

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII MADRID 15 DE FEBRERO DE 1899 NÚM. 280

ESTUDIO CRÍTICO DE LAS DIATESIS

Herpetismo..... (?)

«El herpetismo es un concepto falso y artificial, en toda su integridad.»

Azua.

I.

Los que hemos tenido la suerte de asistir con asiduidad á las explicaciones que durante el curso oficial dá tan eminente y reputado dermatólogo, hemos podido apreciar la energía con que critica el herpetismo. Nada de extraño tiene, por tanto, que yo haya llegado á convencerme cada vez más de la razón que le asiste, y que procure combatir por todos los medios la existencia del herpetismo, por la cual pasaría en buena hora si sólo fuese cuestión de palabras; pero como no es así, sino que tratan de formar con él un grupo patológico con caracteres propios, me creo obligado á seguir á mi querido maestro en camino tan espinoso, no echando en olvido mi falta de autoridad científica para dar valor á mi crítica. Tanto más obligado me creo á continuar esta senda, cuanto que en nuestro *cuadro de exenciones vigente para declarar en definitiva la utilidad ó inutilidad de los individuos de la clase de tropa del ejército que se hallen en el servicio militar*, dice textualmente en el número 5, orden 1.º de la clase 1.ª Se considera como causa de inutilidad el «herpetismo con manifiestaciones de aspecto repugnante en la piel, que ocupen gran parte del tronco ó de las extremidades, ó con lesiones viscerales.» Sólo la lectura de este número es lo bastante para hacerme persistir en la idea de trabajar con todo entusiasmo, hasta conseguir la desaparición del citado artículo 5.º Per-

tenezco para honra mía al Cuerpo de Sanidad militar, y mi deseo legítimo es que ocupemos en todas ocasiones los primeros puestos. El herpetismo, hoy, no le admite ninguna autoridad científica en dermatología; por tanto, debemos procurar los Médicos militares la desaparición de ese vocablo, que hiere los oídos educados en la nueva dermatología.

Hasta el presente no he formado parte del tribunal para declarar la utilidad ó inutilidad de individuos de la clase de tropa; pero si lo hubiese formado ¿cuál era mi situación enfrente de un enfermo de esta clase? Confieso que celebro no haberme visto en este compromiso. Yo no puedo, en conciencia, dar como inútil á un sujeto por herpético, cuando no admito ni puedo admitir el herpetismo.

Ha llegado el momento de alzar la voz, en beneficio del prestigio del Cuerpo.

Ha llegado el momento de que todos trabajemos para que nuestro cuadro de exenciones se modifique, en armonía con el tecnicismo moderno.

Comprendo perfectamente la dificultad que había de añadir á dicho cuadro otra serie de artículos que comprendiesen los diversos casos que se presentan de enfermedades de la piel; pero no por eso dejo de comprender que hay un medio de englobar estos diversos casos, si en vez del artículo 5.º actual hubiese otro que digese «se consideran como inútiles á los sujetos que presenten dermatosis sostenidas por estados generales diversos, que den aspecto repugnante al enfermo ó que ocupen gran parte del tronco ó de las extremidades.»

Es preciso que desaparezca la parte del artículo 5.º actual, en que dice «ó con lesiones viscerales», pues nadie puede citar lesiones viscerales de naturaleza herpética.

Esta sencilla modificación que propongo, me parece satisfacer todas las exigencias.

En la nueva modificación que indicamos se habla de estados generales que sostienen las dermatosis. ¿Cuáles son estos estados? El linfatismo, el escrofulismo, el artritis, etc. También pueden contribuir al sostenimiento y persistencia de las dermatosis los trastornos sufridos por los diversos aparatos orgánicos, circulatorio, respiratorio, génito-urinario, sistema nervioso, etc.; pues bien; todas las dermatosis, sean papulosas, ampollasas ó pustulosas, que estén sostenidas por estos estados generales, entrarán perfectamente de lleno en el nuevo artículo que proponemos, siempre que

den aspecto repugnante al enfermo ó que ocupen gran parte de tronco ó de las extremidades.

Hasta aquí, sólo hemos indicado el medio que proponemos para modificar nuestro actual artículo 5.º, orden 1.º de la clase 1.ª; ahora es preciso que fundamentemos con suficientes argumentos las razones que nos apoyan para pedir dicha modificación.

Ni en el sentido de diátesis puede admitirse el herpetismo. Hallopeau, que es tal vez el autor que mejor ha definido las diátesis, dice que debemos entender por tal «una modificación de tipo fisiológico que disminuye la resistencia del organismo contra ciertas influencias morbosas, predispone á ciertas afecciones, é imprime á sus reacciones una fisonomía especial.» ¿En qué consiste la modificación de tipo fisiológico en el herpético? En nada. En el escrofulismo, por el contrario, que es el tipo que podemos citar de diátesis, hay, en efecto, caracteres bastantes para formar grupo especial; así vemos con frecuencia sujetos de aspecto pálido y gruesos, con gran desarrollo del tejido adiposo, hipertrofia del labio superior y de las amígdalas, adenopatías generalizadas, erupciones de tipo pustuloso, y en especial, impetigo y ectima, corizas crónicas, granulaciones oculares, otorreas, etc., que dan en cierto modo la idea de un tipo fijo y constante, que es el *escrofuloso*.

¿Qué fisonomía especial tienen las lesiones herpéticas? Ninguna en absoluto. Un ectima, un impetigo, un eczema, etc., tendrán en todos los casos los mismos caracteres objetivos, ya asienten en un individuo sanguíneo, escrofuloso, herpético, etc.; por tanto, no imprimen á la lesión dérmica caracteres diferenciales.

La palabra *herpetismo* indica en el Médico la misma falta de conocimientos en dermatología, que supone gran número de veces la palabra *neurastenia* en neuropatía. Aun hoy, que vá limitándose más y más el número de sujetos incluidos en la neurastenia, á medida que el diagnóstico de las enfermedades nerviosas progresa, es lo cierto que acuden al Médico centenares de pacientes acusando síntomas tan raros y tan poco precisos, que el Médico opta por dar nombre á lo que desconoce, antes que pensar un momento sobre dichos síntomas. Esto es muy cómodo en realidad. Bautizando la enfermedad con el epíteto de neurastenia, quedan tan satisfechos Médico y enfermo. Claro es que la principal culpa no es del Médico, sino del atraso en que se encuentra la nosografía nerviosa, en tanto que no se conozca más la fisiología de dicho sistema orgánico.

Lo mismo que concluimos de decir de la neurastenia, podemos decir del herpetismo.

Acude al Médico el enfermo suplicando le ilustre sobre su padecimiento, y aquél, sin fijar su atención en si la lesión es seca ó húmeda, pruriginosa ó no pruriginosa, si su elemento primitivo es papuloso, vesiculoso ó pustuloso, si se circina ó no se circina, si es confluyente ó diseminada, diagnostica de *herpética* la lesión, indicándole la necesidad de modificar los humores..., y á ello se encaminan el consabido *arseniato de sosa*, el licor de *Fowler*, el de *Pearson*, etcétera, y las aguas sulfurosas, que se han mandado y siguen mandándose de un modo empírico hasta el presente, como verdadera *panacea* contra las dermatosis herpéticas..., por gran número de Médicos. Es muy antigua la idea de tratar de explicar las dermatosis por diátesis ó vicios constitucionales. Hoy, felizmente, las cosas han cambiado y se han colocado en su justo medio. Hay dermatosis puramente locales y otras sostenidas por estados generales, pero entre ellos no figura ni puede figurar el herpetismo.

Los adelantos modernos van reduciendo el grupo de las diátesis, llegando seguramente día no muy lejano en que sean contadas las dermatosis que carezcan de agente específico, sin que haya necesidad de apelar para su explicación al escrofulismo, artritismo y herpetismo, que no sirven en la mayoría de los casos mas que como antifaz de nuestra ignorancia. Es tanto el abuso que se hace de la palabra *herpetismo*, que el progreso de la dermatología vá unido á la desaparición de dicho vocablo.

El día que la palabra herpetismo desaparezca, la dermatología habrá dado un gran paso.

¿Qué erupción es ésta, Doctor? Eso es herpetismo; tome usted arseniato de sosa. Con ésto se evita el Médico hacer diagnósticos diferenciales y tener que revolver los estantes de su librería. Hay que confesar que el herpetismo es para el Médico el *cajón de sastre*; es algo así como la clasificación de *pájaros* en historia natural. No cabe un ave cualquiera dentro de los grandes grupos establecidos, pues es llevado en seguida á formar parte de la clase pájaros, de lo que resulta una mezcla eterogénea en donde están agrupados los animales más diversos. Del mismo modo, en medicina se presentan enfermos completamente eterogéneos, en cuanto á sus dermatosis, y son incluidos en el grupo de *herpéticos*, quedándose tan satisfechos Médico y enfermo. El primero, por haber dado nombre á la enfermedad; el segundo, por encontrar ya resueltas sus dudas,

cuando en realidad está en la misma situación que antes de la consulta.

Nadie sabe ni sabrá lo que es herpetismo, porque mal puede formar grupo de la patología una enfermedad que carece de etiología, sintomatología y anatomía patológica; es decir, que no es tal enfermedad. Basta que copie la definición que todos citan, debida á Picot, y que por sus muchos defectos ni merecer debiera los honores de la crítica.

«El herpetismo es un proceso morboso constitucional, de origen habitualmente hereditario, de marcha larga y esencialmente crónica, manifestándose por localizaciones que asientan más particularmente en la piel, pero que pueden mostrarse sobre las mucosas, en los nervios y en la mayor parte de las vísceras del organismo.» Pero también la sífilis es un proceso constitucional, puede ser hereditaria, tiene marcha larga y crónica, y se manifiesta por lesiones en la piel, mucosas, nervios, y en la mayor parte de las vísceras. A la tuberculosis y á la lepra las sucede lo mismo, y no obstante produciría la risa aquél que diagnosticara de herpético á un sífilítico, á un tuberculoso ó á un leproso.

Error doblemente lamentable, toda vez que conocida la naturaleza herpética (?) de la lesión, podría curarse (dado caso que el herpetismo existiera); en tanto que de ser leproso ó tuberculoso se forjaría pocas ilusiones, por ser las lesiones leprosas y tuberculosas graves y, clínicamente, casi incurables. Veamos ahora cómo no tiene etiología el herpetismo.

Los trabajos intelectuales, los excesos venéreos, el alcoholismo, las emociones violentas, la vejez, etc., determinan el herpetismo. No necesito mas que citarlas para que el Médico imparcial comprenda que éstas son las causas á que acudimos como defensa de nuestra ignorancia, cuando desconocemos la etiología de una enfermedad. Aparte de las causas específicas, una etiología clara es, por ejemplo, el traumatismo, determinando una fractura ó una luxación; pero el citar el embarazo, la vejez, las impresiones, etc., eso no es decir nada, es tratar de engañarnos. El herpetismo, decía más arriba, no tiene sintomatología propia, y es fácil probarlo al ver que se incluyen como síntomas enfermedades de la piel, tales como impetigo, ectima, rupia, psoriasis, eczema, completamente distintas y bien deslindadas. ¿Cómo es posible que Médico alguno se atreva á considerar estas enfermedades como síntomas, estando todas ellas separadas y bien definidas, y teniendo cada una su etiología,

sus síntomas, su anatomía patológica, y su tratamiento diferente y peculiar? Podrán refutarnos los partidarios del herpetismo que también nosotros incluimos como síntomas dentro del grupo sífilis, lesiones tan distintas como eritemas, papulas, ampollas, pústulas, etcétera, que se parecen á otra clase de lesiones análogas, asistiéndoles á ellos igual derecho para que esas mismas lesiones figuren como síntomas del herpetismo; pero bien mirado el argumento se vé que no tiene bastante solidez, pues la sífilis comunica á dichas manifestaciones (papulas, ampollas, pústulas, etc.), caracteres propios y definidos para conocer su naturaleza, los cuales nunca presentan las que ellos dicen distinguen al herpetismo. La induración es el carácter distintivo de toda manifestación sífilítica; así es que para poder considerar á una papula, á una ampolla, á una pústula, etcétera, como sífilítica, es preciso que asiente sobre un tejido duro y esclerosado.

Por la misma razón dirán los partidarios del herpetismo que qué motivos nos asisten para tomar como síntomas de la *lepra* lesiones tan diferentes como las maculas, las ampollas y los lepromas, y no poder ellos hacer figurar lesiones análogas á éstas como síntomas de herpetismo. La respuesta es tan concluyente como en el caso de sífilis. Toda lesión leprosa tiene un color violáceo especial y asienta sobre un territorio anestésico que impide el confundir estas lesiones con ninguna otra, en tanto que las llamadas herpéticas carecen de todo carácter específico.

Las lesiones que de antiguo se han empeñado en llamar herpéticas, no tienen *anatomía patológica* especial de las mismas, sino que tienen las de las dermatosis que hacen figurar como síntomas. Una anatomía patológica característica es, por ejemplo, la de las lesiones sífilíticas, producidas siempre por un proceso de inflamación de las tunicas vasculares que determina una endo y peri-arteritis, que á su vez origina una exudación leucocitaria y esclerosis de dichos tejidos. En las lesiones mal llamadas herpéticas, jamás existe un mecanismo único de producción. No tiene, por tanto, el herpetismo anatomía patológica.

Como consecuencia natural de todo lo dicho, añadiremos que se carece en absoluto de un tratamiento específico contra dicha dolencia. El arseniato de sosa, el licor de Fowler, etc., que se considera infalible contra esta clase de lesiones, no sirve en general para nada, y menos cuando se dá de un modo empírico, olvidando que las lesiones *secas* son las únicas que se benefician con la medica-

ción arsenical, en tanto que las *húmedas* y los *procesos agudos de las dermatosis* se empeoran de un modo visible con la misma medicación. Hemos tenido ocasión en la consulta de San Juan de Dios, á cuyo frente está el reputado dermatólogo Azua, de ver enfermos que se quejaban de la persistencia de sus dermatosis, no obstante estar sometidos á la medicación *arsenical*, y los cuales se curaban rápidamente prescindiendo de todo tratamiento *interno*, con sólo el uso de pomadas neutras ó irritantes, según la fase del proceso, y suprimiendo la causa que sostenía la dermatosis, como ocurría con el lavado en los eczemas profesionales.

El tratamiento externo era muy suficiente para hacer desaparecer la enfermedad.

Podemos resumir todo nuestro trabajo en unas cuantas conclusiones, que aclaren, por decirlo así, los principales conceptos.

1.^a El herpetismo no es admitido por los dermatólogos modernos.

2.^a No puede admitirse en el sentido de diatesis, pues no existe un tipo definido de *herpético*, ni tienen nada de características las lesiones que se le asignan como síntomas de dicho proceso.

3.^a Careciendo, como carece, de etiología, sintomatología y anatomía patológica, es imposible hacerle figurar como enfermedad definida.

4.^a La definición que se pretende dar como clásica, es el mejor argumento contra él.

5.^a La palabra herpetismo supone ignorancia, y sólo se emplea la mayor parte de las veces para encubrir la misma.

6.^a Sólo se admite la palabra *herpes* para designar una dermatosis vaxículo-eritematosa, que asienta de ordinario sobre los trayectos nerviosos, pero bien entendido que no supone para nada naturaleza herpética del portador.

7.^a Debemos trabajar los Médicos militares hasta conseguir que se sustituya el número 5, orden 1.º de la clase 1.^a, por estar ya relegada al olvido la palabra herpetismo, y sustituirle por este otro concepto: «Dermatosis sostenidas por *estados generales* diversos, que den aspecto repugnante al enfermo ó que ocupen gran parte del tronco ó de las extremidades.»

8.^a Los *estados generales* que son capaces de sostener las dermatosis, son múltiples; citaremos entre los principales, el linfatismo, escrofulismo, anemia, escorbuto, diabetes, albuminuria, tuberculosis, artritis, etc., y los que determinan los trastornos funciona-

les de los diversos aparatos orgánicos, como digestivo, respiratorio, circulatorio, génito-urinario, nervioso, etc., que son muchas veces suficientes para explicarnos el sostenimiento y la persistencia de ciertas dermatosis.

9.ª La modificación que proponemos satisface cumplidamente todas las exigencias, por estar incluídos cuantos casos puedan presentarse al tribunal designado para los reconocimientos.

10.ª y última. El día en que unidos todos hagamos desaparecer dicho artículo, podremos felicitarnos de haber hecho una modificación que se dejaba sentir hace años.

M. GUTIÉRREZ,
Médico primero.

Prensa y Sociedades médicas

Absceso del cerebro tratado por la trepanación.—*Dr. Lavisé* (Bruselas): C. P., enfermero, de 34 años de edad, entró en el servicio del Dr. Houzé el 2 de Febrero de 1898. Había tenido tres años antes una influenza que duró quince días, y á consecuencia de ella se declaró una otitis media purulenta del lado derecho, tratada durante algún tiempo.

La afección actual empezó el 31 de Enero: laxitud de los miembros, escalofríos, cefalalgia intensa en la región frontal derecha, vómitos; fiebre elevada.

Del 1.º de Febrero al 31 de Marzo aparecieron diversos síntomas, tales como soñolencia, emisiones involuntarias de orinas, paresia del brazo y de la pierna izquierda, y estrabismo externo.

La operación del trépano se decidió y practicó el 31 de Marzo.

Formación de un gran cólgajo, interesando hasta el periostio, de base inferior y de convexidad superior, comprendiendo la oreja.

Corona de trépano de dos centímetros por encima del conducto auditivo externo, y una segunda corona por detrás de la primera. Resultó una brecha oval de siete centímetros de larga por cuatro centímetros de alta.

El cerebro, propulsado por la abertura, no está animado de latidos.

Incisión de la dura madre; el cerebro se presenta rojo violáceo; hacia el centro se escapa una pequeña cantidad de pus, de un foco muy superficial. Los latidos reaparecen muy ligeros; la tensión persiste.

En la parte inferior del mamelón cerebral, al nivel del borde de la brecha, coloración amarillenta de la masa cerebral; una punción superficial provoca la salida de pus cremoso. Al explorar la cavidad con el dedo, se abre en la parte anterior una nueva bolsa, que dá mucho pus.

Drenaje de las cavidades con gasa iodofórmica; sutura de la dura madre con catgut; sutura de los colgajos.

El pus contenía diplococos y estreptococos típicos y ovoideos.

Las consecuencias inmediatas de la operación fueron excelentes. El enfermo recobró toda su inteligencia; el pulso se levantó; la respiración se normalizó. Desaparecieron la cefalalgia y la torpidez; reaparecieron los movimientos del brazo; la temperatura no pasó de la normal; reunión por primera intención.

El 13 de Abril aparecen cefalalgia, náuseas, soñolencia y orinas involuntarias. La herida tiene buen aspecto, pero dá un poco de pus.

El 18, abombamiento marcado bajo el colgajo, sobre todo en su base; fluctuación.

Anestesia con la cocaína; incisión; exploración prudente de la masa cerebral herniada, sin resultado.

El 21, los fenómenos se agravan. Contractura bilateral de los miembros superiores, sobre todo á la izquierda, y estrabismo externo.

Anestesia con el éter. Nuevas punciones de la masa herniada, sin resultado. Finalmente, resección de la hernia hasta el nivel de la brecha ósea. Sutura de los diferentes planos. Ninguna alteración circulatoria ni respiratoria se observa durante la sección. Curación compresiva.

El 22, agitación continua desde la intervención. Delirio, muerte en el coma.

Autopsia.—Dura madre espesada. Un exudado fibrino-purulento, subyacente á la pia madre, baña diversas partes de la base del cráneo. Este exudado no tiene contigüidad con el absceso que motivó la intervención.

El cuerno esfenoidal derecho es enorme; al incindirle sale de él un pus verde difluente.

Los ventrículos laterales y sus prolongaciones están dilatados por una cantidad considerable de serosidad cetrina.

Las células de la apófisis mastoides y la caja del tímpano (por el intermedio del *aditus ad antrum*) están llenas de una materia semejante á la galantina de carnes; esta materia no contiene glóbulos blancos ni micro-organismos.

Los cortes del peñasco y del oído interno no revelaron ninguna lesión.

M. Debaisieux ha observado un caso análogo á consecuencia de una faringitis flegmonosa. Después de una amplia trepanación, seguida de cuatro ó cinco punciones exploradoras negativas, se llegó por fin sobre una colección que contenía un medio vaso de pus. Se hizo el drenaje de la herida, y el enfermo marchaba en las mejores

condiciones, cuando de repente se agravaron los síntomas y el enfermo murió á los cuatro días.

M. Debaisieux considera muy peligrosas las intervenciones motivadas por abscesos cerebrales, porque tienen poca tendencia á cicatrizar y la muerte sobreviene casi siempre.

M. Depage ha observado un absceso del cerebro á consecuencia de una operación de Estlander por pleuresía purulenta. El diagnóstico fué confirmado por la punción con el aparato de Horsley. También la muerte siguió á la intervención.

M. Lavisé hace observar que en el caso que ha referido puede considerarse que la intervención fué seguida de éxito, porque el enfermo sucumbió, no por el absceso operado, que estaba en vías de curación, sino por la presencia de un absceso del lóbulo esfenoidal que nadie podía preveer.

M. Dandois ha tenido también que tratar dos casos desgraciados de abscesos cerebrales. Tuvo ocasión de practicar una operación de Schede en un individuo que murió cinco días después, con síntomas cerebrales agudos.

M. Depage, según sus investigaciones bibliográficas, ha podido comprobar que los abscesos cerebrales seguían frecuentemente á las operaciones en el pecho. Además, ha observado que las supuraciones cerebrales consecutivas á lesiones del oído eran las menos graves.

(Soc. belge de Chir.)

* * *

Procedimiento para ligar la arteria subclavia.—El Dr. Garay (de México), describe su procedimiento de la siguiente manera:

Se coloca el enfermo en el decúbito dorsal, ligeramente inclinado del lado opuesto á donde vá á operarse; el hombro debe quedar en falso, y el brazo (del lado en donde se opera) doblado y colocado sobre el pecho. La cabeza debe sostenerla un ayudante, inclinada, del lado opuesto, de manera que presente al cirujano la región supra-clavicular.

Se explora con cuidado la región y se marca el trayecto de la yugular externa. El cirujano se colocará cerca del tronco, en el lado derecho, y cerca de la cabeza en el izquierdo. A la mitad de la clavícula, un centímetro hacia adentro, y sobre la cara anterior de este hueso, principíese ó conclúyase, según el lado, una incisión vertical de cinco á seis centímetros. Si la vena yugular pasa por el sitio donde debe ir la incisión ó muy cerca de ella, hágase esta incisión un poco más adentro, y al llegar á la clavícula hágase caer perpendicularmente á esta incisión otra de un centímetro. De esta manera, la incisión total se aproxima á la forma de una L. Procediendo así, se evita la yugular externa, y se deja á la piel que la cubre bastante movilidad para que pueda separarse con vena y todo.

La incisión debe comprender las capas superficiales, evitando

si se quiere los ramitos nerviosos, y hasta llegar á la aponeurosis media. El labio interno diséquese hasta llegar al borde del externo-mastoideo. En esta maniobra el escalpelo debe estar horizontal.

Una vez que se presenta la aponeurosis media, se busca el músculo omoyoideo; por debajo de él se pellizca la aponeurosis, y pasando una sonda se secciona en una extensión de dos á tres centímetros, *pero sin cortar la envoltura que cubre á la vena subclavia*. Esta incisión puede completarse con la tijera. También se puede resecar un pedazo de esta aponeurosis, para que se presente bien la región, si es necesario. Con ganchos romos, un ayudante separará los labios de la herida. De este modo la yugular externa queda fuera del campo operatorio, y la vena subclavia se encuentra protegida é independiente, gracias á la aponeurosis cervical media que conserva.

Si no hay suficiente espacio para ver claro, seccionense las fibras musculares del borde posterior del externo mastoideo en la extensión necesaria. Quitese, con las pinzas, sondas y tijeras, la grasa y algunos ganglios que ocultan la región, cosa que puede hacerse con facilidad y sin riesgo si se marcha con precaución. Esto lo aconsejan los autores, y entre ellos Paultet. Además es una cosa indispensable cuando los ganglios están muy desarrollados ó infartados.

Es prudente enuclear los ganglios con el dedo, y después, si ha habido vasitos desgarrados, ligarlos ó torcerlos; es más cómoda la torsión. Hecho ésto, se presenta con toda claridad el triángulo omoclavicular; reconózcase. Encima del músculo omoyoideo, están los nervios del plexo braquial; debajo está la arteria. Para encontrarla con precisión, sígase el borde del escaleno anterior (sobre este músculo pasan el nervio frénico y la arteria mamaria interna), y sobre la costilla se sentirá y se verá la arteria. Puede servirle á uno también el tubérculo de Lisfranc, y el espacio que existe entre los escalenos. Inmediatamente, afuera y atrás del tubérculo está la arteria. Sobre la primera costilla se aísla con la sonda y las pinzas la arteria, y se coge introduciendo la aguja de Cooper ó de Dechamps entre la vena y la arteria, es decir, de fuera á adentro, y de abajo á arriba. Si la vena está bastante separada de la arteria, puede introducirse la aguja en sentido contrario, entre el primer nervio y la arteria, si acaso juzga ésto más cómodo el operador. Debe tenerse presente que en la región supra-clavicular no hay paquete vasculo nervioso; todos estos órganos están separados, lo que es una felicidad, tratándose de la ligadura de la arteria. En resumen, los puntos de referencia son los siguientes: omoyoideo y aponeurosis cervical media (á veces el omoyoideo está colocado muy arriba y no se presenta en el campo operatorio; entonces seccionese de todos modos la aponeurosis media en el lugar indicado, y síganse los otros puntos de referencia, recordando siempre que los nervios están arriba y la arteria abajo), escaleno anterior, tubérculo de Lisfranc, y el espacio entre los escalenos. Chassaignac señala tam-

bién como punto de referencia el tubérculo del escaleno posterior en la primera costilla.

Procediendo así se evitan los peligros de los otros procedimientos, y se llega sobre la arteria de una manera fácil y segura, puesto que además de los detalles nuevos del *modus faciendo*, el cirujano está viendo á cada paso todo lo que hace.

Con ligeras modificaciones, este procedimiento puede servir para la ligadura de la arteria entre los escalenos; para ésto hágase la incisión en el lugar indicado, pero encorvando ligeramente sus dos extremidades, asemejándose entonces el trazado á una media luna (cuya concavidad está dirigida hacia adentro.) Todos los tiempos de la operación son iguales, salvo en estos puntos: seccionese el externo-mastoideo en la extensión que fuere precisa. Un ayudante separará bien el colgajo interno formado por la piel. Ya seccionada la aponeurosis cervical media, aíslese el nervio frénico y la arteria mamaria interna, y sepárense con el gancho romo. Secciónese después el escaleno anterior poco á poco y con precaución con unas tijeras romas. Cuando ésto esté concluído, el músculo se retraerá y dejará al descubierto la arteria; reconózcase y líguese, teniendo cuidado de evitar los nervios del plexo braquial. La sección del escaleno hágase en un lugar bastante separado de la vena.

En los individuos de cuello corto, gruesos, de clavículas levantadas, cuesta trabajo; á veces es imposible encontrar la arteria por fuera de los escalenos, puesto que está escondida detrás de la clavícula. En un caso semejante, y tratándose de un aneurisma, Cooper no encontró la arteria. Cruveilhier aconseja en tales circunstancias seccionar la clavícula en su parte media, cosa extraordinariamente peligrosa. Otros autores recomiendan ligar entre los escalenos; pero como este procedimiento, según la estadística, dá peores resultados que el de ligar por fuera de los escalenos, es conveniente que después de haber cortado el escaleno anterior, y de haber pasado el hilo por debajo de la arteria, se levante ésta un poco y se despegue del tejido conjuntivo y de la grasa, en una extensión de dos centímetros; en este punto se aplicará la ligadura, que representará sin duda alguna menos gravedad.

La estadística nos demuestra un 33 por 100 de éxitos en la ligadura de la arteria subclavia por fuera de los escalenos.

Los peligros principales que se evitan siguiendo el procedimiento del Dr. Garay, son los siguientes: herida de las venas yugular externa y subclavia, el equívoco de ligar la arteria escapular superior por la subclavia. Además, la operación se hace de una manera sencilla, todo se vé y se toca, y puede fácilmente evitarse el herir ó ligar los nervios y la hemorragia.

(Congr. Hispano-Portugués de Cir.)

*
**

Poder antivirulento del suero del hombre y de los animales inmunizados contra la infección vacunal ó variólica.— MM. Bé-

clère, Chambod, Ménard y Jousset: En 1892, Sternberg había anunciado que una gota de linfa, mezclada con cuatro gotas de suero de una ternera vacunada dos semanas antes, ha perdido, al cabo de una hora de contacto, la propiedad de provocar una erupción vacunal. Nosotros hemos llevado á cabo durante tres años investigaciones experimentales sobre la materia, estudiando sucesivamente el suero de ternera vacunada, de caballo vacunado, de hombre vacunado, luego el suero de convalecientes de viruela y, finalmente, el suero de animales inoculados con el virus variólico. Los resultados que hemos obtenido pueden resumirse como sigue:

El suero de ternera vacunada, recogido catorce días después de la inoculación, no se halla dotado únicamente de las propiedades inmunizantes, preventiva y curativa que nosotros hemos señalado. Ejerce *in vitro* sobre la vacuna una acción que puede calificarse de antivirulenta, puesto que el virus vacunal, después de haberse puesto en contacto con ese suero, no es ya susceptible de ser inoculado con éxito, y no produce ya ninguna reacción local, ó la produce insignificante.

En el hombre y en el caballo, la inoculación vacunal comunica al suero propiedades antivirulentas, como en la ternera; es verosímil que el mismo resultado se produce en todas las especies animales sensibles á esta inoculación.

La vacunación hace aparecer el poder antivirulento del suero, sea cual fuere la vía de introducción de la vacuna, en el organismo, ya sea la inoculación sub-epidérmica, subcutánea ó intravenosa, y vaya ó no la infección vacunal acompañada de una erupción cutánea. En la vacuna sin exantema de las terneras y de los caballos inoculados por la vía sanguínea ó subcutánea, el suero se vuelve antivirulento, como en los sujetos inoculados debajo de la epidermis y portadores de vesículas características.

El suero de los convalecientes de viruela ejerce sobre el virus vacunal una acción antivirulenta, análoga á la del suero de los vacunados.

El suero de los animales variolizados ejerce asimismo sobre la vacuna una acción antivirulenta, cualquiera que sea la vía de introducción del virus variólico en el organismo, y vaya ó no la infección variólica acompañada de una erupción cutánea, ya se trate de un caballo inoculado por la vía sanguínea sin exantema consecutivo, ó bien de un mono inoculado debajo de la epidermis y portador de vesículas de viruela.

La substancia antivirulenta del suero del hombre y de los animales inmunizados *vis-à-vis* de la infección vacunal ó variólica, es de una composición muy estable, ofreciendo una gran resistencia á la acción del tiempo, de la luz, del calor, de los mohos, y hasta de los agentes de la putrefacción. Atraviesa los filtros de porcelana, pero no parece dializarse. Es precipitada por el alcohol con las materias albuminóideas del suero, y parece hallarse en relación con la globulina, con exclusión de la serina. Esa substancia, cuya naturaleza

es todavía indeterminada, presenta grandes analogías con las diastatas.

Las propiedades antivirulentas conferidas al plasma sanguíneo por la infección vacunal ó variólica aparecen, cualquiera que sea la vía de introducción del virus en el organismo, después de un lapso de tiempo, variable en las diversas especies, pero de duración bastante fija para cada una de ellas ó, por lo menos, oscilando en muy cortas proporciones. La sangre emplea algunos días en adquirir sus propiedades antivirulentas. En la ternera vacunada, la sangre no las posee plenamente hasta que han transcurrido de nueve á trece días, las más de las veces doce días, después de la inoculación.

El momento en que las propiedades antivirulentas del suero resaltan de una manera muy marcada, es precisamente aquél en que el virus sub-epidémico é intradérmico pierde toda actividad, y en que empieza realmente la inmunidad.

El período de inmunidad consecutiva á la infección vacunal ó variólica, de duración muy variable en las diversas especies, se compone de dos fases sucesivas: una primera fase, en que la sangre conserva sus propiedades antivirulentas, que van decreciendo; una segunda fase, en que la sangre no manifiesta ya ninguna huella de poder antivirulento, al paso que la piel resiste aún á nuevas inoculaciones.

Durante la primera fase del período de inmunidad, la substancia antivirulenta puede atravesar la placenta, y pasar de la sangre materna á la sangre del feto; este paso es la condición esencial de la inmunidad congénita. En cambio, no se encuentra la substancia antivirulenta en la orina, y si llega á atravesar el filtro renal es en estado de dilución bastante para escapar á toda investigación.

En la especie humana—en la cual la inmunidad persiste más tiempo, aunque de duración muy variable, según los individuos—se puede reconocer la presencia de la substancia antivirulenta en el suero más de veinticinco años y hasta más de cincuenta años después de la infección vacunal ó variólica. En ciertos sujetos, esa substancia no se muestra en el suero sino durante algunos meses, durante algunas semanas ó durante algunos días únicamente. Puede ocurrir también que no se descubra en ningún momento. No se conocen todavía el lugar ni el modo de su producción, como tampoco el lugar ni el modo de su destrucción.

La producción de la substancia antivirulenta en el curso de la infección vacunal ó variólica, y su aparición en el plasma sanguíneo, constituyen una reacción de defensa del organismo, íntimamente ligada al paro del proceso morboso y al desarrollo de la inmunidad. No es posible afirmar todavía si esa substancia actúa directamente sobre los agentes infecciosos como *virulicida*, ó bien si actúa como un estimulante sobre las células del organismo.

(Acad. de ciencias de París.)

De la virulencia del polvo de los cuarteles y de su contenido en bacilos tuberculosos.—*M. Kelsch*: En unión de Boisson y Braün (Médicos militares), he continuado mis investigaciones sobre la virulencia del polvo de los cuarteles y, particularmente, sobre su contenido en bacilos de la tuberculosis.

213 conejos de india han sido inoculados en el peritoneo unas veces con polvo recogido en la superficie y en el circuito de las escupideras, otras veces con el moco de las fosas nasales, es decir, con el producto de una región en que el aire deposita primeramente una parte del polvo que luego introduce en las vías respiratorias.

Sobre los 122 animales inoculados con el polvo, 41 han sucumbido á flegmasías sépticas agudas del peritoneo en menos de cuarenta días.

Los otros 81 se descomponen así: 11 murieron de peritonitis supurada enquistada; la autopsia no hizo descubrir en ellos ningún rastro de tuberculosis, ni en el peritoneo ni fuera de él; 12 fueron sacrificados del tercero al noveno mes, escogidos entre los que parecían menos vigorosos; su autopsia dió resultados negativos. Finalmente, 58 conejos de india viven aún en la actualidad con todos los atributos de la salud. Cabe, pues, afirmar, que el polvo introducido en cantidad variable en estos 81 conejos de india no contenía bacilos de Koch, ó no los contenía en cantidad bastante para triunfar de la resistencia de animales pertenecientes á la especie más sensible á la tuberculosis.

Sobre los 91 animales inoculados con moco nasal, 14 sucumbieron antes de los cuarenta días á flegmasías agudas del peritoneo. De los 77 restantes, uno sólo murió al vigésimo-sexto día, de una tuberculosis aguda generalizada. El moco procedía de un coracero vigoroso y en plena salud. 25 de los conejos de india supervivientes que parecían menos válidos fueron sacrificados, no habiendo presentado ninguna señal de tuberculosis. Los otros son vigorosos y gozan de salud perfecta.

El resultado más importante de estas investigaciones es, por consiguiente, la constancia del fracaso en nuestras tentativas de comunicar la tuberculosis experimentalmente por medio de inoculación intraperitoneal de dosis masivas de polvos de todas procedencias, incluso los recogidos en las escupideras.

(*Acad. de Med. de París.*)

*
**

De las vegetaciones adenoideas durante el primer año de la infancia.—*M. H. Cuwillier* (de París): Las vegetaciones adenoideas distan de ser raras en los recién nacidos. Nosotros hemos podido reunir 64 observaciones personales, concernientes á niños de 1 á 12 meses, y los casos se multiplican á medida que la enfermedad vá siendo mejor conocida.

La afección debe ser aquí considerada como congénita, desarro-

llándose bajo la doble influencia de la herencia similar y del terreno, y agravándose bajo la acción de causas infecciosas locales (rinofaringitis) ó generales con determinaciones locales (sarampión, escarlatina, coqueluche, gripe, difteria.)

La evolución clínica dá lugar á síntomas funcionales de todo en todo propios de esa edad. Como la obstrucción nasal y retronasal es la causa de todos los otros síntomas, los trastornos de la respiración y de la alimentación son predominantes y producen, por insuficiencia respiratoria y alimenticia, la caquexia adenoidea.

La respiración es precipitada, ronca, ruidosa. Raras veces falta la tos, la cual unas veces es grasa y fácil, otras veces dura, penosa y convulsiva.

Como fenómenos secundarios obsérvase laringo-traqueítis, laringitis estridulosa, espasmo de la glotis, enfisema pulmonar. Todos estos síntomas se exacerban durante el sueño.

Las fosas nasales son el centro de un coriza persistente. El adenoideo menor, constantemente resfriado, estornuda con frecuencia. El labio superior y la entrada de las narices están irritados por el flujo incesante de las mucosidades.

No pudiendo efectuarse la succión de una manera normal, sino cuando la respiración nasal se hace libremente, el niño de teta, portador de vegetaciones adenoideas, obligado á respirar por la boca, deberá á cada instante interrumpirse de mamar para recobrar aliento. A veces también, tragando de través, será presa de accesos de tos y arrojará la poca leche que haya absorbido.

Con la alimentación así defectuosa, de una parte, y, de otra, con la dificultad respiratoria y la anoxihemia que es su resultado, no es extraño que el niño decaiga rápidamente, realizándose de hecho, por esa doble causa, la caquexia adenoidea.

El tórax, por consecuencia del estado de constante esfuerzo inspiratorio en que se halla el niño, puede también deformarse; los músculos inspiratorios están tensos, y obligan á que las costillas y la parte inferior del esternón tomen posturas viciosas. Estas deformaciones deben ser separadas de las que son debidas al raquitismo. El raquitismo puede ser una causa coadyuvante; pero en el caso presente el papel capital corresponde á la disnea.

El examen de la faringe nasal, imposible por la rinoscopia anterior y posterior, no es asequible sino mediante el tacto digital, es decir, con el índice ó con el meñique, los cuales—sobre todo este último—franquearán con mayor facilidad el istmo de las fauces.

En los primeros meses, la corta extensión de las cavidades bucales y faríngeas, la especie de cincha rígida formada en esa edad por el velo palatino, hacen frecuentemente impracticable el tacto vaginal. Hay que hacer entonces, incontinenti, el diagnóstico y el tratamiento con ayuda de un golpe de pinza dado en la rinofaringe, y que traerá partículas de la amígdala faríngea si se halla hipertrofiada.

El tratamiento es médico ó quirúrgico.

En los casos benignos se podrá ensayar primeramente un tratamiento médico, y llegar por este medio á paliar los accidentes, combatiendo el catarro rinofaríngeo. Con preferencia á las pomadas y á la insuflación de polvos, nosotros aconsejamos la instilación en las narices—manteniendo la cabeza del niño ligeramente echada hacia atrás—de aceite mentolado á $\frac{1}{60}$ ó resorcinado de $\frac{1}{50}$ á $\frac{1}{25}$. Dos á cuatro veces por día se instilan en cada fosa nasal, con una jeringa *ad hoc*, 0 cc. 5 próximamente de este aceite. Unos toques con glicerina boratada ó iodada débil á 1 por 100 limpiarán la faringe nasal y bucal de las mucosidades. Estas diversas maniobras serán practicadas suavemente y con prudencia, con el fin de evitar todo espasmo laríngeo.

Pero en los casos en que los accidentes se repitan y, de urgencia, cuando la obstrucción nasal es ya bastante acentuada para impedir toda alimentación, ó bien si se observan accidentes auriculares, entonces habrá que acudir al tratamiento quirúrgico, es decir, á la ablación de las vegetaciones.

La operación es fácil, y aún de menos consecuencias en esa edad que en otra alguna. La anestesia es inútil, dado que los niños en ese período tierno de la vida son muy fáciles de manejar y poco menos que inconscientes. Por lo demás, la intervención operatoria debe ser conducida con mucha rapidez.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

FÓRMULAS

345

Extracto de cáñamo indiano... 50 centigramos
Acido salicílico... 5 gramos.

M.—Divídase en diez obleas para tomar tres al día.

En las **neuralgias del trigémino**.

(M. J. Hirschkron.)

* * *

346

Tintura de cantáridas... } áá 25 gramos.
Esencia de Wintergreen... }
Alcohol alcanforado... }
Bálsamo de Fioravanti... } áá 100 gramos.

M.—Para fricciones sobre las placas de alopecia

En la **pelada**.

(Taylor.)

SECCION PROFESIONAL

REPATRIACIÓN DEL EJÉRCITO DE FILIPINAS

«Circular.—Excmo. Sr.: Debiendo en breve plazo llevarse á efecto la repatriación del ejército de Filipinas, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer:

Artículo 1.º Todos los Cuerpos y unidades de aquel distrito se disolverán á su desembarco en la Península, y el personal causará alta en la misma, pasando á las situaciones siguientes:

Los Jefes, Oficiales y sus asimilados, cumplidas las disposiciones sanitarias, marcharán con dos meses de licencia y sueldo entero desde los puertos de desembarco al punto que elijan, concedida aquélla por el Capitán General de la región correspondiente.

Igual licencia se concederá á los armeros y personal obrero contratado que no hubiera de causar baja en el ejército por consecuencia de la disolución de su Cuerpo ó unidad.

A las clases é individuos de tropa se les expedirá licencia ilimitada en los puntos de desembarco, como se verifica en los licenciamientos por exceso de fuerza reglamentaria en filas, sin goce de haberes ni premios de voluntarios ó de reenganches.

Los procedentes de la recluta voluntaria pasarán á la situación que por la Ley de reclutamiento les corresponda, y á los que no hayan de quedar sujetos á esta Ley se les dará la licencia absoluta, facilitándoseles una provisional cuando por de pronto no se les pudiera expedir aquélla.

Los individuos de tropa que por sentencia tengan que extinguir penas militares, irán á cumplirlas á penitenciaría ó Cuerpo de disciplina, según por la clase del correctivo impuesto proceda.

Los prófugos y desertores que sufran recargo en el servicio, se les destinará á Cuerpo activo, no disciplinario, hasta extinguir el tiempo recargado.

Los encausados y sumariados, con sus procedimientos, se pondrán á disposición de la Autoridad militar judicial de la región de desembarco, y con su auditor resolverá sobre la situación en que deban quedar los

interesados, ó lo que proceda, con arreglo á la Real Orden Circular de 18 de Noviembre último (*D. O.* núm. 258.)

De repatriarse Jefes, Oficiales ó individuos de tropa de fuerzas movilizadas ó de voluntarios no movilizadas, el Capitán General de la región donde fueren á residir los agregará á Cuerpo para el percibo de los haberes de sus respectivos empleos durante los dos primeros meses de llegada á la Península, quedando unos y otros, al finalizar dicho plazo, en situación de licenciados absolutos, si no les correspondieran más derechos. Los de la referida procedencia que sean naturales de aquellas islas y deseen regresar á su país, se les concederá abono de pasaje y á sus familias, por cuenta del Estado, siempre que lo soliciten dentro de los seis meses, contados desde la fecha que desembarcaron, y justifiquen que carecen de recursos para satisfacerle por su cuenta.

Art. 2.º Al terminar la licencia, los Jefes y Oficiales de la escala activa y sus asimilados quedarán de excedentes, con arreglo á la Real Orden de 4 de Julio último (*C. L.* núm. 234.)

Los de la reserva retribuida pasarán á la situación reglamentariamente señalada para los de esta escala, con destino los de Infantería y Caballería á las zonas y regimientos de reserva correspondientes á la residencia de los interesados, y los de los demás Cuerpos é Institutos á las unidades ó dependencias de que procedan, según la Real Orden de 30 de Julio de 1897 (*C. L.* núm. 227.)

Los de la reserva gratuita quedarán provisionalmente en la situación y destino que se indica para los de la retribuida, hasta que se justifique su derecho á ingresar en ésta ó se disponga que vuelvan á la que antes tuvieron, conforme al artículo 9.º de la Real Orden de 22 de Julio de 1895 (*C. L.* núm. 286.)

Los Médicos, Farmacéuticos, Capellanes y demás que sirvan plazas en concepto de provisionales, causarán baja en el ejército, menos aquellos que estuvieran sujetos á los preceptos de la Ley de reclutamiento y deban quedar en la situación que por la misma les corresponda. Dicho personal, en los Cuerpos que exista escala de reserva gratuita, podrá solicitar y obtener el ingreso en la de los suyos respectivos, reuniendo las condiciones prevenidas en Reglamentos y disposiciones vigentes.

Art. 3.º Los sargentos, cabos é individuos de banda y música, para obtener colocación y demás en activo, se atenderán á lo dispuesto en la Real Orden Circular de 17 de Diciembre del año próximo pasado (*D. O.* núm. 282.)

Art. 4.º Todos los individuos de tropa que, destinados ó procedentes de Filipinas, se encuentren en expectación de embarco, con licen-

cia por enfermos ó por inútiles, esperando sus documentos de baja, pasarán desde luego á la situación que les corresponda, con arreglo á las marcadas en el artículo 1.º, sin goce de haberes, y únicamente continuarán afectos á Cuerpo para el percibo de los mismos los que, como inutilizados en campaña, tengan incoado expediente para ingreso en Inválidos, hasta que recaiga resolución, aplicando esta medida á los que estuvieran con licencia por enfermos cuando finalice la misma.

Art. 5.º El Jefe, Oficial y asimilado que al cumplir la licencia concedida al desembarco por esta Circular, la necesitare por más tiempo en concepto de herido ó enfermo, habrá de solicitarla y obtenerla con sujeción á las instrucciones de 16 de Marzo de 1885 (*C. L.* núm. 132.)

Art. 6.º En la forma prevista para los repatriados de la Isla de Cuba, se facilitará por los depósitos de Ultramar de los puertos de desembarco á los Jefes, Oficiales y asimilados á quienes se adeuden sueldos, una paga á los que se les deban hasta tres, dos á los que se les debieran más de cuatro, y tres á los que se les adeudaran más de seis; descontándoseles, de las que perciban, las asignaciones hechas, acompañando al recibo que han de ceder relación jurada de las pagas pendientes de cobro, ó certificación que lo acredite.

A los individuos de tropa se les socorrerá por sus Cuerpos ó unidades hasta el día que salgan de los puertos de desembarco con licencia para sus casas, y con 20 pesetas al emprender la marcha, efectuando ésto los depósitos de Ultramar con respecto á fuerzas sueltas, entregándose al efecto por el Jefe de la expedición la necesaria relación clasificada. Si los Cuerpos careciesen de metálico para dichos suministros, se lo facilitará el Jefe del depósito mediante recibo de los cargos, á los que dará oportuno curso.

En el caso de no venir satisfechos de sus haberes y alcances, se les entregará á cuenta de los mismos, en las zonas donde fueran á residir, 100 pesetas á los cabos, cornetas y soldados, y 200 á los sargentos y asimilados, cuando estos últimos no disfruten haber durante la licencia y les resulten créditos, efectuándose la entrega de cantidades en la forma que determina la Real Orden de 1.º de Septiembre de 1898 (*D. O.* núm. 194.) De regresar ajustados, con sus alcances en abonaré, se les entregará la cantidad señalada, anotándola en dicho documento, sin perjuicio de hacerlo también en los pases de los interesados, como de todo otro suministro en metálico; pero de haberles sido abonado en efectivo todos sus devengos, no deberán percibir nada en las zonas, ni las 20 pesetas de auxilio de marcha.

Los Jefes de Cuerpo, ó los de expedición, cuando se refiera á tropas

sueltas, formalizarán por separado de todo otro suministro, cargo de las prendas de abrigo distribuídas á los interesados durante la travesía, consignando el importe de ellas si conocieran sus precios, y en otro caso relacionarán las que á cada uno hubieran entregado. Dichos cargos ó relaciones se entregarán por los citados Jefes á los de los depósitos de Ultramar, cediendo éstos los correspondientes resguardos para que aquéllos justifiquen siempre el destino que dieran á las que recibieron, cursando los depósitos los cargos formalizados, y pasarán contra los respectivos individuos los que deben formalizarse, en vista de las relaciones sin valorar de que se entregaron.

Art. 7.º Los primeros Jefes de Cuerpo ó unidad, con el Comandante mayor, Cajero y Habilitado, y uno ó dos escribientes como auxiliares, harán entrega de la documentación de sus Cuerpos, incluso de libros parroquiales, á la Comisión liquidadora de los disueltos de Cuba en Aranjuez, la que por ahora se encargará de la liquidación é incidencias.

Con relación á la entrega de cajas, remitirán á este Ministerio un balance detallando al respaldo las existencias metálicas y papel metálico, cuidando dichos primeros Jefes que antes de marchar desde los puntos de desembarco con licencia, dejen liquidadas sus cuentas pendientes con caja los que las tengan, y el metálico que resulte en las de sus Cuerpos, á la entrega, lo ingresarán en la Caja Central del ejército, que les abrirá y llevará cuenta.

La Comisión liquidadora de Aranjuez remitirá á los Cuerpos donde fuera destinado el personal de los disueltos, las hojas de servicios y demás documentos de los interesados, á medida que puedan ser despachados y los reclamen.

Art. 8.º El armamento y municiones lo entregarán los Cuerpos en los parques de Artillería donde desembarquen, con duplicadas relaciones, especificando el sistema y estado de servicio ó uso, verificando la entrega el encargado de almacén, ó Jefe ú Oficial que los primeros Jefes comisionen, con asistencia del maestro armero, y si no lo tuviesen ó no pudiera asistir, se les nombrará uno por la plaza que en su lugar inter venga la entrega.

Art. 9.º Del vestuario, equipo, menaje, monturas, correajes y efectos de material, se harán cargo los depósitos para Ultramar, conforme al estado de servicio que lo reciban, y clasificado, lo almacenarán convenientemente en locales que existan ó se habiliten á este fin en edificios militares de la plaza hasta que se disponga de ello, dándose con este objeto por la autoridad militar de la misma todas las facilidades que estén á su alcance.

Los Parques de Artillería del punto de desembarco se encargarán del material, municiones, atalajes y bastes de las baterías, en forma análoga á la prevenida anteriormente.

Art. 10. Del material sanitario de las fuerzas de Sanidad militar se harán cargo los directores de los hospitales, también de los puntos de desembarque, y los Comisarios de guerra del de Administración militar, cuidando los primeros de remitirlo al Parque sanitario, y los segundos al Establecimiento central ó Parques que se designen.

Art. 11. Según se dispuso para los de Cuba en Real Orden de 17 de Septiembre próximo pasado (*D. O.* núm. 207), el Cuerpo de Estado Mayor remitirá su documentación al Archivo general militar establecido en Segovia, y al Depósito de la Guerra los instrumentos topográficos y bibliotecas.

El Cuerpo de Artillería remitirá igualmente al citado Archivo la documentación de la Comandancia general, maestranzas, pirotecnias y parques, y los modelos y demás efectos de valor histórico al Museo de Artillería.

El de Ingenieros hará la remisión de sus archivos al General militar; los instrumentos, planos y documentos de los depósitos topográficos del Cuerpo, al Depósito general topográfico del mismo; los libros y documentos de las bibliotecas, así como los modelos de obras, al Museo de Ingenieros; haciéndose en lo posible, donde no estuviera hecha, la separación correspondiente de lo que ha de enviarse á cada centro, y en la imposibilidad ó casos de duda se mandará al Depósito general topográfico.

Los demás Archivos militares se entregarán en forma análoga á lo dispuesto en la Real Orden de 12 de Agosto último (*C. L.* núm. 277), ó según las circunstancias aconsejen y se prevenga oportunamente.

Art. 12. Toda entrega ó remisión de documentos, material ó efectos, se hará mediante inventario, del que se remitirá un ejemplar á este Ministerio.

Art. 13. El transporte del material, equipo, documentos y efectos de que se trata, correrá á cargo de la Administración militar, y sus gastos por cuenta del Estado.

Serán también por cuenta del Estado los pasajes en ferrocarril de las clases é individuos de tropa y sus asimilados al marchar con licencia desde los puertos de desembarco.

Lo serán igualmente los de Jefes y Oficiales á quienes se confiera alguna comisión del servicio, viajen desempeñando la misma, así como al cesar en ella el de su traslado á la residencia donde hubieran de ir á fijarla, incluyendo en estos casos á los Médicos, Farmacéuticos ó personal

que retuvieran los Capitanes Generales para servicios necesarios en hospitales y enfermerías.

Tienen derecho al mismo beneficio por cuenta del Estado los que regresen por heridos ó por enfermedad adquirida precisamente en campaña, según disposiciones vigentes, justificándolo en todo caso.

Los demás pasajes en ferrocarril se ajustarán á los Reglamentos y disposiciones en vigor; debiendo entenderse para la repatriación, como regreso de campaña, hasta el punto que tenga lugar la disolución de su Cuerpo, ó se les conceda la licencia para el punto que elijan.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, concurriendo en los Oficiales de voluntarios movilizados y no movilizados las mismas razones tenidas en cuenta para los de igual procedencia repatriados de Cuba, se les concederá como á éstos y á sus familias, pasaje en ferrocarril por cuenta del Estado hasta donde fueran á residir.

Art. 14. Los Jefes y Oficiales é individuos de tropa que fuesen designados para el desempeño de alguna comisión, ó que los Capitanes Generales considerasen conveniente utilizar sus servicios al desembarco, disfrutarán del sueldo entero al respecto de la Península hasta cesar en su cometido, con derecho á que se les conceda entonces la licencia de que hacen uso los demás.

Art. 15. El Jefe, Oficial y asimilado á quien por tener derecho á las tres pagas de navegación le hubieran sido facilitadas, no disfrutará de sueldo durante la licencia concedida por el artículo 1.º hasta después de pasada la 3.ª revista, puesto que han de considerarse correspondientes á los tres meses siguientes al alta de los interesados en la Península,

Art. 16. Los Capitanes Generales de las regiones de desembarco darán cuenta á este Ministerio de las fuerzas desembarcadas, en iguales relaciones nominales y noticias numéricas que para la repatriación del ejército de Cuba se previene en el artículo 13 de la Real Orden Circular de 12 de Agosto de 1898 (*C. L.* núm. 277.)

Art. 17. Los Jefes, Oficiales y sus asimilados que regresen de Filipinas, sin que á su desembarco pertenezcan á Cuerpo ó unidad, serán considerados como alta en la Península, quedando en las situaciones indicadas para los de Cuerpos que se disuelven.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 26 de Enero de 1899.—
Correa.—Sr...»



VARIEDADES

Con atento B. L. M. del Excmo. Sr. Inspector Médico Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, hemos recibido la Memoria-resumen de la Estadística Sanitaria del ejército español durante el año 1896, presentada por el mismo al Excmo. Sr. Ministro de la Guerra. Trabajo bastante extenso y minucioso, contiene numerosos datos que permiten formar juicio acerca de la importancia de la morbosidad y mortalidad de nuestro ejército en el citado período, á pesar de las circunstancias extraordinarias que ya atravesábamos en aquella época. Oportunamente la daremos á conocer á nuestros lectores en toda su extensión.

Felicitamos sinceramente al Sr. Gallego por el progreso evidente que se marca ya en este trabajo, y le enviamos la expresión de nuestro agradecimiento por su atención al remitirnos la expresada Memoria.

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

Agenda Médico-quirúrgica de bolsillo ó memorandum terapéutico, formulario moderno y diario de visita para 1899, bajo la dirección del *Dr. D. Gustavo Reboles y Campos*.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliere é Hijos.—Plaza de Santa Ana, núm. 10, 1899.

Jornal da sociedade das ciencias medicas de Lisboa.—Publicación mensual.—Lisboa. 1898.

La crónica médica, órgano de la Sociedad médica de Concepción.—Revista mensual de medicina.—Concepción. 1898.

Quelques vues originales sur le gros de l'action de la quinine dans la fièvre. Communication faite au XII Congrès international de Médecine (Moscou, 1897).—Lisbonne. 1898.

Revista médica de S. Paulo.—Brasil. 1898.

Resumen estadístico de los enfermos que han concurrido á las consultas públicas de oto-rino-laringología en la policlínica Cervera y en la del Refugio de esta Corte, á cargo del *Dr. C. Compañed*, durante el curso de 1896 á 1897.—Madrid. 1898. (Dos ejemplares.)

Gaceta médica del Norte. Revista mensual de medicina, cirugía y farmacia.—Bilbao. 1899.

Rivista sanitaria delle armate e degli eserciti delle principali nazioni di Europa, por *Augusto Zeri*.—Roma. 1899.

Memoria-resumen de la estadística sanitaria del ejército español. Año 1896.—Informe oficial del *Excmo. Sr. D. Bernardino Gallego y Saceda*, Inspector Jefe de la sección de Sanidad militar del Ministerio de la Guerra.—Madrid. 1898.