos ni sobre el sublimado; antes bien, ayuda á este último á resistir la acción de la luz, pero menos que el ácido clorhídrico.

Las píldoras y los bizcochos de calomelanos lo conservan absolutamente intactos, pero las píldoras de sublimado sufren con el tiempo una reducción; el sublimado se transforma primero en una sal insoluble y después en protocloruro.

Las pomadas de calomelanos y de sublimado no sufren alteración.

M. Telmon deduce de sus experiencias que se ha exagerado mucho la acción descomponente que pueden ejercer sobre los calomelanos ciertas substancias. En la práctica, la más peligrosa es la que experimentan al contacto del ácido cianhídrico (agua de laurel ce-rezo, etc); en cuanto al sublimado, las reducciones que sufre en general deben inducir á los prácticos á preparar, si es posible, extemporáneamente las preparaciones de sublimado y conservarlas al abrigo de la luz.

(*Le Scalp.*)

*
**

Nuevo tratamiento de la keratitis con hipopion.—Zirm refiere la naturaleza intratable de las úlceras infectadas de la córnea; considera que el pus en la cámara anterior es resultado invariable de la inflamación séptica de la córnea. La ulceración empieza, por lo común, muy superficialmente, formando el hipopion un indicador de la penetración de los organismos en los tejidos profundos. Es sabido que estos organismos, particularmente los estafilococos, tienen gran poder de resistencia á los antisépticos, sobreviviendo, á pesar de la aplicación del sublimado corrosivo al 1 por 1.000. De aquí el

haber adoptado medidas tan severas como el raspado, la excisión y el cauterio actual, para su destrucción. Aún estos medios han producido resultados variables, y cuando se ha cesado en su aplicación la enfermedad ha ocasionado con frecuencia daños irreparables á la córnea. Zirm ha manifestado distintas veces que el beneficio producido con esos esfuerzos se ha neutralizado con exceso por las lesiones que resultan del empleo de tales medios. Ha dicho que el glaucoma secundario, que resulta en muchos casos de la paracentesis por el método de Saemisch, se evita con la antigua operación de la punción, á excepción de los casos de abscesos interlaminares. El tratamiento nuevo de las úlceras de la córnea con hipopion consiste en el uso de una solución al 1 por 100 de nitrato de plata. Zirm descubrió su valor en un caso intratable, en quien el lavado día y noche con el sublimado servía sólo para empeorar la situación. Observó que tocando algunas granulaciones de la conjuntiva con la solución de Ag. NO³ resultó un gran mejoramiento general, y que la continuación con este tratamiento condujo á la curación rápida de la úlcera corneal. Relata siete casos tratados por este método, en todos los cuales obtuvo una rápida y completa curación con frecuencia, después de haber ensayado otros medios inútilmente. Zirm opina que su método inhibe la multiplicación de los gérmenes, conduciendo así á la curación natural de las úlceras sin nuevas pérdidas de substancias, y que todas las medidas enérgicas, operatorias y antisépticas adoptadas hasta la fecha es preciso desterrarlas como peligrosas. Indica para su procedimiento las ventajas siguientes: (1) Que no se introducen nuevos disturbios; (2) que se corta el progreso de la enfermedad; (3) que las úlceras que se curan naturalmente terminan de un modo favorable; (4) que el método es extremadamente simple, y que acortándose el curso de la enfermedad, los resultados son por esto mismo más favorables.

(Wien. Klin. Woch.)

*
**

El kinkélibah.—Los periódicos coloniales se ocupan mucho en estos días de una planta descubierta en 1889 por el R. P. Raimbault y estudiada recientemente por el Dr. E. Heckel, Profesor en la Escuela de Ciencias de Marsella. El kinkélibah es un arbolito de tres metros de altura, de espeso follaje, y recogido en forma de cabeza; crece con abundancia en cualquier lugar donde se implanta. Poco extendido en las comarcas de Africa, abunda en el recorrido de la vía férrea de San Luis á Dakar. Crece en los terrenos arenosos ó pizarrosos: en el momento de la florescencia se vuelve enteramente blanco y es fácil reconocerlo.

El kinkélibah es un árbol precioso porque actualmente es el único remedio conocido contra la fiebre biliosa hematórica, que tantas víctimas produce en los países tropicales; á este fin sólo se emplean las hojas frescas ó secas en cocimiento. Debemos consignar que este remedio vegetal es á la vez curativo y preventivo de dicho mal.

Un medio seguro de aclimatación del europeo contra la fiebre biliosa hematúrica es el uso cotidiano de un vaso de este cocimiento tomado por la mañana en ayunas, por lo menos durante toda la estación de lluvias. Es por lo tanto muy importante el cultivo de este árbol en los países tropicales.

(Lyon Méd.)

*
*
*

Investigaciones experimentales sobre los centros de fonación del cerebro.—Las investigaciones del Dr. F. Klemperer, unidas á las hechas precedentemente por otros Médicos, le han conducido á las siguientes conclusiones:

1.º En la superficie del cerebro del perro existe, en cada uno de los hemisferios, una placa circunscrita (localizada por Krause) en donde la irritación eléctrica provoca la adducción de las dos cuerdas vocales; el movimiento de la cuerda vocal es siempre bilateral; el movimiento unilateral no se provoca ni con las corrientes débiles.

En el gato, cerca de la placa donde se determina la adducción de las cuerdas vocales existe una segunda (localizada por Semon y Horsley) cuya irritación eléctrica determina la abducción de la cuerda vocal.

2.º La extirpación de estas partes de la corteza cerebral no tiene consecuencias para el movimiento de la cuerda vocal y de la fonación.

3.º Las enfermedades de estas partes no provocan ninguna alteración de la laringe.

El centro laríngeo de la corteza cerebral del perro no tiene, por lo tanto, ninguna significación patológica; su afección no determina la parálisis cortical. Este no es un centro motor en el sentido propio de la palabra, y no tiene ninguna analogía con los centros motores del facial ó de las extremidades.

El autor no pretende negar las relaciones entre este centro y la laringe, pero se ignora aún su papel fisiológico. Tampoco se conocen casos de parálisis cortical de la laringe en el hombre; no se sabe nada relativo á la actividad fisiológica de un centro laríngeo cortical en el hombre y no hay razón para atribuirle un papel patológico. Las investigaciones del autor desechan definitivamente la hipótesis de una parálisis cortical de la laringe, para la cual falta una base real, y nada prueba que estas afecciones no sean debidas á lesiones de la médula espinal ó de los nervios periféricos.

En el curso de sus experiencias el autor ha tenido ocasión de comprobar las indicaciones de Onodi, relativas á la existencia de un centro de fonación por detrás de los tubérculos cuadrigéminos, y afirma que este centro no existe, basándose en una experiencia que parece concluyente.

(Arch. f. Laryng. und Rhin.)

*
*
*

Tratamiento operatorio de la rotura traumática del diafragma.—Schlatter consigna un caso de operación con buen éxito para una herida penetrante del pecho, que se extendía por el diafragma á la cavidad abdominal. El paciente había recibido varias heridas cortantes en el lado izquierdo del pecho; por una de éstas, que se hallaba situada en el noveno espacio intercostal, había procedencia del omento, en cuya reducción se notaba una herida penetrante del diafragma. Después de colocar el omento en la cavidad abdominal y prolongar la herida torácica, se cerró la abertura del diafragma mediante suturas; resultando la curación por primera intención y obteniendo el paciente un completo restablecimiento.

(*Korresp. für Schweizer Aerzte.*)

SECCION PROFESIONAL.

EN HONOR DE ORAD.

Nuestro colega profesional *El Siglo Médico* dedica el *Boletín de la semana* del núm. 2.201 á justificar la suscripción que ha iniciado, para que la clase médica en masa regale á nuestro compañero D. Urbano Orad y Gajías las insignias de la cruz laureada de San Fernando, con cuya recompensa fué agraciado por su heroico comportamiento en la acción de *El Cacao*. Añade el citado periódico que, viendo que la REVISTA DE SANIDAD MILITAR no tomaba la iniciativa en este asunto, se decidió á proponer á la clase contribuyera con una cuota pequeñísima y fija, para demostrar al Sr. Orad el alto aprecio en que tenía su heroico comportamiento.

Aludidos en forma tan directa, debemos hacer constar las razones que hemos tenido para guardar silencio hasta hoy sobre este asunto. La idea de ofrecer al Sr. Orad las insignias de la cruz de San Fernando había nacido en la generalidad de sus compañeros de Cuerpo de la Península y de Ultramar y había tomado forma hasta el punto de tener iniciadas las suscripciones y de haber mediado cartas entre respetables personalidades del Cuerpo para ul-

timar los detalles prácticos de la idea. Esta se ejercitará en la forma en que siempre se han hecho estas manifestaciones en el Cuerpo, con el carácter privado, pero entusiasta, que por deber y por modestia hemos mantenido siempre que nos creíamos obligados á corresponder á las acciones meritísimas de nuestros compañeros. Pero entendemos que no somos nosotros los que debíamos recabar el concurso de todas las clases médicas, para ofrecer al Sr. Orad una manifestación colectiva por un acto privativo de sus funciones como Médico militar, por más que fuera de condiciones tan extraordinarias como el realizado por nuestro compañero, y si sólo limitarnos á demostrarle, dentro del Cuerpo, el aprecio que por su conducta nos merecía.

Es para nosotros una verdadera satisfacción que *El Siglo Médico* consigne que *el honor de Orad es el honor de la clase*; pero un sentimiento de delicadeza, que nuestro colega sabrá apreciar debidamente, nos vedaba hacernos eco de manifestaciones de cierta índole, que pudieran resultar inmodestas hechas por los que tenemos la honra de pertenecer al Cuerpo de Sanidad Militar español. Pero sí podemos afirmar que Oficiales como Urbano Orad honran á nuestro Cuerpo con su noble y heroica conducta, como ya lo honraron en otras épocas tantos otros que alcanzaron tan preciada recompensa.

No crea, pues, nuestro colega que, por nuestra parte, nos molesta la iniciativa de la suscripción en la forma que ha visto la luz en sus columnas, y á la que hemos de prestar todas las facilidades que estén á nuestro alcance; antes bien nos satisface doblemente, porque nos ofrece un medio de exteriorizar nuestra estimación al compañero independientemente del recuerdo que el Cuerpo de Sanidad Militar le ofrezca por su heroica conducta.

Oportunamente remitiremos á *El Siglo Médico* la suma recaudada para contribuir á la suscripción, á cuyo efecto queda abierta hasta el día 30 de Abril con la cuota fija de *una peseta*, en las columnas de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR.

Resumen estadístico del mes de Abril de 1895.

Durante el citado período ha ocurrido el siguiente movimiento de enfermos en los hospitales militares y cívico-militares y en las enfermerías militares de la Península, islas adyacentes y posesiones de Africa:

Existencia en 1.º de Abril.....	3.130
Entrados durante el mes.....	3.924
Hospitalidades causadas.....	106.504
Salidos.....	3.574
Muertos.....	82
Quedaban en fin de dicho mes.....	3.398

Como la fuerza del Ejército en el mes de Abril era de 80.771 hombres, resultan las siguientes proporciones:

Asistidos por cada 1.000 hombres.....	76'97
Hospitalidad diaria por cada 1.000 id.....	39'28
Muertos por cada 1.000 id.....	0'81
Idem por cada 1.000 asistidos.....	10'60 (1)

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

Madrid.....	11.955	Málaga.....	2.618
Barcelona.....	9.615	Badajoz.....	2.601
Valencia.....	7.350	Archena.....	2.355
Sevilla.....	5.842	Burgos.....	2.339
Zaragoza.....	5.046	Guadalajara.....	2.266
Ceuta.....	4.017	Cádiz.....	2.244
Melilla.....	3.738	Mahón.....	1.406
Valladolid.....	3.325	San Sebastián.....	1.307
Coruña.....	3.308	Palma de Mallorca.....	1.246
Pamplona.....	3.305	Oviedo.....	1.207
Vitoria.....	3.305	Cartagena.....	1.169
Alcalá.....	3.058	Algeciras.....	1.010
Granada.....	2.912		

*
* *

PASES, PERMANENCIA Y REGRESO A LOS DISTRITOS DE ULTRAMAR.

«Subsecretaría.—Circular.—Excmo. Sr.: Con objeto de normalizar el movimiento de las escalas en todas las Armas y Cuerpos del

(1) Debe tenerse en cuenta que 837 asistidos, 41.292 hospitalidades y 46 fallecidos no son imputables á las fuerzas del Ejército.

Ejército, evitando que una sola vacante produzca varios ascensos á un mismo empleo, y con ello la perturbación que tal sistema habría de ocasionar con el tiempo, y á fin, además, de acudir á las imperiosas necesidades de la campaña, utilizando en activo los servicios del personal excedente, con ventaja para la ordenada marcha de los ascensos y mayor economía para el Tesoro, el Rey (que Dios guarde), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

Artículo 1.º Los Jefes y Oficiales y sus asimilados de las escalas activas de todas las Armas, Cuerpos é Institutos del Ejército que se hallen en las situaciones de supernumerario sin sueldo y de reemplazo voluntario, serán colocados en destino de plantilla, á medida que haya vacantes que deban darse á la amortización, según las reglas que más adelante se establecen.

Art. 2.º Podrá, sin embargo, concederse el pase á estas situaciones, ínterin exista personal excedente ó de reemplazo forzoso en la clase y Cuerpo respectivo.

Art. 3.º Las vacantes que en lo sucesivo se cubran en dichas escalas por pase á Cuba ó Puerto Rico de Jefes y Oficiales y sus asimilados, que no sean para reemplazar bajas definitivas ó por ascenso, se proveerán, en primer término, con los excedentes ó de reemplazo forzoso; después con los de reemplazo voluntario, hasta su amortización, y, por último, con los supernumerarios sin sueldo, por el orden de mayor á menor antigüedad en dichas situaciones, dándose la preferencia, entre los de la primera, á los procedentes de Ultramar, y á los demás que tengan este derecho, con arreglo á las disposiciones vigentes.

Art. 4.º En cuanto á los Coroneles y sus asimilados que en adelante obtengan su destino á Cuba ó Puerto Rico se observará lo dispuesto en el artículo anterior, y, vez una agotado el excedente de todas las procedencias, los que sean destinados á aquellos distritos pasarán á formar parte del cuadro para eventualidades del servicio, si lo hubiere, en el número asignado á cada Arma ó Cuerpo, cubriendo plaza en él, no obstante servir en Ultramar, y

siendo reemplazados en los puestos de plantilla que dejen vacantes por otros del expresado cuadro.

Art. 5.º Siempre que alguno de aquellos Coroneles deba bajar en el cuadro para eventualidades de su Arma ó Cuerpo por ascenso, fallecimiento ú otra causa cualquiera, se proveerá su vacante en la forma reglamentaria.

Art. 6.º Los destinos á las citadas provincias de Ultramar de los Jefes, Oficiales y sus asimilados, que hayan de cubrir en ellas vacantes producidas por bajas definitivas, ó por ascenso, las causarán en la escala respectiva, y se darán, bien al ascenso, bien á la amortización, con arreglo á las prescripciones del Reglamento de ascensos.

Art. 7.º Cuando corresponda el ascenso por antigüedad á algún Jefe, Oficial ó asimilado que sirva en uno de los distritos de Ultramar, se le concederá como si tuviese su destino en la Península, adjudicándosele la vacante que en ésta exista, á menos que la hubiere de su nuevo empleo en el distrito en que sirva, pues entonces la ocupará desde luego.

Art. 8.º En el primero de dichos casos se dará al ascendido destino en la Península, debiendo regresar á ella; pero si á juicio del respectivo Capitán General fuese conveniente su continuación en Ultramar, se podrá, previa propuesta de dicha autoridad, disponer que sirva en comisión en el distrito en que se halle, pero sin dejar vacante en la Península.

Art. 9.º Los pasajes de los que regresen con arreglo á lo dispuesto en el artículo anterior, y los correspondientes á sus familias, en la parte reglamentaria, serán satisfechos por cuenta del Estado.

Art. 10. Se exceptúa de lo prevenido en el art. 8.º á los Jefes y Oficiales y sus asimilados que hayan pasado á Ultramar con ascenso, pues cuando se les otorgue por antigüedad el empleo que ejercen en aquellas provincias continuarán en ellas, cubriéndose, con los que les sigan en la respectiva escala, las vacantes en que hayan ascendido. También quedan exceptuados de aquel precepto los que tengan derecho á permanecer seis años en aquellos domi-

nios, por haber sido destinados á ellos con anterioridad al Reglamento de 18 de Marzo de 1891.

Art. 11. Estas disposiciones en nada alteran el sistema especial de ascensos y amortización establecidos por la Ley de 11 de Julio de 1894 (*C. L.* núm. 214), mientras se halle en vigor.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 28 de Febrero de 1896.—Azcárraga.—Sr.....»

NECROLOGÍA

D. José Aranda y Alcance.—Nació en Atarfe (Granada) el día 24 de Diciembre de 1849, y siguió sus estudios profesionales en la Universidad de Granada, graduándose de Licenciado el 19 de Diciembre de 1873.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, en clase de Médico segundo, por Real Orden de 30 de Marzo de 1874, siendo destinado al batallón reserva de Valencia, y, sucesivamente, al regimiento de la Lealtad, provincial de Málaga, reservas de Almería, Zaragoza y Ronda y regimientos de Asia y Borbón. Tras breve permanencia en situación de reemplazo volvió á prestar sus servicios en los batallones de reserva de Cáceres y Córdoba, en el de Cazadores de Cuba, en el regimiento Caballería de Vitoria, en la Maestranza de Sevilla y en el primer regimiento montado de Artillería. Ultimamente fué destinado al Hospital militar de Santa Cruz de Tenerife, á cuyo destino no pudo incorporarse.

Formó parte de los Ejércitos del Centro y del Norte en la campaña carlista, asistiendo á numerosos hechos de armas; se encontró en la epidemia colérica de Granada de 1884 y estuvo en Melilla con su Cuerpo durante los acontecimientos de 1893-94.

Obtuvo el empleo de Médico primero efectivo con la antigüe-

dad de 22 de Diciembre de 1882, y el de Médico mayor con la de 23 de Julio de 1895. En 12 de Junio de 1876 se le concedió el grado de Médico primero por méritos de guerra, y en 1.º de Noviembre de 1885 el de Médico mayor por los servicios prestados durante la epidemia colérica de Granada.

Estaba condecorado con dos cruces rojas y una blanca de primera clase del Mérito Militar y con la medalla de Alfonso XII.

El 28 de Septiembre de 1895 falleció en Atarfe á consecuencia de un padecimiento crónico del pulmón.

VARIEDADES

Merece citarse como ejemplo digno de imitación la conducta iniciada por la Diputación provincial de Logroño para atender debidamente á los individuos mordidos por animales rabiosos. En la imposibilidad de publicar íntegra la circular que hemos recibido, copiamos á continuación la parte dispositiva de la misma.

«He aquí ahora las instrucciones á que deberán atenderse los Sres. Alcaldes, Médicos y Veterinarios de los pueblos en que ocurran accidentes que hagan necesaria la aplicación de las inoculaciones antirrábicas, cuyo exacto cumplimiento cree innecesario encarecer esta Corporación, puesto que sin él podría resultar esteril, lo cual sería muy punible, el importantísimo servicio que entiende presta esta Comisión en favor de los pueblos cuya representación ostenta.

1.ª Teniendo en cuenta que la vacuna antirrábica no inmunice en el acto, sino que necesite unos quince días para producir su efecto, y que se registran casos, aunque muy raros, en que la rabia ha hecho su explosión á los veinte días, es de la mayor importancia que el tratamiento siga á la mordedura todo lo inmediatamente posible. Pasados los diez primeros días el resultado vá siendo cada vez menos probable y á los quince no se aplica. Por esta razón, en el momento que ocurra un accidente de esta naturaleza es indispensable dar cuenta de él á esta Comisión, pudiendo presentarse el mordido dentro de los cuatro primeros días de recibido el aviso en el hospital provincial, donde será inoculado durante cinco días consecutivos, ó más en casos excepcionales.

2.ª El método antirrábico *supra intensivo* del Dr. Ferrán es inofensivo y tanto más eficaz cuanto menos tiempo transcurre entre la mordedura del animal hidrófobo y la inoculación profiláctica.

3.^a Puede hacerse uso del tratamiento cualquiera que sea el número y sitio de las heridas causadas por el animal hidrófobo, hayan sido ó no cauterizadas (entendiéndose por cauterizaciones eficaces las practicadas hasta dos horas después del accidente), á condición de que los mordidos se sometan á las inoculaciones preventivas en los quince primeros días consecutivos á la mordedura.

4.^a Cuando la rabia se ha declarado, el método es ineficaz.

5.^a Los mordidos deberán procurarse cuando acudan en solicitud de las inoculaciones antirrábicas, certificados de los Veterinarios que hayan reconocido al animal dañino.

6.^a Con objeto de poder fundar la estadística en la certeza experimental de si el animal causante de la lesión estaba ó no hidrófobo, es de la mayor conveniencia enviar á esta Sucursal una pequeña porción de cerebro del animal sospechoso sacada *inmediatamente* de sacrificado, cuando haya sido posible, y colocado en un frasquito con glicerina, debiendo evitarse la presentación de toda la cabeza, pues su pronta descomposición dificulta, cuando no imposibilita, la práctica de las inoculaciones de prueba que es el objeto á que se destina. La manera más cómoda y práctica de obtener dos ó tres centímetros cúbicos de pulpa encefálica, cuya cantidad es suficiente, es la de decapitar al animal y extraerle por el agujero occipital.

*
*
*

Resultado de los ejercicios de oposición celebrados en Sevilla, según el orden de prelación de los opositores después de cada ejercicio.

NOMBRES.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Después del cuarto ejercicio.
D. Hilario Inchausti y Cortés.....	1	1	1	1
» Luis Fernández y Jaro .	5	4	4	2
» Bernabé Cornejo y García	2	3	2	3
» Luis Torres é Ibarra...	4	2	3	4
» Julio Aldés y Torres....	3	5	5	5
» Emilio Fuertes y Arias.	14	7	6	6
» José de la Vega y Haro..	7	9	9	7
» Francisco Ibáñez y Aliaga.....	8	6	7	8
» Leopoldo Badia y González Abreu.....	12	11	11	9
» Emilio Fuentes y Sáenz Díaz.....	9	10	10	10
» Miguel Hernández y Domínguez.....	6	8	8	11
» José Lasmarias y Rubiera.....	17	12	12	12
» Francisco Carpintero y Bousgoin.....	10	13	13	13