

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII MADRID I.º DE OCTUBRE DE 1898 NÚM. 271

## VALOR DE LAS DERMATOSIS COMO SIGNOS DIAGNÓSTICOS.

Si el geólogo lee en las distintas capas del terreno las transformaciones sufridas por el globo, el patólogo debe saber leer del mismo modo á través de las lesiones de la piel, las alteraciones sufridas por el organismo en que asientan.

El conocimiento de las lesiones de la piel facilita el diagnóstico de gran número de enfermedades. No ver en estas lesiones mas que manifestaciones locales sería un error gravísimo. Ver tan sólo en ellas la expresión de estados discrásicos, como *escrofulismo* ó *herpetismo*..... fuera error no menos grave que el anterior.

Existen dermatosis cuyo origen es puramente local, y otras que son producidas por alteraciones orgánicas; pero de ésto á reducir su etiología á los estados generales vá mucha diferencia. Las dermatosis *locales* ó *idiopáticas*, según Brocq, son producidas por *parásitos* y *microbios* ó por *agentes físicos, químicos* ó *traumáticos*, y obran sólo en su punto de entrada aunque más tarde puedan generalizarse, como sucede en las de origen microbiano, por la absorción de las toxinas segregadas.

Las dermatosis *sintomáticas* son manifestaciones de lesiones orgánicas ó estados generales, por lo cual su conocimiento tiene gran importancia para el clínico.

De esta última clase de dermatosis es de la que nos ocuparemos, pues las idiopáticas no tienen interés mas que para el dermatólogo.

Sería pueril el creer que las *lesiones sintomáticas* tienen algo de específico en sus caracteres. Dichas lesiones, en cuanto á su morfología y estructura, son idénticas á las *idiopáticas* ó de *origen local*; no está, por tanto, la diferencia mas que en un conjunto de datos, que reunidos pueden aclarar el origen de las mismas.

Siempre que una dermatosis aparece bruscamente, generalizada

desde un principio, acompañada de fenómenos generales, y que guarda cierta simetría en su distribución, es de pensar que dependa de causas internas; si, por el contrario, la lesión aparece única en su principio, se extiende lentamente, no presenta simetría y no repercute su aparición sobre los aparatos orgánicos, lo probable es que se trate de una dermatosis *idiopática*. El conceder excesiva importancia á las lesiones elementales de la piel para establecer sólo por ellas el diagnóstico, nos conduciría á una serie de errores, pues la misma enfermedad se presenta con las más variadas manifestaciones en la piel, é idénticas lesiones dérmicas corresponden á tipos completamente distintos de enfermedades. La erisipela, por ejemplo, produce en la piel manifestaciones cutáneas diversas de origen infeccioso; *eritemas*, *eritemas purpúricos*, *eritemas papulosos*, *eritemas urticados*, *eritemas vesticulosos* y *ampollosos*, y á veces *eritemas polimorfo*, aspectos diferentes, no obstante ser las toxinas de los estreptococos la causa única de su producción. Este *polimorfismo*, que extrañará á todo el que desconoce la dermatología, encuentra una explicación satisfactoria en el mecanismo de producción de estas mismas lesiones; es decir, en su patogenia.

Sean sustancias irritantes que obren sobre el tegumento externo al eliminarse, sean toxinas disueltas en la sangre que ejerzan su acción sobre el sistema nervioso y por reflejo sobre la piel, ó sean embolias microbianas que dificulten la circulación de los capilares dérmicos, el resultado será siempre idéntico. Por uno ú otro de los mecanismos indicados, los puntos irritados son hiperemiados, la sangre acude con más actividad, y por transparencia del epidermis aparecen las *manchas eritematosas* que reflejan la distribución de los capilares cutáneos. Si la irritación es más intensa, la presión sanguínea también aumenta, y los hematies y leucocitos atraviesan por diapedesis los vasos, dando lugar á las *manchas purpúricas*, cuyo carácter clínico es el de no desaparecer bajo la presión del dedo, toda vez que los elementos colorantes no pueden volver á penetrar en el torrente circulatorio. Esa misma hiperemia hace que aumenten las papilas dérmicas y que aparezcan las *pápulas*, formadas por los leucocitos trasudados.

Supongamos un aumento mayor de presión, y los leucocitos determinan alteración cavitaria de las células del cuerpo mucoso; se levanta el epidermis y aparecen las *vesículas* ó *ampollas* con contenido transparente, á no ser que penetren los agentes de la supuración, en cuyo caso daría lugar la vesícula á la *pústula*, la ampo-

lla aséptica á la *ampolla séptica*. Este es el mecanismo patogénico del cómo *unidad* de causa supone *pluridad* de manifestaciones. Si acaso existiese duda sobre este punto, no tendríamos mas que citar lo que ocurre con las *quemaduras*. Si el calor actuó sobre la piel por poco tiempo ó con poca intensidad, sólo determinará en la misma un ligero *eritema*; pero si fué mayor la intensidad, se producirán manchas *equimóticas* y *vesículas* y *ampollas* en los puntos que sufrieron más directamente la acción del calórico.

Hemos visto hasta el presente cómo la misma causa (*estreptococcus*, *calor*, etc.) produce las más diversas lesiones en la piel, y debemos ahora citar los casos en que enfermedades que no tienen entre sí conexión alguna están representadas en dermatología por el mismo *tipo de lesión*, para de este modo llegar á la conclusión de que no debe pretenderse fundamentar el diagnóstico en carácter tan poco importante como el que supone la *lesión aislada*.

Entre las enfermedades que repercuten en la piel bajo la forma de *roseola* ó *eritema*, tenemos: el *sarampión*, *escarlatina*, *tifoidea*, *sífilis*, *eritemas tóxicos* y *medicamentosos*, etc.

Entre las de tipo *papuloso* de *pápula pequeña*, estarían: la *sífilis* (sífilide liquenoidea), el *liquen*, el *eczema papuloso*, etc. De *pápulas grandes escamosas*, tendríamos: el *psoriasis*, la *sífilis* (sífilide psoriasiforme), etc. De tipo *pustuloso*: la *sífilis*, *acné vulgar*, *viruela*, *impétigo*, *ectima*, *rupia*, *dermitis pustulosa* generalizada, etc.

La manifestación cutánea, como vemos, es idéntica dentro de las del mismo grupo, y por tanto el clínico que sólo viese en estas dermatosis la *mácula*, la *pápula* ó la *pústula*, difícilmente llegaría á establecer un diagnóstico preciso de la enfermedad que tiene que combatir. ¿Quién es capaz de diagnosticar la pulmonía por el solo síntoma *dolor de costado*? ¿Quién sería capaz de diagnosticar los trastornos de un órgano por sólo las *manifestaciones cutáneas*? Sin negar que la lesión de la piel tenga valor, hay que conceder que debe ir unida á otros datos importantes, como el modo de aparición, manifestaciones anteriores, modo de agruparse, evolución, duración, síntomas locales y síntomas generales que la acompañan, etc., y de este modo es como llega el clínico á establecer diagnósticos diferenciales y á separar las enfermedades que tienen análogo representante en la piel. Discurriendo así, veríamos que si el sujeto presenta *roseola*, fiebre alta y catarro óculo nasal, se trata de *sarampión*. Si presenta *roseola*, fiebre ascendente, diarrea, me-

teorismo, dolor localizado en el vientre y estupor, se trata de *fiebre tifoidea*. Sujeto con *roseola*, presencia ó señales de chancro indurado, infartos múltiples, elásticos y rodaderos, cefalalgia, artralgia, etc., *sífilis*. Erupción de *roseola*, distribuída con cierta simetría, especialmente localizada en las muñecas, sin fiebre, y que aparecen en un sujeto que está sometido á medicamentos como la copaiba, la quinina, mercurio, inyecciones de suero, etc., prueba de que se trata de *roseola* medicamentosa, como se comprobará viendo su desaparición con la supresión del medicamento que la originaba. *Roseola* ó *eritemas* que se presentan rápidamente después de una comida en que han formado parte las carnes ó pescados averiados, los quesos fermentados, algunos frutos como las fresas, etcétera, nos inclinarán á pensar en una *intoxicación alimenticia*. Vemos, pues, cómo no obstante carecer por parte de la piel de datos suficientes, pues no hay más que *roseola*, el clínico, uniendo este síntoma á otros, llega á separar unas de otras las enfermedades. Tratándose de lesiones *papulosas*, haríamos las mismas consideraciones.

Elementos *papulosos* con costra en el centro, poco ó ningún prurito, rodeados del collar epidérmico de *Biet*, antecedentes de sífiloma, infartos múltiples, etc., *sífilis*. *Pápulas aplanadas* de forma poligonal, con prurito desesperante, y asentando en un sujeto con catarro nasal crónico, blefaritis é infartos duros generalizados, *liquen escrofuloso*. *Pápulas pequeñas* sobre base eritematosa, coronadas de vesículas diminutas, situadas al lado de superficies húmedas y con prurito intenso, *eczema papuloso*. *Pápulas mayores ó lenticulares*, cubiertas de costras secas desde su nacimiento, con adherencias tan grandes que dan sangre al desprenderlas, y situadas de preferencia en los lados de extensión de los miembros, *psoriasis*. El representante en la piel es en todos estos casos la *pápula*; para elevarse al diagnóstico diferencial, ha sido preciso antecedentes del enfermo, síntomas subjetivos, análisis de la lesión, etc. Lo dicho de las lesiones papulosas diremos de las *pustulosas*, las cuales, si bien por sí solas nada dicen, unidas á otros datos inclinan el juicio en uno ú otro sentido. *Pápulo-pústulas* desiguales situadas de preferencia en la cara y espaldas, rodeadas de un círculo inflamatorio doloroso y al lado de *espinillas* y de *barros*, *acné vulgar*. *Pápulo-pústulas* de tamaño próximamente iguales, rodeadas de un círculo de infiltración no doloroso, cuya coloración no desaparece por la presión, que asientan de preferencia en la nariz, surcos naso

labiales y barba, y con antecedentes por parte del sujeto, *sifilide acneica*.

Lesiones *pustulosas* mayores ó menores reunidas en grupo, especialmente en la cara y tronco, cubiertas luego de costras amarillentas más ó menos gruesas que comprenden el *epidermis*, el *dermis* ó la *piel* en *totalidad* y sin fenómenos generales, *impétigo*, *ectima*, *rupia*. Si estas mismas lesiones están rodeadas de un círculo de infiltración que no desaparece por la presión del dedo y hay antecedentes por parte del sujeto, se tratará de sifilides *impetiginosas*, *ectimatosas* ó *pústulo-crustáceas*.

*Pústulas generalizadas* por todo el cuerpo, que se han ido extendiendo lentamente transportadas por los rascamientos y sin fiebre antes de su aparición, *dermitis pustulosa*. *Pústulas grandes* acompañadas de fenómenos generales, pueden hacer dudar al clínico entre una *sifilide varioliforme* y una verdadera *viruela*, si no tuviéramos en cuenta que las pústulas variolosas están rodeadas de un círculo inflamatorio doloroso; las sifilíticas de infiltración dura indolente. La viruela pasa por los estados de pápula, vesícula y *pústula umbilicada*; en cambio la sifilides, desde el estado de pápula, se transforma en *pústula*. La duración de ambas enfermedades establece claramente las diferencias. La *viruela* tarda ocho ó doce días en evolucionar, en tanto que la *sifilide varioliforme* dura varias semanas; si á ésto unimos la *raquialgia* y los *vómitos*, tan frecuentes en la viruela, tendremos los bastantes datos para distinguir una de otra enfermedad. El *eczema*, *herpes*, *variedad vesiculosa* de eritema polimorfo, *sudamina miliar*, etc., aparecen en la piel como lesiones vesiculares iguales, siendo preciso seguir el mismo camino que hemos seguido dentro de las eritematosas, papulares y pustulosas para llegar á diferenciarlas.

Los *pénfigos*, enfermedad de *Durhing*, las *sifilides*, etc., aparecen bajo forma de *ampollas*, sólo diferenciables por la unión á los síntomas de los demás aparatos.

MÁXIMO GUTIÉRREZ.

Médico segundo.

(Continuará.)



## REVISTA ESPAÑOLA

### Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

Un caso de resección parcial de la laringe, por el Dr. Cisneros.

A. C., de 50 años de edad, Médico, que ejerce la profesión en la provincia de Palencia, se sintió afónico, sin que supiera á qué causa atribuir este fenómeno, en Julio de 1897.

La persistencia de esta ronquera, cada día mayor y única molestia que sentía, le hizo consultar á varios compañeros y usar distintos remedios que no dieron resultado alguno, hasta que por último se decidió á venir á Madrid, presentándose en mi consulta particular el 22 de Diciembre del mismo año.

Me encontré con un enfermo alto, robusto y fuerte; nada en sus antecedentes que resultara sospechoso; ni sífilis, ni hábitos alcohólicos, ni fumador en exceso; su aparato respiratorio siempre sano; salud excelente toda su vida y sin herencia tuberculosa ni cancerosa; por otra parte, el único y exclusivo síntoma de su enfermedad era la alteración de su voz; todo parecía indicar la existencia de una enfermedad sin importancia, y así lo creía el enfermo, y de ese parecer eran también los compañeros que antes le habían visto.

Si no fuera tan necesaria la voz para el ejercicio de la medicina, seguramente hubiera esperado el enfermo la aparición de nuevos síntomas para decidirse á corregir su enfermedad.

La mucosa palatina y faríngea tenían su coloración ordinaria, y nada anormal se observaba en la boca y faringe.

El laringoscopio descubrió un tumor rojo, mamelonado, sin pedicular, que ocupaba el borde y cara superior de la cuerda vocal izquierda, extendiéndose á la banda ventricular del mismo lado y paralizando la cuerda vocal; el resto de la mucosa laringea estaba hiperemiada, y tanto la pared posterior como los repliegues aritenoepiglóticos y la epiglotis tenían el volumen y aspecto normales.

No pude encontrar infarto ganglionar alguno, y la laringe tenía al exterior su volumen normal, no siendo dolorosa la presión.

El enfermo deglutía perfectamente y tosía tan poco, que, según su expresión, tosía más cuando estaba sano. Sólo en un esputo encontró una pequeña estría de sangre.

El examen histológico de una pequeña porción del tumor, cuya avulsión practiqué el mismo día, fue confiado al eminente Dr. Cajal, quien manifestó que se trataba de un epiteloma.

Sorprendido el paciente de que lo que él consideraba un catarro laríngeo tuviera una importancia tan considerable, y convencido de la utilidad de una intervención pronta y activa, decidió someterse al procedimiento quirúrgico que le librara radicalmente de su tumor.

El día 13 de Enero de 1898, y previas las precauciones generales á toda intervención quirúrgica, se comenzó cloroformizando al enfermo, y después de anestesiado practiqué una incisión media y vertical, que partiendo del borde inferior del tiroides llegaba al nivel del tercer anillo traqueal, profundizándola hasta llegar á los cartílagos laríngeos y traqueales; sirviéndome de la sonda acanalada, de pequeños cortes de tijera, y de mis dedos, según las circunstancias, fui separando los tejidos blandos y cortando las inserciones musculares en los cartílagos, hasta dejar completamente libre y aislada toda la mitad izquierda de la laringe; realizada la hemostasia á beneficio de la ligadura de dos ó tres pequeñas arteriolas, incindí los primeros anillos traqueales, introduciendo en seguida una cánula Trendelenburg, é insuflando rápidamente el saco de goma que la rodea para impedir la entrada de los líquidos en la tráquea.

Calmada la excitación producida por la entrada directa del aire en la tráquea, y por el contacto y presión del saco de la cánula sobre la mucosa traqueal, merced á nuevas inhalaciones clorofórmicas administradas á partir de este momento por la misma cánula, pude hacer un ojal en la membrana tiro-hioidea é introducir por él una de las ramas de una cisalla, cortando verticalmente y en su línea media los cartílagos tiroides y cricoides, poniendo al descubierto, al separar éstos, todo el interior de la laringe.

Sigo la costumbre en estos casos de anestesiar la mucosa laríngea, introduciendo un tapón de algodón hidrófilo empapado en cocaína para disminuir los reflejos que dificultan las maniobras operatorias y la hemorragia, bastante abundante cuando no se recurre á este medio, al incindir la mucosa laríngea.

También acostumbro siempre á reforzar el saco de goma de la cánula por medio de una torunda de gasa que llena la luz de la tráquea, y que introduzco inmediatamente que incindo la laringe, empujando aquella hacia abajo hasta ponerla en contacto de la cánula, dejando al exterior un fiador para poderla cambiar al terminar la operación. De esta manera considero más difícil la rotura del saco de goma, y cuento con un doble tapón caso de romperse aquél (cosa que hasta ahora no me ha ocurrido en mis ya numerosas intervenciones quirúrgicas en la laringe.) La inspección directa de la laringe nos permitió confirmar la imagen laringoscópica, y una vez determinada la extensión del tumor y la de la porción de laringe que era necesario sacrificar, comencé á separar por medio de pequeños cortes de tijera, y defendiendo los tejidos inmediatos por mi índice izquierdo, el borde inferior del cricoides del primer anillo traqueal (en su mitad izquierda), y siguiendo de abajo á arriba sucesivamente el segmento izquierdo del anillo cricoideo y la lámina tiroidea del mismo lado, respetando la pared posterior del cricoides y toda la epiglotis que estaban intactos. La mucosa la incindí en la mitad de la pared posterior, saliendo unida toda la mitad izquierda de la misma á la porción excindida.

Cohibida la pequeña hemorragia que hubo y limpia la región, cautericé con el termo-cauterio los puntos que podían inspirar recelos, sustituí la torunda-tapón por otra limpia, llené toda la cavidad resultante con gasa iodofórmica, y practiqué dos suturas; una profunda con catgut y otra superficial con seda, dejando un espacio entre la cánula y el borde inferior de la herida para practicar las curas sucesivas.

El tiempo empleado en la operación fué de treinta y cinco minutos.

Ningún incidente digno de reseñar hubo después de la operación ni en los días sucesivos; la temperatura subió como máximum un solo día á 38°,5.

La herida exterior cicatrizó por primera intención, y el día 23 de Enero sustituí la cánula Trendelenburg por una cánula de Trouseau al ver que las gasas introducidas en la laringe estaban limpias.

\*  
\* \*

Procedimiento para la desarticulación de la rodilla, por el Dr. Ribera.

*Procedimiento.*—Consiste esencialmente en la formación de un colgajo triangular anterior y corte transversal posterior, pero en vez de ser una línea transversal, es una línea ligeramente convexa.

Primer tiempo: De la parte inferior de la tuberosidad de la tibia, parten dos incisiones que se dirigen hacia arriba y afuera la externa, y adentro la interna, uniéndose en su punto de partida, formando un ángulo obtuso y terminando en la mitad de la cara externa y de la interna respectivamente de la pierna, dibujando de este modo un colgajo triangular, cuya base diste del vértice de 3 á 4 centímetros. La incisión de la piel de la semicircunferencia posterior parte de la terminación de los dos lados que circunscriben el colgajo anterior; no es una línea transversal porque se retrae mucho la piel de la región poplítea, y para contrarrestar esta retracción es preferible hacer una ligera incisión convexa hacia abajo, pero de una convexidad muy pequeña, que apenas esté el punto central de dicha curva un centímetro más bajo que los puntos iniciales y de terminación. Disección del colgajo anterior que en la parte interna comprende sólo piel, y algo de músculos en la externa. Incisión de todas las partes blandas posteriores hasta el hueso á nivel del punto en que se retrae la piel una vez hecha la sección convexa.

Segundo tiempo: Levantado el colgajo anterior, se llega fácilmente al vértice de la rótula; corte del tendón rotuliano; flexión de la pierna sobre el muslo; incisión de la cara anterior de la sinovial; queda ampliamente abierta la articulación, corte de los ligamentos laterales; de los ligamentos cruzados, quedando por lo tanto unida la pierna al muslo, sólo por las partes blandas posteriores. La separación de ellas se hace desprendiéndolas desde arriba abajo, es decir, del borde posterior de la superficie articular de la tibia y peroné hacia abajo, desprendimiento que se hace en poca extensión

porque en realidad las partes blandas posteriores apenas si forman colgajo. Hemostasia. Neurectomía.

Tercer tiempo: Separado el tubo compresor para la isquemia, se procede al desagüe y reunión de la herida. Uno de los puntos peligrosos en esta desarticulación, es el fondo de saco subtricipital; para evitar tal accidente, introduce una pinza larga cortando el borde externo de la rótula, y empujándola con fuerza en el fondo de saco la hace hacer prominencia por encima de la rótula, sirviéndole de guía para hacer en dicho punto una contraabertura por la que introduce un tubo de desagüe que llega hasta la línea articular del femur; también preferie poner dos pequeños tubos en los límites interno y externo de la línea de reunión. Sutura del colgajo anterior con la sección posterior y apósito conveniente.

\*  
\* \*

Estudio comparativo entre la aspiración y la pleurotomía, por el Dr. Espina.

#### CONCLUSIONES.

1.<sup>a</sup> Se hace preciso un diagnóstico, en cuanto sea posible diferencial, en los diversos derrames pleuríticos.

2.<sup>a</sup> Para conseguir este diagnóstico, debe recurrirse como medios de gran valor á la fluoroscopia y á la punción exploradora, que pueden hacerse en la sesión preparatoria á la operación ó antes, por no tener peligro alguno.

3.<sup>a</sup> En todo derrame debe empezarse por la aspiración de Dieulafoy, pero con todas las precauciones antisépticas. Sólo en caso de reproducción debe hacerse la pleurotomía con resección.

4.<sup>a</sup> En las pleurotomías con resección, debe hacerse el desagüe por medio de la contra-punción, para conseguir el desagüe inferior.

5.<sup>a</sup> Deben evitarse en cuanto sea posible los lavados intra-pleuríticos, cuando no se haga desagüe inferior por contra-punción.

Resumen: La punción de Dieulafoy ofrece más ventajas y menos peligros que la pleurotomía con resección; pero en los derrames repetidos y purulentos no hay otro recurso que la pleurotomía con resección.

\*  
\* \*

Algunas consideraciones acerca del glaucoma y su tratamiento quirúrgico, por el Dr. López Ocaña.

Las conclusiones de dicho trabajo, son: Primera. Que el glaucoma, propiamente dicho, no es un proceso cerebral neuro-trófico, sino arterio-esclerósico, que se manifiesta en los más importantes elementos del globo ocular, y que se debe combatir con la iridectomía, *cuanto antes en el período agudo*, y siempre en cualquier otro mientras el paciente conserve alguna visión (fin óptico), ó persistan los dolores característicos aunque no haya visión (fin terapéutico), pero examinando cuidadosamente el estado cerebral del enfermo para evitar que, como ha ocurrido á algunos prácticos, sucumban los pacientes por consecuencia de apoplejía, al tercero ó cuarto

\*

día de la operación. Segunda. Que existen casos patológicos que podrían llamarse falsos glaucomas, caracterizados por la presencia, casi siempre en un solo ojo, de algún síntoma del glaucoma, en especial la iridoplegia, el aumento de presión y ligera pérdida de agudeza visual, aparte de algún otro signo independiente del glaucoma, como el exoftalmos más ó menos pronunciado que se desarrolla alguna vez, y que estos casos, fruto de estados inflamatorios que se circunscriben á la base del cráneo, deben tratarse *á priori* con derivativos intestinales y resolutivos al interior (iódicos especialmente), sin perjuicio de recurrir más tarde á la iridectomía cuando, bien administrado, se juzgue inútil el ensayo farmacológico, y la lesión del ojo tienda á avanzar. Tercera. Que uno y otro glaucomas, el verdadero y falso, reclaman siempre un tratamiento farmacológico después de la operación, para modificar en lo posible la causa productora. Y cuarta. Que los padecimientos del iris, cuerpo ciliar y coroides que llevan aparejado el dolor intenso, aumento de presión y pérdida mayor ó menor de visión, deben denominarse tensivos, para denotar desde luego que son enfermedades locales, y que se deben tratar conforme el criterio de cada profesor.

\* \*

Indicaciones de la uretrotomía externa y consideraciones sobre su técnica,  
por el Dr. Barragán.

Hace las conclusiones siguientes:

- 1.<sup>a</sup> La uretrotomía externa con conductor en las estrecheces, debe substituirse siempre por la interna, salvo rarísimas excepciones.
- 2.<sup>a</sup> La uretrotomía externa está siempre indicada en las estrecheces infranqueables, cualquiera que sea su causa, y es siempre de urgencia.
- 3.<sup>a</sup> La estrechez debe buscarse anterior ó posteriormente, según que se pueda ó no respetar el bulbo.
- 4.<sup>a</sup> La uretrotomía externa es unas veces útil y otras necesaria en las cistitis dolorosas, cuerpos extraños de la uretra posterior y para practicar el reconocimiento cistoscópico.

\* \*

Tratamiento de las afecciones de las vías lagrimales.

El Dr. Nadalmay dice que la ley de permeabilidad del aparato lagrimal es la misma y responde á iguales causas que los demás conductos; la diferencia estriba en la mayor delicadeza, finura y pequeñez del aparato lagrimal. En tal virtud, la terapéutica que ha de emplearse para corregir y dominar sus estrecheces y oclusiones, es la misma que se emplea para los otros conductos; la uretra, por ejemplo.

El tratamiento principal es la dilatación, ya porque en sí misma produce un efecto mecánico terapéutico, ya porque sin esa dilatación previa no es posible llevar ninguna substancia medicinal al interior.

Por si se impone para que la dilatación sea eficaz y para los fines terapéuticos que dicha dilatación se verifique con la necesaria constancia y sin dejarla de la mano mucho tiempo, y tanto más necesaria se hace esta constante acción dilatadora mecánica, donde con el pequeñísimo calibre de ellas y teniendo en cuenta que las pequeñas irritaciones é inflamaciones, catarros, infiltración, hiperplasias ó engrosamiento de los tejidos son suficientes para disminuir ó borrar por completo el calibre de los pequeños conductos.

La práctica me ha convencido de que si el tratamiento de la dilatación con las sondas de Bowman no dá todo el resultado apetecido, consiste en que siendo operación difícil y habiéndose de practicar por mano diestra, no es posible que el enfermo tenga la constancia necesaria para acudir al profesor las veces que debe, ni éste puede disponer siempre de su tiempo para consagrarlo al enfermo del modo que es preciso. Habiéndole ocurrido que aunque no fácil, no por eso era cosa imposible llegar á educar á los enfermos para que ellos mismos se sondearan sus conductos lagrimales, puso en ejecución esta idea, resultando que, en efecto, se puede educar á la mayor parte de los pacientes, hasta el punto de que ellos mismos se hagan el sondaje.

---

## REVISTA EXTRANJERA

### XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCOU.

**De la aglutinación.**—*M. F. Vidal:* Ignoramos todavía qué es lo que produce el fenómeno de la reacción aglutinante. ¿Existe una substancia química especial que aparece en el suero de los infectados y capaz de provocar el fenómeno de la aglomeración? ¿Se trata acaso tan sólo de una cualidad física, puramente dinámica, adquirida por los albuminoides? Son éstas otras tantas cuestiones para las cuales no hemos encontrado aún solución. Los estudios que yo he llevado á cabo con Sicard sobre las materias albuminóideas de los humores aglutinativos y sobre su dialisis artificial, no me permiten decir nada en definitiva.

Pero si ignoramos lo que es la propiedad aglutinante, sabemos, por lo menos, lo que ella no es. Con Sicard y Nobécourt, hemos demostrado cómo podía estar dissociada de otras cualidades adquiridas por el suero, en el curso de la infección.

Las pruebas sacadas de la observación humana experimental abundan para evidenciar que la propiedad aglutinante es independiente de las propiedades preventiva y curativa; contra lo que se había sostenido, no es una reacción de inmunidad.

La propiedad bactericida *in vitro* puede hallarse igualmente di-

sociada de la propiedad aglutinativa. La acción lisógena de los humores de vacunados sobre los bacilos introducidos en el organismo animal, acción cuyo tipo está representado por el fenómeno de Pfeiffer, es independiente de todo fenómeno de aglomeración.

La transformación granulosa *in vitro* sufrida por los bacilos bajo la influencia de ciertos sueros, es asimismo independiente de la reacción aglutinante.

Las cualidades más diversas pueden superponerse de este modo en el suero de los infectados; ellas coexisten, pero son susceptibles de estar disociadas.

Se pueden crear superposiciones á voluntad. Nosotros hemos visto, con Sicard, que era posible dotar un mismo suero de propiedades aglutinativas múltiples para diferentes especies microbicas, por medio de inoculaciones sucesivas, al animal, de cultivos diversos.

\* \*

**Cirugía del tubo digestivo.**—*M. Czerny* (de Heidelberg): En los diversos casos de cáncer del esófago, para los cuales he intervenido quirúrgicamente, la resección no me ha dado una curación radical. La gastrostomía me ha suministrado excelentes efectos desde el punto de vista paliativo, pues alivia mucho á los enfermos disminuyendo considerablemente sus dolores.

En lo que concierne al cáncer del píloro, la pilorectomía ha producido la cura radical en la proporción de 10 por 100 de los casos. Es absolutamente necesario, para tener probabilidades de éxito, hacer el diagnóstico muy pronto.

La gastroenterostomía es una excelente operación paliativa, pues alivia á los enfermos y les dá durante mucho tiempo la ilusión de una curación completa.

Finalmente, en las estrecheces cancerosas del recto, la resección ha dado por resultado una curación radical en la proporción de 20 á 25 por 100 de los casos. La colostomía no está indicada sino cuando es imposible la ablación.

*M. A. Ceccherelli* (de Parma): Para el tratamiento de las estrecheces del esófago, he imaginado un procedimiento de gastrostomía que llena la doble condición de dar un sostén al estómago y crear una válvula gástrica, al mismo tiempo que permite alejarse del antro pilórico.

En las estrecheces del píloro, la piloroplastia está indicada cuando la estrechez es debida á un anillo fibroso; en los otros casos, si la resección no es posible ó no está indicada, la gastroenterostomía anterior, según el procedimiento de Doyen, constituye el mejor método. La fijación del colon es necesaria; cuanto al epiplón, se le puede suprimir sin peligro.

Contra las úlceras del estómago, la gastroenterostomía debe ser preferida á la resección, salvo en los casos en que la úlcera, siendo única, no radica harto cerca del píloro y no afecta al duodeno.

Por lo que respecta á las estrecheces del recto, no me ocuparé sino de las llamadas sifilíticas. Mis observaciones clínicas y mis preparaciones histológicas me han demostrado desde 1880 que la lesión sifilítica es su causa principal; después de esto, lo que constituye el proceso morboso son las lesiones comunes. El goma representa la primera fase de la enfermedad; más tarde, son otros elementos los que provocan la formación de la estrechez, como así lo demuestra la ineficacia del tratamiento específico, salvo durante el primer período.

*M. J. E. van Iterson* (de Leyde): expone una estadística personal, comprendiendo: 16 gastrostomías con 12 curaciones y cuatro muertes; 20 gastroenterostomías con 19 curaciones y una muerte; dos resecciones del piloro con una curación y una muerte; una yeyunostomía, con muerte por vólvulo; dos resecciones intestinales con dos curaciones, y por último 10 años contranaturales con nueve curaciones y una muerte.

Todas esas intervenciones fueron practicadas sin anestesia general. Así es, por otra parte, como procede habitualmente el orador en los casos de estrechez del tubo digestivo y en todas las intervenciones intraabdominales regulares. Suprimiendo la narcosis con el cloroformo ó el éter, se evita el colapso, que es tanto de temer en los primeros días que siguen á la operación, así como los vómitos post-operatorios, de suyo siempre peligrosos, disminuyendo al mismo tiempo de una manera notable las probabilidades de congestión pulmonar hipostática.

*M. J. F. Sématzky* (de San Petersburgo): El solo hecho de que una operación tan reciente como la gastroenterostomía haya sufrido ya tantas modificaciones, prueba que hay algo en su técnica actual que deja mucho que desear.

La clínica ha evidenciado que el paso del contenido del duodeno á la cavidad estomacal, realizado por la anastomosis enterogástrica, provoca vómitos biliares tenaces que acarrear fatalmente la muerte al cabo de un lapso de tiempo más ó menos largo.

Perder de vista la función fisiológica del páncreas y del hígado: he aquí lo que constituye una falta grave en lo tocante á la técnica operatoria. Esta no aparece mejorada en modo alguno por el método de Braun, quien aconseja que se practique una anastomosis complementaria en las asas intestinales, debajo del punto en que la gastroenterostomía ha sido efectuada.

Resulta de mis experimentos que la gastroenterostomía, tal como se ejecuta generalmente en la actualidad, no es racional, y que debe practicarse del modo siguiente: se reseca transversalmente el yeyuno, cuyo cabo inferior ó eferente es saturado al estómago, mientras que el superior ó aferente es reunido al inferior por enteroanastomosis, á una distancia de 12 á 16 centímetros del punto donde ha sido efectuada la anastomosis estomacal. De esta manera se llega á impedir, en cuanto cabe, el reflujó de la bilis en el estómago.

*M. Doyen* (de Reims): Fuera de los casos de estrechez cicatricial completa ó incompleta del estómago, á los cuales la gastroenterostomía es generalmente aplicada, esta intervención representa el único tratamiento curativo de las úlceras gástricas distantes del píloro, así como los casos de dispepsia grave. La operación remedia el atascamiento gástrico, entretenido por la contractura espásmo-dica del píloro, de la cual dependen todos los síntomas penosos experimentados por los pacientes.

*M. Kuder* (de Breslau): Os presento la estadística de las operaciones practicadas sobre el estómago en la clínica de Mikulicz desde el año 1882 hasta 1.º de Agosto de 1897. Esta estadística comprende un total de 270 operaciones, cuya distribución es como sigue: 45 resecciones del píloro, 78 gastroenterostomías, 27 piloroplastias, dos gastropplastias, 108 gastrostomías, cuatro casos en que fueron practicadas varias operaciones simultáneamente, y por último, seis operaciones atípicas.

La resección del píloro ha dado 16 muertes, ó sea una mortalidad de 35 por 100. Para la gastroenterostomía, la mortalidad ha sido de 19,5 por 100, y para la gastrostomía de 19,4 por 100.

Sobre los 270 operados, 72 sucumbieron, lo que arroja una mortalidad total de 26,7 por 100.

Si se consideran aparte los casos simples y los casos complejos, la mortalidad total para los casos simples no es más que de 13,7 por 100.

\*  
\*  
\*

**Linfangioma del canal inguinal, acompañado de un hidrocele filariano y de lesiones elefantíasicas del testículo.**—*M. Le Dentu*:

En 1881 tuve ocasión de tratar un hidrocele quiloso, en cuyo líquido encontré embriones de *filaria sanguinis*; tres años más tarde, á propósito de ese caso, estudié los accidentes causados por la filaria en general, y sobre todo los hidroceles quilosos.

En 1887 llamé la atención sobre ciertas induraciones del testículo, muy semejantes á la sífilis de este órgano, induraciones que yo había observado varias veces en algunos habitantes de la zona tropical. Habiéndome fijado en la coincidencia posible, pero no constante, de esas induraciones con la elefantiasis del escroto, hube de considerarlas como de igual naturaleza que esta última afección.

En 1890, una castración unilateral, que una operación autoplástica había hecho necesaria en un hombre atacado de elefantiasis del escroto, me ofreció la ocasión de estudiar las lesiones especiales del testículo y comprobar que, en efecto, al igual que la elefantiasis cutánea, aquéllas tenían un origen linfagítico. La asimilación que yo había hecho de los dos órdenes de lesiones resultaba, por consiguiente, exacta. El examen histológico del testículo mostró claramente que, como era de esperar, la induración fibroconjuntiva radicaba casi exclusivamente en el epididimo, en la túnica vaginal y en la albugínea.

Finalmente, este año he tenido nueva ocasión de prestar mi asistencia á un joven de 23 años, natural de las Antillas, en quien coexistían una induración elefantiásica del testículo, un hidrocele, un enterocele inguinal y un tumor del canal inguinal que invadía las mismas bolsas, y muy semejante á un epiplocele adherente.

La cura radical del enterocele y la extirpación del tumor fueron juzgadas necesarias por diversas razones. En el curso mismo de la operación, reconocióse que junto al enterocele había, no un epiplocele adherente, sino un linfangioma y un varicocele linfático voluminoso.

Cuanto al hidrocele, había sido puncionado muchos días antes. El líquido, absolutamente normal por otra parte, contenía gran número de filarias vivas.

El enfermo experimentaba desde hacía muchos años accidentes particulares, que consistían en crisis de dolores acompañadas de fiebre, vómitos é hinchazón del testículo, teniendo su punto de partida en el testículo derecho y subiendo hacia la fosa ilíaca y el vacío hasta los riñones. Había visto aparecer, desde hacía ya muchos meses, el hidrocele y el tumor mixto del canal inguinal (hernia y linfangioma.) Como quiera que en el mes de Febrero del corriente año las crisis dolorosas habían tomado una intensidad extraordinaria, el enfermo se decidió á cambiar de clima.

El testículo extirpado presentaba las lesiones ya descritas en 1890 (linfangitis crónica del epididimo y de las envolturas testiculares, con hiperplasia conjuntiva consecutiva); de otra parte, ofrecía al examen un linfangioma de grandes dimensiones, que penetraba en la pelvis al mismo tiempo que descendía hasta el escroto, yendo acompañado de un enorme varicocele linfático sin conexiones aparentes con él.

Los accidentes testiculares que se manifiestan en los países cálidos pueden dividirse en agudos, subagudos y crónicos. Estos últimos pueden ser crónicos de golpe, sin haber sido precedidos de accesos agudos, y no siempre van acompañados de elefantíasis escrotal. Merecen especialmente la denominación de elefantíasis del testículo.

El diagnóstico con la sífilis terciaria es á veces muy delicado. La ausencia de todo accidente específico previo, el estado estacionario, la ineficacia del tratamiento específico, son motivos de diferenciación muy importantes.

El cambio de clima, el paso por una zona templada ó fría detienen más ó menos rápidamente la evolución de los accidentes. Acaso la electrolisis pudiera hacerlos retrogradar, como ocurre cuando se trata de un linfangioma propiamente dicho.

\* \* \*

**Resección del simpático cervical en el tratamiento del bocio exoftálmico de la epilepsia.**—*M. Jonnesco*: Desde el mes de Octu-

bre último he tenido la ocasión de practicar 29 veces la resección total y bilateral del simpático cervical.

Después de la resección del nervio de un lado he visto siempre la estrechez inmediata de la pupila de ese lado. Después de la operación, prodúcese inmediatamente una congestión pasajera de la cara, un poco de lacrimo y una abundante secreción nasal. Todos estos fenómenos, salvo la estrechez pupilar, desaparecen más adelante. En el caso de resección parcial llega hasta á notarse en los epilépticos un aceleramiento del pulso, que persiste más ó menos tiempo. Después de la resección total, el pulso, en cambio, se modera hasta ponerse á menor intensidad que la normal, no volviendo á adquirir esta última sino al cabo de algunos días.

Las indicaciones de la operación son la enfermedad de Basedow y la epilepsia esencial.

El bocio exoftálmico resulta incontestablemente modificado y hasta curado mediante la resección del simpático cervical. Dos de mis enfermas se hallan en la actualidad completamente restablecidas; una tercera, que ha sido operada hace poco tiempo, ha visto desaparecer la mayor parte de los trastornos oculares y disminuir los otros síntomas (bocio, pulso, estado nervioso, etc.)

En el bocio exoftálmico, el seccionamiento del simpático practicado por Jaboulay, las resecciones parciales que yo he propuesto, deben ceder su sitio á la resección total y bilateral que yo he sido el primero en preconizar y efectuar con éxito enteramente satisfactorio.

En la epilepsia, las resecciones parciales, aconsejadas y ejecutadas por W. Alexander, deben ceder su sitio á la resección total, única operación racional para el objeto que se persigue.

\*  
\*  
\*

#### **Cura radical de las hernias inguinales sin hilos perdidos.—**

*M. Jonesco:* Al igual que Duplay y Cazin, me ha preocupado el remediar el inconveniente de los hilos permanentes en la cura radical de las hernias. No es raro, en efecto, cuando parecía asegurada la reunión primitiva, ver aparecer fenómenos de supuración profunda ó superficial alrededor de uno ó de varios hilos perdidos. Los *hilos de seda, los únicos que pueden ser empleados* para la consolidación de las paredes inguinales, persisten indefinidamente sin que pueda determinarse un plazo á su eliminación. Es, pues, un gran inconveniente no poder asegurar una curación definitiva, ni siquiera en aquellos casos en que meses y años enteros han dado una seguridad engañosa. Con objeto de suprimir tamaño inconveniente, es por lo que han sido preconizados el procedimiento de Poulet, el de la ligadura del saco sin hilos perdidos de Duplay y Cazin, el de los hilos temporales de Defontaine.

Llego á la supresión completa de los hilos permanentes procediendo en esta forma: después de seccionar la pared inguinal anterior y los músculos oblicuo menor y transversal, el aislamiento y la

resección del saco se practican como de ordinario; pero sobre el muñón peritoneal, *que no está ligado*, se aplican una ó varias pinzas para mantener las vísceras reducidas y el peritoneo cerrado.

Entonces, con la aguja de Emmet, y empezando en la extremidad externa de la herida y sobre su labio inferior, se pasan unos hilos de plata que atraviesan, á tres centímetros del borde libre, la piel, la hipodérmis, el tendón del oblicuo mayor á nivel del ligamento de Poupart, los músculos oblicuo menor y transverso, luego quedan por cima del peritoneo y del fascia transversalis, y abordan la faz profunda del labio superior, atravesando en dirección inversa las mismas capas, para volver á salir por la piel á tres centímetros del borde libre de la herida cutánea.

Se colocan de este modo cuatro hilos equidistantes, lo cual es suficiente para reunir los labios de la herida en toda la extensión de la incisión. El segundo y el tercer hilos son pasados, á nivel del cuello seccionado del saco, á través de los dos labios peritoneales, aplicando de esta manera serosa contra serosa y cerrando el peritoneo. A nivel del tercero y del cuarto hilos, estando el labio inferior privado de los músculos oblicuo menor y transverso, los hilos no atraviesan mas que la piel y el ligamento de Poupart, ó bien el pilar externo del orificio superficial. En el mismo nivel, encontramos en el labio superior el tendón correspondiente y el del recto mayor, que atraviesan el tercero y el cuarto hilos. Por último, sobre el pubis, el último hilo es pasado de tal manera que se pueda dejar justo un orificio suficiente para el paso del cordón. En este procedimiento, todos los hilos son pasados por cima del cordón espermático que se convierte en sub-peritoneal, y una vez apretados los hilos se obtiene la desaparición del canal inguinal normal.

\*  
\*  
\*

**Patogenia de la parálisis general.**—*M. O. Binswanger* (de Jena): Las lesiones de la parálisis general tienen mucha afinidad con el proceso inflamatorio. Al igual que en las flegmasías crónicas, en la enfermedad de Baillarger, vése desaparecer desde luego el tejido más importante desde el punto de vista funcional, es decir, las células nerviosas con sus prolongamientos. Es imposible aún decir en qué proporción las ramificaciones colaterales de los cilindraxis —los cuales, según las teorías modernas, poseen un valor tan considerable desde el punto de vista de las funciones psíquicas— toman parte en este proceso morboso. Vése ulteriormente cómo se producen proliferaciones secundarias, teniendo como punto de partida la neuroglia y los vasos.

Entre las causas de la parálisis general, conviene citar en primera línea la sífilis, aun cuando no sea el único factor etiológico de la afección de que se trata. A este respecto, yo entiendo que desempeñan un papel importante el alcoholismo, el abuso del tabaco y las influencias traumáticas.

Mientras que en los estados funcionales de agotamiento nervioso es cuestión de un desequilibrio susceptible de reparación, en los ca-

sos de parálisis general nos hallamos en presencia de una destrucción del «neurosomo» propiamente dicho.

Los estados morbosos que actualmente se confunden con la denominación común de parálisis general, difieren considerablemente entre sí, tanto desde el punto de vista clínico como bajo su aspecto anatómico.

Por mi parte, yo distingo tres grupos principales: el tipo de la leptomeningitis difusa (meningitis difusa de la piamáter) con atrofia considerable del cerebro; la forma hemorrágica con degeneración hialina de los vasos, y, por último, una variedad caracterizada por la existencia de lesiones corticales extensas sin leptomeningitis.

Terminaré haciendo notar que cabe distinguir rigurosamente la parálisis general de ciertas enfermedades que ofrecen á menudo las mayores analogías con ella, tales como las afecciones sifilíticas del cerebro, los estados de demencia pre-senil, la arterioesclerosis cerebral, la encefalitis crónica progresiva y hasta la simple neurastenia.

---

## SECCION PROFESIONAL

### SERVICIOS SANITARIOS.

«Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se establezca en Montes-Claros (Santander), un sanatorio, cuyos gastos de instalación y entretenimiento se satisfarán á sus expensas, cumpliéndose este servicio con arreglo á las condiciones siguientes:

1.<sup>a</sup> El establecimiento podrá albergar cien repatriados del ejército de Cuba, eligiéndose al efecto convalecientes de paludismo.

2.<sup>a</sup> La permanencia de los convalecientes en el sanatorio será de un mes como límite máximo.

3.<sup>a</sup> Teniendo en cuenta la baja temperatura de aquella localidad en la próxima estación invernal, se prolongará la permanencia de los convalecientes en el sanatorio solamente hasta fin de Octubre próximo.

4.<sup>a</sup> En el caso de que alguno de los albergados contrajese enfermedad ajena al paludismo, será inmediatamente trasladado al hospital militar, cívico-militar ó civil más próximo.

5.<sup>a</sup> Desempeñará, en comisión, el cargo de Director del establecimiento, el Médico Mayor D. Jerónimo Pérez Ortiz, llevando á sus órdenes cuatro sanitarios enfermeros, cuyo personal se incorporará con toda urgencia, haciendo uso de la vía férrea por cuenta del Estado, y disfrutando el primero de la indemnización reglamentaria.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.  
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 30 de Agosto de 1898.—  
Correa.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva y Extremadura.—Se-  
ñores Capitán General de la sexta región y Ordenador de Pagos de  
Guerra.»

\*  
\*  
\*

#### REGRESO DE TROPAS DE ULTRAMAR.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de que no obstante las múltiples dis-  
posiciones dictadas por este Ministerio con el exclusivo objeto de facili-  
tar á los defensores de la patria, regresados de Ultramar, el auxilio y  
protección que ésta debe darles, y teniendo en cuenta que la amplia li-  
bertad que en algunos casos se les concede para marchar á sus casas,  
accediendo á sus reiterados deseos, sin estar en condiciones de poder so-  
portar las fatigas del viaje, redunda muchas veces en perjuicio de los  
mismos á quienes se trata de favorecer, causando, al propio tiempo, mal  
efecto en el ánimo público que dichos individuos no sean recogidos y  
amparados á su llegada á las poblaciones, el Rey (Q. D. G.), y en su nom-  
bre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que, además  
de las órdenes á que se hace referencia, se observen las prescripciones  
siguientes:

1.<sup>a</sup> Los Capitanes Generales de las regiones correspondientes á los  
puntos de desembarco, darán las necesarias instrucciones á fin de evitar  
que, bajo pretexto alguno, emprenda la marcha para el punto de su re-  
sidencia ningún individuo de tropa regresado de Ultramar que por su  
estado de salud inspire temores de que no ha de poder terminar su viaje,  
sometiendo al efecto á todos los repatriados al más escrupuloso recono-  
cimiento facultativo, en los términos que están prevenidos.

2.<sup>a</sup> Los que necesiten asistencia facultativa ingresarán, desde luego,  
en el hospital militar, y los demás, incluso los convalecientes, serán  
acuartelados, facilitándoseles el pan y rancho hasta el momento que  
emprendan la marcha, bien á sus casas ó á los sanatorios establecidos  
para recibirlos, con objeto de atender al restablecimiento de su salud.  
El rancho les será suministrado por uno de los Cuerpos de la guarnición,  
con cargo á los haberes que, al respecto de Ultramar, han de entregarse  
á los interesados.

3.<sup>a</sup> Oportunamente se designarán por este Ministerio los hospitales  
de evacuación que sean necesarios, además de los de Valladolid, Búrgos  
y Vitoria, ya dispuestos al efecto, á los cuales deberán enviarse los enfer-  
mos que no tengan cabida en los hospitales de los puntos de desembarco.

Las autoridades militares de dichos puntos ó de los en que deban detenerse los repatriados, dispondrán se habilite un local que reúna buenas condiciones para el acuartelamiento de estas fuerzas, evacuando, si fuere preciso, alguno de los que actualmente ocupe uno de los Cuerpos de la guarnición, para lo cual quedan autorizados los Capitanes Generales.

4.<sup>a</sup> Cada expedición de regresados que salga de los puntos de desembarco, irá conducida por un sargento, si está formada de 10 á 20 individuos, y desde este número en adelante se pondrá á cargo de uno ó varios Oficiales, según su importancia, con las clases de tropa necesarias, á fin de que puedan atender debidamente al objeto de esta comisión, sin ser relevados durante el viaje.

5.<sup>a</sup> En los puntos de llegada serán recibidos como previene la Real Orden Circular de 4 de Enero de 1897 (*C. L.* núm. 1), por el Jefe, Oficiales y Médicos de Sanidad militar que la autoridad militar de la plaza designe, á fin de hacerse cargo de los individuos que constituyen la expedición, previa entrega que de ellos y de sus documentos hará el más caracterizado ó sargento comisionado para la conducción. Los Médicos destinarán al hospital militar á todos aquéllos cuyo estado lo requiera, siguiéndose, en cuanto á los demás, las prescripciones del art. 2.<sup>o</sup> de esta Circular.

A disposición de los Médicos de Sanidad militar estarán los botiquines, carruajes de ambulancias y demás medios auxiliares de transporte de enfermos ó heridos que se conceptúen precisos.

6.<sup>a</sup> Con el objeto de facilitar el desempeño de su cometido al Jefe encargado de cada recepción, dicha autoridad pondrá á su disposición un piquete de fuerza armada que evite se dispersen los expresados individuos á la llegada del tren y que se hagan cargo de ellos asociaciones ni particulares de ninguna clase, una vez que únicamente habrán de ser atendidos por el elemento militar, que es el que tiene el deber de hacerlo.

Tanto este piquete como los Oficiales y tropa de la comisión conductora, auxiliarán á la de recepción para acompañar á los regresados de Ultramar al hospital militar ó al local designado para su acuartelamiento.

Las familias podrán hacerse cargo en los hospitales ó cuarteles de los puntos donde se encuentren de los individuos que pertenezcan á ellas, y también en las estaciones en que terminen su viaje y no hubiere guarnición.

7.<sup>a</sup> En los puntos de tránsito no permanecerán los individuos que puedan continuar la marcha más tiempo que el necesario para el cambio de tren ó el preciso descanso.

8.<sup>a</sup> Facilitándose en los puntos de desembarco á los individuos de tropa repatriados un socorro de 20 pesetas con cargo á sus haberes de Ultramar, sin perjuicio de la cantidad que se les entregará en la forma que se dispone por Real Orden Circular de hoy, no se les abonará el plus ni el haber á que hace referencia el art. 2.º de la de 17 de Abril de 1897 (*C. L.* núm. 88.)

9.<sup>a</sup> Se recuerda el más exacto cumplimiento de las Reales Ordenes Circulares dictadas con motivo de la repatriación de tropas procedentes de la Isla de Cuba.

10.<sup>a</sup> Los Capitanes Generales de los puntos de llegada, con el aviso telegráfico urgente que habrán de recibir de los de las regiones de desembarco, darán las órdenes é instrucciones oportunas para el más exacto cumplimiento de lo prevenido en la presente Circular y demás disposiciones vigentes; exigirán en todo caso las responsabilidades á que haya lugar por las omisiones que observaren, las castigarán con arreglo á sus atribuciones, y darán cuenta de ello á este Ministerio.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 1.º de Septiembre de 1898. Correa.—Sr...»

\*  
\*  
\*

«Excmo. Sr.: Con el fin de evitar la acumulación de enfermos repatriados, facilitar las evacuaciones y procurar la más perfecta asistencia de los mismos, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se amplíe el número de hospitales de evacuación, designándose al efecto los de Lugo, Bilbao, San Sebastián, Pamplona, Zaragoza y Madrid, dictando para la ejecución de este servicio las reglas siguientes:

1.<sup>a</sup> El hospital militar de la Coruña dirigirá sus evacuados á los de Lugo, Valladolid y Búrgos, los cuales, en caso necesario, lo verificarán al de Madrid.

2.<sup>a</sup> El hospital de Vigo lo hará á los de Valladolid y Búrgos, los cuales, si lo demandara necesidad perentoria, enviarán enfermos al de esta Corte.

3.<sup>a</sup> El hospital de Santander evacuará sus enfermos á Bilbao y San Sebastián, en primer término, y á Vitoria y Pamplona, en segundo, siendo éstos dos últimos también los designados para recibir las procedencias de los primeros, y contando con el de Zaragoza para sus evacuaciones.

4.<sup>a</sup> Para lograr la mayor perfección de este servicio, los Gobernadores militares de las plazas citadas, una vez informados de la proximidad de una expedición, dispondrán se dirijan los enfermos al punto que corresponda, consultando con la anticipación posible á la autoridad militar de la plaza á que deban hacerlo, y fijando el número de camas necesario en cada caso, para lo cual ésta, á su vez, dispondrá el transporte de pacientes al punto que al efecto tiene designado.

5.<sup>a</sup> Para el transporte de individuos sanos ó convalecientes se utilizarán los trenes ordinarios, reservándose los trenes-hospitales sólo para las conducciones de enfermos que, por sus dolencias especiales, lo requieran.

6.<sup>a</sup> Se recomienda el mayor celo en el cumplimiento de este servicio, ateniéndose en un todo para ello á cuanto en esta soberana disposición se preceptúa.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 3 de Septiembre de 1898. —Correa.—Sres. Capitanes Generales de la primera, quinta, sexta, séptima y octava regiones.»

\* \* \*

#### LICENCIAS.

«Circular.—Excmo. Sr.: Con el fin de que los Oficiales Generales que regresan de Ultramar en delicado estado de salud puedan atender al restablecimiento de la misma, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), se ha servido resolver que los que se hallen en dicho caso disfruten de dos meses de licencia que, á solicitud suya, les será concedida por este Ministerio, con el sueldo entero de su empleo, para los puntos que deseen.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines correspondientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 15 de Septiembre de 1898.—Correa.—Sr....»

\* \* \*

#### REGRESADOS DE ULTRAMAR.

«Circular.—Excmo. Sr.: Con objeto de que la repatriación de los ejércitos de Cuba y Puerto Rico pueda llevarse á cabo en las mejores condiciones y con el mayor orden posible, y evitar la acumulación de dichas fuerzas en los puertos de desembarco, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer:

1.º Los buques que han de conducir las expediciones arribarán á uno de los puertos de Barcelona, Valencia, Málaga, Cádiz, Coruña y Santander.

2.º La repatriación comenzará por los enfermos, con los que se formarán expediciones que comprendan tan sólo á los individuos que vayan á fijar su residencia á la región á que pertenezca el puerto á que el buque ha de arribar ó á las regiones inmediatas.

3.º Los individuos vendrán socorridos por una quincena, contada desde el día del embarque, y percibirán á su llegada á la Península los demás auxilios metálicos, conforme está determinado en la Real Orden de 1.º del actual (*D. O.* núm. 194.)

4.º Cada expedición vendrá mandada por un Jefe, al cual acompaña- rán un Oficial y una clase de tropa por cada 50 individuos de la expedi- ción. Durante la travesía se formarán listas filiadas por Armas y Cuerpos, anotándose además el punto á donde cada individuo vá á fijar su residen- cia, á fin de evitar confusiones y retrasos en la evacuación del puerto de desembarco.

5.º Los Jefes y Oficiales percibirán al desembarcar una ó más pagas, en proporción al número de las que se les adeuden.

6.º Se remitirán oportunamente á Cuba y Puerto Rico el número de trajes completos de paño y también de mantas suficientes para todos los individuos que han de repatriarse, procurando vengan calzados; y si ésto no fuese posible, los respectivos Capitanes Generales darán aviso por el cable, para atender á esta necesidad á la llegada á la Península.

7.º Una vez terminada la repatriación de enfermos, se verificará la del resto del ejército, haciéndola por Cuerpos, que se procurará pertenez- can los de cada expedición al distrito en que se halle enclavado el puerto de arribada del buque que la conduzca, ó bien á los distritos inmediatos. Los individuos de estas expediciones serán socorridos en igual forma que la dispuesta para las de enfermos.

8.º Los Oficiales, clases é individuos de tropa pertenecientes á los Cuerpos de voluntarios movilizados, así como los bomberos que hayan prestado servicio de campaña durante la guerra, deberán traer, caso de regresar á la Península, una certificación de lo que por concepto de ha- beres se les adeuda.

9.º El armamento, municiones, banderas, monturas, correajes, mate- rial sanitario y de Administración militar, se remitirá convenientemente empacado por Cuerpos, para efectuar la entrega en la Península en la forma que determina la Real Orden de 12 de Agosto último (*C. L.* nú- mero 277.)

10. El Cuerpo de Estado Mayor hará una segregación en los archivos del ramo de Guerra de todos aquellos documentos relacionados con la campaña y que puedan servir para hacer su historia, los cuales, empa-

cados por separado de la documentación general, se remitirán como está consignado al Archivo general militar establecido en Segovia, cuando llegue la oportunidad de enviar también á la Península los instrumentos topográficos y bibliotecas pertenecientes á dicho Cuerpo, y consignados al Depósito de la Guerra.

11. El Cuerpo de Artillería remitirá asimismo al citado Archivo general toda la documentación que exista en la Comandancia general, Maestranza, Pirotecnia y Parques. Los modelos que haya en la Maestranza y en la Pirotecnia, así como los demás efectos de valor histórico, bien acondicionados, serán remitidos al Museo de Artillería.

12. El Cuerpo de Ingenieros procurará hacer lo propio con los instrumentos, planos y demás documentos que existan en los depósitos topográficos y dependencias del Cuerpo, remitiéndolos consignados al depósito general topográfico del mismo. Los libros y documentos existentes en las bibliotecas de dichas dependencias, así como los modelos de obras, se remitirán en igual forma al Museo de Ingenieros. Los archivos, igualmente acondicionados, se enviarán al Archivo general militar. En las dependencias donde no se halle hecha la separación entre las Bibliotecas, Archivos y Depósitos topográficos, se separarán los efectos que deban destinarse á uno ú otro de los mencionados centros, y en caso de duda ó imposibilidad de hacer la separación, se remitirán todos al Depósito general topográfico.

13. Los demás archivos militares se irán preparando en empaques, para remitirlos en las últimas expediciones con los efectos anteriores, y ser entregados en la Península conforme á lo dispuesto en la citada Real Orden de 12 de Agosto.

14. La Inspección de la Caja general de Ultramar tendrá dispuesto el número de trajes completos de paño y de mantas para remitir á los distritos de Cuba y Puerto Rico, y solicitará con oportunidad los fondos necesarios para cubrir todas las atenciones que implica el cumplimiento de esta disposición, los cuales serán cargo al crédito extraordinario de la campaña de Cuba.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 17 de Septiembre de 1898.—Correa. Sr....»

---

## VARIETADES

Las circunstancias extraordinarias porque atraviesan los ejércitos coloniales, nos obligan á suspender la publicación de la escala hasta el próximo número.