

REVISTA DE ESTUDIANTES.

PERIODICO CIENTIFICO SEMANAL.

DIRECTOR.—Francisco de Francisco y Diaz.

SUMARIO.

Sífilis terciaria: Ectima profundo.—Accidentes terciarios de la sífilis.—Sífilides ulcerosas.—Keratitis superficial flictenular primitiva, (continuación).—Osteoperiostitis.—Catarata blanda, por el Dr. M. Bango.—Disección, apuntes del Sr. D. Enrique Nuñez, (continuación).—Ilustración nacional.—Programa de Historia general del Derecho Español.

SIFILIS TERCIARIA.

ECTIMA PROFUNDO.

El enfermo que ocupa la cama número 17, D. E. M. G., natural de Orense, de 37 años, de oficio cochero, ingresó en el hospital el día 30 de Septiembre de 1887. Es de buena constitución, temperamento sanguíneo.

Preguntado acerca de la causa que motivó su enfermedad en este hospital, nos enseña unas pequeñas ulceraciones, circulares unas, otras elípticas, en forma de media luna ó de herradura otras cuyo tamaño es variable, llegando algunas á tener el de una lenteja ó más. Estas pequeñas ulceraciones presentan como carácter: no ser dolorosas á la presión y estar rodeadas de una vena rojiza inflamatoria, siendo algo profundas y de bordes netamente limitados, son semejantes á los hechos por un sacabocados. Contienen un pus blanco amarillento y algunos vestigios en su fondo de pequeños mamelones. En otras de estas ulceraciones vemos verdaderas costras que recubren la ulceración y lo hacen un poco prominente como se observa en una situada en el antebrazo derecho hacia su tercio medio y parte externa. Otras de estas ulceraciones aunque en menor número están completamente secas y desprovistas de costras. Estas ulceraciones se hallan diseminadas por todo el cuerpo permaneciendo unas aisladas y distantes y otras agrupadas en

número de 8 á 10, como se las observa en la región supraespinosa del lado izquierdo, donde parecen afectar una forma especial, teniendo una ulceración central y mayor en forma semicircular ó de herradura y otras más pequeñas que la rodean y distantes solo de la central unos pocos centímetros; también en la región humbar vemos esas agrupaciones de cuatro á seis ulceraciones, si bien no afectan una forma casi pugular como la que hemos descrito anteriormente.

Además presenta al exámen cicatrices diversas de colmaria, tamaño y formas variada, que ocupan algunas partes de su cuerpo, tales como la cara, cuero cabelludo, miembros y tronco; en las que se observan en la cara es de notar—ser todas las de la frente—que son mayores, de bordes irregulares, su coloración es blanco mate, siendo mayor su número al nivel de la inserción de los cabellos. También en el cuero cabelludo vemos estas mismas cicatrices con la misma coloración y desprovistas de cabellos. Al nivel de la región nasal son mucho más marcadas y profundas llegando hasta deformar completamente parte del surco naso-labial y aún el ala del mismo lado. En los miembros superiores son estas cicatrices menos abundantes siendo en algunas su coloración negruzca y en otras blanca. Se nota una contracción permanente del dedo medio (última falange) de la mano izquierda, y una cicatriz irregular y estensa como de unos tres centímetros. En los miembros inferiores son más abundantes, redondeadas y elípticas y casi todas de una coloración negruzca. A más de estas cicatrices existe otra completamente distinta de las anteriores y mucho más

extensa que ocupa todo el tercio medio y cara anterior de la pierna derecha. En el tronco se perciben iguales cicatrices á ó semejantes á las ya descritas. En sus órganos genitales externos notamos en el pene, hacia la base caso inferior del glande, dos ciratrices de color oscuro, una como del tamaño de un guisante y la otra algo mas pequeña ambas de forma elíptica en cuya cicatriz hemos podido

Se continuará.

Accidentes terciarios de la Sífilis: Sifilides ulcerosas.—

Keratitis superficial flictenular primitiva.

(CONTINUACION)

No debo pasar desapercibida —por más que trate de una historia clínica que no de un estudio de patología—una cuestión de trascendental importancia. La córnea, se dice, no puede inflamarse. Broca niega resueltamente la existencia de la keratitis, opinando que este término debe borrarse de la ciencia. Wharton-Jones admite la inflamación, pero considerándola como el resultado de una invasión flecmásica ocurrida desde los tejidos vecinos. Apóyanse ambos autores en la no existencia de vasos en la córnea, y por consiguiente en que esta membrana se encuentra en condiciones iguales de imposibilidad inflamatoria que los cartílagos, los pelos, los dientes y las uñas. Desde el año 1853 en que el primer autor emitió su opinión, y desde el año 1862 en que se publicó la del segundo, el progreso científico ha comprobado que la córnea es capaz de inflamarse de una manera primitiva ó secundaria, demostrando también la inflamación del cartílago-condritis, y la inflamación del marfil dentario-eburnitis.

Pronóstico.—Si un tratamiento apropiado no logra aminorar la keratitis del enfermo que estudio, probablemente aparecerán otras oftalmias, albugos ó manchas córneas, cicatrices ó leucomas, keratóceles ó hernia de la córnea producida por la membrana de Descemet que que se abre paso al través de una ulce-

ración, y si estos trastornos no traen la mortificación total de la córnea y su separación como una escara, por lo menos el número de albugos y leucomas impidiendo la entrada de los rayos luminosos, traerá una amaurosis más ó menos completa. El pronóstico de la sífilis que ha originado la afección ocular como un accidente terciario, no es de alta gravedad, porque la diatésis no ofrece los síntomas que lo hacen llamar maligna.

Marcha de la enfermedad y tratamiento.—El enfermo no ha ofrecido cambios notables. El tratamiento exigido por su estado ha sido doble: uso interno, específico, dirigido á combatir la sífilis, y otro, externo, local, sintomático. El primero consistió en la administración del ioduro de potasio á dosis crecientes, 4, 4'75, 5, 5'50 y 6 gramos diarios en tres tomas. El tratamiento local se compuso de la aplicación de ungüento gris belladonado, instilaciones oculares de atropina, y pomada de calomel. Al tercer día de tratamiento el enfermo ofreció algún ptialismo, el cual cedió pronto con suspender temporalmente la pomada de calomel. Poco después fué ofreciendo síntomas de una mejoría valiosa —que se acentuaba cada vez más—hasta que el 7 de Abril el enfermo abandonó su cama hospitalaria para entrar de nuevo y tal vez en peores condiciones que nunca, en la série de combates inexorables que constituyen la lucha por la existencia.

MANUEL GOMEZ DE LA MAZA.

OSTEOPERIOSTISTIS.

El enfermo que ocupa la cama núm. 9 de la sala San Salvador llamado Juan Acosta, pardo, de 18 años de edad, natural de Holguin y de oficio labrador, ingresó en este Hospital el 9 de Marzo dresente año.

El enfermo nos manifiesta que ha padecido varias gonorreas que curaron sin tratamiento alguno. Hace cuatro años recibió en la pierna derecha una patada de un caballo, á consecuencia de la cual tuvo una gran inflamación de la tibia

derecha caracterizándose por el considerable volumen que adquirió principalmente en su tercio medio é inferior, un dolor intensísimo que le impedía todo movimiento razón por la cual se vió obligado á ingresar en este Hospital ocupando una de las camas de la sala del Dr Menocal. Fué operado por este cirujano á los pocos días de su ingreso. La operación, á nuestro juicio, pocos beneficios reportó al enfermo: pues no solo persistió la ulceración que hoy tiene, sino que apareció un nuevo trayecto fistuloso.

Estado actual.—Nuestro enfermo, de temperamento escrofuloso, nos muestra una úlcera en la cara interna de la pierna derecha en los límites de su tercio medio é inferior, de forma ovalada, cuyo mayor diámetro se extiende en el sentido vertical alcanzando próximamente unos cuatro centímetros. Los bordes de estas úlceras están perfectamente continuos con la superficie ulcerada y circundados por una areola rojiza que alcanza alguna extensión.

La superficie ulcerosa presenta una coloración pálida y provista de pequeños y escasos mamelones carnosos, siendo asiento de una secreción abundante de naturaleza serosa. A simple vista se comprueba la resección huesosa, ocupando la úlcera la parte central de dicha escavación. En el tercio superior de la pierna un trayecto fistuloso de bordes duros y gruesos también rodeados de una areola ligeramente rosácea, explorado este trayecto con la tintera pudimos precisar su terminación en la cara interna de la tibia, apareciendo ésta rugosa al extremo de detener la marcha del instrumento al imprimirle movimiento en lateralidad. La superficie de este trayecto fistuloso se muestra un tanto resistente á las fricciones practicadas con el estilete, lo que prueba la condensación de los tejidos subyacentes.

El diagnóstico de las lesiones descritas, no tienen á mi juicio ninguna dificultad, pues surge de un modo evidente ante los datos consignados. La úlcera y

el trayecto fistuloso son sintomáticos de las alteraciones de la tibia, lesión que bien podemos calificar de una osteopériostitis difusa producida por un traumatismo y sostenida por el estado escrofuloso de nuestro enfermo.

Pronóstico.—Obedecerá á la marcha evolutiva que adquiera el proceso óseo y como quiera que dichas lesiones obedecen á su vez á la diatesis de nuestro enfermo, creo necesario subordinar ambas al mayor ó menor grado de actividad que imprima en la débil organización de nuestro enfermo.

El tratamiento surge desde luego ante nuestro primer pronóstico; creo debe dirigirse no solo localmente, sino de un modo general para obtener nuestro propósito: 1.º Continuar con las lociones fenicadas que usa y las compresiones por vendoteles de diaquilon. Además continuaria con las cauterizaciones del trayecto fistuloso de nitrato de plata ó bien con la tintura de iodo para obtener su cicatrización. 2.º El tratamiento general lo haría basar en los tónicos reconstituyentes empleando además el iodo de potasio y la tintura de iodo que tan buenos resultados producen en estos casos.

G. GIQUEL.

CATARATA BLANDA.

El número 4 de la clínica Quirúrgica, Laureano Gorrino, natural de Vizcaya, soltero, de 36 años, oficio herrador, sin antecedentes hereditarios, solo ha padecido ligeras tercianas de poca duración; no hay datos de enfermedades sífilíticas ni venéreas y es alcoholista en corta escala.

Refiere que hace nueve años viene padeciendo de la vista sin saber á que atribuir positivamente esta alteración, pero dice que esta "irritación que le acudió á los ojos," empezó á sentirla desde unos viajes que diariamente hacía á un lugar no muy lejano con objeto de curar unos bueyes, de donde regresaba á su tarea habitual de la fragua; desde las últimas

excursiones que con este motivo hizo comenzó á sentirse algo falto de vista continuando en aumento, especialmente en el ojo izquierdo, donde tiene abolida la visión: en este intermedio ha tenido diarrea que le duró un mes y aumentando con esto la dolencia.

Empezó á la vez en ambos ojos, quedando estacionaria la enfermedad en el derecho y no así en el izquierdo en donde solo en la actualidad vé la claridad que dá una puerta ó ventana abierta. Se ha puesto varias veces en tratamiento sin resultado favorable.

Por esta causa ingresó en esta clínica el 2 de Abril último y hoy le encontramos en el siguiente estado: integridad de todos los órganos y aparatos excepto el ocular: en él á simple vista se observa, una mancha en la abertura pupilar izquierda, de color blanco azulado, parecido á la leche aguada, este tinte opalescente es uniforme en toda la mancha, la cual tapa por completo toda la abertura: la sensibilidad de la pupila es nula á su excitante natural luz, y muy disminuida á la acción de la atropina; con la luz proyectada se vé detrás del iris una faja negra angosta que puede ser ó la sombra de este mismo iris sobre el cristalino, ó bien el fondo negro del ojo visto á través de las capas corticales más periféricas que han quedado transparentes; la primera de estas aserciones parece que es más natural: como el volumen de la lente está aumentado por la tumefacción de sus fibras, la cámara anterior se halla disminuida y el iris algo abultado. El efecto consiguiente á estas alteraciones orgánicas es la abolición de la vista por quedar interrumpidos los rayos luminosos en esta opacidad del cristalino llamada catarata; nótese además que el ojo tiene menos expresión, la mirada es fija é inmóvil y que le falta esa lubricación y brillo tan característico del ojo fisiológico.

En el lado derecho solo tiene una ligera mancha perceptible apenas por la simple inspección, contrastando con esto una disminución bastante marcada de

su propia funcionalidad. Por el oftalmoscopio se percibe en este el fondo del ojo, cosa que en el izquierdo no sucede.

Diagnóstico.—Basado en estos síntomas objetivos y subjetivos puede llegar á establecerse el siguiente diagnóstico directo: *Catarata lenticular cortical blanda* completamente desarrollada en el ojo izquierdo, y estacionaria desde su formación en el opuesto.

Este mismo diagnóstico puede formularse si por exclusión lo establecemos: deben por completo eliminarse todas las enfermedades del iris; pues tanto las quistes como los tumores é inflamaciones de dicha membrana tienen un curso agudo, producen neuralgias ciliares, fotofobia y lagrimeo, síntomas que nuestro enfermo no tiene, añadiendo además que la visión casi nunca se pierde por completo, exceptuando los quistes y tumores que junto con las adherencias ó sinequias producen esas deformaciones de la abertura pupilar que aquí tampoco existen.

Quedan solo las enfermedades del cristalino y cápsula, debiendo eliminarse estas, por ser afecciones raras y que cuando existen, les acompañan las del órgano que envuelven, esto es, el cristalino: limitando pues el diagnóstico á las opacidades llamadas cataratas, deben distinguirse las variedades que de estas existen según su causa y otras circunstancias; la de nuestro enfermo no es catarata senil ni congénita: la edad y color agrisado que se observa en la abertura pupilar de la primera de estas variedades junto con otros caracteres menos importantes hacen que la diferencia con la de nuestro enfermo quede establecida. En cuanto á la congénita basta que el enfermo antes de los 25 años haya visto bien, para que la desechemos; quedamos con la traumática y blanda únicas en quien la duda cabe á siempre vista, pero si observamos el origen y la marcha pronto queda desvanecida: en nuestro enfermo faltan los datos de traumatismo y la marcha gradual y lenta de la pérdida de vista característica de la catarata blanda,

contrastan con las de la traumática que á medida que se aleja la dolencia de la causa traumática vá recuperando la vista perdida pues reabsorbido el humor acuoso que empapaba á el cristalino y producía en el la opacidad que sin necesidad de operación quirúrgica vuelve á su primitivo estado siempre que anatómicamente quede íntegro el cristalino, solo nos queda el grupo de las llamadas blandas donde está incluida la del enfermo, diciendo además, que es lenticular y cortical: porque las capas corticales, ya anteriores ó posteriores de la lente ó cristalino son las que están alteradas en su constitucion anatómica. Queda con esto confirmado el diagnóstico directo establecido anteriormente de catarata lenticular cortical blanda, datos que siempre deben tenerse en cuenta pues que de ellos depende el método de extraccion que como único medio de curacion debe emplearse y tanto es así, que el buen ó mal éxito de la operacion depende muchas veces de la falta de estos conocimientos anatomo-patológicos por los que debe guiarse la mano del operador. Queda con esto dicho cuanto al tratamiento se refiere, siendo el pronóstico leve para el individuo y grave para la vision, pues la larga fecha de la enfermedad hace que no se responda ciertamente del resultado que de la extraccion de la catarata pueda tenerse

JUAN DE DIOS RODRIGUEZ.

—:o:— DISECCION

APUNTES DEL SR. ENRIQUE NUÑEZ.

(CONTINUACION)

Abertura de las cavidades esplánicas.

El estudio descriptivo de los medios de que se vale el disector para verificar la abertura de las cavidades esplánicas, lo debemos comenzar por el de la *abertura del cráneo*.

Abertura del cráneo.

Para verificarlo se coloca el cadáver de *decúbito dorsal* colocando el occipu-

cio, sobre un zócalo.—Lo primero que hay que hacer es la: *Sección de las partes blandas*.

Hay distintos métodos para seccionar las partes blandas. Nosotros empezaremos describiendo el que generalmente se sigue en nuestro anfiteatro y continuaremos exponiendo los demás métodos.

El proceder seguido generalmente en nuestro anfiteatro es el siguiente: Se marcan los tres puntos siguientes. uno en la *eminencia nasal del frontal*: otro en la *fosa temporal* por encima del *arco zigomático*, y el tercero en la *protuberancia occipital externa*. Marcados estos tres puntos se les une por medio de una incisión que comenzando en el primer punto, termine en el último, después de haber pasado por el segundo. Se repite lo mismo en el lado opuesto, y después se practica el corte de los huesos con la sierra.

Otro método consiste en hacer una incisión transversal que comenzando en la apófisis mastoides de un lado termine en la del lado opuesto. Disecando el colgajo anterior y el posterior, de manera, que se puedan volver hácia adelante ó hácia atras.

Este mismo proceder se puede variar haciendo la incisión ántero-posterior desde la eminencia nasal hasta la protuberancia occipital en vez de transversal, disecando los colgajos laterales y volviéndolos hácia afuera.

Existe aún otro proceder que lo consideraremos como un proceder mixto de los dos anteriores, y consiste en dar un corte transversal y otro antero posterior, de manera, que ambos formen una incisión crucial.

Estos tres últimos procederes se pueden usar en aquellos casos en que se quiera que el cadáver no aparezca seccionado, como sucede en las autopsias, en las que se pueden dar puntos de sutura.

Seccionadas las partes blandas, tócanos ahora estudiar los procederes de los cuales nos podemos valer para verificar

la *Sección de los huesos*.—Consiste en separar la *bóveda ó calota ósea* de la *base del cráneo*. Para verificar esta separación existen dos procedimientos, el llamado de la *sierra*, y el llamado del *martillo*. *Proceder de la sierra*.—Si usamos la *sierra* cuando hemos hecho la sección de las partes blandas por una incisión circular, no tenemos necesidad de disecar los tegumentos, sino que siguiendo esa misma incisión, podemos seccionar con la *sierra* teniendo cuidado de no seccionar todo el espesor del hueso, sino que auxiliarnos este proceder con el *escoplo* y con el *martillo*, porque si no lo verificamos así corremos el riesgo de cortar las membranas que envuelven al cerebro y aún a este mismo órgano.

Si usamos alguno de los otros procedimientos, tenemos que hacer una incisión circular que corte á los músculos y tegumentos que se encuentren en la línea que hemos dicho pase por los puntos que sirvieron de guía para hacer la incisión circular.

Proceder del martillo.—Este proceder recomendado por Fort, como el más sencillo y el más expedito, consiste en golpear sobre la bóveda craneal, con el lado del martillo tallado en forma de hacha, siguiendo la línea circular que se seguía en el proceder de la sierra. Dice el profesor Fort, que este proceder nos ahorra tiempo y trabajo. Nosotros no lo creemos así, pues este proceder presenta muchos inconvenientes, el primero es el peligro, que corre el disector de herirse con las esquirlas que los sucesivos golpes de martillo producen, pues aunque estas esquirlas se pueden ir separando con las pinzas, es decir, las esquirlas que se hallan separadas del hueso, se pueden quitar con las pinzas, pero no sucede así con las que se quedan implantadas en el hueso. Otro inconveniente es el que el corte que produce es muy desigual, mientras que el de la sierra es uniforme. Hay otro inconveniente aun y es, que el proceder del martillo, puede herir á las membranas del cerebro y á veces á este órgano. Sígase cualquier proceder, es preciso que

seccionado el hueso se proceda á levantar la bóveda para dejar á descubierto la cavidad craneal conteniendo al encéfalo. Para levantar la bóveda craneal se introduce el gancho con que termina el mango del martillo en la porción de la bóveda correspondiente al frontal, ejerciendo tracciones, hácia el operador, se logra separar la bóveda de la base. Resulta en algunos individuos, sobre todo en los viejos, en que se encuentran adherencias entre los huesos y la dura madre en cuyo caso se debe ir separando, ejerciendo tracción con el martillo, é ir separando la dura-madre, por medio de un instrumento que sea algo obtuso.

Apreciación.

En nuestro anfiteatro se usa el proceder de la sierra; porque además de los inconvenientes ya citados que presenta el martillo se comprenderá que el ruido producido por los sucesivos golpes del martillo y el aspecto que presenta el

Se continuará.

ILUSTRACION NACIONAL.

Hemos recibido el núm. 2 del corriente año correspondiente al 20 de Enero. Trae notables trabajos literarios y magníficos grabados, segun expresa el siguiente sumario:

GRABADOS: Bellas Artes: Una victoria más (cuadro de Rincón, fotograbado de Laurent).—Jovellanos (de un cuadro de Goya).—Servicios de la Guardia Civil: sobre la pista.—República Argentina: Vista de una parte de la ciudad de La Plata.—República Argentina: El muelle de pasajeros en Buenos Aires.—Covadonga.

TEXTO: Crónica, por D. F. Serrano de la Pedrosa.—Explicación de los grabados.—Loca de amor (poesía), por D. Patricio Aguirre de Tejada.—Ávila y los reyes Alfonsos, por D. Valentin Picatoste.—Un deseo (poesía), por D. Adolfo Llanos.—Borracho de gloria, por D. Rafael Santamaría.—Un libro militar inédito del siglo XVII, por don Eugenio de la Iglesia.—C... (poesía), por D. J. Morales Pleguezuelo.—Matrimonio natural, por don José de Siles.—El Brigadier D. José Aparici: bosquejo histórico (continuación), por D. Luis Vidart.—Tipos del día (conclusión), por D. Eugenio García Gonzalo.—Bibliografía.—Pasatiempos.—Solución al rombo del núm. 1º.—Anuncios.

Agente en esta Isla, Sr. D. José Estremera. San Ignacio 56.

LECCION XXI.

Congregaciones cardenalicias (cont.)—La de Inmensidad eclesiástica—Su creación por Urbano 8.º Sus cuatro oficiales permanentes—Modo de proceder—La de *Propaganda Fide*—La creó Gregorio 15 por su constitución *Inscrutabili* de 22 de Junio de 1622—Decreto de Urbano 8.º confirmado por Inocencio 10 en 30 de Julio de 1635—Modo de proceder—La de Negocios eclesiásticos—Su creación por Pío 7.º en 1814—Motivos que la determinaron—Sus atribuciones y modo de proceder—Congregaciones de las limosnas, de la Fábrica de San Pedro y otras.

LECCION XXII.

Congregaciones cardenalicias (cont.)—La de Obispos y regulares—Se refundieron en ella la *Super promovendis ad episcopatum*, creada por Gregorio 13 y la *Super regularibus* establecida por Sixto 5.º en 17 de Marzo de 1856—Su organización, atribuciones y modo de proceder—La de Disciplina regular constitución *In debita* de Inocencio 12 de 4 Agosto de 1698—Sus atribuciones—La de *Statu regularium*—Su creación por Pío 9.º en la encíclica *Ubi primum* de 17 de Junio de 1847—Sus precedentes en la época de Inocencio 10 y en la constitución Injunti de 11 de Abril de 1868 de Clemente 9.º Decretos importantes de esta congregación—Fuerza obligatoria de las resoluciones de estas congregaciones—Sentido de las siguientes fórmulas usadas por ellas—*Summarum preceum; ponatur infolio; nihil trameat; acononice trasandum; et ad mentem; facto verbo cum Smo.—recedendum á decisis; ni decisis; et amplius; relatum.*

LECCION XXIII.

Curia de gracia—La Cancelaria—Su objeto y atribuciones—Su organización—El Cardenal vice canceller—Empleados de los mismos—La Secretaría de Breves—Sus atribuciones—El *Magister Brevium*—Los escritores de Breves—La Dataría—Sus atribuciones y facultades—Bula *Gravissimum* de Benedicto 14 de 1745—El Datario ó prodatario—El revisor per obitum—El prefecto de las componendas—El prefecto de Datas—Los revisores de causas matrimoniales—La penitenciaria—Constitución *In sublimé* de Pío 4.º—Constitución *Romanus Pontificis* de Inocencio 12—Constitución *Apostolatum in officium* de Clemente 12—Constitución

SEGUNDA PARTE

JURISDICCION SUPERIOR

LECCION XXVIII.

El Primado de la Iglesia de España.—Su historia.—Facultad que se concede al Metropolitano de Toledo en el cánón 6.º del Concilio 1.º de dicha Ciudad.—Ratificación de la dignidad primacial por Urbano 2.º —Pretensiones de Santiago, Braga y Zaragoza.—Concilio de Constanza. Bula de Martino 5.º y Juan Contrera en 30 de Marzo de 1842.—Leyes 9.ª á 14.ª del tit. 5.º parte 1.ª números 10 y 11 de la ley 1.ª tit. 12, libro 6.º de la Nov. Recopilación.—Derechos útiles y honoríficos que actualmente tiene el primado de Toledo.

LECCION XXIX.

Los Concilios nacionales.—Su convocación, presidencia y confirmación.—Los de España.—El de Leon en 250.—El de Iliberis.—El de Zaragoza.—Los de Toledo.—El de Leon en 1020.—El de Coyanza.—El de Jaca.—Decadencia y desaparición de los concilios nacionales.—Tentativas hechas para restablecerlos.

LECCION XXX.

Los Metropolitano.—Resumen de las doctrinas estudiadas en el curso de Derecho canónico.—Sus derechos en la antigua disciplina.—Como presidente de los concilios provinciales.—Como superiores inmediatos de los

Pastor Bonus é in apostolicoe de Beneficto 14-El penitenciario mayor-El Regente-El Teólogo consultor-El canonista-El corrector--El guardasellos- Los procuradores- Reglas para los recursos.

LECCION XXIV.

Curia de Justicia.-Tribunal de la Rota.--Constitución *justicia et Pa-tris* de Benedicto 14.-de 1746.--Reglamento de Gregorio 16 de 10 Noviembre de 1834.--Su organización, atribuciones y modo de proceder.--Signatura de justicia.--Su escasa importancia actual.--Signatura de gracia.--Su razón de ser, organización y atribuciones.--Materias de que no puede conocer.-Procedimientos llamados *aperitio oris y reductio ad viam*.

LECCION XXV.

La Nunciatura española.-Su historia.-Prohibición de conocer en primera instancia con perjuicio de la jurisdicción de los ordinarios: ley 2.^a tit. 4.^o, libro 2.^o de la Nov. Rec.-Del abreviador del Tribunal; ordenanzas de la nunciatura mandadas á observar por la ley 2.^a del Título y libro antes citado.-Exámen de lo dispuesto en la misma ley sobre concepciones *extra curiam*; multiplicación de breves; inhibición sin perjuicio de las primeras instancias; forma de oír á los reos en causas criminales; el Secretario de justicia; el oficial mayor del Tribunal; el archivista; los jueces de comisión; los jueces apostólicos; el secretario de breves y su oficial; los procuradores; los receptores; forma de sustanciar; forma de los procesos de restitución; los agentes y solicitadores; los notarios extravagantes; oficio de narrativos y los despachos en materia de gracia y justicia.-Prohibición de que el Nuncio se entrometa en asuntos de regu-lares, ni expida breves *de promovendo* para órdenes en sede vacante: ley 3.^a, tit. y libro ya citados.-Facultades del Nuncio y restricciones: leyes 4.^a, 5.^a, 6.^a, 7.^a y 8.^a del propio título y libro.--Arancel de la Nunciatura.

LECCION XXVI.

El Tribunal de la Rota de la Nunciatura--Su establecimiento--Breve de Clemente 14 de 26 de Marzo de 1771 inserto en la ley 1.^a tit. 5.^o lib. 2.^o de la Nov. Rec.-Provisión de seis plazas del Tribunal:-ley 2.^a de los propios título y libro-Aumento de dos plazas y concesión de los

honores del consejo real á sus decanos: ley 3.^a de los mismos título y libro-Debe conocer de las apelaciones y recursos de la Vicaría general del ejército:-ley 4 de dichos título y libro-Auto del Consejo de 17 de Diciembre de 1781- Materia de la ley 2.^a tit. 4.^o de dicho libro que este tribunal no debe perturbar á los ordinarios su jurisdicción en primera instancia: ley 7.^a tit. 4, lib. 2.^o -R. D. de 29 de Diciembre de 1840 por el que fué suprimido este tribunal-R. D. de 24 de Febrero de 1844 por el que se le permitió ejercer sus facultades jurisdiccionales-R. D. de Agosto de 1855 que lo cerró de nuevo-R. D. de 25 Enero de 1856 que dispuso su reapertura-R. D. de 12 de Junio de 1856 que dispuso cerrar este Tribunal con los dias que vacasen los tribunales de justicia de este reino.

LECCION XVII.

Corporaciones y oficinas relacionadas en la Península y en esta Isla con la Curia Romana-Los Ministerios de gracia y justicia-La sección de gracia y justicia del Consejo de Estado-El Gobernador General de esta Isla como Vice-real patrono-El Consejo de Administración en pleno: art. 16 de 4 de Julio de 1861-La agencia de preces-Real Cédula de 3 de Noviembre de 1708: R. D. de 7 de Junio de 1837 R. O. de 27 de Octubre de 1748--Real Orden de 26 de Septiembre de 1851-El Exequatur-Leyes del título 2.^o lib. 2.^o de la Nov. Rec. y especialmente la 9.^a y la 14-R. O. de 16 de Noviembre de 1851-R. O. de 9 de Marzo de 1855-R. D. de 7 de Diciembre de 1857-R. D. de 6 de Marzo de 1865-R. C. de Marzo de 1782-Artículo 142 del Código Penal vigente en esta Isla-Resumen de la 1.^a parte de la sección 2.^a del Programa.