

REVISTA
DE
SANIDAD MILITAR

PUBLICACIÓN CONSAGRADA

A LOS INTERESES CIENTÍFICOS Y PROFESIONALES

DEL

CUERPO DE SANIDAD MILITAR ESPAÑOL

FUNDADA

POR

L. AYCART Y A. QUINTANA

Y DIRIGIDA

POR

M. GÓMEZ FLÓRICO



Tomo XIII.—Año 1899

MADRID

IMPRESA DEL CUERPO DE ADMINISTRACIÓN MILITAR
1899

ENFERMEDAD DE ADDISON (1)

Sirva de justificación á estas líneas el tratarse de una enfermedad tan poco frecuente, sobre todo en estas latitudes, que Médicos de larga práctica profesional pasan su vida sin registrar un solo caso análogo al que describiremos.

El interés que S. M. la Reina Regente ha demostrado por este enfermo, á quien han visitado compañeros de la reputación del Doctor Candelas, de la Real Cámara; Dr. Miñambres, del Real Patrimonio, y otros varios, unos por indicación de S. M. y otros por la curiosidad que inspira todo lo raro y poco frecuente, así como haberse ocupado de nuestro historiado parte de la prensa periódica, me obligan, como jefe de la Clínica, á dar detallada cuenta de la grave enfermedad y del curso seguido por la misma, pudiendo felicitar me de haberle podido dar de *alta* por curación (?), aunque bien á mi pesar no pueda asegurar que ésta persista por mucho tiempo, si ha de darse crédito al pronóstico que de dicha afección hacen los clínicos.

Expondremos detenidamente la historia, y á continuación las reflexiones sugeridas por el caso presente.

Antonio Martín Ruiz, de 20 años, natural de Iruetz, provincia de Toledo, labrador de oficio, ingresó como recluta en la quinta del 97 y marchó á la Isla de Cuba el 2 de Mayo último; desembarcó en Santiago de Cuba, prestando sus servicios en el batallón Cazadores de Puerto Rico, núm. 19, y pasando después á el hospital, hasta el mes de Septiembre, que regresó en un estado deplorable. Carece de antecedentes hereditarios é individuales; tanto él como su familia han disfrutado siempre de excelente salud; tan sólo recordaba haber padecido fuertes cefalalgias, que se presentaban de tarde en tarde, cuando se dedicaba á las faenas agrícolas.

(1) En un soldado repatriado que ocupa una de las camas de la sala que costea S. M. la Reina Regente en el Hospital del Buen Suceso.

En los cinco meses de permanencia en Cuba sólo padeció dos ó tres calenturas, al parecer de carácter palúdico, que cedieron con la quinina, y las cuales no volvieron á repetirse; á pesar de haber cesado los fenómenos febriles, empezó á no tener apetito, á padecer intensa diarrea totalmente líquida, sin pujos, tenesmo, sangre ni moco, puramente catarral, con dos ó tres deposiciones al día; al mismo tiempo se debilitaba en tales términos que tuvo necesidad de ingresar en el hospital de Santiago de Cuba. En este establecimiento estuvo unos veinte días; lo embarcaron para la Península, siguiendo en el mismo estado durante la travesía, sin fuerzas, sin apetito y con una bronquitis intensa adquirida en el viaje, habiendo mejorado en su diarrea.

En dicha situación ingresó en esta Clínica el 10 de Octubre, ocupando la cama núm. 13.

Lo que primero llamó la atención fué la falta de relación entre las *fuerzas* y el desarrollo muscular. Comparándole con otro enfermo próximo á su cama, éste, que era un disintérico grave, demacrado en extremo, en que el sistema muscular apenas tenía desarrollo, se movía é incorporaba perfectamente en la cama, en tanto que nuestro enfermo, teniendo más masa muscular, permanecía en un estado de postración tal, que podemos decir que vivía tan sólo porque respiraba y porque, aunque débiles, se percibían los latidos cardiacos.

La astenia muscular era absoluta; no podía incorporarse para tomar los alimentos, ni llevar la mano á la boca; si se le instaba á levantar un brazo ó una pierna, contestaba que le era imposible, y sólo podía conseguirse ayudándole en los movimientos; ni el termómetro pudo tener en la axila, si no se le sujetaba el brazo contra el tórax; el pequeño esfuerzo muscular que ésto requiere, le era imposible; los dedos los tenía siempre en semi-extensión; cuando se le mandaba que apretase nuestras manos, su esfuerzo apenas se dejaba sentir, á tal extremo, que apenas hacía oscilar la aguja del dinamómetro. Los reflejos estaban disminuídos, no sentía las moscas, que se le posaban en la cara, ojos y boca (que casi siempre tenía entreabierta), habiéndonos obligado á cubrirle con una gasa, porque las moscas penetraban por estas cavidades sin que el más pequeño reflejo denotara protesta por parte del enfermo.

En posición supina, con los brazos y las piernas extendidos, los párpados cerrados, la boca entreabierta, la cara sin expresión, así permanecía los días y las noches, siendo preciso que se le llamara

mucho la atención para que saliese de ese estado comatoso en que vivía sumido.

No residía sólo la astenia muscular en los músculos de la vida de relación, sino que se encontraban afectados del mismo modo los de la vida orgánica; díganlo la torpeza del oído, la voz débil y atiplada, la imposibilidad de espectorar á pesar de la fuerte tos que padecía, la debilidad en los latidos cardiacos, lo depresible del pulso, que daba de ordinario 124 pulsaciones por minuto; no podía tomar alimentos sólidos por la dificultad en deglutirlos, todo lo cual probaba que los músculos que obran sobre los aparatos de estas diversas funciones, padecían el mismo estado de astenia que los de la vida de relación.

El segundo síntoma que llamaba la atención por su importancia, era el color de la piel; no era el color terroso que presentan esos centenares de infelices repatriados, adquirido por el paludismo; no era tampoco el tinte que se presenta, efecto de los rayos luminosos, en los sujetos expuestos de continuo al sol; era un verdadero color de bronce, más perceptible con luz natural, verdadera melanodermia de las partes puestas al descubierto.

El citado tinte era uniforme (no forma manchas aisladas) en la cara, cuello y manos, con puntos oscuros lenticulares, muchos de los cuales no tienen valor, porque su existencia es anterior á la enfermedad.

En las mucosas nada se presentó, pero el enfermo dió espontáneamente un dato de inmenso valor, y es que estando en el hospital de Cuba, sus compañeros le hicieron notar que tenía la lengua y la cara mucosa de los labios y carrillos, de color negro, que le desapareció en quince ó veinte días, sin que se le haya vuelto á presentar dicha manifestación.

El tercer síntoma que llamaba la atención era la tos pertinaz, por accesos, de que se sentía acometido con frecuencia, razón por la cual dirigimos un detenido examen á la cavidad torácica, sin que pudiéramos encontrar nada más que síntomas catarrales, estertores húmedos gruesos en los vértices, y subcrepitantes en las bases; nada de broncofonía, y percusión clara, demostrando la gran cantidad de roncus, que al enfermo, por falta de tonicidad bronquial, le era imposible espectorar, produciéndose un estancamiento de las mucosidades formadas, que no permitió el análisis de los esputos como deseábamos.

El aparato digestivo nos dió pocos síntomas: una inapetencia per-

tinaz, una diarrea de carácter catarral que alternaba con el estreñimiento y meteorismo; observando en las paredes del vientre, en su parte superior con más intensidad, la inyección de los vasos venosos, debida, sin duda alguna, á un obstáculo en el retroceso de la sangre, sin que pudiéramos atribuirla á aumentos en el hígado ó bazo, los cuales se encontraban normales.

En el aparato urinario, nada de particular; la orina resultó ser de coloración amarilla rojiza, reacción ácida, densidad algo disminuída (era de 1.010), conteniendo indicios de albúmina y algunos leucocitos, y careciendo de glucosa.

El enfermo ha estado siempre apirético. Los cabellos tenían un aspecto lanoso que recordaba el pelo de reposición de las tiñas favosas, sin brillo y cruyente al tacto. En todo el curso de la enfermedad, no aquejó dolor en ninguna parte del cuerpo, síntoma á que tanto valor se concede dentro de esta enfermedad. El peso del enfermo á su ingreso fué de 54 kilos y á su salida de 64.

¿Qué estados existen, que puedan simular una enfermedad de Addison, y especialmente la astenia muscular y el color bronceado?

El estado de astenia puede presentarse en otras enfermedades, especialmente en las llamadas caquéticas, en las albuminurias, hemorragias repetidas, leucocitosis, diarrea habitual, etc.; pero en estos casos el síntoma astenia es secundario, y aparece después de otros síntomas, yendo acompañada de un estado de demacración que no se observa en el addisoniano.

Lo que hizo diagnosticar la enfermedad fué la concurrencia de la astenia y la melanodermia.

El estado de *caquexia palúdica* se asemeja bastante á éste, pero el color es terroso sucio, hay antecedentes de paludismo, existe infarto del bazo y muchas veces del hígado, no olvidando que la coloración de las mucosas siempre es pálida, jamás obscura.

La *argirosis* pudiera simularla por las manchas que se localizan en las partes descubiertas, pero son más azuladas; hay el antecedente de la medicación anterior, y no existe la astenia, ó es en mucho menor grado que en el addisoniano.

La *diabetes bronceada* simula mucho á la enfermedad de Addison; es muy rara también, pero en caso de ella existe azúcar en la orina, que en el análisis de la de nuestro enfermo no pudo demostrarse.

No ha podido hacerse el examen de los esputos para ver si el enfermo es realmente tuberculoso; pero aun no siéndolo, están con-

formes los clínicos en que el pronóstico es fatal, ya sea tuberculosa ó de otra naturaleza la lesión de las glándulas suprarrenales.

Las indicaciones que había que llenar, eran levantar el estado general y reforzar la energía cardíaca. Se le dispuso jugo suprarrenal para atenuar los efectos que la falta del mismo producía. Tomar á diario dos tabloides de cinco gramos cada uno de jugo suprarrenal. Para tonificar el estado general, las inyecciones subcutáneas de suero artificial, en cantidad de 40 cc. al día, durante una semana; alimentación, leche y caldos, éstos con una cucharadita de somatosa para aumentar su acción reconstituyente. A los doce días de este tratamiento, el enfermo se incorporaba en la cama con relativa facilidad, é insensiblemente adquirió mayores energías.

A las cuatro semanas ya se levanta, aunque su andar es inseguro y vacilante; su cara tiene expresión, no es la cara de careta que tenía en los primeros días; su estado general vá mejorando notablemente, sus funciones digestivas se normalizan, y ya la medicación es tónica y acompañada de vinos tónicos-estimulantes, el de quina, kola y coca, etc.

Hoy el aspecto del enfermo es distinto á el de las semanas anteriores: semblante animado, expresivo, energía en las contracciones musculares, llegando á marcar en el dinamómetro 30 á 35 kilos; el apetito es grande, el aumento de peso es muy apreciable, y resulta ser de unos 10 kilos; el pelo ha variado, no tiene el aspecto lanoso, sino que fué reemplazado por otro de aspecto normal, que resulta parecer más espeso. El color de la piel es claro, muy normalizado, con un ligerísimo tinte obscuro, que indica no desapareció totalmente la melanodermia; el pulso es fuerte, amplio, considerándole ya en disposición de salir de alta. Se retrasa ésta por no estar completamente cicatrizada una ulcerita que se le formó en la pared abdominal, resultado de una de las inyecciones.

¿Podemos asegurar que la lesión reside en las cápsulas suprarrenales? No hay duda. La miostenia generalizada lo dice bien claro. *¿Podemos asegurar la clase de lesión que asiente en ellas?* Hoy no; pero predominando en estos enfermos la tuberculosis, es de suponer y temer que se trate de una tuberculosis, localizada en las glándulas suprarrenales, pero que no se manifiesta lo bastante en otros órganos para que pueda comprobarse por su examen clínico ó microscópico. Tal vez andando el tiempo, la incógnita se resuelva de un modo cierto. *¿La lesión es uni ó bilateral?* Lógico es suponer que en ésta, como en toda lesión de órgano par, no se al-

tera uno sin que el otro sufra en más ó en menos la consecuencia del trastorno de su congénere. *¿En qué estriba la gravedad del enfermo?* En la naturaleza y extensión de la lesión; siendo tuberculosa, basta por sí para formar su pronóstico fatal. Si la lesión corresponde á ambas cápsulas, aun no siendo tuberculosa, el pronóstico es igualmente grave, pues dichos órganos son indispensables para la vida. La fisiología demuestra que, á los animales que se les extirpa ambas cápsulas suprarrenales, mueren pronto, en un estado de postración grande, como también la destrucción parcial determina una astenia profunda, incompatible con la vida. Haciendo aplicación de lo expuesto se deduce que, desde el momento en que se alteren profundamente ó destruyan las cápsulas suprarrenales de nuestro enfermo, la curación será imposible.

Muy lejos de creer curado á este individuo, pensamos, más bien, que se trata de uno de esos períodos latentes de la enfermedad en que el enfermo disfruta, al parecer, de excelente salud (efecto de la medicación), pero que en un plazo más ó menos largo volverá á recaer, y probablemente morirá víctima de la enfermedad de Addison, con lo cual no será sino un caso más de lo ocurrido hasta aquí en estos enfermos. Dieulafoy cita el caso de un enfermo, curado en tres ocasiones con otras tantas recidivas, cada vez más intensas, hasta que murió: prueba evidente de la marcha progresiva de esta enfermedad.

¿Qué patogenia tienen la astenia y la melanodermia?

La astenia es determinada por la supresión de jugo suprarrenal, que según unos fisiólogos es dinámico, es decir, excitante de la contracción muscular, por cuyo motivo su falta determina el agotamiento muscular; según otros, dicho jugo suprarrenal es antitóxico de los productos que determina la contracción muscular; de aquí que al faltar en el organismo sufre este la intoxicación con su astenia consiguiente; sea una ú otra la causa, el hecho resulta cierto, toda vez que la muerte sucede á la falta de dicho jugo suprarrenal. Este líquido no desempeña papel alguno en la melanodermia ó color bronceado, pues este síntoma, que es patognomónico, que dá á el enfermo un tinte parecido al que tomaría si se lavase con agua de regaliz, no se presenta nada más que en el 6 ú 8 por 100 de los addisonianos, y tiene lugar, cuando además de las cápsulas, se hallan invadidos por la enfermedad los plexos solar ó semilunar.

¿Qué es lo que tiene de específico el tratamiento por el jugo capsular? Su fundamento estriba en la patogenia misma de la enferme-

dad; falta jugo suprarrenal, pues llevarlo á el organismo para que llene sus funciones y destruya las consecuencias de su falta. Si los resultados respondiesen siempre como en el caso expuesto, estaría resuelta la curación; pero lo general es que así no suceda, sino que su curso sea progresivo y destructor, y vuelve á recidivar cada vez con más intensidad, por ser mayor la destrucción de dichos órganos.

Este modo de comprender las cosas, nos dá explicación satisfactoria del por qué este enfermo, que sale en apariencia perfectamente sano y curado de la Clínica, no tardará en volver á reclamar los auxilios de la medicina, cuando desgraciadamente la ciencia nada pueda hacer por lo profundo y extenso de las lesiones.

R. SÁEZ GARCÍA.

Médico Mayor.

Prensa y Sociedades médicas

Quiste hidatídico del riñón derecho (quiste paranefrítico.) Marsupialización. Enterocèle y hernia del riñón lumbares. Nefropexia y sutura lumbar. Curación. — El Dr. Bravo y Coronado presenta la siguiente comunicación:

E. N., de 23 años, soltera, natural de Madrid, sirvienta, bien constituida y de buena salud habitual, ingresó en su Clínica del hospital general en el mes de Octubre del año 96.

Sin antecedentes patológicos individuales ni hereditarios, empezó á padecer hace ocho meses de dolores en la región lumbar, y sobre todo, en el lado derecho, que al principio creyó debidos al cansancio que le producían sus ocupaciones habituales, pero que después, acentuándose más y haciéndose más constantes, hubo de atribuir á otra causa, hasta que dos meses más tarde notó la presencia de un tumor, profundamente situado en su hipocondrio derecho, que gozaba de alguna movilidad, no era muy doloroso á la presión y tendría el tamaño del puño.

Viendo que el tumor aumentaba constantemente de volumen, que con su crecimiento producía molestias mayores que al principio, y pensando en la conveniencia de oponer á su mal algún remedio, decidió ingresar en el hospital, en la sala del Dr. Bravo.

Se nota á la simple vista de la enferma que su hipocondrio derecho forma relieve, algo que descendiendo hacia el vacío del mismo lado, borra su depresión normal y hasta convierte en línea con-

vexa la cóncava que une de ordinario el reborde costal con la cresta iliaca. Colocada la mano izquierda en la región lumbar, y la derecha aplicada de plano sobre la parte derecha de la pared anterior del abdomen, se toca clara y distintamente un tumor liso y de forma oval, con su diámetro mayor dirigido en sentido transversal, del volumen de una cabeza de feto, movable de adelante á atrás, y también transversalmente, aunque no puede hacérsele pasar de la línea media abdominal, de consistencia elástica, y en el que se aprecia una evidente y clara fluctuación y una onda líquida manifiesta á la subcusión. La percusión, después de marcar la zona de macidez hepática con sus límites normales, dá una zona de sonido timpánico entre la terminación de la macidez hepática y el tumor, que se continúa algo velada por la cara anterior de éste y recobra sus caracteres normales en el resto de la cavidad abdominal, y por la región renal y el vacío hasta la línea axilar dá un sonido á macizo muy manifiesto.

La compresión sobre el tumor no es dolorosa, pero espontáneamente determina dolores algo intensos, sobre todo á la progresión, que hace penosa, obligando á la enferma á inclinarse hacia adelante para realizarla y á reforzar con la mano las paredes abdominales, para que más fácilmente contengan y soporten el peso del tumor.

Diagnostica el Dr. Bravo un *quistes hidatídico del riñón*: que el tumor era quístico, lo demostraba su elasticidad y su fluctuación; que era del riñón, lo indicaba su localización, su independencia del hígado, demostrada por la falta de continuidad de la macidez hepática y de la tumoral; la interposición de la masa intestinal entre el tumor y la pared intestinal, era otro indicio de que estaba colocado por detrás de la serosa peritoneal, y por lo tanto, en el órgano que tiene esta posición anatómica, ó sea el riñón; y que era hidatídico lo demostraba la ausencia completa de toda alteración de la orina, donde ni pus ni sangre se presentaban ni habían presentado, donde no se habían visto nunca arenillas anunciadoras de cálculos posibles y de la que, por último, no se retenía nada en el riñón, por cuanto su cantidad expulsada era la normal, y no había tampoco los trastornos que suelen acompañar á la hidronefrosis; sólo los quistes hidatídicos pueden desarrollarse en el riñón con una ausencia tan grande de trastornos funcionales.

Decidido partidario de la intervención quirúrgica por incisión y marsupialización, ó por extirpación cuando es posible, para el tratamiento de los quistes hidatídicos, se propuso operar el de esta enferma por la vía lumbar, y aceptada por ella la operación, la practicó el día 3 de Noviembre del modo siguiente:

Anestesia clorofórmica, material de cura, líquidos, etc., asépticos, no antisépticos. Incisión de Guyón para las operaciones sobre el riñón; llegados á la atmósfera celulosa del riñón é incidida, pudo ver, no sin sorpresa, que el riñón estaba en su posición normal y al parecer sano, á juzgar por su extremidad inferior, que estaba al

descubierto. Introducido el dedo índice y explorada su cara anterior, se encuentra de consistencia y volumen normales; parece, pues, que el tumor no tiene relaciones con el riñón, pero como es muy accesible por aquella vía, se comprime por la pared abdominal y se le aplica á la herida de la región lumbar, se punciona con un trócar grueso y dá salida á un líquido claro, transparente como el agua, en fin, con los caracteres físicos del líquido hidatídico; se fijó entonces el tumor con algunos puntos de sutura á los bordes de la herida é incindió el quiste en una extensión de cinco centímetros; se vacía por completo y asoma la membrana prolifera, que es extraída íntegra; marsupialización de la cavidad, lavado abundante con agua hervida, relleno de la cavidad con gasa iodoformizada y apósito apropiado.

Se había confirmado el diagnóstico en cuanto á lo de quiste hidatídico, y parecía que no en cuanto á lo de la localización en el riñón, y el Dr. Bravo interpretó que aquel quiste, que en realidad ocupaba la región renal, habría nacido en el borde y cara postero-inferior del hígado, haciendo posible la confusión con un quiste del riñón.

La curación se obtuvo sin accidentes y con una marcha completamente aséptica, fué rellenándose la cavidad hasta quedar completamente cicatrizada en un período de dos meses, con la única particularidad de que la enferma, que había ocultado cuidadosamente su estado de gestación incipiente, no vió perturbada ésta por la operación y continuó desarrollándose de una manera normal, por cuya razón permaneció en la sala hasta que dió á luz con toda felicidad un robusto niño y terminó su puerperio.

Se creyó completamente curada á esta enferma, cuando en Noviembre del año 97, se presentó otra vez para consultar acerca de un tumor que nuevamente había notado en su región lumbar, que la molestaba muchísimo por lo doloroso y la obligaba á marchar inclinada hacia adelante. En su región lumbar se apreció que la línea de cicatriz de la herida operatoria hecha anteriormente se encuentra distendida y sumamente adelgazada, formando un relieve del tamaño de un puño sobre las líneas generales de la región. Se nota perfectamente la separación de los planos musculares de los lomos en toda la extensión de la cicatriz, pudiendo introducir sin molestia por la abertura subcutánea los cuatro dedos últimos de la mano. El tumor, que se apreciaba con la vista, es por la presión perfecta y fácilmente reducible, notándose que está compuesto de dos partes: una blanda, compresible y reducible, con gorgoteo, que sin duda está formada por asas intestinales, y otra más consistente, que se reduce en masa, que está fuertemente adherida á la cicatriz, hasta el punto de que cuando se reduce, tira de ella y la hunde, formando una umbilicación, que es dolorosa á la compresión, dando por su forma, consistencia y volumen, la idea exacta del riñón.

Como en la primera operación no se cerró con sutura el plano

musculo-aponeurótico lumbar, por la necesidad de marsupializar la bolsa quística, quedó este punto de la pared abdominal con una inferioridad de resistencia notable, y la masa intestinal, y sobre todo el colon, cuya situación en esta región es bien conocida, se hernió, y al herniarse arrastró con él al riñón, que además seguía el movimiento de salida, y quedó constituida una hernia lumbar del riñón derecho y un enterocele lumbar post-operatorio.

El tratamiento consistió en incindir con mucho cuidado la piel, siguiendo la misma línea de la cicatriz, pero unas líneas por fuera de ésta, descubrimiento del riñón, reducción y nefropexia, reducción del intestino y sutura por capas de la herida lumbar, profunda de la capa musculo-aponeurótica y superficial de la piel.

Operó el Dr. Bravo á la enferma el día 20 de Noviembre; una vez incindida la piel y la aponeurosis con precaución, cayó sobre el riñón, que efectivamente era uno de los órganos herniados; estaba tan fuertemente adherido á la antigua cicatriz por su extremidad superior, que aunque trató de desprenderlo con el dedo, la sonda acanalada y otros instrumentos romos, le fué imposible conseguirlo, y tuvo necesidad de recurrir al bisturí; con él trató de disecar todo lo más próximo posible á la cicatriz para no herir el parénquima renal, pero aquélla era tan delgada y formaba cuerpo tan íntimo con el riñón, que para desprender éste le fué preciso incindir en pleno parénquima, lo cual hizo profundizando lo menos posible. Desprendido el riñón, tuvo que hacer una sutura continua con catgut, comprendiendo su cápsula fibrosa, para cohibir la hemorragia que en alguna abundancia daba la herida hecha, y que cedió en seguida por este medio, y una vez terminada, y pudiendo ya movilizar el riñón en todas direcciones, procedió á la nefropexia.

Siguiendo el procedimiento de Guyón, pasó á un centímetro del borde externo del riñón tres puntos dobles de catgut del núm. 3, uno en la parte media, otro en el polo superior y otro en el inferior, pasados todos con la aguja de Reverdin, y hechos los nudos en cada lado con los cabos de un mismo punto, se pasó un cabo del punto superior por encima de la duodécima costilla y el otro por debajo de ella, y se anudaron sobre su cara externa, pasando los dos cabos de los demás puntos á través de las masas musculares de ambos bordes de la herida lumbar, con lo cual quedó el riñón completamente fijo y en su posición normal. Se redujo entonces el colon herniado y se procedió á la sutura profunda muscular, que para mayor seguridad hizo con seda fuerte y continua, quedando después de terminada muy bien cerrada la cavidad abdominal, y terminó la operación suturando la piel con seda también y puntos de sutura entrecortada, aplicando un apósito compresivo.

Consecuencias operatorias favorables, curso aséptico, cicatrización por primera intención, no siendo de notar otros fenómenos que la existencia de dolores bastante agudos en el riñón los cuatro primeros días y la disminución durante ellos de la cantidad de orina expulsada en las veinticuatro horas, síntomas ambos que desapa-

recieron después sin haber aparecido sangre ni enturbiamiento alguno en la orina. El día 10 de Diciembre estaba completamente cicatrizada la herida, y el 20 del mismo mes recibió el alta completamente curada, persistiendo la curación hasta la fecha.

Una sola consideración le queda por hacer con respecto á este caso, y es la de que la segunda operación confirmó el primer diagnóstico de quiste hidatídico del riñón, que había quedado en duda después de la primera intervención; y una vez que durante ella vió el riñón en su sitio y pudo tocarle por casi toda su cara anterior en perfecto estado de integridad, dice que confirma el diagnóstico, porque aquella unión tan estrecha entre la cicatriz resultante de la obliteración de la bolsa quística y el parénquima renal en el estrecho superior del órgano, que para deshacerla es preciso incidir el tejido propio del órgano, no tiene más explicación que la de que allí hubiera nacido y tenido implantación el quiste hidatídico, si quiera después su desarrollo fuera excéntrico, exterior á expensas de la atmósfera celulo-adiposa del riñón, y en esa forma que Tuffier ha estudiado y descrito con el nombre de quistes para-renales.

Por tener este desarrollo para-renal y este nacimiento en el polo superior del riñón y en las capas más superficiales del parénquima del mismo, se explica, primero, la ausencia de todo trastorno por parte de la función renal y de su producto, la orina, y segundo, el que el riñón, por su polo inferior y en casi toda su altura explorable por el tacto, presentara caracteres de tanta normalidad que le hicieran dudar del origen renal del quiste.

Asimismo, admitiendo esta implantación renal y este desarrollo para-renal del quiste, se puede explicar la producción de la hernia del riñón. Marsupializado el quiste y fijas sus paredes á la piel, claro está que al hacerse la retracción de estas paredes y la cicatrización de la cavidad, esta cicatriz debió ir tirando del extremo superior del riñón y aproximándolo al exterior, hasta que por ser completa llegó á poner en contacto el riñón con la piel, y no sólo en contacto, sino en unión tan íntima como la descrita. Si á ésto se une el que por no estar cerrado el plano muscular, el colon se herniaba y rechazaba la piel lejos del plano musculo-aponeurótico, se hallará la explicación del mecanismo de producción de la hernia del riñón, que salía al exterior solicitado por la piel, á la que estaba íntimamente adherido, y empujado y arrastrado también por la masa intestinal herniada.

(*Congr. Hispano-Portugués de Cir.*)

* * *

Perimetro y pinza de fijación del globo ocular.—El Dr. San Millán dice que el aparato de su invención consiste en un pié metálico, en cuyo extremo superior hay un círculo graduado, de cinco centímetros de diámetro. En el centro de este círculo, y mediante un tornillo de presión, se sujeta una varilla, que puede girar recorriendo la graduación del citado círculo, y que en su extremo libre lleva sujeta á rosca una bolita de un centímetro de diámetro, sus-

ceptible de ser reemplazada por otras, según el color que haya de emplearse en cada observación.

La varilla tiene 21 centímetros de longitud y es negra, para que no haya brillo que produzca error en el enfermo. El disco graduado puede inclinarse sobre el soporte desde la posición horizontal hasta la vertical, sabiéndose exactamente la inclinación que se le dá mediante un semicírculo del mismo diámetro, y graduado también, que debajo y perpendicularmente adosado á él sigue sus movimientos, de modo que por la combinación del giro de la varilla sobre el disco y del de éste sobre el soporte, la bolita colocada en el extremo de la varilla puede recorrer todos los meridianos de una esfera ideal.

Se puede dar al aparato la altura conveniente mediante un tornillo de presión que lleva en el soporte, que le permite elevarse hasta 27 centímetros.

Otro pié, que puede alargarse en las mismas condiciones que el ya descrito, y que tiene en su extremo superior un soporte para el mentón del enfermo, completa el aparato de que se trata.

Colocados estos dos piés á una distancia de 15 centímetros uno de otro, y á una altura conveniente para que el enfermo, apoyando el mentón en el sitio correspondiente, fije la mirada del ojo que ha de ser observado en la cabeza del tornillo que sirve de eje al semicírculo, se coloca la bolita que está al extremo de la varilla tocando en un punto de la cabeza del enfermo, y se la separa lentamente hasta que el enfermo la vea en algún sitio del círculo que ella describe.

Leyendo entonces el oculista los grados que marca la varilla en su disco y los de inclinación del meridiano, puede inscribir los resultados en el papel gráfico.

Repitiendo esta operación á partir de diferentes puntos de la cabeza del enfermo, se puede averiguar é inscribir todo el campo visual del individuo observado.

Por el pequeño volumen, fácil transporte y manejo sencillo de este aparato, cree el Dr. San Millán que aventaja á los hasta ahora empleados.

El otro instrumento que presenta es una pinza de fijación del globo ocular, con la cual trata de sustituir la mano de un ayudante en algunos casos de cirugía ocular.

Sobre un blefarostato, y en el sitio de unión de las dos ramas, ha hecho colocar una pieza, en la cual, mediante un tornillo, se puede fijar el nuevo aparato. Consiste éste en un tallo que sigue, al principio, la dirección de las ramas del blefarostato, y que luego está acodado convenientemente para soportar una pinza de diente de ratón, que relativamente al ojo en el que se aplique el aparato, está en la posición en que se coloca la pinza de fijación ordinaria. La pinza en cuestión, abandonada á sí misma, se cierra por un fuerte muelle, y el eje á que está sujeta, que es cuadrangular, se desliza dentro de un cuadradillo hueco. Un pequeño muelle en hélice hace

ligera tracción de esta pinza en sentido excéntrico al ojo, y para fijarla á la distancia conveniente, según el caso, tiene en el eje varios taladros, en los que se puede colocar un pasador que impide que la pinza se retire.

Cree el autor que este instrumento puede prestar utilidad en algunas circunstancias, como, por ejemplo, cuando un Médico de partido se ve precisado á operar sin tener persona idónea á la cual confiar la fijación del ojo, en casos en los que, por urgencia, pueda encontrarse el operador en circunstancias análogas á las citadas, y por último, para el que se aficionase á su empleo si la práctica llegase á sancionar su uso.

(*Congr. Hispano-Portugués de Cir.*)

Sarcoma del triángulo de Scarpa englobando la arteria femoral; sección parcial y sutura de este vaso. — El Dr. Cano Quintanilla presenta el siguiente caso interesante, porque en el curso de la operación fué seccionada la arteria femoral y suturada después:

La enferma, de 50 años de edad, natural de Cabezón de la Sal, de buena salud habitual y fuerte constitución, ingresó en el hospital de San Rafael en el mes de Febrero del año 1897, para operarse de un tumor que presentaba en la parte anterior y superior del muslo derecho. Hacía ocho meses que se le había presentado y su crecimiento era rápido. Era duro, abollado é indolente. Estaba situado en el triángulo de Scarpa, con adherencias íntimas á los músculos sartorio, recto-anterior, psoas y pectíneo. Se extendía unos 20 centímetros desde el arco crural hacia el anillo de los aductores, y englobaba en un trayecto de 10 centímetros á la arteria femoral. Su peso, después de extirpado, se elevó á 700 gramos y su naturaleza era la del sarcoma.

Emprendida la operación, fué separado el tumor, después de disección minuciosa, de la arteria femoral, pero no sin producir una herida transversal en aquel vaso, á pesar del cuidado que se puso en su separación, herida que comprendía una tercera parte de la luz de la arteria. Dudando entre la ligadura de la femoral en este punto ó en la sutura de su herida, optó por este último procedimiento, siguiendo el de Jassinowky, que no pasa en la sutura de la túnica media de la arteria, por creerle más perfecto, y colocó cuatro puntos con seda muy fina.

El resultado inmediato fué inmejorable, se restableció enseguida la circulación en todo el recorrido de la arteria femoral, sin dar origen á pérdidas de sangre por la herida; mas al levantar el apósito á los tres días, se vió la obliteración de la arteria por debajo de la sutura, no quedando por eso comprometida la circulación de la pierna, cuyo riego sanguíneo se restableció por la femoral profunda. La enferma curó rápidamente y regresó al pueblo de su naturaleza.

En las heridas arteriales se han obtenido algunos resultados con la sutura en las longitudes; pero en las oblicuas y transversales todos los experimentadores han fracasado. Sus ensayos han encon-

trado ya su aplicación en la cirugía, y se citan los casos de Israel, que ha suturado la ilíaca primitiva herida en el curso de una operación por apendicitis, y el de Heidenhain, que ha suturado la axilar, perforada en un raspado de la axila, practicando estos cirujanos la sutura con catgut, y perforando completamente la pared. A pesar de estos dos casos favorables, no cree que la sutura arterial pueda dar origen, hoy por hoy, á resultados lisonjeros. La dificultad de su ejecución por una parte, y por otra la de evitar la exhalación de sangre por entre los puntos de sutura, al mismo tiempo que el poder impedir que los bordes de la herida ó los puntos de sutura formen pequeños relieves en el interior del vaso que determinen la coagulación de la fibrina, hacen á su juicio poco práctico este procedimiento.

Fundado en estas consideraciones, cree poder deducir del caso transcrito la siguiente conclusión:

En las heridas arteriales, principalmente en las transversales, la sutura es difícil é ineficaz casi siempre, siendo preferibles para detener la hemorragia los demás hemostáticos, sobre la ligadura, procurando por medios indirectos restablecer la circulación colaterali.

(*Congr. Hispano-Portugués de Cir.*)

*
*
*

Un nuevo aparato para combatir las hemorragias perineales.—El Dr. Garay (de México), expone al Congreso las siguientes consideraciones:

En el simple ojal perineal, en la talla lateral, en la bilateral, en la prerectal de Nélaton, en la uretrotomía externa, pueden herirse el bulbo, la arteria transversa del bulbo ó los plexos venosos prostáticos.

Estos órganos se encuentran, en general, profundos; no es posible la mayor parte de las veces ligarlos, ni aplicarles pinzas de forcipresión, ni se puede tampoco obturar ese túnel, pues hay que dejar paso franco para la orina.

Todos los que hemos operado sobre el periné, hemos tenido ocasión de presenciar hemorragias terribles, que algunas veces han producido la muerte, y que siempre dejan al enfermo en un estado muy grave. El problema que hay que resolver es el siguiente: comprimir uniformemente las paredes del túnel que se ha formado, impedir que la sangre entre en la vejiga, y dar á la orina fácil salida. Para llenar estas condiciones hemos ideado un aparato. Su funcionamiento está fundado en la compresión ejercida en todo el túnel perineal por el aire comprimido encerrado en un globo de *baudouche*, cuyo globo está atravesado por la cánula de Dupuytren. El aparato consta, pues, de la cánula dicha. En el punto de la cánula, y alrededor de toda ella, hay un disco delgado de metal, aluminio, por ejemplo, y de cinco milímetros de radio. Está articulado este disco de manera que pueda moverse ó doblarse hacia atrás ó adelante, ejerciendo sobre él una compresión. El aparato funcionará

de este modo: Se introducirá la cánula por la herida hasta llegar á la vejiga; primero se dobla el disco, y al llegar á la vejiga se endereza, reconociéndose ésto en que la cánula se mueve fácilmente de delante á atrás y circularmente. Se estira entonces la cánula ligeramente hacia fuera, hasta que se sienta la resistencia que hace el disco para doblarse. Un ayudante tiene entonces la cánula y el operador mueve el anillo de cautchuc hasta que esté al nivel de la piel. Este anillo camina sobre el saco de *baudeuche*, y limita la cantidad del saco que debe insuflarse. En este momento el operador insufla aire por el insuflador; el saco se vá distendiendo, estando detenido atrás por el disco metálico y adelante por el anillo de cautchuc; insuflando más este saco se distiende, adaptándose herméticamente sobre las paredes del túnel, que comprime eficazmente. Para que el aire penetre en el saco, se comprime el botón; cuando el saco se llena de aire, se suelta el botón y se quita el aparato insuflador. Después se sujeta la cánula como de ordinario, poniendo algodón antiséptico entre el disco exterior y el anillo.

Cuando se quiera quitar la cánula ó quitar la compresión, basta comprimir el botón y el aire sale. Esta misma idea se ha aplicado con éxito para taponar la nariz y combatir la epistaxis, lo mismo que para comprimir y dilatar la uretra. La cánula de Trendelenburg, para la traqueotomía previa, está basada en el mismo principio.

(*Congr. Hispano-Portugués de Cir.*)

*
**

Las inyecciones intralaringeas de emulsión de ortoformo contra la disfagia de los tuberculosos.—Para combatir los dolores que los movimientos de deglución provocan en los sujetos atacados de laringitis tuberculosa, el Dr. C. Kassel (de Posen) recurre con provecho á las aplicaciones intralaringeas de una emulsión conteniendo 25 gr. de ortoformo por 100 gr. de aceite de olivas. Según nuestro colega, este medio es preferible á las insuflaciones de polvos de ortoformo, las cuales tienen el inconveniente de suscitar violentos accesos de tos, que son obstáculo para que el medicamento ejerza toda su acción analgésica.

Kassel inyecta la emulsión aceitosa directamente á la laringe por medio de una jeringa *ad hoc*: El enfermo no experimenta á seguida de esta inyección sino un escozor de muy corta duración, reemplazado á no tardar por una sensación de cuerpo extraño en la garganta. A partir de este momento, la deglución deja de ser dolorosa, y esta anestesia local se sostiene durante mucho tiempo, á menudo hasta durante más de veinticuatro horas. Por lo que se refiere á las mismas lesiones, la emulsión de ortoformo queda sin efecto alguno; sin embargo, su empleo dá por resultado hacer disminuir sensiblemente la secreción á nivel de las partes ulceradas.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Aneurisma de la carótida primitiva operado.—La señorita inglesa, cuya operación de aneurisma de la carótida primitiva izquierda llevó á cabo el distinguido cirujano D. Florencio Castro y Latorre, tiene una historia clínica sencillísima, que ha condensado en muy breves líneas el operador, y encabeza el álbum que le ha dedicado en testimonio de aprecio y admiración la mayoría de los Médicos de Madrid.

L. C., inglesa, de 24 años, de temperamento sanguíneo y buena constitución, tuvo una caída en el vapor en que hacía la travesía desde Oporto á Liverpool. A consecuencia de este accidente tuvo, durante cuatro días, un dolor profundo y fijo en la mitad lateral izquierda del cuello, sobre el trayecto del paquete vascular, en el tercio medio, siendo inútiles el frío y los calmantes que se emplearon contra él.

En Londres la reconoció el Dr. Thompson, quien diagnosticó la enfermedad de dilatación aneurismática de la carótida primitiva, y la propuso que oyera otras opiniones, entre ellas la de Bergmann.

Los profesores que la examinaron, incluso el ya citado, opinaron de igual modo, y propusieron la compresión graduada, aplicaciones de hielo, corrientes farádicas, y en último caso la ligadura.

En seis meses no se alivió, y en vista del aumento que iba teniendo la enfermedad, vino á Madrid, por consejo de Thompson, el 25 de Septiembre, para que la viera el Dr. Castro, quien aconsejó la operación.

Esta se verificó el 30 de Septiembre, ayudándole los Doctores Thompson y Lessaire, anestesiándola con el cloroformo.

La operación se hizo del siguiente modo: incisión de seis centímetros en la región carotídea, partiendo del asta mayor del hioides, siguiendo el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoiideo, interesando en un solo corte todos los planos situados encima del músculo cutáneo.

Con la sonda acanalada, y en la dirección dicha, dividió el músculo y la aponeurosis cervical, descubrió el saco, aisló rápidamente la carótida por debajo del tumor, y á medio centímetro ligó con un cordonete plano de seda.

Hizo igual arriba.

Escindió con tijeras el tumor, menos la parte adherida al vago, y otra parte en forma de cinta, que sujetaba los extremos de la arteria ligada.

Se suturó con catgut el músculo cutáneo y la aponeurosis.

La cura que se puso fué una compresa de gasa empapada en sublimado corrosivo, encima otras compresas, después algodón, y luego otra compresa de gasa con solución etérea de colodión para ajustarla y adherirla á la piel; encima una corbata ligera.

A las cuarenta y ocho horas, y no habiendo tenido novedad ninguna, se levantó el apósito y colocóse otro igual, hallando la herida en vías de cicatrización.

El día 7 quitó los puntos de sutura, y substituyó el apósito con una tira de gasa y ligero pañuelo al cuello.

El 24 regresó la señorita á Inglaterra curada y en perfecto estado.

(*El Siglo Méd.*)

*
**

De la mola hidatidiforme.—*M. G. Durante* (de París): Entre las piezas anatómicas examinadas este año en el servicio de Porak, en el hospital de la Charité, hemos podido observar dos estados histológicos muy diferentes de la mola hidatidiforme. En una mola de granos muy pequeños, las vellosidades estaban rodeadas de una capa sincicial muy gruesa, extraordinariamente proliferante, que enviaba prolongamientos gigantescos más ó menos pediculados, algunos de los cuales eran bastante voluminosos para ser percibidos casi á simple vista. Esos prolongamientos se hallaban únicamente constituidos por una masa plasmodial sin límites celulares y sin membrana de envoltura, pero presentando una infiltración mucosa incipiente.

En otra mola, macroscópicamente característica, el sincicio, por el contrario, no formaba mas que un delgadísimo revestimiento alrededor de las vesículas y no ofrecía sino contados prolongamientos, por lo demás poco voluminosos. Las vesículas medianas y gruesas estaban marcadamente formadas por la confluencia de vesículas más pequeñas, pegadas unas á otras, habiendo desaparecido el revestimiento sincicial en el punto de contacto.

Entre estas dos variedades, se pueden encontrar todos los intermedios.

La segunda variedad parece ser un tipo de mola en vías de regresión esclerosa, de mola *benigna*, en que el elemento maligno, el sincicio, tiene tendencia á desaparecer.

La primera, en cambio, por la vitalidad de su sincicio, es una mola eminentemente *maligna*. En efecto, habiendo la enferma expulsado gruesos segmentos de caduca, hemos hallado, en pleno tejido uterino, numerosos fragmentos plasmodiales aislados que habían invadido los vasos maternos y se propagaban á sus canales sobre todo el espesor de dicha membrana. Como desgraciadamente perdimos de vista á la paciente, no sabemos si se habrá desarrollado ulteriormente en ella algún epiteloma ecto-placentario.

Según resulta, pues, del solo examen histológico de los restos hidatidiformes, parece que hay posibilidad de establecer hasta cierto punto el grado de malignidad y las probabilidades de generalización que presenta el tumor.

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

*
**

Del empleo de las bujías de goma en el tratamiento de las afecciones catarrales crónicas de la trompa y de la caja.—

M. Ménière (de París), presenta á este propósito una comunicación, cuyas conclusiones resumidas, son como sigue:

Conviene emplear una bujía á partir de la primera sesión de cateterismo; es éste un medio precioso de diagnóstico. El catéter debe tener en su extremidad un diámetro interior de un milímetro y medio á dos milímetros, á fin de permitir el paso de bujías suficientemente gruesas.

Se echará mano exclusivamente de bujías de goma, sin oliva, y ligeramente cónicas en su extremidad.

Las insuflaciones de aire ó de vapores, solas, son ineficaces en la gran mayoría de los casos. Son inútiles cuando la afección crónica es antigua.

Antes de ser utilizadas, las bujías serán sumergidas en una solución que contenga un gramo de iodo metálico y un gramo de ioduro de potasio por 13 gramos de agua destilada. Las dosis de iodo pueden ser dobles.

La bujía, según los casos, puede permanecer en su sitio de un minuto á una hora. A veces el enfermo experimenta una leve sensación de calor en la cámara posterior de la garganta. En algunos sujetos, después de la aplicación de la bujía, obsérvase que su agudeza auditiva disminuye durante una ó más horas, normalizándose más tarde, aquella misma noche ó al día siguiente.

En ciertos casos, la vaporización de algunas gotas de vaselina líquida esterilizada produce buenos efectos.

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

SECCION PROFESIONAL

RECOMPENSAS.

«Excmo. Sr.: En vista de lo expuesto por el Consejo Supremo de Guerra y Marina en 7 del anterior, con motivo de expediente de juicio contradictorio sobre cruz de San Fernando del Médico Mayor D. Vicente Badía y Vidal, por su comportamiento en el encuentro sostenido en 8 de Diciembre del año anterior contra los insurrectos cubanos en «Laguna Itabo»; resultando del expediente que el citado Médico fué voluntario á ejercer su misión en la vanguardia, donde á corta distancia del enemigo y bajo los fuegos de éste, prestó á los heridos los auxilios de la ciencia, habiendo sido él mismo herido en el momento en que se hallaba curando á un soldado que resultó muerto por la misma bala, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, por resolución de 7 del actual, y de acuerdo con el parecer del Consejo, se ha servido conceder la cruz

de primera clase de la Orden de San Fernando al Médico Mayor D. Vicente Badía y Vidal, con la pensión anexa de 500 pesetas anuales que es la que corresponde á su graduación, que deberá percibir desde la fecha del hecho de armas, con arreglo á lo dispuesto en Real Orden de 17 de Noviembre de 1875, todo ello por estar comprendido en los casos 69, 70 y 71 del art. 25 de la Ley de 18 de Mayo de 1862.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Diciembre de 1898.—Correa.—Sr. Presidente del Consejo Supremo de Guerra y Marina.—Señor Capitán General de la Isla de Cuba.»

*
* *

DESTINOS.

«Excmo. Sr.: En vista de lo expuesto en su comunicación fecha 7 del mes actual, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien disponer se manifieste á V. E. que, en cuanto se refiere á las clases de tropa, se tendrán en cuenta sus observaciones al dictarse reglas para la colocación del excedente, y que por lo que respecta á los Jefes y Oficiales que correspondiéndoles destino de plantilla en los Cuerpos, con arreglo á lo prevenido en la Real Orden de 24 de Noviembre último (C. L. núm. 356), deseen pasar á la excedencia, puede accederse á ello dando sus vacantes á los que primero les corresponda por el orden establecido, quedando aquéllos en situación de reemplazo voluntario.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Diciembre de 1898.—Correa.—Sr. Capitán General de Sevilla y Granada.»

*
* *

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«Excmo. Sr.: En vista del escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 26 de Noviembre próximo pasado, consultando lo que ha de disponerse con los Jefes y Oficiales que regresan de Filipinas, que no han cobrado las tres pagas de navegación á razón de los cuatro quintos de Ultramar, por razón de las excepcionales circunstancias porque atraviesa aquel Archipiélago, y los cuales no tienen derecho á cobrar en la Península en los tres meses subsiguientes á su baja en aquellas islas, así como que se aclare el derecho á pasaje en ferrocarril de los mencionados Jefes y Oficiales que vayan regresando, según los diferentes conceptos en que lo verifiquen, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que por el Depósito de embarco de Barcelona se faciliten á los Jefes y Oficiales referidos tres pagas que, en con-

cepto de navegación y á razón de cuatro quintos del sueldo de su empleo en Ultramar, debieron percibir al efectuar su embarco, no acreditándose por cuenta del presupuesto de la Península los tres meses de sueldo consecutivos á la fecha de su alta en la misma. Es al propio tiempo la voluntad de S. M. que el abono de haberes atrasados se haga por el mismo Depósito de embarque y Caja general de Ultramar á los interesados, facilitándoles el número de pagas que determina la Real Orden circular de 28 de Octubre último (*D. O.* núm. 242), dictada para los regresados por igual concepto de Cuba; que el pasaje de las familias por vía terrestre sea satisfecho de su peculio, y el de los Jefes y Oficiales en la forma reglamentaria.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 14 de Diciembre de 1898.—Correa.—Sr. Capitán General de Cataluña.—Sres. Inspector de la Caja general de Ultramar y Ordenador de pagos de Guerra.»

*
*
*

DEMANDAS CONTENCIOSAS.

«Excmo. Sr.: Promovido pleito por D. Augusto Alcázar del Río, y otros, contra la Real Orden expedida por este Ministerio en 12 de Marzo de 1897, por la que se concedió á D. Domingo González de Linares el empleo de Médico Mayor de Sanidad militar con destino á la Isla de Cuba, el Tribunal de lo Contencioso-Administrativo del Consejo de Estado, ha dictado en dicho pleito, con fecha 17 de Noviembre próximo pasado, sentencia cuya conclusión es la siguiente:

«Fallamos, que debemos desestimar como improcedente la excepción alegada por el Fiscal en estos autos, y que debemos revocar y revocamos la Real Orden de 12 de Marzo de 1897, y en su lugar declaramos, que al causar alta D. Domingo González de Linares en el Cuerpo de Sanidad militar, debió ser colocado en el escalafón en el mismo lugar que ocupaba cuando fué dado de baja, por haber obtenido su retiro.»

Y habiendo dispuesto el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, el cumplimiento de la referida sentencia, de Real Orden lo comunico á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 15 de Diciembre de 1898.—Correa.—Señor Capitán General de la Isla de Cuba.—Señores Capitanes Generales de la primera, quinta y sexta regiones.»

*
*
*

CONTABILIDAD.

«Excmo. Sr.: En vista del escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 21 del mes próximo pasado, consultando la aplicación que debe darse

á las cuentas de gastos por alimentación de enfermos repatriados de los ejércitos de Ultramar conducidos en trenes-hospitales desde la Coruña á Búrgos, y exponiendo la conveniencia de que se dote á éstos de cocina y se les faciliten por los hospitales militares del punto de salida, los artículos de consumo necesarios para cada expedición, con el fin de que éstos no tengan que adquirirse en el trayecto, sistema que resulta oneroso para los intereses del Estado, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, teniendo en cuenta lo que acerca de la organización de este servicio preceptúan las Reales Ordenes de 19 de Junio, 9 y 24 de Diciembre de 1875 (C. L. núms. 531, 1.061 y 1.119), así como el artículo 166 del Reglamento para el servicio sanitario de campaña aprobado por otra de 1.º de Julio de 1896, á tenido á bien disponer:

1.º Que por el Parque de Sanidad militar se dote á todos los trenes-hospitales de las cocinas más á propósito para el servicio que hayan de prestar, una vez que en la composición de ellos cuentan con un vagón para instalar aquéllas y el botiquín, según previene la Real Orden de 28 de Julio último (D. O. núm. 165.)

2.º Que para el servicio y contabilidad de dichos trenes se observe lo que las mencionadas disposiciones determinan, entendiéndose modificada la regla 6.ª de la de 9 de Diciembre de 1875, en el sentido de que los víveres, artículos de inmediato consumo y fondos para gastos extraordinarios, en las cantidades que se consideren necesarias para cada expedición, les sean facilitados por el hospital militar del punto de partida, formalizándose por el Oficial administrador del tren una cuenta por cada viaje, intervenida por el Comisario de guerra del hospital militar del respectivo punto de partida, en la que se cargará de todo lo que por éste se le facilite en concepto de remesas de otros establecimientos. Es asimismo la voluntad de S. M., que queden aprobados los gastos ocasionados por la manutención de los enfermos procedentes de los ejércitos de Ultramar conducidos en trenes-hospitales desde la Coruña á Búrgos, así como los que hayan funcionado hasta la fecha entre otras plazas, y cuyas cuentas serán rendidas é intervenidas en forma análoga á la expresada.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 16 de Diciembre de 1898.—Correa.—Sr. Ordenador de pagos de Guerra.—Señores Capitanes Generales de la segunda, tercera, cuarta, sexta y octava regiones.

*
*
*

DESTINOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: A fin de evitar que devenguen en un mismo mes haberes en un Cuerpo ó establecimiento, un Médico provisional y un

efectivo del Cuerpo de Sanidad militar, destinado durante su permanencia en Ultramar ó en uso de licencia por enfermo concedida á su regreso de aquellos distritos, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que los Capitanes Generales, antes de terminar los Médicos efectivos sus licencias, ya de dos meses como regresados, ya de cuatro meses si disfrutaran licencia por enfermo, y hubieran, en este último caso, acreditado haberse restablecido, ordenen la baja en el Cuerpo de Sanidad de los Médicos provisionales correspondientes, dando cuenta á este Ministerio; debiendo para este efecto, los Capitanes Generales de las regiones en que residan los Médicos efectivos procedentes de Ultramar con destino de plantilla en la Península, dar conocimiento de la situación de éstos y de si se hallan ó nó en disposición de incorporarse, á los Capitanes Generales de las regiones donde radiquen los destinos respectivos, expidiendo en su oportunidad el correspondiente pasaporte á los interesados.

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



NECROLOGÍA

Don Juan Martin y Garcia Camisón.—Recibí la noticia de su muerte casi en el instante de pisar el suelo amado de la patria. Sentí con angustiosa agudeza aquel latigazo con que el dolor me lastimaba en plena ventura y volví los ojos con lágrimas y con ira hacia la tierra ingrata que acababa de tragarse, nunca saciada de sangre española, uno de los más brillantes Oficiales del Cuerpo de Sanidad militar.

¡Y en qué momentos! No es posible que la desgracia hiera á un hombre con tan tremenda fruición como ha herido á mi infortunado compañero en el hospital militar de Placetas. Atravesar durante tres años mortales el calvario de aquella lucha sin reposo; triunfar de los rigores de aquel clima trai dor y envenenado; lograr, después de largos meses de campaña, la quietud apetecida; vivir rodeado de la estimación de todo un pueblo; columbrar cercano el

hermoso día de la vuelta á la patria y caer en este momento herido por la fiebre amarilla, que si algunas veces aplaza pocas perdona, es de las tristezas más hondas que puede ofrecernos aquella campaña siniestra, donde toda una generación ha muerto en flor; es un derrumbamiento espantoso, donde cae de una vez y desde lo más alto lo más noble y lo más dulce que hay en la vida de un hombre.

El Médico primero D. Juan Martín y García Camisón gozaba en Placetas la general simpatía á que era acreedor por las prendas exquisitas de su carácter, por su laboriosidad, por su amor al estudio. Sirvió mucho tiempo en el regimiento Caballería del Príncipe, y en largos períodos de penosas operaciones de campaña patentizó su valor, su abnegación y su pericia, de que era testimonio la cruz de María Cristina que ornaba su pecho; y destinado al hospital de Placetas encontró ancho campo en aquellas inacabables clínicas para su actividad científica, y todo el tiempo le era poco para dedicárselo al soldado que allí buscaba alivio y amparo á su cuerpo, destrozado por el clima ó desgarrado por el enemigo.

El nombre de Camisón, su prestigio científico y personal salvaron bien pronto el hospital y Camisón fué justamente el Médico predilecto de todos, que todos le tenían siempre propicio á prodigar sus auxilios; y en aquellos tremendos días en que el paludismo y la miseria diezaban la población civil de Placetas, Camisón llevó á todas partes el consuelo de su caridad y de su ciencia, sin que le arredraran ni la impetuosidad de la lluvia que convierte en torrentes las calles del poblado, ni el fuego del sol, que descende al mediodía como una tromba de plomo incandescente.

Por un triste azar del destino Camisón no encontró la muerte en el pueblo donde tantas veces batalló, triunfante, con todas las poderosas infecciones de aquel país. Encargado de evacuar la clínica de Fomento, marchó á cumplir su cometido, y después de terminado éste hubo de detenerse para asistir á varios soldados invadidos de la fiebre amarilla. Allí recibió el germen de su enfermedad; allí sufrió una dolorosa herida su alma noble y generosa viendo morir del vómito negro al sanitario Federico Parelló, otro héroe obscuro, que solicitó voluntario la clínica de infecciosos y en ella ha muerto, víctima de su deber, cumplido como un valiente hasta el último segundo de su vida.

Camisón llegó á Placetas y cayó en el lecho para no levantarse más. La lucha fué larga y empeñada. Camisón era una constitu-

ción acerada y tenía á su cabecera, con el cariño de todos sus compañeros, la ciencia y la experiencia del Dr. Pizarro Reylo, Director del hospital, una de las ilustraciones más sólidas y más modesta del Cuerpo. La fiebre amarilla venció al fin. Camisón bajó á la fosa con la resignación de un soldado cristiano.

¡Allá queda el pobre amigo, en aquel cementerio medio escondido entre la espléndida vegetación tropical, erguido en la alta loma como si quisiera desplomar sobre el poblado el fúnebre misterio de sus tristezas! Allá queda, detrás de aquellos muros tantas veces azotados por las balas insurrectas. Allí duerme al lado de tanto y tanto bravo, que como él, santifican aquella tierra, maldita por la ingratitude. ¡Descanse en paz! Sobre la cruz que cobija sus restos irán á posarse muchas veces, con la plegaria de los suyos, el afectuoso, el triste recuerdo de sus compañeros (1).

F. PARREÑO BALLESTEROS.

Médico Mayor.

V A R I E D A D E S

Hace pocos días falleció en esta Corte, víctima de una rápida dolencia, el Inspector médico de segunda clase, retirado, D. Modesto Martínez y Gutiérrez Pacheco. Figuró en el Cuerpo de Sanidad militar entre sus personalidades más ilustres, y aunque separado de la escala activa, desde hace algunos años, conservaba vivo el amor á la colectividad, cuyo mejoramiento procuró en distintas ocasiones. Descanse en paz nuestro antiguo compañero.

* *

Ha suspendido su publicación nuestro colega el *Boletín de Medicina Naval* que dirigía el ilustrado Jefe de Sanidad de la Armada D. Angel Fernández Caro. Lamentamos sinceramente esta suspensión, y deseamos que pronto reanude de nuevo sus tareas periódico profesional, que con tanto acierto ha llenado su misión.

* *

La Facultad de Medicina de Madrid ha costeado honras fúnebres en memoria de los Jefes y Oficiales de Sanidad militar y de la Armada, muertos en las últimas campañas de Ultramar.

(1) Este Oficial había nacido el día 12 de Noviembre de 1867; ingresó en el Cuerpo, por oposición, en clase de Médico segundo, el 9 de Enero de 1891, y fué promovido al empleo de Médico primero el 11 de Julio de 1895. Falleció el 18 de Octubre último.