

BOLETIN

DEL

COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA

Provincia de Gerona

AÑO XVIII

COLABORADORES

DR. J. ALBAREDA Y MIRALBELL ... E. ARDERIUS ... J. BOSCH Y CLOS
J. CODINA Y VIÑAS ... *Dr. L. Comenge* ... DR. J. DANÉS Y TORRAS ... F. DE A. DEU
Dr. J. Herrera Oria ... E. LLANSÓ ... V. PAGÉS
J. PASCUAL ... R. Pérez ... *Dr. V. Peset* ... P. ROCA Y PLANAS ... *L. Rodríguez*
F. Sierra ... V. TEXIDOR ... R. VIDAL ... *Dr. P. Zuloaga Mañueco*

1913

GERONA

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE DOLORES TORRES

Plaza de la Constitución. num. 2

1913



BOLETIN MENSUAL



UN AÑO MAS

Al inaugurar con este número el año XVIII de publicación de este BOLETÍN saludamos afectuosamente a nuestros colegas y a la prensa profesional que nos ha honrado estableciendo el cambio. No haremos nueva profesión de fé, puesto que hemos de seguir cumpliendo el deber voluntariamente contraído de defender los intereses profesionales sin egoismos, huyendo de todo personalismo y desdeñando los atagos de los nuevos redentores. Lo que si demandamos a los médicos recién salidos de las aulas, elementos nuevos que, sedientos de gloria y llenos de juveniles energías creen bastarse por si solos, recuerden, al sobrevenirles momentos de incertidumbre y desaliento que, los que *fueron jóvenes* pueden prestarles las enseñanzas de la experiencia y que la rehabilitación y prosperidad de la clase solo puede alcanzarse hermanándose los de ayer y los de hoy bajo la egida de *el Colegio*.

L. R.

CIRUGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR:

Estudio de los procedimientos directos

(Continuación)

Los procederes de Friederich y Forlanini, tratan de dejar en reposo funcional al pulmón enfermo, y constituyen lo que se ha dado en llamar colapsterapia; el procedimiento de Friederich lo consigue por medio de amplias resecciones costales, que van de la segunda a la octava o décima costillas, y desde la inserción vertebral hasta la external; el procedimiento de Forlanini lo consigue por medio de inyecciones intrapleurales de nitrógeno.

El proceder de Freund, es diametralmente opuesto a los anteriores: se funda en la observación de la reducción esquelética del vértice torácico en los individuos de vértices pulmonares tuberculosos, por lo cual atribuyendo a la inmovilización pulmonar consecuente el desarrollo del proceso bacilar, pretende encontrar la clave de la curación en la resección de la primera costilla creando en ella o en su cartílago una pseudartrosis, y por tanto facilitando la mayor ventilación del pulmón afecto.

Todos estos últimos procedimientos, las inyecciones, el de Friederich, el de Freund y el de Forlanini, constituyen la serie de los indirectos, que hemos expuesto a fin de que después podamos entablar comparaciones entre unos y otros. pero que no nos interesan tanto como la pneumectomía y la pneumotomía, únicos de que nos debemos ocupar detalladamente.

En el párrafo relativo a la parte histórica de esta cirugía, hemos visto los infructuosos resultados de la mayor parte de pneumectomías, y hasta en algunas. lo contraproducentes que han resultado. Efectivamente, el enfermo de Block murió rápidamente después de la extirpación de los dos vértices pulmonares, los dos operados de Ruggi han resultado dos muertes rápidas, una a las tres horas, la otra a los nueve días, el operado de Babcock murió a los catorce días, y el propio Tuffier ha visto terminado su mejor éxito, por una granulía, siete años despues de la operacion.

Hay que hacer constar, sin embargo, que los peores resultados se han obtenido de los peores enfermos: al de Block le fueron amputados los dos vértices pulmonares en una sesión sola; el primer operado de Ruggi, era tuberculoso hacía tres años, y además de una voluminosa caverna en el vértice pulmonar derecho, tenía una sinovitis fungosa en una rodilla y una tuberculosis intestinal y fuè operado en dos horas y cuarto, lo cual explica suficientemente el funesto resultado; el otro operado, era un tuberculoso del vértice derecho, con adherencias que hicieron casi imposible la operación, y con hemoptisis graves; el de Babcock, sucumbió de edema pulmonar, y además le habían sido extirpados 770 gramos de lóbulo pulmonar inferior, completamente caseificados.

No extrañan pues los malos resultados de estas intervenciones, en enfermos cuya afección disminuye su resistencia y en periodos adelantados y complicados, en que todo son obstáculos y dificultades, y el intervenir resulta una temeridad. Tuffier las condena, diciendo que deben ser absolutamente desechadas en estos casos de tuberculosis avanzadas, en que «la extención y la difusión probable de las lesiones, el mal estado general, justifican esta proscripción».

Las estadísticas parecen comprobar que son mucho mas alentadoras las pneumectomias practicadas en las tuberculosis pulmonares unilaterales y en su primer periodo. Y así vemos que el caso de Tuffier representa un éxito innegable: tratábase de un enfermo de 22 años, operado en 35 minutos; al cabo de un mes, Tuffier, pudo presentarle completamente curado; murió siete años después por una granulía. La enferma de Lowson, pertenece también a esta categoría; tenía 34 años, era tuberculosa desde 13 meses; curó sin incidente de la operación, aunque mas tarde se le abrió de nuevo la cicatriz a fin de dar paso a un hemopiotórax que se había constituido. También la de Stretton, mujer de 28 años, con tuberculosis poco avanzada del vértice pulmonar derecho, y que después de operada presentó un hemotórax. varias hemoptisis y una pleuresia supurada, no obstante lo cual permanecía completamente curada seis años después.

Naturalmente que estos casos se han discutido, y se ha dicho del de Lowson que carecía de interés por no haber podido seguir la observación, y hasta el de Stretton se ha puesto en tela de juicio, tan solo por no haber procedido al exámen histológico de la parte extraída.

En mi concepto son estos tres casos muy interesantes, porque prueban, que sin grandes peligros de momento, puédese extirpar parcialmente un pulmón, en enfermos cuyas resistencias no estén agotadas. A esta

conclusión habían ya llegado, experimentalmente, en los animales, Schmidt Gluck y Biondi: Schmidt ensayó las extirpaciones parciales y sucesivas; Gluck, en 1881, practicó, experimentalmente la ligadura de un pedículo pulmonar, y luego la ablación total de un pulmón; y Biondi, especificando más, inyectaba a un animal bacilos tuberculosos, originando un foco de tuberculosis local pulmonar, que extirpaba después, logrando salvar así a algunos animales, sin propagación tuberculosa de ninguna clase, aunque la hemorragia, las lesiones del corazón y la infección de la herida, pudo señalarlas muy pronto como complicaciones de mucha gravedad.

En estas condiciones, sin embargo, la pneumectomia no representa mas que un camino; un camino poco explorado para sentar conclusiones definitivas, como lamenta Tuffier al final de su opúsculo sobre esta cuestión, y que tal vez el día de mañana sea tanteado con mejores éxitos, cuando ciertos perfeccionamientos le hagan más fácil y accesible.

¿Que perfeccionamientos deben ser éstos?

Por de pronto, salta a la vista que deben estar relacionados con la técnica de la operación y con el diagnóstico de la enfermedad.

La técnica de la pneumectomia cuenta en primer lugar con defectos cuyo subsanamiento tal vez no sea tan difícil como en la que haga referencia a la pneumotomia, según veremos mas adelante. En aquellos casos en que la extirpación del vértice pulmonar tenga que ser muy reducida, podrá respetarse por completo la pleura, y ligar la parietal inclusive en el pedículo que sujete el muñón de amputación. Pero la abertura del espacio pleural será indispensable otras veces, si bien podría hacerse con relativas ventajas de asepsia, y por lo demás el pneumotórax subsiguiente no ha de constituir un serio accidente, puesto que así como sólo ha llegado a constituir uno de tantos procedimientos quirúrgicos de tratamiento de la tuberculosis pulmonar, representará más bien (con tal de que se opere en atmósferas asépticas) un elemento que a medida de sus posibilidades cooperará a la acción del cirujano, ejerciendo sus beneficios sobre la parte de pulmón no extirpada, que bien puede hallarse afectada de alguna que otra lesión tuberculosa de vecindad; pero esto, que será verdad suponiendo teóricamente justa la terapéutica propuesta por Forlanini, deja de serlo si suponemos, más puestos en razón los fundamentos del procedimiento de Freund, que ya sabemos atribuyen gran parte de culpabilidad, en la etiología de la tuberculosis pulmonar, al reposo, incapacidad funcional y consiguiente defecto de ventilación de los vértices pulmonares; y hé aquí un dilema, sobre el que la práctica no ha podido

pronunciar aun su última palabra, y queda por tanto en pié. Pero tampoco es sólo la abertura de la pleura lo que hace peligrosa la operación; la enferma de Lawson, consecutivamente a la pneumectomia tuvo un hemopiotórax, y la de Stretton, hemotórax, piotórax y hemoptisis; aunque Gluck lograra, experimentalmente, practicar la ligadura de un pedículo pulmonar, y extirpar totalmente el pulmón muy luego, Biondi señaló ya la infección de la herida y las hemorragias, como uno de tantos accidentes peligrosos con que tenían que luchar estas experiencias. Las hemorragias y el piotórax son accidentes difíciles de vencer: el tejido pulmonar se halla cruzado por todas partes de grandes y pequeños vasos, cuya ligadura en masa es difícil y en detalle sería casi imposible; por lo demás estas operaciones laboriosas y entretenidas, se prestan extraordinariamente a las consecutivas supuraciones, de las que tal vez se escapó el caso de Tuffier, más que por otra cosa, por la rapidez con que fué llevada la intervención, y por la relativa facilidad con que pudo ponerse en práctica su técnica.

Efectivamente, la técnica que empleó Tuffier, fué como sigue: incisión horizontal en el segundo espacio intercostal a 2 centímetros por fuera del esternón, levantamiento de la pleura parietal, ligadura en cadena a 2 centímetros por debajo del vértice pulmonar, escisión del mismo, fijación del pedículo restante en la cara interna de la segunda costilla, y reconstitución de los planos incindidos.

Esta técnica, que en teoría resulta mucho mas sencilla que en el terreno práctico, no es sin embargo la de ninguna aparatosa intervención rodeada de escollos y peligros. La gastro-enterostomia, en la que el hábito ha hecho perder un algo del debido respeto, es más difícil y más penosa. Estas razones me han llevado a creer, que mas que en la técnica de la pneumectomía, la dificultad principal reside en la esencia misma de la enfermedad, que pocas veces estará tan localizada y sin ninguna clase de difusión, para dar un crecido tanto por ciento de probabilidades de curabilidad. Y en este caso, quien debe subsanar el defecto a medida de sus perfecciones, ha de ser el diagnóstico. único capaz de señalar los enfermos que pueden ser tributarios de esta operación, y único que con esta selección, caso de contar con los medios suficientes, podría hacer de esta operación el soñado triunfo.

«El diagnóstico exacto — dicen Pförringer y Bunz — y tan precóz como sea posible de la tuberculosis pulmonar, constituye una condición necesaria para el tratamiento racional de ella».

Desgraciadamente, este diagnóstico no puede llevarse aun, mas que

muy remotamente, cerca de esta exactitud detallista.

Por de pronto ya hemos visto cómo para con los enfermos del período cavitario la pneumectomía debía condenarse en absoluto, y en el período inicial los pocos casos que se llevan tratados por este procedimiento han sido una remota esperanza de futuros éxitos. La pneumectomía pues, puede tan solo tantearse de nuevo en tuberculosis incipientes, unilaterales y muy localizadas y el diagnóstico tendría que precisar con mucha exactitud todas estas condiciones.

Precisar el comienzo de esta tuberculosis es ya una dificultad en el terreno de la práctica: conocemos el tipo del predispuesto, y habiendo en cuenta los caracteres hereditarios y los habituales de la incipiente de esta enfermedad, más o menos podremos sospechar y hasta casi asegurar en algunos casos la existencia de la tuberculosis de los pulmones; pero no siempre; la mayoría de veces dudaremos y no llegaremos a una decisión. El examen de esputos en busca del bacilo, de poco podrá servirnos, porque pocas veces se dará el caso de que sea ya dicho examen positivo. Lo mismo diremos de las fibras elásticas, y tanto más de otros exámenes cuyos datos no son constantes ni mucho menos. Tal vez será mejor camino el de usar las tuberculinas reactivas, si bien sabemos lo prudentes que conviene ser con ellas, y lo discutidos que son aun sus efectos secundarios.

Pero aun supuesto que así podemos sorprender la incipiente de la tuberculosis pulmonar, falta la seguridad de la unilateralidad de las lesiones, condición indispensable, puesto que el único caso de pneumectomía doble ha sido una conclusión definitiva. Normalmente señalaremos el vértice pulmonar más sospechoso como a único, y en medicina poco nos interesará conocer el estado del otro vértice, cuando lo mejor de la terapéutica no variará con los casos; pero en cirugía de la tuberculosis pulmonar, como para algunas terapéuticas de corriente uso del internista no podremos pasar por encima de este detalle, y la exploración más minuciosa, deberá pretender localizar con exactitud en un solo vértice, o en ambos, las lesiones tuberculosas.

Y aun esto, en algunos casos podrá resultar más o menos fácil, pero la peor dificultad estará siempre en precisar la localización, señalar sus límites y poder contar con la seguridad matemática de que no son traspasados ni siquiera por otras lesiones latentes. Las cavernas, pueden localizarse a veces relativamente bien; pero no nos interesan: en el período incipiente, en el primario, cuando no hay cavernas, todo serán dificultades cuando se trate de señalar con exactitud el perímetro que en-

vuelva la parte tuberculizada del pulmón. Lo que mejor necesita la cirugía de la tuberculosis pulmonar es la precisión de las lesiones, su localización exacta y la seguridad absoluta de su circunscripción; supuesta esta potencia detallista, tan excesiva como hipotética, del práctico internista, la selección de los casos, la seguridad de acción y las perfecciones de la técnica, harían seguramente más prácticas estas temeridades de hoy.

Sendos folletos se han escrito sobre la manera de hacer un diagnóstico bueno y precoz de la tuberculosis pulmonar; entre otros recuerdo el de un compatriota mío. Bassols y Prim, y otros muchos artículos publicados en periódicos y revistas, y presentados a los recientes Congresos: con ello se ha podido llegar fácilmente al rápido descubrimiento del comienzo de la tuberculosis pulmonar, y hasta se han señalado con el dedo a los predispuestos, cuyo tipo de joven, rubio, moreno, etc., es ya conocido de todos los prácticos; pero ha sido lo mejor de esto inútil a los cirujanos, quienes, más que otra cosa, necesitan precisión diagnóstica, localización matemática, ya que solo así formularán juicios exactos sobre el activo y el pasivo de sus indicaciones intervencionistas, y solo así, ante un vértice pulmonar tuberculoso, escogido, podrá tantearse de nuevo la práctica de la pneumectomía.

Los perfeccionamientos de la técnica semeiológica, se han probado todos. Tal vez uno de los mejores auxiliares esté representado por los Rayos Röntgen, en los que tiene puesta su confianza Tuffier, el más optimista de cuantos han tratado esta materia. Me consta, sin embargo, lo que le costó a un amigo röntgenólogo, el Dr. Gassiot, encontrar entre sus clientes unos pulmones sanos, sin adenitis peribronquiales, sin manchas oscuras, cuya röntgenografía le sirviera de tipo de comparación en sus trabajos sobre la aplicación de los Rayos X en el estudio de las enfermedades de la caja torácica.

Max Volff, en 1909, afirmaba no obstante, ante la Sociedad de Medicina de Berlín, que en esta materia, los Rayos X rivalizaban con los métodos clínicos y las tuberculinas reactivas: «descubren disminución de movimientos respiratorios en un vértice, o una falta de transparencia pulmonar en los movimientos inspiratorios, cuando aun a veces la percusión y la auscultación dan resultados negativos o dudosos»; pero en estos casos, se suelen dejar con un interrogante las conclusiones diagnósticas, y por de pronto, de más a más, podemos objetar, con Levy-Dorn, que no todas las manchas pulmonares son tuberculosas, y, con Hansemann, que las manchas tuberculosas pueden ser difíciles de distinguir de las de una antrocosis por ejemplo; y aun más, porque, no siempre la disminución de

las excursiones respiratorias es un síntoma de tuberculosis, porque puede serlo de algunas otras enfermedades.

Con todo, hay que reconocer el favor diagnóstico de los Rayos X en lo relativo a la tuberculosis pulmonar, como comprueban una porción de trabajos recientemente publicados, algunos verdaderamente notables, como uno que recuerdo de los Dres. Xalabarder, Comas y Prió de Barcelona.

Naturalmente que tales servicios representan aun muy poco: con los Rayos X llegamos al diagnóstico precóz de la existencia de la enfermedad, llegamos a comprobar algunas localizaciones, pero todo junto de poco sirve; todo lo más, esa adenitis que comprobamos puede salvaguardarnos de emprender temeridades injustificadas, por constituir la prueba evidente de la difusión del proceso tuberculoso. Sería preciso que los Rayos Röntgen, vieran una señal donde se inicia la tuberculosis, donde hayan los primeros bacilos, donde se esté fraguando la futura caverna, y este problema no puede ser resuelto aun, desgraciadamente.

Quizás para mejores tiempos esté reservada esta nueva perfección diagnóstica. A título de atrevida profecía, podemos señalar que, quizás la inhalación de una substancia quimiotáxica positiva para con las toxinas tuberculosas, y opaca a los Rayos X, sea la que tenga reservado este nuevo progreso de la ciencia röntgenológica.

Y pasemos a estudiar la pneumotomía.

Tan infortunada en sus principios como la pneumectomía, casi podemos decir que ha contado el número de fracasos por el de operados. Es muy gráfica, por de pronto, la estadística que en 1897 presentó Tuffier al Congreso de Moscou, a la que mas tarde ha podido añadir algunos casos mas, formando un total de 45 operados, de los que 17 han fallecido antes de terminar los tres primeros meses consecutivos a la intervención. Aparte de esto, los enfermos de Truc y Mayo, han muerto, respectivamente, seis meses y medio, y cinco después de la operación; los de Quincke y Kurz fallecieron a los dos y tres años con tuberculosis generalizada, y los demas, salvo alguna que otra excepción, casi todos, o han dado resultados francamente negativos, o han sido observaciones incompletas y faltadas de detalles. Hasta el mismo Tuffier reconoce como a único éxito notable el caso de Sonnenburg.

Pero esa transigencia con la realidad de los hechos no merece la irónica réplica de quien, acercando el áscua a su sardina, después de consignar curaciones más o menos problemáticas por un determinado medicamento, hablando de la cirugía de la tuberculosis pulmonar en general,



Reclutamiento y Reemplazo del Ejército

Lo Sres. médicos que teugan que intervenir en los actos de reconocimiento de los mozos del reemplazo han de tener muy presente que, la Ley de 25 Diciembre de 1912 dispone, se prescindida del factor peso para la declaración de exclusiones y por lo tanto quedan borrados del cuadro de exenciones

El n.º 14. Orden 1.º, clase 2.ª.

El párrafo 2.º del n.º 196. Orden 1.º, clase 4.ª

Y las casillas 4.ª y 7.ª de la tabla aneja al n.º 197 del propio orden y clase del anterior.

Gerona, enero 1913

consigna casi exclusivamente toda su página negra, adornada y presentada a la manera de una paradoja, como ha hecho recientemente una revista francesa. Imparcialmente considerada esta casuística, poco le extraña al que sabe tener en cuenta qué clase de enfermos son los operados; efectivamente, las pneumotomías se practican en el período cavitario de la tuberculosis pulmonar, cuando el enfermo agotado de resistencia y de fuerzas, tiene un tanto por ciento crecido de probabilidades de fracasar en la azarosa jornada de su última lucha contra su dominadora enfermedad.

Pero es que tampoco han sido todo fracasos: los operados de Landerer y Bessel-Hagen «vivían aun al cabo de dos años de la intervención y parecía que habían reportado algún beneficio de ella»; el enfermo de Quinke no murió hasta dos años después de haber sido operado, y el de Kruz hasta los tres; y finalmente, el operado de Sonnenburg, seguía aun perfectamente curado cinco años después de la intervención. Naturalmente que estas no son observaciones demostrativas, y que tan solo ponen de relieve y en evidencia cuán verdadero es lo que escribían Lenormant y Lew, en un trabajo publicado hace poco y refiriéndose a la cirugía de la tuberculosis pulmonar, en general: «si las lesiones son avanzadas (cavernas), la operación es imposible, o por lo menos, muy difícil y peligrosa». Y esa es la pura verdad, porque en el período cavernario, siempre será hasta una recriminable temeridad, tantear lo que difícilmente pueden dar de sí estos enfermos.

Pero es verdaderamente rara y extraordinaria esta falta de paralelismo entre los resultados prácticos de la pneumotomía y sus indicaciones teóricas, puesto que es bien evidente, por otra parte, que poner una lesión tuberculosa caseificada en comunicación directa en el exterior, es y será siempre teóricamente lógico y razonable. Indudablemente la mejor parte de la culpabilidad, se la llevarán la poca resistencia de los enfermos, azotados por la continua absorción de productos tóxicos y nocivos, y las dificultades de una técnica operatoria, para la cual todo son escollos y peligros.

Conocemos hasta qué punto puede llegar la resistencia de los tuberculosos. Richelot, en un enfermo sucesivamente afecto de múltiples lesiones tuberculosas, ha practicado también sucesivamente, un buen número de intervenciones quirúrgicas, que acabaron con la curación. Casos parecidos, los hay a centenares; todos conocemos algunos enfermos operados dos, tres o más veces, por lesiones tuberculosas, óseas recidivadas. Pero estos casos no nos dicen nada, porque son en general casos de tuberculo-

sis muy localizadas, facilmente abiertas al exterior, y por demás, localizadas generalmente en las extremidades. Esos enfermos dificilmente acuden al cirujano con el triste aspecto de un tuberculoso de los pulmones, de período cavitario, tísico, de miserable peso y lastimoso aspecto, cuya piel arrugada sobre el esqueleto es la patente muestra de los padecimientos cuya amargura está agotando las miserables resistencias que le quedan, y que se van contentas por el hastío de la vida; no, no son estos mismos enfermos, porque en estas condiciones la intervención se rehusa. Mientras que en la cirugía de la tuberculosis pulmonar, a ellos se puede acudir únicamente, desesperados de la vida, que se agarran a la más remota probabilidad de un éxito lisonjero. Bien sabemos que hay tuberculosis pulmonares tórpidas y eréctiles, pero cuando un tuberculoso de los pulmones ha acudido al cirujano, casi siempre ha sido en aquellas mismas condiciones, desconfiando de todo y después de haberlo probado todo en vano.

De más a más, tampoco es tan sencilla la técnica como parece al primer golpe de vista. Poirier y Jonnesco, en el Segundo Congreso de la Tuberculosis, en Paris, el año 1891, a sus dificultades atribuyen el desfavor de la abertura quirúrgica de las cavernas pulmonares.

La técnica que señala Tuffier, parece sencilla: una incisión más o menos larga del espacio intercostal que corresponde al límite inferior de la caverna conduce, con o sin resección costal, sobre un tejido indurado y frágil; taponamiento y drenaje, y algunas veces raspado de la pared tuberculógena, o cauterización al hierro candente, o con algunas sustancias químicas (ácido fénico, sublimado, iodoformo, etc.). La que proponía Bouillg, en 1886, era por el estilo: incisión, división de los músculos pectorales, resección costal, incisión lenta del pulmón por medio del termocauterio, y antisepsia y drenaje sin lavados.

DR. JOAQUIN DANÈS Y TORRAS

(Continuará)

REFORMA DE LA LEY DE RECLUTAMIENTO

Don ALFONSO XIII, por la gracia de Dios y la Constitución REY de España:

A todos los que la presente vieren y entendieren, sábéd: que las Cortes han decretado y Nós sancionado lo siguiente:

Artículo 1.º El apartado 2.º del artículo 84 de la vigente ley de Recluta-

miento y reemplazo del Ejército quedará redactado como sigue:

«2.º Los que no alcancen la cifra absoluta mínima de talla o de capacidad torácica fijadas en la clase 2.ª de dicho cuadro.»

Art. 2.º El apartado 4.º del artículo 86 de la citada Ley quedará sustituido por el siguiente:

«4 Los comprendidos en las cifras absolutas de talla o en las de capacidad torácica en unos casos y en las relativas de capacidad torácica en otros, dentro de los límites exactos que en la clase 4.ª de dicho cuadro se fijan, o en los de apreciación pericial que en el Reglamento determinen.»

Art. 3.º Las anteriores modificaciones se tendrán en cuenta en las revisiones sucesivas de los mozos del actual reemplazo excluidos temporalmente del contingente y en el reconocimiento de los declarados útiles antes de su destino a Cuerpo.

Por tanto:

Mandamos a todos los Tribunales, Justicias, Jefes, Gobernadores y demás Autoridades, así civiles como militares y eclesiásticas, de cualquier clase y dignidad, que guarden y hagan guardar, cumplir y ejecutar la presente ley en todas sus partes.

Dado en Palacio a veinticinco de Diciembre de mil novecientos doce.—
YO EL REY.—El Ministro de la Guerra.—*Agustín Luque.*

Al ser presentada a las Cortes la Ley que antecede iba precedida del siguiente preámbulo:

La ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejército de 27 de Febrero último dispone en el apartado 2.º de su artículo 84, que los mozos que no alcancen la cifra absoluta mínima de talla, peso y capacidad torácica fijadas en la clase segunda del cuadro de inutilidades, anexo a la misma, serán excluidos totalmente del servicio militar, y en el apartado 4.º de su artículo 86, que los comprendidos en la cifra absoluta o relativa, según los casos, de peso, talla y capacidad torácica fijadas en la clase 4.ª de dicho cuadro, dentro de los límites exactos o de apreciación pericial que en la misma se expresan, serán excluidos temporalmente del contingente, quedando obligados a revisión durante tres años consecutivos.

Según el referido cuadro, son inutilidades físicas que determinen exclusión total del servicio, no alcanzar la talla de 1,50 metros, el peso de 48 kilogramos y un desarrollo torácico de 0,75 (clase 2.ª orden 1.º, números 13, 14 y 15), y se consideran inutilidades físicas que determinan únicamente exclusión temporal del contingente, no alcanzar la talla de 1,54, 50 kilogramos de peso y 0,78 de perímetro torácico o presentar un dudoso potencial biológico resultante de la comparación de dichos tres factores en las condiciones que determina la tabla de proporciones inserta (números 196 y 197, clase 4.ª, orden 1.º).

La aplicación en las operaciones del actual reemplazo del cuadro de inutilidades vigente a determinado la exclusión del servicio de 51.800 mozos, cantidad que representa un 27 por 100 del número de los alistados, siendo de observar la desproporción notable que aparece, en relación con los tres últimos reemplazos, en los que los excluidos por el mismo concepto representan menos de un 13 por 100 del total de los respectivos alistamiento.

Este sensible resultado obedece exclusivamente al gran número de mozos que han sido calificados inútiles por falta de peso, habiéndose podido observar a pesar de ser éste el primer reemplazo en el que sea aprecia esta causa de inutilidad y del poco tiempo que ha mediado entre la publicación de la ley y las operaciones de la clasificación, que han sido muchos los mozos que para alcanzar los beneficios de esta exclusión han procurado reducir su peso, presentándose por lo tanto como necesidad inmediata evitar a toda costa el peligro que para la salud, desarrollo y energía de la Nación significaría dejar vigentes preceptos que, si bien a otros fines establecidos, pueden dar pretexto a un seguro aniquilamiento de la raza.

Este peligro no puede, a juicio del Ministro que suscribe, evitarse de otro modo que haciendo desaparecer el factor peso de las operaciones de reclutamiento, como norma precisa para apreciar la aptitud física del futuro recluta, entendiéndose que con las demás condiciones determinadas en el cuadro de inutilidades, y especialmente con las de talla y desarrollo torácico, queda cumplido el fin que se persigue al establecer estas causas de exclusión total o temporal del servicio militar.

La urgencia de este propósito no permite esperar el plazo de dos años que para modificar el cuadro de inutilidades concede al Gobierno de S. M. la vigente ley en su artículo 336, y por otra parte, la mayor eficacia del remedio obliga a proponer que las condiciones de peso tampoco sean apreciadas en las revisiones sucesivas de los mozos del actual reemplazo declarados temporalmente excluidos del contingente, y en el reconocimiento que, según preceptúa el artículo 235 de la citada ley, han de sufrir los declarados útiles antes de su destino a Cuerpo.

Madrid, 21 de Noviembre de 1912.—El Ministro de la Guerra.—*Agustín Luque.*

Claramente se desprende de la Ley y preámbulo que el factor peso queda absolutamente descartado de las causas que determinan exclusión total o temporal para el servicio del ejército y por lo tanto deben borrarse del cuadro el n.º 14 orden 1.º clase 2.ª, el párrafo 2.º del n.º 196 orden 1.º clase 4.ª y las casillas 4.ª y 7.ª de la tabla aneja al n.º 197.

Si fuéramos jactanciosos podríamos atribuir a los médicos del Colegio de Gerona una acción directa en la saludable reforma que esta-

blece la anterior Ley ya que el criterio sustentado por la casi totalidad de los que reconocieron en los pueblos a los mozos del reemplazo de 1912 fué la de prescindir del peso cuando concordaban la talla y el perímetro en los de dudoso potencial biológico, al extremo de que al finalizar los actos de reconocimiento por ante la Comisión mixta hubo de verse que esta provincia daba un contingente de soldados muy superior al de otras provincias y por ello los médicos de la Comisión mixta presentaron a la misma en la sesión de 31 de agosto la siguiente proposición:

Los Vocales médicos que suscriben, enterados por lo que en periódicos y revistas viene diciéndose referente a la disminución que del contingente útil de los mozos del actual reemplazo ha ocasionado la aplicación del número 197 del Cuadro de excepciones; si bien en esta provincia las exclusiones por tal concepto no han alcanzado el número extraordinario que en otras regiones lo que podría ser debido al criterio sustentado por los que suscriben, quienes estiman que; la insuficiencia de desarrollo general orgánico viene taxativamente expresada en cuanto a la total exclusión en los números 13, 14 y 15 y la exclusión temporal en el número 196; y que es *dudoso el potencial* biológico y por ende causa de exclusión temporal solo, cuando, todos los tres factores talla, peso y perímetro no alcanzan las cifras indicadas en la tabla aneja al número 197 del Cuadro de inutilidades, cesando la duda cuando el perímetro torácico es superior al marcado en el número 196 como causa temporal de exclusión, pues el peso en mas o en menos kilogramos es dato que depende de actos voluntarios suficientes a disminuirlo por durante un período determinado y la capacidad torácica que revela un perímetro proporcionado a la talla es una garantía de que, el mozo tiene condiciones para el servicio.

Si el criterio expuesto no es el que debían seguir, rogamos a esta Comisión se sirva elevar al Excmo. Sr. Ministro una consulta para evitar el que nuestra leal interpretación del Cuadro de excenciones perjudique el cupo total de disponibles para el reemplazo de 1912.

Gerona 31 Agosto de 1912

Proposición que fué aceptada por la Comisión y dió pie a que el Presidente de la Diputación provincial recurriese al Sr. Ministro solicitando una disposición que permitiera aplicar a esta provincia el criterio general adoptado en las restantes provincias, en lo referente a la proporcionalidad o potencialidad biológica que señala la tabla del número 197 del cuadro de exenciones y el señor Ministro dictó la

REAL ORDEN CIRCULAR.—Excmo. Sr. Vista la instancia promovida por el Presidente de la Comisión mixta de Reclutamiento de Gerona, haciendo pre-

sente que ha interpretado el número 197 del cuadro de inutilidades físicas enexo a la vigente ley de Reclutamiento, en el sentido de que es dudoso el potencial biológico, y por consiguiente causa de exclusión temporal del servicio, cuando todos los tres factores, talla, peso y perímetro torácico, no alcanzan las cifras indicadas en la tabla unida al citado número, lo cual motiva haya declarado soldados a mozos que no alcanzan el peso que en relación con la talla figura en la casilla 4.^a de la indicada tabla, y con el fin de que no exista desigualdad de criterio entre las distintas Comisiones mixtas y todas contribuyan en idéntica proporción al cupo de filas señalado por Real decreto de primero del actual, el Rey (que Dios guarde), de acuerdo con lo informado por el Ministerio de la Gobernación, se ha servido resolver:

1.º Que la interpretación que debe darse a la tabla que acompaña al número 197 del cuadro de inutilidades enexo a la vigente ley de Reclutamiento, como consecuencia de lo dispuesto por el párrafo 4.º del art. 86 de la misma, es, que deben ser excluidos temporalmente del contingente todos los mozos que no alcancen el peso o el perímetro torácico que en relación con la talla fijan las casillas 4.^a y 6.^a de la indicada tabla, bien entendido que estos factores deben ser apreciados aisladamente.

2.º Que todas las Comisiones mixtas que hayan dado diferente interpretación a la anteriormente expuesta, al indicado núm. 197 del cuadro de inutilidades, quedan autorizadas para revisar durante el mes actual, los fallos de los expedientes que estén equivocados, y puedan ser clasificados como excluidos temporalmente del contingente, los mozos que indebidamente han sido declarados soldados.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. — Madrid, 12 de Octubre de 1912. — *Luque.*

En virtud de lo en ella mandado se revisaron los expedientes y fueron declarados temporalmente excluidos **561 mozos**, de ellos 480 dados por útiles en los pueblos y 81 por los médicos vacales de la Comisión mixta sin que ningún mozo protestara del primitivo fallo de utilidad.

La anterior Real orden fué dictada de momento, para enmendar un yerro, el de que nuestra provincia aportara un número mayor de reclutas que las demás, pero no para desvirtuar lo hecho por los médicos de esta provincia puesto que lo por ellos practicado, ha sido reconocido como útil y necesario en la Ley que reforma el cuadro de exenciones que es la antítesis de lo dispuesto en la Real orden transcrita.

Para terminar citaremos un hecho que revela cuan acertada está la Ley que suprime el factor peso. Un mozo del cupo de Olot que te-

niendo talla y perímetro superiores a los que señala el art.º 196 acusaba un peso de 49 kilóg. 500 gramos al ser reconocido en el pueblo, por durante el lapso de tiempo que medió entre el fallo del Ayuntamiento y el día de la revisión ante la comisión mixta de Gerona (un mes), se purgó repetidas veces y limitó su alimentación, bajando su peso a 47 kilos 600 gramos por lo cual fué declarado totalmente excluído, hoy pesa 53 kilóg. y se halla libre del servicio militar.

De persistir el sistema de las pesadas, el reemplazo del contingente militar dependería de la buena voluntad de un fondista que diera comidas de balde o de un farmacéutico que facilitara purgantes a bajo precio.

P.

CARLOS PUIG Y VILABURGÉS

Médico de Campdevanol

En doce del corriente después de sufrir las angustias de una prolongada enfermedad pasó a mejor vida el compañero Puig quien desde 1896 ejercía en Campdevanol, agobiado de trabajo pues a más de asistir la numerosa población fabril que en Campdevanol reside, prestaba sus servicios en los de los caserios de la áspera sierra de Montgrony y vecindario de Gombreny.

Cumplidor en extremo de los deberes del médico había alcanzado la estimación de sus convecinos.

Todos recordareis la ingenua Nota que publicó en las páginas de este BOLETÍN (Diciembre de 1911), esplicando la epidemia de Colera que hubo en Campdevánol en verano de aquel año.

Puig, había nacido en Prats de Llausanes y se había graduado en la Universidad de Barcelona en abril de 1894.

Reciba su apreciable familia la expresión de nuestro pésame.

JOSÉ MARTINEZ DE HUETE Y TORRAS

Nació en la villa de Pals el día 6 de noviembre de 1831. Hijo del farmacéutico de esta villa D. Manuel se trasladó a Barcelona en 1848, matriculándose en la Facultad de Filosofía, obteniendo el grado de

Bachiller en esta facultad en 1854, matriculándose enseguida en la de Farmacia cuyo grado obtuvo en 1860, fecha en que se estableció en Sitjes ejerciendo en esta villa hasta 1867 en que decidiendo cursar la carrera de Medicina se estableció en Barcelona, en cuya facultad obtuvo el grado de Licenciado en 1871. En 1873 pasó a Llagostera ejerciendo la Medicina hasta 1884 que le substituyó su hijo, y dedicando a la Farmacia los últimos años de su vida.

En Barcelona fué socio y vice-presidente del Instituto Médico del que fué nombrado profesor de Química orgánica, y en 1867 le fué otorgado el título de socio corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirujía de aquella ciudad.

En 18 del actual falleció en Llagostera a la avanzada edad de 81 años.

Si bien no ejercía la profesión, llevado de su amor a la clase, ingresó en el Colegio en 1898 y ello explica el porque de esta nota necrológica, destinada a recordar los méritos del que fué nuestro colega y al propio tiempo testimoniar la parte que tomamos en el duelo que aflige a su hijo Manuel, nuestro ilustrado compañero que ejerce en Llagostera.

P.

BIBLIOGRAFÍA

Basols y Prim

Agustín

614.542

Higiene de la Tuberculosis. — 294 pag. 12 × 7'5 con 21 figuras. — Barcelona 1912. — Librería Católica, Casa editorial Miguel Casals Ganbus.

Clotet

Buenaventura

612.8

Trevalls publicats en els "Anals de l' Acadèmia y Laboratori de Ciències mèdiques de Catalunya,, referents a particularitats del sistema nerviós de certes aus y manífers. — Folleto de 48 pág. 18 × 10. — Barcelona s. a. (1912). — Imprenta Vda. Badía.