

## DE LA PESTE BUBÓNICA

### I.

Al ocurrir en Viena los casos de peste que, con demasiado fundamento, por desgracia, han ocupado la atención del mundo científico, dedicando también la prensa política parte de sus columnas al relato de los mismos, no podíamos menos de buscar con interés el estudio y los datos que, acerca de tan terrible enfermedad, hubiéramos á mano. Despertaba, en esta ocasión, nuestro justificado afán la deplorable pérdida del Dr. F. Müller, víctima nobilísima de su muy elevado deber profesional y de su amor á la ciencia.

El malogrado bacteriólogo, privat-docent y asistente de la clínica del profesor Nothnagel, había sido nombrado por la Academia Imperial de Ciencias de Viena, el año último, con los doctores Albrecht y Ghon, del Instituto anatomo-patológico de la Universidad, y R. Pöch, agregado á la clínica del profesor Neusser, para estudiar la peste bubónica en las Indias Inglesas.

A su regreso de Bombay, los distinguidos comisionados continuaron sus trabajos y experimentos acerca del bacilo de la peste con los cultivos que de aquella región habían traído, procediendo á tan delicadas investigaciones en el mes de Mayo del pasado año, en un laboratorio especial afecto al servicio bacteriológico dirigido por el Dr. Ghon, en el Instituto anatomo-patológico de la misma Universidad.

Hé aquí los términos en que el Dr. Alois Pick, profesor de la Facultad de Medicina, ha transmitido á la *Semaine Médicale*, en telegrama fechado en Viena el 25 de Octubre, noticia circunstanciada de las invasiones ocurridas.

«Las investigaciones habían terminado hacía mes y medio. En el laboratorio, cuyo servicio se efectuaba con todas las precauciones de costumbre, no había mas que algunas ratas inmunizadas

contra la peste, en las que de tiempo en tiempo se verificaban experimentos de comprobación. El 15 de Octubre del actual, el mozo del laboratorio, Francisco Barisch, encargado de dar de comer á los animales y limpiar el local reservado al estudio bacteriológico de la peste, cayó enfermo y fué admitido en la clínica médica con los fenómenos iniciales de una pneumonía. En vista de sus ocupaciones anteriores, este hombre fué inmediatamente aislado, y desde el principio de su dolencia, que clínicamente no ofrecía otros síntomas que los de una pneumonía, se procedió á un examen microscópico y bacteriológico de los esputos. Estos contenían microorganismos parecidos á los bacilos de la peste; de modo que había que pensar en una infección de esta naturaleza, y el cuadro clínico que el paciente presentaba el último día de su enfermedad, concordaba igualmente con esta hipótesis. Sin embargo, es necesario hacer notar que el examen microscópico, practicado durante los primeros días de la afección, no había mostrado mas que una forma atípica de bacilos, parecidos á los de la peste, y que la inoculación á los animales había dado un resultado negativo. El enfermo sucumbió en la tarde del 18 de Octubre; no se practicó la autopsia. Hasta la fecha, nada preciso se sabe concerniente al modo como se ha realizado la infección en este caso. Dado que el laboratorio quedaba siempre cerrado y no era accesible mas que á los Médicos que en él proseguían sus investigaciones, la única hipótesis plausible es que el mozo debió, á consecuencia de un lamentable descuido, inocularse él mismo.

El 19 de Octubre, una de las enfermeras que habían cuidado á Barisch fué acometida de fiebre y transportada, por precaución, al hospital del Emperador Francisco José. La otra enfermera se sentía también indispuesta; no obstante, quedó aislada en el hospital general; pero á la tarde fué igualmente admitida en el mismo hospital que la primera. Las dos mujeres fueron colocadas en un local aislado, dependiente del servicio de enfermedades infecciosas, y á cada una se destinó un cuarto separado.

El Dr. Müller, que había asistido á Barisch en el servicio del profesor Nothnagel, se encargó de visitar á las dos enfermas, que estaban cuidadas por dos hermanas del Sagrado Corazón. En una de las dos pacientes, los fenómenos morbosos, poco pronunciados, no tardaron en disiparse, mientras que en la otra, llamada Albertina Pecha, hubo una elevación considerable de la temperatura, que, durante la noche, alcanzó 41°2.

El viernes 21 de Octubre, á medio día, se participó á las autoridades sanitarias de la ciudad que M. Müller se encontraba también indispuerto y había tenido que guardar cama. Su estado empeoró considerablemente en el transcurso del día; sin embargo, á pesar de una fiebre muy acentuada y de repetidas hemoptisis, el enfermo no presentaba desorden alguno psíquico. A las once de la noche el termómetro marcaba 40°. Al día siguiente, á medio día, la temperatura descendió á 39°5, pero la inteligencia estaba ligeramente turbada; á la una se notaban 38°4; el pulso daba 117; el paciente se encontraba muy abatido y la expectoración era muy abundante. Después hubo ligera mejoría: la temperatura bajó á 38° y los desórdenes psíquicos se atenuaron. Desgraciadamente esta mejoría duró poco y pronto se vió el termómetro subir á 39°8, á la vez que se notaban 128 pulsaciones y 59 respiraciones por minuto. Un poco más tarde hubo todavía un descenso del grado térmico, se vió aparecer cianosis, así como delirio, y á las dos de la mañana nuestro infortunado compañero sucumbió.

Particularmente concienzudo, el Dr. Müller se propuso no solamente no abandonar el primer enfermo, sino además asegurar ulteriormente la desinfección del cuarto en que Barisch había muerto, procediendo él mismo al raspado de las paredes, á fin de que el azote ahorrara nuevas víctimas.

En la enfermera Albertina Pecha la temperatura alcanzó, en la mañana del 21 de Octubre, 41°; en el curso del día sobrevinieron hemoptisis frecuentes y delirio, así como cianosis. El sábado por la tarde la temperatura era de 41°; en la mañana siguiente se notaba aún el mismo grado térmico; á medio día el termómetro marcaba 38°6, el pulso era de 104 y se contaban 32 respiraciones por minuto; la paciente conservaba toda su inteligencia y acusaba dolor en el costado derecho; no había vómitos ni dolores de cabeza; los esputos, poco abundantes, presentaban una coloración blanca. A las seis y treinta de la tarde, la temperatura era de 38°9, el pulso 104, la respiración de 28; no se notaban vómitos; la expectoración permanecía siempre moderada; no había desórdenes de la inteligencia y la enferma no acusaba síntoma subjetivo alguno. Ayer lunes, á medio día, el termómetro marcaba 38°6; la inteligencia era completa y no se notaban ni vómitos ni tos. A las seis y cuarenta de la tarde la temperatura se elevó á 39°9, y la frecuencia del pulso alcanzó 100 pulsaciones por minuto; á media noche se produjo un ligero descenso termométrico. Esta mañana (25 de Octubre) la temperatura

era de 40°1; la paciente poseía toda su inteligencia; había recibido por la noche 60 cc. de suero antipestoso; á medio día el termómetro marcaba 40°. Desde esta mañana los esputos son sanguinolentos, pero el estado psíquico sigue bien.

En el examen de los esputos de esta enferma, como en los del Dr. Müller, se ha comprobado claramente la presencia de los bacilos de la peste.

En la segunda enfermera, Juana Hochegger, la temperatura fué, el sábado 22 de Octubre, á las cinco de la tarde, de 38°5; á las seis y veinticinco, de 38°7, y á las nueve se elevó á 39°. Esta mujer había tenido anteriormente una lesión de uno de los vértices de los pulmones; de modo que la hipertermia que en ella se comprueba puede referirse á esta causa. Tosía y presentaba una expectoración moderada, en la que nada sospechoso se encontró. El domingo por la mañana su estado era bueno; no se notó en ella, por lo demás, síntoma alguno objetivo de la peste. Hoy martes la temperatura es normal, no hay ya expectoración, y esta mujer se encuentra enteramente bien.

En la noche del domingo, una de las dos religiosas, llamada Stillfriede, sintió algunas palpitaciones, con ligera agitación; su temperatura era de 37°4. El lunes, á medio día, el termómetro marcaba 37°3; esta noche se ha hecho una inyección de 20 cc. de suero antipestoso; la temperatura, que era de 37°8, ha descendido esta mañana á 37°2; sin embargo, la hermana se sentía algo fatigada; á media noche se encontraba mejor, marcando el termómetro 37°3.

El lunes por la tarde, una enfermera, María Göschl, fué trasladada, por medida de precaución, del hospital general al hospital del Emperador Francisco José; á media noche, su temperatura era de 37°4; esta mañana se notaban 37°3; la enferma ha vomitado dos veces; no hay tos ni expectoración; á medio día el grado térmico es de 37°2; la paciente se queja de cefalalgia, pero no presenta absolutamente nada de anormal.

Todos los otros individuos sometidos á observación, á causa de sus relaciones mediatas con las personas sospechosas, están bien hasta aquí; su temperatura es inferior á 37°.

## II.

El resultado de los estudios efectuados acerca de la peste en Bombay por el Dr. Albrecht, fué objeto de una comunicación de

este microbiólogo á la Sociedad Imperial-Real de los Médicos de Viena, en sesión celebrada el 28 de Mayo de 1897. Dignas, por muchos conceptos, de conocerse, las investigaciones anatómo-patológicas y bacteriológicas de que se trata, vieron oportunamente la luz en el periódico médico francés ya citado (1.)

La forma más frecuente de la peste, según Albrecht, es la séptico-hemorrágica, caracterizada por un bubón primitivo hemorrágico, formado de un paquete de ganglios. Cuando los enfermos no sucumben desde los comienzos, los bubones aumentan y la supuración aparece del sexto al noveno día. Cuando la enfermedad ataca á los ganglios cervicales, la inflamación se extiende á la parótida, á las mucosas bucal y laríngea; á veces se vé sobrevenir un edema glótico. En la contigüidad del bubón primitivo aparecen forúnculos ó ampollas llenos de una serosidad transparente. Además del bubón primitivo, los otros ganglios presentan asimismo ciertas alteraciones, que consisten en manchas rojas y amarillas. Las amígdalas están aumentadas de volumen y son el centro de hemorragias; nótese igualmente unos folículos hipertrofiados en la base de la lengua. Los ganglios linfáticos se hallan rellenos de bacilos de la peste. El aparato linfático del intestino se halla también infartado. Algunos de los vasos linfáticos presentan una infiltración dura; el canal torácico se conserva siempre intacto. El bazo resulta siempre aumentado de volumen y presenta al corte un aspecto granuloso; los bacilos se hallan en él en cantidad enorme. En las serosas encuéntranse también hemorragias, salvo en el peritoneo, donde son raras; en cambio se notan hemorragias en la pared de la vesícula biliar, á nivel de la mucosa gastro-intestinal, y, por último, en los músculos y en las paredes de las venas que se hallan en la proximidad de los bubones. Las vísceras presentan una degeneración grasosa. Excepcionalmente, el bubón primitivo puede ser pequeño ó faltar del todo.

Una segunda variedad de peste es la forma séptico-puohémica, caracterizada por lesiones metastásicas y embólicas en los pulmones, en el hígado y en los riñones. Los focos metastásicos están llenos de bacilos. En dos casos había unos focos embólicos en el riñón y hemorragias profusas en el bacinete.

Un tercer tipo, bastante frecuente en Bombay, es la pneumonía

---

(1) Albrecht.—*Recherches anatomico-pathologiques et bactériologiques sur la peste.*—*Sémaine Médicale*, 1897, pág. 211.

pestífera primitiva. Trátase de una pneumonía lobular confluyente con participación de la pleura. La pneumonía pestífera primitiva tiene una marcha fulminante; los ganglios no tienen tiempo de alterarse. En tres casos, las amígdalas han parecido ser la puerta de entrada de los gérmenes morbosos.

El bacilo de Yersin y Kitasato es, manifiestamente, el agente patógeno de la peste; se le encuentra con abundancia extrema en la sangre, en cantidad variable en la bilis y las orinas, pero nunca en las materias fecales.

La susceptibilidad de los diferentes animales con respecto á la peste, es muy variable; los unos, tales como la rata y el mono, se muestran particularmente sensibles á sus efectos, mientras que otros—buitre negro, por ejemplo,—se mantienen refractarios á ellos.

La transmisión de la enfermedad se hace del hombre al hombre y del animal (ratas) al hombre; se efectúa también por el intermedio de las secreciones. Los enfermeros y los Médicos han quedado casi siempre exentos de la enfermedad.

La seroterapia de la peste no ha dado ningún resultado, no habiéndose probado que el suero se halle dotado de propiedades profilácticas.

M. Paltauf ha probado inmunizar conejillos de Indias con cultivos virulentos de bacilo pestífero, calentados á 60°-65°. La mayor parte de dichos animales sucumbieron, y su sangre se mostró dotada de un poder aglutinante de 10,5. Los conejos sucumbieron también. En un carnero, al cual se inyectaron unos cultivos de bacilos muertos, la sangre no presentó ninguna propiedad aglutinante. En el caballo estas inyecciones provocaron una infiltración ó la formación de abscesos, pero la reacción general fué ligera. La serosidad de estos abscesos no goza de propiedades aglutinantes, y ésto en una época en que la sangre posee esas propiedades. La inyección intravenosa hace aparecer rápidamente la propiedad aglutinante.

### III.

Estudiando la devastadora epidemia, es un trabajo curioso é instructivo la monografía firmada en Bombay, Agosto de 1898, y publicada en los *Anales del Instituto Pasteur* por el Dr. P. L. Simond, acerca de «La propagación de la peste» (1).

---

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*.—12 année.—Octobre 1898.—N.º 10.

Comprende este escrito siete capítulos, en los que el autor, para establecer las conclusiones que á continuación insertamos íntegras, aduce buena copia de datos y razones, abarcando: El origen de las epidemias de peste observadas desde 1893 en China y en la India.—Evolución de la epidemia de Bombay.—Propagación de la peste en la India por tierra y por mar.—Modos de progresión.—Insuficiencia del hombre como agente de transporte para explicar la propagación.—Papel de la rata en la propagación de la peste por tierra y por mar.—Objeciones hechas á la propagación por las ratas.—Contagio de hombre á hombre.—Influencia de las estaciones en el desarrollo de la epidemia.—Recrudescencia periódica.—Investigaciones sobre el mecanismo de la transmisión del microbio.—Insuficiencia de la teoría del microbio diseminado en el medio exterior.—Hechos de observación clínica en favor de la transmisión parasitaria.—Experimentos que confirman la inoculación del virus á la rata y al hombre por las pulgas.—Duración de la incubación de la peste.—Profilaxia.

*Conclusiones:*

I. El estudio de la propagación de la peste demuestra que la rata y el hombre son los dos factores del transporte de la enfermedad. El hombre es el agente ordinario del transporte por vía terrestre á las grandes distancias á que no puede llegar la rata. La rata es el agente de transporte sucesivo (*de proche en proche*); mucho más temible que el hombre, desempeña el papel esencial en la diseminación, hasta el punto de que puede considerársele como la condición del carácter epidémico de la peste.

II. La introducción de ratas pestíferas en un medio sano es, generalmente, seguida en breve plazo de casos epidémicos en el hombre. La importación de apestados humanos en un medio sano no vá siempre seguida de casos indígenas epidémicos; es preciso, para que tenga este resultado, un concurso de circunstancias favorables, entre las que parece ser la más importante la transmisión previa del virus á las ratas. Entre la defunción del caso humano importado, responsable de la epidemia, y la manifestación de esta epidemia, transcurre un período de incubación que representa el lapso necesario al desarrollo de la peste en las ratas.

III. La gravedad de una epidemia humana está en relación con la gravedad de la epidemia de las ratas. Su progresión en una ciudad sigue la vía adoptada por la emigración de las ratas.

Cuando la gran mortalidad ha cesado entre ellas, se puede com-

probar que la peste continúa haciendo estragos en las ratas, bajo una forma benigna. Los casos humanos llamados esporádicos, que se manifiestan después de la declinación de la epidemia, deben atribuirse á esta causa. El contagio del hombre al hombre y la persistencia de la infección en las habitaciones, juegan un papel secundario en la duración como en la gravedad de las epidemias de peste humana.

IV. Las influencias estacionales son poco marcadas en el desarrollo de las epidemias de peste. En la India, las epidemias se han producido en toda estación; sin embargo, las grandes epidemias, hasta el presente, han tenido su apogeo fuera de la estación más calurosa.

V. Una segunda epidemia de peste se manifiesta, en general, doce meses después de la aparición de la primera, de la que está separada por un período de calma más ó menos largo. La razón de la periodicidad del retorno epidémico no está determinada; está ligado al retorno epidémico en las ratas y depende, en parte, de la repoblación de la ciudad por estos animales.

VI. El fracaso de los experimentos de infección de la rata, del mono y de la ardilla por los cultivos de peste, la sangre y los órganos de animales apestandos, mezclados á los alimentos, demuestra la falsedad de la teoría que hace de estos medios una causa habitual de la contaminación de los animales.

La observación y la experiencia son igualmente contrarias á la idea de una contaminación habitual del hombre por el contacto del microbio, diseminado en el medio exterior, con escoriaciones accidentales de la piel.

VII. El estudio químico de la peste enseña que, en cierta proporción de casos humanos, el punto de entrada del microbio se señala por una reacción local, la flictema precoz, siempre situada en estos casos en una región en que la piel es delicada y sana. Los trabajos de Metchnikof sobre la inflamación y los hechos químicos de infección por otros microbios patógenos, permiten admitir que, en los casos de peste en que la reacción local (flictema) y la reacción regional (bubón) faltan, su ausencia es debida á la virulencia mayor del microbio y no á un modo diferente de penetración.

VIII. La idea de una transmisión parasitaria que se desprende de la observación clínica, está en relación con la invasión de las ratas enfermas por las pulgas que, algunas horas después de la muerte, abandonan el cadáver para atacar á otros animales y al hombre.

Está confirmada: primero, por la presencia del microbio específico en el contenido intestinal de las pulgas que han absorbido sangre séptica; segundo, por ciertas particularidades de la transmisión de la rata al hombre y de hombre á hombre; para este último caso, es posible que otros parásitos, en particular la chinche, intervengan; tercero, por la posibilidad de la transmisión de la peste á una rata sana mediante la cohabitación de ésta con una rata apestada y plagada de pulgas, mientras que la cohabitación con la rata pestífera, desprovista de pulgas, es constantemente inofensiva.

IX. El mecanismo de la propagación de la peste comprende el transporte del virus por la rata y por el hombre; su transmisión de rata á rata, de hombre á hombre, del hombre á la rata y de la rata al hombre, por los parásitos. Las medidas de profilaxia deben, por consiguiente, dirigirse metódicamente contra cada uno de estos tres factores: los parásitos, el hombre y la rata.

#### IV.

Entre las comunicaciones, informes y noticias concernientes á la mortífera enfermedad que nos ocupa, y que vienen publicándose en las más importantes revistas, es de indudable significación el trabajo de Babes y Livadite (*Archiv für path. Anat.*, Cl. 2), con objeto de determinar las modificaciones histológicas debidas al bacilo de la peste.

Practicando inyecciones subcutáneas de cultivos de este funesto germen en conejillos de Indias y ratones, se descubre una exagerada proliferación del bacilo, el cual abunda extraordinariamente en los órganos y tejidos, y representa tipo idéntico á las bacterias específicas de la septicemia hemorrágica en el hombre y los animales.

El bacilo de la peste origina en los parénquimas la producción de células gigantes especiales, quedando los núcleos destruídos; su introducción en las células nerviosas motiva, sobre todo, la degeneración de éstas. Puede afirmarse que la causa de las hemorragias es la naturaleza de dicho bacilo y no una disposición individual.

La virulencia del bacilo se conserva mucho tiempo después de su salida del organismo, la que se efectúa por las mucosas y las aberturas de los abscesos. Explícase la intensidad de la infección en el hombre y sus letales efectos por la degeneración determinada en los órganos y, muy particularmente, en el sistema nervioso cen-

tral, sin que la presencia del microbio en tan gran cantidad en todo el organismo provoque una mínima multiplicación celular.

Z. Yocote ha llevado á cabo experimentos, de que dan cuenta revistas alemanas, con el propósito de conocer la duración de la vida del bacilo que nos ocupa, en cadáveres de animales enterrados. Inoculó ratones con el expresado microorganismo y, una vez muertos los roedores, comprobaba la existencia del bacilo en la sangre del corazón. Colocado luego el cadáver en una cajita de madera envuelta en tierra de jardín, encerrándola en una caja de lata, observó que los bacilos pestíferos no vivían más de veintidos á treinta días en los animales muertos, según lo demostraban el cultivo en placas sobre agar glicerinado y las inoculaciones en ratas. Influyen en la resistencia del mismo germen la putrefacción y la temperatura, notando que éste queda destruído tanto más pronto cuanto mayor es el grado termométrico y más adelantada la putrefacción. El experimentador no encontró bacilos de la peste en la tierra alrededor de las cajitas de madera que contenían los cadáveres, y advierte que tales microbios mueren con prontitud por la exuberancia de saprofitos en el estío, lo que tal vez pueda señalarse como una de las causas del descenso epidémico en la estación más calurosa.

J. DEL CASTILLO.  
Médico Mayor.



## REVISTA ESPAÑOLA

### Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

**Dermitis profesionales por el lavado.**—El Dr. Azúa hace la siguiente comunicación oral: Incluye genéricamente en este grupo todas aquellas dermatosis provocadas por las acciones higrométricas, calóricas, químicas, mecánicas (roce, frotamiento, presiones, arañazos, erosiones) que se producen por las operaciones profesionales del lavado, hecho, bien simplemente con agua, ó bien, y es lo común, con agua y otras substancias. En Madrid, las lavanderas, criadas *para todo*, asistentes, cocineras, pinches, mozos de café, algunos criados, cocheros, mozos de taberna, mozos de limpieza, de máquinas de imprenta, etc., etc., son los que más frecuentemente

padecen estas dermatitis. Su frecuencia es grande, y según la estadística demográfica dermatológica que ha presentado al Congreso Internacional de Higiene, entre 2.288 casos de dermatitis profesionales, 1.982 eran producidas por el lavado.

Aparecen estas dermatitis en las regiones donde actúan las acciones productoras, y por tanto, en las manos (cara dorsal, ranuras interdigitales, dedos, por sus caras laterales y superiores, bordes de la mano) y antebrazos, desde donde pueden extenderse á los brazos y algunas veces á la cara y cuello, partes á las que es muy frecuente se toquen los enfermos con las manos, sirviendo este acto de contacto no sólo para extender á esas partes las acciones que actúan sobre las manos, sino también para que, cuando la dermatitis en las manos está infectada, propaguen los contactos, por auto-inoculación, lesiones purulentas, de diversos tipos, que á veces llegan á extenderse considerablemente, ofreciendo al Médico una impresión clínica de conjunto, que etiológicamente relaciona difícilmente, si no tiene hábito de ver enfermos de piel con una, primariamente circunscrita, dermatitis profesional por el lavado.

El aspecto objetivo que presentan las dermatitis por el lavado es muy variado y variable, pero el fondo de la enfermedad es siempre decididamente inflamatorio, y sobre todo, esencialmente irritable. Desde un estado inflamatorio eritematoso, con exfoliación epidérmica, hasta el de una dermatitis intensísima, con edema enorme y producción de flictenas, cual si se tratase de una quemadura, todos los grados intermedios son posibles. Lo que más se suele ver son lesiones de tipo eczematoso que, según lo intenso del caso y el *período* en que éste sea observado, aparecen con caracteres más ó menos agudos. Un estado que con gran frecuencia se observa está constituido generalmente por la existencia en el dorso de las manos y en las muñecas (sobre todo hacia su cara palmar) de pápulas ó papulo-vesículas eczematosas, generalmente agrupadas en placas, redondas ú ovals, en el dorso de la mano, y de forma menos regular en la muñeca. Estas placas, bastante bien limitadas muchas veces, llegan á presentar, cuando la afección se vá haciendo vieja, una infiltración profunda y dura de la piel, cuya superficie aparece en este estado con el tinte moreno ó rojo moreno, el cuadrulado cutáneo, la sequedad y la aspereza propias de los estados llamados de liquenificación secundaria. Entre las placas suelen existir algunos elementos papulosos aislados. Si por una causa cualquiera, y muchas veces lo es el volver antes de tiempo á las ocupaciones profesionales, se agudiza la enfermedad, aparecen con carácter exudativo las lesiones viejas, nacen elementos, que forman nuevas placas ó agrandan las antiguas, siendo el resultado final de cada brote hacer más marcados los caracteres de liquenificación secundaria. Cuando la enfermedad ocupa los dedos (caras dorsales y laterales, ramas interdigitales) las grietas son muy frecuentes y dolorosas, y sirven de punto de partida á infecciones. También es invadido á veces por la dermatitis el repliegue retro-ungueal y aun el

dermis sub-ungueal, engendrándose consecutivamente pertinaces alteraciones de las uñas. Es verdaderamente notable que las caras palmares de los dedos, y sobre todo la palma de la mano, permanezcan casi siempre indemnes de la enfermedad, siendo esto debido, con toda probabilidad, á las extraordinarias condiciones de resistencia que normalmente posee la piel de esas partes, principalmente en las gentes que trabajan. Cuando, por rara excepción, son invadidas, se debe generalmente ó á la violencia de las causas productoras, ó á que, habiéndose infectado las lesiones del dorso de las manos ó del antebrazo, se corre sub-epidérmicamente la infección é invade las regiones citadas. Cuando esto sucede por efecto del extraordinario grosor y resistencia del epidermis, los elementos eruptivos acostumbran á presentar formas pustulosas, bastante duraderas y dolorosas.

Las infecciones secundarias de las dermatitis profesionales por el lavado, las modifican no sólo cambiando sus tipos anatómicos primarios en el sentido de evoluciones infectivas, generalmente piógenas, y por tanto de aspectos más ó menos pustulosos, sino creando con bastante frecuencia ocasión de dermo-linfagitis, adenitis ó abscesos. Pero lo que más interesa consignar es la posibilidad de que por auto-inoculación se extiendan y multipliquen las lesiones en la continuidad y á distancia, con carácter á veces polimorfo, y se formen los cuadros clínicos á que al principio hacía alusión. ¡Cuántos chascos diagnósticos ha visto en estos casos! ¡Qué de *humores* y cosas de la *sangre!*

La marcha que tienen las dermatitis profesionales por el lavado, si no se abandonan las ocupaciones habituales, es la de alcanzar un grado extenso de agudeza, que *a fortiori* obliga á suspender el trabajo, ó el paso al estado crónico si, como es lo ordinario, los enfermos se cuidan unos días y se abandonan otros. En muchas lavanderas hemos observado lesiones que databan de años. En algunas personas la enfermedad se agarra de un modo tal, que no es sólo necesario un tratamiento largo y bien dirigido, sino que tienen que cambiar de profesión.

En la producción de las dermatitis por el lavado influye sin duda la estructura cutánea personal, que bien por defecto congénito de constitución de la capa córnea, ó bien porque las ocupaciones personales anteriores no la hayan puesto en condiciones de defensa, presenta enormes diferencias individuales de reacción para las mismas causas. Pero conviene hacer notar con toda insistencia que en manera alguna producen estas individualizaciones cutáneas humores ni discrasias especiales, sino pura y simplemente modalidades estructurales de constitución celular, susceptibles de encontrarse coincidiendo con los más variados tipos orgánicos, enfermos y sanos.

Aparte de esta condición individual, la etiología es por completo externa, y en ella hay que señalar como factores importantes: la mala calidad de los jabones, que suelen tener exceso de sosa; las

leñas empleadas por muchos de los enfermos de este grupo; las inmersiones alternativas en agua fría y caliente; los roces y arañazos de los estropajos, y las presiones y frotos del lavado de la ropa; la falta casi constante de cuidado para secarse bien, cosa importantísima, sobre todo en invierno, etc.

Todas estas acciones, en más ó menos, traumatizan, reblandecen, hinchan y desunen las células de las capas córneas, barrera normal de defensa de la piel.

Realizado ésto, el ataque casual tiene siempre algo de mecánico ó de grumoso, pero es también muy probable que acciones microbianas diversas tomen parte desde luego, siendo ellas las que entretienen la lesión cuando persiste, no obstante la cesación de las ocupaciones profesionales.

Estas concepciones etiológicas que expongo, corrientes entre algunos Médicos y entre todos los dermatólogos modernos, no son conocidas por muchos colegas, y son en gran número los casos de dermatitis por el lavado que ha visto con diagnósticos de artritis, escrofulismo, y sobre todo, del cómodo y amplio herpetismo. Estos diagnósticos causales son erróneos en absoluto, pues bien evidente es la verdadera etiología. Además, y por lo que se refiere al herpetismo, tienen el inconveniente de perpetuar el uso de una palabra completamente vacía de sentido positivo y causa de ridículas aplicaciones terapéuticas, puesto que más de una vez ha visto pretender curar una dermatitis por el lavado con el *arseniato (sic)*, siendo tan fuerte la obsesión de la rutina herpética que no dejaba luz suficiente para ver que lo primero y fundamental era la cesación de la causa externa productora. Si al famoso arseniato, que en este caso es inútil, se agrega el uso perjudicial casi siempre de la brea, que algunos emplean como corolario funesto del diagnóstico herpetismo, se llega al máximum de perjuicios prácticos que puede engendrar una doctrina falsa.

Es necesario fijar bien la atención en los inconvenientes que tienen las tales teorías para emprender contra ellas ruda campaña. Para curar las dermatitis por el lavado es necesario dejar las ocupaciones profesionales, y además muy comunmente *no tocar el agua* para nada. La medicación local se ha de poner en relación con el estado de la lesión, pues ésta no tiene medicaciones específicas. El carácter irritable de la enfermedad exige, sobre todo, medicaciones de calma y protección. En los casos infectados, el sublimado, aplicado según nuestro método (en disolución al 1 por 10.000, 15.000, 20.000), en fomentos, proporciona resultados excelentes.

\*  
\*\*

**Procedimiento fácil y práctico para fijar las sondas y candelillas á permanencia.**— El objeto que se propone al presentar su comunicación el Dr. Adrián de Garay (de México), es dar á conocer el procedimiento que emplea para fijar las sondas y candelillas á permanencia, el cual le ha dado siempre los mejores resultados en

los numerosísimos casos en que lo ha empleado. Se trata, pues, de una cuestión enteramente práctica, que cree pueda ser de verdadera utilidad al clínico que cultiva las afecciones de las vías urinarias. Pasa á dar á conocer su procedimiento, indicando sus ventajas y haciendo las demostraciones prácticamente.

El procedimiento que emplea el Dr. Garay es el siguiente:

Supongamos primero que se trata de una candelilla.

Antes de colocar en la uretra este instrumento ó después de estar ya puesta, se hace lo siguiente:

1.º Se corta una tira de tela de cirujano, de un centímetro de ancho y seis de largo.

2.º Esta tira, en su mitad, se coloca á caballo sobre la cabeza de la candelilla, doblándose después y pegando una cara de la tira con la otra.

3.º En la mitad de la tira así pegada, háganse dos escotaduras hasta llegar á la candelilla, y tuérzase la parte de la tela que esté arriba de dicha escotadura, de manera que quede perpendicular á la parte de tela que esté debajo.

4.º En la escotadura, sujétese por su parte media una hebra de seda ó cáñamo como de 20 centímetros de largo.

5.º En los dos cabos de la hebra anterior, sujétese un resorte circular, de un diámetro menor que el pene, por medio de dos nudos, calculando que el resorte pueda colocarse sobre el reborde del glande.

Si se trata de una sonda blanda, no hay necesidad de emplear la tela adhesiva; el hilo se pasa con una aguja al través de la sonda en el lugar que uno quiera, y después se fija en el resorte como se ha dicho.

Si se trata de sonda dura, se pega la tela adhesiva en el lugar de la sonda que se elija, haciéndole las escotaduras correspondientes.

Como se vé, este procedimiento es facilísimo, está al alcance de cualquier Médico, y es enteramente práctico.

Puede arreglarse la candelilla ó sonda antes de ser colocada y no se molesta para nada al enfermo, y en caso de que se arregle la sonda ya colocada en la uretra, se hace rápida y fácilmente y sin molestia alguna.

La sonda así colocada no molesta para nada; el enfermo ó el Médico la pueden quitar cuando gusten y volverla á poner, y el aseo de la sonda, resorte y pene se hace con la mayor facilidad.

Tampoco el resorte se sale nunca del pene, y dado caso que ésto se verificara, el mismo enfermo puede volver á colocarse la sonda.

Los resortes circulares son sumamente baratos, y puede decirse que no hay persona que no los tenga en su gabinete; los hay, además, de todos gruesos y anchos.

Aun para los casos en que hay que aplicar un vendaje en el pene, lo sustituye ventajosamente por un resorte que sujeta al algodón de envoltura.

**Profilaxis de la oftalmia de los recién nacidos.**—El Dr. Baró dice que la frecuencia con que se presenta en la práctica esta afección, ha dado motivo á que se ideasen por los clínicos gran variedad de métodos preventivos.

Hoy los que están más en boga son los que consisten en las instilaciones de disoluciones de nitrato argéntico y de insuflaciones de iodoformo.

Opina que estos dos procedimientos son igualmente inútiles, por no decir perniciosos.

En su concepto, el mejor medio de hacer que desaparezca, ó cuando menos disminuya, este azote de la infancia, consiste en la asepsis rigurosa de los órganos genitales de la madre antes y durante el trabajo del parto, y lavatorios de los ojos del recién nacido, ya sea con agua hervida templada ó con una disolución de ácido bórico ó de permanganato de potasa.

Este procedimiento, que está al alcance de todos, es muy suficiente, y las intervenciones más activas deben reservarse para los casos en que el estado de la conjuntiva indica bien á las claras que hay infección.

Además, los terribles estragos de esta enfermedad son debidos casi siempre á la incuria ó á intervenciones extemporáneas; tratada á tiempo y por persona idónea, es siempre curable.

*Conclusiones.*—1.<sup>a</sup> Deben abandonarse en absoluto los procedimientos de instilaciones de nitrato argéntico y de insuflaciones de iodoformo.

2.<sup>a</sup> La verdadera profilaxis de la oftalmía purulenta de los recién nacidos, consiste en una higiene rigurosa de los órganos genitales de la madre y de los ojos del niño.

---

## REVISTA EXTRANJERA

---

**Tratamiento de la epistaxis y de la hemoptisis por medio de las lavativas de agua caliente.**—Como ya se sabe, el Doctor R. Tripier, profesor de clínica médica en la facultad de medicina de Lyon, ha tratado con buen éxito por medio de los enemas de agua caliente varias gastrorragias debidas á ulceraciones estomacales. Como la acción hemostática del agua caliente se había ejercido, en esas condiciones, á distancia, nuestro colega dedujo de ello que las lavativas calientes debían de ser susceptibles de cohibir también las hemorragias procedentes de otros órganos distintos del estómago. Esta suposición ha resultado confirmada recientemente en un caso de epistaxis de repetición debida á la cirrosis hepática, y que Tripier ha podido contener rápidamente por medio de lavativas de agua caliente, así como en un hecho de hemoptisis observado por Piery, interno de los hospitales de Lyon, y en el

cual el mismo tratamiento ha dado igualmente excelentes resultados.

El enfermo de Tripier era un hombre de 34 años de edad, quien, hallándose en el período preascítico de una cirrosis del hígado de origen alcohólico, presentaba desde hacía año y medio hemorragias nasales frecuentes. Durante el último mes, esas epistaxis se repetían muchas veces durante el día, perdiendo cada vez cosa de un vaso de sangre, y ésto á pesar de todos los medios empleados para combatir las. Pues bien, esas hemorragias quedaron cohibidas tan luego como se recurrió á los enemas de agua caliente (á 45° ó 50°), administradas mañana y tarde. No hubo más que un rezumamiento sanguíneo insignificante á los dos días de haber empezado el tratamiento. Más de tres semanas han transcurrido después sin ningún incidente, aun cuando el empleo de las lavativas calientes no fué continuado sino durante cinco ó seis días.

En la observación de Piery tratábase de una mujer de 35 años, que presentaba todos los signos de una tuberculosis pulmonar incipiente. Desde muchos días antes la paciente tenía hemoptisis considerables, que resistían al empleo de las preparaciones de ergotina y de ratania. Los enemas calientes, dadas tres veces al día, dieron por resultado el hacer cesar inmediatamente las hemorragias abundantes. Sólo los esputos sanguinolentos han persistido durante el primer día; pero á partir del día siguiente, la hemoptisis quedaba completamente cohibida.

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\*\*

**Un bacilo patógeno de la úlcera de los países cálidos.**— M. Crendiropoulo, agregado al lazareto de Camaran, ha tenido ocasión de observar un número considerable de úlceras del Yemen. Numerosos microbios se han considerado sucesivamente como causa de la afección (Le Dantec, Petit, Rietsch y de Bourguet.) Sólo uno ha encontrado el autor constantemente en las úlceras, y á él le concede el papel específico. Es un pequeño bastoncito, aislado ó reunido á otro, móvil, estrangulado en su parte media, que se tiñe bien por los colores básicos de la anilina. En las culturas antiguas el bacilo tiene tendencia á formar cadenas bastante largas, ligeramente movibles y claramente articuladas. El bacilo forma en la superficie del caldo un velo delgado, blanco, irisado, adherente á las paredes del tubo, y desarrolla sobre este medio un olor fétido, que disminuye y desaparece aun cuando se repiten las culturas; la leche se coagula y la gelatina se liquida; el bacilo no prospera al abrigo del aire.

Inoculado á los conejos, á la dosis de un centímetro cúbico de caldo de cultura, determina rápidamente la muerte por septicemia. Con un tercio de centímetro cúbico los fenómenos generales son ligeros, y se puede notar la aparición, en el punto inyectado de la piel, de un absceso que deja salir una materia cremosa, espesa y

semejante al cáseum; la herida se ulcera en seguida; los bordes se desprenden y están tallados á pico; abandonada á sí misma, al cabo de quince ó veinte días empieza á retrogradar, el fondo se cubre de mamelones carnosos, y una cicatriz deprimida es su consecuencia. Al lado de este bacilo el autor ha encontrado con frecuencia el estafilococo dorado.

En resumen; el bacilo aislado por M. Crendiropoulo es patógeno en ciertos animales, y las manifestaciones locales, producidas por la inyección subcutánea, presentan cierta semejanza con la úlcera de los países cálidos.

(*Ann. de l'Inst. Pasteur.*)

\*  
\*  
\*

**A propósito de 100 operaciones cesáreas.**—Sobre las 100 operaciones cesáreas consignadas en el trabajo á que se refiere el precedente epígrafe, 50 fueron practicadas en la clínica de Dresde de 1884 á 1892 y las otras 50 de 1893 á 1897. Su número, como se vé, ha aumentado considerablemente en estos últimos años, lo cual es atribuído por Leopold y Haake á los progresos de la asepsia, que han permitido dar mayor extensión á las indicaciones relativas de la intervención de que se trata.

Por su parte, estiman que un conjugado verdadero inferior á seis centímetros constituye una indicación absoluta de la operación cesárea. Hay que tener también naturalmente en cuenta otras diversas condiciones, tales como las dimensiones del feto, la existencia de una estenosis del cuello del útero ó de una rotura de este órgano. Cuanto á la elección entre el método conservador y la operación de Porro, Leopold y Haake han adoptado como regla amputar el útero en las tres circunstancias siguientes: primero, cuando la parturienta no tiene dolores bastante fuertes, ó bien si durante una operación cesárea conservadora sobreviene una inercia uterina completa; segundo, en los casos en que el organismo de la mujer está debilitado por una enfermedad grave; tercero, cuando hay motivos para admitir una infección probable de la matriz. La existencia de una afección blenorragica constituye siempre, según los autores, una contraindicación á la aplicación del método conservador. Lo mismo hay que decir de un tumor maligno ó de una rotura del útero en la mayor parte de los casos.

En lo que concierne á la técnica operatoria, Leopold y Haake recomiendan el empleo de la ligadura elástica provisional. Hacen las suturas con seda y administran ergotina antes de la intervención.

Sobre las 100 operadas, 10 sucumbieron; esta cifra parece en realidad poco elevada si se tiene en cuenta el hecho de que todas las intervenciones han sido llevadas á cabo en los casos más difíciles y desesperados. Esas operaciones se distribuyen como sigue: 71 cesáreas conservadoras, con fetos vivos, pero de los cuales dos sucumbieron de resultas de la intervención; 29 operaciones de Porro,

para las cuales se cuentan dos fétos que sucumbieron durante maniobras quirúrgicas.

(*Arch. f. Gynäkol.*)

\* \* \*

**Fiebre amarilla.**—Estudios del Dr. Freire. Este distinguido bacteriólogo solicitó del Gobierno brasileño designara una comisión destinada á comprobar los estudios que con tanta perseverancia lleva hechos sobre la etiología y profilaxis de la fiebre amarilla. Fueron nombrados los Dres. Campos da Paz (presidente), Clarimundo Mello, José de Góes, Augusto Pereira das Neves y Henrique Monat, quienes procedieron con toda atención y con el tiempo y material suficientes á desempeñar tan delicado y trascendental encargo. Como hecho final han redactado un buen informe, sintetizado en estas cuatro conclusiones:

«1.<sup>a</sup> En la sangre de los capilares y en la de las venas de los enfermos afectos de fiebre amarilla, hemos encontrado el micrococo xantogénico de Freire, perfectamente caracterizado.

2.<sup>a</sup> Inoculando cultivos puros de primera y de segunda generación á conejitos de Indias, conejos, monos, perros, hemos determinado la fiebre amarilla experimental.

3.<sup>a</sup> Los cultivos atenuados del micrococo xantogénico son inmunizantes. Sus inoculaciones deben ser adoptadas como medio eficaz para prevenir la fiebre amarilla.

4.<sup>a</sup> La medicación salicílica es actualmente la más eficaz en el tratamiento de esta enfermedad cuando es empleada en el primer período y en dosis convenientes.»

(*Gac. Méd. Catalana.*)

\* \* \*

## XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCOU.

**Sutura de las heridas arteriales.**—*M. Djémil-Pacha* (de Constantinopla): Ocurre á menudo que el cirujano se vé precisado á colocar una ligadura sobre una arteria voluminosa, ora porque haya sido lesionada accidentalmente en el curso de una operación, ora á causa de un aneurisma de pequeño volumen ó de un aneurisma arteriovenoso, cuando en realidad sería posible, poniendo algunos puntos de sutura sobre la parte desgarrada del vaso, conservarle sus funciones fisiológicas y salvar de este modo un miembro de una gangrena, á veces inevitable. Desde algunos años las suturas de las heridas de las venas se han hecho casi clásicas; en cambio, muy pocas han sido hasta hoy las observaciones publicadas sobre sutura de las heridas arteriales.

Muy recientemente Murphy ha demostrado, en un importante trabajo, que se puede no sólo suturar tales heridas, sino también reseca una buena parte de las arterias. Dicho autor ha probado que la simple sutura es impracticable si más de la mitad de la cir-

conferencia arterial se halla rasgada. En este caso, preconiza la resección de la parte lesionada, seguida de una sutura de los cabos de la arteria por invaginación.

Antes de haber tenido conocimiento de las observaciones y de los trabajos de Heidenhain, de Israel, de Gluck, hemos tenido también nosotros la ocasión de practicar, hace más de dos años, la sutura con éxito completo en dos casos de desgarró de las arterias.

El primero de esos casos concierne á una mujer de 49 años de edad. En 1894 había sido operada por causa de un cáncer en la mama izquierda. La recidiva se había producido al cabo de seis meses; el tumor reincidente estaba fuertemente adherido al paquete vasculo-nervioso de la axila; el miembro superior izquierdo edematoso. Una segunda operación tuvo lugar en 5 de Febrero de 1895.

Tuvimos que proceder á una verdadera disección anatómica, en el curso de la cual la arteria axilar fué lesionada y la hemorragia cohibida por compresión digital. Estaba preparando un grueso hilo de seda para hacer una ligadura de la arteria, pero recordando que en un caso una ligadura de la axilar, por causa de un desgarró de la arteria á seguida de un legrado de la axila, había ocasionado la gangrena del miembro superior, renuncié á dicha ligadura y tuve la idea de suturar la parte lesionada de la arteria, ni más ni menos que como se hace con las venas.

La herida arterial, dirigida siguiendo el eje longitudinal del vaso, medía cerca de 15 milímetros. Después de haber cubierto los bocados de dos pinzas curvas y muy flexibles con gasa esterilizada, coloqué la una encima de la otra, debajo de la herida arterial; la hemostasis fué completa.

Con una aguja curva de Reverdin, muy fina, hice cinco puntos de sutura con ayuda de un hilo de seda sumamente fino, muy cerca del borde del desgarró, y luego puse dos puntos de sutura sobre la vaina de la arteria; inmediatamente después las pinzas fueron retiradas y la circulación se hizo muy regularmente. Una compresión de algunos minutos bastó para atajar el ligero rezumo sanguíneo que procedía de las picaduras; el calibre de la arteria, que latía fuertemente, no estaba estrechado y las suturas se mantenían á maravilla. La piel del sobaco, por último, fué nuevamente cosida, dejando una pequeña mecha de gasa esterilizada á nivel de la arteria suturada para ejercer una ligera compresión y poder coger el vaso en el caso de producirse una hemorragia ulterior.

Quince días después de la operación, la enferma dejaba el hospital completamente curada. Percibíanse muy bien las pulsaciones de la arteria axilar y hasta de la arteria radial, pero algo menos fuertes que las del lado opuesto. Actualmente la intervención data de dos años y medio, habiendo visto de nuevo á la enferma muy recientemente. Al examen se siente latir la arteria axilar en toda su longitud y no hay ningún vestigio de aneurisma traumático.

La segunda observación se refiere igualmente á una mujer de

48 años, atacada de recidiva axilar de un cáncer mamario operado una primera vez. Tuvo lugar una segunda intervención. Todo el paquete vasculo-nervioso estaba adherido fuertemente al tumor, por lo cual tuve que reseca una gran porción de la vena axilar y las dos ramas del nervio mediano. Durante la disección, la arteria fué desgarrada. Procedí entonces como en el caso precedente. Con una aguja de Reverdin muy fina hice cuatro puntos de sutura con hilo de seda, también fino. No me fué posible poner ningún punto de sutura sobre la vaina de la arteria, la cual había sido destruída durante la extirpación del tumor. Después de la operación noté que ese vaso latía con bastante fuerza en toda su longitud y que su calibre no estaba estrechado. Dos meses después de la intervención, cuando examiné de nuevo á la paciente, la axilar y la radial latían perfectamente, si bien con alguna menos fuerza que del lado opuesto.

\*  
\*  
\*

**Distribución del tejido elástico en las neoplasias fibrosas de la piel.**—*M. Soffiantini*. He estudiado la distribución del tejido elástico en algunas neoplasias fibrosas de la piel, particularmente en la esclerodermia, la elefantiasis, el molluscum y el queloide. He recurrido al método de Tänzer, en el cual he introducido algunas modificaciones.

En la esclerodermia, todas las capas del tegumento son sumamente ricas en tejido elástico, el cual disimula el elemento fibroso. En el dermis, propiamente dicho, es donde ese tejido se halla más desarrollado; forma unos haces gruesos y ondulados y fajas paralelas á la superficie. La riqueza elástica de la misma capa hipodérmica parece indicar que no hay simplemente prominencia ó relieve, sino una verdadera hipertrofia del tejido elástico.

Sobre la piel elefantiásica se vé, entre la capa epidérmica y el dermis, un considerable espesor del tejido conjuntivo neoforado atravesado por vasos embrionarios. Por encima, la zona dérmica presenta numerosos haces elásticos, algunos de los cuales, al hallarse en contacto con la capa precedente, ofrecen protuberancias piriformes.

En los tumores del tipo molluscum, la epidermis es normal ó pigmentada, el dermis fibroso, fibroelástico, embrionario, angiomaso, adiposo. En todos los casos el tejido elástico ocupa un sitio importante.

Por último, las fibras elásticas desaparecen por completo y bruscamente á nivel de los queloides, que representan fibromas puros.

## SECCION PROFESIONAL

### 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 los Jefes, Oficiales y sus asimilados procedentes de Cuba y Puerto Rico que á partir de la revista de Octubre último hubiesen llegado á la Península con licencia por enfermo, ó que en lo sucesivo regresen en igual concepto del citado primer distrito, así como los repatriados de ambos á quienes á su desembarco les haya sido ó fuese concedida la misma por los Capitanes Generales, sufran en las capitales del distrito donde residan, antes de terminar el segundo mes en uso de aquélla, reconocimiento facultativo en la forma establecida para tales casos en disposiciones vigentes, consignando de una manera concreta en las certificaciones que han de expedirse, si los interesados se encuentran restablecidos y en condiciones de prestar los servicios de su clase, ó si por razones de la enfermedad necesitan continuar disfrutando de la licencia. Aquéllos que del reconocimiento se justifique estar en disposición de prestar sus servicios, si pertenecen á Cuerpo ó dependencia, verificarán la incorporación á su destino, y los que no lo tengan, serán incluidos por las secciones del respectivo personal de este Ministerio, en el turno para colocación que les corresponda, quedando mientras tanto de excedentes con el sueldo señalado á esta situación. Los que por no haber obtenido su restablecimiento necesitan de la licencia por enfermos, quedarán sujetos á las instrucciones de 16 de Marzo de 1885 (C. L. núm. 132), siéndoles aplicables desde el mes siguiente al reconocimiento, ó sea desde la tercera revista pasada en la Península. Los Capitanes Generales, en vista del resultado de los reconocimientos, declararán desde luego excedentes ó con licencia por enfermos, con arreglo á las referidas instrucciones, á los que deban quedar en estas situaciones, agregando á Cuerpos ó dependencias los primeros para el percibo de haberes, así como también los segundos que no tuvieran destino, dando en todos los casos de que se trata cuenta á este Ministerio, con remisión de las certificaciones facultativas para los efectos oportunos.

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

JUSTICIA.

«Circular.—Excmo. Sr.: En la previsión de que, con el regreso á la Península de las fuerzas del ejército de los distritos de Ultramar, lleguen en calidad de procesados, Jefes, Oficiales ó individuos de tropa, y refiriéndose sólo á los de esta última clase, procedentes de la Comandancia general de Santiago de Cuba, la Real Orden de 12 de Agosto último (*Colección Legislativa* núm. 277), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que las autoridades judiciales se atengan, en la continuación y despacho de los indicados procedimientos, á lo prevenido en los arts. 127 y 129 del Código de Justicia militar; y como aclaración de sus preceptos, se observen las siguientes reglas:

1.<sup>a</sup> Los Capitanes ó Comandantes generales de las regiones de la Península, Baleares, Canarias y posesiones del Norte de Africa, asumirán desde luego, en cada caso, la competencia de jurisdicción para conocer en las causas á que estén sometidos los regresados de dichos ejércitos.

2.<sup>a</sup> Los procedimientos seguidos á Jefes, Oficiales ó tropa que regresen perteneciendo á Cuerpos armados, se continuarán en las regiones á que éstos se destinen por los Jueces instructores que hasta ahora han entendido en ellos, si pertenecen al mismo Cuerpo, ó por el que, en uso de sus facultades, designe la autoridad militar superior de la región. En el caso de que el Juez instructor no pertenezca al mismo Cuerpo del procesado, la autoridad judicial de la región nombrará el que deba sustituirle.

3.<sup>a</sup> Los procedimientos que se refieran á Jefes, Oficiales ó tropa que regresen sin destino en Cuerpo armado, se continuarán en el punto de desembarco ó en el de la región que designe el Capitán General, el cual podrá conceder, en circunstancias excepcionales, á instancia de parte y previo dictamen de su auditor, el cambio de residencia de los interesados, en cuyo caso dispondrá cese el Juez instructor, nombrando el que deba sustituirle, y si el cambio fuera á otra región, remitirá lo actuado para su continuación á la autoridad competente.

4.<sup>a</sup> A los procesados que regresen antes que sus respectivos Cuerpos, y hasta tanto que éstos lo verifiquen, les será aplicado lo prevenido en la regla anterior, pasando después las actuaciones, si el estado de la causa lo permite, al distrito en que el Cuerpo fije su residencia, para que sean continuadas con arreglo á lo dispuesto en la regla 2.<sup>a</sup>

5.<sup>a</sup> Las causas en que se hallen encartados individuos que no pertenezcan á un mismo Cuerpo armado, se seguirán en la región en que se entreguen las actuaciones.

6.<sup>a</sup> Quedan facultados los Capitanes Generales de las regiones en que se verifiquen los desembarcos para disponer que continúen ó cesen, nombrando en este caso sus relevos, los Jueces instructores que regresen ejerciendo el cargo en procedimientos en que los acusados no pertenezcan á Cuerpos armados, ó que, siendo varios los comprendidos en uno mismo, no pertenezcan todos á la misma unidad orgánica.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 18 de Noviembre de 1898.—Correa.—Sr.....»



## NECROLOGÍA

---

**Don José Navarro y Cerezo.**—Nació en Huelva el 13 de Julio de 1852, y se graduó de Licenciado en la Facultad de Madrid el 20 de Octubre de 1873. En esta misma fecha ingresó en el ejército, siendo destinado al batallón reserva de Huesca, hasta que por Real Orden de 19 de Abril de 1874 fué nombrado Médico provisional, con destino en el batallón reserva de Oviedo.

Ingresó en el Cuerpo, previa oposición, en clase de Médico segundo, en 26 de Mayo de 1875, sirviendo, sucesivamente, en los batallones provinciales de Pontevedra y Huesca. Por Real Orden de 27 de Agosto de 1876 fué nombrado Médico primero de Ultramar, con destino á la Isla de Cuba, donde le correspondió por sorteo, á cuyo distrito llegó en 30 de Enero de 1877, y fué destinado al hospital militar de Cuba y después al batallón Cazadores de las Navas. En Abril de 1878 regresó á la Península en uso de licencia por enfermo, incorporándose de nuevo á la Isla de Cuba en Enero de 1879. Sirvió en el hospital militar de la Habana, en la enfermería de Santa Cruz del Sur, en el hospital de Santiago de Cuba y en la Dirección Subinspección.

Regresó definitivamente á la Península en Mayo de 1885, donde sirvió en el regimiento Infantería de Pavía hasta Agosto de 1886, que quedó de reemplazo en Huelva. En Abril de 1888 fué destinado al batallón Cazadores de Tarifa, y, posteriormente, al de Segorbe, á la Secretaría de la Inspección de Andalucía y al hospital militar de Melilla, volviendo á la situación de reemplazo hasta Junio de 1894, que se le nombró para el regimiento de Alava.

Por sorteo le correspondió marchar á Cuba (R. O. de 10 de Julio de 1895), embarcándose en Cádiz el 30 de dicho mes.

Prestó sus servicios durante la campaña en los hospitales de Puerto Príncipe, Mariel y Alfonso XIII hasta el 16 de Septiembre de este año, que embarcó en la Habana gravemente enfermo, al extremo que el 21 de dicho mes fué desembarcado en Puerto Rico, falleciendo aquel mismo día en el hospital á consecuencia de una embolia cerebral.

Había obtenido el grado de Médico primero por mérito de guerra en 9 de Agosto de 1876, que posteriormente le fué permutado por el grado de Médico mayor; el empleo efectivo de Médico primero, en 21 de Julio de 1887; y el de Médico mayor, en 18 de Enero de 1896.

Estaba en posesión de dos cruces blancas de primera clase del Mérito Militar, de la medalla de Cuba, y era Benemérito de la Patria.



## V A R I E D A D E S

Llamamos la atención de nuestros suscriptores de Madrid para que no se dejen sorprender por un individuo que, fingiéndose cobrador de un centro editorial de esta Corte, ha logrado hacer efectivo, durante la ausencia de los interesados de su domicilio, recibos á nombre de una titulada Revista médico-militar, cuya existencia desconocemos. La circunstancia de haber recaído la estafa en uno de nuestros suscriptores, nos permite denunciar el hecho para evitar, en lo posible, su repetición.