

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII

MADRID I.º DE MAYO DE 1899

NÚM. 285

## CONSIDERACIONES GENERALES

sobre algunos medios para descubrir las enfermedades simuladas (1.)

Una vez resuelta la diferenciación entre enfermedad real y enfermedad simulada, es ocasión oportuna de aplicar las reglas apropiadas para descubrir el fraude, teniendo siempre en cuenta el que á pesar de que la enfermedad alegada se conceptúe como simulada, es preciso cerciorarse de que no existe ninguna otra verdadera que pudiera pasar desapercibida para el paciente, ó que sin previa alegación haya desconocimiento de un estado patológico por parte del reconocido, dando lugar á que se certifique la utilidad de un individuo siendo inútil con arreglo al cuadro de exenciones. La segunda parte del problema estriba en determinar si la enfermedad existente tiene como simulación la agravación, la exageración ó el sostenimiento voluntario.

El reconocimiento de los individuos sobre cuyo estado haya de dictaminarse, debe ser sumamente minucioso, fijándose después del examen general en aquellos órganos ó funciones que deban estar alterados, dada la enfermedad cuya existencia ó simulación se trate de esclarecer.

En la diferenciación práctica de las enfermedades simuladas, algunos de cuyos síntomas puedan ser apreciados objetivamente, se ofrece un primer punto de eliminación referente á aquellos procesos que no pueden en modo alguno simularse, como ocurre, por ejemplo, con una lesión cardíaca, una pleuresía, etc., los cuales únicamente podrán ser exagerados en sus manifestaciones sintomáticas, mientras que otros, por el contrario, pueden ser imitados ó provocados, como la tartamudez, una conjuntivitis, etc.

Sospechada la simulación, es preciso no limitarse á determinar

(1) Véase el número 284.

la relación entre la causa y el efecto ostensible, sino que, puntualizando los datos anamnésticos, se podrá apreciar en muchos casos la falta de coincidencia clínica entre los que el pretendido enfermo suministra y el cortejo real de circunstancias que integren la enfermedad alegada.

Entre el conjunto de fenómenos morbosos alegados ó presentados, hay unos que pueden ser *à priori* completamente reproducidos por el simulador; otros los puede manifestar incompletamente ó no estar en relación con la causa que los motiva, y otros, por el contrario, dada la enfermedad que pretende simular, puede omitirlos, siendo precisamente patognómicos ó aquejar determinados síntomas ó fenómenos que, en relación con la enfermedad, son absolutamente imposibles.

De todos modos, los síntomas que objetivamente puedan apreciarse, por insignificantes que sean, tienen para el observador un valor mucho más positivo que los subjetivos, por muy ciertos y adaptables que parezcan al proceso á que se traten de referir.

Una descripción que nos haga el paciente, por muy minuciosa, clara y precisa que sea, aunque corresponda perfecta y lógicamente á la enfermedad alegada, ha de tener para nosotros un valor relativamente muy pequeño, al lado, por ejemplo, de un desprendimiento retiniano que observemos con el oftalmoscopio; un tumor laríngeo, advertido con ayuda del laringoscopio; el ruido de soplo percibido en la auscultación; la aspereza del fondo de un trayecto fistuloso correspondiente á una caries ósea, etc., etc.

Esto, desde luego, no impide que completemos nuestro juicio con todos los demás datos que puedan recogerse referentes al individuo, sus antecedentes patológicos, su posición social, y en una palabra, todas las causas que directa ó indirectamente puedan tener relación con la enfermedad cuya simulación se sospecha.

En el interrogatorio se ha de tener especial cuidado en emplear expresiones vulgares, evitando hacer las preguntas en forma que facilite la respuesta en concordancia con lo que en realidad debiera ser contestado ó existir; por el contrario, se procurará hacerlas refiriéndose á síntomas inversos y que en modo alguno puedan presentarse en la enfermedad real que se trata de imitar. De este modo, el simulador, hábilmente interrogado, incurre frecuentemente en contradicciones, aun aquél que más instruido y previsor hubiera estudiado la enfermedad en un libro de Patología.

Sin embargo, es preciso tener presente que algunos individuos,

por razón de carácter, ó porque siendo realmente enfermos son además aprensivos, contestan siempre á las preguntas del Médico afirmativamente, bien porque piensan dar más valor á su enfermedad real, ó bien porque crean haber notado ó les parezca tener aquéllo por cuya existencia se les pregunta.

Otra circunstancia, digna de tenerse en cuenta, es la distinta susceptibilidad individual para iguales impresiones; pues lo que uno soporta sin acusar grandes molestias, produce en otro un padecimiento insoportable que, juzgado de un modo absoluto, pudiera hacer pensar en una exageración del padecimiento á que se refiriese.

Muchos simuladores no se limitan á fingir una sola enfermedad; poco seguros del éxito que se proponen conseguir, pretenden asegurarse á expensas de multiplicar los padecimientos, esperando de paso que con la heterogeneidad de síntomas, la distinción ha de ser más difícil. Unos simulan á la vez varias enfermedades, y otros, más previsores, las simulan sucesivamente, esperando del fingimiento que empiezan lo que no consiguieron con lo que antes simularon.

Algunos tratan de dar gran valor al hecho de que por lo general los simuladores procuran abstenerse de tomar las medicinas que pudieran prescribírselos; consideración que no tiene gran valor, puesto que el que se propone conseguir su objeto simulando, está generalmente decidido á arrostrar todas las consecuencias, incluso las molestias consiguientes á la ingestión de substancias, si bien quizá desagradables al paladar, en modo alguno perjudiciales á su salud. Por el contrario, muchos enfermos verdaderos se abstienen de tomar toda medicación ó se someten incompletamente al plan terapéutico que se les prescribe.

Como precepto final de estas consideraciones, es preciso recomendar que nunca debe decidirse una cuestión de simulación sin tener formado un juicio completamente exacto. Si á pesar de una observación minuciosa, atenta y prolongada, la duda subsiste, es preferible inclinarse á considerar real el padecimiento, pasando por engañado, que exponerse á juzgar simulada una enfermedad real con perjuicio del enfermo, ajeno en absoluto á las varias circunstancias que pueden dar lugar á la indeterminación nosológica.

No sólo la exploración clínica en todas sus fases ha de servirnos y ser utilizada para la resolución de los problemas referentes á la simulación, sino que también es preciso contar con otros medios,

que de modo general ha de ocupar nuestra atención en el próximo artículo.

Partiendo del hecho de considerar en la primera fase de investigación al resolver estos problemas, como positiva toda enfermedad alegada, dedúcese lógicamente que la misión inmediata del Médico es intervenir facultativamente como tal, cumpliendo las indicaciones de tratamiento causales ó sintomáticos que conceptúe aplicables al caso. En este sentido, puede establecerse el comienzo de diferenciación entre lo real y lo simulado; así, pues, si determinados síntomas ó fenómenos subjetivos persisten á pesar de una racional medicación, las probabilidades de ser simulados comienzan á manifestarse, pudiendo llegar á ser absolutamente convincentes. Los opiáceos, los vejigatorios, los revulsivos, etc., aunque algunos de ellos sean remedios dolorosos, pero indicados para la enfermedad real, sin que puedan acarrear grave mal al individuo que se le apliquen, pueden dar magníficos resultados curando ó aliviando al verdadero enfermo y haciendo al simulador desistir de sus propósitos, poniendo de manifiesto su superchería.

M. SLOCKER  
Médico primero.

(Continuad.)

---

## Prensa y Sociedades médicas

**La enfermedad del sueño.**—Patrick Manson presenta en el hospital de Charing Cross, de Londres, dos negros llevados del Congo á esa ciudad para su mejor tratamiento y estudio. Están ambos afectados de esa rara enfermedad que se llama «del sueño» (*sleeping sickness*), ó «enfermedad del sueño del Congo», ó «letargia negra», y que el autor cree sería mejor que se denominara *letargia africana*. Esta enfermedad tiene una reducidísima zona geográfica de distribución, situada en el Africa Occidental, y limitada al N. por el Senegal y al S. por Loanda, comprendiendo una extensión de 1.500 millas de ancho. Encuéntrase, sin embargo, esta afección en los países vecinos, habiéndosela observado hasta en el centro mismo del Africa. La zona de distribución mencionada, pequeña con respecto al continente negro é insignificante como foco, en comparación con las que tienen las demás enfermedades de esta clase, tendría, sin embargo, una superficie casi tan grande como la Europa entera.

Está diseminada en focos parciales y reducidos, constituyendo allí mismo, en su región nativa, focos endémicos circunscriptos, que no se propagan á las poblaciones vecinas. Esos focos aparecen y desaparecen, se mueven un tanto y vuelven al punto inicial. Cuando aparece en un sitio, ataca generalmente á una gran parte de los habitantes, y como la afección es seguramente mortal, devasta el lugar. En la misión cristiana de donde provienen los dos casos presentados, que cuenta 1.000 habitantes, murieron 28 de letargia el año pasado; en otra aldea de casi igual población, igual mortalidad en los seis primeros meses de ese año; en la Senegambia, un Médico francés ha visto poblaciones barridas por este mal, en que la proporción de los muertos era del 50 por 100 de la población.

La raza negra tendría una predisposición marcada por el mal, pero no la exclusividad, pues en mestizos y en moros se han visto casos. Probablemente, si un blanco se pusiera en condiciones etiológicas favorables, tomaría la enfermedad. Deben ser peculiares de la región esas causas etiológicas y no depender de la raza negra, por cuanto en los negros del Brasil, de las Antillas y de los Estados Unidos, á donde han ido casos de *sleeping sickness*, en otro tiempo, especialmente cuando se hacía la trata de esclavos, no se ha visto reproducirse la enfermedad, ni se sabe que haya aparecido espontáneamente en esas regiones. Es decir, en las Antillas inglesas, el mal se reproducía, siendo común el contagio; pero nunca atacaba á los negros nacidos allí, sino á los importados, y el autor se apoya bien sobre este dato, que le sirve de argumento valioso para fundar su teoría etiológica. Atribuye Mr. Manson á una filaria, *filaria perstans*, el origen de la letargia negra.

El período de incubación de esta enfermedad es largo; concense casos hasta de siete años. Es frecuente ver este hecho en las Antillas, donde desembarcaban robustos los negros, y al cabo de algunos años empezaban á dar signos de sopor.

Los síntomas de esta enfermedad son variables por la multiplicidad de fenómenos que presenta y los grados que vá recorriendo en el largo tiempo de duración. Sin embargo, los dos casos presentados no podrían confundirse con ninguna otra enfermedad viéndolos aislada ó conjuntamente. El primer síntoma que aparece es el sopor. En medio de una salud, en apariencia admirable, el negro atacado se siente presa de un sueño que lo vá postrando mental y físicamente, de grado en grado, hasta obligarle á quedarse en la cama para siempre. Aquéllos que han podido ver estos enfermos en su región de origen, dicen que hay un período premonitorio del sopor, en que ya puede diagnosticarse la enfermedad; se nota en estos enfermos los párpados superiores caídos, pesadez en la marcha, indiferencia marcada por los viejos placeres y gustos, una expresión triste y estúpida, y á veces una ligera exageración de los rasgos fisonómicos; se oye decir de ellos que se cansan fácilmente en el trabajo, que les cuesta dejar el lecho á la mañana, que se quedan dormidos en el día, que se hacen pesados y huyen las re-

uniones. Sin embargo, las respuestas son siempre lógicas y fáciles en la conversación, aunque para obtenerlas sea preciso interrogarles dos ó tres veces, lo que daría á suponer que hay pereza intelectual, tanto para la recepción como para la emisión de las ideas.

Entrados de lleno en la letargia, estos enfermos presentan del lado de los párpados un signo importante; al hablarles abren los ojos, pero luego se les caen los párpados, sin que puedan abrirlos en seguida. No se quejan de nada, pero interrogándoseles sobre el particular dicen sentir dolor de cabeza. El sueño no es pesado, pues un ruido ligero ó la conversación de alrededor les hace abrir los ojos por un momento. Parece que hubiera en ellos, más que un sueño verdadero, una ausencia de funcionamiento mental.

La debilidad muscular es otro signo importante y tan aparente como el sueño. Los movimientos son lánguidos y se cansan en seguida. Desde el principio se sientan en un sitio por horas ó vuelven á la cama con gusto, y cuando caminan van arrastrándose, y algunas veces se tambalean como si estuvieran ebrios.

Durante el primer tiempo pueden seguir alimentándose por sí mismos aunque empleen largo rato en ello. Después se vá haciendo necesario atenderlos durante el momento de las comidas para despertarlos cuando se duerman. Al fin, el temblor muscular de las manos, que suele aparecer desde el principio, complica la situación impidiéndoles llevar el cubierto á la boca.

Los reflejos no están modificados. No hay alteraciones del fondo del ojo. No hay pérdidas de orina ni de materias fecales. La nutrición es normal.

Se nota generalmente fiebre desde el principio, en cortos accesos diarios primero, y con grandes elevaciones y constantemente, al final. La fiebre no es, sin embargo, un síntoma constante. Puede ser de origen malárico. Otras veces la temperatura desciende bajo la normal y los enfermos sienten constantemente frío. Nótase diarrea en algunos casos.

Signo importante y también constante es el prurito intenso de que sufren. Dicho prurito asienta especialmente en el tronco. La piel se les pone áspera y deslustrada.

Otro signo notable es el aumento de volumen de los ganglios linfáticos, especialmente de los de la región cervical posterior. Estos infartos son dolorosos.

La marcha de la enfermedad se caracteriza por su progreso paulatino. Al principio parece quedarse parada la enfermedad, y durante muchos meses aún ofrece remisiones, dejando ver días ó períodos de más vivacidad al lado de otros más apagados; pero con todo, la enfermedad sigue su curso para terminar fatalmente con la muerte.

Preséntanse, como complicaciones, desórdenes mentales variados. Hay una forma que se presenta con convulsiones y manía; estos desórdenes pueden iniciar la enfermedad ó se presentan intercurrentemente. Se ven ataques epiléptiformes, semejantes á los de los

paralíticos generales, y la manía puede afectar todas sus formas.

Avanzando la enfermedad, en cualquier forma que sea, se vá pronunciando la postración, al punto de no poder dejar el lecho el enfermo, la nutrición se vá alterando, sobrevienen ataques coréicos, temblores, entre ellos, el de las manos, ya mencionado, la debilidad se hace extrema, aparecen escaras sacras, y entonces una diarrea intensa, ataques tetánicos ó convulsivos, arrebatan al paciente.

La duración de la enfermedad puede ser de dos ó tres meses, ó de varios años. El término medio sería de nueve meses.

La anatomía patológica de la enfermedad del sueño es poco conocida. Los resultados de la autopsia son contradictorios en los casos en que se ha efectuado esta operación, encontrándose unas veces anemia, otras congestión cerebral, en un caso se observó un aumento enorme de la glándula pituitaria, que en autopsias posteriores nunca más se ha encontrado; en otro caso había un kiste hidatídico del cerebro, pero que no había producido lesión inflamatoria alguna en la vecindad.

Como el estado de sueño natural se produce, según la teoría corriente, por anemia cerebral, y como el estado hipnótico, debido á intoxicación, se produce por la acción directa del agente ingerido sobre la substancia cerebral, como otras causas patológicas producen por otro mecanismo el estupor ó el coma, y aquí no se ha podido comprobar la existencia de una causa única, no puede avanzarse una aserción que explique la causa productora del sueño en esta singular enfermedad. El autor hubo de avanzar que podría atribuirse á una lesión del cuerpo pituitario este fenómeno; pero, como él mismo lo confiesa, los conocimientos de la fisiología y patología de este órgano destruyen su teoría, y además, un solo caso observado no puede sentar precedente.

La etiología es confusa. Unos han dado como causa de la enfermedad el calor del sol; pero un caso desarrollado en Inglaterra en un negro traído del Congo, prueba que no es este factor el que debe considerarse como primordial. Otros hablan del abuso del vino de palma, al cual son tan afectos los negros; pero los casos observados en jóvenes niegan valor á esta causa, lo mismo que al exceso de placeres venéreos. Algunos piensan que el germen del mal está en la deficiente preparación de la mandioca, el pan cotidiano de esa gente, que sería venenoso en tales circunstancias, pero no se explica cómo los negros que no comen mandioca pueden enfermarse de letargia. En tiempo de la esclavitud, se atribuía la enfermedad á la nostalgia, pero sólo se refería esta hipótesis á los esclavos llevados de América, lo que excluía á los propios habitantes del Congo. El paludismo también se ha señalado como factor del mal, pero el autor no ha encontrado en los enfermos, ni plasmodias ni leucocitos fragmentados; tampoco la anemia es aquí tan pronunciada que se suponga tratarse de paludismo.

Dos patólogos portugueses digieron hace tiempo haber encontrado en un caso de éstos un germen específico que, inoculado á los

animales, reprodujo la enfermedad. Bullock creyó haber encontrado igual cosa en un ganglio hipertrofiado, pero los cultivos hechos resultaron estériles.

El autor cree de su parte que la causa de la letargia africana reside en un parásito, la *filaria perstans*, peculiar de la región aquélla, y que ha sido encontrada en la sangre de los dos enfermos presentados. Esta misma filaria fué encontrada por Mackenzie en un caso anterior. Pudo confundírsele entonces con la filaria nocturna, pero bien reconocida ahora puede el autor asegurar que se trata de una nueva especie.

Esta filaria, según investigaciones hechas por el autor, no se encontraría sino en una región limitada del Africa, allí precisamente donde existe la letargia. La llevan en su sangre los individuos sanos, pues la han encontrado en un 50 por 100 de personas examinadas, lo que daría la explicación de la tardanza en la aparición de la enfermedad que, como se ha dicho, puede dejar pasar años antes de iniciarse. Los negros importados á América y el que se enfermó en Gales, llevaban el germen consigo al salir de su país, soportándolo sin inconveniente alguno durante larguísimo tiempo.

La inocuidad de la filaria puede, por otra parte, admitirse en iguales condiciones que la de tantos otros parásitos similares, y que, viviendo en el cuerpo de un individuo, necesitan la ayuda de otras causas fortuitas (el enclavamiento, etc.), para desarrollarse. La *filaria perstans*, debe saberse, es extremadamente movible, lo que quizá impide su desarrollo patógeno.

El mecanismo de acción de este parásito en el organismo, se explicaría así: obraría primero sobre el cerebro, cuya nutrición alterada traería subsiguientemente la cesación de sus funciones, obrando al mismo tiempo sobre el sistema neuro-muscular.

Aunque la enfermedad es fatalmente mortal, se han ensayado, sin embargo, distintas medicaciones. El autor preconiza para el principio, purgantes y tónicos; los purgantes deben ser frecuentes y tienden á hacer salir los parásitos intestinales, que existen en abundancia en estos individuos. Uno de estos enfermos echó gran cantidad de vermes y anquilostomas, merced á amplias dosis de timol que le administró, encontrándose mejorado en este instante. Se han ensayado en el conejo las inyecciones hipodérmicas de jugo testicular, y aunque dieron buen resultado en un principio, se ha visto que no tienen efecto curativo. A uno de sus negros le administra el Dr. Manson una preparación de glándula pituitaria. Al otro le dá arsénico, cuya dosis piensa ir aumentando.

(*British Med. Jour.*)

\*  
\*\*

**Desinfección con la formalina; método de Schering.**—Según indica el Dr. Rodríguez Méndez, el método de Schering, desinfección mediante pastillas de formalina, en la lámpara de su invención, que ha dado resultados contradictorios, ha sido sometido á dete-



nido estudio experimental por los Dres. Hammerl y Kermauner, para fijar las condiciones en que obra con toda eficacia (en la desinfección de superficies.) Han actuado en un local de unos 86 metros cúbicos, utilizando objetos húmedos y objetos secos, mediante trapos de lana contaminados con cultivos recientes de estafilococos, estreptococos y colibacilos. En los objetos húmedos la desinfección fué segura, salvo una excepción; en los secos sólo se logró esterilizar el 45 por 100. Emplearon 150 pastillas, es decir, casi dos pastillas por metro cúbico.

De esto se desprende que, al desinfectar, se debe antes humedecer el ambiente. Así, evaporando tres litros de agua en el local, la esterilización fué completa. Repetidos los experimentos en este sentido, empleando los microbios dichos y otros (bacilos diftérico, colérico, tifódico, piociánico), haciendo evaporar tres litros de agua por 100 metros cúbicos de capacidad, y quemando dos pastillas por metro, el efecto esterilizante es seguro, quedando destruídos todos los micro-organismos.

(*Revista de Méd. y Cir. práct.*)

\*  
\* \*

**De las artropatías consecutivas á la oftalmía purulenta en los niños.**—En la sesión de la Sociedad real de medicina y cirugía de Londres, el Dr. Clement Lucas presentó una comunicación sobre las artritis que á veces sobrevienen en los niños, á seguida de una infección blenorragica de la conjuntiva ocular.

En 1885 fué cuando el orador llamó por primera vez la atención acerca de esta complicación de la oftalmía de los recién nacidos, habiendo tenido desde entonces la ocasión de observar nuevos casos de la misma índole. Otros clínicos (Fendick, Zatvornitzky, Debierre, Widmark, etc.), han descrito también hechos análogos, de suerte que, según el orador, cuéntanse actualmente como unas 23 observaciones relativas á las artropatías de referencia.

Resulta del estudio de esos hechos que el «reumatismo oftalmoblenorrágico» puede presentarse en los niños, ora bajo la forma de una artritis aguda, acompañada de tumefacción, de dolores y de rubicundez intensos, y pudiendo á veces llegar á la supuración, ora bajo la de una sinovitis subaguda con derrame articular y dolores con ocasión de los movimientos, pero sin rubicundez de la piel.

Sobre los 23 casos reunidos por Lucas, en 18 la afección articular era consecutiva á una oftalmía contraída durante el parto, y en cinco provenía de una afección blenorragica de la conjuntiva, sobrevinida después del nacimiento.

En la mayor parte de los hechos, la artritis se ha mostrado hacia el fin de la segunda ó durante la tercer semana después de la infección ocular.

Las rodillas, y sobre todo la rodilla izquierda, resultaban afectadas las más de las veces. Vienen luego, por orden de frecuencia, la muñeca (especialmente la del lado izquierdo), el codo, el hombro,

\*

la cadera, y, por último, las articulaciones de la mano y del pié. Esta predisposición particular de la rodilla y de la muñeca izquierda es debida, según el orador, á que en los infantes, que por costumbre suelen ser llevados sobre el brazo izquierdo de las nodrizas, esas partes se hallan más expuestas á los traumatismos y á la acción del frío que las mismas articulaciones del lado opuesto, las cuales aparecen protegidas por el cuerpo de la nodriza.

La duración de la afección, que es de tres á cinco semanas como término medio, depende esencialmente del éxito del tratamiento de la oftalmía, causa de las complicaciones articulares. Así, por ejemplo, en un caso (Tyrell) en que la oftalmía fué tratada muy enérgicamente desde el comienzo, la artritis que apareció cuatro días después de la conjuntivitis purulenta empezó á retroceder al cabo de cinco días.

La resolución completa es la terminación habitual de la artritis oftalmo-blenorrágica, aun en los casos en que la inflamación es tan cocos intensa que llega á producir la supuración.

Las investigaciones bacteriológicas han mostrado que el gono-coco de Neisser, causa de la oftalmía de los recién nacidos, es también el agente patógeno de las artropatías consecutivas á esa afección ocular. Los casos en los cuales la afección articular conduce á la supuración, parecen ser debidos á una infección mixta de gono- y estreptococos ó de gonococos y estafilococos.

En lo que concierne al diagnóstico, la artritis oftalmo-blenorrágica podría ser principalmente confundida con las artropatías sífilíticas, reumáticas y tuberculosas.

Distinguese de las primeras, de una parte, en que sobreviene poco después del nacimiento (al paso que las manifestaciones articulares de la heredosifilis apenas si se presentan hasta haber transcurrido el primer año de la vida), y, de otra parte, por la ausencia de tumefacciones epifisarias, características de las artropatías sífilíticas.

El reumatismo agudo es raro en los niños antes de la edad de 4 á 5 años; vá acompañado de fiebre, de sudores abundantes y de olor algo acre, hiere á menudo muchas articulaciones á la vez y cede al salicilato de sosa. En cambio, la artritis oftalmo-blenorrágica no ataca sino algunas articulaciones, se produce, en general, poco tiempo después del nacimiento y no es influida por la medicación salicilada.

Finalmente, la evolución rápida, los dolores intensos, el derrame y la rubicundez manifiestos de las partes atacadas, distinguen claramente las artropatías consecutivas á la conjuntivitis purulenta de las artritis tuberculosas.

La terapéutica del reumatismo oftalmo-blenorrágico debe proponerse desde luego la curación, tan rápida y tan completa como sea posible en la oftalmía purulenta. Por lo que respecta al tratamiento local de las complicaciones articulares, redúcese á la envoltura y á la inmovilización de las articulaciones atacadas. Lociones prac-

ticadas con un líquido volátil prestan á veces algún servicio, moderando la intensidad del proceso inflamatorio.

(*Arch. de Ginecop....*)

\*  
\*\*

**El fonógrafo en el tratamiento de la sordo-mudez.**—Según el Dr. Forns, todos los sordo-mudos no son completamente sordos, sino que la mayoría de ellos oyen algo. Bastará que lea quien se interese por este asunto la numerosa bibliografía especial aparecida en el último quinquenio. Mas es lo cierto que no se saca todo el partido posible, por lo menos en nuestro país, de los medios de que se puede disponer para tratar la sordo-mudez.

Uno de los portentosos descubrimientos que ha facilitado considerablemente la interpretación de la función auditiva, es el del fonógrafo. Él nos ha esclarecido, de modo admirable, muchas dudas acerca del mecanismo como deben transmitirse los sonidos hasta el órgano de la audición, y de él se pueden obtener laudables resultados en el tratamiento de los sordo-mudos.

En apoyo de este aserto voy á referir un caso curioso, á la par que interesante.

En casa del óptico Sr. Aramburo se hallaban unos caballeros probando diferentes cilindros fonográficos, cuando entró en la tienda otro, acompañado de un niño de 5 ó 6 años, sordo-mudo, que no oía nada, según creía su padre. Como era natural, el niño se acercó á ver lo que hacían con el fonógrafo los primeros, y al verle le ofrecieron los auditivos para que el niño disfrutase de tan pasmosa distracción, cuando su padre, agradeciendo aquella fineza, les dijo que el pobre niño no oía. Éste, con su lenguaje mímico, demostró deseos de colocarse los auditivos en sus conductos auriculares, y cuál sería la sorpresa de todos los circunstantes al ver que daba muestras evidentes de oír una charanga de trompetas que ejecutaba el fonógrafo en aquellos momentos. Pararon repetidas veces y pusieron en marcha otras tantas el ingenioso aparato y siempre el muchacho se dió clara cuenta de ello por sola la percepción auditiva, siendo esta revelación motivo naturalísimo de que su padre le adquiriese uno de los mejores modelos, con el cual se ha ido ejercitando en la audición, al extremo de que actualmente oye bastante, según me han referido, y hoy piensan en confeccionarle cilindros especiales, impresionados con el sonido de las vocales y las consonantes y sus posibles combinaciones, para que así vaya recibiendo una educación auditiva sistematizada.

Es natural que parezca á las gentes que un sordo-mudo que oye puede educarse con sólo el fonógrafo; y como por desgracia no es tan sencilla la educación de estos desgraciados como pudiera parecer, ni es completamente inútil el fonógrafo para que no deba ser empleado en todos los casos, de aquí la importancia que tiene el hacer un balance del pro y contra de las aplicaciones de este aparato.

El fonógrafo no reproduce los sonidos en idénticas condiciones que le han sido transmitidos; antes por el contrario, sufren éstos una gran transformación, siendo variable ésta para cada sonido. Los producidos por instrumentos de música, y en particular los de viento, sufren escasa alteración; la voz cantada se modifica muy sensiblemente, y la voz hablada de un modo tan considerable, que, hoy por hoy, conviene dejar sentado que ningún fonógrafo habla bien. Como ha podido comprobar el Dr. Marage (1), sólo la vocal *A* sufre una modificación tan intensa cuando se analiza la fotografía de la llama monométrica de Kœnig, que del grupo de tres oscilaciones que tiene cuando es emitida directamente por la voz humana, alcanza el número de cinco cuando la reproduce el fonógrafo; siendo ocasionadas estas dos nuevas: la una, por la bocina que ha servido para recoger la voz para impresionar el cilindro, y la otra, por la lámina de cristal del mismo fonógrafo.

Con sola esta consideración fácilmente se darán cuenta los que reflexionen acerca de esta materia, de la falsa aplicación que pudiera hacerse como medio educativo de los sordo-mudos, de los cilindros impresionados con distintas vocales, consonantes, sílabas y palabras diversas y combinadas, para que se vaya acostumbrando el alumno á oirlas y pueda repetir las más tarde. Si el pobre comienza por oirlas modificadas y no es cosa fácil que las pueda repetir *por sí* tal y como le impresionan sus oídos, al repetir las torpemente sin un Profesor que directamente le corrija en cada caso, acabará por hablar incorrectamente. Con mucha razón dice mi amigo el Dr. Chervin, de París (2), que la imperfecta audición ocasiona los vicios de pronunciación. Y si esto es cierto cuando la función auditiva está ligeramente perturbada, fácil será que nos demos cuenta de lo imposible que ha de resultar que *aprenda á hablar bien* quien *oye mal* el habla *sofisticada*.

Por estas razones debe desecharse el fonógrafo como medio directo de educación oral.

Empero si reflexionamos acerca de las ventajas positivas é indiscutibles que puede reportar una gimnástica auditiva heterogénea y compensadora, por medio de los ejercicios musicales, se comprenderá el valor que tiene el fonógrafo, que yo me atrevo á recomendar como el mejor modo, por lo asequible y económico, para conseguir que el sordo-mudo se habitúe á percibir y diferenciar una gran diversidad de sonidos musicales más ó menos combinados, que preparan el órgano para ser más fácilmente educable por buenos Profesores.

El fonógrafo, pues, debe preceder al cultivo de la audición por la voz humana, y se procurará, en todo caso, que los sonidos que

---

(1) Marage. *Etude des voyelles par la phonographie*. (Arch. intern. de Laryng., 1896, número 1.º, pág. 3.)

(2) Chervin: *Note sur les relations entre l'ouïe et la parole*. (La voix parlée et chantée. Noviembre, 1898, pág. 317.)

reproduzca sean los más adecuados al fin que nos proponemos. Estando más indicados los que menos modificación sufren al ser reproducidos por el aparato.

Educar el oído á sensaciones acústicas muy diversas en timbre é intensidad, es el mejor medio de prepararle para que distinga sonidos de poca diferencia tonal.

Es natural que antes de proceder al empleo del fonógrafo, como la del método oral, deben elegirse los sordo-mudos, no debiendo seguirse estos procedimientos cuando el alumno no conserva alguna audición. Por esto entiendo con Bezold y Passow, que lo primero que debe hacerse es reconocer detenidamente al sordo-mudo, y tratar, si es posible, la causa de la sordera, que en muchos casos está sostenida por otopatías diversas é hipertrofias de la amígdala faríngea, fácilmente corregibles, resultando los alumnos más que sordo-mudos, niños atrasados. Y, en todo caso, conviene también distinguir dos funciones diversas y complementarias, la del Médico y la del Profesor, siendo éste el que enseñe y eduque bajo la dirección inmediata de aquél.

(*La Indep. Méd.*)

\*  
\*  
\*

**De la extirpación del aneurisma cirsoide de la cabeza.**—Lieblein publicó el año último una observación relativa á un aneurisma cirsoide de la cabeza, curado al cabo de seis años de tratamiento por medio de inyecciones de alcohol. Es evidente, sin embargo, que este medio terapéutico no puede ser aplicado á todos los casos, y que en modo alguno conviene á los enfermos cuyo aneurisma presenta un desarrollo rápido. Por esta razón nos parece interesante referir aquí brevemente la observación recogida por Berger en el servicio de Krause, en Altona, y concerniente á un aneurisma cirsoide operado con éxito favorable.

Trátase de un muchacho de 9 años, portador desde su nacimiento de un tumor del lado derecho de la cabeza, de crecimiento intermitente. Este tumor ofrecía todos los caracteres del aneurisma cirsoide y se extendía del oído derecho hasta el reborde externo de la órbita, y desde este punto, á través del párpado superior, hasta el medio de la frente, de una parte, y, de otra, hasta la porción media de los huesos parietales. A nivel de la arteria temporal percibíanse pulsaciones, particularmente fuertes, que no desaparecían aun cuando se comprimiera la carótida. La compresión periférica del tumor quedaba igualmente sin efecto. No se notaba exoftalmía, y eran normales tanto la agudeza visual como el aspecto de la retina.

Krause se decidió á intervenir, sobre todo á causa del rápido crecimiento del tumor. Trazó primeramente una incisión cutánea á partir del ángulo externo del ojo hasta el tragus derecho y practicó la ligadura de la arteria temporal y de varias arterias colaterales situadas en el espesor de la glándula parótida. Después de haber hecho otra incisión en medio de la frente, el cirujano ligó la

arteria supraorbitaria. Esta segunda incisión fué prolongada luego hasta el ángulo externo del ojo, á través del párpado superior; después Krause despegó el tumor de abajo arriba en la mitad de su extensión, ligando todos los vasos á medida que los encontraba. Como quiera que el estado del enfermito se presentó algo alarmante á causa de la mucha duración de la anestesia, se taponó la herida para reanudar la operación tres días después. El aneurisma, dejado primeramente en contacto con los tegumentos, fué por último despegado del dermis, respetando este último en todo lo que era posible. Hecho ésto, se aplicó el colgajo cutáneo encima del cráneo, sujetándolo por medio de suturas. Las consecuencias operatorias no presentaron nada de particular, salvo una necrosis circunscripta de los tegumentos á nivel de la frente y del párpado superior derecho. Esta pérdida de substancia cutánea fué compensada algún tiempo después por medio de un colgajo autoplástico tomado del lado izquierdo de la frente. El examen del niño, practicado ocho meses después, evidenció que la curación había sido y se había sostenido completa.

A propósito de este caso, el autor pasa revista á los diferentes procedimientos empleados para el tratamiento de los aneurismas cirsoides. La ligadura de la carótida primitiva le parece que debe desaconsejarse, en razón á su ineficacia y á los peligros que ofrece. Recomienda que se haga sólo la ligadura preliminar de los troncos arteriales situados en la contigüidad inmediata del aneurisma, y que se vayan ligando luego los vasos á medida que son seccionados durante el despegamiento del tumor. Berger estima que há lugar á practicar siempre este despegamiento, desde luego entre el aneurisma y el hueso subyacente, dejando el primero en contacto con el dermis, á fin de evitar las numerosas ligaduras que exigiría un despegamiento inmediato del tegumento. Cuanto á saber si es necesario operar en uno ó en varios tiempos, el autor opina que precisa á este respecto basarse en la pérdida de sangre y en el estado del enfermo. Cuando sé hace indispensable operar en dos tiempos, conviene taponar la herida después de la primera intervención y practicar la segunda al cabo de tres ó cuatro días.

Desde el punto de vista de las relaciones que existen entre el aneurisma cirsoide y el hueso subyacente, el caso de que se trata pone de manifiesto que á veces es posible respetar el periostio en la mayor parte de la extensión que coge el tumor.

El autor hace hincapié sobre la utilidad que existe en recurrir al tratamiento operatorio lo más pronto que sea posible, antes que el tumor haya adquirido un desarrollo considerable. Estima, además, que los diferentes métodos de tratamiento no sangriento (inyecciones de alcohol, electricidad, etc.), deben quedar reservados para los casos inoperables.

(*Beiträge z. klin. Chir.*)

**Acerca de un signo que permite diagnosticar y localizar exactamente los tumores del cerebelo.**—En ese trabajo, el autor *M. R. Schmidt* refiere dos casos de tumor cerebeloso, en los cuales la existencia de vómitos, que sobrevinían principalmente cuando los enfermos se acostaban sobre un lado determinado del cuerpo, ha permitido diferenciar la afección de la hidrocefalia interna idiopática y precisar el sitio del neoplasma, diagnóstico clínico que fué confirmado por la autopsia.

La primera de dichas observaciones se refiere á una mujer de 24 años de edad, cuyos padres murieron tuberculosos, y que había presentado antecedentes de raquitismo. Durante el tercer mes de su tercer embarazo, esa mujer empezó á sufrir de una cefalalgia violenta, localizada sobre todo en el occipucio. Al cabo de cinco meses próximamente aparecieron vómitos, los cuales se producían lo mismo después de las comidas que independientemente de toda ingestión de alimentos. La enferma se sentía en extremo abatida, acusaba una debilitación considerable de la memoria y se había vuelto apática, indiferente por todo lo que le rodeaba. La orina contenía albúmina y elementos figurados procedentes de los riñones. En ese momento fué decidido provocar el parto prematuro. Después del alumbramiento, los síntomas morbosos no se atenuaron sino de una manera transitoria. El examen oftalmoscópico descubrió una neuritis óptica con hemorragias puntiformes múltiples á nivel de las papilas y de las manchas amarillas. Más adelante, la paciente presentó rigidez de la nuca, un ligero grado de opistotonos, un poco de paresia de las ramas del facial izquierdo, invirtiendo la frente y la boca, estrabismo divergente con nistagmo lateral, una paresia del motor ocular externo, desigualdad de las pupilas, las cuales no reaccionaban sino lentamente á la luz y á la acomodación, una hiperestesia general de la piel con sensibilidad dolorosa á la percusión del cráneo y de la columna vertebral, y herpes labial á la izquierda con congestión intensa de la conjuntiva del mismo lado. El vientre estaba deprimido y los reflejos patelares se hallaban abolidos. La temperatura no fué nunca febril y hasta se mantuvo á menudo más baja que la normal. Por último, la enferma volviése cada día más soñolienta, se debilitó rápidamente y no tardó en sucumbir al edema pulmonar seis meses próximamente después de la aparición de la cefalalgia que había marcado el comienzo de la afección intracraneana.

Los síntomas observados durante la vida parecían indicar perfectamente la existencia de un tumor cerebeloso, pero también podían atribuirse á una hidrocefalia interna esencial y crónica (meningitis serosa de Quincke.) Pues bien; dos signos permitieron á Schmit descartar la hipótesis de esta última afección. De una parte, era la abolición de los reflejos rotulianos, que se presentan generalmente exageradas en la hidrocefalia idiopática interna; y, de otra parte, *la producción constante de los vómitos tan luego como la enferma se recostaba sobre el lado derecho.* Este fenómeno, que no

podía ser debido sino á una lesión intracraneana *asimétrica*, permitía precisar el carácter y el sitio de esta lesión. Era evidente, en efecto, que en el caso referido no podía tratarse de un quiste de equinococos situado en la parte mediana del cerebelo, en el acueducto de Silvio ó á nivel del cuarto ventrículo, sino que se trataba de un neoplasma del hemisferio *izquierdo* del cerebelo, neoplasma que debía ser bastante voluminoso para poder en el decúbito lateral derecho de la enferma producir náuseas y vómitos, provocando un aumento de la tensión intracraneana por la compresión del acueducto de Silvio y de la gran vena de Galeno. En otros términos, debía tratarse de un gliosarcoma del lóbulo cerebeloso izquierdo. Y la autopsia no hizo mas que confirmar este diagnóstico.

En el segundo caso, muy análogo al precedente, tratábase de una mujer de 25 años, que había sido atacada de raquitismo en su infancia y que hallándose en el cuarto mes de su primer embarazo fué acometida de vómitos que le aparecían por accesos. Estos vómitos se continuaron durante todo el embarazo y se repitieron también después del alumbramiento. Además, sobrevinieron unas crisis cefalálgicas violentas, acompañadas de contractura de los músculos de la nuca, vértigos, zumbidos persistentes y diplopia transitoria. El andar era vacilante.

Quince meses próximamente después del comienzo de la afección, notábanse los fenómenos siguientes: la enferma permanecía constantemente acostada del lado derecho, con la cabeza echada hacia atrás y los miembros inferiores doblados sobre el abdomen. La cefalalgia era violenta. Las pupilas estaban contraídas. Había retención de orina, y, de cuando en cuando, producíanse convulsiones tónicas y clónicas en los músculos extensores del miembro superior izquierdo. Notábanse igualmente trastornos de la sensibilidad en el dominio del nervio trigémino izquierdo y en el pulgar de la mano derecha. Tan luego como la paciente se acostaba apoyándose en el lado *izquierdo*, era acometida de vómitos, vértigo y zumbidos de oídos. Como consecuencia de todo ésto, diagnosticóse un gliosarcoma del hemisferio *derecho* del cerebelo. Habiendo sucumbido la enferma á un colapso respiratorio, notóse efectivamente, en la autopsia, la existencia de un glioma del hemisferio cerebeloso derecho comprimiendo el acueducto de Silvio, el cual se encontraba en estado de generación quística. Consecutivamente á estas lesiones, se había producido una hidropesía de los ventrículos laterales con edema del cerebro.

(Wien. klin. Wochensch.)

\*  
\*  
\*

**La peste en la Isla Formosa.**—El Dr. Iglesias dió lectura á un informe de la Sección de Medicina, respecto de la Memoria del Doctor Matignon, Ayudante mayor de primera clase del ejército, agregado á la Legación de Francia en China. En ella dice el autor que los datos referentes á esta enfermedad son escasos y han sido pu-



blicados únicamente en japonés. La peste ha sido particularmente estudiada en el Norte de la Isla por una Comisión de Médicos japoneses en Octubre y Noviembre del 96. A mediados de Septiembre un comerciante murió á consecuencia de una enfermedad, que al principio se creyó que sería la malaria, y casi al mismo tiempo varias personas que le rodeaban murieron en pocos días, extendiéndose el mal rápidamente y presentando bubones los enfermos que se creían atacados de malaria. En la misma época los indígenas notaron una gran mortalidad en los *ratones* y las *ratas*, dando á la enfermedad el nombre de epidemia de las ratas. La sangre de los atacados contenía el bacilo de la peste, y de 50 atacados murieron 22, ó sea el 44 por 100. La incubación del mal, según dichos Médicos, es de cuatro ó cinco días. Los prodromos, cuando se observan, consisten en abatimiento general, cefalalgia, escalofríos, elevación rápida de temperatura, aceleración del pulso. El período de estado se caracteriza por abatimiento profundo, estado tifoideo de los más graduados y de los más rápidos, fiebre elevada y producción de bubones; la temperatura es de 39°, 39°5 y 40°; el pulso llega á 110 ó 120, fuerte al principio, débil después y más tarde irregular, y á veces dicroto; cianosis desde el principio, especialmente de las manos y antebrazos; la lengua se seca pronto y se cubre de fuliginosidades, así como los dientes y los labios; hay gran *cefalalgia* gravativa ó pungitiva; las ideas se oscurecen rápidamente, se presenta abatimiento ó agitación, delirio, sordera, la sed es muy intensa, se observan náuseas y vómitos, y con frecuencia diarrea. En casi todos los enfermos se ha encontrado hipertrofiado el bazo, y es frecuente la dilatación del corazón derecho, así como la disminución del primer ruido sistólico. El vientre se abulta á veces y está doloroso, la orina es escasa, oscura y ácida, habiéndose señalado casos de *anuria* y ninguno de *albuminuria*.

El bubón llama la atención desde el principio por el dolor que provoca; aparece comunmente al mismo tiempo que la fiebre ó poco después, y con mucha frecuencia el enfermo se queja de dolores al nivel de los ganglios, antes de que se note el infarto de éstos. Los puntos de elección de los bubones, suelen ser la axila, el cuello y el triángulo de escarpa; por su reunión, pueden formar tumores voluminosos; son duros, dolorosos espontáneamente y por la presión; la piel que los cubre está roja y se observan placas eritematosas, tan extensas á veces como las dos manos. La supuración se produce entre el séptimo y el duodécimo día; en la sangre, además del bacilo, hay gran aumento de glóbulos blancos. La muerte suele sobrevenir hacia el cuarto día, y parece debida al colapso cardíaco. Los enfermos que han resistido los cuatro ó cinco primeros días del padecimiento, tienen muchas probabilidades de salvarse. No se han hecho inyecciones de suero antipestífero, y el alcanfor y la quinina no han dado ningún resultado. De 50 enfermos examinados desde el punto de vista de la puerta de entrada de la infección, los Médicos japoneses no han encontrado mas que en seis una úlcera cutá-

nea favorable á la penetración del germen específico. Como se vé, la Memoria del Dr. Matignon es un trabajo breve y conciso, en que sólo se consignan los principales síntomas observados en la peste de la Isla Formosa, faltando muchos particulares referentes á la enfermedad epidémica en cuestión y datos experimentales que pudieran utilizarse para la resolución de los problemas planteados en estos últimos tiempos sobre su patogenia, anatomía patológica, terapéutica y profilaxis.

(*Real Ac. de Med. de Madrid.*)

\* \* \*

**Dionina.**—Es el clorhidrato del éter monoetílico de la morfina. Polvo blanco, cristalino, amargo, que se disuelve con gran facilidad en el agua (100 partes de agua disuelven 14 de dionina), lo cual facilita su uso hipodérmico y la distingue del clorhidrato de codeína, de la morfina, la peronina y la heroína. Su acción es intermedia entre la codeína y la morfina; tiene de ésta sus efectos narcóticos y se distingue de la codeína por su escasa influencia sobre la excitabilidad refleja de la médula. Calma la tos, favorece la respiración, y se ha recomendado por Ludwig, Hesse y otros en la tuberculosis pulmonar y otras afecciones del aparato respiratorio y en la morfinaomanía. La dosis es de 0'015 gramos á 0'03 gramos.

(*Rev. de cienc. méd. de Barcelona.*)



## FÓRMULAS

### 351

Apomorfina.....	20 centigramos.
Tintura de colombo.....	á á 30 gramos.
» de nuez vómica.....	XV gotas.
» de capsicum.....	50 gramos.
» de quina compuesta.....	

M.—Una cucharada pequeña después de las comidas en un poco de agua.

En la **dipsomania**.

\* \* \*

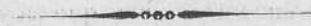
### 352

Cafeína.....	á á 1 gramo.
Benzoato de sosa.....	5 centigramos.
Vanilina.....	50 gramos.
Jarabe de Tolú.....	10 id.
Ron.....	60 id.
Agua destilada.....	

M.—Para tomar una cucharada dos veces al día.

En la **miocarditis de los niños**.

(*Sevestre.*)



## SECCION PROFESIONAL

### PLANTILLAS.

«Excmo. Sr.: Visto el escrito de V. E. de 24 de Marzo último, manifestando que teniendo en cuenta el aumento de esa guarnición con el destino de prófugos y desertores, creación de la sección regional de Cazadores, Comandancia de la Guardia Civil, compañía de Zapadores Minadores y aumento de la fuerza del noveno batallón de Artillería de plaza, y que el Médico mayor, de plantilla, tiene que formar parte de la Comisión mixta de reclutamiento, reconocimiento de Oficiales, preparar como Director del hospital militar los reconocimientos de inútiles y cuantas incidencias ocurran, se hacía necesaria la creación en la plantilla del Cuerpo de Sanidad militar de otra plaza de Médico mayor para atender debidamente los servicios enumerados, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que se aumente una plaza de Médico mayor en el hospital militar de esa plaza, incluyéndose en la plantilla del Cuerpo de Sanidad militar y en el proyecto de presupuesto del próximo año económico, y que interinamente continúe desempeñando sus servicios en comisión en el citado distrito el Médico de dicha clase, con destino en el hospital militar de Bilbao, D. Eustasio González Velasco.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 12 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr. Capitán General de las Islas Canarias.—Sr. Ordenador de Pagos de Guerra.»

\*  
\*  
\*

«Excmo. Sr.: En vista del escrito de V. E. de 3 del actual, proponiendo se nombre un Médico militar que se encargue de la asistencia facultativa de los Generales de cuartel y reserva, Jefes y Oficiales y demás personal subalterno afecto á ese cuartel general, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer se destine un Médico mayor para el desempeño de los servicios indicados, incluyéndose para el efecto la citada plaza en la plantilla del Cuerpo de Sanidad militar, en el proyecto de presupuesto del próximo ejercicio, y que interinamente se nombre en comisión un Médico del referido empleo, en situación de excedente, que se encargue de la asistencia del personal referido, disfrutando el sueldo de activo y abonándosele la diferencia por el capítulo á que estén afectos los haberes que por su situación le corresponda.

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

—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 12 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr. Capitán General de Burgos, Navarra y Vascongadas.—Sr. Ordenador de Pagos de Guerra.»

\*  
\* \*

#### JUSTICIA.

«Circular.—Excmo. Sr.: De las diligencias practicadas por este Ministerio en averiguación del paradero de varias sumarias y causas seguidas en las Islas de Puerto Rico y Cuba, y de los informes emitidos acerca del asunto por el Jefe del Archivo general militar, resulta que bastante número de dichos procedimientos deben hallarse archivados y sin terminar entre la documentación de los Cuerpos á que pertenecían los Jueces instructores, por haberlos éstos entregado en las oficinas de los suyos respectivos en el estado en que se encontraban al verificar su embarco para la Península; y siendo necesario de todo punto que cese tal estado de paralización, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que por las Comisiones liquidadoras de todas las unidades orgánicas que pertenecieron á las referidas Islas, se proceda inmediatamente al examen de la documentación que tengan á su cargo, y de su resultado den conocimiento con urgencia á la autoridad judicial superior de quien dependan, á fin de que ésta pueda ordenar lo conveniente para la continuación de los expedientes, sumarias y causas que se hallen paralizadas.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y fines consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr.....»

\*  
\* \*

#### RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS.

«Excmo. Sr.: En vista de la consulta que promovió á este Ministerio, por conducto del de la Gobernación, la Comisión mixta de reclutamiento de la provincia de Logroño, relativa al abono, por los fondos provinciales, de los vales expedidos por dicha Corporación al Médico militar, vocal de la misma, por el importe de los reconocimientos verificados en padres, hermanos ó abuelos de los mozos, cuando á todos éstos se les reconozca la cualidad de pobreza, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que los reconocimientos practicados por los Médicos militares, vocales de las Comisiones mixtas, no devengan honorarios sino en el caso de que se practiquen en virtud de reclamación de parte, ó á petición de los mismos interesados, tanto de

los mozos como de los parientes de ellos, abonándose en este caso las 2<sup>50</sup> pesetas por los interesados; y cuando fueran notoriamente pobres, se hará el abono, por las Comisiones mixtas, de los fondos provinciales, doctrina que está conforme con lo establecido en la Real Orden de 11 de Junio de 1897 (*D. O.* núm. 130), y que viene aplicándose en los reconocimientos de mozos según lo preceptuado en el artículo 110 de la Ley de 30 de Enero de 1856, disponiendo, en su virtud, que conforme á los preceptos del referido artículo, se abonen al Médico militar las cantidades que le correspondan por los reconocimientos hechos á consecuencia de reclamación de parte, si ésta es pobre.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 13 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr. Capitán General de Burgos, Navarra y Vascongadas.»

\*  
\*  
\*

#### DESTINOS.

«Excmo. Sr.: En vista de la necesidad de garantir el servicio en las farmacias militares de Madrid, y teniendo en cuenta que por la importancia y naturaleza del mismo no es posible se desempeñe por los Oficiales asignados á dichas dependencias, á no imponerse un trabajo excesivo, si por causa eventual deja de prestarle alguno de ellos, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido resolver que de los Farmacéuticos excedentes por consecuencia de la repatriación se nombre, en comisión, dos primeros ó segundos para eventualidades en esta Corte, quienes prestarán sus servicios normalmente en las farmacias militares números 1 y 2, ó en aquellas que fueren más necesarios, y percibirán la diferencia de sueldo hasta el de activo por el capítulo y artículo del vigente presupuesto á que están afectos sus haberes por la indicada situación.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva y Extremadura.—Sr. Ordenador de Pagos de Guerra.»

\*  
\*  
\*

#### CONTABILIDAD.

«Circular.—Excmo. Sr.: Dispuesto por Real Decreto del Ministerio de Hacienda de 14 de Marzo próximo pasado (*D. O.* núm. 61), que desde la publicación del mismo no se contraiga obligación alguna con aplica-

ción á los créditos extraordinarios concedidos para atenciones de la guerra, surgió la necesidad de que el importe de los haberes del personal de las diferentes dependencias establecidas en la Península, que se satisfacía con cargo á aquellos créditos, como obligación propia de los ejércitos de Ultramar, se aplicara en lo sucesivo al presupuesto ordinario de la Península, y con tal objeto se tuvo presente esta atención al solicitar suplementos de crédito necesarios al presupuesto vigente de este Ministerio; concedidos éstos por Real Decreto de 11 del actual (*D. O.* núm. 64), y dotado suficientemente el capítulo 5.º, artículo 5.º, «Jefes y Oficiales en situación de reemplazo y excedentes», al mismo deben aplicarse todas estas obligaciones, en unión de las que ya tenía; y en su vista, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º El personal que constituye las Comisiones liquidadoras de la Caja general de Ultramar, del Depósito de Ultramar en Madrid, de las Subinspecciones de las Armas de Cuba y Puerto Rico, de los Cuerpos disueltos de los ejércitos de Cuba y Puerto Rico, de atrasos de Administración militar de la Isla de Cuba, de atrasos de la Intendencia militar de Cuba, de atrasos de la Subintendencia militar de Puerto Rico y Depósitos de Ultramar, percibirá sus haberes y demás devengos con aplicación al capítulo 5.º, artículo 5.º del presupuesto vigente de este Ministerio, á partir de 1.º del actual, á cuyo efecto, y no obstante lo prevenido en el artículo 62 del Reglamento vigente de revistas, el cual, por la especialidad de las circunstancias, quedará modificado para este caso particular, se formará por cada una de las dependencias expresadas una nómina mensual en reclamación de los citados devengos; dicho personal causará alta en las nóminas del próximo mes de Mayo, con fecha 1.º del actual, reclamándose por nota los haberes de este mes, con la justificación prevenida y sin perjuicio de que cuando el alta esté dispuesta, remitan los Habilitados, por conducto del Comisario de guerra de la clase, á la Intendencia de la región respectiva, un pedido de fondos, con objeto de que, cursado á la Ordenación de Pagos por obligaciones de este Ministerio, se consigne oportunamente el crédito necesario para que pueda librarse en el mes actual el importe de los haberes que por este concepto se hubiesen devengado en el mismo.

Y 2.º Que el personal excedente y de reemplazo con sueldo entero y cuatro quintos de sueldo de la escala activa, cuyos haberes se dispuso por Real Orden de 25 de Febrero último (*D. O.* núm. 44), los percibieran por Cuerpos de reserva, establecimientos y dependencias, pasarán también á percibirlos por el capítulo 5.º, artículo 5.º, desde que fueron alta

en la Península, á cuyo efecto procederá V. E. á ordenar la correspondiente alta en la nómina respectiva de esa región, debiendo la Ordenación de Pagos por obligaciones de este Ministerio verificar las operaciones de contabilidad correspondientes.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 21 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr.....»

\*  
\*\*

### ORGANIZACIÓN.

«Circular.—Excmo. Sr.: No correspondiendo los resultados obtenidos en beneficio de la remonta de la Guardia civil por el Depósito de recría y doma de potros, creado el año 1893, con los gastos que su sostenimiento ocasiona, y los inconvenientes de tener separado de sus comandancias un numeroso personal de guardias y fuera de servicio una gran parte del ganado de los escuadrones, y de acuerdo con lo propuesto á este Ministerio por el Director general de la Guardia civil, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que por fin del corriente mes quede suprimido el mencionado Depósito, y que en su lugar se constituya una «Comisión permanente de remonta de la Guardia civil», compuesta del Coronel Subinspector de los Colegios de Getafe y Valdemoro, un Comandante y dos Capitanes, la cual, asesorada por dos Veterinarios que designará la autoridad militar de los puntos en que la compra se verifique, atenderá á la adquisición, por gestión directa, de los caballos necesarios para el Instituto, al precio máximo de 1.250 pesetas cada uno. Es asimismo la voluntad de S. M., que la remonta de Caballería se haga cargo de los 215 potros que existen en las dehesas con destino á la Guardia civil, previo abono por la Dirección general de este Instituto de las costas de recría, para su inversión en la compra de potros que se está verificando, y que una vez hecho efectivo el crédito que ha de consignarse en presupuesto para la adquisición de 200 caballos de aumento en los regimientos de Caballería, la remonta de esta Arma reintegre á la de la Guardia civil el total importe satisfecho por ésta á cuenta de los referidos potros.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 22 de Abril de 1899.—Polavieja.—Sr.....»



## VARIEDADES

El Colegio de Médicos de la provincia de Teruel ha quedado constituido en la siguiente forma:

*Presidente*, D. Francisco Alemany Bosch; *Vocal 1.º*, D. Manuel García Bolós; *Vocal 2.º*, D. Ramón Serred Conesa; *Vocal 3.º*, D. Sebastián Casinos Clavel; *Contador*, D. Francisco Navarro Calvo; *Tesorero*, D. Julián García Cebrián, y *Secretario*, D. Anselmo Pomar Sánchez.

\* \* \*

*Aviso importante para los Médicos de Madrid.*—En cumplimiento del artículo 72 del Real Decreto que rige á los Colegios de Médicos, el de Madrid expende ya en su domicilio los sellos que deben llevar todas las certificaciones que aquéllos expidan, excepto las de pobres de solemnidad y las de defunción, que no necesitan de este requisito. Se avisa á los Sres. Médicos porque desde ahora dichos certificados no pueden ser admitidos en los centros oficiales sin el sello, que se colocará en el papel timbrado correspondiente y será inutilizado por la firma del Médico.

\* \* \*

Después de cuatro años de permanencia en Filipinas acaba de regresar á esta Corte nuestro distinguido amigo y compañero el Médico mayor D. Lorenzo Aycart y López, fundador de la REVISTA DE SANIDAD MILITAR. La Redacción se complace en felicitarle por su feliz arribo á la madre Patria, y por sus brillantes éxitos profesionales alcanzados en Manila, principalmente en la Dirección de las Ambulancias, que tuvo á su cargo en las azarosas circunstancias porque atravesó dicha población durante el bloqueo. Pronto podremos hacer conocer á nuestros lectores los resultados obtenidos en este servicio, que figurarán dignamente entre los no escasos y meritísimos de la Cirugía militar española.

---

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

**Casuística oto-rino-laringológica.**—Conferencias con presentación de enfermos, dadas en la escuela práctica de especialidades médicas por el *Dr. Forns.*—Segunda edición.—Madrid, 1898.

**La pratique thermale á Amelie-les-Bains**, par le *Dr. Louis Delmas*, Médecin-Major de 1.<sup>re</sup> classe.—Seconde édition.—Paris.

**Souvenirs militaires et relation médico-chirurgicale de la campagne du Sud-Oranais** en 1881-1882, par le *Dr. Louis Delmas*, Médecin-Major de 1.<sup>re</sup> classe.—Paris.

**Anales de Sanidad Militar.**—Publicación mensual dirigida por el Cirujano de ejército *Dr. Marcial V. Quiroga.*—Buenos Aires, 1899.

**Revista española de sifilografía y dermatología**, dirigida por *D. Luis del Portillo y Mestres.*—Publicación mensual.—Madrid, 1899.

**Concepto médico y social de la histeria.**—Discurso leído en la sesión inaugural del año de 1899 en la Real Academia de Medicina por el *Excmo. é Ilmo. Sr. D. Pascual Candela y Sánchez*, Académico numerario de la misma.—Madrid, 1899.