

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XX

Madrid 15 de Enero de 1906

Número 446

## CONSIDERACIONES ACERCA DE LA OMENTOPEXIA

Surgen en la práctica médica muchas intervenciones quirúrgicas nacidas de la inutilidad de nuestros actuales medios no cruentos para tratar desde grandes lesiones hasta determinados síntomas, y basta que un mediano éxito, á veces más aparente que real, ó cualquier fundamento de razón, sirva de base á un nuevo tratamiento quirúrgico, para que éste se instituya como norma legítima de conducta y muchos Cirujanos entonen himnos de alabanza, fundados en éxitos las más veces imaginarios.

Tal acontece con la omentopexia. Debe su origen al deseo de vencer la gran dificultad que existe para curar por procedimientos médicos la ascitis de la cirrosis hepática. La ideó Talma, y consiste en fijar el gran epiplon al peritoneo parietal, para que, estableciéndose adherencias entre ambos, se unifiquen sus distintas circulaciones, y se constituya algo á modo de una válvula de la circulación de la vena porta, que disminuya la tensión sanguínea en dicho vaso en los casos de cirrosis, y, como consecuencia, impida la ascitis. La idea no puede ser más extravagante, puesto que el fundamento anatómico es de lo más forzado que puede imaginarse, y para aceptarla hay que prescindir voluntariamente de muchos datos positivos de fisiología normal y patológica.

Si el sistema porta se encontrase en el organismo completamente aislado anatómicamente y sin relaciones directas con el sistema de la vena cava, aún podría admitirse el hecho de que se

estableciese una suplenencia ó circulación colateral uniendo el gran epiplon al peritoneo parietal, y hallar en él base anatómica de importancia que abonase esta operación, por cuanto el gran epiplon es una dependencia del sistema porta y el peritoneo de la vena cava. Pero si se recuerda que la vena coronaria estomáquica, rama colateral de la porta, emite á su vez ramas cardíacas que se anastomosan con las venas esofágicas inferiores, las que por intermedio de la vena ázigo se comunican con la cava superior; si se tiene en cuenta que el sistema de Retzius está formado por vasos anastomóticos que nacen de la parte en que el peritoneo no recubre al duodeno ni al colon lumbar, y que van á unirse á las venas del peritoneo parietal, á las renales, etc., dependientes del sistema de la vena cava; si se atiende á que las venas hemorroidales se anastomosan entre sí, y que las superiores pertenecen al sistema porta y las inferiores y medias al de la cava; y si no se olvida, en fin, que la vena paraumbilical corresponde por uno de sus extremos al hígado y se une por el otro á la epigástrica y venas subcutáneas de la región umbilical, se echará de ver con claridad absoluta que dispone la Naturaleza de medios sobrados y poderosos para establecer una circulación suplementaria, á la cual no supera, ni substituye, ni completa la mezquina circulación que procura la operación de Talma.

Aun careciendo de exactitud cuanto se ha expuesto, y suponiendo, por tanto, que mediante la omentopexia se consiguiere una disminución considerable de la tensión vascular en el sistema porta, casi no puede explicarse que esta operación evite que se reproduzca la ascitis. En efecto; la hidropesía peritoneal puede ser debida, aun en los casos de cirrosis hepática, á diversos factores que actúan con distinta intensidad. Así ocurre que la inflamación crónica del peritoneo, las modificaciones en la composición de la sangre y las alteraciones del miocardio, son concausas que, sumadas á la tensión del sistema porta, contribuyen á la producción de la ascitis. Es de advertir, por otra parte, que la operación de Talma, que pretende modificar ó curar la hidropesía peritoneal, teórica-

mente ninguna influencia ejerce sobre la cirrosis hepática, y si alguna tuviese sería perjudicial. Si el hígado afecto es insuficiente para realizar sus funciones, el aumentar la facilidad del paso de la sangre porta al sistema de la vena cava sin intermedio de la acción de dicha víscera, que es consecuencia ineludible de la operación de Talma, lejos de producir beneficios aumentaría la referida insuficiencia, acumulando más substancias tóxicas en la sangre, y, por tanto, agravando al enfermo.

Tal es el apoyo racional, fundado en principios ciertos de anatomía y fisiología, que tiene la operación llamada omentopexia, y, á pesar de esto, ha sido acogida por los Cirujanos como un recurso de valía. Conviene, pues, analizar desde otros puntos de vista sus ventajas é inconvenientes prácticos y sus indicaciones, ya como operación aislada, ya como complementaria de otras intervenciones quirúrgicas.

Toda fijación del gran epiploon va precedida de una laparotomía, que generalmente es lateral derecha, y en el borde externo del músculo recto; laparotomía, exploradora en muchas ocasiones, y evacuadora siempre de casi todo el líquido ascítico. La fijación del omento puede hacerse entre el hígado y el diafragma (Rolleston y Turner); entre la cara externa del peritoneo parietal y la capa muscular (Schiassi), ó á la cara interna del peritoneo parietal, en la región umbilical, que es la más favorable (Terrier); este último procedimiento es el comunmente usado por su sencillez y buen éxito.

La operación está indicada, á juicio de los Cirujanos, en toda cirrosis hepática, hipertrófica ó no, en que haya ascitis, cuando el tratamiento médico haya resultado completamente inútil. Para contar con probabilidades de éxito conviene no esperar hasta las últimas fases de la enfermedad, porque en tal punto el agotamiento de las energías del paciente haría inútil y hasta perjudicial la intervención; bien entendido que tampoco debe operarse prematuramente, cuando la ascitis se inicie, porque en tal momento hay motivos para esperar que se modifiquen los trastornos por remedios

médicos y aun espontáneamente. Los casos más adecuados para practicar la operación de Talma son los de cirrosis hipertrófica con ascitis.

Es indudable, si hemos de dar crédito á los datos estadísticos, que acusan alivio en unas ocasiones y en otras curación temporal y aun definitiva, que debe existir en esta operación algún factor desconocido ó interpretarse mal los que se conocen. Dice la estadística que esta intervención cura al 35 por 100 de los enfermos y arroja una mortalidad de 40 por 100. Yo he practicado la operación dos veces, y creo que no debe ser borrada de la lista de los remedios quirúrgicos, si bien exige un detenidísimo estudio. En uno de mis dos casos clínicos no estaba indicada la operación, según pude comprender después de practicada, y, sin embargo, se retardó muchos días la reproducción de la ascitis; en el otro caso disminuyó considerablemente el volumen del hígado y no se reprodujo la ascitis, á lo menos durante el tiempo que pude observar al enfermo (mes y medio). Si se tiene en cuenta que en ambos enfermos habían fracasado todos los tratamientos médicos, el resultado obtenido, especialmente en el segundo caso, anima á intervenir, aunque con todas las reservas mentales consiguientes á los razonamientos expuestos.

Aparte de las dificultades inherentes á toda laparotomía, tiene esta especial operación un inconveniente, de que dió cuenta el Dr. Maragliano, y que he podido comprobar, en parte, en la autopsia practicada á mi primer caso clínico. En el enfermo á que hace referencia el Dr. Maragliano se observó al cuarto día de operado la aparición de grandes vómitos, á los que siguió un grave estado de colapso, en el que sobrevino la muerte. La autopsia puso de manifiesto grandes focos hemorrágicos recientes, consecutivos á la rotura de importantes vasos de nueva formación en las adherencias epiploicas peritoneales. Es lógico pensar con el Dr. Maragliano que la tirantez y dificultad de movimientos del estómago, debida á la fijación del epiploon, pueda dar lugar en los primeros días, durante los que las adherencias no han adquirido aún solidez,

á su rotura por movimientos bruscos del estómago, entre otros los que produce el vómito, por lo cual deben evitarse en lo posible estas contracciones.

En mi primer caso clínico observé, á partir del tercer día, elevadas temperaturas, que ni pude ni supe interpretar, coincidiendo con vómitos, y en la autopsia confirmé la presencia de pequeñísimos focos hemorrágicos entre el peritoneo parietal y el epiplon adherido, á los que consideré causantes de la mencionada fiebre.

En mi segundo caso clínico he podido observar que, no obstante la disminución de volumen del hígado y no reproducirse la ascitis, al cuarto día, y sin ir acompañada de síntomas de infección peritoneal ni de supuración de la herida, se encendió la fiebre, que llegó hasta 39°, y aparecieron trastornos intestinales (diarreas), síntomas que desaparecieron merced al salicilato de sosa y á un régimen alimenticio adecuado. ¿Se trataba en este caso de un aumento de intoxicación, debido á la mezcla de la sangre conducida por la porta y por la cava, ó es, como otros autores suponen, que estas cirrosis son debidas á infecciones de origen intestinal y exigen como operación complementaria un drenaje de las vías biliares para combatir la infección ascendente, maniobra no practicada en este caso?

Delageniere presenta 13 observaciones de cirrosis, con formas clínicas diferentes, que fueron intervenidas por colecistotomía, por estar de acuerdo dicho autor con el concepto que acaba de exponerse. De estos 13 casos practicó en 2, á la vez que la operación indicada, la omentopexia, y afirma que obtuvo brillantes resultados en los enfermos que padecían cirrosis hipertrófica y en los de cirrosis mixtas. Delageniere formula sus conclusiones del modo siguiente:

1.º La colecistotomía temporal simple es mucho más eficaz que la omentopexia y que todas las demás operaciones propuestas. Por este procedimiento he conseguido en un caso de cirrosis hipertrófica una supervivencia de cinco años, y otro enfermo, operado hace cuatro años por padecer cirrosis mixta, vive y se halla en buen estado.

2.º La colecistotomía temporal, acompañada de hepatopexia, suele dar buenos resultados. De dos operados uno vive después de ocho años de la intervención. El otro murió de delirium tremens dos años después de operado.

3.º La colecistotomía temporal, acompañada de hepatopexia, da aún mejores resultados si se practica además la omentopexia. Un operado en esta forma hace cuatro años, vive sin experimentar trastorno alguno.

Se ha querido completar la omentopexia, y aun perfeccionarla, añadiéndole otras operaciones; tales son el desagüe peritoneal, el raspado del peritoneo, la esplenopexia, el encajamiento intraparietal del bazo y la colecistopexia. En realidad, ninguno de estos procedimientos ha producido ventajas positivas.

Para completar las notas relativas á los dos casos clínicos en que practiqué la omentopexia, añadiré los datos siguientes: Tratábase en uno, que operé en Abril próximo pasado, de una enferma de cincuenta y cuatro años, sin antecedentes dignos de mención. Refería que desde cuatro años antes notó que la coloración de la piel tomaba un tinte amarillo, que fué lentamente obscureciéndose hasta adquirir un tono bronceado. Interrogada convenientemente, nada dijo relativo á cólicos hepáticos. El análisis de la orina demostró una insuficiencia hepática muy acentuada. El hígado estaba aumentado de volumen, y existía un gran derrame ascítico, que se había reproducido rápidamente después de varias paracentesis.

Diagnosticada de cirrosis hipertrófica biliar con ascitis, la operé proponiéndome hacer una colecistotomía y una omentopexia. Practicada la laparotomía lateral no pude conseguir completamente mi objeto, porque no encontré la vesícula biliar á causa de las múltiples adherencias que unían el borde del hígado al epiploon, y que no quise romper por el mal estado de la paciente, limitándome á practicar la omentopexia. Vaciado el líquido ascítico, fijé el omento por el procedimiento de Terrier.

El curso de la herida fué normal, presentándose sólo durante dos ó tres días, á partir del tercero, fiebre alta, que desapareció sin

tratamiento. La enferma vivió quince días después de la operación y murió por insuficiencia hepática. Sólo dos días antes de la muerte se inició la reproducción del líquido ascítico. En la autopsia se observó esa escasa cantidad de líquido, adherencia del epiplon al peritoneo parietal y focos hemorrágicos entre ambos. El hígado presentaba atrofiada la vesícula, y el colédoco, aislado del duodeno, estaba relleno de cálculos, que asomaban por un orificio pequeño correspondiente al extremo por donde el colédoco se había secuestrado del duodeno y en medio de adherencias formadas por una peritonitis circunscrita.

Tratábase en el segundo caso, que operé en Noviembre último, de un joven de quince años, sin más antecedentes que una infección gripal que databa del mes de Septiembre. Por la exploración noté aumento de volumen del hígado, que se extendía desde el quinto espacio intercostal hasta la región umbilical, gran ascitis, disnea y circulación supletoria en la pared abdominal. Practiqué una laparotomía con omentopexia por el procedimiento de Terrier. El curso post operatorio de la herida fué normal, pero durante las primeras veinticuatro horas tuvo el enfermo gran disnea, pulso bajo y una falsa angina de pecho. El cuarto día se presentó diarrea acompañada de fiebre, que llegó á 39°. Por el salicilato de sosa y el régimen alimenticio apropiado (caldo y leche) se obtuvo una gran mejoría. Durante mes y medio no se reprodujo la ascitis y disminuyó considerablemente el volumen del hígado. Por referencias recientes sé que el enfermo ha vuelto á tener fiebre al variar de régimen alimenticio, pero que no se han presentado trastornos de otro género.

A. LÓPEZ DURÁN,

Profesor del Instituto Rubio.

---

## EL «SPIROCHAETE PALLIDA» COMO CAUSA DE LA SÍFILIS

(Conclusión).

Las objeciones hechas hasta aquí por distinguidos investigadores al descubrimiento de Schaudinn-Hoffman, pueden reducirse á tres clases: la primera consiste en haber encontrado otras distintas especies de espiroquetas en lesiones positivamente sífilíticas; la segunda, en el hallazgo del *Spirochaete pallida* en padecimientos que no tienen nada que ver con la sífilis, y la tercera, en la dificultad, cuando no en la imposibilidad, de descubrir el germen de Schaudinn, constantemente, en las lesiones de naturaleza claramente específica.

Nigris (1) dice haber encontrado unidos el *Spirochaete pallida* y el *refringens* en la sangre de niños que padecían sífilis congénita. Hoffmann contesta, sin embargo, que en una de esas preparaciones que Nigris tuvo la bondad de enviarle no pudo reconocer un solo verdadero espiroquete pálido; pues en medio de numerosas bacterias, que ya acusaban cierta contaminación del preparado, sólo se hallaba un espiroquete, que por su grosor, su tinte azul y su escaso número de vueltas de espiral no podía confundirse con el pálido, lo que le hizo dudar que se tratara de casos de sífilis hereditaria.

Roscher asegura haber observado también sobre la superficie de una pápula sífilítica de un dedo, el espiroquete pálido mezclado con otras formas de espiroquetas.

Scholtz (2) refiere haber demostrado en un extenso papiloma de una mujer no sífilítica la presencia del *Spirochaete pallida*.

---

(1) «*Spirochaete pallida* und *refringens* nebeneinander im blute bei hereditärer Lues». — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, número 36.—1905.

(2) «*Veber den Spirochätennachweis bei Syphilis*». — *Deutsche medizinische Wochenschrift*, número 37.—1905.



Kiolemenoglu y Cube (1) creen haber hallado el espiroquete de Schaudinn en el carcinoma ulcerado, en abscesos dérmicos de naturaleza escrofulosa, en papilomas y en balanitis no sifilíticas.

Hoffmann sigue sosteniendo enfrente de éstos y otros muchos contradictores que todos esos casos acusan una deplorable confusión con otros espiroquetes, como lo prueba el hecho de que el microorganismo descrito por tales investigadores no coincide con los caracteres que Schaudinn y él han señalado como típicos al *Spirochaete pallida*.

Hay que tener en cuenta, dice Hoffmann, que sólo aquellos ejemplares de espiroquetes largos, delgados, terminados en punta, con ocho ó diez vueltas de espira, y que por medio del método de Giemsa se tiñen de un tono claramente rojizo, deben tenerse por genuinos al juzgar de su papel etiológico en la sífilis.

De toda esta discusión se desprende que no es tan fácil, como á primera vista parece, distinguir bien unos espiroquetes de otros; y si á eso se agrega que muchos hábiles observadores se declaran incapaces de encontrar el germen específico en casos claros, típicos, de infección sifilítica, no es de extrañar que Schaudinn y Hoffmann, para defender sus ideas, sigan trabajando con empeño en descubrir nuevos métodos de coloración que resulten más expresivos, y en ahondar más en el conocimiento de la forma y estructura de las diversas especies de espiroquetes, con el fin de poder definir mejor sus analogías y diferencias.

No es fácil tarea, en efecto, asentar la condición etiológica de un germen como el *Spirochaete pallida*, que, de un lado, no se puede cultivar artificialmente, y, por tanto, procederse con él á inoculaciones experimentales decisivas, y, de otra parte, no posee una característica de coloración tan definida que permita distinguirlo sin esfuerzo alguno de las especies semejantes.

Los que, como nosotros, hayan trabajado en el laboratorio, teniendo muchas veces microzoarios por el método de Giemsa, saben

(1) *Münchener medizinische Wochenschrift*, número 27, página 1275.—1905.

muy bien la facilidad con que cambia un tanto el tono de color de los gérmenes en cada preparación, y el esfuerzo que cuesta convenir con Hoffmann en que el tinte rojizo que debe tomar el espiroquete pálido ha de ser estimado por los observadores como un importante carácter diferencial.

Schaudinn ha recomendado últimamente fijar las preparaciones con los vapores de ácido ósmico, asegurando que, con tal de tener cuidado de no traspasar cierto límite, salen mejor teñidos y diferenciados los detalles del espiroquete que cuando se fijan por el alcohol absoluto.

Czapleroski ha conseguido teñir el espiroquete por el método de Gram, á pesar de lo que se había dicho en contra de esto por todos los investigadores en un principio. También se tiñe por una solución acuosa de violeta de genciana, en el espacio de quince minutos, según ha demostrado Herxheimer.

Pero lo más interesante á que ha dado lugar el estudio del *Spirochaete pallida* es á la diferenciación, hecha últimamente por Schaudinn (1), de las principales clases de espiroquetes conocidos.

Es más; acaso lo de mayor importancia de esta controversia sea el haberse descubierto un orden nuevo de parásitos, antes casi desconocido, que pueda aclarar el misterio que rodea todavía las causas de muchas enfermedades. Por lo pronto, es cierto que con motivo de las investigaciones sobre el *Spirochaete pallida* se han descubierto otros espiroquetes en el interior de órganos enfermos, sin relación alguna con la sífilis, que hacen creer que nos encontramos en presencia de una orientación nueva de la microbiología. Es un caso semejante á lo que ha ocurrido con los tripanosomas, gérmenes patógenos hasta hace poco ignorados y hoy reconocidos como causas de múltiples enfermedades del hombre y de los animales.

Hace poco tiempo se han encontrado espiroquetes en la linfa vacuna por Bonhoff (2); en el carcinoma no ulcerado, por Borrel,

---

(1) «Zur Kenntniss der *Spirochaete pallida*».—*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19 de Octubre, número 42.

(2) *Berliner Clinische Wochenschrift*, número 36.—1905.

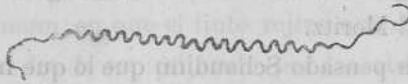
y, últimamente, en la médula de los huesos y en la capa muscular del intestino delgado, en un caso de anemia aguda, intensa, observado por Oswald Moritz.

Con razón ha pensado Schaudinn que lo que hay que hacer en el estado actual de confusión en que se encuentran las cosas es estudiar estos especiales microzoarios desde el punto de vista de su historia natural, para poder distinguir los unos de los otros y fijar mejor la relación etiológica que el *Spirochaete pallida* tenga con la sífilis.

Para ello ha partido de la analogía que parece existir entre esta clase especial de flagelados y los tripanosomas. Como éstos, ha supuesto Schaudinn que debían tener los espiroquetes un aparato locomotor y una estructura cromática singular del protoplasma. En efecto; usando el método clásico tan conocido de Löffler para teñir las pestañas de los microbios, ha podido revelar de una manera clarísima, capaz de ser microfotografiada, que el *Spirochaete pallida* posee una larga pestaña en cada extremo, y, á veces, en las formas más pequeñas y gruesas del mismo espiroquete, dos pestañas en uno de los polos, que recuerda, como ya se ha dicho, el modo de reproducirse, por segmentación longitudinal endógena, que tienen los tripanosomas. (Véanse las figuras 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup>)

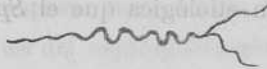
En otras especies de espiroquetes, en el *refringens*, *dentium*, de la angina de Vincent, del carcinoma ulcerado, y, sobre todo, en el *plicatilis*, ha encontrado Schaudinn, usando el método de Löffler, con cuidado, sin teñir mucho el fondo de la preparación, un aparato locomotor representado por un periplasma, especie de membrana ó banda ondulatoria que, á manera de orla, rodea el eje del espiroquete en toda su longitud, y que sirve indudablemente á sus movimientos. Las preparaciones de Schaudinn son tan claras y evidentes que han permitido obtener microfotografías, de que son copia las figuras 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup>, 5.<sup>a</sup>, 6.<sup>a</sup> y 7.<sup>a</sup>

Figura 1.<sup>a</sup>



*Spirochaete pallida*, con una pestaña en cada extremo.

Figura 2.<sup>a</sup>



*Spirochaete pallida*; ejemplar pequeño y grueso, con dos pestañas en uno de los polos.

Figura 3.<sup>a</sup>



*Spirochaete refringens* de un condiloma, con membrana ondulatoria.

Figura 4.<sup>a</sup>



Ejemplar pequeño de la misma clase que el anterior.

Figura 5.<sup>a</sup>



*Spirochaete* de un carcinoma ulcerado, con extremos redondos y membrana ondulante.

Figura 6.<sup>a</sup>



*Spirochaete dentium* de los más pequeños observados, con muchas vueltas de espiral.

Figura 7.<sup>a</sup>



*Spirochaete plicatilis*; gran ejemplar, con ancha membrana ondulatoria y gruesas granulaciones protoplasmáticas.

El aparato cromático de estos espiroquetes está constituido por una serie de granulaciones de cromatina que aparecen teñidas de un tono rojo por el método de Giemsa. El tipo de esta clase de espiroquetes es el *plicatilis*, que, como se ve en la figura 7.<sup>a</sup>, se presenta sin pestañas, con sus extremos redondeados, el periplasma formado por una extensa membrana ondulatoria y su aparato cromático constituido por una serie de gruesas granulaciones protoplasmáticas muy refringentes á todo lo largo del microorganismo. Una semejante configuración y estructura ha mostrado Perrin en el tripanosoma *Balbani* que padecen las ostras, y que debe andar seguramente muy cerca del género *Spirochaete* en sus relaciones filogénicas.

Las diferencias de forma y estructura entre el *Spirochaete pallida*, dotado de pestañas y sin membrana ondulatoria, y los demás referidos espiroquetes, con banda ondulante y desposeídos de flagelas, han servido á Schaudinn para establecer un carácter diferencial importante del germen de la sífilis; así como á Vuillemin para entender (1) que este parásito no pertenece al género *Spirochaete*, sino á el *Spironema*, por lo cual debía llamarse espirotonema pálido.

Resumiendo en breves conclusiones el estado actual de la cuestión del *Spirochaete pallida* como causa de la sífilis, diremos, por último, lo siguiente:

1.º Que el *Spirochaete pallida* se ha hallado en la mayor parte de los casos de sífilis adquirida, especialmente en las partes profundas del chancro duro, placas mucosas, ganglios infartados, varias formas de exantema secundario, alguna vez en la sangre y nunca en las lesiones gomosas ó terciarias.

2.º Que en la sífilis congénita se ha encontrado en los órganos internos del feto, en la sangre y, en ocasiones, en el contenido de las ampollas de pénfigo.

3.º Que no se ha confirmado su existencia, á pesar de lo que

---

(1) Academia de Ciencias de París.—5 de Junio de 1905

dicen algunos autores, en los individuos sanos ni en otros padecimientos.

4.º Que en la sífilis experimental de los monos inoculados con virus humano, así como en los casos de contagio de mono á mono, se ha podido descubrir la mayoría de las veces el espiroquete pálido, mientras que en los monos sanos no se ha encontrado jamás.

5.º Que según el testimonio de autorizados sifiliógrafos, entre otros Pollis y Fontana (1), el tratamiento mercurial hace desaparecer de las lesiones sifilíticas el germen específico.

6.º Que á pesar de todo lo dicho, quedan todavía tantas dudas por resolver y tantos vacíos que llenar en el conocimiento de los *Spirochaetes* en general y del *pallida* en particular, que no puede darse por definitivamente confirmado el descubrimiento de Schaudinn y Offmann sin esperar lo que diga el porvenir.

M. MARTÍN SALAZAR,

Médico mayor.

---

## PRENSA MÉDICA

---

**Investigaciones sobre la enfermedad experimental provocada por la inoculación de bacilos tuberculosos desengrasados**, por el Dr. J. Cantacuzene.— (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 Noviembre 1905).— Fundado el autor en la dificultad que opone la capa cérea que envuelve á los bacilos de Koch, para que los fermentos leucocitarios digieran y absorbieran los cuerpos bacilares, lo que imposibilita los trabajos experimentales de vacunación contra los venenos

tuberculosos, se propone estudiar: primero, la posibilidad de que se reabsorban los bacilos desengrasados y modo de realizarse; y segundo, si puede apresurarse dicha reabsorción estimulando la actividad celular.

Para obtener bacilos completamente desengrasados y que no presenten, por tanto, la resistencia á los ácidos, característica del germen tuberculoso, se vale del procedimiento siguiente: Mata á los bacilos, cultivados en caldo glicer-

---

(1) *Gazz. degli Osped.*, 10 de Septiembre de 1905.

nado, por calefacción discontinua á 60° (una hora diaria durante cinco días), filtra por papel, lava con agua fisiológica, deseca al vacío y somete después el producto en el aparato Soxhlet á la acción sucesiva del alcohol metílico y del éter de petróleo. Á las treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, los cuerpos microbianos pierden su resistencia á los ácidos, y después de la doble coloración quedan teñidos de un azul pálido. Los cuerpos bacilares así desengrasados son tóxicos, como ya demostró Maragliano. Los disolventes de la substancia cética no les privan de la menor cantidad de veneno microbiano.

El autor ha hecho experiencias inoculando á conejos de indias dosis mortales, que determinaron intoxicación aguda, y dosis no mortales, que produjeron intoxicación crónica, que llevó á la reabsorción de los cuerpos bacilares y á la curación. Además hizo experiencias inyectando cuerpos bacilares desengrasados, sometidos previamente á la acción del licor de Gram, y, por último, estudió la acción estimulante que ejercen las inyecciones de ioduro potásico, favoreciendo la reabsorción de los bacilos tuberculosos desengrasados.

He aquí las conclusiones formuladas por el autor como resultado de dichas investigaciones:

1.<sup>a</sup> Los bacilos tuberculosos muertos y completamente desengrasados, son tóxicos; á determinadas dosis matan rápidamente, produciendo hipotermia, necrosis aguda de los leucocitos inmigrados, degeneración del epitelio renal y de la fibra cardíaca y una eosinofilia aguda de la sangre.

2.<sup>a</sup> A menos dosis originan una enfermedad crónica, caracterizada

por hipotermia y eosinofilia transitorias, desnutrición más ó menos pasajera, formación de nódulos y abscesos tuberculosos y gran hipertrofia del bazo. Las neoformaciones tuberculosas experimentan la caseificación y acaban por reabsorberse sin dejar rastro; esta reabsorción se verifica en el interior de las células gigantes, y á los tres meses, próximamente, de una inoculación intraperitoneal no mortal, el animal está completamente curado.

3.<sup>a</sup> Durante muchas semanas los animales inoculados presentan reacción típica al ser tratados por la tuberculina.

4.<sup>a</sup> Los cuerpos bacilares desengrasados sometidos al licor de Gram, son menos tóxicos, no producen necrosis de los polinucleares y se reabsorben con mucha más rapidez que los cuerpos bacilares no iodados. Los animales tratados por dichos cuerpos iodados adquieren cierto hábito, y soportan mejor la acción tóxica si se les inyecta después bacilos no tratados por el iodo.

5.<sup>a</sup> Se activa considerablemente la reabsorción, tanto de los cuerpos bacilares desengrasados como de las neoformaciones tuberculosas, por medio de inyecciones diarias de ioduro de potasio, que acrecientan en grado sumo el poder fagocítico de los leucocitos mononucleares.

\* \*

**Sobre la inoculación del cáncer.** — *La Semaine Médicale*, en su número de 3 del corriente, da cuenta de la comunicación hecha por M. Mayet á la Academia de Ciencias en la sesión de 26 de Diciembre de 1905. Dice así: Manifesté hace algunos meses que, después de muchas tentativas infrue-

tuosas, esperaba reproducir en un perro el cáncer humano inyectando productos cancerosos filtrados. Desde entonces he conseguido tres éxitos semejantes, merced al empleo de una nueva técnica.

Consiste ésta en inyectar en el *parénquima hepático* el producto que resulta de las operaciones siguientes: maceración del tumor, filtración por bujía de porcelana y centrifugación. Se inyecta sólo la mitad superior del líquido que se obtenga; en uno de los casos el líquido que empleé para la maceración fué suero sanguíneo del perro que había de inyectar, mezclado con agua esterilizada.

Los tumores humanos utilizados para estas experiencias fueron, respectivamente, un sarcoma recidivado, un encondroma de la parótida y un cáncer de la mama. Los tumores que se han desarrollado á consecuencia de las inyecciones, invaden en los tres animales los ganglios mesentéricos, mientras que el hígado, en el sitio de la inoculación, no presenta alteración de ningún género. Dichos tumores poseen la estructura del cáncer encefaloideo; en dos casos tienen el volumen de una nuez pequeña, y el tercero es mayor que un huevo.

\*  
\*\*

**Inyección hipodérmica de clorhidrato de quinina con uretano.**— G. Gaglio. (*Atti della Soc. per gli studi della malaria*. Volumen VI).— Creíase hasta ahora que para obtener una absorción rápida de la quinina debía recurrirse á administrarla en inyecciones hipodérmicas, pero una serie metódica de investigaciones ha demostrado que la quinina precipita en el lugar de la inyección y que aparece en la

orina con mucha lentitud. Dichas investigaciones se hicieron empleando el biclorhidrato y el clorhidrato de quinina; sales que, al ponerse en contacto con el jugo alcalino de los tejidos, dejan precipitar la quinina y aun producen efecto cáustico sobre el punto en que se aplican.

Fundado en tales observaciones, el autor ha ideado la siguiente fórmula, cuya reacción es ligeramente alcalina, que no es cáustica para los tejidos y, sobre todo, que se absorbe rapidísimamente:

Clorhidrato básico de quinina. 3 gramos  
Etiluretano..... 3 id.  
Agua destilada. .... 5 id.

Se disuelve calentando ligeramente.

Cada cc. de solución contiene 0'30 de clorhidrato de quinina.

Aun cuando la alcalinidad de los tejidos fuese mayor de la que en realidad es, no precipitaría la quinina de esta solución. Sus componentes se absorben á la vez.

Se han practicado experimentaciones en los animales, que comprueban las ventajas de esta fórmula. Inyectando á unos biclorhidrato de quinina y á otros clorhidrato con uretano, se ha observado á las diez y seis horas después de la inyección que en los músculos de los primeros se comprobaba indudablemente la existencia de la quinina, en tanto que en los segundos no podía apreciarse el menor rastro del medicamento inyectado.

Consistió otra prueba en inyectar los dos distintos preparados á un mismo perro. A las veinticuatro horas se hallaron lesiones de relativa importancia, comprobadas macroscópica y microscópicamente, en los tejidos del sitio donde se inyectó el biclorhidrato, levisimas en el punto en que se inyectó el clorhidrato



con uretano. Aquellas lesiones demostraron que la infiltración, el edema y la induración que existían bajo la piel, producidos por la inyección de biclorhidrato, representaban la fase inicial de un absceso, que por fortuna se reabsorbe en la mayor parte de los casos. Dichas alteraciones reconocen por causa la gran acidez del preparado.

De lo expuesto deduce el autor que el clorhidrato de quinina con uretano tiene la ventaja de ser muy bien tolerado por los tejidos, por su gran solubilidad y por difasible, poseyendo además la propiedad de no precipitar por los álcalis. En cuanto á la rapidez de absorción, dice que, mientras Kleine inyectando el biclorhidrato encontraba en la orina del 10 al 15 por 100 de la quinina administrada, él ha comprobado la presencia de más del 52 por 100. Termina afirmando que la fórmula por él propuesta debe sustituir á todas las generalmente usadas para administrar la quinina por la vía hipodérmica.

\* \*

**Principales usos de la adrenalina.** (*Journal des praticiens*, 4 Noviembre 1905).—Aun cuando la adrenalina no ha dado los resultados que de ella se esperaban en las hemorragias de diversa naturaleza, continúa siendo prescrita con éxito en casos especiales, por sus propiedades vasoconstrictoras.

El remedio se administra al interior, por vía bucal ó rectal; por inyecciones, intravenosas é hipodérmicas, y por aplicaciones locales, tales como contacto, pulverización, colirio, instilación, supositorios, pomadas, colutorios, etc. La solución ordinaria es *al milésimo* de clorhidrato de adrenalina. Para

inyecciones subcutáneas se usa esta solución haciendo dos ó tres inyecciones de medio miligramo de ella en las veinticuatro horas. Se recomienda este procedimiento en la hematemesis y en la hemorragia intestinal.

En los casos de hemorroides el medicamento ha sido aceptado definitivamente. Cuando las hemorroides son dolorosas se aplica en la región anal, después de bien lavada y perfectamente seca, un tapón de algodón hidrófilo completamente impregnado en la solución siguiente:

Clorhidrato de cocaína..... 3 centigrs.  
Idem de adrenalina al 1 por 1.000... . . . . . XXX gotas.  
Agua..... 30 gramos.

Recúbrase el algodón y renuévese la aplicación cada tres horas, hasta la cesación absoluta de los dolores.

Cuando las hemorroides no son proclives se sustituye la fórmula anterior con la siguiente pomada, que se introduce en el recto:

Clorhidrato de cocaína..... 3 centigrs.  
Idem de adrenalina al 1 por 1.000..... XXX gotas.  
Vaselina..... 15 gramos.

Se puede sustituir la cocaína con la estovaina á la misma dosis.

Otras indicaciones de la adrenalina son para la anestesia local, las afecciones oculares, el cáncer ulcerado y la metritis hemorrágica.

Fórmula para la anestesia local:

Clorhidrato de morfina..... 5 miligrs.  
Estovaina..... 5 centigrs.  
Cloruro de sodio..... 10 id.  
Solución de adrenalina al 1 por 1.000..... 5 cc.  
Agua esterilizada c. s., para completar 50 cc.

Una inyección de 10 cc. basta, en general, para conseguir en cinco á siete minutos una anestesia suficiente.

En las congestiones oculares y en las conjuntivitis catarrales da resultado las instilaciones de adrenalina al 1 por 1.000, instilando dos ó tres gotas en las veinticuatro horas, pero sólo una gota cada vez.

En la iritis grave produce mejoría el colirio siguiente:

Sulfato neutro de atropina..	2 centigrs.
Clorhidrato de cocaína.....	20 id.
Idem de adrenalina al 1 por 1.000.....	2 gramos.
Agua destilada.....	5 id.

Instílese una gota cada tres horas.

En las afecciones de la nariz se ha empleado el remedio en pomada y en polvo para tratar la rinitis.

Adrenalina al 1 por 1.000....	3 centigrs.
Gomenol.....	5 gramos.
Vaselina líquida.....	3 id.
Idem blanca.....	12 id.
Lanolina.....	10 id.

Uso externo.

Sozoiódol de zinc.....	30 centigrs.
Mentol.....	20 id.
Azúcar de Ieche.....	10 gramos.

El sozoiódol de zinc es un anti-séptico sucedáneo del iodoformo, inodoro, fácilmente soluble y no tóxico.

En el cáncer ulcerado se usa tópicamente, mezclando con igual volumen de agua la solución al 1 por 1.000. (De XX á LX gotas al día).

Las metritis hemorrágicas se mejoran con este remedio (X gotas de adrenalina al 1 por 1.000 por vía gástrica y aplicación externa de X gotas sobre el hocico de tenca). El medicamento ha sido también inyectado directamente en la cavidad uterina con la jeringa de Braun. En general no es necesario recurrir á este extremo.

\* \*

**Laringotomía total por sarcoma.** (El Policlínico, 24 Diciem-

bre 1905).—En la sesión celebrada el 26 de Noviembre último por la *Reale Accademia Medica di Roma*, hizo el Dr. R. Alessandri una comunicación oral relativa á dicho caso clínico, presentando al operado, el órgano que extirpó, y una preparación microscópica de la neoplasia, que era un sarcoma típico fuso celular.

El referido Cirujano manifestó que en la actualidad son bastante frecuentes las laringotomías por cáncer, pero que son raras las que se practican por causa de sarcomas. Hizo la historia clínica del caso en cuestión; tratábase de un sujeto sífilítico que durante bastante tiempo estuvo sometido inútilmente al tratamiento específico, dando lugar la dificultad respiratoria á que se le practicara una traqueotomía de urgencia. Preciado el diagnóstico se procedió á la laringotomía total, siguiéndose el procedimiento de Durante, con colgajo cutáneo en V, de base superior, con el fin de evitar el mayor peligro de esta operación, ó sea la pulmonía *ab ingestis* que amenaza cuando se emplea otro método, y que es la causa del 50 por 100 de los fracasos en las laringotomías. El procedimiento de Durante, adoptado las más veces, ha dado siempre excelentes resultados, y en el enfermo de que se trata el curso post operatorio no pudo ser más favorable.

Hubo necesidad de intervenir por segunda vez á causa de haberse presentado un nódulo de recidiva en la parte superior de la cicatriz, pero actualmente se halla el enfermo en inmejorables condiciones y con la herida completamente cicatrizada.

\* \*

**Acción del Digalen y su valor terapéutica.** (*XV Congreso de Medicina Interna*. Génova, 25-28 Octubre 1905). — El Dr. Livierato dió cuenta de los ensayos que ha practicado con el *Digalen ó Digitoxinum solubile*, principio activo que recientemente ha aislado de la digital el Dr. Cloetta. Después de hacer una breve reseña de las diferentes formas de administración de la digital usadas hasta el día, y del resultado obtenido por varios prácticos del empleo de los distintos principios activos de este remedio (digitalina, digitoxina, digitina), describe los caracteres físicos y químicos del Digalen y refiere sus experimentos hechos en la rana para observar los efectos fisiológicos, así como también la administración por vía interna y por vía hipodérmica á muchos cardiópatas, y en general á enfermos de diversas infecciones que presentaban astenia del miocardio.

Deduce de su estudio que el Digalen posee todas las propiedades terapéuticas de las hojas de digital purpúrea y tiene sobre sus derivados, las diversas digitalinas y digitoxinas, la siguiente superioridad: se puede titular rigurosamente, es exactamente dosificable y es del todo soluble, solubilidad que le proporciona una acción inmediata y eficaz que tiene una gran importancia en la práctica, pues cada día se aprecian más las desventajas del período latente que siempre precede á los efectos de la infusión. Los enfermos tratados con este remedio por la vía gástrica, no presentaron el menor fenómeno de intolerancia, y en los que se administró por vía hipodérmica, no se observaron fenómenos tóxicos, siendo de notar que, habiendo usado en muchos en-

fermos este medicamento durante bastante tiempo, jamás se apreció la acción acumuladora, que, ó no posee, ó tiene en grado muy inferior al de la infusión, ventaja que debe el preparado á su perfecta solubilidad.

Por las razones expuestas, cree el autor que el principio activo aislado por Cloetta representa un notable progreso en la terapéutica de la digital.

\* \*

**Heridas de los vasos y aneurismas traumáticos en la guerra ruso-japonesa.** — Dr. Leo. Bernhaupt. (*Archiv. f. Klinische Chirurgie*, Band 77, Heft 3). — Publica el *Giornale Medico del R.º Esercito* (Roma 30 Noviembre de 1905) una nota con el lema que precede, referente á las observaciones y experiencias practicadas sobre este asunto por el citado Doctor en el hospital Iwerskaia Obschina en Karbin, del cual fué Director desde Marzo de 1904 á igual mes de 1905. Dice así:

De 3.600 heridos sólo 22 presentaron lesiones de vasos importantes. En 3 de ellos hubo gran hemorragia por herida de la carótida primitiva, de la carótida interna y de la femoral; en 8 formación de aneurisma traumático, y en 11 de aneurisma arterio-venoso. En todos los casos las lesiones fueron producidas por proyectiles de pequeño calibre con cubierta metálica.

La terapéutica puede, en general, condensarse en los términos siguientes: cura conservadora, sutura ó ligadura inmediata del vaso, sutura ó ligadura ulterior y transporte de los lesionados con aneurisma.

En los 3 casos que en primer

término se citan, que por cierto fueron de heridas infectadas, se recurrió á la ligadura inmediata del vaso en el sitio de elección.

De los 8 aneurismas arteriales, 5 fueron operados, obteniéndose 4 curaciones por primera intención, ignorándose el resultado del quinto caso. La operación consistió en ligar por encima y por debajo del aneurisma y extirpar el saco. En los otros 3 casos se consiguió la curación lenta por el método espectante.

Cuando los proyectiles de fusil atacan las tunicas externa y media de los vasos, dejando íntegra la interna, se explica perfectamente la formación del aneurisma; pero aunque todas las tunicas del vaso estén perforadas, la retracción del conducto de la herida favorece en la mayor parte de los casos la formación del aneurisma; de modo que, mediante una medicación racional y una completa inmovilización, no hay que temer hemorragia durante el transporte.

Los 5 aneurismas operados de los 8 referidos, eran de los vasos siguientes: uno de la arteria axilar, otro de la humeral, 2 de la femoral y uno de la poplítea. Los 3 no operados fueron: uno de la íliaca externa y 2 de la femoral.

De los 11 heridos que presentaban aneurisma arterio-venoso, 9 fueron tratados quirúrgicamente con buen éxito. Los vasos lesionados eran: en uno la arteria humeral, en 2 la femoral, en 5 la poplítea y en uno la peronea. De los 2 restantes, á uno hubo que amputarle por gangrena del miembro, y el otro fué evacuado sin operar. Resultan, pues, 14 aneurismas operados con éxito.

El autor termina su trabajo formulando las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Las lesiones de los vasos producidas por proyectiles modernos con envoltura, que no dan lugar á hemorragia profusa, no requieren intervención alguna en el campo de batalla.

2.<sup>a</sup> Debe favorecerse la tendencia que se observa en estas lesiones á la formación del aneurisma y emplear al efecto una medicación aséptica, procurando también la inmovilización del herido durante el transporte, para evitar los peligros de la infección y de la hemorragia secundaria.

3.<sup>a</sup> La ligadura inmediata del vaso, practicada en el campo de batalla, da lugar fácilmente á la gangrena y á la hemorragia secundaria.

4.<sup>a</sup> En los casos de gran hemorragia, en vez de apelar á la hemostasia definitiva en el campo de batalla, es preferible, si hay posibilidad para ello, recurrir á la sutura del vaso.

5.<sup>a</sup> En los aneurismas traumáticos puede faltar completamente el ruido de soplo.

6.<sup>a</sup> El tumor de un aneurisma arterial puede desaparecer enteramente al cabo de varios meses.

7.<sup>a</sup> Los vasos no se desvían ante el proyectil, el cual puede actuar sobre ellos destrozándolos y perforándolos.

8.<sup>a</sup> Cuando existan las condiciones más favorables se podrá intentar la sutura del vaso.

9.<sup>a</sup> La intervención operatoria en un aneurisma traumático infectado puede fácilmente determinar la gangrena.

10. La extirpación del aneurisma, pasadas al menos cuatro semanas, practicada con absoluta asepsia, garantiza la curación radical

**La lucha contra la tuberculosis en el ejército alemán.** (*Le Caducée*, 6 de Enero de 1906.—El Médico militar francés A. Policard da cuenta de las precauciones y medidas higiénicas puestas en práctica al efecto, tomando la mayor parte de los datos que refiere de la Memoria que el Dr. Fränkel, de Berlín, presentó al Congreso internacional de la tuberculosis celebrado en París el año último. He aquí, en síntesis, lo que expone sobre el asunto: Las conclusiones que prevalecieron del estudio hecho por todo el Cuerpo Médico militar alemán acerca de esta importante cuestión fueron las siguientes:

1.<sup>a</sup> La extensión de la tuberculosis en un Cuerpo de ejército es directamente proporcional á la de la población civil de la región.

2.<sup>a</sup> Los hombres que á su ingreso en el ejército han cumplido veintidós años son los más propensos á tuberculizarse, figurando á continuación los reclutas menores de veinte años; luego, desde el punto de vista antituberculoso, la edad de veinte años es la más favorable para ingresar en el ejército.

3.<sup>a</sup> Los antecedentes hereditarios juegan un papel importante en este padecimiento, hecho que ha demostrado la estadística.

La lucha antituberculosa en el ejército alemán data del año 1882, ó sea inmediatamente después del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por Roberto Koch. En esa época se dictaron ya disposiciones ministeriales encaminadas á impedir la entrada de los tuberculosos en el ejército. Los Médicos encargados de reconocer á los reclutas en las Comisiones de reclutamiento, tenían el deber de explorar con un especial esmero los

órganos del tórax, y el perímetro torácico se tomaba con el mayor cuidado. La medida del tórax—dice la instrucción de 13 Octubre 1904— debe tomarse con una cinta métrica, tanto en el momento de la inspiración como en el de la espiración. La forma de efectuarlo será pasando la cinta por el ángulo inferior de los omoplatos y por la línea mamilar, haciendo que el individuo explorado extienda sus brazos horizontalmente. Está ordenado asimismo, por mandato ministerial, que se investiguen por todos los medios posibles los antecedentes de los reclutas, con objeto de impedir, en cuanto sea dable, que ingresen en el ejército sujetos tuberculosos ó fácilmente tuberculizables.

No obstante las precauciones indicadas se presentan en el ejército casos de tuberculosis, y cuando esto ocurre el enfermo es transportado sin dilación al hospital para no volver más al cuartel; la cama, el vestuario, el equipo, la habitación en que se encontraba y cuanto pueda propagar la enfermedad se somete á una escrupulosa desinfección, para efectuar la cual se cuenta con establecimientos militares sanitarios dotados de material á propósito y bien organizados.

Siendo los enfermos convalecientes los más aptos para adquirir la infección tuberculosa, se les recluye en Alemania en establecimientos especiales perfectamente higiénicos, de los cuales son rigurosamente excluidos los enfermos que ofrezcan la más mínima sospecha de tuberculosis. Mientras que en Francia los convalecientes van con licencia á sus casas, donde por regla general viven rodeados de condiciones antihigiénicas deploras-

rables, con gran quebranto de su escasa salud, en Alemania se sigue el procedimiento antes mencionado, aumentándose más cada día el número de establecimientos á que se ha hecho referencia. En la actualidad existen 13, dirigidos por Médicos militares, capaces para albergar 711 convalecientes. Los soldados no están allí ociosos; se les dedica, siguiendo el consejo pericial, á los ejercicios que no puedan perjudicarles y favorezcan en cambio su restablecimiento, ejercicios dirigidos por un Oficial, que suele ser también un convaleciente.

El tratamiento de los tuberculosos se verifica en los hospitales militares, especialmente en los que se han construido en fecha próxima, que tienen extensos jardines.

Cuenta además Alemania con sanatorios militares. El de Munich data de 1895; hay otro en Detmold,

y se hallan en construcción el de Münden y el de Saarbrück. Existe un sanatorio especial para Oficiales en Arco (Tirol meridional), dirigido por un Médico militar y abierto sólo de Octubre á Mayo.

Para perfeccionar en lo posible la lucha antituberculosa en el ejército, han cuidado las autoridades militares superiores de proporcionar á los Médicos cuantos medios de instrucción pudieran aumentar su competencia; á este efecto han seguido cursos como internos en las clínicas de los grandes hospitales y han hecho estudios especiales en los sanatorios de tuberculosos. Los admirables resultados que revela la estadística son el fruto de las excelentes medidas que se han tomado, y sobre todo, de la armonía y cooperación perfecta de los elementos militar y civil, que han unificado sus esfuerzos para exterminar la tuberculosis.

---

## SECCION PROFESIONAL

### ACADEMIAS MILITARES

#### EXPOSICIÓN

(Conclusión).

Art. 2.º Los Jefes, Oficiales y asimilados, así como el personal militar auxiliar, serán nombrados de Real orden. El primero y segundo Jefe lo serán sin previa propuesta.

Las vacantes en el Profesorado se anunciarán en el *Diario Oficial* del Ministerio de la Guerra, expresándose las materias que constituyen la clase que se ha de proveer y el empleo á que, según la plantilla, corresponde, y los que pretendan ocuparlas dirigirán instancia á S. M. el Rey,

acompañando los diplomas, certificados ú otros documentos que acrediten su idoneidad para el cargo que pretenden, si la anunciada no fuese clase puramente militar, entendiéndose lo mismo para los Profesores suplentes. Llegadas las instancias al Ministerio, se reunirán por las Secciones del Arma ó Cuerpo correspondiente y la de Instrucción, reclutamiento y Cuerpos diversos, los antecedentes necesarios, y en Junta formada por el General Subsecretario, Presidente, y los Jefes de aquellas Secciones, se determinará entre los solicitantes el que deba ser propuesto para el desempeño del cargo. Cuando no hubiese aspirantes, la Academia remitirá relación, conceptuada por los antecedentes que tuviese, de Comandantes ó Capitanes, según el empleo á que corresponda la vacante, no excediendo de siete el número de los que en la relación figuren, ni siendo menor de tres, procediéndose en el Ministerio como queda marcado para los que solicitan ser nombrados Profesores. Del mismo modo se harán los nombramientos de Profesores de esgrima, gimnasia é idiomas, cuando los pretendientes pertenezcan al ejército. A los treinta días de publicada la vacante de Profesor se procederá al nombramiento del que ha de ocuparla, y en este término, si no hubiera aspirantes, se dará por concluído el plazo, procediendo la Academia como queda dicho.

Art. 3.º Los Profesores disfrutarán la gratificación máxima desde su presentación en la Academia, si antes hubieran desempeñado el cargo y hubiesen cesado en él por causas ajenas á su voluntad, no siendo válido el tiempo en que siendo Ayudantes de Profesor, por desempeñar más de una clase, hubieran tenido aquella gratificación.

Art. 4.º La pensión de la cruz del Profesorado se obtendrá solamente por muy notables y provechosos servicios en la enseñanza debidamente justificados, ó por ser el interesado autor de una obra de estudio de materia que constituya la clase que explique y que haya sido declarada de texto.

Art. 5.º El plazo máximo para ejercer el Profesorado será de seis años, ampliándose á ocho al Profesor que antes de cumplir el tercer año en el desempeño del cargo haya presentado una obra que comprenda alguna de las asignaturas que explique y que se declare de texto. Los Profesores que por ascenso ó por haber cumplido el tiempo del Profesorado hubiesen de ser baja en la Academia, continuarán en comisión, hasta fin del curso correspondiente, desempeñando la clase de que estuviesen encargados, siempre que el motivo de la baja ocurriese después de un mes de comenzado un curso. Formarán parte de los Tribunales ordinarios y extraordinarios de examen de sus respectivos alumnos, pero no de los de ingreso.

Art. 6.º Anunciado un concurso para ingreso en las Academias militares, los que aspiren á presentarse á examen lo solicitarán de S. M. el Rey, dirigiendo las instancias al Ministerio de la Guerra, expresando la Academia á que deseen concurrir, no autorizándose la presentación más que en una en cada concurso, desestimándose la instancia ó instancias del aspirante en que solicite la presentación en dos ó más.

Art. 7.º Los beneficios que se concedan para ingreso y permanencia en las Academias como huérfanos de la guerra, serán exclusivamente para hijos de militar ó marino muerto en acción de guerra, de resultas de heridas recibidas en campaña, cuando la muerte haya ocurrido en un plazo que no exceda de dos años á contar desde la fecha de aquélla, ó de la fiebre amarilla en la campaña de Cuba, ó de sus resultas en el mismo caso que las heridas. Los hermanos de militar ó marino muerto en acción de guerra, para tener derecho á los beneficios, han de ser huérfanos de padre.

Art. 8.º Para optar á los beneficios de edad para el ingreso en las Academias los individuos de tropa, han de hallarse sirviendo en filas á solicitar la presentación al concurso, ó en la situación de licencia ilimitada en el ejército ó inscriptos disponibles en la marina, en ambas situaciones por exceso de fuerza. Los que fuesen voluntarios necesitan llevar más de dos años en filas precisamente.

Art. 9.º No se admitirá en las Academias mayor número de alumnos que el que en la convocatoria se hubiese fijado á cada una de ellas. Fuera de número ingresarán los aspirantes aprobados en el examen de ingreso que tuviesen declarado por Real orden derecho á los beneficios señalados en el artículo 7.º

Art. 10. Los Oficiales del ejército y sus asimilados no podrán presentarse en los concursos para ingreso en las Academias, ni serán admitidos como alumnos.

Art. 11. Al ingresar en las Academias, los alumnos procedentes de la clase de paisano serán filiados y prestarán el juramento á la bandera.

Art. 12. El tiempo que el Reglamento orgánico de las Academias señala para determinadas ventajas á los individuos de tropa, ha de ser el que tengan en el momento de su ingreso en las Academias, no siendo acumulable para variar las condiciones el que en ella permanezcan.

Art. 13. Las pensiones declaradas al ingreso de los alumnos en las Academias no tendrán alteración aunque los causantes varien de la condición que las dió origen. Se exceptúan los que obtuviesen la declaración de huérfanos de la guerra.

Art. 14. Los alumnos que estuviesen en el goce de alguna de las pen-



siones académicas no tendrán derecho al abono de haber y pán que, como individuos de tropa, pueda corresponderles.

Art 15. Los alumnos admitidos á examen extraordinario por causa de enfermedad ú otra legítima independiente de su voluntad, serán conceptuados como en los exámenes ordinarios y por esta conceptualización ocuparán el puesto en la clase ó en la promoción ordinaria si les correspondiese el ascenso á Oficiales alumnos, Primeros ó Segundos Tenientes ú Oficiales terceros, según las Armas ó Cuerpos. Si la presentación á examen extraordinario no obedeciese á esas causas, se colocarán en las clases á continuación de los aprobados en examen ordinario, y á su ascenso á Oficiales formarán promoción separada de éstos, con la antigüedad de la fecha en que sean ascendidos.

Dado en Palacio á cuatro de Octubre de mil novecientos cinco. — Alfonso. — El Ministro de la Guerra, Valeriano Weyler».

\*  
\*\*

## ORGANIZACIÓN

### EXPOSICIÓN

Señor: El artículo 8.º de la Ley adicional á la Constitutiva del ejército de 19 de Julio de 1889, determina que para obtener el ascenso es condición indispensable el haber ejercido durante dos años el mando correspondiente al empleo inferior inmediato; y, al efecto, el Reglamento para la clasificación de aptitud de 24 de Mayo de 1891, al aplicar dicho precepto, señaló en su artículo 6.º como requisito indispensable, entre otras circunstancias, la demostración de condiciones y suficiencia en los mandos.

El numeroso personal que resultó por consecuencia de las últimas campañas vino á producir, forzosamente, la desarmonía entre éste y las unidades orgánicas permanentes, dificultando el cumplimiento de precepto tan fundamental que lleva consigo la garantía del mejor gobierno y dirección de las tropas.

Constantes amortizaciones han venido en gran parte á restablecer la debida proporción entre el personal existente y los servicios de la Administración Central activos y de reserva, y de aquí el medio de facilitar el cumplimiento de la Ley con la alternativa en todos los servicios, y á este fin se proponen las reglas necesarias para ello. Se ha inspirado también el Ministro que suscribe en la conveniencia de que todos los destinos de la Administración Central estén desempeñados por Jefes y Oficiales que tengan ya adquirida la necesaria experiencia y práctica del mando.

En vista de las consideraciones expuestas, el Ministro que suscribe, de acuerdo con el Consejo de Ministros, tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de decreto.

Madrid 4 de Octubre de 1905.—Señor: A L. R. P. de V. M., Valeriano Weyler.

**REAL DECRETO**

A propuesta del Ministro de la Guerra, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en disponer lo siguiente:

Artículo 1.º La mitad por lo menos de las vacantes de destinos de Jefes ú Oficiales que ocurran en los Cuerpos activos de Infantería, Caballería, Artillería ó Ingenieros se adjudicarán á los más antiguos de las respectivas clase y Arma ó Cuerpo que se hallen colocados en la Administración Central, zonas, depósitos de reserva ó en las situaciones de excedencia ó de reemplazo, salvo en los casos en que estos Jefes ú Oficiales hayan prestado ya servicio en filas en el empleo de que están en posesión durante dos años, haciendo menos de tres que hubieren cesado en este último servicio.

Art. 2.º De igual modo la mitad por lo menos de las vacantes de destinos de Jefes y Capitanes del Cuerpo de Estado Mayor del ejército que ocurran en los Estados Mayores de las Capitanías generales, Cuerpos de ejército, divisiones y brigadas, serán cubiertas por los más antiguos de la clase correspondiente que se hallen destinados en la Administración Central, en situación de excedencia ó de reemplazo, sin haber prestado servicio en aquellos organismos en su empleo durante dos años y cesado en el plazo que marca el artículo anterior para el personal de Infantería, Caballería, Artillería é Ingenieros. El servicio de los Jefes y Capitanes del Cuerpo de Estado Mayor del ejército en las Comisiones topográficas no excederá del plazo máximo de seis años. Los Capitanes no desempeñarán más destinos que el peculiar del Cuerpo. El período máximo para ejercer el Profesorado en la Escuela Superior de Guerra será de seis años.

Art. 3.º Se procederá de un modo análogo en los Cuerpos de la Guardia Civil y de Carabineros respecto á las vacantes que ocurran en los tercios, Subinspecciones y Comandancias; en el de Administración Militar, con las que surjan en las Intendencias, y en Sanidad Militar, con las de hospitales para los Jefes, y con las de los Cuerpos armados para los Médicos primeros y segundos.

Art. 4.º Los Jefes ú Oficiales que obtengan destinos en Cuerpos activos, según el artículo 1.º, no podrán ser colocados fuera de filas sin haber cumplido antes en aquéllos los dos años de ejercicio del mando correspondiente á su empleo, demostrando las condiciones y aptitudes que posean para su desempeño, que harán constar los Jefes respectivos en informes que cursarán al Ministerio por conducto reglamentario, y que se tomarán en consideración con todos los demás datos prevenidos en el Reglamento para la clasificación de aptitud ó postergación para el ascenso.

Art. 5.º Informes análogos á los que consigna el artículo anterior deberán preceder también á la clasificación de todos los Jefes, Oficiales ó asimilados, cualesquiera que sean los destinos ó cargos que se hallen desempeñando; en la inteligencia de que á todos es requisito necesario para el ascenso el haber ejercido cada empleo durante dos años y haber demostrado en él condiciones de mando y suficiencia, quedando exceptuados únicamente de esta última condición los que por causas ajenas á su voluntad no hubiesen podido obtener colocación con mando después de solicitada ésta con la anticipación necesaria, con arreglo al artículo 8.º, inciso 3.º de la Ley adicional á la Constitutiva del ejército de diez y nueve de Julio de mil ochocientos ochenta y nueve.

Art. 6.º No se computará para los efectos de clasificación en concepto de práctica en el mando, el servicio de oficinas, pero sí el de Agregado militar en el extranjero, siendo preciso haberlo servido por lo menos dos años para la declaración de apto para el ascenso.

Art. 7.º En lo sucesivo los destinos del Ministerio de la Guerra, Estado Mayor Central, Consejo Supremo de Guerra y Marina, Dirección general de Cría caballar, Inspección general de los Establecimientos de Instrucción é Industria militar, Juntas facultativas de Artillería, Ingenieros, Administración y Sanidad Militar, Direcciones generales de la Guardia Civil y Carabineros, Consejo de Administración de la Caja de Huérfanos de la Guerra, Escuela Superior de Guerra, Academias militares, Museos, Colegios de Huérfanos, Ayudantes de campo y de órdenes, con excepción de los de mi Cuarto Militar, sólo han de conferirse á Jefes y Oficiales ó asimilados que lleven en su empleo por lo menos dos años de servicio en filas precisamente, para los de Infantería, Caballería, Artillería é Ingenieros, ó en algunos de los centros, unidades ó dependencias que citan los artículos 2.º y 3.º, cuando se trate del personal á que éstos se refieren.

Art. 8.º Los Jefes y Oficiales ó asimilados, sea cual fuere el destino que en la actualidad estén desempeñando y no hayan sido aún declara-

dos aptos para el ascenso, no podrán obtener esta clasificación sin haber ejercido también su empleo durante dos años en las condiciones consignadas en el artículo anterior, con excepción de los casos previstos en el artículo 8.º de la Ley adicional á que alude el artículo 5.º En tal concepto, se procurará que todos turnen en el ejercicio de cargos que les permita acreditar la aptitud legal para el ascenso.

Art. 9.º Los preceptos de este decreto, para los efectos de clasificación, no se aplicarán á los Jefes y Oficiales ó asimilados de las actuales escalas de reserva, en lo que se refiere á la precisa condición del ejercicio del mando.

Dado en Palacio á cuatro de Octubre de mil novecientos cinco.—Alfonso.—El Ministro de la Guerra, Valeriano Weyler.

## VARIEDADES

Se trata de crear en Francia un diploma universitario de higienista. La Facultad de Medicina de Tolosa ha sido autorizada para dar esta enseñanza, y la Universidad de Lyon ha resuelto emitir certificados que podrán exigirse á cuantas personas se ocupen de higiene pública, como los médicos municipales de las escuelas, los encargados de la vacunación, los Ingenieros que dirigen los servicios urbanos, los Inspectores del trabajo de los obreros, los Farmacéuticos, etc.

A propuesta de la referida Universidad, ha dispuesto el Ministerio de Instrucción pública, en Octubre próximo pasado, que los cursos que se instituyan para obtener dicho certificado comprendan las enseñanzas siguientes: treinta lecciones de higiene aplicada; cinco lecciones de enfermedades de los animales, que sean contagiosas para el hombre; veinte sesiones, que se dedicarán á conferencias y á trabajos prácticos en el Laboratorio de higiene de la Facultad de Medicina; diez visitas á establecimientos de higiene (filtración de aguas, esterilización de leche, fábricas, establecimientos públicos, etc., etc.); quince lecciones de legislación sanitaria, en la Facultad de Derecho, diez lecciones de higiene escolar, en la Facultad de Letras; diez lecciones de higiene alimenticia, en el Instituto de Química, y quince lecciones de geología de los manantiales, en la Facultad de Ciencias.

Al terminarse estos cursos, que durarán de Octubre á Diciembre, sufrirán los aspirantes el correspondiente examen.