

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

FUNDADA EN 1886

PUBLICACIÓN QUINCENAL

(TERCERA ÉPOCA)

DIRECTOR

MANUEL MARTÍN SALAZAR

MÉDICO MILITAR

REDACTOR JEFE

JOSÉ POTOUS Y MARTÍNEZ

MÉDICO MILITAR

Comité permanente de colaboración:

F. G. DELEITO—E. ALONSO GARCÍA SIERRA—P. FARRERAS

Médicos militares.

S. CAMBRONERO

Farmacéutico militar.

Tomo XIII.—Año 1923

MADRID

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO NIETO Y COMPAÑIA

Tutor, 16, teléfono 20-42 J.

1923

Nota sobre el uso del dimol en el tratamiento de la diarrea estival de los niños.....	681
Nuevos reactivos para investigar el ácido cianhídrico	489
Taquicardia ventricular paroxística.....	542
Tratamiento de la corea por inyecciones intrarraquídeas de soluciones isotónicas de sulfato de magnesia.....	600
Tratamiento de la pelada.....	166
Tratamiento de la pústula maligna.....	58

PRENSA MILITAR PROFESIONAL:

A propósito de los barcos hospitales.....	135
Bala de fusil intrainestinal, sin reacciones abdominales, en un tirador francés de Marruecos.....	543
Conclusiones sobre el servicio médico regimental en el Ejército francés.....	191
Delirio y demencia precoz en un soldado	54
Desinfección de un almacén militar de provisiones con el ácido cianhídrico	601
Efectos de la medicación intratraqueal sobre las lesiones respiratorias de los gases inflamables.....	19
El estado sanitario de los trabajadores en una fábrica de cargas de obuses.....	364
El mal de Pott en el soldado.....	405
Heridas toracopulmonares de guerra.....	632
La depuración de las aguas potables para las tropas en campaña	288
La frecuencia de portadores de «Entamoeba» disintérica entre los soldados regresados del servicio de Europa	230
La reeducación física del soldado indígena en Argelia.....	111
La tuberculosis en la paz y en la guerra.....	686
La vacunación antitífoparática en Francia durante la guerra.....	343
Las enfermedades venéreas en el Ejército de las Indias holandesas.....	429
Lesiones de guerra del cráneo y del cerebro	460
Los dentistas en el servicio regimental en la guerra.....	656
Organización del servicio de Sanidad en el Ejército danés.....	578
Profilaxis de la gripe en el Ejército.....	519
Progresos realizados en el funcionamiento del servicio de Sanidad en Francia durante la guerra 1914-18	490
Reeducación física en la Escuela Militar de Gimnasia de Joinville le Pont.....	77

Reviviscencia de la malaria a continuación del regreso de soldados procedentes de las orillas del Piave.....	167
Tuberculosis pulmonar y reclutamiento en el Ejército.....	314
Pagés. G. Sierra	527
¡Pagés ha muerto! M. Gómez Ulla	558
Problemas médicos militares. P. Farreras	145

R

Respecto al tratamiento de enfermedades de vías lagrimales. Servando Casas Fernández	321
---	-----

S

Sanguijuelas en la garganta. Servando Casas	587
Sección oficial.. 20, 55, 79, 113, 137, 169, 192, 231, 257, 290, 315, 344, 365, 406, 430, 462, 492, 521, 544, 579, 603, 635, 659 y	691
Segundo grupo de Hospitales militares. Hospital de indígenas. Nicolás Bonet	381
Sobre la existencia de un espacio paravertebral hipersonoro en el pneumotórax de tensión. Fidel Pagés	265 y 298

T

Temas de actualidad: Índice de bases para la reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar.....	327
Temas de actualidad: La reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar.....	205
Temas de actualidad: Más detalles sobre el programa de reorganización del Cuerpo de Sanidad Militar.....	298

U

Un caso de intoxicación por vía rectal con la estovaina. Dr. Leopoldo López Pérez	180
--	-----

V

Variiedades... 16, 50, 74, 105, 132, 165, 189, 225, 255, 284, 311, 341, 361, 402, 427, 458, 488, 516, 540, 573, 598, 626, 658 y	679
Varios casos de cirugía de guerra. Florencio Herrero	665
Suplemento.—Manual Legislativo.	

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XIV.

Madrid, 1 de Enero de 1924.

Núm. 1.

SUMARIO

Osmonocividad terapéutica y fisiológica, por **Saturnino Cambronero**.—*Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y desinsectación en tiempos de paz y de guerra* (continuación).—*Manual práctico de exploración y examen de las facultades mentales* (conclusión), por **Julio Camino**.—*Neurología*: Excmo. Sr. D. Ezequiel Monte Lago y D. Florentino López y López.—*Variedades*.—*Prensa médico-farmacéutica*: Tabes y atrofia óptica.—*Prensa militar profesional*: Las pérdidas ocasionadas por la guerra en el Ejército francés.—*Bibliografía*.—*Sección Oficial*.

OSMONOCIVIDAD TERAPÉUTICA Y FISIOLÓGICA

PREPARACIÓN EXTEMPORÁNEA DE SOLUCIONES "ISOTÓNICAS,"

Los fenómenos de impulsión y transporte de substancia que las soluciones iónicas ejercen a través de las membranas que los separan, son conocidos con el nombre de ósmosis, y todos sabemos que el fenómeno osmótico termina cuando las soluciones que separan tabique semipermeable son igualmente concentradas. Y porque sus presiones osmóticas son iguales, se dice que estas soluciones son entre sí *isotónicas*.

Las de concentraciones diferentes son *anisotónicas*, denominándose *hipertónicas* las de mayor presión osmótica con relación a otra menor concentrada, la cual a su vez es *hipotónica* con respecto a la anterior.

En las células animales, la capa ectoplásmica juega el papel de tabique permeable a la corriente que caracteriza la ósmosis y el desenvolvimiento normal de ellas sólo puede hacerse en un medio isotónico al líquido que las baña en estado fisiológico. Los líquidos anisotónicos son osmonocivos, porque la célula sufre si se pone en contacto, aun en el caso que estos líquidos no sean tóxicos.

Importa, pues, llevar las substancias terapéuticas al contacto de los elementos histológicos por medio de soluciones isotónicas a los líquidos en los cuales viven normalmente, y si, según esto, los colirios deben ser isotónicos con las lágrimas, las soluciones inyectables directamente en las venas o en los tejidos deben serlo con el suero sanguíneo, ya que de este modo no se turba el equilibrio físico de los líquidos orgánicos, se disminuye la sensación dolorosa de la inyección, y es más feliz el resultado terapéutico por que no hay nocividad por ósmosis, o sea osmonocividad.

Ahora bien; como en la práctica es difícil obtener en cualquier momento la isotonia perfecta, es bastante disponer de concentraciones moleculares, cuya presión osmótica se aproxime lo más posible a la del suero de la sangre, cuyas soluciones se las denomina *paraisotónicas*, y creemos es llegado el momento de exponer la manera de preparar éstas.

Los procedimientos más exactos son, sin duda, aquellos que se sirven de la determinación crioscópica del líquido, y según la cifra obtenida, diluir con agua destilada o concentrar por adición de cloruro sódico lo bastante para obtener líquido cuyo punto de congelación sea— $0,^{\circ}56$, pero esta determinación de crioscopia, fácil y sencilla en un laboratorio, no lo es tanto en la generalidad de las farmacias, donde a veces la preparación extemporánea de unas ampollas no consiente este entretenimiento, o se carece de termómetro especial, crioscopio, etc., y, como escribimos para farmacéuticos en ejercicio, y es preciso atender siempre a circunstancias que la realidad impone, en vez de exposición detallada de aquéllos, nos contentamos con un procedimiento que si no fuere tan exacto, es, sin embargo, lo bastante aproximado para llenar científica y prácticamente nuestro cometido profesional.

Consiste en la aplicación de la fórmula dada a conocer por el muy distinguido farmacéutico D. Francisco Nicola de Italia,

$$p \frac{0,3029}{1} m$$
, en la cual p es el *peso en gramos* de la substancia

que es necesario disolver en cantidad suficiente de agua para formar *un litro* de solución isotónica con el suero sanguíneo; 0,3020 expresa la concentración molecular isotónica de una solución de cloruro sódico; i representa el *coeficiente de disociación* de la substancia disuelta, y m el peso molecular de la misma; mas para dar-

nos cabal cuenta de estos valores y poder aplicarlos, recordaremos sus fundamentos.

Para que una solución sea isotónica con el suero sanguíneo ha de tener como punto crioscópico la temperatura de $-0^{\circ},56^{\circ}$, y el título de una solución de cloruro sódico que reúna estas condiciones (según estudios experimentales llevados a cabo) es 9,50 gramos disueltos en cantidad suficiente de agua destilada para obtener un litro; por consiguiente, las soluciones al 7,5 y al 8 por 1.000 que ordinariamente se emplean son sencillamente para-isotónicas.

La concentración molecular normal de una solución de cloruro sódico al 9,5 por 1.000 se conoce dividiendo 9,5 entre la cifra que expresa el peso molecular del cloruro sódico, que es 58,5, y se tendrá así el número 0,1624.

Pero el cloruro sódico es un electrolito en el que parte de sus moléculas se escinde en dos iones ($\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$); estos iones libres actúan en la presión osmótica como si fuesen moléculas, y por los datos experimentales de Campetti y Nazari, que sirvieron de base a los estudios de Chiaría (que Nicola recuerda y a que nosotros hemos hecho referencia anteriormente), se conoce que la solución de 9,5 gramos por litro se escinde a la temperatura de 0° , de tal manera, que de 100 moléculas se obtienen 172 iones; más 14 moléculas inalteradas, que hacen un total de 186 elementos, entre iones y moléculas; de modo, que para saber cuál es la concentración molecular isotónica de la solución de cloruro sódico al 9,5 por 1.000, bastará multiplicar por 1,86 (elementos activos que proporciona una molécula) el número que expresa su concentración molecular normal. Se ha visto anteriormente que éste es 0,1624; luego $0,1624 \times 1,86 = 0,3020$, que es el mismo consignado en la fórmula de Nicola. El símbolo i expresa, según se ha dicho, el coeficiente de disociación, y ya se sabe que cierto número de moléculas de la substancia disuelta se disocian dando dos, tres, cuatro partes fragmentarias que, para los efectos de la presión osmótica y hacer bajar el punto de congelación, hay que considerarlas como moléculas enteras.

Ya hemos visto que cien moléculas de cloruro sódico de la so-

ELIXIR J. POLO :: Bromo-Iodurado :: Gran
sedante nervioso.

Muestras y literatura para los señores doctores:

Casa STEINFELDT, Prado, 15. — MADRID

lución al 9,5 por 1.000 produce 186 elementos activos, entre moléculas y iones; de suerte, que a una molécula le corresponde 1,86. Esta cifra, que ya nos es conocida y que expresa el valor de i para el cloruro sódico, varía con la naturaleza de la substancia disuelta, con la concentración y temperatura, por lo cual, en la práctica sólo puede pretenderse una isotonia aproximada, y el valor absoluto de i se sustituye por otros que De Wreiss ha deducido experimentalmente estudiando la plasmolisis, fijando en 1 para los cuerpos no electrolíticos; 1,5 para aquellos electrolíticos que se disocian en dos iones; dos para los que se escinden en tres iones, y 2,5 para los que dan lugar a cuatro iones. Con las sales de ácidos polibásicos que presentan una o más funciones ácidas débiles y libres, no se tiene en cuenta, al valorarlo, el coeficiente de disociación de los átomos libres del hidrógeno.

Unos ejemplos demostrarán la utilidad práctica de la fórmula.

Sea una solución isotónica de glucosa $p = \frac{0,3020}{1} m$; sustituyendo valores

$$p = \frac{0,3020}{1} \times 180 = 54,36.$$

La solución se preparará disolviendo 54,36 gramos de glucosa anhidra en c. s. de agua destilada para formar un litro. Las soluciones al 45 y 47 por 1.000 son para-isotónicas.

Aunque como puede verse la sustitución de los ejemplos es extraordinariamente fácil conociendo el peso molecular de la substancia de que se trate y la clase de disociación que experimenta, queremos rendir homenaje al autor del procedimiento, trasladando aquí algunos de los suyos.

Supongamos que se desea preparar una solución isotónica de cacodilato de sodio anhidro. Cacodilato sódico anhidro

$$m = 160 \quad i = 1,5 \quad p = \frac{0,3020}{1,5} \times 160 = 32,20 \text{ en } 1.000 \text{ c. c.}$$

Cuando en la misma preparación concurren por partes iguales dos, tres o cuatro substancias, se resuelve la fórmula de Nicola para cada una, y se toma $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$ ó $\frac{1}{4}$ del valor de p encontrado, según sea dos, tres o cuatro cuerpos distintos.

Sea solución por partes iguales de sacarosa y sulfato sódico

$$\text{Sacarosa } m = 342 i = 1 p = \frac{0,3020}{1} \times 342 = 103,28$$

Sulfato sódico cristalizado

$$m = 322 i = 2 p' = \frac{0,3020}{2} \times 322 = 48,62$$

$$\left. \begin{array}{l} \frac{1}{2} \text{ de } 103,28 = 51,64 \text{ gramos de sacarosa} \\ \frac{1}{2} \text{ de } 48,62 = 24,31 \text{ gramos de sulfato sódico} \end{array} \right\} \text{ en 1.000 c. c.}$$

Cuando soluciones hipotónicas de que se dispone se quiere hacer isotónicas, es preciso conocer si hay incompatibilidad con el cloruro sódico, cuya sal se utiliza preferentemente con este objeto, y emplear en caso necesario el bicarbonato sódico o el nitrato sódico.

Lumière y Chevrotier han determinado el título de estas soluciones cuyo grado crioscópico es $-0,56$, resultando el de $9,5$ por 1.000 para el cloruro sódico ($i = 1,86$); 14 por 1.000 para el bicarbonato sódico ($i = 1,80$), y el 14 por 1.000 para el nitrato sódico cuyo valor de $i = 1,82$.

Supongamos que se desea hacer isotónica una solución de clorhidrato de cocaína al 10 por 1.000 .

Peso molecular del clorhidrato de cocaína	$339,6 i = 1,5$
Peso molecular del cloruro sódico	$58,5 i = 1,86$

$$\frac{10}{339,5} = 0,0294 \times 1,5 = 0,0441 \quad \frac{0,3020 - 0,0441}{1,86} \times 58,5 = 8,10$$

se deberá añadir $8,10$ gramos de cloruro sódico a la solución de cloruro de cocaína al 10 por 1.000 para obtener un litro de solución isotónica.

La fórmula establecida por Nicola, de tan fácil aplicación en la práctica farmacéutica, es suficiente para obtener soluciones inyectables para isotónicas cuando la exactitud de los cálculos no llega a que sean rigurosamente isotónicas, y es de utilidad, tanto en la preparación oficial de ampollas con líquidos isotónicos conser-

vables, como en la de ampollas destinadas a una isotonización oportuna y extemporánea por mezcla del contenido de distintos envases, o sea lo que se llama isotonia diferida.

SATURNINO CAMBRONERO,

Subinspector Farmacéutico de segunda clase.

De mi tratado *Ampollas medicinales. Técnica de su preparación*, segunda parte (inédito).

Estudio crítico de los procedimientos de desinfección y de desinsectación en tiempos de paz y de guerra

Memoria presentada al Congreso de Medicina y Farmacia militares de Roma, por los doctores *José Potous*, Teniente coronel Médico;
Agustín Van-Baumberghen, Comandante Médico,
y *Miguel Campoy*, Farmacéutico primero.

(CONTINUACIÓN)

En este sentido podrían enumerarse muchas opiniones que vienen a sumarse a las expuestas, y que vienen una vez más a robustecer los peligros que la cianhidrización ofrece, confirmados, desgraciadamente, por una larga serie de accidentes mortales y graves.

Resulta por lo expuesto que la cianhidrización es un problema que no solamente debe estudiarse desde el punto de vista científico en cuanto ofrece una notable aplicación en la profilaxis de ciertas enfermedades, sino que debe plantearse también como problema humanitario. ¿Hemos de continuar exponiendo al personal encargado de la cianhidrización a tan serios peligros? ¿Han de tener las Autoridades sanitarias libre de remordimientos su conciencia al ocurrir casos de muerte por el cianhídrico después de los tristes relatos contenidos en la actual literatura de la cianhidrización? ¿Debe condenarse el empleo de este gas? ¿Existe algún otro procedimiento que pueda reemplazar el empleo de este gas tan peligroso para el ser humano?

Estos son, pues, los enunciados que deben discutirse con toda serenidad de juicio, ya que esta cuestión ofrece tan extraordinario interés científico y encierra su resolución tanta importancia moral.

Nosotros opinamos que en esta cuestión lo primero es llegar a conocer las causas ocasionales del mayor número de accidentes producidos por el cianhídrico, y que pueden concretarse relacionándolos con dos de las propiedades que ofrece este gas, su condensación y su enorme poder difusivo. El cianhídrico, dado su gran afinidad por el agua, ofrece la propiedad de condensarse en los líquidos y cuerpos humedecidos, y se le encuentra en grandes proporciones en el suelo y paredes de los locales cianhidrizados, así como también en los tejidos y alimentos, en tanta mayor proporción cuanto más húmedos estén (accidentes mortales ocurridos en personas que han dormido en locales cianhidrizados, previo reconocimiento y comprobación de que estaban libres de este gas, sin haber tenido en cuenta el peligro que ofrece su condensación) (*Revue d'Hygiène*, tomo XLIV, número 8, año 1922). El peligro que ofrece de condensarse en los cuerpos y tejidos porosos (capotes, mantas, colchones, etc.) ha sido también señalado. (Accidentes mortales ocurridos al sacudir mantas, colchones y capotes, algún tiempo después de ser cianhidrizado) (*Revue d'Hygiène*, tomo XLIV, número 8, año 1922) (Accidentes ocurridos al ser despiojada una unidad y ponerse sus ropas después de ser cianhidrizadas, mencionados por O. Bail en *Gesundhite*, ingenieur, números 3 y 4, año de 1919.) Es muy importante también señalar el peligro que ofrece el gas cianhídrico en razón a su intenso poder difusivo. (Accidentes mortales ocurridos en personas que permanecían en locales inmediatos a habitaciones cianhidrizadas. *Revue d'Hygiène*, tomo XLIV, número 8, año 1922.)

Por lo expuesto se deduce que a pesar de cuantas precauciones se adopten en el habitual empleo del gas cianhídrico, siempre subsistirá el temor que ofrece su condensación y su enorme poder difusivo, susceptible de escapar por la más tenue fisura, ya que sus otros peligros pueden anularse o al menos limitarse conside-

ELIXIR J. POLO : Polibromurado : Histerismo, ataques,
:: epilépticos, etc. ::

Muestras y literatura para los señores doctores: _____

_____ Casa STEINFELDT, Prado, 15. — MADRID

rablemente, adoptando todo género de precauciones y haciendo uso de aparatos cianogeneradores que permitan operar a distancia, pudiendo utilizarse, entre otros, el que describiremos y que difiere poco de otros ya en uso. Los dos primeros peligros pueden anularse haciendo uso del cianhídrico en cámaras especiales ale-

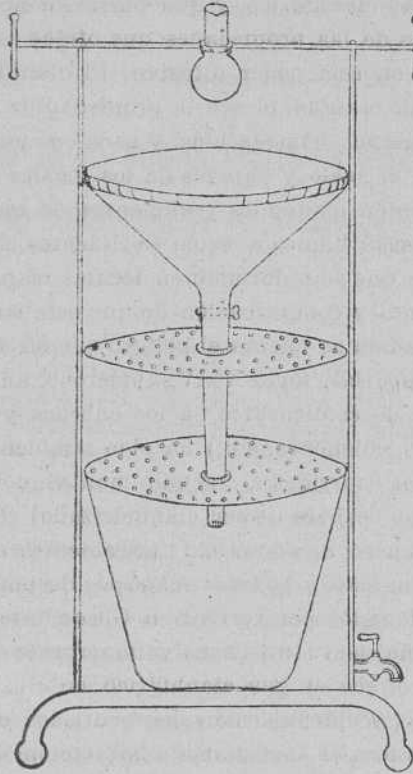


Fig. 2.

jadas de todo recinto habitado, con puertas que cierren herméticamente a favor de tornillos, y que tengan entre la puerta y el marco una banda de caucho en forma parecida al cierre de los autoclaves. Estas cámaras dispondrán de una chimenea a la cual vaya adosado un ventilador susceptible de determinar una intensa aspiración. Además, estas cámaras tendrán radiadores que aseguren en todo momento una temperatura superior a $26^{\circ},5$, con

el fin de impedir la condensación del cianhídrico, asegurándose con ello la expulsión de este gas, una vez terminada la operación.

El aparato que proponemos, y del cual da clara idea la figura 2, que se acompaña, no es más que un recipiente cilíndrico de hierro, revestido de plomo en su mitad inferior y provisto de un grifo en el fondo. En la mitad superior lleva, de abajo a arriba, una tapadera de plomo, provista de pequeños y numerosos orificios, cuyo centro es atravesado por un tubo de plomo que sobresale dos centímetros por abajo y se continúa por arriba hasta atravesar otra tapadera, idéntica a la anterior, provista también de numerosos orificios. Ambas tapaderas se sostienen sobre topes que emanan de la cara interna del recipiente y circunscriben un espacio en el cual se pone carbonato cálcico bien seco y bien fragmentado. Este aparato lleva además dos tallos metálicos verticales sobre los cuales se articula otro horizontal, provisto en sus extremidades de una manivela; esta última provista en sus extremos de dos abultamientos, hueco el superior y lleno de plomo el inferior. En el centro del tallo horizontal va suspendido un recipiente de cinc, el cual por medio de una cuerda bascula desde la distancia deseada, en forma tal que quede invertida totalmente su posición y permita el vaciamiento de su contenido. Por debajo del recipiente anterior y sujeto de ambos tallos verticales, se coloca un embudo de latón, cuyo extremo estrechado penetra en el tubo de plomo ya citado que comunica con la mitad inferior del recipiente de hierro. Para proceder al uso de este aparato se desmontan ambas tapaderas, se vierte en el recipiente de hierro la cantidad de agua y ácido sulfúrico que sea precisa; inmediatamente después se coloca la tapadera inferior, sobre ella se pone el carbonato cálcico y se cubre éste con la segunda tapadera. Seguidamente se vierte en el recipiente de cinc una solución de cianuro sódico débilmente alcalinizada con la sosa o con la potasa, colocándose previamente una cápsula de cristal o porcelana sobre el embudo, a fin de evitar la posible caída de algunas gotas de esta solución en el interior del recipiente de hierro. Asegurado este posible accidente, se separa la cápsula y se sujeta la cuerda sobre una de las manivelas y se pasa a través de un pequeño orificio

PECTOBENZOL Preparado insustituible en catarros, tos, y toda clase de afecciones del pecho.

de la puerta de la cámara, orificio que es obturado inmediatamente después de haber hecho bascular el recipiente de cinc.

(Continuará.)

Manual práctico de exploración y examen de las facultades mentales

(Estudios de Psicología, Psiquiatría y Psicometría)

(CONCLUSIÓN)

Abulia de ejecución.—Esta se produce por deficiencia o anulación de la tendencia natural a obrar, o sea de la energía excitatoria de la voluntad. En este caso, el sujeto conoce perfectamente lo que quiere y tiene que realizar, pero no puede llevarlo a vías de hecho, o, por lo menos, la realización de cualquier acto, por sencillo que sea, le costará un esfuerzo insuperable, y es entonces cuando se queja de no poder hacer nada; él mismo confiesa que le falta la voluntad, que es un *abúlico*; no contesta ya a las cartas de sus amigos, descuida su profesión y su indumentaria, y pasa la mayor parte del día sentado o acostado, etc.

La abulia, tanto de elección como de ejecución, es síntoma que se presenta preferentemente en los neurasténicos, psicasténicos, melancólicos, confusos, mentales y esquizofrénicos.

Impulsiones. — Indicado dejamos en otro lugar que toda idea, por ley natural, tiende inmediatamente a convertirse en acto, a no ser inhibida por la voluntad.

Ahora bien; las ideas primas, encarnadoras de la representación del acto, pueden ser automáticas o reflexivas y conscientes, y tanto unas como otras luchan por irrumpir y apoderarse del campo de la conciencia, para ser convertidas en actos; contra las reflexivas o conscientes no lucha la voluntad, porque suelen ser producto de sus deliberaciones; pero contra las automáticas, sí; la lucha contra éstas la verifica la voluntad, bien anulándolas o inhibiéndolas (como malas semillas), o bien transformándolas en voluntarias y conscientes.

Para esta labor, la voluntad se vale de su poder o energía inhibitoria con el concurso de la atención, moderando e inhibiendo

todas las reacciones automáticas de origen intelectual o psíquico superior, y gracias a ello podemos, en un momento dado, dominar nuestras emociones y pasiones, o suspender la ejecución de muchos actos que podrían sernos perjudiciales.

Por esto, cuando por causas patológicas, la energía inhibitoria de la voluntad se debilita o pierde parte o toda su potencialidad, da lugar al desbordamiento de las pasiones, de las emociones y a la ejecución de toda clase de actos violentos y de carácter francamente antisocial; actos conocidos en psiquiatría con el nombre de impulsiones o de reacciones antisociales.

Las impulsiones o impulsos, con arreglo a su mecanismo generador, pueden ser de tres clases:

- 1.^a Impulsiones psíquicas u obsesiones impulsivas.
- 2.^a Impulsiones psicomotoras o tentaciones impulsivas.
- 3.^a Impulsiones motoras, tipo o reflejas.

Impulso psíquico. — Reconoce sólo una debilitación del poder inhibitor de la voluntad; la tendencia patológica a obrar y la resistencia inhibitoria están invertidas y luchan.

Su mecanismo intelectual estriba en una obsesión o idea patológica o parásita, que se impone al *yo* en discordancia con él; éste lucha por desembarazarse de ella, lo que consigue muchas veces tras un largo período de inquietud, indecisión y ansiedad; es un conflicto, por decir así, entre dos fuerzas opuestas: la tendencia patológica de la obsesión a transformarse en acto, y la fuerza inhibitoria de la voluntad, que, aunque debilitada, lucha por evitarla; de la lucha surge ese penoso sentimiento de horror y repulsión hacia el acto que pretende ser ejecutado.

Muchas veces, a pesar de la lucha, el acto es ejecutado, y entonces surge esta clase de impulso psíquico o intelectual; al sujeto le ha faltado el suficiente poder inhibitor de su voluntad para suspenderlo o inhibirlo.

Realizado el impulso, el sujeto experimenta una sensación de bienestar y agrado grandes, algo así como si se hubiera quitado un gran peso de encima; mas, a pesar de ello, guarda conciencia y recuerdo de su impulso y de sus consecuencias posibles.

RAQUIMIOL poderoso reconstituyente y recalificante
en los estados de anemia y raquitismo.

Muestras y literatura para los señores doctores:

Casa STEINFELDT, Prado, 15. — MADRID

Esta clase de impulsos consiste en la necesidad de realizar movimientos ridículos (tics), pronunciar palabras ofensivas y repugnantes, realizar actos obscenos e inmorales, y hasta agredir a alguien (generalmente a seres queridos).

El enfermo, en una palabra, es impulsado hacia la ejecución de aquellos actos que la conciencia moral prohíbe más imperiosamente; afortunadamente, la mayoría de las veces, cuando se trata de actos muy graves, éstos casi nunca se llevan a efecto.

Este trastorno es patrimonio casi exclusivo de los psicasténicos.

Citaré un ejemplo muy expresivo de mi clínica particular.

Trátase de un Jefe de Ejército, gran psicasténico, de gran inteligencia y excelente fondo moral, a quien asaltan a diario obsesiones imperiosas, encarnadoras de actos insociales, contra las que lucha horrorosamente, por comprender los graves perjuicios a que le exponen.

Sus obsesiones principales son la necesidad imperiosa de provocar e insultar grosera e indignamente a sus superiores jerárquicos, sobre todo, a los que acaba de conocer, y sobre todo, cuando se reúne con ellos con motivo de actos del servicio.

Este enfermo, que, según confesión propia, sufre un suplicio interno horroroso cada vez que lucha por dominar sus impulsos, se quejaba ante mí de no ser comprendidos por nadie sus sufrimientos morales, y menos la interpretación patológica de sus anormales tendencias.

Impulso psicomotor o tentación impulsiva.—En este trastorno volitivo, la tendencia patológica a obrar supera a la energía o fuerza inhibitoria de la voluntad; ésta cae rendida ante el influjo de la tendencia morbosa, pero no tras una larga lucha penosa y angustiosa, como pasa en el *impulso obsesivo* o *psíquico*, sino tras una leve e insignificante resistencia por parte de la voluntad, muy parecida a la del sujeto normal; el poder de inhibición aquí, exista o no, no intenta luchar, y el acto apreciado exactamente por la conciencia es ejecutado fatalmente.

El acto aquí reconoce un proceso *ideomotivo*, patológico o una perturbación primitiva de los instintos, y que se lleva a efecto por una gran debilidad del poder inhibitorio de la voluntad.

Realizado el impulso, el sujeto conserva la conciencia; recuerdo y consecuencias más o menos perjudiciales del mismo.

Esta clase de impulso es patrimonio de los *débiles mentales*, de

los *psicópatas constitucionales*, *perversos sexuales*, psicasténicos, *maniacos agitados*, histéricos y de algunos epilépticos en el intervalo de las grandes crisis, siendo traducido por reacciones excéntricas, destructivas y de ataques al pudor y a la propiedad, y hacia las toxicomanías, etc.

Impulso motor, tipo o reflejo.—Es un reflejo tipo que se traduce por una convulsión (descarga motriz) o conjunto de convulsiones, y cuyo fin no es de defensa o satisfacción orgánica, como sucede en el *reflejo normal*, sino más bien patológico absurdo, ilógico y extraño a la vida del enfermo, y en desacuerdo completo con la realidad.

Aquí el acto impulsivo se produce fatal y ciegamente con arreglo al carácter patológico de la idea que lo engendró; esto es, que el acto se lleva a efecto, sin resistencia ni deliberación alguna por parte de la voluntad que se halla ausente o anulada por completo en su energía inhibitoria.

El impulso, por este motivo, es inconsciente; la personalidad voluntaria del enfermo, o no existe o queda aquí reducida al papel de un espectador indiferente y mal enterado, que ha sido vencido por las tendencias automáticas del inconsciente y del subconsciente, nacidas de una sollicitación patológica externa (ilusiones, alucinaciones) o interna (interpretaciones e ideas delirantes, emociones e instintos primitivamente morbosos).

Intelectualmente, en la generación de este impulso, no interviene para nada ni la reflexión, ni el juicio, ni la comprensión, ni la atención, y, afectivamente, ni los sentimientos y emociones, por lo que el sujeto, una vez realizado el *acto impulsivo motor*, no guarda ni conciencia ni recuerdo del mismo, por cuyos motivos es irresponsable de las consecuencias a que con la ejecución del mismo pueda dar lugar.

Este trastorno se presenta preferentemente en los *epilépticos*, en los *imbéciles e idiotas*, en los *psicópatas* constitucionales, muy profundos, y en los *esquizofrénicos*, exteriorizándose en forma de reacciones motoras, bruscas e intempestivas (rotura y lanzamiento de objetos, accesos de risa y llanto inmotivados y estúpidos, y de

ECZEMACURA (Pomada) Herpes, eczemas, granos, etc.

Muestras y literatura para los señores doctores: _____
Casa STEINFELDT, Prado, 15. — MADRID

descargas motrices, impulsivas y desenfrenadas hacia el onanismo, suicidio, homicidio, robo (kleptomanía), fuga (dromomanía), incendio (piromanía), asesinato e impulsos sexuales (violación, exhibicionismos, sadismo, masoquismo, pederastia, necrofilia, vampirismo y bestialidad).

JULIO CAMINO,
Comandante Médico.

NECROLOGÍA

Excmo. Sr. D. Ezequiel Abente Lago,

Inspector Médico de primera clase, en situación de segunda Reserva.

Nació en 3 de Abril de 1845, e ingresó en el Cuerpo el 25 de Mayo de 1864 con el empleo de segundo Ayudante Médico, ascendiendo a primer Ayudante Médico en Diciembre de 1867. En 1868, por gracia general, le fué concedido el grado de Médico mayor, y por mérito de guerra el de Subinspector Médico de segunda clase en Octubre de 1872, permutándole por el empleo personal de Médico mayor, volviendo a obtener el grado de Subinspector Médico de segunda clase en 1875, también por mérito de guerra. En Noviembre de 1882 fué promovido al empleo efectivo de Médico mayor, en 1889 a Subinspector Médico de segunda clase y en Octubre de 1894 a Subinspector Médico de primera clase. Obtuvo en Enero de 1901 el empleo de Inspector Médico de segunda clase, y en Abril de 1905 el de Inspector Médico de primera clase.

Prestó sus servicios sucesivamente en el Batallón Cazadores de Tarifa, Hospital militar del Peñón, Regimientos de Infantería de Galicia, de Iberia, de Valencia, de Cuenca, de Almansa, Regimiento de Caballería de Talavera, Regimiento de Ingenieros, 4.º Regimiento de Artillería, Hospitales militares de Santa Cruz de Tenerife, Badajoz, Coruña, Granada, Vitoria. Como Inspector estuvo al frente de las Inspecciones de Sanidad Militar de la 3.ª, 6.ª, 8.ª, 4.ª y 1.ª Regiones.

Asistió a diferentes operaciones de Guerra en la campaña carlista, y estaba en posesión de las Cruces rojas del Mérito Militar y de otras dos blancas de la misma Orden, Cruz roja del Mérito Naval, Encomienda de Isabel la Católica, Gran Cruz del Mérito Militar, con distintivo blanco, y Medallas de la Guerra Civil y Alfonso XIII.

Su fallecimiento ocurrió en Madrid el día 17 del pasado Diciembre.

Descanse en paz el respetable Inspector.

Don Florentino López y López,

Comandante Médico.

Nació en Granada, el día 17 de Febrero de 1872, graduándose de Licenciado en Medicina y Cirugía en Junio de 1894. En Agosto de 1895 fué nombrado Médico provisional, y en Junio de 1898 ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar con el empleo de Médico segundo, ascendiendo a Médico primero en Octubre de 1904, y a Médico mayor en Marzo de 1916. Estuvo destinado en el Regimiento de Infantería de Castilla, 13.º Batallón de Artillería de Plaza, Fábrica de Pólvora de Granada, Batallón disciplinario de Melilla, Regimiento Infantería de Extremadura, Comandancia de Artillería de Algeciras, Comandancia de Artillería e Ingenieros de Ceuta, Hospital militar de Badajoz y Hospital militar de Granada, cuyo destino desempeñaba a su fallecimiento, ocurrido el día 7 del pasado mes de Diciembre.

Estaba en posesión de tres cruces de primera clase del Mérito Militar, con distintivo rojo; una de la misma Orden, con distintivo blanco; Medallas de Alfonso XIII; de África y Marruecos, con pañuelos de Ceuta y Tetuán.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

V A R I E D A D E S

Por reciente Real decreto ha sido promovido al empleo de Inspector Médico honorario de la Sección de Reserva el Coronel Médico D. José Sánchez.

Felicitamos cordialmente a dicho Jefe de tan grato recuerdo para el Cuerpo.

* * *

Los Jefes y Oficiales de nuestro Cuerpo, en activo y retirados, residentes en Badajoz, obsequiaron con un banquete, a su paso por dicha Plaza, a nuestro querido Director D. Manuel Martín Sa-

VASELATUM Específico para la curación
:: de la atonía intestinal ::

lazar, que agradeció mucho el cariñoso homenaje de consideración y afecto de sus antiguos compañeros.

*
* *

La Prensa de Ceuta relata los diversos y animados festejos, con motivo de la festividad de la Patrona, que organizaron las fuerzas complementarias de Sanidad, de la posición del Rincón de Medic, al mando del Capitán Médico Sr. Jiménez Azcárate y Teniente Médico Sr. Herrera.

Asistieron desde Ceuta el Comandante Médico Sr. Monserrat, y los Capitanes Sres. Mallol, Cámara y Carrasco, reuniéndose en fraternal banquete, al que fueron invitados todos los demás Jefes y Oficiales de la mencionada posición.

Los organizadores fueron muy felicitados por la amenidad, orden y elevado espíritu que reinaron en tan agradable fiesta.

*
* *

Agradecemos a nuestro estimado colega *Boletín de Medicina Naval* la reproducción del artículo que, con el título de «El Médico militar» y suscrito por el Capitán Médico Sr. Blasco Salas, apareció en uno de nuestros últimos números.

*
* *

El Comandante Médico D. José Fernández Casas ha tenido la atención de ofrecernos su nuevo despacho-consulta de Medicina general y enfermedades nerviosas, que ha establecido en la Avenida de Pi y Margall (segundo trozo de la Gran Vía, núm. 5, principal).

*
* *

El jueves, 20 del pasado, pronunció una interesante conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina acerca de «Algunas consideraciones sobre la organización de los movimientos de los ojos» el Profesor M. R. Barany.

*
* *

El Comandante Médico D. Julio Camino, que acaba de publicar un interesante *Manual sobre Exploración y Examen de las Facultades mentales*, llamado a prestar un positivo beneficio y ahorro de tiempo a todos los compañeros del Cuerpo en sus actuaciones ante las Comisiones mixtas, en los peritajes psiquiátricos médico-legales, y en la práctica cotidiana hospitalaria y cuartelaria, nos comunica que como prueba de compañerismo hará una bonificación de *dos pesetas* sobre el precio de *siete*, que es el de cada *ejemplar* a todos los suscriptores de esta Revista que deseen

adquirirlo; pudiendo hacer los pedidos, bien a esta Redacción o al domicilio del autor, Magdalena, 17.

Agradecemos al Sr. Camino su generosa atención con nuestros suscriptores.

*
* *

Ha fallecido en Barcelona el respetable Inspector Médico de segunda clase, de la Sección de Reserva, Excmo. Sr. D. Juan Ristol Cañellas, padre del Capitán Médico D. José, a quien enviamos nuestro más sentido pésame.

En el próximo número publicaremos la correspondiente nota necrológica.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

Tabes y atrofia óptica.—LESLIE PATON. (*The British Journal Ophthalmology*, núm. 7, 1923. London.)

El Dr. Leslie expone el sitio donde radica la lesión origen de la atrofia óptica en la tabes: 1.º, en los cordones posteriores; 2.º, en los ganglios radiculares posteriores.

Todos las manifestaciones sífilíticas son producidas por toxinas originadas por la presencia del espiroqueto; pero la reacción entre éste y los tejidos es variable, según los periodos y distintos tejidos atacados, debido a la distinta virulencia del agente patógeno o a la resistencia de los tejidos.

Queda por determinar si la toxina ataca directamente a la sustancia propia del tejido nervioso, produciendo una degeneración parenquimatosa, o ataca a los tejidos

conjuntivo, vascular, linfático, y secundariamente determina la degeneración del nervioso.

Behr habla de la adaptación a la obscuridad como uno de los elementos más exactos para determinar el grado de degeneración del nervio óptico.

En cuanto a la patología de las lesiones, hay que abandonar la antigua hipótesis de la toxina, resultado de una degeneración de los tejidos con manifestaciones sífilíticas.

El autor completa su trabajo con un estudio detenido del estrechamiento del campo visual, de los escotomas centrales y de las hemianopsias en relación a las manifestaciones tabéticas, meningitis sífilítica y mielitis.—*Dr. Perrote.*—(*Clinica y Laboratorio*, Noviembre 1923.)

ECZEMACURA (Pomada) Herpes, eczemas, granos, etc.

Muestras y literatura para los señores doctores: _____
Casa STEINFELDT, Prado, 15. — MADRID

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Las pérdidas ocasionadas por la guerra en el Ejército francés.—El Inspector general M. Toubert, en un interesante estudio estadístico de las pérdidas sufridas por los franceses en la última gran guerra, manifiesta que en lo concerniente a las *pérdidas totales de la guerra experimentadas*, no en atención a los porcentajes, sino en cifras absolutas, se pueden referir *aproximadamente* a las siguientes cifras: 1.325.000 soldados franceses muertos o desaparecidos, de los cuales fueron:

Muertos en el campo de batalla 674.700

Fallecidos a consecuencia de heridas.....	250.000
Desaparecidos, probablemente muertos.....	225.300
Muertos por enfermedad	175.000

TOTAL..... 1.325.000

El fuego del enemigo ha hecho, pues, seis o siete veces más víctimas que la enfermedad. Es un hecho único en la historia de las grandes guerras.

Lo que demuestra, a la vez, el papel primordial de la Cirugía y el de la Medicina en el curso de la guerra de 1914-1918.—*J. P.*

BIBLIOGRAFÍA

Pro-Redención de Andújar.—*Campana Sanitaria*, por E. Delgado, Comandante Médico.

Trátase de un pequeño y substancioso trabajo en el que su ilustrado autor ha puesto a contribución su competencia en las grandes cuestiones higiénicas, y su amor, como hijo de la localidad, en beneficio de la bella población andaluza.

Fijándose el Sr. Delgado en la falta de abastecimiento de agua, y de alcantarillado en que, por incuria pasada, padece la ciudad de Andújar, hace una somera reseña de la importancia del precioso

ELIXIR J. POLO : Polibromurado : Histerismo, ataques, :: epilépticos, etc. ::

Muestras y literatura para los señores doctores:

Casa STEINFELDT, Prado, 15. — MADRID

orden circular de 5 de Noviembre próximo pasado (D. O. núm. 246), al Regimiento de Infantería Española, 46; D. Francisco Castejón Laclaustra, del Batallón expedicionario del Regimiento de Infantería Galicia, 13, al Regimiento de Artillería de posición, y en comisión en la Academia de Artillería.

Real decreto de 30 de Junio de 1921 (C. L. núm. 259).

Voluntarios: D. Julián Bravo Pérez, del Batallón expedicionario del Regimiento Infantería de Alcañtara, 58, a la Brigada disciplinaria; D. Iván Pedrosa Soler, del 14.º Regimiento de Artillería ligera, al de Infantería San Fernando, 11; D. Juan Altube Fernández, del Tercio de Extranjeros, a la Comandancia de Artillería de Ceuta; D. Blas Hidalgo Sánchez, de la sexta Comandancia de Sanidad, al Hospital de Chafarinas.

Real orden de 22 de Agosto de 1923 (D. O. núm. 184).

Forzosos: D. Julián Rodríguez Ballester, de la Comandancia de Artillería de Tenerife, al Batallón de Cazadores Arapiles, 9; D. José Bañón Jiménez, del Regimiento de Infantería Vizcaya, 51, al Tercio de Extranjeros; D. Justo Vázquez de Vitoria, del Regimiento de Húsares Pavía, 20.º de Caballería, a Necesidades y Contingencias del servicio en Tetuán; D. Federico Altimiras Mezquita, del primer Regimiento de Ferrocarriles, al de Lanceros Farnesio, quinto de Caballería, en Melilla; D. Manuel Suca Moya, del tercer Regimiento de Artillería pesada, al de Infantería Andalucía, 52, en Melilla; D. Benjamín Turiño Campano, del Hospital de Burgos, al Regimiento Infantería de Burgos, 36, en Melilla.

Teniente Médico: D. Antonio Reboul Blanco, del undécimo Regimiento de Artillería ligera, a la segunda Comandancia de Sanidad (art. 1).

21 Diciembre.—Real orden (D. O. núm. 283) designando para Oftalmólogo del Hospital militar de Valencia al Comandante Médico D. Fernando Muñoz Beato.

» » Real orden (D. O. núm. 284) confirmando la declara-

ción de haber pasivo de 750 pesetas mensuales asignadas al Teniente coronel Médico D. Emilio Fuentes y Sáenz Díez.

- 21 Diciembre.—Real orden (D. O. núm. 284) concediendo al Capitán Médico D. Juan José Aracama Gorosabel licencia para contraer matrimonio con D.^a Carmen Sousa Jiménez.
- 22 » Real orden (D. O. núm. 284) rectificando la propuesta de destinos última, en el sentido de que son destinados con carácter forzoso los cuatro últimos Capitanes Médicos que figuran en la misma.
- 24 » Real orden (D. O. núm. 285) participando el fallecimiento, ocurrido el día 14, del Inspector Médico de segunda clase, en situación de Reserva, D. Juan Ristol Cañellas.

Correspondencia administrativa de la Revista

Sr. Herrera.—(Salamanca.)—Queda abonada su suscripción hasta fin del año 1922.

Sr. Lecumberri.—(Peñón de la Gomera.)—Idem id. id.

Sr. Esteban.—(Larache.)—Suscrito desde 1.º de Enero de 1924.

Sr.es. Oms y Tinaut.—(Tenerife.)—Queda abonada su suscripción hasta fin del año 1923.

Establecimiento tipográfico Nieto y Compañía.—Tutor, 16, teléfono 20-42 J.

EN LUGAR DEL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO Y DE SUS DERIVADOS, PRESCRIBASE LA

MORRHUETINE JUNGKEN

EL TÓNICO DE LA INFANCIA

Preparación YODADA preferida por los NIÑOS y los enfermos de paladar difícil.
Licor no alcohólico ni azucarado—Sabor agradable—Perfectamente tolerado.

Por	Yodo.....	0,015 gr.	Eficaz en ADENOPATIAS, LINFATISMO, ESCRÓFULA, RAQUITISMO, BRONQUITIS CRÓNICA, DIABETES, HEREDOSIFILIS, AMENO Y DISMENORREA, CONVALESCENCIAS etc. etc
cucharada	hipofosfitos compuestos	0,15 "	
sopera	fosfato sódico.....	0,15 "	

GLICERINA PURA

DEPURATIVO · RECONSTITUYENTE

Muestras gratis al Cuerpo Médico.

Laboratorio, F. Mirabent y C^{ía} S.C. Barcelona

EN FRASCOS DE 500 GRAMOS