

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL



SUMARIO:

- Heridas accidentales y operatorias de los gruesos vasos del cuello, por el Dr. Abelardo Lloret.
 Sesiones científicas del Instituto Médico Valenciano: Vegetaciones adenoideas, por el Dr. Campos Igual. Conferencia del 8 de Febrero de 1911.—Raquitismo artificial, por el Dr. A. Oliete. Conferencia del 11 de Febrero de 1911.
 Revista de sociedades y corporaciones científicas.
 Revista de revistas.
 Varia: Intereses profesionales.—Un problema para los médicos, por el Dr. J. Bartual.—Certámenes y Concursos.—Publicaciones recibidas.
 Memorias premiadas por el Instituto: *Investigación urológica de la glucosa*, primer premio del certamen correspondiente al año 1910, tema tercero de los premios ordinarios del Instituto, Dres. J. y T. Peset. (Continuación.)

Heridas accidentales y operatorias de los gruesos vasos del cuello

Por el Dr. Abelardo Lloret

I

Este artículo no tiene la menor pretensión dogmática y va por lo tanto desprovisto de todo ese bagaje de opiniones de cirujanos más ó menos ilustres, de índices bibliográficos y de citas entresacadas de libros y revistas que la ocasión llegada no sirven más que de penosa impedimenta que dificulta el camino que el práctico debe seguir ante un herido grave del cuello. No es, repito, un artículo documentado y sí una compilación de impresiones clínicas personales que hacen referencia y recuerdan intervenciones quirúrgicas de nuestra práctica, algunas de entre ellas emocionantes y dramáticas, y que confirman una vez más el carácter particular de la cirugía del cuello en cuanto hace referencia á las lesiones vasculares. Esta característica viene á estar determinada por las dos grandes complicaciones de las heridas del cuello: la hemorragia y la asfixia generadoras de la muerte en la mayoría de los casos; y no hablamos de los tremendos accidentes que produce la entrada del aire en las venas, porque semejante complicación por su poca frecuencia aun cuando se estime en clínica como un peligro positivo, no es lo suficiente importante para caracterizar una herida del cuello. Y es de tal importancia el peligro que revisten tamañas lesiones vasculares que aun cuando existe evidente desproporción en sus resultados con relación á la vida del individuo, entre un *herido* grave del cuello y un *operado* de importancia de la misma zona anatómica, puesto que el primero muere en la calle si no se le socorre pronto y hábilmente y el operado queda en todo momento sometido á la protección inmediata del cirujano, en uno y otro caso el peligro es grande, y la ocasión propicia para poner en evidencia el saber, la habilidad y la sangre fría del Médico, porque no hay que olvidar y sí tenerlo muy presente, que como dice Doyen «el temor á la sangre borra hasta las aptitudes

personales de muchos cirujanos justamente reputados»; y que el éxito en tales intervenciones está subordinado á la habilidad manual del cirujano, la menor falta, el menor retardo pueden ser funestos. *Time is money.*

Esta rapidez, muchas veces instantánea, con que debe cumplirse la indicación quirúrgica, es la tercera y fundamental característica que diferencia la cirugía vascular del cuello de otras cirugías cavitarias. Cavitaria y bien cavitaria es esta cirugía del cuello que como si no tuviese bastante con los peligros de las hemorragias fulminantes, verdaderas sangrías del bulbo, y con la asfixia no ya solamente por lesión del conducto laringo-traqueal, sino por la misma infiltración hemorrágica en los traumas cerrados ó de difícil salida al exterior de la sangre extravasada, presenta esos trastornos dinámicos que el pneumogástrico y el frénico, el gran simpático y el recurrente ejercen sobre corazón y pulmones, y no hablemos de ese estrecho desfiladero que conduce al mediastino y de los peligros que oculta al cirujano el mango del esternón cuando el operador lleva á esa sirte retroesternal sus instrumentos, ora para ligar el tronco braquio-cefálico, ora persiguiendo una prolongación de un bocio *plongeant*, ó un pedículo carcinomatoso.

En resumen: el peligro en las grandes operaciones del cuello, y llamo grandes las en que se ataca á los vasos gruesos y aquellas otras en que no entra en el plan del cirujano herir tales conductos vasculares pero que por causas diferentes está expuesto á este contratiempo, el peligro es la posibilidad de la muerte inmediata sobre la mesa de operaciones. Bajo este punto de vista la cirugía del cuello no tiene que envidiar á la de ninguna otra cavidad, é impone á sus cultivadores, á los que á ella se dediquen preferentemente condiciones personales de serenidad, de ánimo, de valor personal para afrontar toda clase de peligros, así como también un conocimiento profundo de la anatomía normal y patológica de esta importantísima región. «Souvent le chirurgien doit prendre sa décision et l'exécuter en quelques secondes», dice el profesor Albert. Cuando una carótida ó la yugular interna han sido accidental ú operatoriamente seccionadas, hay que acertar el primer golpe de pinza oclusora y saber mantener la mano en la herida haciendo tapón si no se quiere ver morir al lesionado.

El general Arrhígi debió la conservación de su vida más á la presencia de ánimo del artillero que se encontraba á su lado en la batalla y que metió su mano en la herida, que á los cuidados de Larrey, su médico. ¡Qué fácil de decir todo esto y cuántas vidas ha costado en la práctica no saber *parar los pies* y mantener el dedo ó la mano en la profundidad del cuello! ¡Uno de nuestros operados con su yugular interna, totalmente seccionada, pudo llegar desde la calle de la Reina, hasta la casa de socorro del Grao, merced á su presencia de ánimo y al taponamiento de su herida que él mismo se practicó!

Los pusilánimes, si tienen instrucción técnica adecuada, y ello es bien fácil en los tiempos que corremos, podrían coser correctamente un estómago ó reseca un trozo más ó menos grande de intestino, de vejiga ó de riñón; ello constituye en cuanto á técnica, enténdámonos bien, un sencillo asunto de sastrería y de costura. Para realizar el hecho quirúrgico en sí, no se necesita ciertamente ser ni mucho menos un profesor de energía: el enfermo duerme su sueño clorofórmico; la protección aséptica evitará complicaciones; la hemostasia se hace en la inmensa mayoría de los casos *à ciel ouvert*; se dispone del tiempo que se quiere; el campo operatorio nos pertenece y si se presenta alguna complicación shok infección, reflejo anúrico, etc., etc., eso sería pasadas muchas horas, cuando lavadas correctamente las manos y recogido el instrumental quirúrgico, el cirujano no tiene ya nada que

temer. Quien quiera que haya tenido que intervenir urgentemente en el cuello para ligar una yugular ó una carótida se acordará *toda su vida* la diferencia enorme de esa cirugía, todo lo científica que se quiera, pero plácida y reposada porque el peligro de muerte inmediata no existe ó es muy remoto, y esta otra del cuello, accidentada y dramática en el hospital y que nos obliga con mandato imperativo en la clínica particular á jugarnos á una sola carta, como vulgarmente se dice, toda nuestra reputación profesional porque aquí, en el cuello, se dan cita las emociones excepcionales de la práctica médica.

De lo que hicieron en toda ocasión los cirujanos ante un herido con lesión vascular del cuello, nos quedan ejemplos admirables que yo no cito aquí por ser de todos conocidos y que reflejan el temperamento quirúrgico de aquellos prácticos. Micleon ligando en una rebótica la carótida primitiva á una joven herida por su amante; Cras practicando la ligadura de la carótida interna á un campesino herido por un toro; Richot intentando la ligadura del tronco braquio cefálico á una joven que había recibido una puñalada en la parte inferior del cuello y tantos otros cirujanos civiles y militares. Del estudio de conjunto de todos esos hechos se deduce ya con bastante claridad, una regla de conducta á seguir: practicar la ligadura inmediata de los dos extremos en la herida, y si ello no fuera realizable por el estado anormal de los tejidos de la región, practicar la ligadura inmediata del vaso herido por debajo de la herida. Es de justicia atribuir á Guthrie la proclamación de esa gran regla de conducta. Esta doctrina que fué adoptada desde sus comienzos para las heridas arteriales, encontró impugnadores cuando se trataba de heridas de las venas, por el temor de la flebitis y consiguientemente á la posibilidad de la infección purulenta.

La estadística de W. Gross probó bien pronto lo infundado de aquellos temores y la práctica de Guthrie es aceptada por todos.

Ir, pues, directamente á ligar los dos extremos del vaso seccionado en la herida aun teniendo que practicar para ello extensos desbridamientos, nos parece que es el verdadero camino quirúrgico á seguir. Si llegamos á tiempo y los tejidos no están todavía alterados en su estructura anatómica, ni borrosos y enmascarados por la aplicación de un tópico imprudente (percloruro de hierro), la cuestión queda reducida á un problema de medicina operatoria. La ligadura sólo del extremo central en las arterias y del distal en las venas del cuello, no cohibe la hemorragia que vuelve en la carótida por el extremo distal dada la inmensa red anastomótica que las raíces de la carótida interna y externa de ambos lados representan; y aparece también en el segmento central de la yugular interna en la parte inferior como reflujo del corazón derecho en el momento de la espiración. Claro que procuraremos en primer término y por todos los medios posibles, ocluir el extremo central de una arteria del cuello seccionada, y el extremo distal de una yugular herida; pero una vez cegada la corriente principal, buscaremos el otro extremo correspondiente del vaso roto para á su vez ligarlo, oponiéndonos así á la gran corriente de reflujo, anatómica, ó funcional; es decir, espiratoria. Digo ligar porque es lo que hay que hacer y eso es lo seguro; ligar bien, y no confiarse á otros expedientes de hemostasia, como la compresión totalmente desacreditada en el cuello por insuficiente, insegura y peligrosa; la forcipresión permanente, medio preferible de mucho al anterior y algunas veces absolutamente necesario, pero verdadero *pis aller* que imponen la fragilidad y alteración de los tejidos (infección), ó la profundidad, y aun algunas otras particularidades ó peligrosas vecindades del vaso herido; medio que es preciso vigilar sostenidamente, porque la pinza puede desarticularse, romperse é infectarse, y por todas estas circunstancias no cumplir bien su importantísima fun-

ción hemostática. Bien vigiladas y acondicionadas en la herida, son las pinzas en muchísimos casos agentes preciosos de contención hemorrágica, y pueden dejarse en la herida no solamente las 36 ó 48 horas que aconsejan muchos libros, y en cirugía de cuello este corto plazo lo estimo imprudente, porque los gruesos vasos sanguíneos á grandes corrientes, no hacen en ese tiempo ni un émbolo ocluser bastante fuerte, ni el fruncimiento que en las paredes vasculares determina la pinza una verdadera reunión por primera intención.

Nosotros las hemos sostenido sobre la sub-clavia y la yugular interna, la ilíaca externa y la femoral 4 y 5 días sin ningún inconveniente. Claro, y conviene decirlo, que en el cuello la pinza permanente lleva aparejado el peligro de la posible compresión de su órgano vecino, nervio pneumogástrico ó recurrente frénico ó gran simpático, ó de la lesión de algún conducto importante, esófago, tráquea ó gran vena linfática, la ansiedad natural de cegar pronto una gran corriente hemorrágica explica y atenúa la comisión de semejantes estropicios.

Claro que hay casos en que la *buena Naturaleza* lo hace todo: una joven de 18 años recibe una puñalada en la parte interna de la fosa supraclavicular y sufre una hemorragia tan copiosa que llega al síncope. Cuando recobró el conocimiento existía disnea y hemoptisis, la exploración de la herida que estaba rellena de coágulos no permitía sentir el latido ni en la sub-clavia axilar, ni en la humeral, ni en la radial; el miembro superior derecho está frío y tumefacto presentando una anestesia completa de los tres primeros dedos. El corazón estaba desviado á la izquierda y la percusión del tórax demostraba una gran matidez á la derecha. El diagnóstico no era dudoso: sección de la arteria sub-clavia y de las raíces del nervio mediano con abertura de la pleura y hemotórax. Se hizo la compresión y se aplicó hielo sobre la herida. La enferma curó al cabo de seis semanas conservando la parálisis de los tres dedos.

Estos hechos son nuevas curiosidades clínicas, y como dice Albert ¿porque alguna vez una hernia extrangulada se reduzca espontáneamente, ha renunciado ningún práctico á los beneficios de la taxis ó de la quelotomía? Una buena policía de costumbres quirúrgicas debería prohibir la publicación de semejantes golpes de fortuna totalmente reñidos con el sentido común quirúrgico.

(Se continuará.)



SESIONES CIENTÍFICAS DEL INSTITUTO MÉDICO

VEGETACIONES ADENOIDEAS

Conferencia del Dr. Campos Igual, el 8 de febrero de 1911

El día 8 del corriente mes de Febrero inició las conferencias del actual curso, el ilustrado socio y profesor auxiliar de esta Facultad de Medicina, Dr. Campos Igual.

Comenzó el disertante explicando los motivos por que ocupaba la tribuna, aludiendo á un acta compromisaria que juntamente con los Dres. Vila Barberá y García Ibáñez suscribió, en virtud de la cual se obligaban á dar una serie de conferencias en el local del Insti-

tuto Médico Valenciano, é invitaron á muchos compañeros á que colaborasen en dicha obra, invitación que fué aceptada por muchísimos de ellos, demostrando su amor al estudio y al trabajo.

Entró de lleno en el tema que había anunciado, haciendo una brevísima reseña histórica de las vegetaciones adenoideas, demostrando que aunque presentida dicha afección por clínicos eminentes no obtuvo carta de naturaleza en el cuadro nosológico hasta que Guillermo Meyer, de Copenhague, dió una descripción detallada de las mismas en el año 1868.

Describe el anillo linfático de Waldeyer formado por las cinco amígdalas, situado en la entrada de dos importantes aparatos, el respiratorio y el digestivo; hace hincapié en la tercera amígdala ó amígdala de Luschka, de la cual hace una extensa descripción, señalando las relaciones importantes que tiene con los aparatos sensoriales, auditivo y olfatorio.

Hace notar lo frecuente que es este padecimiento en los niños escrofulosos y linfáticos ó que llevan alguna tara hereditaria, tuberculosa, sifilítica, etc.; no hace distinción de sexos, lo mismo padecen niños que niñas de 3 á 10 ó 12 años.

Es más frecuente este padecimiento en los climas fríos y húmedos; influyen notablemente en su aparición ataques repetidos de rinitis y enfermedades infecciosas eruptivas.

Todas estas causas, actuando directamente sobre terreno tan bien abonado, producen ó dan lugar á una hipertrofia considerable del tejido glandular propio de la amígdala de Luschka, á cuya hipertrofia se le conoce clínicamente con el nombre de vegetaciones adenoideas.

El Dr. Campos considera los trastornos causados por la presencia de las vegetaciones bajo triple aspecto: 1.º Trastornos mecánicos: respiración, fonación y pronunciación. 2.º Trastornos sensoriales: olfato, audición y gusto. 3.º Trastornos reflejos: tos, asma, espasmos glóticos, corea, epilepsia, aprosexia, incontinencia de orina y terrores nocturnos.

Respecto á los trastornos respiratorios señala la dificultad que los enfermos tienen de respirar por las vías naturales, recurriendo á órganos supletorios que nunca efectúan dicho acto con la regularidad que lo hacen estando sanos; los enfermos respiran con la boca abierta, los enfermos no pueden hacer el menor esfuerzo sin sentir una fatiga que se traduce por disnea; estos trastornos se acentúan más por la noche, cuando duermen, produciendo un ronquido que asusta á los padres ó encargados de los niños.

La fonación está alterada, pues una de las cualidades del sonido, el timbre, no puede producirse, porque precisamente la caja de resonancia, formada por el cavum nasofaríngeo, está obstruída y los harmónicos superiores señalados por Helmholtz y que acompañan á todo sonido fundamental, no tienen lugar; la voz no timbrada, clínicamente en estos casos se la llama *rinolalia clausa*; resulta una voz gangosa especial.

También se encuentra trastornada la pronunciación de ciertas consonantes, especialmente la *m* y la *n*, que son sustituídas por la *b* y la *d*; describe el mecanismo de esta sustitución de una manera gráfica.

Entre los trastornos sensoriales, el olfato es uno de los que más pronto se alteran, pues no circulando el aire, vector de las partículas olorosas, por las fosas nasales, no pueden impresionar las terminaciones del nervio olfatorio de la mucosa de Schneider.

Ocluyendo mecánicamente las aberturas faríngeas de las trompas de Eustaquio, no permite la aireación de la caja timpánica, y por ende rompe el equilibrio de presión que sobre la membrana timpánica debe existir para que la audición se realice; describe el me-

canismo de dicha aireación y explica la sordera intermitente que presentan los enfermos; no se limitan los trastornos á esto solo, sino que repetidos ataques de adenoiditis hacen que se propague la infección al oído medio, dando lugar á otitis supuradas con todas las consecuencias.

El gusto también se encuentra alterado por razones análogas á las señaladas en los trastornos olfatorios.

Entre los síntomas reflejos señaló la tos, asma, espasmo glótico, corea, epilepsia, aprosexia, incontinencia de orina, etc., etc., detallando el mecanismo de producción de cada uno de ellos y reseñando algunos casos prácticos, en los que demostró la desaparición de los reflejos después de la adenoidectomía.

Además de los trastornos indicados señaló como muy importantes los signos físicos que suelen acompañar á dichos trastornos, como son la facies especial de los adenoideos, con el labio superior más corto que de ordinario, dejando al descubierto la arcada dentaria superior, apareciendo los dientes mal implantados, acabalgando unos sobre otros, debido á la atrofia de los maxilares superiores ó su insuficiente desarrollo, los pómulos hundidos, los ojos saltones; el maxilar inferior, que no sufre modificación alguna, tiene su desarrollo normal y parece que el adenoideo acusa un prognatismo muy acentuado; el conjunto de la facies es atontado, sin expresión.

Señala la frecuencia de la desviación del tabique, hipertrofia de los cornetes é hipertrofia en general de todo el anillo linfático de Waldeyer; como esta afección es propia de la primera infancia, en que algunos huesos no han llegado á su osificación definitiva, y en virtud de requerir el auxilio de músculos supletorios que compensen, por decirlo así, la hipohematosi, la insuficiencia respiratoria que la obstrucción nasal determina, se engendran deformaciones al nivel del tórax que afectan los dos tipos conocidos de tórax en forma de quilla, tipo Robert (presión atmosférica), y el tipo Lambron (inserción diafragmática).

Se extiende el Dr. Campos en una serie de consideraciones sobre la frecuencia de tuberculosis en adenoideos, y cita al efecto estadísticas en las que se demuestra que hay un tanto por 100 bastante elevado, Moure 12 por 100, Dieulafoy 20 por 100, Nicolle y Lartijone 16 por 100, etc., etc.; el mecanismo de la infección es sencillo. La hipertrofia del tejido linfático del *cavum* ofrece una extensa superficie á la invasión microbiana; la obstrucción nasal favorece el desarrollo de gérmenes numerosos y debilita la resistencia local, circunstancia favorable al desarrollo del bacilo de Koch.

En otro orden de ideas, expone que la torpeza intelectual corre parejas con la braditrofia general de su organismo; maestros y padres se empeñan en corregir por medio de castigos esta para ellos torpeza del niño, que únicamente una sencilla intervención hace desaparecer por completo.

Bajo el punto de vista social cree el Dr. Campos que tiene mucha importancia el estudio de las vegetaciones adenoideas, pues diagnosticadas á tiempo evitaría muchos sordos, evitaría algunas muertes quizás (complicaciones de las otitis medias supuradas), y algunos tuberculosos. Se muestra partidario del tratamiento quirúrgico, creyéndolo indicado en cuanto se presente alguno de los trastornos mecánicos descritos; no desdeña el tratamiento general, baños de mar, aceite de hígado de bacalao, etc., etc., considerándolo como un adyuvante poderoso.

Describe minuciosamente los diferentes procedimientos operatorios por vía nasal y por vía bucal, se detiene en este último por creerlo ventajoso á la vía nasal, pasa revista á

los diferentes autores que como Ferreri prefieren el raspado con la uña Botey que hace preceder al legrado con la cucharilla cortante, algunos golpes de pinzas, etc., etc.; el disertante expone el procedimiento que ha aprendido en esta Facultad, detalla los cuidados que se han de tener antes, en y después de la operación, atendiendo á la anestesia, hemostasia y antisepsia, trípode sobre el que descansa la Cirugía actual.

Terminó tan interesante conferencia indicando la conveniencia de que el Instituto Médico Valenciano tomase en consideración para en su día discutirla ampliamente (pues dispuesto está el Dr. Campos á contestar á cuantas objeciones se le hagan), la idea de hacer algo práctico en cuanto se refiere á *profilaxis de sordera*, pues de esta manera podría convertir en individuos con aptitud para desempeñar los actos que en la vida social les estén encomendados, á seres completamente inútiles como pueden serlo aquellos que en tiempo oportuno no se les trate convenientemente.

Dió las gracias á los concurrentes que con mucha atención siguieron el curso de la conferencia, y una salva de aplausos fué el premio que recibió el disertante.

RAQUITISMO ARTIFICIAL

Conferencia pronunciada por el Dr. Antonio Oliete, el 11 de Febrero de 1911

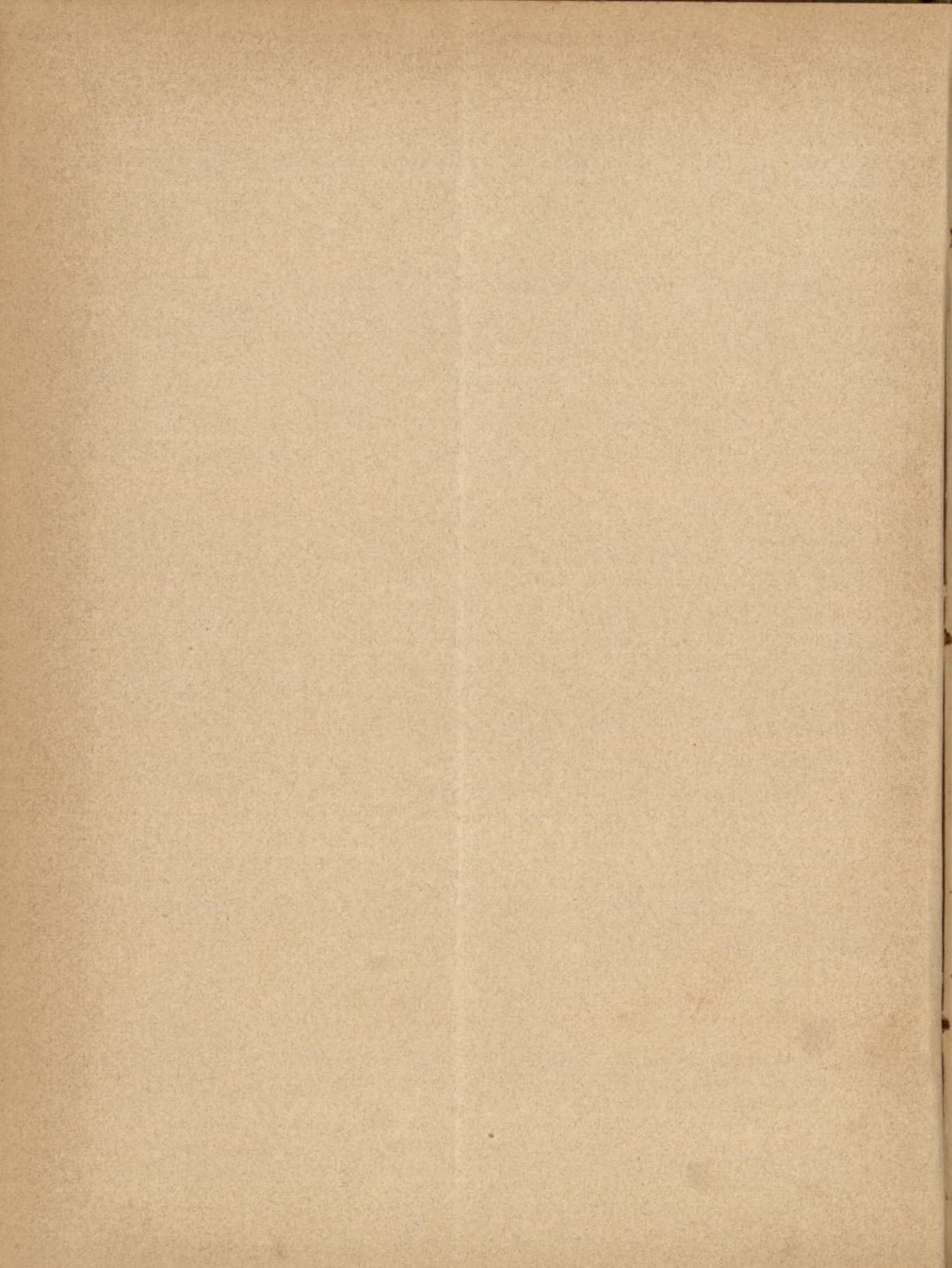
Comienza el conferenciante, justificando el apelativo de artificial que asigna al raquitismo que provoca, mediante inmovilización absoluta y mantenida de los miembros, en los cuales recaen curvaturas diafisarias y justaepifisarias raquílicas.

Para ello recuerda sintéticamente las alteraciones histológicas que en el hueso raquílico como en el malácico se encuentran y al hacer la exposición histórica de las doctrinas lanzadas á partir de las investigaciones microscópicas de Wirchow y Recklinghausen, Cohnheim y Pommer y por sus discípulos Schmorl, M. B. Schmidt, Loosser, Oehme, da á conocer los trabajos de Morpurgo, que ha logrado producir experimentalmente el raquitismo y la malacia óseos, de tipos diversos, producto unos de alteraciones nutritivas provocadas á voluntad y otros de toxi-infecciones de un agente bacteriano, un diplococo que procedente de la sangre de mulos muertos en una epidemia de osteomalacia, inoculados en ratas blancas, produjo en las jóvenes el raquitismo típico y en las adultas la osteomalacia y de cuyos estudios relativos á la dependencia entre alteraciones diafisarias y epifisarias del raquitismo han servido de punto de partida á Marfan en sus recientes investigaciones.

El raquitismo artificial, dice, produce en el hueso los caracteres plásticos del raquitismo espontáneo más agudo, pero el hueso reblandecido carece en absoluto de las alteraciones histológicas que en las diversas fases (de aliteresis y de aposición del osteoide acalcáreo) de su evolución caracterizan al raquitismo natural. Es, pues, un raquitismo *falsificado*.

El método toma su origen en la atrofia que con motivo de inmovilizaciones prolongadas de los miembros por procesos inflamatorios y traumáticos, en ellos se determina, atrofia, llamada por G. Roux de inactividad y que el conferenciante venía observando desde el año 1902, en que comenzó á tratar procesos inflamatorios crónicos osteo-articulares por inmovilización prolongada con supresión absoluta de toda función articular y de soporte.

Cita varios casos en los que tras una inmovilidad de siete á ocho semanas al preten-



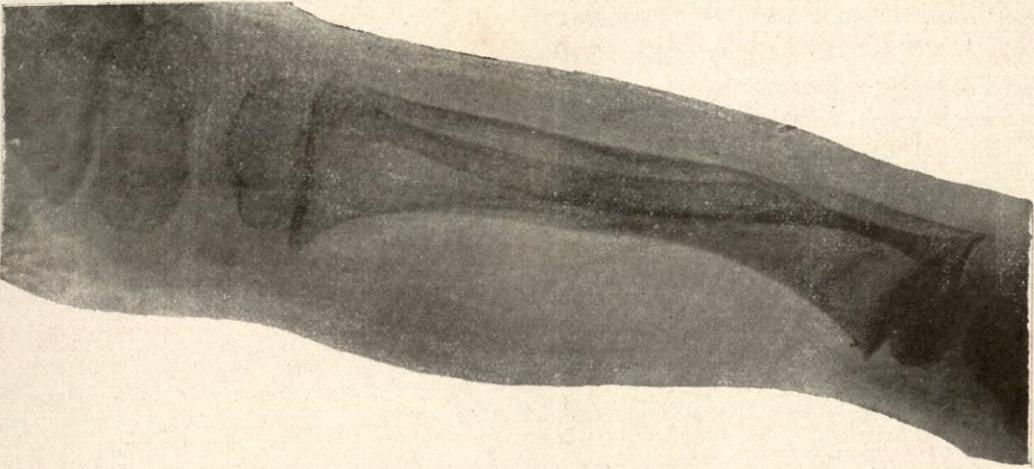


FIG. 5.^a

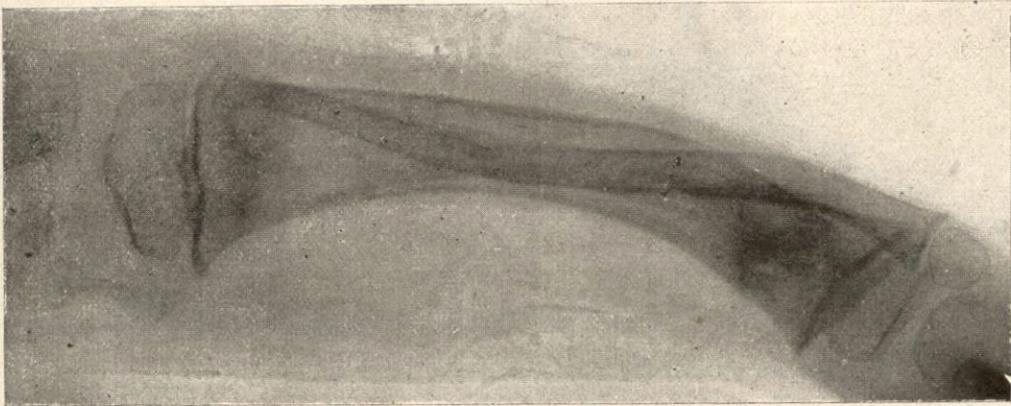


FIG. 2.^a

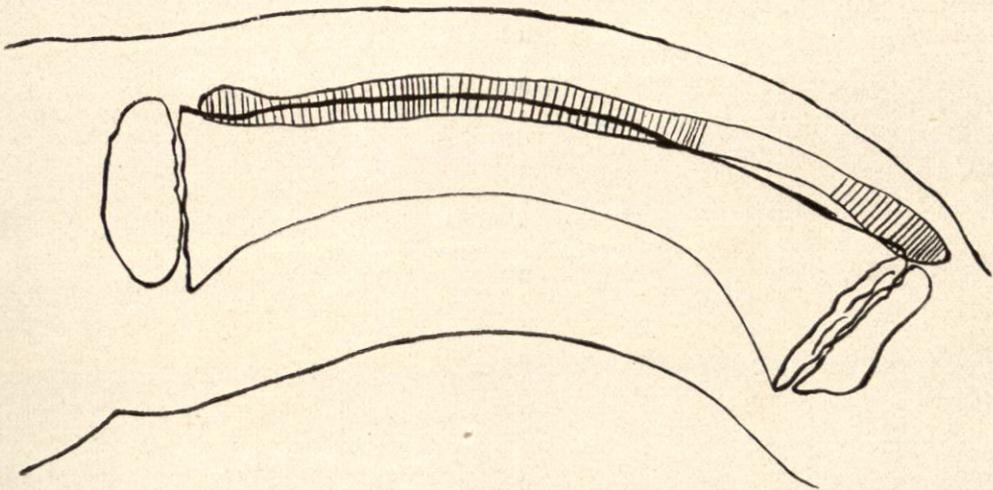
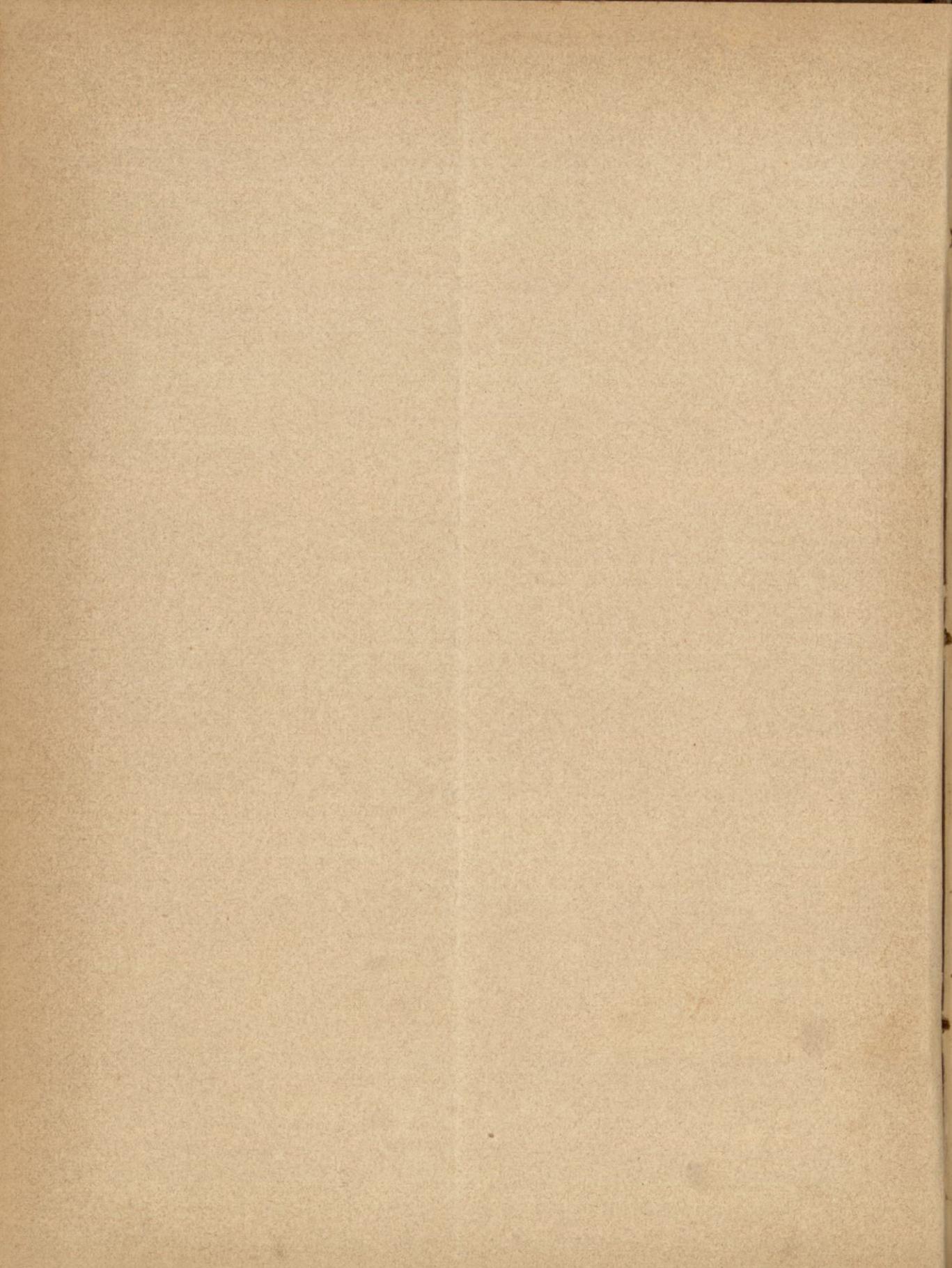


FIG. 1.^a



villa, y más tarde la aplicó á las curvaturas diafisarias en diáfisis dobles, en la que las operaciones cruentas dan resultados poco satisfactorios, pues ortopédicamente son deficientes, ya que en lugar de enderezar una curva lo que hacen no es sino quebrarla, y no será poca fortuna que el ángulo de soldadura coincida con el punto preciso por donde pasen las líneas de presión (Cullman) y quedar así al abrigo de nuevas desviaciones y además porque como en dos líneas curvas paralelas ó casi paralelas la externa es siempre más larga y esto se establece en el esqueleto por adaptación funcional, al cirujano que no puede cruentemente lograr la línea recta, le es imposible establecer un cálculo exacto de la cantidad de hueso que haya de restarse de la diáfisis externa y así ocurre que por cruzamiento de los cabos obtenidos, sea cual fuere el método de osteotomía, se fraguan callos enormes, irregulares que estéticamente nada mejoran la situación del deformado.

El método ha sido dado á conocer en Italia por el Prof. Anzoletti, de Milán, siempre con éxito. El Dr. Oliete, por su parte, asegura que en casos tan graves como los que las radiografías que presenta demuestran, ha obtenido fácilmente lisonjeros resultados, como de las mismas radiografías se deduce (1).

Promete el conferenciante en cuanto tenga una estadística cerrada por resultados definitivos á larga fecha revisados, circunscribir las indicaciones y limitar la duración del tratamiento de inmovilización, según el caso y fundándose principalmente en el diagnóstico radiográfico.

Una vez obtenido el enderezamiento, hace usar el autor aparatos ortopédicos que sustraen al esqueleto de la gravitación del tronco y permiten los movimientos articulares, con cuya función comienza el estímulo trófico que restablece en el hueso la resistencia perdida por la inmovilidad.



Revista de Sociedades y Corporaciones científicas

Instituto Médico Valenciano

Sesión inaugural de curso de 1910 á 1911, celebrada solemnemente el 2 de Febrero de 1911, en el Paraninfo de la Universidad Literaria de Valencia.

Bajo la presidencia del Excmo. Sr. D. Manuel Candela se abrió la sesión á las 12 de la

mañana, con asistencia de los Excmos. señores Capitán General, Gobernador civil, Alcalde, Presidente de la Diputación, Rector de la Universidad, Representantes de Sociedades científicas, mercantiles y obreras, y gran concurrencia de socios de la Corporación y de estudiantes de todas las Facultades, del Instituto de 2.^a enseñanza, de la Escuela Oficial de Comercio, y numeroso público.

(1) Fig. 1.^a—Esquema radiográfico antes del tratamiento. (No ha podido reproducirse el clisé por estar movida la imagen y no encontrar retocador con tales conocimientos anatómicos que permitiera destacar con el retoque la imagen que en esquema se reproduce obtenida con cuadrícula sobre el clisé.

Fig. 2.^a—Radiograma obtenido luego de la primera reducción.

Fig. 3.^a—Radiograma obtenido luego de segunda reducción. En ambos se observa evidentemente la inversión de la curva peroneal, proporcional al exceso de longitud del hueso.

El Secretario general leyó la Memoria de los trabajos realizados en el curso anterior, mereciendo el aplauso unánime de la concurrencia al finalizar su relato.

A continuación, el Dr. Manuel Portaceli Ortells, dió lectura á su reglamentario discurso que versó sobre «Mutualidad materna», siendo premiado su trabajo por una salva de aplausos por parte del público que llenaba el local, y efusivamente felicitado.

Terminada su lectura el Dr. Portaceli, la Presidencia concedió la palabra al Excmo. señor D. Tomás Maestre, Catedrático de Medicina Legal de la Central y Senador del Reino, quien había venido expreso á este acto por invitación de la Junta Directiva del Instituto Médico.

Al levantarse el Sr. Maestre para dirigir su palabra, fué saludado con aplausos que él recogió para comenzar su discurso, ofreciéndolos á los señores que habían asistido. Después de saludar á todas las autoridades allí representadas y á la concurrencia, hizo breve historia de nuestra Universidad, recordando á Ausias March y Luis Vives. De las doctrinas de éste enunció el tema de su oración, «La psicología positiva aplicada á la Pedagogía». Sobre este tema disertó entre las dos opuestas tendencias pedagógicas: la que educa por letras para ir directamente á la transmisión de la idea y la que educa por percepción de sensaciones y repetición grá-

fica de las mismas. Encomió este último sistema que es el que profesó Luis Vives, asegurando que él fué el iniciador de la pedagogía moderna.

De deducción en deducción vino á demostrar que los progresos de nuestra nación, únicamente el maestro y el soldado podrán realizarlos. Hizo historia de las desgracias patrias, enalteciendo la conducta de nuestro Ejército, y dirigiéndose á los estudiantes terminó su elocuente discurso, ofreciéndoles como ejemplo de abnegación y sacrificio por la patria la conducta de los jóvenes de 20 años que formaban el Ejército que tan alto puso el valor de nuestra raza en la reciente campaña del Rif.

Aplausos y felicitaciones sin fin coronaron la elocuente palabra del Dr. Maestre.

A continuación el Secretario de actas dió lectura á los distintos diplomas de los señores premiados en el Certamen de premios del curso anterior, siendo recogidos algunos de ellos por los agraciados que allí estaban presentes.

Como final, el presidente Dr. Candela pronunció un sentido discurso dando las gracias á cuantos han contribuido al mayor esplendor que ha revestido la sesión inaugural de curso del Instituto Médico Valenciano de 1910-1911, y se levantó la sesión en medio del aplauso general.

El Secretario de actas,

R. VILA BARBERÁ.



REVISTA DE REVISTAS

ORTOPEDIA

Osteoplastias.—KAUSCH: Sustitución ósea. Contribución á los injertos de hueso muerto. (*Beiträge zur Klin. Chir.* Bd. 68. 3. 1910.)

Este trabajo es interesantísimo por el número de casos que se estudian y por las investigaciones que han motivado, pero concedemos la máxima importancia al caso que cita el artículo en el que por un sarcoma mielógeno de la tibia,

fué resecada en una extensión longitudinal de más de 8 centímetros y cuyo fragmento fué reemplazado por un trozo de tibia, amputada la víspera á un individuo que había sufrido un gran traumatismo.

Un año más tarde hubo necesidad de ser nuevamente operado por haber recidivado la neoplasia y pudieron con tal motivo obtenerse preparaciones que demuestran según el A. el hecho excepcional de tan larga permanencia del hueso injertado.

Este se mostraba consolidado y fuertemente

conexo, con las superficies óseas á que fué casado, mediante clavos de marfil.

El estudio histológico muestra como toda la superficie que circularmente quedó privada de periostio, ha sido regenerado por neoformación del que quedó en las vecindades. El hueso muerto injertado fué atacado de proceso de reabsorción á la par que era invadido por hueso neoformado. Esta nueva producción partía tanto del periostio, vivificado y neoformado, como del endostio que fué desarrollándose y penetrando todos los interespacios. El marfil que fué usado como medio de fijación de los fragmentos, está en vías de reabsorción sin trazas de neoformación ósea de sustitución

Resultaría pues, que el hueso humano recién muerto, en oposición á cuanto actualmente se afirma, es material adecuado para injerto, hasta en territorios privados de periostio, bastando que el del fragmento injertado fuese puesto en conflicto con las superficies óseas vivientes.

Tuberculosis vertebral.—BREMER: Tuberculosis vertebral clínicamente latente (*Frankfurter Zeitschr. J. Pathol.* I. 2).

El objeto de este interesante trabajo es el demostrar cuán fácilmente puede escapar á la observación clínica la tuberculosis vertebral. De entre 2.500 necrópsias reunidas en Frankfort se encontraron 56 % de ellas que habían escapado al diagnóstico clínico. Si en los niños es difícil que pase un caso sin ser descubierto, no lo es tanto en los adultos. El hecho de que las lesiones se localicen de preferencia en las últimas vértebras dorsales, primeras lumbares y en las dos primeras cervicales, apoya la opinión prevalente del influjo mecánico (estático-dinámico) como determinante de la localización. Aunque raramente, también se encuentra la tuberculosis primitiva en los discos intervertebrales. Ha encontrado casos de abscesos osifluentes de marcha ascendente, en la región lumbar y en la dorsal superior y casi cervical. No han sido frecuentes las complicaciones medulares y las lesiones halladas han sido de categoría irritativa é inflamatoria derivada del foco. Frecuentes las tuberculosis miliares pero de nódulos más bien gruesos que pequeños. *En todos los casos ha encontrado procesos más ó menos manifestamente tu-*

berculosos (con flógosis livianas) *viscerales*. Es dudosa la influencia del trauma como agente determinante de la localización del proceso.

Estima de dificultad casi siempre insuperable establecer el diagnóstico de la existencia de abscesos prevertebrales torácicos y recomienda el cuidadoso examen de la columna vertebral, en enfermos con supuraciones frías, pulmonares y pleuríticas. También insiste en la necesidad de explorar sistemáticamente la columna vertebral cuando nos encontremos con colecciones frías, perinefríticas, perirectales, y paramétricas.

En este trabajo como verá el lector, con los argumentos de tanta necrópsia recogidos, se ratifican cuantos conocimientos son ya patrimonio del médico estudioso.

Displasia ósea.—F. DELITALA, del Instituto Ortopédico Rizzoli: *Sobre un caso de displasia ósea* (observaciones clínicas é investigación del recambio material). *Archivio di Ortopedia*. Fas. VI, 1910.

El artículo describe un caso de displasia ósea que llega á su observación á la edad de 12 años. Al nacer nada anómalo en su conformación ni en sus proporciones existía, mas pocos días luego sus padres observaron que la nena lloraba insistentemente sin causa ni motivo apreciable al pronto, pero que más tarde cayeron en la cuenta de que tal ocurría al más leve movimiento que imprimían á las extremidades pélvicas. Luego jamás pudo permanecer de pie ni cuando era época de romper marcha. Luego de los dos años produjéronse varias fracturas de fémur y de pierna que no consolidaron á pesar de cuantos medios incruentos fueron puestos en uso.

A partir de los cuatro años, ya no ocurrieron más fracturas, y la nena parecía comenzar á gozar de un relativo bienestar.

El estado actual, cuya descripción se completa en el trabajo con fotografías y gráficas radiográficas, es verdaderamente deplorable. Los miembros, así los torácicos como los pélvicos, además de encorvados según es ley de mecánica muscular, presenta seis fracturas (tres de fémures, una de húmero, dos de cúbito); la columna vertebral reducida en un tercio de su altura por aplastamiento de los cuerpos vertebrales; la pelvis en forma de corazón de naipes francés, etc.

El A. que discute discretamente la patogénesis de la displasia ósea y hace una excursión completísima por la literatura del asunto, se decide por investigar las alteraciones de la nutrición deducida del análisis de los ingesta y excreta y expone el método seguido en sus experiencias.

De tan curioso trabajo pueden sintetizarse las conclusiones siguientes:

Las malformaciones óseas congénitas por defecto del proceso de osificación pueden ser clasificados en dos grupos: *acondroplasia* cuando son atacados los cartílagos epifisarios, y *displasias periósticas* cuando la lesión es perióstica.

Entre ambas existe una forma intermedia, la displasia condroperióstica ó displasia ósea, que alcanza al periostio y á los cartílagos epifisarios. A este grupo corresponden las formas descritas con el nombre de osteogénesis imperfecta, raquitismo intrauterino, osteomalacia congénita, osteopsatrosis esencial, etc.

La displasia ósea se diferencia netamente, de la osteomalacia infantil y del raquitismo.

El recambio material del fósforo, calcio y magnesio, en este caso, fué anormal lo mismo cuantitativa que cualitativamente.

Cuantitativamente porque la eliminación de los tres componentes minerales supera á los ingeridos; cualitativamente, porque el fósforo en vez de ser eliminado por las orinas lo es preferentemente por las heces.

A. OLIETE.

OTORINOLARINGOLOGÍA

Contribución al estudio del tratamiento operatorio de las amígdalas palatinas, POR KHALIL SANTOUR, de Constantinopla. (*Annales des maladies de Poreille, du larin.x, du nez et du pharin.x.*)

La práctica que sigue el Dr. Khalil Santour en su clínica para tratar la hipertrofia crónica de las amígdalas palatinas consiste en la enucleación y fraccionamiento de la amígdala enferma casi entera. No deja de amígdala más que el polo inferior en los casos en que éste se prolonga mucho hacia abajo.

Desecha el amígdalótomo Mathieu porque es

difficil encontrar amígdalas tan pediculadas que consientan practicar la amígdalotomía con dicho instrumento.

Recientemente dice haber leído en la *Presse médicale* un procedimiento de enucleación por medio del dedo.

Por su parte aplica un procedimiento que designa con el nombre de enucleación mixta; con este procedimiento no hay temor á la abertura de vasos importantes y la operación queda limitada á la fosa amígdalina.

Instrumentos.—Una jeringuilla de Pravaz, un abre bocas, un gancho romo de discisión, un depresor de lengua y una pinza de fraccionamiento; además se dispondrán un par de pinzas de Kock ó una pinza lengueta modelo del doctor Taptas.

Anestesia.—El autor hace uso de una solución de cocaína al 1 por 200, adicionada de algunas gotas de la solución al milésimo de adrenalina, en inyecciones alrededor de la amígdala. Se practican las inyecciones en el pilar anterior, en el pilar posterior y por fuera de la amígdala á través del pilar anterior: 1 á 2 centímetros cúbicos de la solución anestésica son suficientes.

Una vez practicadas las inyecciones, se espera dos ó tres minutos, después se procede á la operación; se introduce el gancho romo á nivel de la reunión de los dos pilares en el velo del paladar, de dentro á fuera y de bajo á arriba haciendo salir la punta á 2 ó 3 milímetros por encima del punto de introducción; se incide el puente mucoso, inmediatamente los bordes de la incisión se separan y entonces se da cuenta de que el vértice de la amígdala palatina está situado mucho más arriba que se cree, por encima de la comisura de los dos pilares del velo del paladar.

La amígdala palatina se encuentra libre solamente en los dos tercios ó en la mitad de su cara interna, mientras que el resto está oculto detrás de un repliegue mucoso que á modo de capuchón cubre el vértice de la amígdala; también está mucho más profunda de lo que hace suponer el examen de la garganta; después de una buena enucleación se puede uno dar cuenta de esta profundidad, que á menudo es más de 2 centímetros, sobre todo en la parte superior de la fosa amígdalina.

He ahí por qué en los abscesos periamigdalinos, no se encuentra el pus más que á condición de incidir por lo menos 1 centímetro y medio por fuera del borde del pilar anterior.

Una vez el vértice superior de la amígdala descubierto, se comprueba por medio de la exploración que la amígdala no tiene adherencias con las paredes de la fosa amigdalina, salvo en los casos de abscesos peritonsilares repetidos.

Habiendo comenzado la enucleación con la ayuda del gancho romo, se continúa con el dedo: es asunto de pocos segundos. Tan pronto como una gran parte de la amígdala ha sido desprendida, no falta más que insinuar los anillos de la pinza de fraccionamiento colocando un anillo por debajo de la amígdala y el otro por detrás en la fosa amigdalina y quitarle á pequeños golpes de pinza.

La operación no dura más que uno ó dos minutos. La hemorragia es de ordinario nula gracias á la cocaína adrenalina.

JOSÉ CAMPOS

MEDICINA LEGAL

Histología forense del aborto.—FRAENCKEL: *Protocolo médico-forense*. Enero 1911.

1.º En los úteros grávidos, las fibras musculares y haces están en capas y la túnica muscular aparece más ó menos disgregada. 2.º En caso de muerte después de varios días de ocurrir el aborto (8 y más) las fibras de ordinario rectas ó ligeramente onduladas, fórman serpentinadas. Los dos signos pueden ser producidos por fibromiomas; aunque no se han encontrado, tal vez existan en úteros menstruados después de la expulsión de la membrana dismenorreica. 3.º El aumento de volumen de las fibras musculares tiene grande importancia médico-legal. Las necrosis musculares de Dittrick pierden su valor por la putrefacción. Son importantísimas las incrustaciones heterogéneas. Las grandes células extrañas y de diferentes tipos, que se encuentran en la caduca basal y entre las fibras musculares, han sido estudiadas por Meyer. Cree con éste que proceden del corión. Las considera demostrativas de embarazo. Se han observado desde el 2.º mes hasta algunas

semanas después del parto. Su valor médico-legal disminuye: 1.º Porque no siempre se distinguen con facilidad de las gruesas células musculares cortadas transversalmente. 2.º Porque tardan poco en desaparecer después de interrumpido el embarazo, á menos que haya habido infección ó retención placentaria. Después del aborto persisten principalmente en las paredes vasculares.

Heridas por arma de fuego disparada de cerca.—

DE DOMINICIS: *Revue de Médecine légale*. Enero 1911.

Emplea dos revólveres, uno de calibre de 7 mm. y cañón de 6 cm. con cartuchos de pólvora negra ordinaria y proyectil de plomo (*Società Franco-italiana León Reaux et Cie.*, Milán) y otro de calibre de 5'7 mm. cañón de 4. cm. y cartuchos para revólveres Velo-dog de pólvora sin humo. Con este último la reacción para demostrar la carboxihemoglobina es constantemente positiva á 25 cm. y puede resultarla á 50 cm. Con el primero se puede comprobar la carboxihemoglobina hasta 25 cm. La autopsia se hizo 24 horas después de la muerte. La coloración roja que acompaña á los disparos hechos en contacto del fórax se hace más evidente y extensa por difusión post mortem del CO. Esto ha lugar aunque con menos intensidad á través de los vestidos. El color rojo es mayor con la pólvora sin humo. Puede demostrarse ácido cianhídrico. El agujero estrellado que Hoffman supone debido á la expansión de gases de los explosivos entre el hueso y la piel, estudiados en tejidos de lana colocados sobre la piel, se vé que es mayor en los planos superficiales. Según esto, parece producido cuando la piel está fijada por el hueso subyacente y los gases explosivos la hieren bruscamente, distendiéndola.

Salas de oro en microquímica espermática.—

J. PESET: *Revista de Med. y Cir. práct.*, 15 Octubre 1910.

De Dominicis ha propuesto en el *Risveglio Médico* de 15 de Mayo de este año una reacción para el esperma. En ella cree J. Peset que puede substituirse el empleo de tribromuro de oro por la mezcla de cloruro áurico y bromuro potásico. Obtiene la sensibilidad de $\frac{1}{10}$ en líquido y $\frac{1}{50}$

secando la gota empleada. Obtiene algunas formas parecidas con orina. Demuestra que la espermia no es el agente único que produce esta reacción, pues las formas cuadradas se deben á la colina.

Reacción de Wassermam en Psiquiatría.—MASIE Y REAUSSART: *Revista Frenopática Española*. Enero 1911.

Resultó positiva. Parálisis general: al principio surge el 76 %_o, líquido espinal el 56 %_o. Período de estado: suero el 32 %_o, líquido espinal 80 %_o. Período terminal: suero 13 %_o y líquido espinal 89'5 %_o. Tabes y taboparálisis: suero 29'5 %_o y líquido cerebro-espinal 59 %_o. Las lesiones localizadas de sífilis cerebral arteritis,

gomas meningitis sífilíticas latente, Argyll, cefaleas dan resultado negativo en el líquido espinal. Sólo el suero da resultados. La demencia precoz, idiotismo, imbecilidad y epilepsia dieron resultados negativos. En los atrasados intelectuales obtuvieron bastantes reacciones positivas algunos experimentadores.

Composición del meconio.—V. BORRIEN: *Journal de Pharmacie et de Chimie*. 16 Enero de 1911.

El autor demuestra la existencia de la hematóporfirina en el meconio, cuerpo que tal vez no exista en los excrementos del adulto.

T. PESET ALEXANDRE.

VARIA

INTERESES PROFESIONALES

UN PROBLEMA PARA LOS MÉDICOS

Por el Dr. J. Barfual

En muy breve tiempo he oído á varios compañeros quejarse de las dificultades con que tropezaban para hallar una vivienda aceptable y económica. Tanto nos hemos esforzado en predicar de Higiene y en hacer ver á las gentes que los peligros de contagio son muchos, que los propietarios han aprendido la lección de la peor manera que podían, de coro, y han aplicado las medidas que escucharon preconizar, y la primera víctima ha sido el médico. Ven en éste un vehículo de contagio, en su morada un semillero y en su clínica un almacén de microbios, y cuando ya le han oído aceptar las condiciones, precio de inquilinato, etc., y el pobre médico, después de echar sus cuentas, se hace el ánimo de torturar una miája su modesto presupuesto de gastos, recibe á boca de jarro la preguntita: «¿...Y qué profesión tiene usted? ¿Médico? ¡Ah! pues entonces no hay nada de lo dicho.—Pero señor, mire usted que mi clientela es escasa y no de las que molestan; considere usted...—Nada, nada; no me conviene usted como inquilino; se irían los de las otras habitaciones; eso de encontrar á la continua enfermos en la escalera es muy desagradable; y además, usted sabe, con eso de los microbios ya no acierta uno dónde meterse...—Usted perdone—apunta el médico,—si todos pensaran como usted habríamos de convertirnos en tribu trashumante ó en caracoles con su casa á cuestas.» Y malhumorado, desciende aquella escalera y va á contar sus cuitas á su pobre mujer, que ya tenía todo un programa de adaptaciones y distribución.

Para aquellos mimados de la fortuna, que viven en su casa ó gracias á sus pingües ingresos pueden escoger sin reparar en el cuánto, todo queda contraído á cargar ese capítulo del presupuesto (para el propietario casero todo es asunto de precio, incluso el miedo á la tuberculosis). Para el compañero modesto la situación tiene poco de halagüeña; desea no vivir en un rincón, porque sus hijos necesitan sol y él ofrecer facilidades á sus clientes, y en cuanto se acerca á la media docena de vías un poco aireadas y de algún tránsito se tropieza con el veto del casero. ¿Qué hacer?

¡La propiedad es sagrada; el dueño de una casa está en su derecho; nadie lo tiene á atentar contra los intereses del vecino, etc., etc.! Nos sabemos de memoria todo eso, que era verdad hace algún tiempo y hoy va siendo una broma pesada. ¿Saben esos señores que son pocas las moradas donde más y mejor se piensa en vivir en paz con la Naturaleza que en la del médico? ¿Acaso nosotros somos como los gatos, que abandonamos ó nos comemos á nuestros hijos, importándonos poco que vivan poco ó mucho, bien ó mal? ¿No les ocurre pensar que quien mejor conoce un peligro y sabe de dónde viene, mejor sabrá hurtarle el cuerpo? ¡Y no pondrán reparo á que les viva un piso una familia tuberculosa ó inundada de mugre por fuera y de lacras por dentro!

¿Qué hacer? Una acción colectiva sería tan eficaz como imposible de lograr; no hay que hablar de ello. Sería muy bonito que el propietario que ve en el médico inquilino un pulverizador de microbios, hallara cuando necesita de su asistencia, no una dificultad ni una negativa (esto no puede hacerlo jamás un médico), pero sí la indicación de que sus honorarios serán dobles, ya que hay que pagar bien para tener dónde habitar; pero repito que esto no puede ser.

En el terreno del derecho no se me alcanza solución alguna, pero sí en el de una acción de propaganda; el Instituto Médico, el Colegio Médico, la Academia de Medicina, pueden llevarla á la práctica. Todos y cada uno de los que componen dichas entidades puede convertirse cerca de sus clientes en un defensor del compañero inquilino, y demostrar á todo el mundo que, siguiendo los preceptos de aquél, se halla más segura una casa contra una infección que viviéndola ¿quién diré? un padre de almas, que por lo visto, debe ser el que más alejado vive de la materia y sus actores.

CONCURSOS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA.—*Premio Gari*.—La Academia adjudicará un premio de 750 pesetas al autor de la mejor Memoria que se presente en el actual curso sobre el tema *Farmacología de las toxi-infecciones intestinales*.

Además la Academia concederá dos títulos de socio corresponsal, uno al autor de la Memoria y otro al de la que obtuviere el accésit.

Para concurrir á este certamen es preciso tener el título de doctor ó licenciado en la Facultad de Medicina y Cirugía y no ser académico numerario de esta corporación.

Las Memorias deberán estar escritas en cas-

tellano y en letra clara, debiendo ser remitidas á casa del señor secretario, Dr. D. Augusto García Burriel, Alfonso I, 40, principal, hasta las 12 de la mañana del día 1.º del próximo Septiembre.

Dichas Memorias habrán de ir cerradas y lacradas con un lema en el sobre, sin firma ni rúbrica del autor, ni copiada por él, ni con sobrescrito de su letra.

A cada una de las Memorias deberá acompañar un pliego cerrado en el que conste el nombre y residencia del autor.

Los pliegos correspondientes á las Memorias premiadas se abrirán en la sesión pública inaugural de 1912, siendo quemados los restantes en dicho acto.

Será excluído del concurso todo trabajo que esté formado por hojas ó cuartillas sueltas ó sin coser.

Ninguna de las Memorias presentadas podrá retirarse del concurso.

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA.—*Programa de Premios para 1911.*—I. El tema del concurso será el siguiente: *Tema libre de investigación original sobre algún punto de las ciencias médicas.*

II. El premio de la Academia consistirá en 500 pesetas y el título de socio corresponsal de la misma. La Academia podrá elevar la cuantía ó el número de los premios si lo creyese oportuno.

III. Las Memorias optando al premio deberán estar escritas en castellano, siendo preferidas, en igualdad de circunstancias, las que estén escritas con más concisión y claridad. No se conceptuarán de valor los trabajos de mera recopilación de datos ajenos.

IV. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la Memoria. Será excluído del concurso todo trabajo firmado por su autor ó con alguna indicación que pueda revelar su nombre. No podrán tomar parte en este certamen los socios de la Corporación.

V. Las Memorias se dirigirán con sobre al presidente de la Academia y dirección á la Secretaría general de la misma, en su domicilio, calle Mayor, núm. 1, Colegio de Médicos, Madrid, donde se expedirá á quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

VI. El concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1911, después de cuyo plazo no será admitida ninguna Memoria.

VII. La Academia publicará oportunamente los lemas de las recibidas, así como el de la que la Corporación juzgue acreedora al premio.

VIII. Este último será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del curso próximo, al autor de la Memoria premiada, ó á quien para ello se presente competentemente autorizado, abriéndose en el mismo acto el pliego que debe

contener su nombre, á la vez que se inutilizarán los que correspondan á las Memorias no premiadas.

IX. Toda Memoria recibida para el concurso, quedará de propiedad de la Academia.

Madrid 6 de Noviembre de 1910. El Secretario general, *E. Fernández Sanz.*

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Crónica Médica (Valencia Enero 10, 1911).
La Farmacia Española (Madrid Febrero 1911).

Revista Frenopática Española (Barcelona Enero 1911).

Therapia (Barcelona Enero 1911).

Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas (Madrid Enero 1911).

Revista de Medicina y Cirugía (Barcelona Enero 1911).

Gaceta Médica Catalana (31 Enero 1911).

La Veterinaria Manchega (Ciudad Real Enero 1911).

Gaceta Médica del Sur (Granada Febrero 1911).

Revista Española de Dermatología y Sifilografía (Madrid Enero 1911).

El Restaurador Farmacéutico (Barcelona Enero 1911).

Revista de Medicina y Cirugía Prácticas (Madrid Febrero 1911).

Clínica y Laboratorio (Zaragoza Febrero 1911).

Revista Vegetariana (Barcelona Enero 1911).

Revista de Medicina Contemporánea (Madrid Enero 1911).

**

Catálogo de semillas recolectadas durante el año 1910 en el Jardín Botánico de la Universidad Literaria de Valencia.

Memorias de la Real Academia de Medicina de Murcia, leídas en sesión inaugural el día 8 de Enero de 1911.

Memorias de la Real Academia de Medicina de Valencia, leídas en la sesión inaugural el día 29 de Enero de 1911.

**

Boletín del Colegio de Médicos de Reus (Enero 1911).

Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Gerona (Enero 1911).