

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año IV

Madrid, 15 de Julio de 1914.

Núm. 14.

SUMARIO

Un caso de hernia apendicular, por el **Dr. A. Argüelles Terán**.—*Estudio médico legal de la epilepsia*, por **F. González Deleito**.—*El Ateneo del Cuerpo de Sanidad Militar*, por **A.**—*Varietades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Gangrenas por enfriamiento de las extremidades inferiores.—*Radioterapia*, por los rayos X, de las glándulas suprarrenales en la hipertensión arterial.—Empleo de las soluciones concentradas de neosalvarsán.—Concepto clínico de la tifobacilosis.—*Prensa militar profesional*: Los servicios médicos de los aliados en la guerra de los Balcanes.—Neurosis y psicosis en campaña.—*Bibliografía*: Tratamiento científico de la obesidad, por el **Dr. D. Arturo Galcerán Gaspar**.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTO.—Manual legislativo del Cuerpo de Sanidad Militar.

UN CASO DE HERNIA APENDICULAR

Si numerosas son las variaciones individuales que en el campo de la Medicina interna sorprenden al práctico á cada paso, no son menos las que se le ofrecen en el terreno de la clínica quirúrgica, no obstante tratarse generalmente de hechos somáticos, más asequibles á la interpretación objetiva.

La literatura quirúrgica es poco abundante en casos de enteroceles exclusivamente apendiculares, si descartamos las grandes hernias irreductibles ceco-cólicas en individuos con ptosis parietal acentuada.

Por estas razones, y ello sirva de justificación, me ha parecido oportuno citar este caso de que á continuación hago historia, y que demuestra que, no obstante el perfecto conocimiento de la anatomía patológica del conducto inguinal, como substratum anatómico anormal de todas las hernias inguinales probables y posibles,

ello es sólo un elemento estático, aunque imprescindible; la infinita variedad depende de los múltiples factores que presiden la dinámica visceral del intestino, imposible de prejulgar, y que justifica además la necesidad en que se encuentra el práctico de estar prevenido contra toda posible eventualidad.

El caso que cito es uno de los ya numerosos, de cura radical de la hernia, practicados en la Clínica 2.^a de Cirugía del Hospital Döcker, por el distinguido Médico mayor D. Juan Roche User.

Agustín H..., guardia civil, de veintidós años de edad, de constitución robusta, de escasos antecedentes patológicos, personales ni hereditarios; sólo recuerda que, hace ya varios años, padeció unas *calenturas al vientre*, sin que el interrogatorio pueda suministrar datos suficientes para su perfecta y exacta determinación nosológica. Refiere que, hace dos meses y medio próximamente, con ocasión de un esfuerzo violento, sufrió una relajación en la ingle derecha, de la que viene resintiéndose á partir de ese hecho, coincidiendo con la aparición de un abultamiento que se hace ostensible con la tos y con los esfuerzos, y desaparece en la posición de decúbito y relajación.

Se diagnostica hernia inguinal derecha, y decidida la intervención quirúrgica á petición del paciente, es operado, el día 19 de Mayo, por el Médico mayor D. Juan Roche y el Médico segundo D. Vicente Cariñena.

La técnica seguida ha sido la ordinaria en estas intervenciones: incisión de los tegumentos, á unos tres centímetros por encima del arco de Falopio, hasta descubrir la aponeurosis del oblicuo mayor, é incisión de ésta, poniendo á la vista el cordón. Descubierto el saco herniario y separado convenientemente de los elementos del cordón, fué incindido, encontrando en su interior, y próximo al anillo, una pequeña porción de epiplón que, al ser reconocida, se descubre va acompañando al apéndice ileocecal; una ligera tracción hace iniciarse en el anillo su inserción cecal; no cabe duda de que estamos en presencia del apéndice vermicular; trátase, pues, de lo que pudiéramos llamar un *apendi-epiplocele*.

El apéndice, recubierto por su meso, se halla incurvado en forma de media luna, de coloración rosada normal, y únicamente en la proximidad de su extremo libre se encuentran las paredes semi-esclerosadas, abrazada la extremidad por una pequeña brida que le hace contraer íntimas adherencias con el torso de epiplón. Rea-

lizada la separación de las adherencias del apéndice con el epiplón, se hace la ligadura y resección de este último conforme á técnica, quedando á dilucidar el dilema entre la conservación ó extirpación del apéndice.

El apéndice ileocecal, ya de suyo, todos lo sabemos, lleva en sí potencialmente, por sus condiciones anatómicas específicas, una amenaza á la vida; pero aquí tenemos además una noción oscura, pero no despreciable, en el historial del enfermo, que puede explicar el dato anatomo-patológico de las adherencias y esclerosis apendiculares observadas. Sabemos la relativa frecuencia con que ciertas apendicitis subagudas, apendicitis de síndrome descolorido, terminan por una foliculitis con linfangitis transparietal y adherencias peri-apendiculares. Un apéndice en estas condiciones, que le sale al paso al cirujano, es como un reo convicto y confeso de su delito que pide á voces la sanción. Se decide, pues, la apendicectomía, que se practica disecando primero un manguito peritoneal, ligadura y excisión del apéndice con el termocauterio, y sutura del manguito peritoneal con catgut fino á punto por encima, realizando la peritonización del muñón; después, ligadura y resección del saco, seguida de maniobra de Barker, y se procede á la refección de la pared posterior, reposición local del cordón, sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor y sutura final de los tegumentos.

Por la tarde del mismo día, el estado del enfermo es satisfactorio; pulso lleno y desenvuelto, y ligera elevación térmica de 37°,8.

Al día siguiente, el enfermo expelle gases y hace una deposición; el estado general es bueno, la temperatura vespertina no pasa de 37°,5.

Día 21 de Mayo: el estado del enfermo es satisfactorio; lengua un poco saburral, pero tiene apetito, hace dos deposiciones y la temperatura máxima es de 37°,5. Al día siguiente se levanta el apósito; el estado local de la herida quirúrgica es inmejorable; en los días sucesivos el enfermo continúa bien, sin reacción febril, y en la actualidad se halla próximo á ser dado de alta.

El caso no ofrece, como se, ve particularidad alguna en cuanto á la técnica; únicamente la singularidad anatómica del contenido justifica su publicación, refrendada por la oportunidad quirúrgica de la apendicectomía, evitando al enfermo posibles contingencias desagradables para el futuro.

Quiero también aprovechar gustoso la ocasión de hacer pública manifestación de la meritoria labor que en este sentido se realiza en la ya citada clínica, donde son ya numerosos los casos de cura radical de la hernia, con excelentes resultados vitales y plásticos en todos ellos; orientación que, de ser fomentada, realizará además útil labor de atracción, logrando que pesen más en el ánimo del paciente las ventajas morales y materiales que se derivan de la operación, como son: evitar el estigma de *inutilidad* por defecto físico en la *juventud*; concederle capacidad para otros servicios del Estado, como Carabineros, Guardia civil, obreros del ramo de Fomento, etc., que el hecho de eludir el servicio de las armas; evitando también la eliminación del Ejército de individuos que, descartada su anormalidad de arquitectura anatómica, pueden y suelen ser de un perfecto potencial biológico, con una intervención que, de realizarse con arreglo á los preceptos de una asepsia es-crúpulosa, resulta de una absoluta inocuidad.

DR. A. ARGÜELLES TERÁN,
Médico segundo.

Ceuta.—Hospital Döcker.—1914.

ESTUDIO MÉDICO-LEGAL DE LA EPILEPSIA

Quando el médico es llamado como perito para informar ante los Tribunales acerca de un acto delictivo, cometido por un supuesto epiléptico, ha de resolver dos problemas: 1.º El autor, ¿padece epilepsia? 2.º Cuando cometió el hecho de autos, ¿podía considerársele, á causa de la epilepsia padecida, como un enfermo mental?

En rigor, el médico debe limitarse á esto, rehuendo hablar de responsabilidad ó irresponsabilidad, en armonía con el voto emitido en la reunión de neurólogos y psiquiatras franceses en 1908, toda vez que la noción de lo responsable se deriva de otras premisas psicológicas y jurídicas, que no son de nuestra incumbencia (libre albedrío, derecho de pena, etc.); pero, las más de las veces, fiscal y defensor le incitarán y requerirán á que determine de un modo categórico si el acusado es ó no responsable de sus actos en

general, y en particular del delictivo, y hay que confesar que nosotros franqueamos ese límite con la fruición y, á veces, con el apasionamiento que todos ponemos en aquello que no nos compete, con idéntica fruición con que los letrados intentan discutir la parte técnica de nuestro diagnóstico por causa parecida.

I

Diagnosticar la epilepsia no es siempre tarea fácil; no me refiero á la simulación que el interesado pueda intentar á fin de mejorar su situación, pues tales intentos se descubren con facilidad. Me refiero al diagnóstico clínico de la epilepsia, enfermedad mal limitada, cuya etiología se nos escapa, de anatomía patológica desconocida, y en la que se engloban estados tan diversos, que no pocos autores niegan su individualidad, y la conciben tan sólo como un síndrome, expresión de causas muy diversas. Por eso es preciso comenzar exponiendo el concepto que de la epilepsia entidad nosológica y clínica tenemos formado. Aquel clásico mal comicial con aura grito inicial, convulsiones tónicas y clónicas y resolución final, todo ello acompañado de pérdida de conocimiento, abolición de reflejos, etc., puede ser originado por una esquiria ósea, por una exóstosis, por una cicatriz, por leptomeningitis crónica, por lesiones vasculares, por la intoxicación alcohólica, por un tumor cerebral, por esa epilepsia esencial que los más ardientes partidarios de la desintegración de esta enfermedad no pueden menos de reconocer como subsistente. En cambio, convulsiones limitadas que pueden pasar incluso desapercibidas, vértigos, ausencias, trastornos mentales de muy variada naturaleza, son considerados como equivalentes de aquellos ataques convulsivos, y el médico que los encuentra y reconoce tiene que hacer el diagnóstico de epilepsia.

Consecuencia de esto ha sido establecer dos grandes grupos de epilepsia: 1.º Epilepsias orgánicas. 2.º Epilepsia esencial. Abarca el primero todos aquellos casos en los que aparece clara y precisa una causa, intoxicación ó lesión, como responsable de la enfermedad. Se incluyen en el segundo los casos de epilepsia, en los que no es dable encontrar causa precisa; casos que, en su inmensa mayoría, recaen en un terreno degenerativo y, á veces, hereditario.

Muchos autores, ante las dificultades que existen para diferenciar estos dos grupos de epilepsias, teniendo en cuenta que las autopsias obligan á rectificar juicios clínicos, demostrando el carácter orgánico de epilepsias tenidas por esenciales, y en vista de las lesiones histológicas que algunos autores han encontrado, no vacilan en considerar como orgánicas todas las epilepsias, y pretenden disociar esta entidad clínica. Las lesiones que Chaslin encontrara en la corteza cerebral de muchos epilépticos, las que más tarde describieron Marinesco, Alzheimer y otros; la constancia con que empiezan á encontrarse lesiones del asta de Ammon, justifican esta concepción.

Otros, por el contrario, creen que, cualquiera que sea la causa que origina esta enfermedad, no obstante el diverso curso que en los distintos individuos toma, debe conservarse su individualidad clínica, toda vez que; 1.º Ni las lesiones son constantes, y las pretendidas alteraciones histológicas corticales son más bien lesiones de reparación orgánica de la corteza cerebral, fuertemente conmovida por el ataque; y por consecutivas, y no causales de éste, son estimadas por los mismos que las describieron. 2.º No existe relación constante entre lesión causal cuando se descubre, y los síntomas por los que se manifiesta el curso y desarrollo de la enfermedad. 3.º Aun en las epilepsias orgánicas mejor establecidas, pueden encontrarse alteraciones psíquicas intensas, mientras que éstas pueden faltar en las reputadas por esenciales; y así, Binswanger y otros autores no vacilan en estimar la demencia epiléptica como consecuencia directa de las alteraciones que el ataque hace sufrir á la corteza cerebral. Por lo tanto, esta alteración psíquica, la más importante, dependería, no de la causa de la epilepsia, sino del ataque mismo.

Son ya numerosas las observaciones de vértigos, ausencias, equivalentes psíquicos y demencias terminales en epilepsias de origen francamente traumático, que son el prototipo de las epilepsias orgánicas. Practicando, en unión del Dr. Farreras, entonces interno, la autopsia de un cadáver fallecido en el Manicomio de Zaragoza, el año 1897; y diagnosticado de demencia epiléptica, encontramos un tumor cerebral en el espesor del lóbulo frontal izquierdo, que seguramente fué el causante de aquella epilepsia.

4.º Existiría en el cerebro de todos los epilépticos una alteración general, que Nothnagel llama alteración epiléptica, Krafft-

Ebing transformación epiléptica, y que es la causa de que lesiones focales bien circunscritas den lugar á una enfermedad general. Por lo tanto, la epilepsia no sería nunca una enfermedad local; lo fijo, lo constante en ella, es el trastorno cerebral general.

Algunos cirujanos confirman este modo de ver, y estiman que la intervención operatoria, en los casos de lesiones circunscritas y limitadas, fracasa muchas veces, por tratarse de individuos con gran predisposición epiléptica, en los que las mínimas y pequeñas cicatrices de la intervención son suficientes para entretener el estado de mal.

La aplicación al estudio de las enfermedades nerviosas y mentales de la reacción de Abderhalden, quizá sirva para ratificar ó rectificar este juicio. Los datos que hasta la fecha va suministrando, parecen dar la razón á la teoría de Binswanger. Mientras en los intervalos de los ataques no ha sido posible encontrar en la sangre de los enfermos fermento alguno, en cambio, durante éstos se ha encontrado uno proteolítico cerebral. Según algunos autores, el fermento aparece en los casos de mal menor, vértigos, etc., pero no en los estados crepusculares y delirios de larga duración. Si esto se confirmase, tendríamos un medio seguro de hacer un diagnóstico diferencial entre los ataques epilépticos y los de histerismo, los de los psicasténicos que ha descrito Oppenheim, y algunos ataques convulsivos que no pueden acoplarse con exactitud en ninguna de estas entidades nosológicas, y que algunos autores alemanes quieren agrupar en la espasmofilia de los adultos, mientras otros hacen de ellos ataques epilépticos. De todos modos, estos trabajos no han pasado de la categoría de ensayo de interpretación, y no han dado resultados constantes, fracasando, por ejemplo, en manos de experimentadores tan inteligentes como W. Mayer.

Entidad autónoma, ó sólo cuadro sindrómico, es indudable que no todos los epilépticos presentan identidad de síntomas clínicos, y, por esta razón, todos los autores clasifican y agrupan estos enfermos en diversas categorías.

Alzheimer, que sigue fiel á la separación de las epilepsias en orgánicas y esenciales, hace los siguientes grupos:

1.º Epilepsias orgánicas entre las que incluye:

- a) La epilepsia post-sifilítica con lesión de endoarteritis.
- b) La arterio-esclerósica.
- c) La epilepsia alcohólica.

d) La epilepsia post-encefalíticas, cuyo foco no es siempre cortical, sino que muchas veces es transcortical.

e) La vertiginosa de Kraepelin.

f) La epilepsia por detención en el desarrollo (macrogiria, microcefalia, heterotopia de la substancia gris, esclerosis tuberosa con gliosis de los ventrículos laterales, status tuberosus deformans).

Da como caracteres del segundo grupo, el aparecer la enfermedad durante los primeros treinta años de la vida, manifestándose á veces los síntomas iniciales durante el período de la dentición, recaer en degenerados y tener como lesión constante la presencia de células amiboideas en la corteza cerebral, células piramidales no desarrolladas completamente, cilindros ejes degenerados, tejido nervioso destruído, y en el 40 ó 50 por 100 de los casos, lesiones constantes del asta de Ammon en uno o en ambos lados.

Binswanger, cuyo tratado sobre la epilepsia es hoy algo análogo á lo que fué el de Féré cuando se publicó, reconoce, no obstante ser unicista, los siguientes grupos: 1.º Epilepsias que se acompañan desde su origen, de un retardo en el desarrollo cerebral, por cuya razón van unidas al idiotismo, á la debilidad mental congénita o parálisis infantiles cerebrales. Son sus causas: esclerosis difusas, lobulares ó focales, procesos inflamatorios degenerativos fetales ó post-fetales, y los procesos infecciosos encefálicos no degenerativos con lesión focal. Estos últimos, sin embargo, pueden no acompañarse, como los precedentes, de trastornos psíquicos intensos (debilidad mental). De ordinario, estos epilépticos presentan síntomas motores durante el ataque, ó cuadro sintomático tan preciso en los intervalos, que fácilmente se puede hacer el diagnóstico de la lesión que origina la epilepsia; sin embargo, en algunas ocasiones, el proceso queda oculto durante la vida y es un hallazgo de la autopsia.

2.º Epilepsias traumáticas.

3.º Epilepsia por arterio-esclerosis.

4.º Epilepsias por infecciones crónicas, en especial, la epilepsia post-sifilítica. Deben incluirse en este grupo las epilepsias consecutivas á meningitis infecciosas, en particular, á las que se producen en la tifoidea, y que han sido muy bien estudiadas por los autores franceses (Marie, Dides, Pitres, Petges). La infección engendraría una meningitis y cicatrices cerebrales de ordinario mu-

das, y que una intoxicación, un pequeño traumatismo, una fatiga, etc., pondrían de manifiesto (*Teorie del rappel*, de Pierret).

5.º Las epilepsias tóxicas por venenos endógenos y exógenos (alcohólica, etc.).

6.º Un numeroso grupo de epilépticos en los que hay un fondo hereditario ó degenerativo; la enfermedad es constitucional en el sentido de que puede estimarse nacida con el individuo, bien por enfermedades intrauterinas ó por alteración de los gérmenes (espermatozoide ú óvulo), sin que esta predisposición se manifieste por síntomas extraños al ataque convulsivo. Se encuentran en estos casos finas lesiones corticales reveladoras de procesos de detención cerebral. También en estos casos se encuentran con frecuencia lesiones en el asta de Ammon.

7.º Queda todavía un grupo de etiología oscura que las denomina forma dinámica simple; nombre que toma su origen en la concepción de Nothnagel, de que la alteración epiléptica es debida á un trastorno del equilibrio dinámico del sistema nervioso central que, alterando el juego normal de los fenómenos de excitación y de freno cerebral, determina una irritabilidad patológica de aquél.

Pero todos estos grupos tendrían como lazo de unión esta alteración epiléptica, la falta de armonía normal y fisiológica entre los centros que excitan y los centros que frenan; alteración que, á su juicio, recae no sólo sobre la corteza cerebral, sino también sobre los centros subcorticales y bulbo-protuberanciales, coincidiendo parcialmente en esto con Kovalewsky, que considera la alteración de los centros bulbares como esencial y primordial, y con Krafft-Ebing, que equipara la alteración de lo vasomotor con la de lo espasmódico.

Así concibe la epilepsia, no como Féré, que la estima como un síndrome común á muy diversas enfermedades, cuyo único lazo de unión es el ataque convulsivo, sino como una enfermedad crónica del sistema nervioso central, que se exterioriza por ataques convulsivos repetidos con pérdida de conocimiento, ó por manifestaciones parciales de estos ataques (convulsiones aisladas, vértigos, ausencias), ó por manifestaciones psicopáticas que los substituyen, los acompañan ó los siguen, y originada por diversas causas.

Diversos experimentos, y no pocos datos de observación clínica, corroboran este modo de ver; así, por ejemplo, ensayando hacer monos epilépticos por la intoxicación cocaínica, observó Sauer-

bruch que era preciso un estado previo de irritación de la corteza cerebral, irritación que podía obtenerse ya mecánicamente, ya fatigando los centros corticales con flexiones y extensiones de los dedos. Del mismo modo hay que pensar que para la epilepsia alcohólica es preciso algo más que alcohol ó esencia, pues de lo contrario, todos los alcohólicos serían epilépticos, lo que no es cierto.

Este modo de comprender la epilepsia es de gran importancia para nuestra actuación pericial. Si á cada epiléptico tuviéramos precisión de etiquetarlo etiológicamente, cometeríamos algunos errores ó tendríamos que abstenernos de hacerlo en no pocas ocasiones, y sobre todo, no conservando la unidad de la enfermedad, se llegaba al caso de establecer una profunda separación entre el modo de ser del paciente en los ataques y fuera de ellos. Por el contrario, al proclamar que la epilepsia es siempre una enfermedad del sistema nervioso, y que el epiléptico lo es igual durante el ataque en sus intervalos, y al señalar categóricamente el trastorno funcional que lo caracteriza, con sólo diagnosticar la epilepsia, ya aportamos á los jueces un valioso elemento de juicio que forzosamente deberán tener en cuenta, sin que pueda establecerse ya una franca línea de separación entre el modo de ser del individuo en los ataques y fuera de ellos. El epiléptico es siempre un enfermo de sistema nervioso central, y el ataque no es más que la exteriorización más intensa y llamativa de una dolencia que siempre existe, y que puede reconocerse muchas veces por síntomas menos marcados, y que han de buscarse atentamente.

II

Las alteraciones mentales en los epilépticos más permanentes, las que constituyen lo que se llama carácter epiléptico, son de muy distinta intensidad, hasta el punto de que algunos enfermos las presentan tan atenuadas, que pueden pasar desapercibidas, y muchas veces no se sabe si dependen exclusivamente de la epilepsia ó de la degeneración mental que de ordinario la acompaña. Otras son episódicas; se presentan aisladamente en forma de equivalentes psíquicos ó sobreañadidos á los ataques convulsivos, y por último, hay otras alteraciones permanentes y progresivas, que

no aparecen en todos los enfermos, pero sí en los más gravemente atacados, que, destruyendo poco á poco su vida mental, le conducen á la demencia epiléptica. Todas ellas deben tenerse en cuenta para los diagnósticos médico-legales.

Prescindo desde luego de aquellos casos en los que la epilepsia viene á ser como accesoria, y lo esencial es la idiotez ó la imbecilidad. Son consecutivos á graves lesiones cerebrales, adquiridas durante la vida intrauterina ó poco después del nacimiento. Tampoco hablaré de aquellos enfermos de epilepsia débiles mentales desde su infancia, efecto de la misma causa, y en los que la debilidad mental congénita ó poco menos aparece de más realce en la observación médico-legal. En todos esos casos al perito le basta con señalar el idiotismo, la imbecilidad ó la pobreza de espíritu padecidas, para que los jueces declaren la irresponsabilidad del procesado.

Aparte estos casos, todos los autores están conformes en que debe señalarse la enfermedad mental en los casos en que las alteraciones demenciales consecutivas son muy intensas y evidentes.

Pero quedan un gran número de enfermos que no están incluidos en ninguno de estos dos grupos. Son aquellos en los que sólo se observan los caracteres del llamado carácter epiléptico más ó menos acentuado, y si acaso una debilidad de espíritu relativa, compatible con un buen raciocinar que les permite hacer su vida ordinaria con escasas limitaciones.

Autores hay, como Vallon, que en el *Tratado de Patología mental*, de Ballet, resuelven el asunto de plano diciendo: «Todo acto cometido en estado de mal epiléptico debe ser estimado por los Tribunales como de irresponsabilidad. Del resto de sus acciones el epiléptico debe responder ante la ley.» Esta concepción es muy estrecha. Aparte de las dificultades con que muchas veces tropieza el perito al querer informar acerca de si un acto es realizado ó no en estado de mal, hay ocasiones en que el estado mental permanente de estos enfermos sufre agravaciones que, sin dar lugar á la aparición de equivalentes psíquicos, alteran de modo notable su psiquismo. Tal ocurre, por ejemplo, con los estados de depresión.

Así, pues, expondré: primero, de qué modo pueden realizar actos delictivos los epilépticos durante sus alteraciones mentales episódicas, y después me ocuparé de cómo los realizan fuera de los

ataques, y de cómo deben ser interpretados por el perito ante los jueces. Como no se trata de una descripción clínica de los equivalentes, sólo hablaré de lo que desde el punto de vista médico-legal sea más interesante.

El gran ataque convulsivo es la forma de revelarse la epilepsia, más frecuente, más característica y mejor conocida. Los elementos fundamentales que lo integran, son: 1.º, la convulsión; 2.º, el trastorno vasomotor; 3.º, la pérdida del conocimiento; 4.º, su brusca aparición; 5.º, su periodicidad y repetición en igual forma; 6.º, la amnesia consecutiva.

Al describirse más tarde las formas de mal menor, el vértigo, la ausencia, las convulsiones limitadas, los equivalentes psíquicos, como impulsiones, delirios, etc., se comprobó que en medio de la diversidad de formas subsistían la casi totalidad de estos elementos; pero la atención de los clínicos se fijó más principalmente en la pérdida de conocimiento, la amnesia y la periodicidad, como factores indispensables para poder diagnosticar como epiléptico, ya un vértigo, ya una impulsión, un delirio, etc. Sin embargo, creo que nunca deja de presentarse el trastorno vasomotor bien caracterizado, y aun puede estimarse como constante la convulsión, siquiera pueda ser tan limitada que pase desapercibida en muchas ocasiones, y en cambio, la amnesia y pérdida de conocimiento parecen faltar alguna vez.

Lo importante, desde el punto de vista médico-legal, es señalar la existencia de ataques epilépticos con inconsciencia, con amnesia, y periódicos que pueden revestir formas muy variadas, durante los que pueden cometerse actos delictivos, y que en estos ataques los elementos diagnósticos pueden no ser tan claros.

Ni durante las convulsiones clásicas, ni en las parciales (tic de Salaam), ni en las parálisis, ni durante los ataques de forma apoplectiforme, ni en los vértigos, hay ocasión de llevar á cabo actos criminales ni simples delitos, si no se agregan otras manifestaciones psicopáticas.

No es lo mismo en las ausencias sencillas, en las que pueden ejecutarse pequeños movimientos convulsivos coordinados, guiños de ojos, sonrisas que durante la vida militar pueden ser estimados en más de una ocasión como distracciones y faltas de respeto. La palidez brusca é intensa que acompaña estos ataques; su repetición, notada muchas veces por los camaradas; la fijeza de la mira-

da, pueden servir de medios diagnósticos ó, por lo menos, de datos que hagan sospechar la existencia de una epilepsia que al médico incumbe comprobar.

Otra cosa son los trastornos psíquicos que pueden substituir al ataque convulsivo, y que se denominan de epilepsia larvada ó equivalentes psíquicos, y que, por acompañarse de una profunda alteración de la conciencia, han sido llamados estados crepusculares. Westphal, en su tiempo, los describió así: «Hay estados que duran minutos y hasta horas, en los que tan profundamente alterada puede estar la conciencia, que el paciente se mueve en un círculo de ideas, que parecen como aparte por completo de su vida ordinaria, sobre el fondo de las que, y á causa de sensaciones dependientes de este estado anormal y alteraciones volitivas, ejecuta actos completamente extraños á su modo de ser, que no guardan relación con su pensamiento normal, pero sin que aparezca abolida la relación y consecuencia de estos actos entre sí.»

Discútese mucho la extensión de la epilepsia psíquica, y conocidas son las ideas de Lombroso respecto al ancho campo que se le asignaba. Coincidiendo con la inmensa mayoría de los autores, dejaré sentada á priori la afirmación de que en Medicina legal sólo puede hablarse de epilepsia psíquica en aquellos enfermos que presenten ó hayan presentado ataques epilépticos claros y precisos, ya convulsivos, ya en forma de pequeño mal.

Unas veces son cortos, y consisten en movimientos, al parecer, lógicamente coordinados, como en el conocido caso del magistrado que se levantó á orinar en un rincón de la sala durante una vista. He aquí otro análogo:

Observación personal.—Joven de veintiún años, sin antecedentes hereditarios, no ha padecido ataques convulsivos, y sólo se queja de mareos de corta duración, en los que le han dicho pronuncia palabras sin sentido. Padece ausencias de corta duración, durante las que invariablemente se sienta, busca un cigarro y lo enciende, pronunciando sólo breves frases: *Esto va bien; nada de particular*, etc.; todo acompañado de intensa palidez y seguido de sudores profusos, dolor de cabeza y torpeza intelectual. Uno de estos ataques le sobrevino en una función religiosa, y fué tomado por grave irreverencia, sobre todo, cuando, invitado á salir del templo, hizo resistencia enérgica, aunque breve.

De los movimientos coordinados á las impulsiones bruscas, violentas y criminales, hay muy poca distancia. Un hombre que súbitamente saca un arma, y hiere ó mata al primero que encuentra á

su paso, ó bien prende fuego á lo que le rodea, ó intenta suicidarse, son ejemplos típicos de estas impulsiones violentas breves, con pérdida absoluta de la conciencia, amnesia consecutiva, y seguidas de los mismos síntomas de abatimiento, postraciones, dolor de cabeza, etc., que se observan al final de los ataques convulsivos.

Falret describió ya con mucha precisión estos equivalentes epilépticos de pequeño mal intelectual, insistiendo en su valor médico-legal, y hoy día son lo suficientemente conocidos, para que ofrezca poca dificultad el diagnosticarlos, y para que en los Tribunales se acepte la enfermedad mental y, como consecuencia, la irresponsabilidad del autor, siempre sobre la base de que se trate de un hecho inopinado y absurdo en su concepción, seguido de amnesia.

Si bien los actos delictivos que los enfermos cometen en estas ocasiones son casi siempre agresiones, impulsos piromaníacos ó actos deshonestos, pueden observarse ataques á la propiedad, como en el caso, ya clásico, de la mujer de un magistrado, á la que se le encontraron multitud de objetos que había robado durante una larga serie de impulsiones kleptomaniacas de naturaleza epiléptica.

Se acompañan estos actos, violentos muchas veces, de ideas delirantes y de alucinaciones; en ese caso, la impulsión es la forma de reaccionar el individuo al delirio ó á la alucinación, casi siempre terrorífica cuando no se trata de mandatos que el enfermo oye y que le impulsan á matar, quemar, etc. Resulta muy difícil precisar si la impulsión va ó no precedida y acompañada de delirio, y tampoco es muy necesario para el diagnóstico desde el punto de vista médico-legal. Lo importante es diagnosticar la epilepsia. Los delirios agudos impulsivos con actos de ciego furor son fácilmente diagnosticables.

Durante estos estados crepusculares de corta duración, se cometen con frecuencia delitos contra las personas, homicidios y suicidios, actos deshonestos, exhibicionismo, intentos de violación, ataques contra la propiedad, y en la vida militar, muy principalmente actos de desobediencia y rebeldía y abandonos de servicio.

No siempre son breves; algunas veces duran días, semanas y aun meses, y en ese tiempo, el enfermo realiza un conjunto de actos, al parecer, coordinados, con cierta lógica, realiza largos viajes, etc., y episódicamente presenta delirios, alucinaciones é impul-

siones análogas á las ya mencionadas, que pueden ser motivo de intervención judicial. En el Ejército, estos estados de epilepsia pro-cursiva (automatisme ambulatoire de Charcot, ó epileptischen Wandertrieb de los autores alemanes), son causa de delitos de de-serción bastante bien coordinados, y que no siempre son fáciles de reconocer. Más raro es que durante ellos intente un enfermo in-gresar en el Ejército, y desde luego no resulta factible que rea-lice su intento.

¿Cómo diagnosticar estos estados crepusculares? Uno de los síntomas á los que se da más importancia en estos casos es la am-nesia consecutiva. Terminado el equivalente, y vuelto á su estado normal el enfermo, no recuerda absolutamente nada de lo ocurrido. En los graves ataques la falta de recuerdo es absoluta casi en to-dos los casos. Se concibe fácilmente que cuanto más profundo es el estado crepuscular, tanta menos relación guarde con las repre-sentaciones de su vida normal, y la amnesia es completa. Pero existen estados crepusculares menos intensos, en los que la conciencia se perturba menos, y en ellos caben recuerdos parciales más ó me-nos confusos. Sobre todo, ocurre algo análogo á lo que pasa con los ensueños, que aunque no se recuerden, si, casualmente recor-damos un detalle, inmediatamente se saca el recuerdo de muchos más. Así también, si á estos enfermos se les dice algo de lo que han realizado, pueden recordar algunos de sus actos; pero siempre de un modo confuso, con muchas lagunas y con desorientación en el tiempo. Esta amnesia parcial es más frecuente en los estados crepusculares de larga duración, en los que hay alternativas de intensidad.

Otras veces, el enfermo recuerda, al despertar, los actos que ha ejecutado, y los refiere; mas, pasado algún tiempo (breves minutos, á lo sumo pocas horas), los olvida por completo (amnesia retró-grada).

De todos modos puede darse como regla, que la pérdida del recuerdo recae precisamente sobre los hechos más importantes que ha ejecutado, mientras que los detalles accesorios se recuerdan mejor; y es que la amnesia es tanto mayor, cuanto menor es la co-nexión existente entre las representaciones de los estados cre-pusculares y las de la vida normal.

Se acompañan estos estados de incoherencia por disociación de las representaciones de conciencia: estupor, más ó menos intenso;

desorientación, lentitud en el curso de las ideas, acompañada de una gran irritabilidad que facilita las impulsiones; sensación de angustia; monotonía de las ideas que son muy reducidas; frecuentes alucinaciones, todas ellas animadas, y á veces terroríficas; facilidad para encolerizarse y una gran tendencia á la destrucción de todo cuanto le rodea, vestidos, objetos, etc. Son muy raras las observaciones de estados crepusculares de forma maníaca.

Al mismo tiempo hay síntomas corporales, como son: trastornos vasomotores, exaltación de los reflejos tendinosos, dilatación y fijeza de la pupila, sudores profusos, estrechez del campo visual, dirotismo del pulso y analgesia cutánea, que permite en muchas ocasiones atravesar la piel con una aguja sin sensación de dolor. Otro síntoma muy estimado, sobre todo por los autores alemanes, es la alteración del lenguaje, con repetición de sílabas y palabras sin sentido, ecolalia, charlatanería y trastornos en la emisión de la palabra, tartamudez, etc.

Pero el diagnóstico es preciso hacerlo á posteriori, y estos datos pueden haber sido ó no observados por los que rodeaban al enfermo durante el ataque. Pueden servirnos en este caso como indicadores los siguientes síntomas: haber sido precedidos de cambios de carácter; el que se hizo más taciturno, reservado é irritable que de ordinario; el que siguieran al uso de alcohol aun en cantidades moderadas, pues de sobra es conocida la intolerancia de los epilépticos para el alcohol, y el ir seguidos de un gran estado de depresión.

Mas todo eso es inconstante. Muchas veces, ni siquiera nos es fácil diagnosticar si ha padecido ó no ataques epilépticos. Pueden no existir personas que nos den antecedentes del enfermo; pueden ser sospechosos de parcialidad los datos que nos suministren, y es también fácil que el enfermo sólo padezca vértigos, desmayos, ataques nocturnos fáciles de pasar desapercibidos. En estos casos, Kraepelin recomienda tomar como guía la «frecuencia y completa semejanza de los trastornos, perteneciendo todos á un grupo definido de formas y sin causa externa alguna determinante.»

Pero aun fuera de los ataques, existen síntomas en los pacientes que nos pueden permitir fijar el diagnóstico. La exploración del sistema nervioso da siempre síntomas de hiperexcitabilidad, de irritabilidad continua, y la exploración de los músculos con el aparato de Sommers, muestra repentinas convulsiones de músculos

aislados que en la gráfica se exteriorizan por bruscas elevaciones que algunas veces son perceptibles sin aparatos registradores. Becker compara estas contracciones con los dolores rápidos y agudos que en muchos de estos enfermos se observan, poco conocidos, y que no han sido estimados hasta la fecha como característicos. V. Leupoldt ha descrito recientemente una forma de temblor de los dedos, que puede registrarse gráficamente; temblor intermitente, que se exterioriza por elevaciones y depresiones que se suceden de un modo regular en el tiempo, y que hasta la fecha sólo ha sido observado en la epilepsia. Estos síntomas son difícilmente simulables.

Respecto á los estudios de Lombroso, Tonnini y otros italianos, reproducidos últimamente por Steiner y Heilig, que admiten: los primeros, que los epilépticos ó sus familias son zurdos; y los últimos, que ó son zurdos ó tartamudos; no pueden estimarse de gran valor como dato diagnóstico, sobre todo después de los estudios de Redlich en contrario.

F. GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero.

(Continuará.)

EL ATENEO DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR

El día 27 del pasado se celebró en la Academia Médico-Militar la sesión preparatoria anunciada para elegir Junta directiva provisional, á fin de comenzar la labor científica el curso próximo.

Asistieron casi todos los compañeros que prestan sus servicios en Madrid, leyéndose las adhesiones de los de fuera; y sin una opinión en contra de cuantos individuos forman el Cuerpo, sino con el mayor entusiasmo de todos, se acordó proseguir los trabajos para que sea pronto el Ateneo la Institución científica que tantos beneficios ha de proporcionar á las ciencias biológicas en sus aplicaciones al Ejército.

El Cuerpo de Veterinaria Militar respondió á la invitación hecha, cual corresponde á sus crecientes progresos científicos; y con

la representación de los ausentes y la votación de los que concu-
rieron, se eligió la siguiente Junta directiva:

Presidente.—Pérez Ortiz.

Vicepresidente (Sección de Medicina).—Sánchez Fernández.

Vicepresidente (Sección de Farmacia).—Úbeda.

Vicepresidente (Sección de Veterinaria).—Mut.

Vocales Médicos.—Potous y Gómez Ulla.

Vocales Farmacéuticos.—Casanovas y Cambronero.

Vocales Veterinarios.—Huertas y Téllez.

Secretario general.—G. Sierra.

Secretario de Actas.—Ferratges.

Esta Junta directiva, que presentará un Reglamento y organi-
zará el Ateneo, debe contar con el mayor apoyo y entusiasmo de
todos.

El Ateneo puede dar y dará seguramente muchos días de gloria
á los Cuerpos que le constituyen: puede ser la base de la clasifi-
cación del personal por la especialización de conocimientos, crite-
rio en el que asientan todas las reformas en lo porvenir; el Estado
cuenta con una Institución científica, cuyas conclusiones pueden
tener en su día carácter consultivo, pues no hay agrupación sani-
taria donde se reúnan los conocimientos que integran la Medicina,
la Farmacia y la Veterinaria, apiñadas en apretado haz científico,
en beneficio del soldado.

Por eso merecen el parabién del Cuerpo los iniciadores de esta
idea altruísta, y que servirá además para pulsar el valer de la co-
lectividad y el alto coeficiente intelectual de cuantos la forman, y
que no ha tenido hasta la fecha un Centro cual el formado, donde
darse á conocer.

En la primera sesión, que se anunciará oportunamente, se dis-
cutirá el Reglamento; en Octubre tendrá lugar la inauguración
oficial, y en seguida comenzarán las sesiones científicas, para las
cuales tienen ya anunciados temas gran número de compañeros.

A.

VARIEDADES

Por Real orden de 30 de Junio pasado ha sido ascendido á Teniente coronel del Cuerpo de Inválidos el Médico militar don Jerónimo Durán de Cottés, tan apreciado en nuestro Cuerpo por sus condiciones personales y científicas y por su valeroso comportamiento en la campaña de Cuba, en la que obtuvo muy merecidamente la Cruz laureada de San Fernando.

Reciba nuestra cariñosa enhorabuena el modesto y prestigioso compañero.

*
* *

Como verán nuestros lectores en la *Sección oficial* de este número, el día 1.º del próximo Septiembre darán comienzo en la Academia Médico-Militar los ejercicios de oposición para cubrir 35 plazas de Médicos alumnos de la misma.

*
* *

Ha sido nombrado Catedrático numerario de Anatomía descriptiva y Embriología, de la Facultad de Medicina de Madrid, el Dr. D. Florencio Porpeta y Llorente.

*
* *

Es interesante el concurso público que la Real Academia de Medicina de Barcelona abre para optar al premio de *cinco mil pesetas* en metálico, á favor del profesor Médico, Farmacéutico ó Veterinario de primera clase que presente trabajo escrito, de sobresaliente mérito, referente á uno de los temas siguientes:

1.º Exposición de uno ó varios hechos de observación personal ó interpretación original de hechos ya conocidos, concernientes á la anatomía, fisiología ó patología del aparato urinario.

2.º ¿Existen actualmente infecciones agudas febriles que no puedan ser clasificadas entre las especies morbosas conocidas?

¿Son, por el contrario, variedades de las infecciones descritas en los tratados?

Pruebas clínicas y microbiológicas de la opinión que se sus-
tente.

Y un accésit de «mil pesetas» al de la Memoria que, careciendo

de mérito absoluto para alcanzar el premio, lo tenga relativo suficiente para ser recompensada.

El plazo termina antes de las doce de la mañana del 30 de Septiembre de 1915.

*
* *

El día 7 del corriente fué visitado por S. A. R. la Infanta doña Isabel el Hospital militar de la Coruña.

Todas las dependencias fueron minuciosamente observadas por la egregia viajera y por las Autoridades civiles y militares de la región y provincia, quedando todos gratísimamente impresionados del orden y limpieza de que daban muestra los locales y de la esmerada asistencia de que eran objeto los enfermos.

La Infanta, tanto en el Hospital como en la comida con que obsequió á los Jefes de Cuerpo, manifestó al Director del Establecimiento y Jefe de Sanidad de la octava región, Sr. Zapico, que se hallaba admirada del partido que se había sacado de las condiciones del edificio, y que le haría presente á S. M. el Rey el estado de adelanto que observó en el Establecimiento, por lo que felicitaba cordialmente al personal del mismo.

*
* *

Hállanse bastante mejorados de sus respectivas dolencias el Subinspector Médico Sr. Urquidi y el alumno de la Academia Médico-Militar Sr. Urgel.

Celebraremos mucho su completo restablecimiento.

*
* *

Recortamos de *La Voz de Galicia* el siguiente suelto, que pone de manifiesto el aprecio que ha sabido granjearse en la Coruña el Subinspector Médico de primera clase Sr. Zapico:

«Para despedir al Director del Hospital militar, D. José Zapico, que ha sido nombrado Coronel de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, se reunió ayer noche en el «Ideal Room», en cena íntima, todo el personal á sus órdenes, no sólo de Médicos y Farmacéuticos de dicho Hospital, sino el personal administrativo, Brigada sanitaria y Capellanes de aquel Establecimiento, para demostrar el afecto y cariño hacia tan prestigioso Jefe, que deja recuerdos

gratísimos del tiempo que desempeñó la Dirección del Hospital y Jefatura de Sanidad Militar de la región.»

* * *

El día 13 del corriente, á las siete de la tarde, reunióse la Junta directiva del Ateneo de Sanidad Militar, en el local que ocupa la Academia del Cuerpo, para ocuparse del estudio del proyecto de Reglamento, que ha de ser presentado á la Junta general para su aprobación definitiva, con las modificaciones que se crean necesarias.

* * *

Premio de la Sociedad de Medicina de París.—*Premio Duparcque* (1.800 francos).—Se concederá á fines de Diciembre de 1914. Tema: «Medios de apreciar la actividad funcional del hígado. Sus aplicaciones á la Medicina y á la Cirugía.»

El plazo de presentación de las Memorias, que han de ser originales, terminará el 30 de Octubre del corriente año. Las Memorias estarán escritas en letras claras, y se remitirán al Secretario general de la Sociedad, Dr. Paul Guillón, 69, Boulevard Malesherbes; no debiendo sus autores firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado, que remitirán adjunto, el cual contendrá su nombre y residencia.

Premio Alfred Guillón (200 francos).—Se concederá á cualquier trabajo original, ó ya publicado, sobre «las enfermedades de las vías urinarias».

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Gangrenas por enfriamiento de las extremidades inferiores, por el Dr. L. Dreyer.—De un interesante y extenso trabajo sobre cirugía de guerra, de este autor, que no ex-

tracto en su totalidad por no añadir nada nuevo á las ya abundantes notas bibliográficas que de la campaña balcánica se han publicado en esta REVISTA, tomo los siguien-

tes datos, referentes á las gangrenas de las extremidades inferiores, observadas, sobre todo, del lado de los turcos, en cuyos hospitales practicó el autor. Fueron numerosas, y lo extraordinario fué su etiología, puesto que aparecían con temperaturas superiores á 0° sin nieve, en jóvenes y abstinentes de alcohol. Aparecían sólo en los pies; comenzaban por dolores, seguidos de hinchazón de los dedos, y éstos tomaban un tinte negruzco. Casi siempre, la gangrena era doble; se extendía á todo el pie, se acompañaban muchas veces de edemas de pierna y muslo y de diarreas profusas, que hicieron pensar si todos estos enfermos serían coléricos. Algunas veces, había dolores intensos. La buena alimentación, calor, reposo y tranquilidad mejoraban rápidamente estos estados. Además de la cura seca y caliente, la tintura de iodo, que tan buenos resultados da en las formas ordinarias de gangrena, aquí los dió muy malos. Respecto á las causas, el autor elimina el cólera, la disenteria y demás infecciones; tampoco las compara con las de enfriamiento. Para él, las malas condiciones generales: fatiga, alimentación insuficiente, depresión de ánimo, son causas predisponentes. Como causa local para Dreyer, la exclusiva es la humedad sostenida. Casi todos los enfermos vivían en un suelo húmedo, y conservaban el calzado mojado puesto durante muchos días. El uso de borceguíes abiertos y de vendas de lana, que tan mal defienden el pie de la humedad, favoreció la presentación de estas gangrenas, que no se observaron en serbios y griegos, que usaron calzado de cuero alto hasta media pierna, con lo que

estaban mejor protegidos contra la humedad. — (*Deut. Méd. Woch.*, 1914, núm. 16.)—*F. G. D.*

* * *

Radioterapia, por los rayos X, de las glándulas suprarrenales en la hipertensión arterial.—*MM. Sergent y Cottenot (Société Médical des Hôpitaux)*, comunican 12 observaciones relativas á enfermos que presentaban hipertensión arterial y que fueron tratados por la irradiación, mediante los rayos X, de las glándulas suprarrenales. Los rayos X tienen una acción moderatriz sobre todas las secreciones glandulares, y estaba indicado emplearlos para moderar la secreción suprarrenal, la cual juega importante papel en la regulación de la presión arterial. Y si es exacto atribuirle, con Vaquez, á un hiperfuncionamiento suprarrenal, las hipertensiones, que no explican ni el estado de los riñones ni el del sistema vascular, era lógico pensar que los rayos X, disminuyendo la secreción suprarrenal, pudiesen ejercer sobre estas hipertensiones una influencia favorable.

M. Cottenot reunió ya en su tesis una serie de ensayos hechos con M. Zimmern, y que han demostrado la utilidad que este método podía ofrecer en la hipertensión pura. Los nuevos hechos observados por M.M. Sergent y Cottenot, en número de 12, han venido á confirmar esta primera serie.

En estos 12 enfermos, 11 sufrieron descenso de su presión arterial, pero fué en los hipertendidos puros, sin lesión renal, sin esclerosis arterial, en los que las irradiaciones determinaron las modificaciones más poderosas. También se observó en

ellos la mejoría de los trastornos funcionales: desaparición de la disnea, de las palpitaciones, etc.

Es de notar que el descenso de la tensión arterial no fué momentáneo, sino que se mantuvo bastante tiempo, y en ciertos enfermos duró más de un año.

El método, fácil de utilizar, puesto que no se necesita más que una serie de cinco sesiones de veinte minutos de duración, pudiendo ser renovado una ó varias veces, no presenta ningún inconveniente, pudiendo prestar grandes servicios cuando va dirigido á una categoría de hipertensión: las hipertensiones funcionales, sin lesión de esclerosis contituida.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, Abril 1914.)—*J. P.*

* * *

Empleo de las soluciones concentradas de neosalvarsán, por Becker.—Recomienda el autor disolver en 2 c. c. de disolución fisiológica el neosalvarsán é inyectarlo con una jeringuilla de Ricord, de esta cabida en las venas del antebrazo. Sus ventajas son: simplificación del instrumental; notable disminución del tiempo empleado; alejar los posibles riesgos de la inyección de gran cantidad de agua y sal; evitar la autooxidación del neosalvarsán; falta de dolor; menor reacción general; igualdad de efecto terapéutico y posibilidad mayor de cura ambulatoria. Su técnica es sencilla: 1.º Esterilizar la jeringa y armarla. 2.º Llenarla, por aspiración, de la disolución fisiológica. 3.º Romper la punta de la ampolla en que se expende el medicamento, inyectar la disolución clorurado-sódica en

la ampolla, y aspirar y reinyectar hasta disolver por completo el medicamento. 4.º Dejar la jeringuilla preparada sobre la mesa y puncionar una vena del antebrazo con otra aguja de platino. 5.º Cuando se vea salir sangre, retirar la aguja que tenía la jeringuilla anteriormente, y enchufar la jeringa en la aguja que ha perforado la vena. 6.º Inyectar lentamente, sobre todo al principio, para prevenir una posible desviación de la aguja.—(*Deut. Mil. ärzt. Zeit.* 1914, H. 7.)—*F. G. D.*

* * *

Concepto clínico de la tifobacilosis, por Krokiewicz.—Este tipo morboso particular fué descrito por Landouzy en 1885.

Esta afección presenta los síntomas de la forma aguda de la tuberculosis, pero sin tubérculos; su marcha clínica se asemeja grandemente á la de la fiebre tifoidea. Difiere, sin embargo, de ella, en que la curva de la fiebre es menos constante y en que presenta oscilaciones mucho más pronunciadas. Además, los trastornos del aparato digestivo no son tan apreciables. Se distinguen tres formas clínicas de tifobacilosis:

1.^a El enfermo sucumbe en el período agudo.

2.^a El enfermo se restablece después de terminada la fiebre bacilar; pero su restablecimiento no es más que momentáneo; después de cierto tiempo, la tuberculosis aparece sobre algún órgano, y por poco que continúe desarrollándose, acarrea la muerte del enfermo; y

3.^a El enfermo, lo que es bastante raro, se cura completamente.—(*Revue de Médecine*).—*J. P.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Los servicios médicos de los aliados en la guerra de los Balkanes. —

El Médico mayor M. Consergue (*Arch. Méd. Phar.*, Agosto y Septiembre, 1913) fué comisionado por el Gobierno francés para estudiar los servicios médicos en los Ejércitos aliados durante la guerra de los Balkanes, y ha formulado una extensa Memoria que termina por un sumario en que señala lo que, á su juicio, es digno de tomarse en cuenta por el servicio sanitario de su país. Las notas que siguen son un extracto de este sumario:

Equipo.—Si fuese posible dotar al soldado de un casco y unas hombreras á prueba de balas, se salvarían muchas vidas.

Organización.—Si una ambulancia de campaña pudiese permanecer inmovilizada á la inmediatez del campo de batalla, y tomar á su cargo los casos graves, sus servicios serían importantísimos. El nuevo tipo francés de ambulancia inmovilizada está admirablemente organizado para este fin. Las curaciones preparadas han prestado excelentes servicios: todo Oficial ó soldado debe estar instruido en el modo de emplearlos.

Cada Cuerpo de Ejército debe dotarse de un aparato radiográfico; si estuviese montado sobre un carruaje automóvil y produjese su propia electricidad, sería el ideal. Podría situarse en el parque sanitario móvil, y después del combate se envia-

ría á recorrer todas las unidades sanitarias que pudiesen necesitar sus servicios. Este sistema se siguió con muy buen éxito en el Epiro. La recogida de los heridos encuentra grandes dificultades durante el día; por lo regular, tiene que hacerse durante la noche; por esta razón, los camilleros deben dotarse de buenas lámparas que puedan ocultar la luz cuando sea preciso.

La gran mayoría de los heridos se evacuan por sí solos; pero hay que tomar medidas para indicarles con seguridad el camino que deben seguir para llegar á las unidades sanitarias. Si los trenes de ambulancia pueden aproximarse al campo de batalla, el trabajo sanitario de la evacuación se facilita considerablemente. Ninguna operación quirúrgica debe practicarse en los puestos de curación.

En las ambulancias inmovilizadas pueden retenerse por algunos días ciertas clases de heridos y practicar las operaciones que reclaman: heridas penetrantes en el cráneo, tronco, abdomen y grandes articulaciones; fracturas de la espina dorsal y huesos largos, y todos los casos sépticos.

El hospital estacionario próximo al frente de las tropas, debe retener todos los heridos en las partes blandas y los enfermos leves, siempre que se estime que su curación sólo requiere diez días ó menos; los casos más graves sólo deben permanecer en estos hospitales mientras

no se hallen en disposición de soportar el transporte. Los casos ineficaces no deben ser evacuados al interior del país sin tomar todas las precauciones convenientes para que la enfermedad no se extienda.

Los principios acabados de establecer no concuerdan con el de la «evacuación á todo trance», que se practicó durante la guerra ruso-japonesa, por razones puramente locales. En la Europa occidental, donde existen amplias facilidades para el tratamiento de gran número de enfermos y heridos, no sería prudente, por muchas razones, exagerar la evacuación hacia el interior del país.

Cousergue indica que la denominación «Impropio para el transporte» produce alguna confusión en el juicio de los oficiales Médicos. En los casos de heridas penetrantes en el cráneo, abdomen ó espina dorsal, no pueden ser dejados los pacientes en el lugar en que fueron heridos, sino que deben ser transportados al hospital más próximo. No se trata desde luego de hacerles soportar una larga jornada, sino de un par de horas, á lo más, en un automóvil, con tal que así se consiga colocarlos en un hospital en que existan buenos medios de asistencia y curación. La denominación «Impropio para ser transportado», debe reemplazarse por esta más clara: «Impropio para evacuación.»

El mismo Cousergue calcula, que las bajas pueden estimarse en estas proporciones:

Heridos, 10 por 100 de las tropas que combaten.

Heridos por bala de fusil, 90 por 100 del total de heridos.

Idem por la artillería, 0,5.

Idem por arma blanca, 9,5.

(Hay que tener en cuenta lo mal utilizada que ha sido la artillería turca.)

La mortalidad entre los heridos recogidos en el campo de batalla la estima:

En el mismo campo de batalla, 10 por 100 de los heridos.

En los puestos de curación avanzados, 2.

En la ambulancia de campaña, 3.

En los hospitales del interior, 0,25.

Las entradas de hospital y las muertes por enfermedad:

Entradas diarias, 22 por 1.000 de la fuerza.

Muertes anuales, 15,5 por ídem.

Todas estas cifras son menores que las admitidas para otras guerras; pero Cousergue piensa que están justificadas por el mejor uso de cubrirse en el campo de batalla con los obstáculos naturales ó artificiales y por el progreso y amplitud de los servicios sanitarios C. E. P.—(*Journal of the Royal Army Medical Corps.*, Enero 1914.)
J. P.

* * *

Neurosis y psicosis en campaña, por el Dr. Consiglio.—Observó el autor 39 casos y otros 50 el doctor Abundo, todos ellos soldados de las últimas expediciones. La mayor parte presentaban estados neurasténicos con depresión, y abundaban los histéricos con estados de «ensueños en acción», *reverie accionata*. Las conclusiones que el autor establece son las siguientes:

No se debe permitir en una campaña, que hagan explosión las psicosis ni las neurosis. Para evitar estas verdaderas epidemias de nervios, los especialistas examinarán todos aquellos soldados que sus Je-

fes ó sus Médicos consideran sospechosos de alteración mental. La mayor parte de los enfermos que ingresan en los hospitales presentaban ya una marcada predisposición anteriormente reconocida, y una herencia de nervios muy intensa.

Todo soldado que al frente del enemigo comete una acción que cae dentro del Código, debe ser examinado por un especialista, por si fuera un enfermo mental.

Los síntomas de epilepsia se observan rara vez en los hospitales entre los enfermos que como tales ingresan. Son, por el contrario, muy

frecuentes en los sujetos á observación, por haber cometido actos criminales.

Se desprende de los estudios de conjunto, que los efectos producidos por las causas exteriores están en relación fija y constante con el estado mental previo del paciente, y se evitarán enfermos y delitos si fueran eliminados los sospechosos desde el comienzo, ó por lo menos se les alejare del frente y quedaran empleados en servicios de retaguardia, en los que quizá pudieran ser aprovechados sus servicios.—(*Giornale de Medicina Militare*, 1913, fas. 1.)—*F. G. D.*

BIBLIOGRAFÍA

Tratamiento científico de la obesidad, por el Dr. D. Arturo Galcerán Gaspar.

Comienza el autor por deslindar los orígenes de dicho estado patológico, citando entre las causas endógenas principales las alteraciones en las glándulas de secreción interna, asignando, en consecuencia, obesidades por alteraciones tiroidianas, pancreáticas, orquídeas, ginecopáticas, hipofisarias y esplénicas.

Describe asimismo los seis órdenes que establece en cuanto á los recursos terapéuticos contra el citado mal, valorando la oportunidad del tratamiento dietético, higio-terapéutico, opoterápico, farmacoterápico, fisioterapéutico y electro-mecánico, que constituyen aquellas seis divisiones.

Acompañan al folleto del Dr. Galcerán nueve hermosos grabados de los aparatos que emplea durante la asistencia de los pacientes, con cuyo procedimiento ha conseguido reducir el peso de los obesos en cinco kilogramos cada mes.

El mencionado tratamiento, como fundamento se expresa en el título del trabajo, descansa sobre bases perfectamente científicas y modernas.

J. P.

SECCIÓN OFICIAL

- 9 Marzo... — Real orden (*D. O.* núm. 142) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Fernando Marzo Abecia, D. Rafael Chicoy Arreceigor, D. Ignacio Sanz Felipe y D. Tomás Mancho-las Prado, y al Farmacéutico primero D. Manuel Dron-da Surio.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 142) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Rafael Lorente Federico, D. Antonio Nafria Maqueda y D. José Crende Martinez.
- 21 » Real orden (*D. O.* núm. 143) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector médico de segunda D. Isidro Lorenzo González, y á los Médicos primeros D. Juan Luis Subijana y D. Aurelio Belsol Oria.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 144) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Antonio Martínez Carvajal, D. Francisco Molinos Romeo y D. José Sueiras Olave; á los Médicos primeros D. Mariano Navarro Moya y D. Juan León Taboada, y á los Médicos provisionales D. Ramón Torra Bassols y D. Leopoldo Fernández Gomara.
- 31 » Real orden (*D. O.* núm. 145) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Felipe Martínez Rodríguez y D. Miguel Parrilla Bahamonde.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 146) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero don Fidel Pagés Miravé.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 147) aprobando y declarando in-

- demnizables las comisiones conferidas al Subinspector médico de segunda D. Félix Estrada Catoira, al Médico mayor D. Eliseo Rodríguez Sayans, al Médico primero D. Francisco Cid Fernández y al Médico provisional don Salustiano Más Cleries.
- 13 Abril....—Real orden (*D. O.* núm. 147) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico primero D. Nemesio Díaz Mena y al Médico provisional D. Antonio Bonora Tejada.
- 15 » » » Real orden (*D. O.* núm. 148) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector médico de segunda clase D. Juan Valdivia Sisay, al Médico mayor D. Francisco García Barsala, al Médico primero D. Rafael Chicoy Arreceigor y al Farmacéutico primero D. Manuel Drona Surio.
- 27 » » » Real orden (*D. O.* núm. 150) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Santiago Pérez Sais y D. Francisco García Barsala, y á los Médicos primeros D. Antonio Muñoz Zuara y D. Rafael Chicoy Arreceigor.
- 28 » » » Real orden (*D. O.* núm. 151) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo, y á los Médicos primeros D. Braulio Reino Soto, D. Felipe Martínez Rodríguez y D. Gerardo Pastor Fernández.
- » » » » » Real orden (*D. O.* núm. 151) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Isidro Lorenzo González y D. Victor García Iparraguirre; á los Médicos mayores D. Mariano Esteban Clavillar, D. Quintín Aracama Alava, D. Jesús Prieto Maté y D. Virgilio Hernando Quevedo; á los Médicos primeros D. José Crende Martínez, don Francisco Peña Azaola y D. Ignacio Bofill Combules, y al Médico provisional D. Daniel García Hormache.
- » » » » » Real orden (*D. O.* núm. 152) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores Médicos de segunda clase D. Félix Estrada Catoira y D. Francisco Magdalena Murias; á los Médicos mayores D. Alfredo Pérez Viondi y D. Eliseo Rodríguez Sayans;

- á los Médicos primeros D. Aquilino Martínez Vieta, don Francisco Cid Fernández y D. León Romero Corral, y al Médico provisional D. Salustiano Más Claries.
- 4 Mayo....—Real orden (*D. O.* núm. 153) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero don Eduardo Talegón Arcas.
- 26 Junio....—Real orden (*D. O.* núm. 142) disponiendo que el Farmacéutico mayor D. Cesáreo de los Mozos Salvador, en situación de reemplazo por enfermo, quede en la de reemplazo forzoso hasta que le corresponda obtener colocación, por hallarse restablecido.
- 27 » » Real orden (*D. O.* núm. 142) disponiendo lo siguiente:
- 1.º Se convoca á oposiciones para cubrir 35 plazas de Médicos-alumnos de la Academia Médico-Militar, á los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten, hasta el 26 de Agosto próximo, con sujeción á las bases y programas aprobados por Real orden de 10 de Abril de 1913 (*D. O.* núm. 80 y *Gaceta de Madrid* número 106).
 - 2.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta Corte y en el local de la Academia, calle de Altamirano, número 33, dando principio en 1.º de Septiembre del año actual; y
 - 3.º De conformidad con lo prevenido en el art. 25 de las bases, el tribunal de oposiciones celebrará su primera sesión pública en dicho local, á las diez del día 31 del citado mes de Agosto, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos á las oposiciones, á fin de determinar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.
- Real orden (*D. O.* núm. 143) disponiendo quede modificada la última parte de la Real orden circular de 23 de Marzo último (*D. O.* núm. 66) en el sentido de que se expenda al público en las Farmacias militares una cajita, con arreglo al modelo presentado por aquel Centro, con los elementos integrantes de una vacunación antitífica individual completa, al precio de 4,25 pesetas, en substitución de las dosis adoptadas.
- 30 » » Real orden (*D. O.* núm. 143) concediendo el retiro para Madrid al Subinspector Médico de primera clase D. Mar-

- celino González Rodríguez, por haber cumplido la edad reglamentaria para obtenerlo.
- 30 Junio... — Real orden (*D. O.* núm. 144) asignando el haber mensual de 600 pesetas al Subinspector Médico de primera clase, retirado, D. Hermenegildo González Rodríguez.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 145) destinando al Ministerio de la Guerra, en vacante de plantilla, al Médico primero don Julio Ortiz-Villajos Muller, perteneciente al Regimiento Infantería de La Albuera, núm. 26.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo que el Médico mayor D. Carlos Corso Serrano, ascendido, de la ambulancia montada de la cuarta Región, pase á situación de excedente en la segunda Región y en comisión al Hospital de Sevilla, y que el Médico primero D. Julio Villar Madueño, de eventualidades del servicio en Melilla, pase destinado al primer batallón del Regimiento Infantería de La Albuera, núm. 26.
- 3 Julio... — Real orden (*D. O.* núm. 146) disponiendo que los Subinspectores Médicos de segunda clase D. José Masfarré Jugo, excedente en Ceuta y en comisión Director del Hospital de Tetuán, y D. Fidel Lombana Sáez del Hospital de Granada, cambien entre si de destino á solicitud propia.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 146) concediendo veinticinco días de licencia por asuntos propios para París (Francia) al Médico segundo D. Juan Castells de Santiago.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 147) aprobando los presupuestos de 229 y 757,05 pesetas, formulados por la Junta económica del Parque de Sanidad Militar para envases y realizar diversas remesas de material á los hospitales y parques de Africa y á los hospitales de la Península.
- 6 » » Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo al Subinspector médico de segunda clase D. Manuel Martín Salazar la cruz de segunda clase del Mérito Militar, con distintivo blanco, pensionada con el 10 por 100 del sueldo de su actual empleo hasta su ascenso al inmediato, por las obras de que es autor, tituladas *Inmunidad con aplicación á la higiene y terapéutica de las enfermedades infecciosas* y *La lucha contra la fiebre tifoidea*.

6 Julio—Real orden (*D. O.* núm. 148) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, á los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan:

Subinspectores Médicos de segunda clase D. José González García y D. Eliseo Muro Morales; Médicos mayores D. Antonio Fernández Victorio Cocña, D. José Barreiro de la Iglesia y D. Eduardo Coll Sellarés; Médicos primeros D. José Guich Puigdollers, D. Domingo Coma Ajuria y D. Eulogio del Valle Serrano, y Médicos segundos don Delfin Hernández Irigaray, D. Felipe Pérez Alvarez y D. Nicolás Bonet Luna.

8 » » Real orden (*D. O.* núm. 150) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos del Cuerpo que á continuación se expresan, pasen á ocupar los destinos que se señalan:

Subinspector Médico de primera clase: D. José Paredes y Rodriguez, Jefe de la Brigada de tropas del Cuerpo, á desempeñar los cargos de Jefe de Sanidad Militar de la octava Región y Director del Hospital de Coruña.

Subinspectores Médicos de segunda clase: D. José Masfarré y Jugo, destinado al Hospital de Granada por Real orden de 8 del corriente mes (*D. O.* núm. 146), á la ambulancia montada de la primera Región, y D. Luis Martí Lis, de la ambulancia montada de la primera Región, al Hospital de Granada.

» » Real orden (*D. O.* núm. 150) confiriendo el mando de la Brigada de tropas del Cuerpo al Subinspector Médico de primera clase D. José Zapico Alvarez.

» » Real orden (*D. O.* núm. 151) concediendo la separación del servicio al Médico segundo D. José Blanco Hernández, sin goce de sueldo ni uso de uniforme; quedando adscrito á la Reserva facultativa del Cuerpo, con el empleo de Médico segundo, hasta cumplir su compromiso con el Ejército.

9 » » Real orden (*D. O.* núm. 151) resolviendo quede sin efecto la excepción (*g*), art. 3.º, de la Real orden circular de 28 de Abril último (*D. O.* núm. 94), pudiendo, por tanto, ser destinados en lo sucesivo á dichos territorios los Je-

fes y Oficiales y sus asimilados á quienes les corresponda, no obstante hallarse en la situación de supernumerarios sin sueldo, cualquiera que sea el tiempo que lleven en dicha situación y la causa que la motivara, salvo los representantes en Cortes y los Gobernadores civiles de las provincias.

10 Julio. . . .—Real orden (*D. O.* núm. 153) disponiendo que por el Centro técnico de Intendencia se anuncie con toda urgencia un concurso para que en el plazo de treinta días, á contar desde la fecha de su publicación, presenten los industriales que lo deseen modelos de camas para Hospitales militares, con objeto de elegir el que reúna mejores condiciones para dicho servicio, y nombrándose por el Ministerio de la Guerra el personal del Cuerpo de Sanidad Militar que, con el del Centro técnico de Intendencia, informe respecto á las condiciones higiénicas de dicho efecto.

» » Real orden (*D. O.* núm. 153) disponiendo que los Jefes y Oficiales destinados fuera de los territorios de Africa permanezcan en los mismos hasta la incorporación de sus relevos, y que tanto el quinto de sueldo de los que fuesen destinados á situación de excedentes, como la gratificación del 50 por 100 para éstos y los que se destinen á situación activa, sean reclamados por el habilitado correspondiente, con cargo á la sección 12 del presupuesto, acompañando copia de la Real orden telegráfica que autorice la permanencia de aquéllos en el destino que desempeñaban.

» » Real orden (*D. O.* núm. 153) disponiendo que el Médico primero D. Enrique Ostalé González, destinado á eventualidades del servicio en la quinta Región, continúe en el territorio de Ceuta hasta la incorporación de su relevo.

» » Real orden (*D. O.* núm. 153) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Luis Modet Aguirrebarrena.

Con este número repartimos un prospecto del medicamento TABLETAS «BAYER» DE ISTICINA, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.