

# REVISTA DE SANIDAD MILITAR

## Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año III

Madrid 1.º de Junio de 1909

Número 11

### SUMARIO

De cómo debe entenderse la epilepsia llamada esencial, por César Juarros.—Hospital militar de Valencia: Un caso de rotura traumática de la uretra, por F. Parreño.—Organización y formaciones sanitarias de una división en campaña: La compañía sanitaria, por F. González Deleito.—*Prensa médica*: Poder fagocitario de los polinucleares cosinófilos.—Tratamiento de los trastornos génito-urinaros por acción directa sobre los centros nerviosos.—Lesión sifilítica inicial producida experimentalmente en la piel de los conejos.—Anestésicos locales que pueden substituir á la cocaína.—Patogenesia tiroidea del reumatismo.—*Varietades*.—*Sección oficial*.

SUPLEMENTOS: Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Junio de 1909.—Manual legislativo de Sanidad Militar.

## DE CÓMO DEBE ENTENDERSE LA EPILEPSIA LLAMADA ESENCIAL

### (ALGUNAS IDEAS PERSONALES)

Hasta hace poco tiempo el problema clínico de la epilepsia esencial era de los más fáciles de resolver en la práctica; el ataque como medio de diagnóstico y el bromuro como tratamiento, bastaban para obtener tan satisfactorio resultado.

Hoy las cosas van por otro camino, y el diagnóstico y tratamiento del mal comicial van siendo cada vez más complicados, estando, por desgracia, bastante lejano aún el término de tal evolución, tanto más cuanto que no todos los autores parecen seguir, según mi leal entender, el camino más recto y seguro.

A reflejar este mi especial modo de comprender el asunto, por si en ello pudiera haber algún fondo aprovechable, es á lo que tienden estas cuartillas.

Como primer punto de apoyo de mis opiniones conviéndeme insistir en que *todo epiléptico es un predispuesto por la herencia*. Y esta insistencia tiene su razón de ser en el hecho de que varios neurólogos, entre ellos Lasegue, duden del valor de la herencia neuropática en la epilepsia, y otros, siguiendo al tan justamente prestigioso Marie, sostengan que el epiléptico no es concebido nunca tal, siendo todo producto de procesos tóxicos infecciosos ó traumáticos posteriores á la concepción (1).

En contra de tales opiniones están los hechos recogidos por casi todos los observadores. Lhote ha probado que de 160 epilépticos sólo 30 parecían no depender de la herencia.

Jolly (2) sostiene que ante todo influye en la epilepsia la predisposición hereditaria. Oppenheim (3) cree que la herencia influye, por lo menos, en una tercera parte de los casos. Para Binswanger la herencia es fácil de comprobar en el 40 por 100. La herencia puede ser similar y ésta es la menos frecuente.

Carrier no la ha hallado más que en un 9'5 por 100. Echevarría (4), de 553 hijos de epilépticos ha visto 78 atacados de la misma dolencia y 195 muertos de eclampsia. Popoff (5) ha tenido ocasión de estudiar un epiléptico cuyos tres hermanos, el abuelo y una tía materna eran también comiciales. Grenier de Cardenal (6), en una estadística de 347 casos, ha encontrado un 6 por 100 de herencia directa.

Más frecuente es la herencia neuropática no similar, que se halla en el 40 por 100 de los enfermos. Figuran en este grupo las enfermedades nerviosas más diversas. Herpin ha tropezado con 26 casos de locura en los antecedentes de 124

(1) Marie.—*Progres med.*, 1887. *Sem. med.*, 1892.

(2) Jolly.—*Medicina clínica*. Ebstein, versión española.

(3) Oppenheim.—*Tratado de enfermedades nerviosas*, versión española.

(4) Echevarría.—*J. of ment. Sc.*, 1880.

(5) Popoff.—*Revue neurol.*, 1899.

(6) Grenier de Cardenal.—*Congreso médico de Lisboa*, 1906.

epilépticos. Voisin ha visto 13 veces por 100 la alienación en la herencia de los comiciales. Maupaté (1) ha concedido la mayor importancia á las perturbaciones psíquicas elementales. Musset (2), en Bicetre, de 170 epilépticos ha recogido como antecedentes tres veces la alienación paterna, 17 la materna, 27 psicosis bilaterales, 23 el histerismo materno y tres el corea. Ferè (3) es de la misma opinión. Dejerine ha puesto de relieve el antecedente jaqueca en el 24'5 por 100 de los enfermos *morbus sacer*; en el 11'3 el histerismo, y vesanias diversas en el 16'8 por 100.

No hace falta la herencia neuropática, basta con el alcoholismo de los progenitores. Y este sí que es un factor que nadie rechaza. Lhote evalúa (4) en un 46 por 100 los epilépticos que deben su desgracia al alcoholismo de sus padres. Ferè atribuye á la herencia alcohólica el 47 por 100 de las mujeres epilépticas y el 38'3 por 100 de los hombres. Chauv y Van der Strich citan el caso de un matrimonio alcohólico que engendró 8 hijos y los 8 epilépticos. Combemale (5) ha demostrado de un modo que no deja lugar á duda la influencia del alcohol sobre la descendencia. Leter ha sostenido brillantemente en una interesante tesis (6) que los heredo-alcohólicos suelen presentar síntomas físicos é intelectuales de degeneración. Para él la epilepsia es en un gran número de casos una manifestación del heredo-alcoholismo. Legrain sintetizó todas estas ideas y hechos en una gráfica frase: «padre bebedor, hijo convulsivante». Dagonet cita el caso de un alcohólico que tuvo 11 hijos, de los cuales 9 murieron de convulsiones. H. Martin (7), analizando los antecedentes de 83 epilépticos,

(1) Maupaté — *Ann. méd.-psych.*, 1891.

(2) Grasset. — *Traité de Médecine Brouardel*.

(3) Ferè. — *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

(4) Lhote. — «Étiologie de l'épilepsie»: *Th. Lyon*, 1900.

(5) Combemale. — «La descendance des alcooliques»: *Th. Montpellier*, 1887.

(6) Leter. — «De l'alcoolisme come cause de degenerescence»: *Th. Paris*, 1892.

(7) H. Martin. — *Ann. méd.-psych.*, 1879.

ha hallado 60 veces el alcoholismo hereditario comprobado, 23 dudoso. Los 60 epilépticos primeros tenían 264 hermanos, entre los cuales 48 padecieron convulsiones cuando niños, 132 murieron muy jóvenes y 112 vivieron. De los del segundo grupo los 23 epilépticos tuvieron 83 hermanos, de los cuales 10 presentaron convulsiones, 37 murieron y 46 llegaron á adultos, aun cuando con estigmas.

Otro factor hereditario también de gran importancia es la gota, y en general todas las enfermedades de la nutrición, hecho ya observado por los antiguos Garrod, Baillarger, Lasegue. Más modernamente, Ferè ha insistido mucho sobre las relaciones que existen entre epilepsia y artritis. De la misma opinión es Ebstein.

Aunque con menos frecuencia, juega también un importante papel la infección en general, y en particular la sífilis y la tuberculosis. Moreau, de 124 epilépticos ha tropezado en 35 con herencia tuberculosa. Voisin señala el 28 por 100 como proporción de la tuberculosis en los antecedentes de los epilépticos. Kowalewsky piensa que la sífilis obra como infección y como distrofia. Binswager sostiene que no hace falta que la sífilis sea transmitida á los hijos, basta con las alteraciones de la nutrición que lleva consigo.

No sólo la herencia, trastornos en la vida intrauterina, pueden preparar el terreno para que se desarrolle la epilepsia. Estos casos, pese á los radicalismos de Marie, son los menos, constituyendo ese grupo de comiciales señalados por Bessiere (1) en que parece faltar el dato herencia.

Como dice Raymond (2), es forzoso reconocer que la epilepsia es una resultante de todas las huellas ancestrales, marcadas por la neuropatía, la intoxicación ó la infección. Juzgando con verdadera imparcialidad é investigando con cuidado, no es posible resistirse á la idea de que la epilepsia,

(1) Bessiere.—*Th. de Bordeaux*, 1895.

(2) P. Raymond.—*L'hérédité morbide*, 1905.

no el ataque epiléptico, confusión que luego trataremos de aclarar, es la característica morbosa de las familias que degeneran.

En resumen, pues creemos inútil prolongar esta enumeración de estadísticas y opiniones semejantes, *el epiléptico lo es en primer lugar, porque nació ya predispuesto para serlo.*

Los casos de epilepsia tardía parecen opuestos á primera vista á tal generalización, y por parecerlo han servido no pocas veces de argumento en contra suya. Mas si se examinan los casos de epilepsia tardía que registra la literatura médica, y en especial los seguidos de autopsia, tal contradicción desaparece. No se trata, la mayoría de las veces, de epilepsia, sino de ataques convulsivos mal llamados epilépticos, y aun éstos producidos por lesiones claras y hondas del cerebro. Southard (1) ha relatado la observación de una mujer que se hizo epiléptica á los sesenta años y en la cual luego se halló una arterio-esclerosis generalizada con lesiones celulares alrededor de un foco de reblandecimiento del hemisferio izquierdo. En el caso de Marchand y Olivier (2), en que el primer acceso sobrevino á los treinta y seis años, había una meningo-encefalitis localizada á las circunvoluciones frontal y parietal ascendente, lesiones productoras también de una demencia y una hemiparesia derecha, que aparecieron después. Mientras las lesiones fueron superficiales sólo produjeron ataques epilépticos y demencia; cuando profundizaron, hizo su aparición el síndrome paralítico. El mismo Marchand (3) ha estudiado otro caso epiléptico á los cuarenta y seis años, en que la autopsia descubrió un tumor de la substancia gris del lóbulo frontal izquierdo, una meningo-encefalitis localizada á las regiones frágiles del tumor y alteraciones meníngicas crónicas en el hemisferio derecho. Trátase, pues, en

(1) Southard.—*Boston Society of Psychiatry and Neurology*, 1906.

(2) Marchand y Olivier.—*Societé anatomique*, 1906.

(3) Marchand.—*Bull. de la Societé anatomique de Paris*, 1906.

las mal llamadas epilepsias tardías, de ataques convulsivos determinados por lesiones ateromatosas unidas á meningoencefalitis difusas. Quizá sean más frecuentes, como quiere Marchand (1), lesiones esclerósicas de la corteza, que no la verdadera ateromasia cerebral.

No invalidan, por tanto, en lo más mínimo nuestra afirmación.

Sentada ya esta conclusión, vamos ahora á establecer lo que parecemos que constituye el verdadero núcleo sintomático de la epilepsia.

Este núcleo, lo más característico, lo único que autoriza á presumir un diagnóstico de epilepsia, es su estado mental. La epilepsia es más una psicose que una neurose. El epiléptico es ordinariamente un triste, un apático. Sobre este fondo de tristeza, muchas veces de desconsuelo, el humor cambia sin cesar, hay una gran movilidad de carácter; pero estos cambios son, como afirma muy exactamente Dutil (2), *explosivos*. La irritabilidad, la impulsividad, la movilidad de sentimientos, la variabilidad de su actividad, son sus principales particularidades. Un estado mental, como dice Marchand (3), que recuerda muchísimo al del loco moral, que como todos saben es un predispuesto. Y véase por dónde la sintomatología vuelve á probar que el epiléptico es un cerebro que nació débil, propenso á sufrir.

La epilepsia no necesita para merecer el nombre de tal ni el ataque ni el ictus. Todas esas manifestaciones mentales, que nada tienen que ver con el acceso convulsivo, que han sido englobadas con el nombre, quizá demasiado comprensivo, de epilepsia larvada, constituyen la única epilepsia esencial que debe admitirse, y frente á Christian (4), el campeón

(1) Marchand y H. Nonet.—*Gazette des Hôpitaux*, 1907.

(2) Dutil.—En G. Ballet, *Traite de Pathologie Mentale*, 1908.

(3) Marchand.—*Manuel de Médecine Mentale*, 1908.

(4) Christian.—*Comptes-rendus au Congrès de med. mentale de Paris*, 1878.

de la idea de que la epilepsia para poder ser caracterizada necesita siempre de el acceso y el ictus, se han alzado los trabajos de Charcot (1), Ferè (2), Pitres (3), Magnan (4), Ball (5), etcétera, etc. Es más, Ducoste (6) ha probado que ni aun la ausencia de la conciencia y la amnesia después de él, datos de que se había querido hacer la clave diagnóstica de la epilepsia, tienen nada de especial. Las excepciones constituye la mayoría de los casos. Como ha dicho Tamburini (7), reconocerlo así es un verdadero deber para con la Ciencia, la Justicia y la Verdad. Delasiauve (8) dice que los enfermos pueden conservar el recuerdo de los signos prodrómicos, siendo excepcional la pérdida de la conciencia. Rosenthal (9) ha visto que muchas veces la pérdida del conocimiento es incompleta. Elxenfeld y Huchard (10) opinan también que hay epilépticos en que la conciencia se conserva en parte. Falret (11) relata la observación de un enfermo que confiesa no haber perdido jamás completamente la conciencia. Ingels (12), Hazard (13), Nancrede (14), Legrand du Seaulle (15) y Maudsley (16) han contribuído también al triunfo de esta interesante verdad.

Ni aun el mismo carácter epiléptico antes citado tiene nada de exclusivamente comicial, como han probado Marchand y

---

(1) Charcot. — *Leçons du Mardi*, 1885-89.

(2) Ferè. — *Loc. cit.*

(3) Pitres. — *Revue de médecine*, 1888.

(4) Magnan. — *Leçons cliniques sur la epilepsie*, 1882.

(5) Ball. — *Encephale*, 1886.

(6) Ducoste. — «Epilepsie consciente y mnesique»: *Th. Bordeaux*, 1899.

(7) Tamburini. — *Rivista sperimentale di freniatria*, 1878.

(8) Delasiauve. — *Traité de l'épilepsie*, 1854.

(9) Rosenthal. — *Traité de l'épilepsie*.

(10) Elxenfeld y Huchard. — *Traité des neuroses*.

(11) Falret (I. P.). — *Leçons cliniques de médecine mentale*, 1854.

(12) Ingels. — *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1860.

(13) Hazard. — *Saint-Louis med. Record*, 1880.

(14) Nancrede. — *Annals of Surgery*, 1896.

(15) Legrand du Saullle. — *Étude medico-legale sur les epileptiques*, 1877.

(16) Maudsley. — *Le crime et la folie*.

Nonet en un interesante trabajo (1): el carácter epiléptico se puede encontrar más ó menos deformado, pero siempre fácil de reconocer en dementes precoces, paralíticos generales, débiles é imbeciles. Aschaffenburg (2) ha creído que debe darse la mayor importancia al síntoma mal humor en forma de accesos. La tendencia á la demencia, la irritabilidad, la impulsividad y la movilidad, constituyen, pues, el fondo cerebral de la epilepsia. Siendo fácil de establecer el diagnóstico, no sólo porque en el comicial no se presentan los demás síntomas que completan el cuadro de la demencia precoz, parálisis general, etc., sino por la presencia de los llamados equivalentes, que pueden variar hasta el infinito, *sin más lazo de unión que su carácter paroxístico y el agotamiento físico que tras sí dejan.*

Y es curioso que estas manifestaciones clínicas que tanto recuerdan las psicosis periódicas correspondan, como ellas, en la autopsia, á procesos de esclerosis neuróglia. La diferencia, según ha comprobado Anglade y Jacquin (3), estriba en la intensidad y localización de los procesos.

Como el epiléptico es un predisuesto, pueden aparecer en él todos los síndromes á que se hallan expuestos los predisuestos. Los más frecuentes son la manía, la melancolía y algunas formas mixtas. Ostankoff (4) cree que las manifestaciones psíquicas agudas de los epilépticos se caracterizan por su aparición periódica, por modificaciones de la conciencia durante el acceso y cambios en la memoria después de él. Nada prueba en la práctica que esto sea cierto. Acaso la única particularidad es la tendencia del epiléptico á convertirse en demente.

Podemos, pues, sentar como deducción que: *el epiléptico es*

---

(1) Marchand y Nonet.—*Revue de médecine*, 1907.

(2) Aschaffenburg.—*Congres de Neurologie*. Lieja, 1905.

(3) Anglade y Jacquin.—*L'Encephale*, 1907.

(4) Ostankoff.—*Revue (russe) de Psychiatrie*, 1905.



un débil mental que presenta numerosos síndromes paroxísticos variables en intensidad y localización, pudiendo además ser víctima de todas cuantas psicosis son patrimonio de los cerebros predispuestos, sin más peculiaridad que una mayor facilidad para llegar á la demencia.

¿Cuál es entonces el valor clínico del acceso convulsivo? El de un síntoma más, que no tiene nada de especial. Es un resultante de la exaltación excito-motora del cerebro, como han demostrado todos los clínicos é investigadores que del asunto se han ocupado. Esta exaltación está facilitada, probablemente, por una debilitación previa, hereditaria ó adquirida, de la corteza. Las causas capaces de provocar esta hiperexcitabilidad son variadísimas.

Donath (1) ha demostrado experimentalmente que en la mayoría de los casos se trata de irritantes químicos, sustancias básicas como la trimetilamina, colina, kreatinina; los ácidos úrico, láctico, acético, oxibutírico, no parecen jugar papel alguno (2). El origen de estas sustancias básicas ha sido muy discutido. Hay autores que piensan que dichos venenos son puestos en libertad por rarefacción y reabsorción de la corteza cerebral. Esta autoneurolisis es puramente hipotética, como Donath (3) ha puesto de relieve experimentalmente.

El plomo, el alcohol, el ajenjo, pueden provocar también algunas veces el acceso convulsivo. Ballet y Faure (4) le han originado, mediante el tabaquismo, experimental. Las auto-intoxicaciones contribuyen también en gran parte. Claus y Van der Strich refieren la historia de una enferma que presentaba el ataque cada vez que comía azúcar. Las infecciones igualmente pueden aumentar la excitación de las neuronas corticales por intermedio de las toxinas microbianas y de los

(1) Donath.—*Deutsche Zeitschr. f. Nervenk.*, 1907.

(2) Donath.—*Annales médico-psychologiques*, 1907.

(3) Donath.—*Deutsche Zeitschr. f. Nervenk.*, 1907.

(4) Ballet y Faure.—*Sem. méd.*, 1899.

cambios que originan en el metabolismo. Las influencias morales son igualmente causa de ciertos ataques.

Vamos ahora á probar que el llamado ataque epiléptico no es merecedor de tal adjetivo. En realidad se trata de un síndrome, patrimonio de una multitud de dolencias. Jolly (1) (página 743) dice textualmente que «los ataques epilépticos pueden presentarse como sintoma de las más variadas enfermedades». Y al hablar del diagnóstico dice que es difícil con el histerismo (pág. 758) por la mezcla ordinaria de los rasgos de uno y otro proceso, «no siendo raras las combinaciones *efectivas* de dichas dolencias». Para él, el mejor medio de diagnóstico es atender al estado mental intermedio á los ataques. La rigidez de la pupila ha sido hallada en ataques histéricos por Vestphal y Karplus (2). Charcot, Karplus y Oppenheim han visto ataques histéricos con emisión de orina. Este último autor admite también formas intermedias. Grasset y G. Ranzier (3) sostienen que la hipotoxicidad de las orinas es común á la epilepsia y al histerismo. Una prueba más la constituye la asociación ordinaria de los ataques histéricos y epilépticos en las formas traumáticas de dicha dolencia, según ha probado Soukhoff (4).

En la psiquiastenia, W. G. Spiller (5) ha encontrado ataques con todos los caracteres que se señala á los epilépticos. Marchand (6) cuenta el haber hallado ataques epilépticos en dementes precoces con gran frecuencia, y Chirie (7) ha presentado hace dos años á la *Société d'Obstetrique de Paris* una mujer que presentó durante el trabajo 22 crisis convulsivas en que no pudo ponerse en claro, de un modo terminante, si eran eclámpicas ó epilépticas. Ni aun la tan cacareada in-

(1) Jolly.—En Ebstein *Medicina clínica*, t. 4.º, versión española.

(2) Oppenheim.—*Tratado de enfermedades nerviosas*, t. 2.º

(3) Grasset y G. Ranzier.—En Brouardel: *Traite de Medecine*, t. 10.

(4) Soukhoff.—*Revue (russe) de Medecine*, 1907.

(5) W. G. Spiller.—*Reunion des Societés neurologiques New-York y Philadelphie*, 1906.

(6) Marchand.—*Revue de Psychiatrie*, 1908.

(7) Chirie.—*Société d'Obstetrique de Paris*, 1907.

consciencia del ataque es absoluta. La mayoría de los observadores han recogido casos de ataques epilépticos incompletos con conciencia: Herpin (1), Kolk (2), Nasse (3), Griesinger (4), antes, y más recientemente Hughes (5), Clarke (6), Bombarda (7), Banister (8).

Y no sólo ataques incompletos, sino grandes accesos convulsivos Kunze (9); Banister (10) ha visto dos casos, Le-moine, tres. Los casos típicos de ataque epiléptico escasean tanto que no pueden bastar para constituir una base diagnóstica general.

Resulta, por tanto, que: *el ataque epiléptico es de sintomatología variada, puede presentarse en enfermos no epilépticos y faltar en epilépticos verdaderos, como sucede en la llamada epilepsia psíquica, condiciones que le quitan todo valor patognomónico.*

Establecido, aunque sólo sea parcialmente, el concepto de epilepsia, es este el momento de proceder á amputar del cuadro de dicho padecimiento el grupo de las epilepsias reflejas. Su número es enorme y sus causas infinitas.

El embarazo, según Chambrelent (11), es una de las más frecuentes. La menstruación y su trastorno la engendran también con gran facilidad. Mac Levi-Bianchini (12) ha historiado á una mujer cuyas reglas desaparecieron á los treinta y un años á consecuencia de una viva emoción moral, que después

(1) Herpin.—Loc. cit.

(2) S. van der Kolk.—*Ban und Functionem der Medulla spinalis*, 1859.

(3) Nasse.—*Journal d'Antropologie*, 1825.

(4) Griesinger.—*Traite des maladies mentales*, p. 1.845.

(5) Hughes.—*Weckli medical Review*, 1887.

(6) Clarke.—*Alienist and Neurologist*, 1881.

(7) Bombarda.—*Revue Neurologique*, 1894.

(8) Banister.—*American Journal of insanity*, 1897.

(9) Kunze.—*Allg. Wien. med. Ztg.*, 1882.

(10) Banister.—Loc. cit.

(11) Chambrelent.—*Gaz. hebdomadaire de Bordeaux*, 1899.

(12) Levi-Bianchini.—*Archivo di Psichiatria Neurologia, etc.*, 1906

todos los meses presentaba un ataque epiléptico. En todos los epilépticos, en general, según las investigaciones clínicas que con todo cuidado ha llevado á cabo Trepsat (1), en el periodo de actividad sexual las crisis son más frecuentes durante la menstruación. C. Parhon y C. Urechie (2) han obtenido la misma deducción, y la de que es aún más activa en agravar la suspensión accidental del menstuo.

CÉSAR JUARROS,

Medico primero.

(Continuará).



## HOSPITAL MILITAR DE VALENCIA

### UN CASO DE ROTURA TRAUMÁTICA DE LA URETRA

El 29 de Enero último á las diez de la noche y procedente de Alcira, ingresó en este establecimiento el guardia civil Fabián Tomás, manifestando que al caer del caballo en la mañana de este día recibió con la perilla de la montura un violento golpe en el periné, notando inmediatamente dolor intenso en dicha región, salida de sangre por la abertura uretral y pérdida del conocimiento. Recibió acto seguido auxilios facultativos y se intentó el cateterismo sin lograr la extracción de orina, que debía existir en la vejiga en bastante cantidad, pues el individuo no había orinado desde algunas horas anteriores al traumatismo.

Conducido sin pérdida de tiempo á este hospital, tuvo entrada en su clínica de cirugía, presentando el siguiente cuadro sintomático:

Tumor perineal, doloroso espontáneamente y más á la presión, invadiendo todo el triángulo anterior de la región, con

(1) L. Trepsat. — *L'Encephale*, 1908.

(2) C. Parhon y C. Urechie. — *Soc. rumana de Neurologia*, 1908.

rubicundez violácea y edema escrotal considerable; sensación penosa de plenitud hipogástrica é imposibilidad absoluta de orinar; abultamiento constituido por una tumoración que asciende hasta la línea umbilical, dolorosa al tacto; uretrorragia, caracterizada por la salida espontánea por el meato de un líquido sero-sanguinolento y de sangre roja y abundante á las tentativas de sondaje, que con todo género de precauciones se realizaron; gran conmoción nerviosa; fenómenos muy marcados de shock, y tendencia al síncope. Temperatura á 38'5 y pulso pequeño y depresible á 125.

En la mañana siguiente á su ingreso se celebra consulta y en ella se acuerda por unanimidad la práctica de la talla hipogástrica, como proceder de necesidad y de urgencia ante las condiciones del órgano vesical, formulándose por juicio general el diagnóstico de rotura completa de la uretra en su porción membranosa, con hemorragia, retención de orina consecutiva y probable lesión de aquella víscera; conviniendo al propio tiempo en que realizado este acto operatorio y cumplida como indicación primaria la de evacuar la orina retenida, se procedería, completando la intervención, al ojal perineal para buscar las dos extremidades de la uretra rota y proceder á la sutura.

Realizóse la talla hipogástrica por los Médicos segundos Sres. Llisterri y Forteza, convenientemente auxiliados por el personal facultativo del establecimiento. Abierta la vejiga, salió como un litro de un líquido mezcla de sangre y orina y gran número de coágulos, apareciendo la pared anterior del órgano profundamente mortificada en una extensión de 4 centímetros, corroborando las previsiones que le juzgaron alterado, ó por los fenómenos compresivos de la retención ó por el impulso traumático, pero de todos modos en tales condiciones de friabilidad que de haber dilatado la intervención hubiéramos presenciado en breve plazo el cuadro completo de la rotura vesical con todas sus terribles consecuencias.

Resuelta ya y cumplida la indicación que pudiéramos llamar vital, y asegurado el desagüe de la vejiga con los tubos de Guyón en vista del colapso inminente que al operado amenazaba, se acuerda aplazar la fase perineal de la intervención.

Transportado á su cama, no fué fácil tarea la de combatir el shock traumático, que apareció con imponente intensidad, al fin vencida con la aplicación rápida y persistente de cuantos medios se usan para contrarrestarle; aplicación que hubo de mantenerse en días sucesivos, en que el individuo fluctúa entre la vida y la muerte, á pesar de que la orina tenía fácil salida por el desagüe hipogástrico y de que la hemorragia se hallaba totalmente cohibida.

El día 4 de Febrero la tumefacción perineal aumenta y se hace asiento de dolores pungitivos. Celébrase nueva consulta, y deseando por el precario estado general del lesionado ganar algunas horas antes de proceder á nueva intervención, se acuerda practicar al día siguiente el ojal perineal. Así se realizó, dando salida á muy escasos exudados purulentos y llegando al foco traumático. Una complicación clorofórmica, no de extrañar ciertamente á pesar de las minuciosas precauciones con que se practicó la anestesia, dada la profundísima depresión de fuerzas del operado, obliga como indeclinable medida prudencial á suspender el acto operatorio sin terminar el delicado y minucioso tiempo de buscar los dos extremos del conducto uretral partido, insistiendo, no obstante, aunque sin resultado, como en la anterior intervención, en el cateterismo retrógrado.

Los hechos vinieron á confirmar la conveniencia de este proceder.

Poco á poco el individuo fué recobrando energías, y algunos días después, ya en buenas condiciones de resistencia, un doble cateterismo practicado pacientemente por la vejiga, abierta en sentido retrógrado y por el meato en dirección natural, dió el resultado apetecido. Introducida por la herida

hipogástrica hasta el cuello vesical una sonda semiblanda, después de minuciosas tentativas, se logró franquear el esfínter, y que el cabo libre apareciese en el foco perineal en correspondencia con el cabo de otra sonda introducida por el meato. Unidas ambas extremidades por un hilo de seda y hecha la tracción, la sonda hipogástrica abocó al tramo uretral libre por la rotura, y de este modo quedó establecido el sondaje total y permanente.

Varios días llevaba éste funcionando con beneficioso resultado para el herido, cuyas temperaturas vespertinas apenas si traspasaban la normal en algunas décimas de grado, cuando súbitamente, sin causa apreciable, con perfecto desagüe y completa asepsia de las lesiones abiertas, se desarrolló un episodio peritoneal, que si bien no pasa de la fase de iniciación, eleva la temperatura sobre los  $39^{\circ}$ , sidera el sistema nervioso por la persistencia del dolor y del meteorismo y perturba la nutrición del paciente por alteraciones gastro-intestinales de bastante intensidad. Dominada felizmente esta situación, que llegó á inspirar serios temores, continuó el proceso su marcha normal; á mediados de Abril, cicatrizada la herida hipogástrica, la orina fluía por la extremidad uretral de la sonda; en primeros de Mayo fué posible prescindir de ésta y la función se verifica libre y espontáneamente, sin otra complicación que una pequeña fistula uretro-perineal. En días sucesivos y calibrado el conducto por el sondaje progresivo y sistemático, aquélla se cerró y la micción se hizo absolutamente fisiológica. El 10 de Mayo, el individuo, propuesto con licencia, fué alta, curado y en aptitud de prestar servicio cuando termine su convalecencia.

Tal es el caso. Por su indudable importancia nos hemos decidido á someterle á la consideración de nuestros compañeros en las columnas de la REVISTA. Le juzgamos instructivo bajo un doble aspecto: diagnóstico y terapéutico. Bajo el primero, reviste todos los caracteres de un caso tipo de rotura uretral

completa, hasta en la determinación etiológica, que es la más frecuente de las señaladas por la clínica. Bajo el segundo, representa el momento afortunado en que la intervención quirúrgica salva indudablemente la vida de un hombre, y aun dentro de esta modalidad y sin entrar en reflexiones que huelgan ante la ilustración de nuestros compañeros, confirma y constituye una nueva victoria del cateterismo retrógrado; brillante proceder ya entrevisto por clásicos de tanta altura como Verguín y Chopart, puesto luego en olvido para el tratamiento de los traumatismos uretrales por peligros inherentes, no al procedimiento, sino á las circunstancias en que en aquella época se practicaba la cirugía, y que los progresos modernos han rehabilitado asignándole la justa preponderancia que le corresponde en intervenciones como la que hemos descripto.

FEDERICO PARREÑO,

Médico mayor.

---

## ORGANIZACIÓN Y FORMACIONES SANITARIAS DE UNA DIVISIÓN EN CAMPAÑA

---

### LA COMPAÑÍA SANITARIA

Constituye el segundo escalón de las formaciones sanitarias de la línea de fuego, y en todos los Ejércitos van adscritas á las divisiones combatientes, excepto en Inglaterra, donde forman parte de las brigadas, y en nosotros, que tenemos asignadas las compañías á los Cuerpos de Ejército y las secciones á la división.

En algunos Ejércitos, como Italia y Austria, el personal



médico de la compañía de Sanidad es el que presta el servicio de las ambulancias; en otros, el personal encargado del servicio técnico en las formaciones sanitarias es adjunto al de las compañías, ya porque, como ocurre en algunos países (Alemania), la compañía está mandada por Oficiales del Cuerpo de Tren, ya porque, aunque el mando recaiga en los Médicos (España), se encuentren separados el servicio técnico del mando de tropas.

La organización de estas compañías está hecha sobre la base de que han de establecer los puestos principales de curación ó ambulancias sanitarias, que es la formación más importante que establece en todos los Ejércitos. Su estructura y composición está ligada al modo de funcionar los servicios del tren.

Aunque en la actual distribución de tropas de nuestra Brigada Sanitaria corresponde, según he dicho, una sección á las divisiones de Infantería, sin embargo, el Estado Mayor Central, cuando trató de la organización de una división en campaña, después de mostrarse algo perplejo acerca de la organización de la Sanidad por la poca precisión de los diversos Reales decretos y Reales órdenes existentes, opta por aceptar como bueno el Real decreto de 16 de Diciembre de 1891 y asigna á la división una compañía sanitaria con la organización siguiente:

En paz: 1 Médico primero, Jefe de la compañía; 2 Médicos segundos, subalternos; 6 sargentos, 12 cabos y 42 sanitarios practicantes, 4 cabos y 22 sanitarios enfermeros; total, 3 Oficiales y 86 individuos de tropa. En campaña se reforzarían con 1 Oficial médico afecto á la ambulancia de la división; 4 sargentos, 2 para la ambulancia divisionaria y 1 á cada una de las de brigada; 6 cabos y 80 soldados practicantes, 6 cabos y 80 sanitarios enfermeros, 60 camilleros, 30 conductores de carruaje y 19 de acémilas; total, 285 hombres, que sumados á los anteriores hacen 371. Véase cuadro primero.

	Oficiales.....	Sargentos.....	Practicantes.		Enfermeros.		Camilleros.....	Conductores de		
			Cabos.....	Soldados.	Cabos.....	Soldados.		Carruajes.	Acémilas.	
Pie de paz.....	3	6	12	42	4	22	»	»	»	
<b>Compañía</b> {	Ambulancia de división.....	1	2	2	40	2	40	»	10	7
	Idem de la 1. <sup>a</sup> brigada.....	»	1	2	20	2	20	30	10	6
	Idem de la 2. <sup>a</sup> ídem.	»	1	2	20	2	20	30	10	6
	TOTAL de la ambulancia.....	1	4	6	80	6	80	60	30	19
<b>TOTAL GENERAL.....</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>122</b>	<b>10</b>	<b>102</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	

Adjunto á este personal se encuentra el siguiente para el servicio especial de la ambulancia: 1 Subinspector médico de segunda, Jefe de Sanidad de la división y de la ambulancia, proponiendo el Estado Mayor Central la división y separación de estos cargos; 2 Médicos mayores, Jefes de Sanidad de las brigadas y de las dos secciones en que puede dividirse la ambulancia; 1 Médico segundo, Secretario del Jefe de la división, cuya supresión se propone; 2 Médicos primeros para la asistencia clínica, y 2 Médicos segundos de guardia.

En total el personal de Jefes y Oficiales es:

Subinspector médico de segunda.....	1
Médicos mayores.....	2
Idem primeros.....	3
Idem segundos.....	5

*Total.....* 11

Esta es la organización y dotación del personal de Sanidad para la compañía y ambulancia sanitaria, propuesto y aceptado en la última publicación oficial que sobre este asunto se ha hecho.

Respecto al material, enumerábase en dicho proyecto el siguiente: 40 bolsas de ambulancia, 8 mochilas de ídem, 2 botiquines de cirugía, 2 de farmacia, 4 repuestos de cirugía y 4 de farmacia; 15 caballos de silla para Oficiales, 4 para sargentos, 2 para trompetas, 12 mulos de carga, 92 de tiro y

28 carruajes, de éstos 8 furgones, 2 de cirugía, 2 de farmacia, 2 dietéticos y 2 de transporte; 8 coches Lohner, 10 carros catalanes, 12 artolas, 400 camillas, 2 coches tortugas y 22 tiendas.

Pero más recientemente se intenta modificar el material, estando ya aceptados algunos tipos y ensayado muchos, siendo muy probable que se refundan los 2 furgones de cirugía y 2 de farmacia en 2 furgones mixtos, desaparezcan los carros catalanes y las tiendas, quedando únicamente las antiguas tortugas ó furgón tienda hospital en número de 2.

En cambio de esta disminución de 10 carros y 2 furgones, se organizaría una columna divisionaria de conducción con 16 Lohner, siendo el total de vehiculos 32.

La división no tendría más camillas que las de los coches de heridos y las regimentales; 16 por batallón, más 8 de re-puesto, ó sean aproximadamente 400 para la división, y las artolas y sillas sucas formarían parte de la dotación de los Cuerpos, aligerando así el tren divisionario.

Queda desde luego establecido, según se desprende de disposiciones vigentes, la no existencia de camilleros en la compañía de Sanidad.

#### EJÉRCITO ALEMÁN.—PERSONAL.

- 1 Comandante.
- 2 Tenientes.
- 1 Médico segundo.
- 1 Farmacéutico segundo.
- 1 dentista.
- 20 sargentos y suboficiales.
- 16 soldados distinguidos.
- 208 camilleros, de ellos 2 cornetas y 7 con oficios.
- 9 suboficiales y sargentos de sanidad.
- 8 enfermeros militares.
- 3 suboficiales del Cuerpo de Tren.

31 soldados de éste, 3 distinguidos.

Como se ve es de tres clases: compañía de camilleros, sección de sanidad y sección de tren.

Agregados médicos existen:

1 Médico mayor, 2 Médicos primeros y 5 segundos.

El material se compone de 4 carruajes con material y 8 para enfermos, que forman dos grupos de 6 carruajes cada uno.

Los carruajes de heridos son para 2 caballos y pueden transportar 7 y hasta 9 heridos cada uno; van provistos de bolsas con medios de curación. Están provistos de 4 camillas, y durante las marchas transportan en el interior 5 camillas de repuesto; también llevan agua en abundancia.

Los dos carruajes de material sanitario, uno por grupo, son de 2 caballos, y transportan material quirúrgico en abundancia (caja principal y caja de conjunto), medicamentos y vendajes en gran número, una caja con instrumental para esterilizar curas, mesa y vestidos para operar, material de farmacia, utensilios (martillos, etc.), material de cocina, 5 cubiertas para enfermos, 5 jergones y 5 almohadas. En el carruaje número 1 se encuentra una caja para análisis de agua.

Otros dos coches furgones, uno por grupo, llevan una tienda de curación, una linterna señal, las maletas de los Oficiales, material de cocina, víveres para enfermos, ropas para los mismos, blusas para enfermeros, picos, palas, cubos para agua y calderetas.

En el carruaje número 1 van una caja con documentos y otra con yeso, y en el número 2 una con café.

Además hay otro carruaje de 2 caballos que también transporta una cocina para la compañía sanitaria, víveres para ésta y material accesorio análogo al del coche furgón.

En conjunto, el Médico jefe de división no independiente dispone del siguiente personal: Médicos, 42, repartidos del siguiente modo: 1 Secretario suyo, 1 de la compañía de Sanidad, 8 agregados á la compañía y 32 en los Cuerpos; 17 clases y

soldados enfermeros en la compañía, 70 practicantes en los Cuerpos y 452 camilleros, 244 en la compañía de Sanidad y 208 en los Cuerpos; 124 camillas, 72 en los coches de la compañía y 52 en regimientos, y 26 carruajes, 13 de los batallones de Infantería y otros 13 en la compañía.

En las divisiones independientes se dispone además de 4 hospitales de campaña.

Puede instalar como máximum 13 puestos de curación de Infantería, que deben reducirse á 5 ó 4, y 4 de Artillería, que también deben fusionarse entre si ó con algunos puestos de Infantería, 1 ó 2 puestos principales de curación y 1 puesto de reunión de heridos leves. Transporta al mismo tiempo 40 heridos graves de la línea de fuego á los puestos de curación y ambulancias, reservando 22 á 24 camillas para transporte en los coches de heridos acostados, y evacua á retaguardia 16 heridos acostados en 4 coches y 32 sentados en otros 4, siendo más bien superior el número por no requerir tantos el transporte acostado.

Como una división alemana consta de 17.000 hombres, calculándola un 20 por 100 de bajas por día, cifra media, tendremos 3.400, de las que pueden calcularse un 10 por 100 de muertos, 340, y 3.060 heridos, de los que podrían andar un 60 por 100, ó sea unos 1.830 próximamente; requieren el traslado forzoso en camilla un 40 por 100, ó sea 1.270, y calculando en una hora el tiempo que se invierte en retirar cada herido, se puede afirmar que tarda doce horas en quedar libre de éstos el campo de batalla, y aunque los puestos de curación evacuan directamente en los hospitales de campaña y el Reglamento de campaña autorice el empleo de los carruajes de Administración que vayan de vacío para transportar heridos acelerando la evacuación de éstos, se puede afirmar que el material sanitario de una división es insuficiente para las necesidades de ésta, sobre todo si, como es muy posible, rebasa esta cifra de bajas.

### EJÉRCITO AUSTRIACO

La compañía divisionaria tiene 7 (1) Médicos y 125 individuos del Cuerpo de Sanidad además y parte del primer pelotón del escuadrón del Cuerpo de Tren, que se distribuye entre la Plana mayor y la compañía divisionaria en las divisiones ordinarias, y 7 Médicos, 1 Farmacéutico y 128 sanitarios en las divisiones de Infantería con material de montaña.

El material en las divisiones de material se distribuye en la siguiente forma: 9 carruajes de material para la instalación de los 2 puestos de socorro avanzados; 2 furgones de sanidad con material, que eventualmente pueden utilizarse para el transporte de heridos, como dotación del punto de reunión de heridos leves; otros 2 furgones de sanidad y 4 carruajes de repuesto, éstos con abundante material de farmacia y cura y provisiones para la instalación de 1 ó 2 puestos principales de curación; 2 furgones de sanidad para la ambulancia; 11 coches de columna de transporte de heridos; 4 coches de heridos, y un furgón con material de la columna de caballeros de la Orden Teutónica y 2 furgones de sanidad como reserva, ó sea en total 9 carruajes para puestos de socorro, 8 furgones de sanidad, 4 carruajes de repuesto, 15 coches para transporte de heridos y un furgón de los caballeros de la Orden Teutónica.

En total existen 38 Médicos, 67 practicantes de Cuerpo, 35 portadores de medios de curación y 274 camilleros en los Cuerpos con 131 camillas.

En las tropas de montaña el puesto principal de curación tiene 20 caballos en 4 grupos, la ambulancia 18 caballos en 2 grupos; el material de reserva consta de 12 caballos en 4 secciones, y los bagajes y provisiones llevan 46 acémilas, 24 para el puesto principal de curación, 14 para la ambulan-

---

(1) CRON.—*Feldtaschenbuch für den Sanitätsdienst in Kriege*.—H. 1, 1908.

cia y 8 para el material de reserva y 20 acémilas en la reserva del tren.

Los Cuerpos conducen el material en 16 caballos, y por último, hay 15 carruajes para transporte de heridos.

#### EJÉRCITO ITALIANO

El personal de las secciones ó compañías sanitarias que acompañan á las divisiones es el siguiente (1):

2 Capitanes y 4 subalternos médicos, 1 subalterno contador, 1 Capellán, 12 clases y 14 sanitarios enfermeros, 11 clases, 132 hombres camilleros y 8 asistentes. La sección de tren de esta unidad consta de 1 Oficial y 25 hombres. Pero las compañías sanitarias pueden tener hasta 400 hombres (2), según el número de agregados de los Cuerpos, y en total, sin contar éstos, existen unos 2.400 hombres en las 12 secciones, de los que 225 son suboficiales ó Ayudantes de Sanidad, 736 enfermeros y 980 camilleros.

El material consiste en 2 botiquines, una mochila y 40 bolsas de sanidad; 8 coches de cuatro ruedas de 750 kilogramos de peso para heridos, 2 de cirugía de dos ruedas de 900 kilogramos de peso y 500 de material, 2 de cirugía de cuatro ruedas de 1.100 kilogramos de peso con 630 de material; 3 carros de batallón parecidos á los nuestros catalanes, que conducen el equipaje de los Oficiales y 8 tiendas para éstos, una tienda modelo Guida y 92 camillas.

Las secciones montadas tienen la mitad de dotación: 4 coches de heridos, un furgón de cuatro ruedas y un carro de batallón.

En Suecia (3) la compañía de Sanidad tiene 1 Jefe y 2 sub-jefes de media compañía del Cuerpo de Tren, y 2 Médicos de regimiento y 10 de batallón para el servicio técnico; 1 Oficial

(1) F. HOWARD.—*Organización sanitaria, etc.*, traducido por Gamero.

(2) *Resumen de la prensa militar extranjera*, 1907, 2.º semestre.

(3) *Stainer Militär Sanitätswesen in Schweden und Norwegen*.

de Administración, 2 Farmacéuticos y 12 Médicos auxiliares (casi todos estudiantes de Medicina); 47 individuos del Cuerpo de Tren y 1 suboficial; 6 sargentos, 4 jefes de secciones de camilleros, 12 cabos jefes de patrullas de éstos, con 12 soldados de 1.<sup>a</sup> subjefes de patrullas, otros 12 cabos y 12 soldados distinguidos, sanitarios enfermeros, 2 trompetas, 192 camilleros, 4 cocineros y 48 hombres para servicio auxiliar.

Todos los jefes de patrulla y grupo llevan una mochila sanitaria y cada 4 camilleros una camilla y una bolsa de curación. También tienen 2 tiendas de curación; el tren de la compañía consta de 12 coches de heridos, 4 con material de curación, 6 furgones y 3 coches de víveres, todos con 2 caballos.

Noruega tiene en cada compañía sanitaria 1 Capitán y 4 Tenientes médicos, 2 de éstos Jefes de las medias compañías; 10 suboficiales, 12 cabos, 2 cornetas, 96 camilleros, 6 practicantes y 3 cocineros del Cuerpo de Sanidad, y agregados van 1 subalterno y 20 entre clases y soldados del Cuerpo de Tren. Los carruajes son 11, 6 de transporte de heridos, 2 con material de curación, 2 para bagajes y 1 de provisiones, todos de 2 caballos, y el material de curación se compone de 4 tiendas de operaciones, 48 camillas y 34 bolsas de curación. Para la evacuación de heridos dispone además, en caso necesario, de los carros de batallón y carruajes requisados.

En el Japón (1) el Cuerpo Sanitario de la división está bajo el mando de un Jefe de Infantería ó del Cuerpo de Tren, estando reservada al Médico la parte técnica exclusivamente. El Jefe médico de la ambulancia es de igual categoría que el Jefe militar. Tanto en la ambulancia como en la dotación de los Cuerpos el material está reducido á lo más indispensable, hasta el punto de que en la marcha sólo ocupa la ambulancia 218 metros.

---

(1) MATIGNON.—Loc. cit., página 129 y siguientes.



Se divide en dos porciones, parte médica y destacamento sanitario. La primera tiene 9 Oficiales, comprendiendo el Jefe médico y el Farmacéutico, 26 clases y 50 enfermeros. El destacamento sanitario tiene 34 clases y 320 camilleros con 80 camillas. El total del personal es el siguiente:

14 Oficiales.	}	4 combatientes
		8 Médicos.
		1 Farmacéutico.
		1 de Administración.

60 suboficiales y cabos.

370 hombres.

40 caballos.

Pero el destacamento puede reforzarse si las necesidades lo exigen, llegando el número de camilleros á 500.

Esta compañía es divisible en dos secciones, como las de casi todos los Ejércitos.

Su material está calculado para asistir á 200 heridos, elevándose durante la campaña según las necesidades, hasta ser suficiente para atender 500.

Primeramente se dividió en dos secciones: la primera iba con el tren de combate y constaba de 8 caballos con cestones de medicamentos y cura, 8 para camillas, 2 para tiendas, y otra sección que acompaña al tren regimental con 6 caballos para bagajes del personal, 6 para la cocina, 10 para víveres y 3 más con utensilios y repuesto.

El transporte de heridos se verificaba con carretas requisadas y camillas conducidas por chinos.

Posteriormente se organizó un convoy ligero de Sanidad que marchaba en cabeza del tren de combate con 4 caballos con 8 cestones, 3 con camillas, 4 para bagajes de Oficiales, 4 con cubiertas y 1 que transportaba 2 mesas de operaciones. Este convoy, dotado de gran movilidad, podía acompañar á las tropas en todos los terrenos y se desenfilaba fácilmente del fuego de la Artillería enemiga.

Su material es muy reducido, 36 medicamentos, comprendiendo en éstos el agua destilada, coñac, yeso, tafetán, una caja de instrumentos de  $40 \times 25 \times 10$  centímetros con pocos instrumentos, jeringuillas, termómetros, termocauterio, irrigador, bujias de goma, etc. El peso total de cada uno de estos cestones es  $37 \frac{1}{2}$  kilogramos y sus dimensiones  $68 \times 38 \times 40$  centímetros.

En Rusia (1) la compañía recibe el nombre de hospital divisionario; su Jefe lo es el de la división, como en nuestra ambulancia, y el personal se compone de 4 Médicos más, 1 Director de hospital, 1 celador, 3 practicantes, 1 idem farmacéutico, 1 idem veterinario, 2 escribientes, 22 sanitarios, 2 suboficiales de transportes, 37 conductores, y 1 sargento mayor, 4 sargentos, 12 cabos y 200 soldados camilleros. Los coches son: 8 de ambulancia, 15 de material, 1 de tiendas y 3 furgones de medicina. Su material consiste en una camilla especial, 50 ordinarias con bolsas de curación, 10 cajas con 200 curas, 4 tiendas, 2 mesas de operaciones, botiquines, alimentos, etc.

En Inglaterra (2) las compañías de Sanidad están afectas á las brigadas de Infantería y Caballería, y no á las divisiones como en los restantes Ejércitos. Su personal se compone de 3 Oficiales médicos, 1 suboficial, 12 clases, 1 corneta, 44 soldados del R. A. M. C. y 38 hombres del servicio administrativo. Tiene 15 carruajes, 10 de ambulancia de dos tipos, Mark III, para 2 enfermos acostados y 4 sentados, y Mark V, para 12 sentados, 2 acostados y 4 sentados; 2 coches almacenes, 1 de equipaje, 1 de viveres y 1 con agua para la compañía. El material de curación se compone de 2 bolsas, 8 mochilas, un botiquín, una caja de fractura y una de curas, además de mesas de operaciones, camillas, etc. Proporcionalmente este

(1) HOWARD, traducido por Gamero, loc. cit.

(2) HOWARD, traducido por Gamero; y L. HERZ. *Der Sanitätsdienst bei der englische Armee im Kriege gegen Bureu.*

Ejército es el más dotado de carruajes de ambulancia, puesto que una división de 10.000 hombres cuenta con 20 coches.

Seré muy parco en dar datos acerca de la organización de estas compañías en Francia, porque, como ya he dicho en otro artículo, se encuentra en periodo de total transformación. Sólo diré que el personal constaba, en una ambulancia divisoria, de 8 Médicos, 3 Oficiales de Administración, 1 Capellán, 129 clases é individuos de Sanidad Militar, 20 Oficiales del Tren y 11 soldados de este Cuerpo, bajo el mando supremo del Jefe médico; y como material tenía 4 coches de 2 ruedas y un caballo y 4 de 4 ruedas y 2 caballos para transporte de heridos, 6 furgones de medicina y cirugía, 2 de provisiones y ómnibus, todos de 2 caballos, y 2 furgones de cirugía y 2 coches de Administración de 4 caballos, 20 artolas y 10 literas.

La transformación se hace sobre la base de aligerar el material (21 vehiculos y 15 cargas), favorecer su fraccionamiento (hoy sólo se divide en dos secciones), hacer posible su instalación más cerca de la línea de fuego y transformarlas de formación móvil en fija por la adición de una formación nueva. El servicio de camilleros se organiza en forma análoga al de los japoneses en cuanto á su funcionamiento, aunque no en lo relativo al mando.

En resumen: las compañías sanitarias presentan organización análoga en todos los Ejércitos; son formaciones algo pesadas, poco fraccionables, en dos secciones como máximo; están afectas á las divisiones casi siempre, y en muchas de ellas va afecta á la compañía la formación de columnas de evacuación á retaguardia.

F. GONZÁLEZ DELEITO,

Médico primero.

---

## PRENSA MEDICA

**Poder fagocitario de los polinucleares cosinófilos.**—En los sujetos que presentan una cosinofilia intensa, la defensa orgánica puede efectuarse por los polinucleares cosinófilos, así como por los neutrófilos, de donde se deduce que en los casos de ruptura del equilibrio leucocitario existe una compensación para la lucha contra las infecciones, si bien es de notar que en la mayoría de los casos es siempre menor la actividad de los cosinófilos que la de los neutrófilos, pudiendo, no obstante, comprobarse *in vitro* la de los primeros, tanto en presencia de un suero normal como en el del mismo enfermo.

Nattan Larrier y Paron (*Soc. de Biol.*)

\* \* \*

**Tratamiento de los trastornos génito-urinarios por acción directa sobre los centros nerviosos.**—M. Pierre Bonnier (*Acad. de Sciences*). Los centros que regulan las funciones urinarias y genitales están situados en la parte inferior del bulbo, y la experimentación clínica demuestra que se pueden modificar algunos de sus desarreglos mediante ligeras cauterizaciones en las regiones anteriores de la mucosa nasal. El autor ha tratado de este modo sistemáticamente un gran número de casos de dismenorrea, dolores catameniales, neuralgias mensuales y trastornos del aparato digestivo. El acné, el eritema de la cara, el prurito vulvar y la leucorrea habitual han sido ventajosamente combatidas por este proce-

dimiento, el cual ha curado también algunos casos de incontinencia de orina y crisis cotidianas de poluciones nocturnas.

\* \* \*

**Lesión sifilítica inicial producida experimentalmente en la piel de los conejos.** (*Deut. Med. Woch.*)—Se ha creído hasta hace poco tiempo que la transmisibilidad de la sífilis á los animales estaba limitada á los simios antropoides, pero investigaciones ulteriores han demostrado que podía infectarse de dicho mal experimentalmente á otros seres que ocupan puesto más inferior en la escala zoológica. Así, Garodi y Neisser produjeron lesiones sifilíticas testiculares en los conejos, y Grover obtuvo resultado positivo por medio de inyecciones subcutáneas y endo-oculares en los mismos animales.

Recientemente Hoffmann, Lôche y Mulzer han inyectado suero poco sanguinolento procedente de una sífilosclerosis inicial, que databa de seis semanas, en el parénquima del testículo de un conejo, obteniendo resultado positivo. A los dos días de practicar la inoculación observaron reacción inflatoria local, y á los treinta y cuatro días apareció en el punto de la inyección una lesión circular escamosa, circundada de tejido infiltrado é indurado. En la serosidad recogida en dicha lesión se comprobó la presencia de numerosos espiroquetos.

\* \* \*

**Anestésicos locales que pueden substituir á la cocaína.**—Le Brocq (*Brit. Med. Journal*). Las substancias estudiadas por el autor son las siguientes: estovaína, novocaína, tropococaína, beta-eucaína, alipina lactato de beta-eucaína, nirvanina, holocaína hidroclicórica, acóina, ortoformio y anestésina. Entre ellas busca la que sea preferible por reunir las siguientes condiciones: menor toxicidad que la cocaína en relación con el poder anestésico, solubilidad en el agua, no producir irritación local, absorción sin determinar hiperemia, inflamación ni necrosis y pronta difusión en las serosas que es necesaria para las inyecciones intrarraquidianas. Por lo que se refiere á la rapidez de absorción, dice el Dr. Le Brocq que mientras más lentamente se verifica produce efectos más duraderos, que dependen de la acción vasoconstrictora, razón por la cual suele inyectarse adrenalina á la vez que el anestésico.

Refiere á continuación los experimentos que ha realizado en animales resultando de ellos que las cuatro substancias que reúnen mejores condiciones son la estovaína, la novocaína, la tropococaína y el lactato de beta-eucaína, si bien todas ellas, á excepción de la novocaína, ejercen sobre los tejidos acción más irritante que la cocaína, en vista de lo cual se decide el autor por la repetida novocaína, que tiene igual poder anestésico que la cocaína, que es menos tóxica y apenas produce irritación local, siendo perfectamente compatible con la adrenalina.

\*  
\*\*

**Patogenesia tiroidea del reumatismo.**—Diamantberger, en *La Presse Médicale*, llama la atención sobre la íntima correlación que dice haber observado entre las diversas formas de reumatismo, agudo ó crónico, y los trastornos funcionales y orgánicos de la glándula tiroidea, afirmando que los buenos resultados obtenidos por varios prácticos con la opoterapia confirman su opinión. La glándula tiroidea, dice, acumula en su interior, y vierte después en el organismo, cierta cantidad de yodo en estado coloidal, que en presencia de los elementos celulares de los centros nerviosos provoca cambios químicos necesarios para el equilibrio de sus funciones. La producción de yodo excesiva ó deficiente, la hipersecreción tiroidea, una irritación tóxica, infecciosa ó inflamatoria del cuerpo tiroideo, son fenómenos que trastornan el trabajo bio-químico intracelular y dan lugar á hipo, hiper ó distiroidia, alteraciones que van acompañadas de dolores y de flegmasías poliarticulares, con fiebre ó sin ella, á alteraciones tróficas diversas, á deformaciones óseas ó fibrosas, á erupciones cutáneas y, en general, á síntomas neuro-arteríticos.

Para combatir dichos estados aconseja el uso de la yodotirina, principio activo de la glándula citada, afirmando que remedia sus deficiencias funcionales y detiene el proceso reumático, haciendo desaparecer el dolor y las flegmasías poliarticulares, lo que, á su juicio, constituye la prueba evidente del origen tiroideo de las artropatías reumáticas.

## VARIEDADES

Los efectos que sobre el aparato digestivo producen los bromuros alcalinos, que á más de su mal gusto determinan alguna irritación de la mucosa gástrica, han inducido á muchos clínicos de España y del extranjero á apelar en substitución de dichos remedios á la **Sabromina**, producto que puede administrarse sin riesgo á grandes dosis, que es inodoro é insípido, perfectamente tolerado por el estómago y de tanta ó más eficacia como los bromuros citados. La *Sabromina* es eficaz en la mayor parte de las afecciones del sistema nervioso y se administra en tabloides, que se toman después de las comidas.

Otro medicamento reciente, y también ya de utilidad reconocida, es el **Tiresol** (éter metílico de Santalol), muy útil en las afecciones de las vías urinarias y especialmente en la blenorragia, en la que obra como analgésico y anafrodisíaco.

No posee los inconvenientes que se asignan á otros remedios perjudiciales para el estómago y especialmente para los riñones. Es un producto inocuo y eficaz, que casi no tiene valor y que puede tomarse en gotas, en tabletas, etc.

Los dos nuevos medicamentos referidos están preparados por la casa «Federico Bayer & C.<sup>a</sup>», de Barcelona.

---

## SECCIÓN OFICIAL

- 12 Mayo.—Real orden circular (*D. O.* núm. 105) reorganizando las Comisiones liquidadoras.
- 13 » Idem id. (*D. O.* núm. 107) concediendo al Médico mayor don José Urrutia de Castro la gratificación anual de 720 pesetas, correspondiente á diez años de efectividad en su empleo.
- » » Reales órdenes (*D. O.* núm. 107) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir cuatro cajas de lentes, dos vitrinas metálicas niqueladas y material de radiografía para el hospital de Madrid.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 107) autorizando al Instituto de Higiene Militar para adquirir una balanza analítica, sensible al miligramo.

14 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 107) concediendo prórroga de pasaje para traslado de esta Corte á Valencia á la familia del Subinspector farmacéutico de segunda clase D. Narciso Francolí Armengol.

» » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 107) disponiendo que los Jefes y Oficiales del Ejército destinados ó de tránsito á las plazas donde residan los Comandantes generales de los Apostaderos, se presenten á estas Autoridades.

» » Idem *id.* *id.* (*D. O.* núm. 108) disponiendo se reintegre al Médico primero D. Antonio Redondo Flores el importe de pasaje de su familia y mitad del suyo que satisfizo de su peculio particular al trasladarse de Teruel á esta Corte para seguir curso de ampliación en el Instituto de Higiene, y asimismo que á todos los que en lo sucesivo hayan de hacer los referidos estudios se les considere con derecho á pasaje por cuenta del Estado y á sus familias, tanto á la ida como al regresar á sus destinos.

18 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 108) destinando al Médico mayor don Diego Segura López para la asistencia del personal del Ministerio de la Guerra, en vacante de plantilla.

19 » Reales órdenes (*D. O.* núm. 110) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Subinspectores médicos de segunda clase D. José González García y D. Elíseo Muro Morales; á los Médicos primeros D. Francisco Ibáñez Aliaga, D. Eustasio Conti Alvarez, D. Santos Rubiano Herrera, D. Rogelio Vigil de Quiñones, D. Juan García Rojo, D. Miguel García Rodrigo, D. Daniel Ledó Rodríguez, D. Salvador Sausano Vives, D. Francisco Baixauli Perelló, D. Francisco Mora Caldés, D. Diego Brú Gomis, D. Emilio Martínez Oppelt y D. José Huesa Bueno, y á los Médicos segundos D. Florencio Herrer Menguijoz, D. Rafael Mira Periú, D. Juan Romeu Cuallado, D. Luis Gabarda Sitjar, D. Abilio Conejero Ruiz y D. Jerónimo Forteza Martí.

» » Idem *id.* (*D. O.* núm. 111) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Isidro García Julián, D. Daniel Palop y Juan, D. Estéban Gutiérrez del Olmo y D. José González Granda; á los Médicos primeros D. Ignacio Sanz Felipe, D. Rafael Chicoy Arreceigor, D. Matías Navarro Sancho, D. Antonio

Horcada Mateos, D. Antonio Castillo Navas, D. Cándido Navarro Vicente, D. Manuel Iñigo Nougues, D. Melchor Camón y Navarro, D. Francisco Escapa Bravo, D. Arturo Fernández Fontecha, D. Eulogio del Valle Serrano, don Marcos García y García y D. Santiago Iglesias Gago, y á los Médicos segundos D. Eduardo Zuazua Castelu, don Dacio Crespo Alvarez, D. Angel Capa Arabiatorre y don Víctor Manuel y Nogueras.

19 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 112) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Gaspar Araujo Lences y D. Angel Jack Ocampo, y á los Médicos segundos D. Ignacio Granada Camino, D. José Cancela Leiro y D. Elío Díez Mato.

» » » Idem íd. (*D. O.* núm. 113) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Leopoldo García Torices, D. Benjamín Tamayo Santos y D. Aurelio Belsol Oria.

22 » » » Idem íd. (*D. O.* núm. 112) nombrando al Médico segundo don Benigno Soto Armesto Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Oviedo.

24 » » » Idem íd. (*D. O.* núm. 112) disponiendo que los Farmacéuticos primeros que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan:

D. José Llanas y Aguilaniedo, al hospital de Santoña; D. Manuel Vicioso Martínez, excedente y en comisión á la farmacia militar de esta Corte, número 1, en plaza de segundo, y D. Enrique Fernández Rojas y Cedrún, á excedente y en comisión al hospital de Madrid, en plaza de segundo.

» » » Idem íd. (*D. O.* núm. 113) concediendo autorización para que se instale una enfermería militar de plaza en el fuerte de Isabel II, en Mahón.

» » » Idem íd. (*D. O.* núm. 113) nombrando al Subinspector médico de segunda clase D. Ceferino Rives Torner Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Zaragoza.

---

Con este número repartimos un prospecto del medicamento **HEROÍNA**, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.