

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII

MADRID I.º DE JUNIO DE 1899

NÚM. 287

## GOZOS Y PENAS

Después de cuatro años de ausencia vuelvo á tomar parte en las tareas de esta REVISTA, cuya vida y prosperidad constituye el mayor galardón de mis servicios profesionales.

¡Cuántas y cuán grandes desdichas hemos presenciado en tan corto período de tiempo, y cuánto han perdido en él la patria, el Ejército y el Cuerpo de Sanidad militar!

La alegría que siento al verme otra vez en mi país, rodeado de antiguos amigos, y emprendiendo de nuevo la grata labor á que consagré mis mayores afanes y todas mis energías, truécase al momento en hondísima tristeza por el recuerdo de inmensas é irreparables desgracias que anublan el pensamiento, y crecen y crecen hasta llegar á anonadarlo.

Quiero y debo saludar á todos mis queridos compañeros: á los que han tomado parte en las últimas infortunadas campañas; á los que han influido en el desarrollo y la mejor apreciación de nuestro especial servicio; á los que han dado ejemplo de actividad y entereza para juzgar, dentro de la ley, las cuestiones de honor; á los que han mantenido y apretado los lazos de amistad que dieron vida á esta publicación del Cuerpo; quiero y debo saludar especialmente á los redactores y colaboradores de la REVISTA y á los periódicos profesionales que siempre la favorecieron y honraron;..... pero mi obligación y mi deseo no aciertan á vencer la triste preocupación que subyuga mi ánimo en este momento, y en vano pretendo que la pluma refleje otras ideas, otras impresiones, que la idea y la impresión que me domina y embarga.

Hoy no está á mi lado, como lo estaba al despedirme en igual día del año 1895, mi antiguo y querido amigo Antonio Quintana.

Y si los lectores de la REVISTA notan y lamentan su falta ¡cómo no la he de sentir yo, que desde la infancia le amé con cariño fraternal y he podido, por tanto, sondar las profundidades de aquella alma grande y generosa!...

¡Pobre Quintana! Honrado y modesto en grado superlativo— por no decir en grado inconveniente para los tiempos que alcanzó— vivió luchando siempre con poca ó ninguna fortuna y fué á morir donde menos lo pensó, víctima de las mismas virtudes que le caracterizaron y distinguieron; ellas le llevaron á Joló cuando de hecho y de derecho se le ofrecía una vida regalada y un halagüeño porvenir, y ellas le hicieron desoír los cariñosos consejos de cuantos fiábamos mucho en el poder de aquella inteligencia tan bien cultivada, y de aquella voluntad siempre dispuesta para el bien del prójimo.

¡Desgraciado Quintana! Patriota de verdad, se ha visto condenado á sufrir con su familia un verdadero destierro, incomunicado mucho tiempo con su país y sin otras noticias que las de los desastres nacionales que empeoraban de día en día su situación difícil y angustiosa; el amor á la patria debió producirle cruelísimo tormento cuando se viera morir en aquel pedazo de terreno, conquistado y conservado á fuerza de sangre española, y en el cual había de izarse al fin la bandera americana como sanción de un atropello infame y como término de un usufructo accidental, á la vez humillante y comprometido.

Buen hijo y buen hermano, hasta el extremo de pasar más de una vez, por amor á la familia, los límites del delirio, debió padecer horriblemente aquellos diez y ocho días, en los que vió morir una tras otra sus tres hermanas y él se sintió agonizar, dejando en espantosa soledad á su madre, casi octogenaria y ciega.

Médico inteligente y práctico afortunado, le reservaba su fatal destino el duro trance de contemplar impotente los estragos de un loco paludismo que acaba en pocos días con naturalezas vigorosas, y que de una familia sólo deja en pié el organismo más viejo y enfermizo.

¡Cruel sarcasmo es que aparezca erguido en medio del huracán el ya vencido y carcomido tronco, cuando ha bastado un breve soplo para hacer desaparecer los fuertes puntales que lo sostenían!.....

¡Descansa en paz, mi querido Antonio!.....

No es de esperar que en el cementerio de Joló, aun en el caso de que sea respetado por moros y americanos, visite nadie tu tumba,

mi inolvidable amigo, creo que allí está demás la lápida mortuoria. Pero entre nosotros, entre los que tuvimos ocasión de estimar tus dotes envidiables y la extremada bondad de tu corazón, serán por siempre venerados tu nombre y tu memoria, porque toda acción noble, todo rasgo de generosidad, todo ejemplar de abnegación y de modestia, nos hará pensar en tí y conmemorar los hechos más notables de tu vida honrada!

L. AYCART.

---

## HERIDA POR ARMA DE FUEGO

CON FRACTURAS MÚLTIPLES DE LOS HUESOS DE LA CARA.

---

A las diez de la noche de un día del mes de Noviembre de 1897, fui llamado en Baracoa (Santiago de Cuba), como Médico de la plaza, cuyo cargo desempeñaba, para asistir á un guerrillero que, por contrariedades en su vida privada, había intentado suicidarse. Reconocido en el local de su alojamiento, que era el de la guerrilla á que pertenecía, le ví tendido en el suelo, bañado en sangre, y con una herida en la cabeza tan enorme y en tales condiciones, que tuve que disponer su inmediato ingreso en el hospital para proceder á su cura, después de haberle aplicado la que en aquel momento me permitían los escasos medios con que contaba. El individuo en cuestión realizó su loco intento disparándose un fusil Remington, cuya boca aplicó debajo de la barba. Se llamaba D. N., de 20 años de edad, soltero, natural de Santa Cruz, guerrillero, de buena constitución y sin antecedentes patológicos. A la escasa luz de dos velas, pude hacerme cargo de la herida del paciente, que ostentaba un orificio en la región supraorbitaria, distante más de medio centímetro del arco del maxilar, cuyos bordes, invertidos hacia arriba, estaban rasgados en su parte posterior, manchados por los granos de la pólvora y permitían la introducción del dedo índice. Desde el entrecejo hasta la boca se hallaba dividida la piel, por su línea media, en dos grandes colgajos laterales de forma triangular, que se extendían hacia afuera hasta la región malar y de los carrillos, perteneciendo, por tanto, á las regiones nasal, naso-yugal, la de los

carrillos y labial superior. El colgajo izquierdo estaba dividido á su vez en otros dos por una rasgadura que se dirigía oblicuamente hacia abajo, siguiendo la línea naso-yugal en 3 centímetros de extensión. En el entrecejo había pérdida de la piel y de substancia ósea, que dejaba ver los senos frontales. Además de la división completa del labio superior existían otras rasgaduras de la boca en forma radiada, que no pasaban de un centímetro de longitud. Al nivel de los molares menores del maxilar inferior había fractura doble y completa de este hueso en forma tal, que el mentón jugaba sobre los extremos de sección de las ramas, que se mantenían deprimidas lateralmente con crepitación notable á los movimientos. Dicho hueso sufrió la pérdida de los incisivos, caninos y algunos molares. Desapareció la parte libre de la lengua, quedando con un borde de sección bastante irregular, que sangraba poco. No había tabique central de las fosas nasales, ni vómer, ni huesos propios de la nariz que, destruidos, sólo dejaron unas esquirlitas adheridas á la cara profunda de los colgajos. El proyectil fracturó y destruyó gran parte de los maxilares superiores, de tal modo que desapareció la porción correspondiente á la fosa canina y parte de las apófisis ascendentes, y dicho se está que los incisivos y caninos, como algunos molares, quedaron desprendidos. Por tanto, hubo de desaparecer el tercio anterior de la bóveda palatina y, probablemente, algunas células anteriores del etmoides. Pero además se apreciaba, por la presión y el tacto combinados sobre la porción dentaria que restaba de los maxilares, cierto movimiento y crepitación, que descubría indudable fractura de los mismos. Dos síntomas idénticos, aunque no tan marcados, hube de notar aplicando los dedos en ambas regiones maxilares; es decir, que había fractura de dichos huesos. Y por último, el herido ostentaba hemorragia subconjuntival en ambos ojos, que difícilmente se dejaban ver por la gran oclusión que el edema y equimosis de los párpados determinaba.

El sujeto se hallaba bajo los efectos del *shock* traumático, según revelaban la ligereza y debilidad del pulso, algo de hipotermia, insensibilidad general é inmovilidad en la cama. Aunque algo torpe en sus palabras, la inteligencia se conservaba bien.

Se vé por todo lo expuesto que, para comprender los enormes destrozos ya descritos, tanta importancia ha tenido el proyectil que, penetrando por la región supraorbitaria salió por el entrecejo, como los gases de la pólvora haciendo explosión dentro de la cavidad bucal.

La posibilidad de una meningitis de la base por la fractura del etmoides, el edema de la glotis por las lesiones de la lengua, los abscesos, estomatitis ulcerosa y demás complicaciones propias de las fracturas del maxilar inferior, una infección de cualquier índole y el estado general del paciente, nos obligaron á formar un pronóstico muy grave de éste.

Hubo que irrigar copiosamente con disolución boricada al 2 por 100 todo aquel gran antro para barrerlo de coágulos sanguíneos, esquirilas óseas y dientes que llenaban la cavidad y obscurecían el campo para la apreciación de los órganos interesados. Mediante cortes de tijera quedó regularizado el borde de la lengua, sin tener que ligar la ranina que había de estar interesada, dejando terminada esta parte de la cura con la aplicación de tres ó cuatro puntos de sutura sobre el referido borde de la lengua. Se hubo de disecar y extraer las esquirilas óseas que quedaban adheridas á la cara profunda de los colgajos. Una vez perfectamente limpio y lavado el campo de cura y cohibida la hemorragia que, rezumando, brotaba de la superficie cruenta, para lo cual me bastó con emplear fría la citada solución boricada, rellené con tiras de gasa iodofórmica toda la cavidad, procediendo seguidamente á la sutura, comenzando por el colgajo izquierdo que, como hemos dicho, estaba dividido. Al comenzar la sutura de ambos colgajos entre sí por su extremo superior, hubo necesidad de tallar una pequeña autoplastia á expensas de la piel de la ceja derecha para salvar la pérdida de substancia habida en el orificio de salida del proyectil. El resto de la sutura, que se hizo mediante puntos entrecortados, no ofreció dificultad alguna, dado que no existía el lomo óseo de la nariz; la piel, por tanto, cedía lo necesario y la gasa servía al mismo tiempo de punto de apoyo, con cuyo objeto se colocó primeramente. De este modo quedó reconstituída la nariz en lo que respecta á la piel de la misma, con una ventana nasal, por cuanto no existía tabique central, y el labio superior, y por tanto la boca, que sólo requirió dos ó tres puntos de sutura en las pequeñas rasgaduras de sus comisuras. Hecho ésto, restábanos reducir la doble fractura del maxilar, que se logró no sin gran dificultad, dadas su movilidad y la disposición especial de los planos musculares que sobre el mismo se insertan. Se rellenó con gasa iodofórmica el suelo de la boca y se aplicó la cura antiséptica que es de regla, procurando sobre todo la inmovilidad más completa posible de la mandíbula inferior, mediante un vendaje de cabestro y consejos oportunos al enfermo.

Después de inyectarle dos centigramos de extracto de cafeína, se le dejó dispuesto caldos con vino de Jerez, que tomaba mediante un embudo terminado en su vértice por un tubo largo y acodado, el cual se introducía por entre los dos mechones de gasa, superior é inferior, que rellenaban la boca.

A la mañana siguiente, el enfermo había reaccionado, el pulso era más fuerte, el paciente era menos tardo en responder á las preguntas que se le dirigían, desapareciendo aquella apatía é insensibilidad general de los primeros momentos. Por la boca dejaba salir abundante cantidad de saliva mezclada con serosidad sanguinolenta en estado de descomposición, según el mal olor que despedía. Después de lavarle perfectamente con la solución boricada, se renovó la gasa de toda la cavidad, dejando intacto el resto del apósito. En virtud de la abundancia y descomposición de dichos exudados, hubo que repetir la indicada cura cada cuatro horas. Alimentación puramente líquida; caldos, leche, huevos y vino de Jerez. En esta forma continuó el tratamiento del enfermo, que mejoraba sensiblemente, siguiendo una marcha casi apirética, por cuanto la fiebre no pasó de 38° y durante pocos días. Demás estará decir que el sujeto no podía articular palabra.

A los pocos días de la primera cura se levantó el apósito que cubría la herida suturada de la cara, no ofreciendo otra cosa de particular que el haberse escapado un punto de sutura en el extremo superior de la misma, que obligó á dar otro en su lugar.

Los exudados, que habían disminuído en cantidad y fetidez, estaban mezclados con cierta cantidad de pus, lo cual nos hizo reconocer la cavidad bucal y ver dos porciones de los maxilares superiores, una á cada lado, del volumen de una almendra, con una muela en su parte inferior, y que revestidas de tejido fibroso estaban unidas á dichos huesos mediante éste, permitiendo esta circunstancia gozasen de movimientos que motivaban molestias y dolores al enfermo. Esto, unido á la inutilidad de dichas porciones para la función de la masticación, fué lo que nos decidió á su extracción, practicando su disección por los límites bien marcados de separación que presentaban, y resultando, por tanto, una mayor amplitud de la cavidad bucal. En el curso ulterior de la enfermedad se cortaron todos los puntos de sutura de la lengua, herida de la cara y de la boca, con cicatrización de todas estas partes.

El techo tan irregular, amplio y anfractuoso de la boca, se recubrió de tejido fibroso, regularizándose un tanto su superficie. Se

consolidó sin deformidad ostensible la doble fractura del maxilar é igualmente la de los malaes. Desapareció el edema y equimosis de los párpados, pero no completamente la hemorragia subconjuntival.

El enfermo, al salir de la Clínica curado, donde permaneció un mes, no podía pronunciar sino las vocales, y en manera alguna articular palabra, lo que fácilmente se comprenderá al recordar la pérdida de la porción libre de la lengua. Además quedó una fístula salival en el suelo de la boca, por la que fluía abundante cantidad de saliva de la glándula sublingual.

La facies de nuestro enfermo era verdaderamente rara. Me parece estarlo viendo con un hundimiento en el entrecejo, la cara perfectamente plana, en la que como recuerdo de nariz sólo quedó la piel con un agujero casi horizontal, cicatrices divergentes en la boca y el mentón un tanto prominente.

En los enormes destrozos del caso que nos ocupa, se aprecian perfectamente los que corresponden á la fuerza expansiva de los gases, como son las desgarraduras de la boca y de la línea media de la cara y el desprendimiento de dientes y muelas; los que corresponden á la acción directa del proyectil, tal es el orificio de entrada, la herida de la lengua, la fractura de los maxilares superiores, huesos nasales y porción inferior media del frontal, á lo cual hay que añadir, como efectos indirectos de aquél, las fracturas de los malaes en su porción orbitaria, según lo demuestra la hemorragia de ambas conjuntivas, fracturas estas últimas que responden á la gran solidaridad y á la disposición en columnas que la porción sincraneana de la cara tiene adoptada.

No dejó de llamar nuestra atención la simetría tan notable que se observaba en las múltiples y variadas lesiones que hemos descrito, y más todavía el hecho de la fractura doble del maxilar inferior, que en modo alguno nos ha sido posible explicar. Dada la distancia á que pasó el proyectil del arco del maxilar (más de medio centímetro), no es posible hacer á aquél responsable de la fractura. Cabría pensar en la contingencia de que ocurriese como consecuencia de su caída después de herido; pero aun suponiéndolo así, sería forzoso admitir la presencia de herida ó contusión en la mandíbula, cosa que no pudimos comprobar. En ausencia, por tanto, de todo agente traumático que obrase directamente sobre la mandíbula, forzoso será suponer, si no admitir, que los gases de la pólvora al hacer explosión, de idéntico modo que ocasionaron las lesiones

descriptas, debieron ocasionar también la fractura del maxilar, fenómeno este último que, como fractura en sí, hemos visto comprobado en el estudio general que Delorme hace de las heridas determinadas por los gases de la pólvora.

En el caso que acabamos de estudiar, como en tantos otros que en campaña y en el hospital hemos tenido que tratar, hemos recordado siempre con gratitud las sabias enseñanzas que nuestro querido maestro, el eminente cirujano y habilísimo operador D. José Ribera Sans, supo inculcar á sus discípulos en la cátedra, en la consulta pública y en las Clínicas, á las que tuve la honra de pertenecer como alumno interno en mis últimos años de carrera.

B. NAVARRO CÁNOVAS,  
Médico primero.

---

## Prensa y Sociedades médicas

**Nuevo procedimiento de resección total del nervio maxilar superior.**—*M. Poirier.* Vengo á proponeros para la resección del nervio maxilar un nuevo procedimiento que tiene la ventaja, sobre el de Lossen y Braun, vulgarizado en Francia por Segond, de no interesar el arco óseo cigomato-malar. Sobre el esqueleto percíbese, por cima de este arco y á un centímetro próximamente detrás de la apófisis orbitaria externa del frontal, el fondo de la fosa pterigomaxilar, en la cual viene á surgir el nervio maxilar superior, y he podido asegurarme por el examen de unos 50 cráneos de que el fondo de esa fosa rebasa siempre en algunos milímetros el plano horizontal trazado por el borde superior del cigoma. He creído, pues, que había posibilidad de alcanzar el nervio maxilar superior por la fosa temporal, sin recurrir á la resección temporal del arco cigomato-malar, y mis numerosas disecciones no han hecho sino confirmar esta opinión.

Empiezo por poner al descubierto el nervio suborbitario en su punto de emergencia á nivel de la mejilla y lo marco con la ayuda de un hilo. Luego practico una incisión vertical de tres á cuatro centímetros de largo, á un centímetro detrás de la apófisis orbitaria externa, y cuya extremidad inferior viene á terminarse sobre el borde superior del arco cigomato-malar. Incindo después la gruesa aponeurosis temporal, y luego de haber atravesado una capa célogo-grasosa más ó menos desarrollada, llego sobre la capa externa del músculo temporal, el cual, á este nivel, tiene una estructura varia-



ble: unas veces constituido por fibras carnosas, otras veces, en cambio, puede ser exclusivamente tendinoso; en el primer caso, se pasa con facilidad á través de esas fibras carnosas con la sonda acanalada; en el segundo hay que seccionar el grueso manojito tendinoso con ayuda del bisturí.

Como quiera que sea, después de haber atravesado el músculo temporal, introduzco en la herida un estilete que viene á tropezar primeramente con el plano profundo de la fosa temporal y se desliza luego—pasando debajo de su borde inferior—sobre el plano subtemporal. A una profundidad de 38 á 42 milímetros, la punta del estilete agarra el nervio maxilar, de lo cual por lo demás es fácil asegurarse ejerciendo tracciones sobre el nervio suborbitario. Abandono entonces el estilete y me armo de un pequeño gancho, sobre el cual cargo fácilmente el nervio maxilar superior. ¿Hay que arrancar ó seccionar este nervio? La sección me parece mucho más ventajosa que el arrancamiento, pues con este último procedimiento, se corre el riesgo de desgarrar el tronco nervioso por delante de la emergencia de los nervios dentales posteriores, y bien puede ser en verdad que estos últimos hayan sido el punto de partida de la neuralgia rebelde que ha hecho necesaria la operación. No vaya á creerse, sin embargo, que por el seccionamiento se corta el tronco nervioso inmediatamente á la salida del agujero grande redondo; siempre queda colgado en este agujero un fragmento de uno á dos centímetros. Cuanto á la porción periférica del nervio, es atraída hacia afuera—como en el procedimiento de Lossen y Braun—con ayuda del hilo colocado sobre el nervio suborbitario.

En lo que concierne al ganglio de Meckel, no puedo aceptar la opinión de los que pretenden dominarlo fácilmente poniendo al descubierto la fosa pterigo-maxilar por medio de la resección temporal del arco cigomato-malar. Mis disecciones, en efecto, me han mostrado que ese ganglio dista de afectar la forma y la posición que le atribuyen los autores clásicos en sus descripciones. El ganglio esfeno-palatino no es un pequeño cuerpo ovoide suspendido al tronco del maxilar superior, sino una especie de prolongamiento de forma triangular del nervio vidiano, cuya base antero-interna se aplica sobre el nervio esfeno-palatino, el cual se halla, por otra parte, situado más superficialmente que el ganglio. Esto equivale á decir que este último, radicando en el fondo de la fosa pterigo-maxilar, se extiende sobre la parte antero-interna de la base de la apófisis pterigoidea, á la cual queda adherido. No hay que pensar, pues, en extirparlo; todo lo que puede esperarse es destruirlo, dilacerarlo, hurgando con el gancho en el fondo de la fosa sobre la cara anterior de la apófisis pterigoidea.

(*Soc. de Cir. de Paris.*)

\*  
\* \*

**Cirugía del cáncer del recto.**—Hasta hace algunos años el tratamiento del cáncer del recto era puramente paliativo; el ano con-

\*

tra natural era el único recurso del cirujano. La extirpación del cáncer por la vía perineal sólo podía emplearse en los que tenían su asiento en la parte inferior del recto. Pero esta vía tiene el inconveniente de producir una hemorragia abundante y no deja bastante espacio para ver lo que se hace; se puede herir el peritoneo, la vejiga ó la próstata, y siempre es de temer una estrechez cicatricial del recto. De modo que Kraske, al utilizar la vía sacra, ha realizado un enorme progreso en la cirugía rectal. Por esta vía se tiene el intestino á la vista, se puede extirpar un cáncer situado en la parte alta del recto y hasta los ganglios sin perder mucha sangre, se puede examinar la pelvis, separar el útero, en caso de necesidad, si está enfermo, y la asepsia del peritoneo se hace con facilidad. Son tantas las ventajas que reconocen los cirujanos en esta vía, que muchos de ellos recurren á la incisión media en todos los cánceres del recto, resecaando el sacro cuando el cáncer está muy elevado. C. Ryall, autor de este trabajo, describe de una manera clara y precisa la técnica operatoria. Juzga inútil la colotomía preliminar, propuesta por algunos autores; además de ser muy molesto hacer sufrir dos operaciones al paciente, es fácil evitar la infección durante la operación, con una asepsia rigurosa. Antes de la operación deberá hacerse el labado del recto. Después de haber separado las inserciones musculares y ligamentosas del sacro, recomienda el autor aislar los vasos de la cara anterior del sacro, arteria sacra media y plexos venosos. Sin esta precaución puede producirse una hemorragia abundante. La resección debe hacerse por debajo del tercer agujero sacro; esta resección permite la exploración del recto. Si el cáncer está muy elevado, hay que incidir el peritoneo para poder separar la porción enferma. Siguiendo la dirección del intestino que se ha extirpado, se establece un ano sacro ó se aboca la extremidad seccionada al ano natural, lo cual es siempre preferible, pero más difícil. Hay que evitar, sobre todo, las tracciones del recto, porque podrían perjudicar á su nutrición. La hemorragia y el shock son los principales peligros que ofrece esta operación. Entre las complicaciones post-operatorias la más seria es la infección de la herida, que en vez de reunirse por primera intención, tarda algunos meses en cicatrizar. Para disminuir las probabilidades de infección es preciso unir cuidadosamente las superficies cruentas, sobre todo en las partes profundas de la herida, y recurrir á una antisepsia minuciosa.

(*Le Progrés Médical.*)

\*  
\*\*

**Profilaxis de la blenorragia.**—Hausmann propuso con este objeto inyectar en la uretra 10 gotas de la disolución de nitrato argéntico al 2 por 100. Blokusewski ha demostrado que basta verter una gota de esta disolución en el meato y frotar durante un segundo sobre el frenillo después del coito. E. Frank ha practicado experimentos que demuestran que puede prevenirse con seguridad la ble-

norragia instilando en el orificio de la uretra, después del coito, unas cuantas gotas de la disolución de protargol al 20 por 100. El protargol tiene sobre el nitrato argéntico la ventaja de no ser irritante. Estos resultados han sido confirmados por Welander, de Stokolmo. Pero en vez de la disolución de protargol al 20 por 100, usa otra al 4 por 100, de la que inyecta en la uretra 5 á 6 gramos, que deben permanecer en el conducto uretral. El protargol empleado de este modo es profiláctico, aunque se haga la inyección cinco horas después del coito.

(*Med. and Surg. Review of Reviews.*)

\* \* \*

**Estudio acerca de una epidemia de disenteria de forma cardíaca.**—Durante el verano de 1897, M. V. Thébault observó en el hospital militar de Vincennes una epidemia de disenteria, en la cual los trastornos cardíacos fueron muy frecuentes. Esta complicación, que se nota á menudo en muchas enfermedades infecciosas, pero que no parece haber sido aún señalada en los disentéricos, fué observada por Thébault 68 veces sobre los 160 pacientes que tuvo ocasión de ver. De ahí que el autor se crea autorizado á admitir la existencia de una disenteria de forma cardíaca.

El primer enfermo en quien Thébault pudo estudiar esa especie de complicación, presentaba un ruido especial diastólico en la punta, con pulso pequeño, débil, latiendo 128 á 130 veces por minuto, opresión y palpitations. Creyóse primeramente que la lesión cardíaca era antigua, pero á no tardar apareció tangible su origen infeccioso viendo, en el espacio de cinco días, cómo el ruido diastólico disminuía progresivamente de sonoridad y se transformaba en un soplo suave, que no tardó en desaparecer á su vez, al mismo tiempo que disminuía la opresión y que el pulso recobraba su carácter normal.

En los otros casos, los trastornos cardíacos se manifestaron por fenómenos diversos, las más de las veces por soplos en la base (presistólicos, sistólicos ó diastólicos), algunas veces también por rozamientos pericardíacos, desdoblamiento del primero ó del segundo ruido, ruido de galope, chasquidos, palpitations, estremecimientos catarios, astenia cardíaca, taquicardia, bradicardia ó arritmia.

La duración de esos trastornos, que pueden producirse en cualquier período de la afección, varió de cinco á treinta y un días. Su invasión fué á menudo brusca, pero en más de la mitad de los casos precediéndola una cefalea continua, que, no habiendo sido observada en ninguno de los otros disentéricos, es considerada por el autor como un pródromo de las complicaciones cardíacas.

Dos enfermos que habían presentado un soplo presistólico en la base con pulso filiforme, taquicardia, y más tarde, arritmia sin intermitencias, sucumbieron á estas complicaciones cardíacas. La autopsia de ambos sujetos, en efecto, ha mostrado que la enteritis (que, aunque intensa, no había producido perforación) no hubiera podido bastar para determinar la muerte si el corazón hubiese podido re-

sistir. Encontróse en ellos una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo con flacidez y friabilidad del corazón derecho. El endocardio de los dos lados ofrecía un tinte opalino y una palidez marcada. Los orificios y las válvulas estaban intactos.

Por lo que respecta al tratamiento de las complicaciones cardíacas de la disentería, se ha echado mano ventajosamente—en las observaciones recogidas por Thébault—del sulfato de quinina y de la cafeína á la dosis de 0 gr. 25 á 0 gr. 50 centígr. por día. A veces, para estimular el corazón, aplicábase un vejigatorio sobre la región precordial.

Desde el punto de vista patogénico, el autor considera los accidentes de que se trata como el resultado de una intoxicación por los venenos de la disentería; esta intoxicación repercute especialmente sobre el vago-simpático y sobre el corazón, provocando trastornos funcionales unas veces leves y fugaces, limitados probablemente al endocardio, otras veces graves y persistentes y que afectan al órgano entero.

(*Tesis de Paris.*)

\*  
\*\*

**De las fracturas del cráneo.**—*M. Tilmann* (de Greifswald): Después de haberme ocupado en las lesiones del cráneo y del cerebro por armas de fuego en el último Congreso, he tratado de aclarar ciertos puntos oscuros de la patología de las fracturas del cráneo y de la compresión cerebral. Primeramente he estudiado los efectos de una caída del cráneo desde cierta altura sobre un objeto duro; luego, los que produce el choque de un objeto semejante sobre un cráneo inmovilizado, y, por último, la acción del choque ejercido sobre un cráneo suspendido sin ser inmovilizado. Se ha instituído una serie de experimentos sobre una caja llena de gelatina y llevando en medio de esta masa una bala de hierro. Colocando esta caja en las diferentes condiciones que acabo de enumerar, he observado que los movimientos de la bala aparecen regidos por las leyes de la gravedad y he podido convencerme de que estas leyes explican también los fenómenos que se observan en los traumatismos craneanos. A tenor de estas leyes, los movimientos de la bala varían según su peso específico, y lo mismo debe ocurrir con los movimientos del contenido de la caja craneana en los diferentes traumatismos. Ahora bien; como es un hecho conocido que los pesos específicos de la sangre, de la substancia blanca y gris y del líquido céfalo-raquídeo presentan diferencias notables, de ahí que por estas diferencias es como yo creo poder explicar la producción de hemorragias capilares en los casos de conmoción cerebral, su ausencia en otros, su predominio en la substancia gris, así como la localización de los síntomas esenciales de conmoción á nivel de la corteza.

Por lo que hace á las hemorragias capilares, yo estimo que la sangre, cuyo peso específico es más elevado que el de la subs-

tancia cerebral, no se conforma con tanta rapidez al paso del movimiento del cráneo como el resto de la masa encefálica, resultando de ello un infarto de la red capilar, seguido de extravasaciones si el choque es bastante violento. Estas extravasaciones se localizan á nivel de la corteza, porque la capa cortical es á la vez más rica en capilares y menos resistente que la substancia blanca.

Un proceso de igual naturaleza tiene lugar con relación á la substancia blanca y á la substancia gris, dado que ambas masas no obedecen de una manera igual á las leyes de la gravedad á causa de las diferencias de sus pesos específicos. Prodúcese, por consiguiente, una especie de separación microscópica entre la corteza y la substancia blanca, con lo cual queda explicada la localización de los síntomas á nivel de la corteza, aun cuando no existan hemorragias capilares.

Una segunda serie de experimentos, instituída paralelamente sobre cráneos llenos y sobre cráneos vacíos, así como sobre tubos de cristal llenos de gelatina ó vacíos, ha puesto de manifiesto que el contenido del cráneo ejerce una influencia considerable sobre la naturaleza de las fracturas. Así hemos visto, por ejemplo, que los fragmentos son mucho más numerosos cuando el cráneo está lleno.

*M. Gussenbauer* hace notar que las condiciones de presión de la sangre venosa y arterial del líquido céfalo-raquidiano difieren de tal modo entre sí, que la diferencia relativamente mínima de sus pesos específicos no puede desempeñar el papel considerable que *Tilmann* le atribuye en el génesis de la conmoción cerebral.

(*XXVIII Congr. de la Soc. alem. de Cir.*)

\*  
\*\*

#### **Contribución al estudio de la osteomielitis aguda del sacro.**

—Raras veces se nota que una osteomielitis aguda tenga por punto de partida el sacro. *Dehler*, por su parte, no ha podido hallar en la literatura médica sino tres observaciones de este género, á las cuales agrega otras dos recogidas por él en la clínica quirúrgica de Wurtzburgo.

La primera se refiere á una joven de 21 años, que fué acometida súbitamente de un dolor intenso del lado izquierdo del sacro, irradiándose hasta el pié. Los escalofríos y cefaleas que le sobrevinieron indugéronla á hacerse admitir en la clínica médica de Wurtzburgo, donde estuvo dos días, y desde la cual fué trasladada al servicio quirúrgico de Schönborn.

Al examen notábase una sensibilidad exagerada á la presión, á nivel de la articulación sacroilíaca izquierda. Los movimientos del cuerpo, especialmente la extensión, así como la rotación, eran dolorosos. El tacto rectal no denotaba nada de particular. El estado general era bastante grave; el pulso latía 120 veces por minuto y el termómetro marcaba 40°. Se diagnosticó una osteomielitis primitiva del sacro y se hizo una incisión á nivel de la articulación sacroilíaca izquierda. Esta última no presentaba nada anormal, pero la subs-

tancia esponjosa del sacro ofrecía unas manchas grisáceas rodeadas de puntos hiperemiados, y era menos resistente que de ordinario. El cirujano reseco la parte enferma y taponó la herida con gasa iodofórmica. El examen bacteriológico de la médula ósea contenida en el foco morbosó reveló la presencia de los estafilococos blanco y dorado, del estreptococo puógeno, y de un diminuto bacilo parecido al de la difteria. El estado general de la paciente se agravó todavía más; en su vista, fué decidida una segunda intervención, que consistió en resecar una gran parte de la mitad izquierda del sacro, sin que se encontrara nada de pus. La enferma sucumbió tres días después con síntomas de una septicemia grave.

La autopsia hizo descubrir la existencia de lesiones características de la septicemia y de pequeños abscesos metastáticos en los riñones. El examen del sacro mostró unos focos de infiltración en todas las partes de este hueso, sin que hubiera vestigio de supuración.

La segunda observación se refiere á una mujer de 30 años de edad, que con ocasión de un esfuerzo muscular había experimentado un dolor intenso á nivel de la cadera izquierda. Seis días más tarde, esa mujer presentaba una tumefacción dolorosa de ambos lados de la columna vertebral lumbar. Los tegumentos no ofrecían nada de particular; no se notaba tampoco ninguna fluctuación. La exploración del recto dió un resultado negativo. La temperatura oscilaba entre 37°2 y 38°2 y el pulso latía de 90 á 100 veces por minuto. Supúsose que se trataba de un hematoma traumático de los músculos lumbares. Sin embargo, al cabo de nueve días sobrevino un escalofrío y la temperatura alcanzó 40°, locual evidenció que en realidad se trataba de una enfermedad infecciosa. Una incisión hecha en la región lumbar puso al descubierto un absceso intramuscular, pero la articulación sacroilíaca fué hallada intacta. Al día siguiente, habiendo empeorado el estado de la enferma, practicóse una segunda intervención y se vió salir pus por los dos primeros orificios sacros posteriores. A ese nivel, la substancia esponjosa del sacro era el centro de varios abscesos del volumen de una cereza. Se hizo una resección bastante extensa de la parte superior del hueso y se taponó la herida. El pus encerraba numerosos estafilococos. La paciente sucumbió dos días después con síntomas de septicemia aguda. En la autopsia se notó la existencia de numerosos abscesos y de focos hemorrágicos en los músculos lumbares; cuanto al sacro, se halló asimismo en él una pequeña colección purulenta que había pasado inadvertida al hacerse la operación.

A propósito de ambas observaciones, el autor hace notar que, en la osteomielitis del sacro, la infección se localiza preferentemente en las partes laterales de este hueso. Fuera de los síntomas generales, obsérvese una sensibilidad del sacro á la presión y dolores que sobrevienen con ocasión de ciertos movimientos de la columna vertebral.

En lo que concierne al tratamiento, Dehler estima que es nece-

sario intervenir sin demora enérgicamente; lejos de limitar la intervención á la incisión del periostio, hay que procurar evacuar en cuanto es posible todos los focos intraóseos.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

\*  
\* \*

**El origen del facial superior.**—En la *Revue Neurologique* (número 2, 1898), publica Marinesco un artículo titulado: *L'origine du facial superieur*. Después de señalar brevemente las diversas opiniones que existen acerca de la inervación del facial superior, expone sus investigaciones, al parecer decisivas.

Admite en el núcleo del facial tres regiones: inferior, constituida por una masa compacta de células multipolares bien circunscriptas; media, en la que se ven tres núcleos secundarios, externo, medio é interno (los dos primeros de estructura semejante); superior, con un solo núcleo. El núcleo del facial es, pues, muy complejo.

He aquí, ahora, su experimento: secciona en un perro la rama del nervio facial que anima á los músculos frontal, orbicular y superciliar, deja vivir algunos días al animal, y al examinar el bulbo y la protuberancia halla una reacción muy manifiesta en la parte inferior del núcleo del facial y en la posterior del segmento del núcleo mediano, reacción que vá menguando á medida que se acerca á la extremidad superior. De lo cual deduce, que á lo menos en los perros, el origen del facial superior está en el núcleo común del facial.

(*Gac. Méd. Catal.*)

\*  
\* \*

**Trifonina.**—(Propionylfenetidina.) Se produce haciendo calentar una mezcla de parafenetidina y de ácido propiónico. Es un polvo blanco, inodoro, brillante y cristalino, de un gusto ligeramente amargo.

Se funde á 120° centígrados y se disuelve en 2,000 veces su volumen de agua. Se emplea á la dosis de 0,50 á 1 gramo, bajo la forma de sellos. La dosis diaria no debe pasar de 3 gramos.

Según Gaude, la trifenina es un antipirético seguro y un rápido antineurálgico.

(*Pharnae Zeitung.*)

\*  
\* \*

**De la laminectomia en los casos de paraplegia espondilítica.**—*M. Trendelenburg* (de Leipzig): Parece resultar de los últimos trabajos de Kraske, de Reinert y de Wachenhusen, que la paraplegia espondilítica no es la consecuencia de una compresión de la médula por las vértebras desviadas, sino que resulta más bien de un proceso inflamatorio localizado en las envolturas medulares. Reinert estima, además, que la curación espontánea de la paraplegia es más frecuente de lo que generalmente se cree. Las observa-

ciones que yo he tenido ocasión de registrar, sin embargo, me han llevado á conclusiones que difieren sensiblemente de las consignadas por dichos autores.

Desde 1882, 27 sujetos atacados de espondilitis con paraplegia han sido hospitalizados en la clínica quirúrgica de Leipzig sin ser operados. De esos individuos, 14 sucumbieron durante su estancia en el hospital y ocho después de su salida, lo cual representa una mortalidad de 82 por 100. El pronóstico de la paraplegia espondílica no operada es, por consiguiente, mucho más desfavorable de lo que, al parecer, admite Reinert.

Por lo que se refiere á los casos operados sobre ocho enfermos, ninguno murió de resultas de la operación, y uno sólo sucumbió, seis meses después de salir del hospital, en circunstancias de todo en todo independientes del acto operatorio. En tres pacientes la paraplegia ha desaparecido, dos se hallan todavía en tratamiento, uno ha presentado una recidiva después de una mejoría transitoria; finalmente, se ha registrado un fracaso completo.

Resultado de estos hechos que el pronóstico operatorio es mucho mejor de lo que generalmente se cree.

Cuanto á la causa inmediata de la compresión, he notado tres veces alteraciones inflamatorias en el canal medular, y cinco veces una compresión de la médula por las vértebras desviadas, lo cual parece estar en oposición con la teoría que recordaba hace un momento.

Cuanto al comienzo de la paraplegia, remontábase en mis enfermos hasta á diez y siete años.

En general, se trataba de una parálisis espasmódica casi completa, con desórdenes más ó menos acentuados de la sensibilidad cutánea, y trastornos en las funciones de la vejiga y del recto.

En lo que concierne al manual operatorio, hago una incisión en colgajos para separar luego los músculos y dejar al descubierto la columna vertebral; luego reseco las hojas vertebrales con ayuda de una pinza cortante, empezando por el vértice de la jibosidad. Cuando la compresión medular resulta de la desviación vertebral, la médula presenta generalmente un tinte azulado. Continúo extirpando las hojas de las vértebras contiguas hasta que la médula haya recobrado su coloración normal. En ciertos casos existe una doble desviación, la una de convexidad posterior, la otra de convexidad lateral, lo cual me parece de una cierta importancia desde el punto de vista de la compresión. La herida es, por lo general, suturada. Las consecuencias operatorias han sido regulares en todos mis enfermos. Cuanto á la paraplegia, se ha mostrado á menudo más acentuada inmediatamente después de la intervención, cosa que yo atribuyo al hecho de haberse producido alteraciones transitorias de la circulación; disminuía, por lo demás, con tanta mayor rapidez cuanto más reciente era. A veces el resultado definitivo se ha hecho esperar próximamente un año. Ha sido excelente, aun en los casos en que la parálisis había sido completa, así como en los



enfermos atacados desde hacía muchos años de una paraplegia incompleta.

Por lo que hace á la indicación operatoria, se evitará en lo posible operar á los sujetos cuya espondilitis se halla todavía en estado agudo (dolor provocado por la presión en el eje de la columna vertebral), pues entonces la intervención es susceptible de agravar notablemente la afección.

(XXVIII Congr. de la Soc. alem. de Cir.)

\* \* \*

**A propósito de la trepanación del cráneo.**—*M. Korte* (de Berlín): Hé aquí una pieza anatómica procedente de una enferma á quien había hecho una operación radical por causa de caries del peñasco. La paciente me fué de nuevo conducida algunos meses más tarde con los síntomas de un absceso cerebral, especialmente una hemiplegia del lado derecho, y con fenómenos de afasia. Practiqué una trepanación á nivel del lóbulo temporal sin encontrar pus. La enferma se restableció, pero acabó por sucumbir seis meses después. En la autopsia noté la existencia de una tuberculosis del peñasco, que había invadido la pared del canal carotidiano, así como la de la carótida. Este vaso se hallaba trombosado y había suministrado evidentemente al proceso tuberculoso una vía de propagación al interior del cráneo. La trombosis de la carótida había acarreado, además, la formación de numerosos focos de reblandecimiento en el hemisferio correspondiente.

*M. von Bergmann* presenta á un joven trepanado hace cuatro años por una epilepsia que le había sobrevenido tres meses después de un disparo de revólver á la sien, y en quien fué imposible encontrar el proyectil. Habiéndose formado un absceso cerebral á nivel de la trepanación, se llevó á cabo una segunda intervención. El enfermo curó, y el examen radioscópico puso de manifiesto que la bala estaba alojada, no en el cerebro, sino en el seno maxilar.

(XXVIII Congr. de la Soc. alem. de Cir.)

\* \* \*

**Extracción de una bala alojada en el cerebro: curación.**—*M. A. Barker* (de Londres): El caso del cual voy á hablaros se refiere á un joven que se había disparado dos tiros de revólver en la boca; las balas habían penetrado á través del paladar óseo. No hubo al principio ningún síntoma alarmante, pero, á partir del duodécimo día, aparecieron sucesivamente vómitos, una hemiplegia izquierda, una congestión de la papila derecha y una ligera elevación de la temperatura. Estos fenómenos no tardaron en atenuarse; luego, dos meses próximamente después de el accidente, el paciente tuvo una crisis epiléptica que se repitió al día siguiente. El examen radioscópico había mostrado que uno de los proyectiles estaba alojado en el esfenoides, mientras que el otro radicaba en el centro del cerebro, á cuatro centímetros y medio de la superficie del crá-

neo, en un punto que correspondía con la cara superior del cuerpo caloso.

En su vista, decidí intervenir. Puesto el cerebro al descubierto, fuéme fácil descubrir la bala en el sitio que había designado el examen radioscópico. Conseguí extraer el proyectil con ayuda del dedo, después de haber hecho algunas tentativas infructuosas valiéndome de las pinzas. La intervención fué seguida de una hemiplegia completa, que fué corrigiéndose, sin embargo, á partir del día siguiente. En la actualidad, mi operado se halla en vías de curación.

(XXVIII Congr. de la Soc. alem. de Cir.)

\*  
\*\*

**Nirvanina.**—Es el clorhidrato de dietilglicocola amido ortooxibenzoato de metilo. Se presenta cristalizado en prismas blancos que se funden á 185°, fácilmente solubles en el agua; la solución es neutra, produciendo con el percloruro de hierro una coloración violeta. La nirvanina produce una anestesia completa empleándose en inyecciones hipodérmicas y en lavados sobre las placas. Puede asociarse á la cocaína para la anestesia de los ojos. Una solución al 2 ó al 5 por 100 produce resultados satisfactorios en la práctica dentaria. Es inofensivo y produce una anestesia que dura largo tiempo.

(*El Rest. Farm.*)



## SECCION PROFESIONAL

### CRUCES.

«Circular.—Exemo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien autorizar el uso de la medalla de Constancia, creada por Real Orden de 22 de Julio de 1882, para premiar la de los voluntarios de la Isla de Cuba, á todos los Generales, Jefes, Oficiales y clases de tropa del ejército, milicias é instituto mencionado, á quienes les fué concedida, como gracia especial, la condecoración de referencia por el Capitán General de dicha Isla, en atención á los servicios que prestaron durante la última campaña.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.

—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 16 de Mayo de 1899.—Polvieja.—Sr.....»

\*  
\*  
\*

#### PLANTILLAS.

«Excmo. Sr.: Teniendo en cuenta la necesidad de atender debidamente al servicio farmacéutico en el hospital militar de Santa Cruz de Tenerife, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver se aumente un Farmacéutico primero en la plantilla de dicho hospital y en la del Cuerpo de Sanidad militar, y disponer que interin se haga la inclusión de dicha plaza en el primer proyecto de presupuesto que se redacte, se nombre en comisión para el citado hospital un Oficial del citado empleo en situación de excedente, á quien deberá abonársele la diferencia de sueldo hasta el de activo, por el capítulo y artículo del vigente á que estén afectos sus haberes por la indicada situación.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 18 de Mayo de 1899.—Polvieja.—Sr. Capitán General de las Islas Canarias.—Sr. Ordenador de Pagos de guerra.»

\*  
\*  
\*

#### DERECHOS PASIVOS

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista del Real Decreto de 4 de Abril próximo pasado (C. L. núm. 67), expedido por el Ministerio de Hacienda, sobre las clases pasivas que perciben haber por las Cajas de Ultramar, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, de conformidad con lo expuesto por el Consejo Supremo de Guerra y Marina en 4 del corriente mes, ha tenido á bien dictar para cumplimiento de dicho Real Decreto, en cuanto afecta á las expresadas clases procedentes del ramo de Guerra, las reglas siguientes:

Artículo 1.º Los expedientes de retiro ó pensión no terminados definitivamente en la citada fecha de 4 de Abril próximo pasado, y los que en adelante se incoen, serán resueltos con sujeción estricta á lo dispuesto en el artículo 7.º del mismo.

Art. 2.º La revisión ordenada en el artículo 2.º del referido Real Decreto, se entenderá alcanza á las siguientes clases: **Jefes, Oficiales y sus asimilados del ejército y clases no asimiladas.**—A. Retirados por Ultramar con aumento de peso fuerte por escudo.—B. Retirados por la Península con tercio de bonificación por las Cajas de Ultramar.—C. Retirados por la Península con tercio de bonificación por la misma Península.—D. Re-

tirados por Ultramar sin aumento ni bonificación.—**Sargentos, cabos y soldados.**—*A.* Retirados con residencia en Ultramar y aplicación de la Ley de 26 de Abril de 1856.—*B.* Sargentos retirados con los beneficios de la Ley de 9 de Julio de 1889, también residentes en Ultramar. **Viudas y huérfanos.**—*A.* Pensionistas por Ultramar con arreglo á las tarifas de Indias de 17 de Junio de 1773 y sus ampliaciones.—*B.* Pensionistas que cobran el peso fuerte por sencillo con sujeción á la orden de 19 de Febrero de 1873.—*C.* Pensionistas conforme á la Legislación llamada del Tesoro, que disfrutaban haberes señalados con arreglo á los sueldos de Ultramar y consignados por aquellas Cajas.—*D.* Pensionistas con bonificación del tercio á cobrar por Ultramar.—*E.* Pensionistas con bonificación del tercio á cobrar por lo Península.—*F.* Pensionistas que residen en Ultramar cobrando la bonificación de dos pesetas por una.

Art. 3.º Los nuevos señalamientos que en virtud de la revisión han de hacerse, se ajustarán. **Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados y clases no asimiladas.** «Los de la letra *A.*» *Retirados por Ultramar con aumento de peso fuerte por escudo*, á la Ley de retiros de la Península de 2 de Julio de 1865. «Los de la letra *B* y *C.*» *Retirados por la Península con tercio de bonificación por las cajas de Ultramar. Retirados por la Península con tercio de bonificación por la misma Península*, quedarán sin el tercio de bonificación. «Y los de la letra *D.*» *Retirados por Ultramar sin aumento ni bonificación*, serán confirmados exactamente en la misma cantidad que en la primitiva concesión les fué señalada.—**Sargentos, cabos y soldados.** «Los de la letra *A.*» *Retirados con residencia en Ultramar y aplicación de la Ley de 26 de Abril de 1856.* Aunque á la casi totalidad de esta clase comprenderán las excepciones del artículo siguiente, si algunos no les alcanzare, sus haberes serán regulados por los de la Península en la época de que se trata, lo mismo que las pensiones de las cruces de María Luisa y Mérito Militar de que se hallen en posesión. «Y los de la letra *B.*» *Sargentos retirados con los beneficios de la Ley de 9 de Julio de 1889, también residentes en Ultramar*, continuarán en el goce del mismo retiro que disfrutaban, una vez que para ellos la residencia en Ultramar no implicaba aumento alguno.—**Viudas y huérfanos.**—«Los de la letra *A.*» *Pensionistas por Ultramar con arreglo á las tarifas de Indias de 17 de Junio de 1773 y sus ampliaciones*, se hará una nueva clasificación de sus derechos, con sujeción al Reglamento del Montepío militar ó á la legislación de pensiones llamada del Tesoro, si á ella tuvieren derecho y les fuere más beneficiosa, sin que sea obstáculo para esto último lo determinado en Real Orden de 8 de Febrero de 1892 (*Colección Legislativa*, núm. 46.) «Los de la letra *B.*» *Pensionistas que cobran*

*el peso fuerte por sencillo con sujeción á la orden de 19 de Febrero de 1873; perderán el aumento de moneda. «Los de la letra C.» Pensionistas conforme á la legislación llamada del Tesoro que disfrutaban haberes señalados con arriego á los sueldos de Ultramar, y consignados por aquellas Cajas, serán objeto de nuevo señalamiento, sirviendo de regulador los sueldos de la Península. «Los de las letras D y E.» Pensionistas con bonificación del tercio á cobrar por Ultramar. Pensionistas con bonificación del tercio á cobrar por la Península; quedarán sin el tercio de bonificación. «Y los de la letra F.» Pensionistas que residen en Ultramar cobrando la bonificación de dos pesetas por una; quedarán asimismo sin el beneficio de tal aumento.*

Art. 4.º Lo establecido en el artículo que antecede en cuanto á retirados y pensionistas acerca de la supresión de tercios de bonificación ya estén señalados sobre el Tesoro de la Península ó Cajas de Ultramar, clasificaciones por nuevas tarifas y reducción por tipo de moneda, se entenderá sin perjuicio de las excepciones contenidas en el artículo 4.º del referido Real Decreto para los casos en que el haber total no exceda de 1.000 pesetas, ó quede reducido á este tipo, que es el que servirá siempre como minimum para los efectos de la presente revisión. Sin embargo, dentro de estos mismos casos de excepción se tendrá en cuenta que los que cobren aumento por razón exclusiva de residencia en Cuba, Puerto Rico y Filipinas, y debieran cesar en el mismo al trasladarse á la Península, continuarán sujetos á la misma cláusula, á fin de evitar resulten por la revisión en mejores condiciones, caso de efectuar en lo sucesivo su regreso, que los de su igual clase que ya lo hayan realizado y se encuentren en la Península.

Art. 5.º En todo expediente se abonará ó exigirá al interesado la diferencia que á su favor ó á su cargo resulte, previa liquidación entre el haber disfrutado y el que por virtud de la revisión corresponda á partir de 1.º de Enero del corriente año.

Art. 6.º Los retirados y pensionistas que continúen residiendo en Cuba, Puerto Rico y Filipinas, quedarán sometidos á lo dispuesto ó que en adelante se disponga por el Ministerio de Hacienda para los de su igual clase que residan en el extranjero.

Art. 7.º Todas las instancias presentadas en solicitud de traslado de retiros ó pensiones al Tesoro de la Península, serán puestas de nuevo en curso y resueltas conforme á las reglas anteriormente consignadas; y los demás interesados á quienes la revisión afecta, podrán también desde luego promover sus solicitudes siendo cursadas al Consejo Supremo por conducto de los Capitanes Generales respectivos, sin necesidad de acom-

pañar documento alguno, pero cuidando de expresar con exactitud el nombre y dos apellidos del recurrente, la fecha de la concesión del retiro ó del señalamiento de la pensión, y caso de transmisión de ésta, del nombre y apellidos del primero en que recayó el derecho, y Caja de Ultramar ó Delegación de Hacienda por donde el pago fué consignado.

Art. 8.º Sin perjuicio de dichas solicitudes, el referido Consejo Supremo reclamará desde luego á este Ministerio, y por su conducto al de Hacienda y á la Junta de Clases Pasivas, todas aquellas relaciones nominales ó antecedentes que estime necesarios, y dispondrá asimismo el examen de todos los expedientes que obren en el archivo del propio Consejo dentro de los períodos de tiempo y en la forma que juzgue más adecuada, á fin de obtener como resultado de todo ello queden terminadas en el más breve plazo posible las nuevas clasificaciones.

Art. 9.º Las pagas de tocas ó supervivencia que puedan corresponder á familias de individuos del ejército ó retirados fallecidos en Ultramar, serán reguladas conforme á la situación de los mismos y disposiciones vigentes sobre la materia, por no afectar á ellas el artículo 7.º del Real Decreto de que se trata.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 20 de Mayo de 1899.—Polavieja.—Sr....»

\*  
\*  
\*

#### SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«Circular.—Excmo. Sr.: En atención á las poderosas razones que expone en escrito de 19 de Abril próximo pasado el Inspector de la Comisión liquidadora de la Inspección de la Caja general de Ultramar, encaminadas á patentizar la conveniencia de que en lo sucesivo, y para evitar pagos indebidos, no se concedan reintegros y abonos de cantidades por ningún concepto que pueda afectar á los ajustes de los Generales, Jefes y Oficiales procedentes de Ultramar; y á fin de armonizar los intereses del Estado con los principios de equidad que deben imperar en cuantas resoluciones afecten económicamente á las mencionadas clases, consiguiendo al propio tiempo atender en la medida posible á la necesidad imperiosamente sentida de que la expresada Comisión liquidadora funcione cuanto antes dentro de la órbita que la es peculiar, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien resolver que la Real Orden Circular de 28 de Marzo último (*Diario Oficial*, núm. 69), que dispone que el abono de pagas de navegación, reintegro de pasajes, asignaciones y depósitos de garantías de las mismas,

se verifique por el citado organismo liquidador con cargo al fondo de repatriados, cese de aplicarse á toda reclamación que por los conceptos detallados ó cualesquiera otros se curse por las expresadas clases con posterioridad al día 30 de Junio próximo, debiendo limitarse las resoluciones que recaigan en las reclamaciones que se cursen, á partir de dicha fecha, á la declaración de derechos, realizándose los pagos en la forma y con la justificación que las disposiciones vigentes estatuyen.

Es asimismo la voluntad de S. M., que el depósito de embarque de Barcelona facilite á los Generales, Jefes y Oficiales que aún han de repatriarse, procedentes del ejército de Filipinas, las pagas de navegación que por no haberlas recibido al efectuar su embarco pudieran corresponderles, además de las cantidades que á cuenta de los sueldos que se les adeuden deba entregarles el mencionado depósito, con las formalidades establecidas en Real Orden Circular de 26 de Enero último (*C. L.* número 13.)

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 23 de Mayo de 1899.—Polavieja. —Sr.....»

\* \* \*

#### RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS.

«*Circular.*—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que la Real Orden Circular de 17 de Noviembre último (*D. O.* núm. 257), sobre reconocimientos facultativos á que deben sujetarse los Jefes, Oficiales y asimilados procedentes de Cuba y Puerto Rico, se haga extensiva á los regresados de Filipinas; entendiéndose que habrán de sufrirle los de este Archipiélago dentro del tercer mes de hallarse en la Península en uso de licencia por enfermos, ordenando desde luego los respectivos Capitanes Generales, que se practique con los que hubieran cumplido el referido plazo; pudiendo también los interesados, antes de contar dicho período de tiempo, solicitar ser reconocidos para justificar su restablecimiento y acreditar que se hallan en condiciones de prestar sus servicios, á fin de que, una vez comprobados estos extremos, sean incluidos en turno para la colocación correspondiente.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 25 de Mayo de 1899.—Polavieja.—Sr.....»



## VARIEDADES

Desde el día 2 al 9 de Agosto de 1900, se verificará en París el *IV Congreso internacional de Dermatología y de Sifiliografía*, cuyas sesiones se celebrarán en el hospital de San Luis, de ocho de la mañana á una de la tarde. Las sesiones serán públicas, habiendo sido nombrado Secretario de la Sección española, nuestro distinguido compañero D. Antonio Pardo Regidor.

Lo asuntos que se discutirán, son los siguientes:

### A) DERMATOLOGÍA.

El origen parasitario de los eczemas.—Las tuberculides.—Las peladas.—Las leucoplaxias.

### B) SIFILIOGRAFÍA Y VENEREOLOGÍA.

Sífilis é infecciones asociadas.—La descendencia de los heredo-sifilíticos.—Causas de las infecciones generalizadas en la blenorragia.

Las adhesiones y todas las Memorias relativas al Congreso, pueden ser desde ahora dirigidas al Secretario general Dr. Georges Thibierge, 7, rue de Surene, París, ó al Secretario español D. Antonio Pardo Regidor, calle de la Luna, 22, 2.º, Madrid.

\* \* \*

La Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Navarra, ha quedado constituida en la forma siguiente:

*Presidente:* D. José Diestro y Vega.—*Vocales:* D. Marcos Indart y Erice, D. Manuel Ascorve y Biurrun, D. Dionisio Urroz y Ayoroa.—*Secretario:* D. Antonio Contreras y Urtasun.—*Contador:* D. Víctor Laquidain é Idoate.—*Tesorero:* D. Juan Rosich y Udabe.

---

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

**Anuario internacional de Medicina y Cirugía.**—Revista semestral publicada bajo la dirección del *Dr. G. Réboles y Campos.*—Segunda serie. Tomo XXVIII. Julio á Diciembre de 1898.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é Hijos. Plaza de Santa Ana, número 10.

**La oficina de Farmacia española según Dorvault.**—Anuario farmacéutico-médico redactado por los *Sres. D. Joaquín Olmedilla y Puig y D. Filiberto Soria y Sánchez.*—XIX suplemento de la segunda serie.—Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é Hijos. Plaza de Santa Ana, número 10.

**La lactancia mercenaria en Barcelona.**—Datos estadísticos referentes á la misma por el *Dr. Manuel Segalá Estalella.*—Memoria leída en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía.

**Medicamentos modernos, 1898.**—Obsequio á los suscriptores de *El Restaurador Farmacéutico*, por el *Director Francisco Puigpiqué.*—Barcelona, 1898. (Dos ejemplares.)

**Los rayos X y sus diversas aplicaciones á la Medicina y Cirugía.**—Folleto del Instituto radiográfico de España, fundado por *D. Emilio de Diego.*—Madrid, 1899.