

## CONSIDERACIONES GENERALES

sobre algunos medios para descubrir las enfermedades simuladas.

La seguridad en el diagnóstico de toda enfermedad depende del método empleado en la agrupación y razonamiento de todos los datos que como factores clínicos integren el proceso analizado; despréndese, por lo tanto, de aquí, lógicamente, como segura base de juicio para la diferenciación diagnóstica en la simulación de enfermedades, que la regla general de conducta que debe seguirse ante un individuo que alegue una enfermedad ó defecto físico cualquiera, es prescindir, en la primera etapa de la información clínica, de la posibilidad de que se trate de una afección simulada, y únicamente cuando del análisis puramente clínico, los factores integrantes discrepen de modo ostensible de los de la enfermedad real que se estudie, manifestándose en sus datos en la interrogación y exploración, es cuando deben aunarse las reglas generales de determinación nosológica á las especiales que se puedan aconsejar tratándose de igual ó análogo padecimiento simulado.

Escudados, por lo tanto, en esta norma primera de conducta, no puede incurrirse en el grave riesgo de una preconcebida animosidad, que fácilmente pudiera acarrear falsos juicios y erróneas deducciones, sobre todo en aquellos casos en que la dificultad de la resolución del problema depende de la determinación dudosa de los datos clínicos recogidos.

Estas dificultades han de tenerse muy en cuenta antes de abandonar el aspecto científico puro del análisis clínico para entrar en el de los síntomas ó fenómenos que parezcan sospechosos de ser simulados, puesto que es preciso admitir que, en la actualidad, según la ciencia está constituida, ni algunos de los procesos patológicos se conocen en toda la amplitud de sus manifestaciones morbosas, ni pueden darse como conocidas todas las entidades nosoló-

gicas y sus formas, de las que el organismo humano pueda ser asiento.

En apoyo de las dificultades de resolución del problema, conviene hacer constar que la evolución de algunas enfermedades no dá lugar al cuadro sintomático con que ordinariamente se manifiestan, terminando en ocasiones de un modo brusco, sin haber llamado la atención ninguna perturbación funcional que indicara tal pronóstico.

Muchas nefritis, cuyos accidentes se presentan algunas veces de un modo rápido y mortal, pueden existir sin dar lugar á ningún síntoma apreciable por el enfermo, en términos de poder llegar á sospechar que las manifestaciones de enfermedad entonces observadas dependen de un envenenamiento, ajeno al que realmente tiene lugar por uremia. Un individuo que, por ejemplo, sin presentar albúmina su orina, se queje de vómitos, diarrea, cefalalgia y alguna perturbación visual, se le puede conceptuar como simulador, siendo realmente un nefrítico, sobre todo si coincide con haber sido un soldado poco escrupuloso anteriormente en el cumplimiento de sus deberes militares.

Otro tanto pudiéramos decir de algunas pneumonías, pleuresías y lesiones cardíacas, que con manifestaciones vagas é indeterminadas durante algún tiempo, aparecen inusitadamente con todo el esplendor de sus perturbaciones sintomáticas.

Algunos aneurismas, ateromas y trombosis pueden pasar muchas veces desapercibidos, y como en ciertas varices profundas las dificultades en la progresión que motiven pudieran recusarse como simulación evidente.

Las flebitis de los miembros inferiores quizá pudieran considerarse por sus síntomas como neuralgias ciática ó crural, á consecuencia de que las venas profundas afluentes de las que irrigan los gruesos troncos nerviosos sean las inflamadas y se refieran á éstos los síntomas, ó bien no encontrando otros datos nosológicos se considerase la alegación como simulada; así pudiera ocurrir con los dolores persistentes irradiados á lo largo de los miembros inferiores que con frecuencia acusan los soldados de caballería, y que dependen en muchos casos de flebitis, principalmente de la safena interna.

Los procesos gástricos, los ulcerativos del duodeno y ciego, las incompletas obliteraciones intestinales, los cuerpos extraños y tumores del cerebro, las mielitis, la diabetes, las tuberculosis artícu-

tares, las neurosis, la alienación mental, etc., pueden existir suficientemente desarrolladas como entidades nosológicas, y no manifestarse completamente en sus fenómenos patológicos ó hacerlo con poca intensidad y, desde luego, no con la normalidad acostumbrada, derivando falsamente el juicio en la determinación exacta de la causa que las origina, no correspondiendo en su presentación aislada y limitada á la magnitud del proceso del cuál son expresión.

Y si la determinación se dificulta en las incompletas manifestaciones sintomáticas de entidades nosológicas conocidas, con más motivo ocurrirá en aquellas otras enfermedades que puedan existir, sin que sean conocidas y estudiadas por la ciencia, inclinando el ánimo, precisa y lógicamente por ser desconocidas, á considerarlas como simuladas; así resulta que en tiempo de Baupré se juzga simulada una hemiplegía alterna, ó en los de Gubler se conceptúa imposible la parálisis de un lado del cuerpo con la de la mitad de la cara del lado opuesto; por lo tanto no podremos decir en la actualidad de un modo rotundo que algunas manifestaciones desconocidas, que desde luego no estén en pugna con los conocimientos positivamente ciertos que tenemos, correspondan á una simulación.

Antes de Charcot, probablemente hubiérase considerado como simulador á un paciente de la enfermedad de Thomson, al verle verificar la progresión y contraérsele la pierna en el momento de elevar el pié.

Es, finalmente, necesario tener muy en cuenta lo incompleto del estudio actual de las innumerables perturbaciones funcionales nerviosas sin aparentes lesiones histológicas de los centros, dentro de cuyo terreno se ofrece amplio y fructífero campo de futuras investigaciones, aplicables á asunto tan interesante y transcendental como es el de las simulaciones de enfermedades.

A estas dificultades de orden puramente científico, hay que añadir otras no menos interesantes de orden práctico referentes al modo, como en la inmensa mayoría de los casos tiene el Médico militar que hacer las investigaciones clínicas.

Si es en los cuarteles, el reconocimiento facultativo se hace por lo general rodeado de toda clase de ruidos y con la mucha aglomeración de los que se presentan á la visita, si el local, como casi siempre ocurre, es poco amplio. El tiempo disponible por el Médico es forzosamente limitado, dadas sus muchas ocupaciones con los servicios de plaza y la visita domiciliaria á las familias de los Oficiales. Los instrumentos y medios de exploración no existen

ni son reglamentarios los más precisos; causas todas que limitan y entorpecen de modo insuperable el juicio verdaderamente exacto de todo padecimiento que requiera una diferenciación determinada.

En campaña las dificultades se presentan en mayor grado, pues á las apuntadas únese el que las mismas fatigas y trabajos que sufren los demás sufre el Médico, al cual, simplemente por su humana condición, no es posible exigirle después de una penosa jornada, integridad de juicio y discernimiento justo en asuntos que reclaman una perfecta tranquilidad de cuerpo y espíritu. Es preciso una larga práctica militar para que esas dificultades se invaliden por la experiencia adquirida.

Las precedentes dificultades, señaladas someramente, dan como conclusiones finales que el Médico militar, al tener que dictaminar en cualquier forma sobre asuntos de simulación, debe, en relación con el sujeto objeto del dictamen y con el dictamen mismo, examinar y resolver cada asunto con prudencia, precaución, discreción, justicia é imparcialidad, siempre apoyado en la ciencia y en su práctica personal, poniendo á contribución por un lado la labor intelectual más esmerada que un diagnóstico diferencial pueda exigir, y por otro, en contraposición al simulador, toda la paciencia, prudencia, astucia y atención de que sea capaz y se haya visto obligado á cultivar anteriormente.

M. SLOCKER  
Médico primero.

(Continuará.)

---

## Prensa y Sociedades médicas

**Diagnóstico diferencial de los traumatismos cerebrales.**—Según Byron B. Davis, para los que sólo tienen conocimientos teóricos sobre los traumatismos cerebrales, el diagnóstico de una de estas lesiones parece muy claro, pero no les pasa lo mismo á los que han tenido que habérselas con esos casos dudosos que se ven en la práctica corriente. Bajo la capa de la embriaguez se ocultan, sobre todo, los errores de diagnóstico. En esos casos se supone que el alcohol lo ha hecho todo y no se investiga más. Además, el hecho de encontrar un individuo en el coma hace suponer que haya habido libaciones abundantes y olvídase que el opio, la uremia, la apople-

gía, la epilepsia y los traumatismos cerebrales dan un cuadro de síntomas análogo al de la embriaguez. Sería mejor, para no exponerse á errores fatales, no dar nunca como seguro que ha sido el alcohol la causa de un estado de éstos que se marcan por la inconsciencia. Téngase presente para ello que el cuadro sintomático presentado por la embriaguez alcohólica es el siguiente: aliento alcohólico—aunque este signo no quiera decir sino que el individuo ha bebido—, cara congestionada, extremidades frías, pupilas normales, respuestas y expresiones incoordinadas, dado caso que el estupor no sea completo; en otro caso hay mutismo, respiración regular y sin estertor, que puede ser rápida ó pausada; el pulso, frecuente y débil al principio, se hace lento en cuanto se pronuncia el coma; la temperatura normal, y si se exagera el coma, sub-normal.

El coma producido por el opio dá una respiración muy lenta, á menudo estertorosa; el pulso, lento y lleno al principio, se hace rápido y débil después, los reflejos faltan, la temperatura está abajo de la normal, se siente el olor del opio en el aliento, las pupilas están permanentemente contraídas, la cara, pálida al principio, se pone roja y lívida después, y si se puede despertar al enfermo se obtienen de él respuestas fáciles y correctas en la conversación.

En el coma urémico las pupilas están dilatadas y no se contraen por la luz; el aliento es dulzaino; hay edemas locales; la cara está pálida, y la respiración es rápida é irregular; no es posible despertar al enfermo; el pulso es duro é irregular; la orina contiene albúmina y la temperatura es normal; los reflejos no están alterados.

El coma de la apoplejía se distingue por estos signos: pupilas dilatadas y fijas, piel fría y húmeda, no puede el paciente despertarse, respiración lenta é irregular, pulso variable, temperatura primera sub-normal, en seguida normal, permaneciendo así, á menos que no haya un fatal desenlace, en cuyo caso sube hasta un grado elevado; hemiplegia con reflejos exagerados, si las zonas motrices están comprometidas.

Tratándose de traumatismos cerebrales, el coma tiene otros signos diferenciales. Generalmente hay lesiones externas, la temperatura se eleva, no se despierta al enfermo, hay parálisis ó rigidez muscular, pupilas desiguales, pulso radial asimétrico; la relación entre el pulso, la temperatura y la respiración no es normal, siendo el pulso y la respiración lentos en relación con lo que marca la temperatura. Debe afeitarse siempre el cuero cabelludo para salir de la duda.

Con respecto á los traumatismos cerebrales entre sí, la distinción es perfectamente posible ateniéndose á estos signos:

*Contusión.*—La pérdida de conocimiento sobreviniente en seguida del traumatismo, significa que hay una contusión general del cerebro. La temperatura es normal inmediatamente después del accidente, pero vá subiendo gradualmente, ofreciendo pequeñas remisiones que no se encuentran en caso de hemorragia ni son tan marcadas en las heridas cerebrales. La temperatura no asciende á

muy alto grado, manteniéndose en una posición intermedia entre la hemorragia y las heridas.

El pulso y la respiración no dicen nada, no llegando ni uno ni otra á estar acelerados como en la hemorragia, ni á estar tan normales como en los casos de heridas.

Se observa frecuentemente excitación, inquietud, delirio. En los casos en que una hemorragia coexiste con una herida, puede decirse que, apareciendo estos fenómenos, existe también contusión.

No hay que confundir el delirio póstumo debido á la meningitis, con el delirio precoz de la contusión.

*Heridas.*—Si hay pérdida de conocimiento en un caso de herida, ella es debida á la contusión concomitante. Produciéndose tardíamente esta pérdida, es que ha sobrevenido una hemorragia. La temperatura sube, pero sin remisiones; si la terminación es fatal, la temperatura sube hasta un grado elevadísimo y aun se la vé ascender después de la muerte. El pulso se pone lleno y es lento, bajando hasta 40 por minuto. La respiración está más bien ligeramente acelerada. Pulso lento, respiración algo acelerada y temperatura elevada, indican herida cerebral, y cuanto más divergente es el pulso de la temperatura, más seguro es el diagnóstico.

Hay pérdida de orina y materias fecales, sin parálisis, aunque estos fenómenos pueden ocurrir—pero raramente—en la hemorragia ó en la contusión.

Los desórdenes mentales que salen del vulgar delirio traumático, indican en la gran mayoría de los casos una herida asentando en el lóbulo frontal izquierdo. «Este es un descubrimiento del profesor Phelps, dice el autor, y, si es cierto, constituye un signo precioso de localización.»

*Hemorragia.*—Si el coma aparece después de un intervalo lúcido, aunque sea corto, hay hemorragia. Si hay primero coma seguido de vuelta al estado normal, sucediendo de nuevo el coma, este nuevo coma indica que se ha producido una hemorragia, así como lo primero indicaba que había habido sólo una contusión. También hay que tener presente que dada una contusión, un coma que se prolonga puede significar que se ha producido una hemorragia. La temperatura es normal ó casi normal cuando no hay sino hemorragia. Si pasa de 38° quiere decir que la hemorragia está complicada de herida ó contusión. En la hemorragia siempre el pulso es más frecuente que normalmente. Si ésta está complicada con herida, es probable que el pulso sea normal porque queda equilibrada la acción antagonista de ambas lesiones. La respiración está alterada generalmente, pero es una vez más rápida, otras más lenta que la normal.

La localización de la hemorragia es cosa difícil, á menos que no haya signos claros bien definidos, y aun así hay que tener en cuenta las lesiones de vecindad, compresiones que se producen, etc.

Algunos signos tenidos hasta aquí como importantes para el diagnóstico diferencial de los traumatismos cerebrales, no deben

seguir gozando de favor. Tal es la diferencia de latidos en las radiales y la desigualdad pupilar, que no tienen reglas fijas de aparición ni señalan un caso dado de traumatismo.

El dolor es casi constante en todos los casos, pero no tiene valor como signo diagnóstico.

Las dos complicaciones ulteriores de los traumatismos, la meningitis y los abscesos, merecen algunas palabras.

Cuando la aracnoide se inflama no hay escalofríos definidos, pero el pulso y la respiración se aceleran grandemente, contrastando este estado con la lentitud y la amplitud del pulso que se observa cuando hay inflamación en la masa cerebral. El dolor se hace más agudo, más activo el delirio y el enfermo se agrava visiblemente; la temperatura es variable, la inquietud es más pronunciada. Si la inflamación se extiende á las meninges medulares, hay rigidez del cuello. El comienzo de la meningitis puede ser insidioso y lento, ocultándose á la vista del Médico; por eso éste debe tener el ojo atento sobre el pulso, la respiración y la temperatura comparados.

Los abscesos no se manifiestan hasta después de pasado el período crítico.

Las causas que predisponen á esta complicación son tanto la contusión, la hemorragia, como las heridas, favoreciendo las tres lesiones la extravasación de micro-organismos á un campo de cultura fértil. El mecanismo de producción sería el mismo que el de la osteo-mielitis supurada. Los síntomas primeros se confunden con los de la meningitis. Sólo después que se ha formado la colección purulenta, es cuando empieza la diferencia. La temperatura desciende entonces, hay menos dolor, menos inquietud, más alteraciones nutritivas y una pérdida más pronunciada de las funciones del control.

Los síntomas del último momento son los mismos que los de cualquier otro absceso cerebral: dolor de cabeza, vértigos, pulso y respiración lentos, neuritis óptica, dilatación de la pupila y temperatura por bajo de la normal. Una pequeña elevación de temperatura se observa, en los casos de hemiplejía, en el lado paralítico. La diferencia con un tumor está en la agudeza de los síntomas; en caso de absceso, el descenso de la temperatura es mayor, la alteración del fondo del ojo menos pronunciada, la emaciación y posturación del paciente más rápidas, y la rigidez de los músculos paralizados considerablemente más pronunciada.

Debe tenerse cuidado de excluir siempre en estos casos la sífilis, la tuberculosis y demás causas que dan signos parecidos á los del absceso cerebral.

(*The Medical Herald.*)

\*  
\*  
\*

**Formas crónicas y apiréticas de la influenza.**—*Profesor Filatow* (de Rusia): La influenza puede pasar al estado crónico, según

cierto número de autores han podido comprobarlo (Leichtenstein, Gillet, Widal.) Pero lo que es menos conocido es que la influenza puede evolucionar apiréticamente y no sólo en sus formas leves, sino en sus formas más graves. Desde Fissier, la influenza es de todas las pirexias la enfermedad que evoluciona más á menudo sin fiebre, y precisamente en las formas más graves.

El autor ha observado siete casos de influenza crónica, algunos apiréticos.

El primer caso se refiere á un niño de 3 años, cuyo padre, Médico, estaba afecto de influenza, que le ha durado más de dos meses, presentando una curva térmica de las más raras, semejando en ciertos períodos, ya la fiebre tifoidea, ya la malaria. El enfermo, que observaba su enfermedad con la mayor atención, hizo al pronto el diagnóstico de fiebre tifoidea; pero en ausencia de todo fenómeno tífico, salvo la temperatura, fué obligado á diagnosticar la influenza. El niño cayó enfermo el mismo día del restablecimiento definitivo de su padre. Los primeros días de enfermedad había ligerísima elevación de temperatura ( $37^{\circ},3$ - $37^{\circ},6$ ) continua, no observándose la pirexia al muy poco tiempo mas que de tres á siete de la tarde; en ninguna ocasión se observaron escalofríos. Lo que dominaba la escena eran la debilidad general, el abatimiento, soñolencia, anorexia y estreñimiento. No hubo nunca ni vómitos, ni tos, ni cefaleas ni esplenomegalia. Sudores profusos, exclusivamente nocturnos. La quinina y el arsénico no ejercieron acción alguna en el mal del enfermo, que permaneció ciento quince días en ese estado.

Ved otro caso de epidemia familiar, en que los tres niños (de 4, 3 y 2 años) fueron atacados simultáneamente. Los padres sanos; no hay tuberculosis en la familia. Los niños han pasado coqueluche y erisipela, de las que se han restablecido por completo. En Diciembre, los tres niños caen enfermos al mismo tiempo; temperatura, hasta  $39^{\circ}$ . Coriza y tos, pero sin síntoma objetivo alguno torácico. Al mismo tiempo empieza la madre á tener fiebre y quejarse de quebrantamiento general. Dos semanas después la tos y el coriza desaparecen en todos ellos, si bien los niños continúan teniendo fiebre ( $37^{\circ},3$  á  $38^{\circ},3$ ) con máxima entre una y tres de la tarde. La madre misma tomaba la temperatura exactamente tres veces por día, y de sus mesuraciones resulta que la fiebre no desapareció hasta los seis meses. Ahora bien, esta fiebre no fué nunca precedida de escalofríos; nunca se observaron ni sudores profusos ni esplenomegalia; al examen microscópico de la sangre no se observaron en ella las plasmodias de Laverán; la quinina no tuvo acción alguna.

¿Qué fiebre es ésta? Pudiera pensarse en la malaria; pero la enfermedad ha empezado simultáneamente en los tres niños, después de un ataque agudo de influenza; la marcha de la fiebre era irregular, pero sin elevaciones ni caídas bruscas, sin sudores. Suponer la fiebre tuberculosa parece menos justificado aún que la malaria, porque ésto sería admitir una tuberculosis epidémica que estallara en familia exenta de todo vestigio tuberculoso, y que atacando brus-

camente á los tres niños, sin ser acompañada de inflamación de ninguna especie, terminara, además, por la curación. Así, pues, por vía de exclusión, nos vemos obligados á admitir la gripe, que después del ataque agudo pasó al estado crónico, determinando por sí sola el estado pirético de los tres niños durante seis meses.

Hé aquí otro ejemplo de influenza crónica apirética. Niño de 8 años (cuyo padre fué atacado de una enfermedad febril de forma rara, que duró cincuenta días) es inmediatamente atacado á su vez y queda enfermo durante ciento quince días. En todo el curso de la enfermedad no se presentó ningún síntoma local ni elevación térmica. En efecto, la temperatura oscilaba invariablemente entre 37°,9 y 37°,6, pero el enfermo tenía de vez en cuando escalofríos, seguidos de debilidad general y cefalea, y por fin de sudores profusos. Como el bazo estaba ligeramente abultado, se hubiera podido suponer una fiebre tifoidea de forma apirética ó la malaria. Mas como el examen microscópico de la sangre, así como la reacción de Widal, dieron resultados negativos y, por otra parte, la duración del mal no concordaba con la fiebre tifoidea, era preciso admitir la gripe.

Esta forma apirética de la gripe ha sido ya señalada por Leichtenstein, Eichhorst, etc.; su existencia no puede ponerse en duda.

En la primera forma la enfermedad empieza por un ligero catarro; pero en lugar de terminar al cabo de seis ó siete días, se eterniza y dura, en los casos ligeros, varias semanas; en los más graves, de tres á cinco meses. Pero *la elevación térmica es poco pronunciada*, la temperatura oscila entre 37° y 38°, 38°,5, con un máximo después del medio día (de doce á cuatro.) Si la elevación de temperatura es precedida de escalofríos, y su caída seguida de sudores más ó menos profusos, se obtiene una marcha paroxística que recuerda, en bastantes puntos, á la fiebre intermitente. Es de advertir, por lo demás, que la influenza crónica puede permanecer *absolutamente apirética*, si bien á pesar de ésto presenta un carácter paroxístico; á un momento dado del día, el enfermo, por todo mal, tiene escalofríos, cefalea, malestar, sin fiebre. A veces, pero raramente, hay un poco de esplenomegalia. La anorexia es más ó menos considerable, pero el apetito no se pierde nunca por completo.

En la segunda forma, los accesos no se distinguen en nada de los de la gripe ordinaria; ora la temperatura se eleva bruscamente á 40° y más, ora queda casi normal. Como complicación, Filatow ha notado una vez la pleuresía serofibrinosa en una niña de 7 años. El diagnóstico de influenza crónica no es difícil cuando la gripe se presenta bajo la forma de epidemia familiar, cuando el estado febril persiste largo tiempo sin causa alguna apreciable. El diagnóstico diferencial debe establecerse sobre todo con la fiebre tifoidea, la malaria y la tuberculosis miliar aguda; tales puntos de diagnóstico se podrán fijar con la reacción de Widal y la investigación de las plasmodias. La mayor dificultad de diferenciarle de la

tuberculosis miliar aguda, hará que nos fijemos en la ausencia de marca hereditaria y la ausencia de signos subjetivos.

El pronóstico es generalmente bueno, pero es imposible predecir la duración del mal.

El tratamiento consistirá principalmente en el reposo en cama, á pesar de las protestas del enfermo. Se separará toda causa de enfriamiento y, en la buena estación, se ordenará como tratamiento más eficaz la estancia en el campo.

Realmente las historias transcritas no corresponden á las fiebres admitidas hoy como crónicas, ó más bien á aquellos padecimientos en los cuales es la fiebre un síntoma saliente; tales son la tisis, los abscesos, el paludismo, reumatismo, sífilis, leucemia, linfadenosis, anemia perniciosa y piohemia crónica; pero es cierto también que son muy pocos síntomas y muy escasos los datos anotados para hacerlos entrar en el cuadro de la influenza (aunque ésta sea crónica), siendo la aguda tan mudable en formas y caracteres. A mi juicio más encajan en el cuadro de remitentes palúdicos, aun cuando no se haya encontrado los plasmodios, como no se ha encontrado el germen de la gripe.

Deben, sin embargo, aceptarse estos casos con reserva, pues si les damos y confirmamos como de influenza crónica, pueden llevarnos al abuso; que si hoy el diagnóstico de influenza ó gripe es el asilo de la ignorancia cuando no damos con el diagnóstico de un afecto agudo, mañana será cosa demasiado común, y por ende poco edificante, el echarnos en brazos de la influenza crónica como diagnóstico tranquilizador y cómodo.

*(Meditzinskaje Obosrénic.)*

\*  
\*\*

**Los micro-organismos de la cirrosis hepática.**—El Dr. Adami, de Montreal (Canadá), después de haber estudiado una enfermedad del ganado (Picton), que caracterizó como una cirrosis especial hepática, acompañada de tumefacción de los ganglios linfáticos abdominales, de ascitis y ulceraciones en el cuarto estómago, y de haber descubierto unas bacterias especiales, ha logrado encontrar estas mismas bacterias en los cortes de hígado humano, afectados de cirrosis atrófica. Ha encontrado unos diplococos, rodeados de una cápsula: algunos, por su forma, parecen gonococos muy pequeños; otros aparecen como bacilos, también muy pequeños. Hasta ahora no ha podido obtener coloraciones perfectas. El procedimiento que le ha dado mejor resultado es el siguiente: poner las secciones ó cortes de la viscera en una solución débil de ácido acético durante uno ó dos minutos; lavar para quitar el ácido; colocarlas en alcohol absoluto y teñir en una solución de azul de metileno en aceite de anilina, durante media hora; pasarlos durante quince segundos á una mezcla de dos partes de aceite de anilina y dos de xilol, y después en xilol puro. Con este procedimiento se pueden obtener preparaciones extemporáneas, pero no permanentes. Se pueden descubrir

los micro-organismos muy claramente en el tejido de nueva formación y en las celdillas hepáticas. Algunos, sin embargo, no quedan bien teñidos, y aparecen de un color moreno, probablemente están muertos. El autor ha hecho sus investigaciones en el Rush Medical College de Chicago, y en el hospital Johns Hopkins de Baltimore. En todos los casos de cirrosis atrófica que ha estudiado ha podido reconocer las bacterias dichas. El Dr. Osler presentará próximamente una descripción detallada de las más interesantes observaciones, en la sesión de la Asociación Médica Británica, en Edimburgo.

(*Journal of the Amer. Med. Assoc. Chicago.*)

\* \*

**Del empleo del tapaboca en las operaciones asépticas.—**

*M. Berger:* Desde hace mucho tiempo mi atención se ha fijado en los accidentes sépticos que pueden resultar de la introducción en las heridas quirúrgicas de partículas arrojadas por la boca del operador.

Para suprimir esta causa de infección me sirvo de un tapaboca, compuesto de seis capas superpuestas de gasa esterilizada, y mientras que antes, especialmente en la cura radical de las hernias, registraba accidentes de supuración, en la proporción de 1 sobre 6 ó 7 intervenciones, desde que he adoptado esta nueva práctica no he tenido mas que 2 casos de supuración sobre 70 operaciones de cura radical de hernias inguinales ó crurales.

*M. Terrier:* Yo estimo que los accidentes de supuración, seguidos de eliminación de hilos, son esencialmente imputables al hecho de que la asepsia es casi imposible de obtener hasta el final del acto operatorio.

Como han evidenciado los experimentos de Bloch (de Copenhague), los hilos esterilizados que, antes de la operación, no siembran los medios nutritivos, dan casi siempre cultivos al final de la operación, después que han sido manejados por el cirujano ó por su ayudante.

Yo mismo he hecho varias veces la siguiente experiencia: después de haberme cepillado con jabón y lavado con un líquido estéril, jamás he sembrado la gelatina, con mis manos, al principio de la operación, al paso que, al final de esta última, mis manos han dado siempre cultivos en el mismo medio nutritivo; las más de las veces tratábase del estafilococo blanco.

Creo que los mejores resultados que ha obtenido Berger son debidos simplemente al hecho de haber tomado más precauciones para realizar una buena asepsia.

(*Soc. de Cirugía de París.*)

\* \*

**Enfermedad de Addison y medicación suprarrenal.—***M. Rendu* comunica la observación de un addisoniano declarado, que fué so-

metido á la medicación suprarrenal. Se le hizo tomar todos los días una cápsula suprarrenal recién extraída de ternera, del peso de 10 á 12 gramos. A pártir de los dos días siguientes, el enfermo se quejó de entorpecimiento y de disuria, y el examen de sus orines reveló la existencia de una gran cantidad de albúmina. Con todo, la medicación fué continuada, y, ocho días después, el paciente, cuyo estado general era aún bastante satisfactorio, murió súbitamente sin presentar ningún fenómeno urémico.

Esta muerte puede ser considerada como el hecho de una simple coincidencia, dado que ciertos addisonianos sucumben también de una manera repentina; pero también cabe preguntarse si debe ser atribuída, en parte, á la medicación suprarrenal, la cual, como la opoterapia tiroidea, no siempre en realidad se halla exenta de peligros.

M. Bécère cree que se trata aquí de una simple coincidencia entre la aparición de los accidentes bríghticos y el tratamiento de referencia. A este propósito recuerda que en otra ocasión presentó á la Sociedad un addisoniano que curó completamente merced al uso de las cápsulas suprarrenales. Aun cuando esta medicación fué prolongada durante muchos años y á dosis elevadas, jamás produjo el menor accidente.

(Soc. Méd. de los Hosp. de Paris.)

\* \* \*

**Inyecciones salinas subcutáneas en un caso grave de quemaduras.**—M. Besson ha presentado á la *Société anatomo-clinique de Lille* la relación de un caso de quemaduras extensas, en el cual han desaparecido rápidamente los fenómenos generales graves bajo la influencia de la inyección subcutánea de muchos litros de agua salada, repetida durante varios días consecutivos.

El interés de esta comunicación reside no sólo en la novedad de esta aplicación terapéutica de las inyecciones salinas, sino en la explicación que dá el autor de su acción.

La patogenia de los accidentes graves, consecutivos á las quemaduras extensas, ha suscitado numerosas teorías; sucesivamente se han atribuído estos accidentes al dolor, á la reacción inflamatoria, á congestiones viscerales reflejas, á la supresión de las funciones de la piel....

Pero Vignier, en 1842, publicó la observación de un cervecero que cayó en el agua hirviendo, y que al sangrarlo no salió la sangre, que parecía coagulada en el interior de la vena. En la autopsia se encontró un gran coágulo en el corazón y una fuerte inyección de todos los órganos internos.

Wilks en 1861, y Baraduc en 1862, hicieron observaciones análogas; este último no sólo observó las congestiones internas, sino que encontró la sangre, en muchos casos, espesa, pegajosa y negruzca. Otros autores, Maisin, Klebs y Eppinger y Welti, en 1894, confirmaron estos datos y demostraron que en las quemaduras graves se

produce un *estancamiento general* en el sistema circulatorio, debido á la sustracción de una gran cantidad de serosidad; la sangre se espesa, circula con dificultad, se forman aglomeraciones de glóbulos rojos alterados, que se adhieren á las paredes de los vasos y obstruyen los más pequeños. La congestión de los órganos internos por éxtasis globuloso es, por lo tanto, general; de aquí fenómenos cerebrales graves, disminución de la orina, que llega hasta la uremia, fenómenos de gastro-enteritis y esplenización del pulmón.

Lógicamente procede fluidificar la sangre espesada, aumentar la masa sanguínea. Ningún medio puede ser más eficaz para este fin que las inyecciones subcutáneas masivas de agua salada; el caso referido por Besson es un ejemplo notable de ello. El delirio y el coma alternativos, las orinas escasas y rojas, el infarto pulmonar, observados en su enfermo, conjunto de fenómenos que constituían uno de los estados más graves, desaparecieron por dilución de la sangre, suprimiendo las congestiones internas, descargando el cerebro, desobstruyendo el aparato cardio-pulmonar y haciendo de nuevo permeable el filtro renal.

El autor resume su trabajo en estas dos proposiciones:

1.<sup>a</sup> En las quemaduras extensas, la obstrucción del sistema circulatorio por espesamiento de la sangre puede crear estados graves y hasta determinar la muerte.

2.<sup>a</sup> Las inyecciones masivas de agua salada, diluyendo la masa sanguínea, constituyen un tratamiento ventajoso y de una eficacia notable.

(Arch. Méd. Belges.)

\* \* \*

**Tratamiento del eczema profesional en las manos y en los dedos.**—En el tratamiento del eczema profesional, tan difícil de curar con los tratamientos corrientes, el Dr. Rozsas (de Viena) se ha servido, con grandes resultados, del nitrato de plata, empleado como sigue:

Humedece las placas eczematosas con agua, pasa por cima la barrita de nitrato de plata, y para quitar el exceso de sal, lava durante algunos minutos con una solución de cloruro de sodio las partes por donde ha pasado el lápiz argéntico.

Una vez secada la piel, aplica en los sitios cauterizados la pasta de Lassar, cuya composición es como sigue:

Acido salicílico.....	2 gramos.
Vaselina.....	50 —
Oxido de zinc.....	} aa. 24 —
Talco de Venecia.....	

Al cabo de algunos días, despréndense las costras negruzcas. Entonces continúanse las aplicaciones de pomada y, si hace falta, practícanse una ó dos veces aún las cauterizaciones con el lápiz de nitrato de plata. Este tratamiento no es muy doloroso y proporciona satisfactorios resultados.

La glicerina iodada, según la fórmula siguiente, es otro tópicó que daría muy buenos resultados, principalmente en las grietas eczematosas de las manos de las domésticas, según dice Edlesfesen (de Hamburgo):

Iodo puro.....	10 centígramos.
Ioduro de potasio.....	25 —
Glicerina.....	10 gr. 50 centigr.

Esta solución empléase en unturas, que se aplicarán por la mañana y por la noche en los casos graves, y por la noche, antes de acostarse solamente, en los casos ligeros. En estos últimos casos, la curación sobreviene generalmente al cabo de quince días; en los casos graves, el tratamiento deberá continuarse más tiempo.

(*La Dosim.*)

\* \*

**El contagio por los insectos.**—Según el Dr. Régnier, el papel que desempeñan los insectos en la transmisión de ciertas enfermedades, que ya se sospechaba desde hace veinte años, vá precisándose de día en día y abriendo nuevos horizontes á la profilaxia.

Cree el autor que Laverán, en 1884, fué el primero en señalar á los mosquitos como agentes propagadores de la malaria. El descubrimiento de los hematozoarios le permitió precisar más el mecanismo de la propagación de la fiebre palúdica, hasta entonces bastante obscuro; porque era imposible comprobar experimentalmente cómo podía pasar el agente infeccioso del paludismo, del agua ó del aire á la sangre. Pero en la sesión de la *Academia de Medicina de París* del 31 de Enero, M. Laverán ha analizado un trabajo de M. Ross, Mayor del servicio médico de las Indias, que robustece su doctrina considerablemente. En efecto; ha comprobado que el hematozoario del paludismo sufría transformaciones características en el cuerpo de ciertos mosquitos, y comparándolas con las observadas en un hematozoario de las aves, muy parecido á el del paludismo, en el cuerpo de otros mosquitos, ha podido establecer, después de haber conseguido infectar aves sanas haciéndolas picar por mosquitos alimentados con animales enfermos, que podía ocurrir lo mismo en el hombre.

Estos elementos de observación van robusteciéndose con los datos aportados en estos últimos años. Todos los higienistas conocen las célebres experiencias de Smith, por las cuales demostró que la fiebre de Tejas era transmitida á los animales, y de éstos al hombre, por garrapatas, que absorben el *Pirosoïna bigeminum* en la sangre de los animales enfermos y le inoculan en seguida á las bestias sanas ó á sus guardianes. Koch ha confirmado la realidad de estos hechos por experiencias practicadas en su viaje á la costa occidental de Africa.

De antiguo se conocen los peligros de la picadura de la mosca carnívora, capaces de transmitir al hombre la pústula maligna y el muermo. La mosca vulgar también es capaz de transportar y de

comunicar los microbios del antrax, de la erisipela, y, según una observación del Dr. Foustanos, una infección maligna con tétanos, sofocación y muerte rápida.

Però los insectos alados no son los únicos que gozan de este triste privilegio. La chinche vulgar no es menos peligrosa, y puede transmitir la tuberculosis. Denèvre ha señalado un caso típico en un joven, hermano de un tuberculoso, que murió de la enfermedad después de haberse acostado en el lecho donde su hermano había muerto. El cuarto y el lecho habían sido desinfectados; pero se comprobaron numerosas picaduras de chinches en el cuerpo del último enfermo. Denèvre recogió varias de estas chinches, inoculó su sangre á los conejos de India y perecieron bien pronto de tuberculosis.

Tikine, en Odesa, ha observado casos de fiebre recurrente comunicada á los marineros por estos insectos. Las chinches fueron examinadas por él al microscopio y encontró en su sangre los microorganismos patógenos. Esta sangre, inoculada á un mono bien constituido, le comunicó la fiebre recurrente.

Recientes y conocidas son las observaciones hechas sobre la propagación de la peste de las ratas al hombre, por el intermedio de las pulgas.

Por lo tanto, los medios profilácticos que se empleen contra estas enfermedades deben dirigirse enérgicamente para destruir estos elementos de propagación.

(*Journal d'Hygiene.*)

\* \*

**De la asepsia operatoria.**—*M. Quénu:* Después de haber tratado de acercarme en cuanto cabe al ideal de la asepsia, objeto primordial que debe proponerse actualmente todo cirujano, hé aquí cuál es la práctica que por el momento he creído deber adoptar, y cuáles son los resultados que con ella he obtenido.

Desde el punto de vista de la esterilización de los instrumentos, sigo fiel á la ebullición en el agua adicionada de borato de sosa.

El campo operatorio es enjabonado y lavado primeramente con alcohol ó con éter, luego con sublimado.

Cuanto á la asepsia de las manos del cirujano y de las de sus ayudantes, considérola como la cosa más difícil de realizar. Yo estimo que todo contacto séptico es susceptible, hasta al cabo de veinticuatro horas, y á pesar de todos los medios de desinfección empleados, de viciar el resultado de la operación. En consecuencia, absténgome de toda abertura de absceso, por lo menos dos días antes de una intervención importante.

Desde hace algún tiempo me sirvo de guantes de caucho delgado, lo mismo para las operaciones sépticas que para las intervenciones asépticas, hallando en esta práctica una doble seguridad. Estos guantes son igualmente esterilizados por medio de la ebullición.

El antifaz no me parece útil sino cuando el cirujano se halla atacado de coriza, estomatitis, carie dental, etc.

Para las ligaduras, empleo casi exclusivamente el hilo de coser, el cual resiste muy bien á la acción del autoclave.

Sobre 237 operaciones importantes, he tenido 15 defunciones, ó sea una letalidad de 6 por 100, y aun de dicha cifra hay que eliminar dos, que en realidad no pueden ser imputadas á la intervención, lo cual reduce la mortalidad á 5 por 100. La mayor parte de esas muertes se refieren á casos muy graves de cáncer del tubo digestivo. No he tenido mas que una defunción sobre 115 laparotomías por causa de afecciones útero-anexiales; 42 histerectomías abdominales totales por causa de fibroma uterino, me han dado otros tantos éxitos.

*M. Bagy:* Sin querer disminuir la importancia que Quénu atribuye á la asepsia de las manos del cirujano, puedo citar tres casos de mi práctica personal que prueban cómo las condiciones exigidas por nuestro colega no son absolutamente indispensables para obtener resultados perfectos. Un día tuve que practicar una laparotomía por causa de estrangulación interna, después de haber hecho una operación de Estlander; otra vez, una amputación de la mama ha seguido á una dilatación del ano; en otra ocasión, en fin, víme obligado á operar una salpingitis por la vía abdominal dos horas después de haber efectuado un tacto rectal; mis tres operados curaron perfectamente sin ninguna complicación.

*M. Tuffier:* Desde hace aproximadamente tres meses vengo empleando guantes análogos á los de que se sirve Quénu, y debo reconocer que su uso presenta algunos inconvenientes. Sobre que disminuyen, en efecto, la sensibilidad táctil, ocurre además que se desgarran fácilmente á nivel de las uñas, sobre todo durante las operaciones en que las manos del cirujano trabajan en una cavidad profunda, así como en el curso de las intervenciones practicadas en el esqueleto. Por todas estas razones, no empleo los guantes sino en los casos sépticos.

Por lo que hace á las ligaduras, me sirvo exclusivamente de hebras de seda aplastadas, las cuales ofrecen sobre los hilos redondos, tales como el hilo de coser, la ventaja de una hemostasis más segura.

Añadiré que la secación perfecta de la herida constituye, á mi juicio, una de las condiciones importantes para evitar la infección.

*M. Jalaguier:* Al igual que Tuffier, entiendo que el empleo de los guantes, aun cuando no presenta ningún inconveniente en las intervenciones practicadas á cielo abierto, resulta algo defectuoso cuando se opera en la profundidad de los tejidos, pues el cirujano se halla entonces privado de las sensaciones utilísimas que suministra la extremidad de las uñas.

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

**Neumotomía por causa de gangrena del pulmón.**—*M. A. Fränkel*: El hombre que os presento ingresó en 17 de Diciembre último en el hospital, por causa de una gangrena del pulmón derecho. Expectoraba todos los días notables cantidades de tejido pulmonar, de suerte que, *a priori*, debía suponerse la existencia de una vasta pérdida de substancia del pulmón; de otra parte, los signos clínicos evidenciaban que esa pérdida de substancia radicaba en el lóbulo superior, lo cual constituía una condición favorable para la intervención quirúrgica. La operación fué practicada por Körte.

*M. Körte*: En el enfermo de que se trata incidí el pulmón, previa resección de la segunda y de la tercera costilla; dí con una vasta cavidad llena de pus fétido y atravesada por una arteria, que ligué en sus dos extremidades. Después la bolsa fué evacuada y luego taponada.

Las consecuencias de la operación fueron sumamente simples. La secreción purulenta cesó, el operado ha recobrado sus fuerzas, y la cavidad pulmonar se halla hoy notablemente reducida.

*M. Karewski*: Por mi parte, puedo citaros tres hechos análogos al que acaban de relatarnos Fränkel y Körte. En una mujer de 60 años, que tenía un absceso en el pulmón izquierdo, consecutivo á la influenza, practiqué la neumotomía y la enferma curó. En otro caso, tratábase de un hombre de 55 años, atacado de un derrame pleurítico con absceso intrapulmonar, igualmente á seguida de la gripe; obtúvose la curación, pero el operado conservó durante mucho tiempo una fistula pulmonar. Por último, he recurrido también á la neumotomía en un sujeto que era portador de un tumor actinomicótico del pulmón derecho, y que ha concluído también por curar.

*M. Gluck*: En 1885 yo hice la resección de un lóbulo del pulmón en un hombre que había sido herido en la batalla de Pirot; la herida estaba cicatrizada cuando ese hombre sucumbió de resultas de otra nueva que recibió al poco tiempo.

(*Soc. de Med. interna de Berlín.*)

\*  
\* \* \*

**Ataques epilépticos y epileptoides en forma de espanto.**—En muchos casos de epilepsia, el profesor Bejteref ha observado ataques de espanto, y después de reproducir textualmente la descripción en que uno de sus pacientes explica lo que le pasa: dice en resumen que tales ataques distan mucho de ser un fenómeno raro en la epilepsia; que pueden presentarse, sea en forma de aura de ataques grandes, sea como ataques independientes, alternando con los propios de la epilepsia mayor. Más raro es que los ataques de espanto constituyan la manifestación principal de la neurosis epiléptica, presentándose muy á menudo, siendo en cambio raros los ataques ordinarios. Los ataques de espanto no suelen ir acompañados de pérdida del conocimiento ni de vértigos, pero son muy rebeldes al tratamiento, ó al menos no ceden del todo á los remedios eficaces

contra los ataques ordinarios de la epilepsia. También en los ataques epileptoides de la parálisis progresiva se observan á veces estos espantos, que se distinguen de los que sobrevienen en la neurastenia porque no ofrecen ningún enlace con determinadas condiciones externas (de lugar, tempestad, multitud de gente, etc.), como se observa en la patofobia.

(*Obozrenie psijiatrii...*)

---

## FÓRMULAS

---

349

Benzoato sódico.....	} á á 5 gramos.
Ruibarbo en polvo.....	
Nuez vómica en polvo.....	25 centigramos.

M. y D. en diez sellos.—Para tomar dos ó tres al día.  
En la **atonía intestinal**.

(*Huchard.*)

\*  
\*\*

350

Salicilato de sosa.....	10 gramos.
Extracto de belladona.....	30 centigramos.
Agua.....	195 gramos.
Tintura de corteza de naranjas amargas....	8 id.

M.—Una cucharada cada dos ó tres horas.  
En la **disuria blenorragica**.

(*E. Gorbert.*)

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### PRESENTACIONES.

«Excmo. Sr.: Teniendo en cuenta la conveniencia de que en las embajadas y legaciones de España en el extranjero, se tenga noticia de la permanencia en la nación en que se hallen establecidas de los Jefes y Oficiales del ejército que vayan á ellas, ya sea con licencia, ya en comisiones de servicio, la Reina Regente del Reino, en nombre de su Augusto Hijo el Rey (Q. D. G.), ha tenido á bien disponer que todos los Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados que marchen al extranjero, se presenten al llegar al Embajador ó Ministro de España si van al punto en que se halle dicho representante, ó le comuniquen de oficio su llegada,

si van á residir á otro distinto, dándole noticia, en uno ú otro caso, del concepto de su viaje.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 4 de Marzo de 1899.—Co-  
rrea.—Sr. . . . .»

\*  
\*  
\*

#### CÉDULAS PERSONALES.

«Circular.—Excmo. Sr.: Con objeto de regularizar el empadronamiento de los Generales, Jefes y Oficiales del ejército y sus asimilados, para la expedición anual de las cédulas personales que á ellos, á sus familias y criados correspondan, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha dignado disponer se recuerde al personal aludido que está en la obligación de llenar los padrones que entreguen en los domicilios respectivos los encargados de este servicio, así como de proveerse de las mencionadas cédulas, no sólo para sí, sino para sus familias y criados por conducto de los habilitados, á quienes las pedirán oportunamente, circunstancia que harán constar en los padrones para evitar la expedición duplicada de dichos documentos y los perjuicios consiguientes.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Marzo de 1899.—  
Polavieja.—Sr. . . . .»

\*  
\*  
\*

#### TRIBUNALES DE HONOR.

«Circular.—Excmo. Sr.: Nunca más necesario el prestigio de la Institución armada que cuando se trata de su reorganización; y como la disciplina que le sirve de fundamento no ha de mantenerse sólo por los preceptos de la Ordenanza, sino por la elevada idea que el subordinado ha de tener de sus superiores, basada en el concepto de saber, justicia y moralidad de que los vea adornados, se hace preciso para el logro de este fin que desaparezca toda sombra de duda acerca de la conducta de los Generales, Jefes y Oficiales del ejército, cuando fuesen objeto de ataques que mancillen su honra, y que por la índole del caso no puedan ser llevados á los Tribunales de Justicia para el esclarecimiento de la verdad.

Los Tribunales de Honor á que se refiere el título 25, capítulo 3.º del vigente Código de Justicia militar, responden á esa imperiosa necesidad y son los encargados de mantener incólume el prestigio y la honra del ejército, expulsando de él los que olvidando sagrados deberes no son

dignos de vestir el uniforme militar, símbolo de abnegación, pundonor y amor á la patria.

Por eso en el artículo 720 del citado Código, al establecer el Tribunal de Honor, se consigna que podrá ser sometido á su fallo el que hubiese cometido algún acto deshonesto, aunque hubiese sido juzgado por otro procedimiento, siempre que hubiere de continuar en el servicio.

A estos Tribunales hay que dar cuanto apoyo necesiten, y en este concepto el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer preste V. E. toda su cooperación á los ya citados Tribunales de Honor, que, con arreglo á lo preceptuado en el Código, habrán de reunirse siempre que se tenga noticia de hechos deshonestos que se supongan realizados por Oficiales del ejército, bien para desvanecer aquéllos, no siendo ciertos, ó si desgraciadamente lo fueran, separar de las filas á los que se hubiesen olvidado hasta ese punto de lo que el honor militar exige, haciéndose indignos de pertenecer á la colectividad armada.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 3 de Abril de 1899.—Polarvieja.—Sr.....»

\*  
\*\*

## CLASES PASIVAS DE ULTRAMAR.

### EXPOSICIÓN.

«Señora: La terminación de la soberanía de España en los territorios de Cuba, Puerto Rico y Filipinas, y la liquidación de las obligaciones impuestas por la guerra al Tesoro público, exigen con urgencia disposiciones que resuelvan los difíciles problemas que el presente estado de derecho ofrece.

Hállase entre ellos la nueva carga, considerable para el Estado, de las clases pasivas de Ultramar, hoy indotada, puesto que han desaparecido los recursos con que se atendía en los presupuestos de aquellas posesiones al pago de los retiros, jubilaciones, viudedades y orfandades, y subsiste, sin embargo, el derecho á tales pensiones. Las reconocidas, según los últimos presupuestos, importaban: en el de la Isla de Cuba, 10.963.975 pesetas; en el de Puerto Rico, 1.810.000, y en el de Filipinas, 4.110.000, formando un total de 16.883.975 pesetas.

Que aunque no existan los ingresos y hayan caducado los créditos de los presupuestos de Ultramar es necesario considerar vigente el derecho de sus clases pasivas, no puede dudarse, á juicio del Ministro que tiene la honra de dirigirse á V. M., porque se trata de meritorios funcionarios

del Estado que fueron nombrados con la condición de que al retirarse del servicio, por su edad ó por su falta de salud, percibirían un haber y lo legarían á sus viudas y huérfanos, y porque además los servicios en las Antillas ó en el Archipiélago de Magallanes no constituyen por regla general mas que continuación de otros prestados en la Península, que de todos modos habrían de reconocerse con arreglo á nuestra legislación sobre pensiones de Montepío.

Pero si la nación debe hacer frente á esas obligaciones en debido respeto al derecho, y atendiendo además á razones de humanidad, que no permiten dejar en la indigencia á los que sirvieron al Estado en aquellos insalubres climas, justo es también que al sacrificio considerable que el país se impone para sufragar esas pensiones, contribuyan las clases pasivas de Ultramar, atenuándolo con algún otro por su parte.

Al imputar al presupuesto nacional obligaciones que antes pesaban sobre los presupuestos coloniales, es equitativo atender á ellas en las mismas condiciones con que se reconocen y satisfacen los haberes de los funcionarios de la Península, toda vez que, perdidas las posesiones de Ultramar, esa asimilación es en rigor lo único á que pueden aspirar aquellos pensionistas, no habiendo presupuesto á qué aplicar las bonificaciones que se les concedían por los de Cuba, Puerto Rico y Filipinas, ni reconociéndose derecho á los funcionarios de la Península para mejora de pensión por causa de residencia en Ultramar ó en países extranjeros.

Así, pues, al disponer que desde que España hizo dejación de su soberanía en aquellos territorios, las clases pasivas que cobraban pensiones por sus presupuestos las perciban con cargo al de la Península, es forzoso determinar que se liquiden en la cuantía que las Leyes de la misma determinan, prescindiendo del aumento por sobresueldos y de las ventajas especiales que se liquidaron en su día y se han abonado hasta el presente por razón de servicios ó de residencia en Ultramar.

Aunque tales reducciones están impuestas por la necesidad absoluta de disminuir las nuevas cargas que vienen á gravitar sobre el Tesoro, al unificarse también, y en absoluto para lo venidero, la legislación de las clases pasivas del antiguo imperio colonial con la de la Península, no se hace mas que llevar á la práctica el espíritu que ha venido inspirando las Leyes desde el año 1866, para reducir las bonificaciones de los pensionistas cuando los haberes se pagasen en la Península, hasta dejarlos equiparados á los que en ella se devengan y perciben.

La aplicación de las nuevas disposiciones exige que se revisen los expedientes por los cuales se otorgaron las pensiones de todas clases; y como semejante operación reclama algún tiempo, se hace preciso esta-

blecer un régimen transitorio, mediante el cual ni el Tesoro pueda sufrir quebranto, ni las clases pasivas dejen de percibir lo indispensable para su sustento. Al efecto, se propone que los haberes devengados desde 1.º de Enero se abonen á razón del 50 por 100 del importe que tengan señalado, á reserva de hacer las compensaciones que procedan una vez practicada la liquidación.

Exceptúanse de aquella revisión y de esta rebaja provisional, las pensiones que no excedan de 1.000 pesetas, en atención por una parte á la cantidad no excesiva que representa el importe total de estos haberes, y por otra á los perjuicios mayores que seguramente habría de irrogar individualmente su reducción. Por consideraciones de la misma índole se establece, como límite de las reducciones que resulten de la revisión, la subsistencia de un haber mínimo de la propia cuantía.

Habrà de entenderse efectuada la revisión de sus derechos, para todos los interesados cuyo haber pasivo se hubiere concedido con sujeción á las disposiciones legales, en el acto de descontárseles el importe de las ventajas especiales que hayan disfrutado y que no alcancen las clases similares de la Península.

Con estas disposiciones cree el Gobierno de V. M. haber resuelto el problema en términos que concilian los intereses del Tesoro con los derechos y necesidades de los que fueron servidores del Estado en las provincias de Ultramar y de sus causa habientes, á reserva de lo que las Cortes puedan acordar y someter á la prerrogativa de V. M.

Fundado en las consideraciones expuestas, el Ministro que suscribe, de acuerdo con el Consejo de Ministros, tiene la honra de someter á la aprobación de V. M. el adjunto proyecto de Decreto.

Madrid 4 de Abril de 1899.—Señora:—A L. R. P. de V. M.—Raimundo Fernández Villaverde.

REAL DECRETO.

A propuesta del Ministro de Hacienda, como encargado del despacho de los asuntos de Ultramar, de acuerdo con el Consejo de Ministros;

En nombre de Mi Augusto Hijo el Rey Don Alfonso XIII, y como Reina Regente del Reino,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Los haberes devengados hasta fin de Diciembre de 1898 por las clases pasivas de las Islas de Cuba, Puerto Rico y Filipinas, cualquiera que sea el lugar en que los interesados residan, se abonarán por la Caja del Ministerio de Ultramar, con sujeción á las disposiciones que vienen regulando el pago de esta obligación.

Art. 2.º Los haberes devengados por las mismas clases desde 1.º de Enero de 1899, se abonarán por la Pagaduría de la Junta de clases pasivas, con aplicación á la Sección 5.ª del presupuesto de obligaciones generales del Estado, y con la asimilación á las clases de la Península que en el presente Decreto se establecen. Con este fin se procederá desde luego á revisar los derechos que no se basasen en la legislación de la Península, y se deducirá de los haberes, en todos los casos, el importe de cualquiera ventaja que se hubiese reconocido por razón de servicio ó de residencia en Ultramar, sin otras excepciones que las que taxativamente se determinan en el artículo 4.º del presente Decreto.

Art. 3.º La revisión se llevará á efecto por el Consejo Supremo de Guerra y Marina respecto de los derechos que correspondan al ejército y á la armada, y por la Junta de clases pasivas en lo perteneciente á las civiles. La revisión partirá, con relación á cada interesado, del reconocimiento de su situación de jubilado, retirado, cesante ó pensionista, cuando hubiese sido declarada con arreglo á las disposiciones legales; y se entenderá efectuada, en este caso, con el hecho de descontarse, del haber pasivo, el importe de cualquiera ventaja que, por aplicación de tarifa especial, cómputo de bonificación ó en otro cualquier concepto se hubiere concedido con motivo de servicio ó residencia en Ultramar.

Para regular los nuevos derechos que para las clases civiles se declaren por efecto de la revisión acordada, servirá de norma el reglamento de Montepío de Oficinas de Ultramar, habida cuenta de la absoluta supresión de bonificaciones que se establece en el presente Decreto.

La revisión de haberes empezará por la de los derechos para cuya concesión haya servido de regulador el total haber disfrutado en activo, y se hará respecto de éstos, computando las dos quintas partes de dicho haber total, á los efectos de regular el haber pasivo que ahora se declare.

Art. 4.º Se exceptúan de revisión, en lo que á su cuantía atañe, los haberes pasivos cuyo importe actual no exceda de 1.000 pesetas. Se entenderá cumplido en su caso lo dispuesto en los artículos 2.º y 3.º, en cuanto á deducción de ventajas, con reducir los haberes pasivos á 1.000 pesetas, siendo éste el tipo mínimo que se declarará por efecto de la presente revisión.

Art. 5.º En tanto que la revisión se verifique, los jubilados, retirados, cesantes ó pensionistas á que afecte, percibirán el 50 por 100 del haber que en la actualidad disfrutaban, siempre que la cantidad resultante no baje de 1.000 pesetas, siendo ésta la cantidad mínima de abono á título provisional. En cada expediente de revisión se abonará ó exigirá al interesado la diferencia que á su favor ó á su cargo resulte entre el haber

provisional abonado á cuenta, y el que en definitiva y por virtud de la revisión le corresponda.

Art. 6.º Los acuerdos de la Junta de clases pasivas ó del Consejo Supremo de Guerra y Marina en los expedientes revisados se ejecutarán, sin perjuicio de los recursos ante los Tribunales gubernativo ó contencioso administrativo que procedan, con arreglo á las Leyes y disposiciones vigentes.

Art. 7.º A partir de la fecha del presente Decreto, las declaraciones de situación, reconocimientos de derecho y señalamientos de haber pasivo, de jubilados, retirados ó pensionistas de cualquiera clase, procedentes de Ultramar, se harán con exclusiva sujeción á lo legislado para la Península y como si los servicios del causante se hubiesen prestado exclusivamente en ella, aplicándose el reglamento de Montepío que corresponda.

Art. 8.º En lo sucesivo, para percibir haberes pasivos cuando el interesado no resida en la Península ó islas adyacentes, será precisa su declaración, prestada ante autoridad competente, y bajo la responsabilidad del declarante de no haber perdido la nacionalidad española.

Art. 9.º El Ministro de la Guerra, el de Marina y el de Hacienda, en este concepto y como encargado del despacho de los asuntos de Ultramar, dictarán las disposiciones necesarias para el cumplimiento de este Decreto, del cual dará el Gobierno cuenta á las Cortes.

Dado en Palacio á 4 de Abril de 1899.—María Cristina.—El Ministro de Hacienda, encargado del despacho de los asuntos de Ultramar, Raimundo Fernández Villaverde.»

---

## VARIEDADES

En el presente número empezamos la publicación del *Reglamento orgánico del Cuerpo* para satisfacer las muchas peticiones que nos han dirigido en este sentido los Oficiales que han ingresado en el Cuerpo en estos últimos años. Debemos advertir que para interpretarlo fielmente hay que tener en cuenta las modificaciones que en el mismo han sido introducidas, más ó menos directamente, por los vigentes Reglamentos de campaña, de hospitales, parques é Instituto de Higiene.

\* \* \*

En la propuesta reglamentaria de ascensos del presente mes, lo obtendrán, probablemente, un Médico primero y un segundo.