

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XVI

Madrid 15 de Mayo de 1902

Número 358

## EL SERVICIO DE SANIDAD ALEMÁN EN LA CAMPAÑA DE CHINA (1900-1901)

El Dr. G. Fischer publica en *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* una sucinta información sobre asunto que no deja de ofrecer interés por muchos conceptos.

El servicio de Sanidad alemán escogió la ciudad de Tien-tsin para establecer en ella su cuartel general. Esta localidad estaba muy próxima al mar y permitía que los enfermos fueran transportados rápidamente á los buques-hospitales, á fin de repatriarlos ó conducirlos al sanatorio establecido en el Japón.

Desde el mes de Septiembre de 1900 se organizaron dos hospitales en la gran Universidad china de Tien-tsin; contaban con 450 lechos, repartidos en diversos departamentos, mas 300 lechos instalados en 20 barracas Dœcker. Por último, en el centro de la ciudad china, podían alojarse 200 enfermos en un tercer hospital. Además, se habían organizado, en la Universidad, laboratorios de bacteriología, de química, de anatomía patológica, de radiografía y un gabinete dentario.

En el mes de Octubre fué necesario crear, en una gran propiedad situada á dos kilómetros de Tien-tsin, un sanatorio para los convalecientes y los enfermos leves.

En total, los hospitales contaban con 1.000 camas para una guarnición de 5.000 hombres.

Al principio de la campaña se había establecido en Pekín un hospital de marina, que hubo necesidad de ampliar con dos lazaretos, con cabida para 800 enfermos como máximum.

En Paotingfu se crearon dos hospitales de campaña, en Octubre y en Diciembre, que podían admitir 300 enfermos.

Por último, se instalaron pequeños lazaretos de 40 lechos en Tanghu, á la desembocadura del río Peï-ho, en Tangschan y en el puerto de Schan-hai-kivan.

Hay que señalar, también, algunos buques-hospitales que servían para la evacuación de los enfermos, así como un sanatorio ligeramente organizado por los japoneses en su villa de Shioya.

La Cruz Roja, bajo la dirección del *Dr. Küttner*, había establecido un hospital de 100 camas en Yangtsun, que tenía una guarnición de 1.000 hombres.

En resumen; para un Cuerpo expedicionario de 23.000 hombres se contaba con 140 Médicos, y de ellos de 70 á 80 ocupados en los hospitales.

Después de consignar estos datos preliminares sobre los efectivos del Cuerpo de Sanidad, vamos á exponer las interesantes observaciones que la campaña de China ha permitido hacer al Doctor Schlick, bajo el punto de vista de la *cirugía de guerra*.

\*  
\* \*  
\*

Los balazos perforantes que interesaban la región cerebral ocasionaban siempre la muerte instantánea del herido, sin que para ello influyera la distancia del disparo. Schlick ha podido observar esta eventualidad fatal lo mismo á 200 que á 800 metros, siendo de notar que los huesos y las partes blandas presentaban lesiones relativamente mínimas, los orificios de entrada y de salida eran pequeños, y el canal determinado por la bala bastante regular, sin ningún signo de acción explosiva. Lo mismo ocurrió en las heridas de la cara producidas con pequeños proyectiles.

Grande fué la mortalidad determinada por las balas que perforaron el cuello; ésto resulta natural cuando se tiene en cuenta el gran número de órganos importantes que se encuentran reunidos en un espacio tan pequeño. De seis heridos de esta clase observados, uno murió en el campo de batalla, otros tres sucumbieron al

cabo de más ó menos tiempo, y el quinto estuvo sumamente grave. Rara vez fueron lesionados los grandes vasos; sólo una vez vió Schlick tocada la carótida, y sin embargo esta lesión no fué mortal; la hemorragia de la carótida primitiva se detuvo con la compresión digital, seguida de la aplicación de un vendaje compresivo, hecho que parece en contradicción con las ideas generalmente admitidas. Por último, un enfermo, que había sufrido una herida con perforación transversal del cuello, no sucumbió á consecuencia de su lesión.

Si la región cervical puede considerarse como particularmente peligrosa para las heridas de guerra, felizmente no ocurre lo mismo con las heridas penetrantes de pecho, ó mejor dicho, con las heridas del pulmón. Las heridas no penetrantes de la pared torácica se han observado en la proporción de uno por siete, en relación con las heridas penetrantes. De una manera general, el pronóstico de las heridas penetrantes del pulmón es eminentemente favorable, conservándose la vida y la función del órgano. Los enfermos curan por completo en la gran mayoría de los casos; y si en ocasiones queda algún vestigio de la herida, hay que acusar de ello al pericardio ó la pleura. Muchas causas pueden tenerse en cuenta para explicar la benignidad relativa de estas heridas. En primer lugar, los orificios de entrada y de salida son muy estrechos por el pequeño calibre del proyectil, y por consiguiente no dan paso al aire exterior ni á sus gérmenes patógenos, no produciéndose infecciones secundarias ni pneumotorax. En segundo lugar, el tejido pulmonar muy poco lesionado no da origen á hemorragias importantes. Por último, el peligro es tanto menor cuanto más se aleja el proyectil del centro del pulmón; en efecto, el único caso mortal observado por Schlick, consistía en una perforación central; los otros presentaban trayectos periféricos.

Estos mismos datos pueden también aplicarse á las heridas del hígado. Cuando la lesión no alcanza el centro del órgano, se observa una curación rápida sin complicaciones secundarias.

En las observaciones reveladas por Schlick debemos señalar

un hecho interesante relativo á las fracturas de las extremidades, producidas por pequeños proyectiles, y que no está conforme con las ideas generalmente admitidas para este género de lesiones. En efecto, la mayor parte de los autores admiten que hasta los 500 metros la bala produce en la diáfisis una fractura conminuta, con pequeños fragmentos óseos y substancia medular en los orificios de entrada y de salida; cuando la distancia varía de 500 á 1.200 metros, dicen, las esquirlas disminuyen progresivamente de número y aumentan de volumen; tienen más tendencia á permanecer adheridas al periostio. Ahora bien; Schlick no ha observado más que un caso análogo de fractura conminuta, y además se trataba de una diáfisis, lesionada próximamente á 40 metros por tres balas distintas. En los otros casos, tocados á 300, 500 ú 800 metros de distancia, este autor no ha encontrado más que fragmentos en pequeño número y fisuras.

Lo mismo ocurrió con las fracturas de las epífisis; heridas a 250, 500 ó 700 metros de distancia, presentaban esquirlas, pero nunca perforaciones limpias.

Estos hechos no concuerdan exactamente con las observaciones referidas por Küttner en la guerra sud-africana; quizás los cartuchos chinos estaban menos cargados que las municiones empleadas ordinariamente, y en esta causa podría encontrarse la explicación de dicha divergencia. Esta eventualidad podría explicar también por qué las balas chinas quedaban á menudo ocultas en la profundidad de los tejidos, á pesar de la distancia mínima á que se encontraba el enemigo.

Es de notar, por último, que las heridas de los brazos y de las piernas, en particular, se complicaban raras veces con hemorragias arteriales, y que los miembros inferiores eran lesionados con mucha más frecuencia que los superiores (33 heridos de los miembros inferiores por 16 heridos de los miembros superiores).

C. I. DE ALARCÓN.

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Patología del hígado.**—*M. Fenoglio* (de Cagliari), *ponente*: Los problemas que suscita en la actualidad el estudio de las enfermedades del hígado son de dos órdenes, los unos clínicos, los otros anatomo-patológicos; yo me ocuparé únicamente en los primeros, dejando al Dr. Cesaris-Demel la tarea de ocuparse en la segunda parte de la cuestión.

En lo que concierne á la cirrosis de origen palúdico, estimo que esta afección es causada por las toxinas que se producen en el bazo, bajo la influencia del hematozoario, así como en el tubo intestinal, Por lo demás, los Dres. Chauffard y Castaigne han demostrado experimentalmente los vínculos estrechos que existen entre el bazo y el hígado (introducción en el bazo de partículas sólidas que invaden fácilmente el parénquima hepático, inoculación intraesplénica de bacilos tuberculosos en los conejos de Indias). En los casos en que la cirrosis tiene así un origen esplénico, creo que la esplenectomía puede ser un medio de detención y hasta de curación si la enfermedad está en sus comienzos.

Insisto acerca de la existencia de formas latentes, que no se traducen por ningún síntoma y que á veces sólo se observan en la autopsia.

Entre las cirrosis palúdicas hay una variedad en la cual se produce una neoformación de canaliculos biliares; esta cirrosis evoluciona como la de Laënnec, pero la ictericia es más intensa y el hígado, sin estar hipertrofiado, no presenta la disminución de volumen que se nota en los últimos períodos de la cirrosis atrófica.

Por mi parte, yo poseo una observación de atrofia amarilla aguda terminada por curación; sin hacer hincapié acerca de la sintomatología, diré que se ha podido observar clínicamente, en ese caso, la regeneración del tejido hepático.

A propósito de la acción protectora del hígado, el Dr. Sabbatini ha visto que, de todos los órganos, el hígado es el que tiene la presión osmótica más elevada, y que esta presión, muy crecida después de una copiosa comida, mínima en estado de ayuno y de fatiga, descende muy baja en el envenenamiento por el fósforo, al mismo tiempo que la presión osmótica de la sangre excede de la normal; resulta de ello, á mi juicio, la posibilidad de admitir que el hígado protege el organismo contra las variaciones excesivas de la presión osmótica de la sangre.

Por lo que respecta á la patogenia de la ictericia por retención, he de recordaros un trabajo de los Dres. Queirolo y Benvenuti, quienes han podido observar experimentalmente que la absorción de la bilis, en la ictericia por oclusión del colédoco, no se efectúa

exclusivamente, ni siquiera en su mayor parte, en las vías biliares, sino en las venas intrahepáticas; los linfáticos desempeñan en ella un papel de todo en todo secundario. Este hecho ha sido confirmado por los Dres. Dubois, Wertheimer y Lepage.

Las toxinas palúdicas no producen solamente una reacción febril, sino también, bastante á menudo, un proceso que, del bazo, pasando por la vena esplénica, se transmite al hígado. Es únicamente por la mayor ó menor virulencia de esas toxinas, por las modalidades evolutivas de la afección y por las predisposiciones individuales, como puede explicarse que no todos los maláricos con tumefacción del bazo presenten una cirrosis hepática.

*M. Cesaris Demel* (de Cagliari), *co-pONENTE*: El hígado posee una propiedad regeneradora que, muy considerable en los estados patológicos de este órgano, debe de existir ciertamente también en las condiciones fisiológicas, á fin de compensar las pérdidas continuas á que el hígado se halla sometido por el hecho mismo de la complejidad de sus funciones. Resulta, pues, que la regeneración hepática viene siempre después de un proceso de degeneración de las células hepáticas, degeneración causada por las sustancias tóxicas que son constantemente conducidas al hígado por los vasos (circulaciones porta y general). Esta opinión se basa en hechos clínicos y experimentales. De ello puede inferirse que la neoformación de tejido hepático es un fenómeno de compensación; consiste en una verdadera neoproducción de células hepáticas ó en una proliferación de los canales biliares preexistentes, y estos dos procesos tienen á nuestro juicio la misma significación, pues sabido es que las células hepáticas y los epitelios biliares son equivalentes desde el punto de vista embriológico.

Esta regeneración se observa igualmente á seguida de lesiones celulares debidas á trastornos locales de las circulaciones sanguínea ó biliar, como lo prueban los experimentos de los Dres. Foà, Salvioli y Steinhaus acerca de la ligadura del colédoco.

Pero ésas mismas sustancias tóxicas que lesionan directamente la célula hepática alteran también el estroma conjuntivo, y éste, á su vez, puede ser el centro de procesos irritativos simples ó de fenómenos degenerativos con regeneración sucesiva. Á pesar de la abundancia de la neoformación conjuntiva, no debemos nunca de considerarla como primitiva; á lo sumo, puede coincidir con el proceso de regeneración celular. Además, en la producción de la esclerosis, hay otro factor que desempeña un papel muy importante; investigaciones muy recientes han demostrado la existencia de sustancias particulares —los *nucleoproteidos*— que pueden ser retirados de los tejidos (sobre todo de las células epiteliales y glandulares adultas) ó de los microorganismos, y que, según los trabajos de Lustig, Galeotti y Federici, ejercen una acción tóxica sumamente enérgica sobre los elementos epiteliales, los cuales pierden su función específica y sufren un proceso degenerativo acompañado de una infiltración leucocitaria intensa en el tejido conjuntivo contiguo,

por razón del efecto quimiotáctico positivo que poseen los nucleoproteídos *vis-à-vis* de los leucocitos.

De estos hechos experimentales podemos deducir que, en buen número de casos, la degeneración celular hepática primitiva puede ser atribuida á la acción de los nucleoproteídos circulantes que llegan al hígado, y provienen ora de órganos—aunque estén distantes—en vías de degeneración celular, ora de bacterias destruidas.

Los nucleoproteídos alteran asimismo las paredes de los vasos portales y, por diapedesis, dan origen á una infiltración celular perivascular. A su vez, las células hepáticas mortificadas arrojan á la circulación general nuevos nucleoproteídos, que actúan en parte sobre el estroma conjuntivo intracelular, determinando una infiltración y en parte una esclerosis por mediación de las venas suprahepáticas sobre las paredes vasculares, donde producen nuevas lesiones, favoreciendo la infiltración perivascular.

Esta interpretación nos explica las diferentes fases porque pasa la cirrosis atrófica vulgar. En la cirrosis hipertrófica biliar, aunque el proceso histológico parece distinto, la causa primera es la misma; las fases ulteriores corresponden á fenómenos idénticos; lo único que varía es la puerta de entrada y, por consiguiente, el punto donde se desarrollan las lesiones.

En el atascamiento biliar, los nucleoproteídos, cuya existencia normal en la bilis conocemos, alteran profundamente los epitelios canaliculares; éstos, á su vez, dan origen á productos de mortificación que irritan y esclerosan el tejido conjuntivo contiguo; de este modo se produce una peri-angiocolitis en vez de una periflebitis. Esta interpretación nos suministra no solamente la clave de los estrechos vínculos histogénicos existentes entre la cirrosis atrófica ó bivenosa y la cirrosis hipertrófica ó biliar, sino que también nos permite comprender las cirrosis mixtas que, si bien pueden tener una sintomatología particular, no son distintas de las precedentes desde el punto de vista anatómo-patológico, ó por lo menos, no ofrecen con ellas sino diferencias en el grado de la infiltración celular perivascular ó peribiliar con esclerosis sucesiva. Así queda explicado el hecho que se observa de las vastas destrucciones del parénquima hepático por un proceso de atrofia simple sin fenómenos intersticiales. Estos aparecen solamente en los casos en que la destrucción de los elementos es el efecto de un producto tóxico con degeneración sucesiva; la disminución de la circulación sanguínea no es suficiente para explicarlo.

Por las mismas razones, y por otras aún de naturaleza clínica y anatómica que el Dr. Pierry acaba de poner en evidencia, hemos de tener presente que el hígado cardíaco no es causado exclusivamente por el hecho mecánico del atascamiento, sino también por causas tóxicas relacionadas con infecciones que coinciden con la afección cardíaca ó que la han precedido.

La regeneración hepática se halla siempre en relación directa con el estado de los vasos. Así vemos que se produce en el hígado

palúdico únicamente cuando los endotelios vasculares se han despojado del pigmento; esa regeneración es muy activa en la cirrosis atrófica porque la arteria hepática está normal; alcanza su máximo en la cirrosis biliar, hasta el punto de crear una verdadera hipertrofia del órgano, en razón á la permeabilidad de los vasos arteriales y venosos; finalmente, es rara después de la ligadura de la arteria hepática (Janson) ó de la vena porta (Foà).

Esa regeneración se efectúa no sólo en las lesiones difusas, sino también en las lesiones localizadas, y en tal caso toma el nombre de hipertrofia nodular múltiple. Estas hipertrofias nodulares deben de considerarse como verdaderos adenomas, y en la clasificación de las producciones adenomatosas hemos de admitir, con Simpson, la existencia: primero, de adenomas congénitos, que son habitualmente solitarios y se encuentran en los hígados normales; segundo, de adenomas adquiridos, múltiples y necesariamente asociados á una cirrosis.

En esta segunda variedad, la formación adenomatosa representa la regeneración hepática consecutiva á una mortificación celular extensa; la anterioridad de las producciones adenomatosas regeneradoras sobre la esclerosis, ó la concomitancia de los dos fenómenos, puede variar de uno á otro caso. En los adenomas congénitos, falta la cirrosis porque la degeneración celular y la esclerosis sucesiva faltan igualmente; excepcionalmente estos adenomas van acompañados de una cirrosis, ora porque sufran la transformación cancerosa — y entonces la vasta mortificación de los elementos neoplásticos actúa sobre el tejido conjuntivo de la manera indicada —, ora porque el hígado, por una causa morbosa cualquiera, venga á ser atacado por el proceso cirrótico.

*M. Maragliano* (de Génova): Los principales puntos que deben de llamar nuestra atención son la etiología, la histogenia y la curabilidad de las lesiones hepáticas. Por lo que hace á la etiología, existe la tendencia á admitir otros factores fuera del alcohol y la malaria; como ha dicho el Dr. Fenoglio, hay una relación estrecha en las lesiones del bazo y el hígado, y, por mi parte, comparto la opinión del ponente acerca de la utilidad de la esplenectomía en algunos casos de cirrosis hepática incipiente; hasta poseo algunas observaciones favorables á este criterio.

Actualmente, no se puede ya admitir el sistematismo de la escuela francesa en cuanto se refiere á la clasificación de las cirrosis, porque las lesiones son siempre múltiples y la sintomatología varía con la proporción, según la cual cada elemento está interesado. Hay cirrosis latentes que pueden continuar en el mismo estado durante toda la vida; en efecto, el Dr. Queirolo ha demostrado que, mediante el abocamiento de la vena porta á la vena cava, se puede poner fuera de función al hígado sin determinar trastornos en el animal así tratado, el cual puede sobrevivir muchos años. Obsérvese también á individuos en quienes el desarrollo de la cirrosis se efectúa casi bruscamente, sobre todo cuando una parte del hígado

ha quedado indemne. Esto es debido particularmente á las condiciones cardíacas, pues el corazón resulta á la larga debilitado por el estado tóxico de la sangre ó por las lesiones concomitantes del riñón; de ahí que en estos enfermos, actuando sobre el corazón (reposo, digital, cardiotónicos, etc.), y sobre el riñón, se puede neutralizar la afección durante un tiempo más ó menos prolongado.

*M. Giuffré* (de Palermo): Yo creo que no se debe dejar de tener presente la existencia de las cirrosis de origen capsular, descritas por Galvagni; además, entiendo que en la cirrosis palúdica hay algo más que el factor «paludismo».

*M. De Renzi* (de Nápoles): Admito también el origen capsular de ciertas cirrosis. Al igual que el Dr. Fenoglio, he observado un caso de curación de atrofia amarilla aguda. Desde hace mucho tiempo, sostengo la posibilidad de curar, si no anatómicamente, por lo menos clínicamente, la cirrosis biliar, activando la secreción renal con la leche, y sobre todo usando una alimentación esencialmente vegetal (legumbres, uvas, etc.) La operación de Talma ha dado en mi clínica resultados brillantes.

*M. Fedeli* (de Pisa): Yo no puedo aceptar la teoría unívoca del Dr. Fenoglio, quien lo atribuye todo á la insuficiencia esplénica en la producción de la cirrosis palúdica. Hay, en efecto, ciertos palúdicos en quienes se observa durante el ataque agudo una lesión hepática y esplénica; pues bien, la lesión hepática pasa insensiblemente del período agudo al período crónico; en estos enfermos, la lesión hepática se halla evidentemente en relación directa con la infección.

*M. G. Ascoli* (de Génova): A seguida de experimentos instituidos sobre la materia, estimo que la cirrosis de Hanot debe de ser considerada como de origen hemático ó esplénico, y que difiere en ésto de la forma de Laënnec, en la cual esos factores etiológicos no aparecen de un modo tan evidente.

*M. Fenoglio*: Yo no pretendo que en la cirrosis palúdica deba de ser todo atribuido á la influencia esplénica; admito el concurso de otros elementos patogénicos, pero creo que el papel que desempeña el bazo es de todo en todo preponderante

(*XI Congr. de la Soc. ital. de med. intern.*)

\*  
\*\*

**Peritonitis por propagación en la fiebre tifoidea.**—*M. Queirolo* (de Pisa), *ponente*: La peritonitis se manifiesta durante la evolución de la fiebre tifoidea ó en la convalecencia de esta afección, bajo tres formas principales: la más frecuente es la peritonitis por *perforación*; luego viene la peritonitis por *continuidad*, consecutiva á la difusión del proceso inflamatorio de las placas de Peyer ulceradas; finalmente, la peritonitis por *contigüidad* (Trousseau) ó por *emigración* del elemento infeccioso. Esta forma, señalada en 1813 por Petit y Serres, y reivindicada por Thyrial en 1853, fué perfectamente descrita á partir de entonces por numerosos auto-

res. Por mi parte, yo he tenido la ocasión de observar un caso; el enfermo sucumbió á seguida de una recidiva de su fiebre tifoidea y se pudo practicar un examen anatómico minucioso; de este modo fué posible encontrar los restos de la inflamación peritoneal, y al mismo tiempo se pudo descartar toda perforación del intestino y toda lesión del apéndice; en el intestino existían las alteraciones habituales de las placas de Peyer.

A pesar de la opinión contraria de los Dres. Jaccoud, Hamolke, Chantemesse, Brouardel, Thoinot, Rendu, Strümpel, etc., muy recientemente el Dr. Dieulafoy ha puesto en duda la existencia de esta forma de peritonitis tifoidica. Yo me propongo afirmar de nuevo su positiva realidad.

He empezado por hacerme á mí propio la siguiente pregunta: ¿de qué manera los agentes que son causa de la inflamación peritoneal pueden atravesar las paredes intestinales y penetrar en el peritoneo? En segundo lugar ¿cuáles son las condiciones especiales del peritoneo que permiten el desarrollo de una peritonitis?

Una de las circunstancias necesarias para el paso de los microbios intestinales á través de las paredes del intestino no perforadas es la exaltación de la virulencia de esos microbios; yo creo que esta exaltación no sobreviene únicamente en los casos particulares acerca de los cuales el Dr. Dieulafoy ha insistido (apendicitis, hernia estrangulada, etc.), sino también en la misma cavidad del intestino, sin que este último se halle transformado en cavidad cerrada. Yo he observado, en efecto, un caso demostrando que ni la cavidad cerrada, ni la perforación del apéndice son indispensables para que se produzca la infección del peritoneo. Estos factores existen evidentemente en la peritonitis tifoidica en que la pared intestinal se halla profundamente lesionada. Pero la clínica nos enseña, de un lado, que la peritonitis es muy rara en el curso de la fiebre tifoidea, al paso que la exaltación de las bacterias es en ella constante (sobre todo la del *bacterium coli*); de otra parte, que la lesión intestinal es en ella completamente común. De ahí que yo crea que, dado el estado actual de la cuestión, hay que indagar otra circunstancia que pueda hacer eficazmente patógenas las bacterias contenidas en la cavidad peritoneal.

A este respecto he de recordar lo que todos sabemos sobre la tolerancia del peritoneo para los agentes micróbicos, físicos y químicos, y acerca de la acción protectora de dicha serosa, la cual ofrece una resistencia muy notable á las infecciones en general; esta resistencia es debida á diversos factores, entre otros al poder de absorción muy enérgico del peritoneo. Pero venga á quedar suspendida esta acción protectora del endotelio peritoneal, y veremos cómo en seguida cesa la acción análoga del epitelio intestinal.

La rareza de la peritonitis por propagación prueba la energía del poder de defensa del peritoneo, á pesar de las condiciones anormales de las paredes intestinales en el curso de la dotienenteria; en efecto, el epitelio intestinal es destruído, la mucosa ulcerada; á

menudo la pared intestinal aparece más profundamente alterada, los vasos linfáticos están abiertos grandemente, la infección tiene á su alcance mil vías de penetración, y, sin embargo, el peritoneo se mantiene indemne en el mayor número de casos.

Yo estoy convencido de que para que la peritonitis por propagación pueda producirse se hace necesario que exista una lesión del peritoneo; esta lesión es la que abre la vía á la infección intestinal.

La disminución de resistencia del peritoneo, comprobada en ciertos casos de fiebre tifoidea, depende algunas veces de la intoxicación general; otras veces, más probablemente, de una intoxicación de la serosa. Otra condición muy importante es la paresia intestinal, favoreciendo la multiplicación de los gérmenes y el aumento de su virulencia. Las investigaciones de Benvenuti sobre el intestino de los tifódicos aclaran el mecanismo patogénico, demostrando que el proceso infeccioso puede, desde el intestino, difundirse al peritoneo, siguiendo las vías linfáticas perivasculares y los vasos venosos, sin lesionar la túnica muscular. Yo creo que el *bacterium coli* es el agente habitual de la peritonitis por propagación, pero no es su agente específico.

Cuanto á los síntomas de esta complicación, recordaré el dolor abdominal, la facies hipocrática, la cianosis, la disnea, los vómitos, el hipo, la rapidez del pulso, la tensión y la tumefacción del abdomen. Las zonas de macidez hepática y esplénica, aunque repelidas á la caja torácica, no están abolidas.

El diagnóstico entre la peritonitis por perforación y la peritonitis por propagación es muy difícil; no hay que atribuir mucho crédito al hecho de que, en la primera, la sintomatología es más brusca y más violenta que en la segunda; esta opinión es contraria á las observaciones recogidas hasta hoy, y á lo que yo mismo he tenido la ocasión de comprobar.

No creo que se pueda asignar al brusco descenso de la temperatura en el momento de la perforación intestinal un valor tan absoluto para el diagnóstico diferencial entre las dos variedades de peritonitis que estudiamos, como lo ha pretendido el Dr. Dieulafoy; y á este propósito puedo citar un caso personal de perforación del intestino en el curso de una fiebre tifoidea, en la cual no se produjo ninguna hipotermia. También, en mi concepto, carecen de valor diferencial los caracteres sacados del pulso, de los vómitos, del hipo, del examen de la sangre. En cambio, un signo precioso es la persistencia de las zonas de macidez hepática y esplénica; por desgracia, este síntoma no aparece hasta muy tarde, en una época en que el diagnóstico diferencial ha perdido mucho de su interés; además, en algunos casos de perforación, la zona de macidez hepática y esplénica persiste por insuficiencia de desarrollo de los gases.

La desaparición tardía de las macideces hepática y esplénica en la peritonitis por perforación es debida á la rigidez y á la contractura de los músculos abdominales, y de ahí que ese signo no tenga

ningún valor diferencial cuando, en un dotientérico, sobrevienen síntomas de peritonitis difusa, si existe al mismo tiempo una enérgica contracción refleja de los músculos del abdomen.

El pronóstico de la peritonitis por propagación es grave. El tratamiento debe de proponerse reforzar la acción cardíaca y nerviosa, favorecer la depuración renal, etc. La desinfección intestinal es de gran importancia, y bajo este concepto he obtenido buenos resultados suprimiendo completamente la alimentación por la vía gástrica y reemplazándola por la alimentación rectal; hay que evacuar el intestino y administrar calomelanos. Las aplicaciones de hielo encima del abdomen deben de ser hechas con prudencia en estos casos, pues la refrigeración—según Simoncini—disminuye el poder de defensa del peritoneo. La intervención quirúrgica, relativamente fácil y útil contra la peritonitis por perforación, está contraindicada en la peritonitis por propagación, en la cual los mejores resultados se obtienen con el tratamiento médico.

*M. Fedeli, co-ponente:* Para dilucidar la etiología y la patogenia de la peritonitis por propagación, he practicado investigaciones experimentales sobre conejos de Indias.

En una primera serie de animales, he buscado la manera de establecer clara y precisamente el modo como reacciona el peritoneo *vis-à-vis* de las substancias irritantes (cantáridas, yodo, crotón); he podido observar que sólo la tintura de yodo determina siempre, aunque sea en pequeña cantidad, un proceso flogógeno, al paso que los otros irritantes son relativamente tolerados por el peritoneo. He experimentado luego con soluciones fecales—esterilizadas ó no—obtenidas por infusión de excrementos humanos y de conejos; con las soluciones no esterilizadas he notado resultados análogos á los de Pawloski; con las que habían sido esterilizadas, los resultados han sido completamente negativos.

Inyectando en la cavidad peritoneal del conejo cultivos puros de colibacilo muy virulento, no he observado ninguna reacción peritoneal; lo mismo ha ocurrido con el bacilo de Eberth. En cambio, inyectando al mismo tiempo una emulsión de excrementos esterilizada y un cultivo virulento de uno de los bacilos en cuestión, he provocado el desarrollo de una peritonitis serosa característica.

En una segunda serie de investigaciones he determinado alteraciones intestinales análogas á las de la fiebre tifoidea, y en una tercera serie he dejado intacto el intestino é irritado primitivamente el peritoneo con substancias reconocidas como insuficiente en los experimentos anteriores para producir una peritonitis difusa. Con este fin, héme servido primeramente de purgantes salinos y de calomelanos; pero ví que la irritación provocada por estas substancias, aunque muy intensa, no era capaz de originar una difusión peritoneal. Por el contrario, cuando después de haber determinado la irritación intestinal hacia absorber á los animales alimentos rociados con cultivos muy virulentos, producíase generalmente una peritonitis característica, serosa ó seropurulenta. He obtenido

idéntico resultado con la irritación previa del peritoneo. He repetido estas mismas investigaciones sobre una asa intestinal cerrada y aislada, en la cual inyecté un cultivo virulento, después de haber ó no sometido el peritoneo á la acción de irritantes: en el primer caso, el resultado fué positivo, y negativo en el segundo. Estudié asimismo la acción del enfriamiento sobre el peritoneo: agregando cultivos virulentos á la alimentación de animales conservados inmóviles en el agua fría, he visto desarrollarse peritonitis serofibrinosas.

Después de haber hecho todas estas investigaciones con cultivos de *bacterium coli* ó de bacilo de Eberth, las he repetido con el diplococo, el estreptococo y el estafilococo; en la mayoría de los casos, el resultado ha sido negativo.

*M. Giuffré:* A mi juicio, el apéndice tiene una cierta importancia en la determinación de la peritonitis por propagación. Debo recordar igualmente, en lo que concierne al diagnóstico de esta complicación, la transmisión de los ruidos cardiacos y respiratorios al abdomen; este síntoma, señalado por Federici y Tantani, no tiene un valor absoluto para el diagnóstico diferencial, pero puede ser de una grande utilidad, puesto que, en caso de perforación, la intervención tiene que ser inmediata.

*M. Patella* (de Siena): Los Dres. Pieraccini y Turk, basándose en el equilibrio casi constante de los leucocitos durante toda la evolución de la fiebre tifoidea, estiman que si en el curso de esta enfermedad se nota una leucocitosis, hay que intervenir sin demora quirúrgicamente; sería interesante saber si la leucocitosis puede tener igualmente un valor en el diagnóstico diferencial entre la peritonitis por perforación y la peritonitis por propagación.

*M. Giudiceandrea* (de Roma): En un caso de peritonitis por propagación durante la fiebre tifoidea, diagnosticado por mí basándome en el examen del pulso y de la sangre, y confirmado luego al abrir el vientre, la intervención quirúrgica produjo una rápida curación; en otro caso, igualmente corroborado por la operación, la macidez hepática había desaparecido por completo.

*M. Mariani* (de Génova): Yo quisiera saber si la peritonitis por propagación debe de ser considerada como una manifestación metastática, como una localización en el peritoneo de gérmenes patógenos que circulan en la sangre, ó bien, por el contrario, un hecho accidental.

*M. Bernabei:* Las lesiones de la motricidad del intestino desempeñan un gran papel en el génesis de la peritonitis por propagación, puesto que favorecen las putrefacciones y las fermentaciones intestinales y aumentan la virulencia de las bacterias.

*M. Zoia:* Yo digo que acaso fuera conveniente hacer la investigación bacteriológica directa por punción del intestino; en efecto, si bien es cierto que en la peritonitis por ulceración del estómago y del intestino la flora microbica es muy numerosa, siendo probable que lo mismo ocurra con la peritonitis por perforación, en cam-

bio, en la peritonitis por propagación parece que no se trata sino de una sola especie micróbica.

*M. Maragliano:* Yo soy partidario del tratamiento quirúrgico y estoy firmemente convencido de que la aplicación de hielo encima del abdomen disminuye los riesgos de perforación. Desde que yo trato á mis tifódicos por medio de la vejiga de hielo, no he vuelto á observar ningún accidente de esta clase.

*M. Queirolo:* La fórmula leucocitaria no tiene ningún valor desde el punto de vista del diagnóstico diferencial que nos ocupa, pues es idéntica en todas las complicaciones de la fiebre tifoidea. Cuanto á la aplicación de la vejiga de hielo encima del abdomen, debe de ser más vigilada de lo que ha sido hasta el presente.

*M. Fedeli:* He practicado algunas investigaciones experimentales acerca de las variaciones de la fórmula leucocitaria en el momento en que se supone que comienza la peritonitis por propagación; los primeros resultados que he obtenido demuestran, al parecer, que se produce una hiperleucocitosis, pero no son aún suficientemente numerosos para que se acepte este criterio de una manera definitiva.

(XI Congres. de la Soc. Ital. de Med. intern.)

\* \* \*

**La enfermedad del sueño.**—*M. Kuborn:* He de presentaros un informe acerca de un trabajo del Dr. A. Broden (de Léopoldville), relativo á la enfermedad del sueño.

La letargia de Africa ó enfermedad del sueño afecta, sobre todo, á los negros de ambos sexos; en lo que concierne á su distribución geográfica, han sido observados ciertos casos esporádicos en diversos puntos del Congo belga.

La duración de esta afección, que casi siempre es mortal, varía de algunas semanas á un año y medio. No parece contagiosa de hombre á hombre, pues los letárgicos diseminados no crean nuevos focos.

A juzgar por los resultados que arrojan las autopsias, el *substratum* anatómico de la enfermedad es una mielitis crónica difusa; nótese, en efecto, que el líquido céfalo-raquídeo es abundante, la aracnoides se halla adherida al tejido cerebral, el cerebro congestionado; la substancia gris cerebral ha disminuído mucho de espesor y hasta en algunos puntos ha desaparecido por completo; en la substancia gris de los núcleos centrales, existen verdaderos infartos inflamatorios adheridos á la piamáter. La médula espinal presenta focos de reblandecimiento y una destrucción de la substancia gris. Los ganglios linfáticos corticales parecen normales, aunque durante la enfermedad aumentan de volumen de una manera variable.

El examen bacteriológico de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo ha permitido al Dr. Broden aislar un bacilo recto, bastante largo, que ha sido visto en estado de esporulación. Cultivado é

inoculado á diversos animales (perro, mono), ese microorganismo es virulento y determina los síntomas y las lesiones de la enfermedad del sueño. El autor ha podido encontrar el mismo bacilo vivo en el agua.

(*Acad. de Med. de Bélgica*).

\*  
\*\*

**El acetato doble de teobromina y de sosa.**—*D'Estrée*, de Bruselas, demuestra que la teobromina es uno de los mejores diuréticos. En oposición á la caféina, su acción cardio-vascular es muy débil, pero lleva directamente su acción á los riñones. Para corregir la dificultad de su absorción se ha recurrido al salicilato doble de teobromina y de sosa, ó diuretina, que tiene el inconveniente de irritar las vías digestivas. *D'Estrée* ha ensayado el acetato doble de teobromina y de sosa, ó azurina, sal muy soluble, mucho menos cáustica que la diuretina, y ha obtenido con ella excelentes resultados. Administrada á la dosis de 25 centigramos á 1 gramo por día, la azurina tiene una acción diurética muy marcada; la orina no solamente es más abundante, sino que también contiene más urea y sales urinarias.

(*Soc. de terap. de París*).

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### RETIROS

«*Circular.*—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, que la regla 3.<sup>a</sup>, artículo 5.<sup>o</sup> de la ley de 6 de Febrero último (*C. L.* núm. 41), es aplicable á los Jefes y Capitanes que cuentan con treinta y cinco años de servicios efectivos, día por día, y ocho de ellos, por lo menos, en el goce del sueldo de su empleo, siempre que la efectividad en este último llegue á dos años.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 5 de Mayo de 1902. —Weyler. —Sr...»

\*  
\*\*

«*Circular.*—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer, de acuerdo con lo informado por la Junta Consultiva de Guerra, que la antigüedad en los empleos que obtengan los Jefes y Oficiales que se acojan á las leyes de 8 de Enero y 6 de Febrero últimos (*C. L.* núms. 26 y 41), sea la del siguiente día al en

que termine el plazo para la aplicación de dichas leyes, es decir, la de 9 de Julio próximo para los que se acojan á la primera, y la de 7 del corriente mes para los comprendidos en la segunda.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 6 de Mayo de 1902.—Weyler.—Sr...»

\*  
\*  
\*

#### CONTABILIDAD

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito del Capitán General de Andalucía, consultando si á los Coroneles y asimilados que acogidos á los beneficios que concede la ley de 6 de Febrero último (C. L. núm. 41), se les conceda el empleo de General de Brigada ó asimilado de la sección de reserva, se les han de satisfacer también sus sueldos con cargo al capítulo 5.º, artículo 5.º del presupuesto vigente, haciéndoles la reclamación el mismo habilitado que á los demás Jefes y Oficiales á quienes se refiere la Real Orden de 17 de Abril anterior (C. L. núm. 86), el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que hasta tanto que en los presupuestos sucesivos se comprendan los sueldos de este personal en el capítulo correspondiente á los Generales de reserva, deberán abonárseles con cargo al expresado capítulo 5.º, artículo 5.º del presupuesto vigente de este Ministerio, haciéndose la reclamación en nómina especial con esta aplicación por los mismos habilitados de Generales de la escala de reserva.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 9 de Mayo de 1902.—Weyler.—Sr...»

---

#### VARIEDADES

---

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA. PROGRAMA DEL CONCURSO PARA LOS PREMIOS DEL AÑO 1902.

Premio de la Academia.—*Estudio topográfico-médico de cualquier punto del distrito académico de Barcelona (Principado de Cataluña)*, excepto los de Vich, Tarragona, Caldas de Malavella, Lérida, Olot, San Feliu de Guixols, Gerona, Tarrasa, La Escala, Masquefa, Seo de Urgel, Reus, Sentmanat, Mataró, Tremp, Vilaseca de Solcina, García, Castellar del Vallés, Castelltersol, Santa Coloma de Queralt, Sallent, Solsona, Villafranca del Panadés y Tortosa, ya premiados en concursos anteriores.

Premio del Dr. Salvá y Castillo, costeado por la Academia.—*Escribir la observación de una epidemia ocurrida en algún punto de España.*

Premio costeado por el Académico de número Dr. Rodríguez Méndez.—**Organización sanitaria española.**—*Estado actual; crítica de la misma y reformas más urgentes. Exposición completa y detallada de un servicio sanitario para nuestro país; justificación del que se proponga y manera de llevarlo a la práctica y de sostenerlo en armonía constante con el progreso higiénico.*

Para cada uno de estos tres temas habrá un premio y un accésit, pudiendo además la Academia adjudicar las menciones honoríficas y aumentar el número de premios y accésits que estimare merecidos.

El premio consistirá en el título de Académico correspondiente de esta Corporación y una medalla de oro. Además, si la Academia acordare la impresión de la Memoria á sus expensas, regalará al autor 200 ejemplares.

El accésit consistirá en el título de Académico correspondiente. Sin embargo, dicho título no se concederá al autor de la Memoria que obtuviere premio ó accésit, si no es Doctor ó Licenciado en Medicina y Cirugía ó en Farmacia ó Veterinario de primera clase.

La mención honorífica consistirá en un diploma especial.

Las Memorias deberán reunir precisamente las siguientes condiciones:

- 1.<sup>a</sup> Estar escritas con letra muy clara.
- 2.<sup>a</sup> Estar redactadas en castellano, catalán, latín, francés ó italiano.
- 3.<sup>a</sup> Expresarse el nombre del autor y el punto de su residencia, dentro de un pliego cerrado, en cuyo sobre se pondrá un epígrafe, que ha de haberse escrito también al principio de la Memoria.

4.<sup>a</sup> Ser dirigidas á la Secretaría de la Academia (*Baños Nuevos, número 9*), en donde se admitirán hasta las doce de la mañana del 30 de Septiembre próximo.

5.<sup>a</sup> Finalmente, presentarse las Memorias sin firma ni rúbrica, no debiendo ser copiadas por sus autores respectivos, ni aparecer siquiera con sobrescritos de su letra.

Los pliegos de las que obtuvieren premio, accésit ó mención honorífica, serán abiertos, y los de las restantes quemados, en la sesión pública inaugural de 1903, en la que, sabidos los autores de las Memorias que hayan sido premiadas, serán llamados por el Presidente, quien les entregará la medalla si asistieren al acto.

Las Memorias que vinieren después de dicho día 30 de Septiembre, no serán admitidas al concurso. Se invitará públicamente á sus autores á que en el término de un año pasen á recobrarlas en la Secretaría de la Academia, mediante los requisitos establecidos; mas si finido aquel plazo no se hubiesen presentado, los pliegos cerrados correspondientes á dichas Memorias serán quemados en la sesión pública inaugural de 1904.

Los individuos de número de esta Academia no pueden concurrir al presente certamen, pero sí los correspondientes.

Sólo á los autores de las Memorias que hayan obtenido premio ó accésit dará permiso la Academia para publicarlas.

Barcelona, Enero de 1902.—El Académico Secretario perpetuo, *Luis Suñe y Molist*.—El Presidente, *Salvador Cardenal*.

LA PATRIA DE CERVANTES.—Resulta muy bonita y de gran interés la novela «Misterio», escrita por D.<sup>a</sup> Emilia Pardo Bazán para la revista *La Patria de Cervantes*, y que ha empezado á publicarse en el número 15, correspondiente al pasado mes de Marzo.

Además contiene los siguientes artículos: Cuentos de otros mundos, En los reinos de Saturno; La Reina de los Aljibes; Un millonario del Cabo, El cofrecito de los documentos; Figuras y Figurillas. Trece grabados.

Precios de suscripción: 9 pesetas año en Madrid y 10 en provincias; número suelto, una peseta. Bailly-Baillièrè é hijos, editores, Madrid, y en todas las librerías.

\*  
\*  
\*

Se han publicado en Inglaterra las nuevas disposiciones reorganizando el Cuerpo Médico-militar, que extractamos á continuación:

El *Director general* del servicio médico del ejército y los otros Oficiales de la plana mayor de este servicio, tendrán la categoría de *Cirujano general*. Los Oficiales del servicio de Sanidad estarán asimilados por su categoría á los Oficiales combatientes; el *Cirujano general* que desempeñe el destino de Director general del servicio médico del ejército, á la categoría de *Teniente General*; y los demás *Cirujanos generales*, á la de *Mayor general*.

Todo Oficial del servicio de Sanidad podrá ser promovido al grado de Capitán después de tres años y medio de servicio, y al grado de Mayor después de doce años de servicio, á condición de que esté declarado apto para el ascenso. El nombramiento de Teniente Coronel será por elección, después de veinte años de servicios. Los Oficiales de Sanidad que hayan sufrido con aprovechamiento el examen prescrito para el ascenso á Mayor, podrán obtener una reducción del tiempo de servicio para ser promovidos á este grado ó al de Teniente Coronel. El ascenso de Teniente Coronel á Coronel será por elección; los candidatos á este último grado se escogerán entre los Tenientes Coroneles designados para un aumento de sueldo, ó entre los recomendados, por el Secretario de Estado, de una manera especial, por servicios distinguidos de campaña. El ascenso de Coronel á *Cirujano general* será también por elección. Todo Coronel que se haya distinguido en campaña podrá ser promovido igualmente á *Cirujano general*. El nombramiento para el destino de *Director general* del servicio médico del ejército se hará para tres años; sin embargo, podrá prolongarse por otros dos años.

El sueldo anual, comprendiendo todas las indemnizaciones, sin más excepción que las de campaña y los gastos de viaje, se ha fijado, para los que prestan servicio en el Cuartel general, en 50.000 pesetas para el *Director general*, 37.500 pesetas para el *Sud-director general*, 21.250 pesetas para el *Adjunto al Director general*, y 18.750 pesetas para el *Sud-adjunto al Director general*.

Los Oficiales no empleados en el Cuartel general tendrán, *diariamente*, los siguientes sueldos: 75 pesetas el *Cirujano general*, 50 pesetas el Coronel, 37'50 pesetas el *Teniente Coronel*, 43'75 pesetas el *Teniente*

*Coronel* designado para aumento de sueldo después de ocho años de servicios en el extranjero, 29'35 pesetas el *Mayor*, 32'50 el *Mayor* después de tres años de antigüedad, 19'35 el *Capitán*, 21'25 el *Capitán* con siete años de antigüedad, 26'25 el *Capitán* con diez años de antigüedad, y 17'50 pesetas el *Teniente*.

Todo Oficial que cuente tres años de servicio podrá ser autorizado para pasar á la reserva durante siete años, y cobrará 625 pesetas por año. Estos Oficiales podrán volver al servicio activo. Si han pasado en la reserva más de un año y menos de tres, sólo se les contará una tercera parte de este tiempo para su antigüedad en materia de ascensos, indemnizaciones y retiro.

\*  
\*\*

Durante el mes de Abril último han ocurrido en esta Corte 1.189 defunciones, que arrojan un término medio diario de 39'63 y una proporción de 2'248 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1901 hubo 1.460 defunciones.

De la clasificación por edades, resultan: 215, de menos de un año; 244, de uno á cuatro años; 73, de cinco á diez y nueve; 176, de veinte á treinta y nueve; 220, de cuarenta á cincuenta y nueve; 259, de sesenta en adelante, y 2 sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: tuberculosis pulmonar, 145; bronquitis aguda, 104; pneumonía y bronco-pneumonía, 101; meningitis simple, 97; congestión y hemorragias cerebrales, 72; enfermedades orgánicas del corazón, 65; bronquitis crónica, 44; tumores cancerosos, 41; gripe, 38; varias tuberculosis, 37; coqueluche, 31; diarrea y enteritis (menos de dos años), 30; diarrea y enteritis (de más de dos años), 22; sarampión, 14; senectud, 14; fiebre tifoidea, 13; difteria y crup, 6; afecciones puerperales, 4; reblandecimiento cerebral, 3; escarlatina, 2; suicidio, 1; otras causas de defunción, 300.

\*  
\*\*

*PREMIO VELASCO fundado por el Doctor D. Florencio de Castro y Latorre, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.*—Habiendo fundado este ilustre Catedrático un premio de Doctor en esta Facultad para cada año académico, el Claustro de la misma ha acordado, y el Rector ha aprobado, el programa siguiente para la adjudicación del premio correspondiente al curso de 1901 á 1902.

Artículo 1.º Consistirá el premio en el abono de todos los derechos para obtener el título de Doctor y un diploma especial que se entregará en la apertura del curso de 1902 á 1903.

Art. 2.º Se adjudicará este premio por oposición, la cual constará de los ejercicios siguientes:

1.º Ejecutar con el debido aislamiento una preparación de Anatomía descriptiva, elegida por el opositor de tres sacadas á la suerte de entre 10 por cada actuante.

Para practicar este ejercicio se concederá á los opositores los medios

de que disponga la Facultad y el tiempo que sea necesario á juicio del Tribunal.

En sesión pública se hará la demostración y explicación de lo preparado. La explicación no excederá de media hora.

2.º Consistirá en contestar á ocho preguntas, correspondientes: dos á materias del primer año de Anatomía descriptiva, dos á las del segundo, dos á las de Histología normal y dos á las de Fisiología.

Estas preguntas se sacarán á la suerte entre cinco de cada grupo y por cada opositor.

El ejercicio no podrá exceder de una hora para contestar á todas las preguntas.

No se podrá verificar este ejercicio sin la aprobación previa del primero.

Art. 3.º Terminado cada acto, el Tribunal hará la votación, cuyo resultado se anunciará en seguida públicamente.

Art. 4.º Si se declarara desierta la oposición, los fondos para este premio, que están depositados por el Sr. Decano, el Claustro de la Facultad acordará lo que deba hacerse.

Art. 5.º Para tomar parte en estas oposiciones es necesario tener aprobados los ejercicios del grado de Doctor, haber aprobado las asignaturas del Doctorado en alguno de los cuatro cursos precedentes de 1898 á 99, de 1899 á 900, de 900 á 901 y del actual, y no haber obtenido dicho título de Doctor en virtud de premio del Estado, de las Diputaciones provinciales ó de los Ayuntamientos.

Art. 6.º Los aspirantes presentarán sus solicitudes en el Decanato de la Facultad de Medicina de Madrid desde esta fecha hasta las tres de la tarde del día 26 de Septiembre del corriente año.

Art. 7.º Los ejercicios se verificarán en esta Facultad en los días 27 á 30 de Septiembre de 1902, ante un Tribunal compuesto de tres Catedráticos numerarios.

Dichos ejercicios se anunciarán ocho días antes de comenzar.

Art. 8.º El Decano de esta Facultad entregará al agraciado el importe de los derechos de título de Doctor.

Madrid 1.º de Abril de 1902 —El Decano, *Julian Calleja*.

\*  
\*\*

De los informes autorizados que hemos podido recoger, resulta que han solicitado acogerse á los beneficios de la ley de retiros de 6 de Febrero último, cuatro Subinspectores médicos de primera clase, siete Subinspectores médicos de segunda clase, treinta Médicos mayores y tres Farmacéuticos mayores.

Como muchos de los que han solicitado su retiro lo han hecho en forma condicional, y aún no se conoce el criterio que definitivamente se seguirá para la aplicación de la ley en cada caso particular, no es posible conocer con exactitud, por ahora, el número de los que se retirarán en cada categoría. Lo probable es que dentro del presente mes queden resueltas todas las instancias.