

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año I Madrid 1.º de Diciembre de 1907 Número 23

SUMARIO

La responsabilidad en los epilépticos, por V. Plaza Blanco.—Resumen del nuevo Reglamento alemán para el servicio sanitario de campaña (continuación), por P. Farreras.—*Prensa médica*: La anafilaxia.—Seroterapia de la disentería bacilar. El suero antidisentérico polivalente.—Acción de la quinina sobre la hemoglobina y su aplicación para investigar el óxido de carbono en la sangre.—*Necrología*: D. Manuel Arranz y Arce.—*Sección oficial*.

BIBLIOTECA: Inmunidad con aplicación a la higiene de las enfermedades infecciosas, por M. Martín Salazar.

SUPLEMENTOS: Manual legislativo de Sanidad Militar.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1.º de Diciembre de 1907.

LA RESPONSABILIDAD EN LOS EPILÉPTICOS

El Médico legista debe declarar ante los Tribunales si el individuo que comete un crimen lo ha hecho en un estado mental en que la conciencia y la voluntad gozan de su normal funcionalismo, ó si, por el contrario, lo ha ejecutado en un momento de locura. Esto es lo único que debe exigirse al perito médico ante los Jueces, y tal ha sido la opinión sustentada por el *Dr. Ballet*, recientemente, en el Congreso de Médicos alienistas y neurólogos, y de cuyo asunto ya se ha ocupado en esta REVISTA mi ilustrado amigo el *Dr. González Deleito*. Tratándose de ciertas psicopatías, la cuestión no es difícil, y con una observación no muy larga puede el Médico declarar de una manera terminante si el sujeto sometido al

juicio del Tribunal ha cometido el delito en un momento de locura ó no; pero cuando quiera deducirse la irresponsabilidad por la existencia de neurosis, de accesos más ó menos tardíos, pero nunca frecuentes, para llegar á constituir un estado de mal permanente, la respuesta es más difícil y comprometida, pudiendo incurrirse en error gravemente trascendental, pues de él depende el fallo del Tribunal. Por esta razón, en la epilepsia, mientras no haya más síndrome que el acceso convulsivo repetido con más ó menos frecuencia, hasta que no se matice el estado de demencia epiléptica, hay que ser muy severos en nuestras apreciaciones, pues en la epilepsia, no habiendo paroxismos psíquicos y limitado el padecimiento á la *espasmofilia*, es difícil que en el ataque convulsivo, en el aura más ó menos evidente, se originen actos impulsivos que arrastren al crimen. De suponer esto, caeríamos en la escuela criminalista patológica, y aun dentro de ella, en la interpretación más absurda del tipo criminal; pues bien, examinados los casos de criminales más notables considerados como epilépticos, resulta en nuestro concepto que la doctrina cae por su base, porque para poder calificar á un enfermo, sea ó no criminal, como tal, preciso es que en todo ataque ó acceso exista el signo patognomónico de las manifestaciones epilépticas, que es la falta de delirio.

La teoría moderna de la neurosis epiléptica supone un estado del cerebro que produce la repetición habitual de espasmos. Es la *espasmofilia* de *Féré*, ó, según la denominación de otros autores, *cerebro convulsible*. Conocemos, hasta cierto punto, las causas y desarrollo de esta alteración particular, pero ni una palabra de su anatomía. De esta falta de conocimiento anatómico de la epilepsia surgen esas confusas clasificaciones, basadas en la causa que al parecer la originan. *Jackson* creó la epilepsia cortical, caracterizada por convulsiones limitadas al lado opuesto del de la lesión cefálica; pero es lo cierto que las operaciones practicadas para la curación

de esta epilepsia, con ser muy racionales, no han sido seguidas de grandes éxitos, y ni siquiera en los casos de mejoría podemos dar un valor evidente al mecanismo de la misma, pues en todo epiléptico hay lapsos de tiempo en que parece curada la neurosis sin haber motivo para atribuir este alivio, curación aparente, á ninguna intervención médica ni quirúrgica.

La idea de la lesión cortical en la epilepsia no es clara ni precisa, pues si bien es verdad que por un traumatismo craneal se producen ataques epilépticos, á veces limitados al lado opuesto al de la lesión, no es menos cierto que la causa movens del ataque epiléptico es en muchos casos una lesión de los nervios periféricos. De aquí ha nacido el grupo de epilepsias reflejas, cuya aura parte de una cicatriz y cuya curación parece que se ha conseguido extirpándola ó amputando el miembro en el que radica.

Bien pensado el asunto, yo confieso ingenuamente que, admitiendo los traumatismos como causa ocasional de la epilepsia en numerosos casos, no puedo por menos de inclinarme á la opinión de los que creen que, de origen traumático ó diatéptico, heredada ó adquirida por influencias de orden físico ó psíquico, la neurosis epiléptica es un estado especial del cerebro, cuya anatomía patológica nos es por hoy desconocida. Y ahondando más el asunto damos un gran papel á la herencia, que casi domina la etiología de la neurosis, sean los ascendientes nerviosos homogéneos ó heterogéneos, incluyendo en estos últimos á los bebedores; y con respecto á la influencia de los traumatismos, creo que para que se produzca la *espermofilia*, el *cerebro convulsible*, no basta una lesión de los nervios periféricos, de los huesos del cráneo ó de la dura madre, etc., sino que es necesaria una predisposición, tara neuropática, heredada ó adquirida bajo influencias diversas, tales como ciertas enfermedades infectivas, las fatigas y emociones, las intoxicaciones ó causas distintas, simples ó asociadas, capaces de

originar un estado cerebral enteramente igual en sus manifestaciones, aunque su origen no haya sido el mismo. Y este es el momento de fijarnos en que la epilepsia en los heridos en el campo de batalla es muy frecuente, no pudiendo negar un papel esencialísimo á las fatigas y á las emociones de la guerra en la génesis de la neurosis, aunque su causa ocasional haya sido el traumatismo.

Entendida la epilepsia constituyendo un síndrome que puede aparecer en estados patológicos variados, tiene un curso y, sobre todo, un pronóstico muy diferente de la llamada epilepsia esencial. Para nuestro punto de mira no tenemos que fijarnos en los ataques convulsivos, sino en el estado mental propio de la neurosis.

Es una idea vulgarizada que el epiléptico es un ser desequilibrado moral é intelectualmente. Esta es una opinión exagerada, pues si bien es verdad que la epilepsia puede ser causa de enajenación mental, que hay una locura epiléptica, no es menos cierto que los enfermos corrientes de esta neurosis no son tales desequilibrados, y lo único que en ellos se observa es irritabilidad de carácter, depresión y movilidad muy marcada, y no hay que olvidar, como hace notar *G. André*, que grandes hombres han padecido epilepsia. Por eso al tratar del estado mental de los epilépticos hay que distinguir los matices, el curso y la intensidad de la neurosis, para fijar la responsabilidad ó irresponsabilidad de estos enfermos. No debe aplicarse la denominación de dementes á todos los epilépticos, pues entre la epilepsia, como simple neurosis, y la demencia epiléptica hay sus límites precisos y claros, que se hacen borrosos, como oscuros son casi siempre los comienzos de la psicosis. Es decir, que la epilepsia es una neurosis que predispone á la locura, pero no es de por sí un estado de demencia. Aun en la teoría cortical, más admitida hoy que la bulbar, en la espasmofilia ó cerebro convulsible, se explican los trastornos psíquicos como consecuencia de la repetición

de los espasmos; pues en un epiléptico en el que se observa el ataque típico, si éste es poco frecuente, las facultades intelectuales y morales presentan una ponderación que nada deja que desear desde el punto de vista moral é intelectual. Es más, hasta que no se llega al cuadro de la demencia no hay paroxismos psíquicos de verdadera inconsciencia, y todos los fenómenos observados tienen su explicación fisiológica, tal como la pérdida del conocimiento por la descarga cortical, el grito inicial por la contracción brusca del tórax y el espasmo glótico, la dilatación é insensibilidad de la pupila por una excitación cortical, y el estertor final y el embotamiento de la inteligencia por el agotamiento de la misma corteza cerebral. En los tipos atenuados de epilepsia, como el *vértigo* y la *distracción*, ocurre muchas veces que ni siquiera hay pérdida del conocimiento, y lo único que padece es la voluntad, no obedeciendo los movimientos para la progresión, el lenguaje, etc., á sus impulsos. De cualquier modo, en una y otra forma el epiléptico puede llegar al *gran mal intelectual*, á la demencia epiléptica, al idiotismo, en cuyo caso ya se trata de un irresponsable, siempre y en todas ocasiones, aun en los periodos é intervalos de lucidez.

Hemos de hacer constar que en el epiléptico ordinario y corriente sufre más la voluntad que la inteligencia; pero nunca en un grado que justifique su irresponsabilidad, pues jamás existe la impotencia voluntaria, y sí sólo un debilitamiento de esta facultad. No llega al aniquilamiento, y siempre hay impulso suficiente y potencia en el esfuerzo para no caer en la locura de la duda, en el éxtasis, en la abulia ó impotencia para querer. El epiléptico sufre su ataque convulsivo que dura algunos segundos, quizá algunos minutos, y á no ser que persista el eretismo nervioso, todo ha concluido al poco tiempo, teniendo frente á nosotros un individuo bien ponderado desde el punto de vista intelectual y moral.

Respecto á las anomalías físicas de los epilépticos, las cua-

les apoyarían la idea de la degeneración, no está el asunto muy claro, y si es verdad que *Laséque* atribuía gran importancia á la asimetría craneana, otros autores de no menos fuste han encontrado esta asimetría en individuos sanos. Lo mismo ocurre respecto á la sindactilia, á la diferencia de color de los dos iris, á la forma en cornete del pabellón auricular y de tantas otras anomalías anatómicas, estigmas físicos muy mal interpretados la mayoría de ellos, igualmente que los psíquicos, á los que se les ha concedido una significación que muchas veces no tienen. *Tuccarelli* encontró hasta 18 asimetrías torácicas entre 20 epilépticos; pero ante una serie tan limitada, y en presencia de observaciones de hombres sanos en los que también se ha hallado la asimetría torácica en idéntica proporción, hemos de negar valor á los signos físicos de la epilepsia, que aunque causa de demencia muchas veces, efecto de degeneración otras, no siempre la hemos de considerar ligada á la desviación regresiva del tipo medio corriente, aunque ella de por sí, con sus espasmos, su irritabilidad, su emocionalidad anormal, pueda originar la desarmonía psico-fisiológica, engendrando el tipo clásico del degenerado; pues, después de todo, á las intoxicaciones crónicas, á los sufrimientos prolongados, á los excesos y á las influencias del clima se atribuyen estos tipos de degeneración fisiológica. Y antes de terminar este asunto de los estigmas físicos séame permitido manifestar que, aunque *Areteo* había advertido ya que la enfermedad *comicial* es enemiga de la belleza, no hemos comprobado esta idea en nuestras observaciones, así como tampoco el prognatismo, la disminución del ángulo facial y tantas otras anomalías de existencia indiscutible en el *morbis divinus* de los antiguos, aun cuando sus síntomas hayan dado lugar á graves preocupaciones hasta denominarlo *morbis demoniacus* y ordenar la suspensión de los comicios en el momento de la aparición de un solo caso, según consta en las tradiciones antiguas de los romanos.

Casi con lo dicho está ya resuelto el problema de la responsabilidad. La epilepsia como neurosis, dentro de sus límites ordinarios, sin síntomas de demencia ni aun de degeneración, no puede hacer irresponsables de sus actos á los que la padezcan, pues fuera del ataque no hay trastorno psíquico y durante el acceso no existen impulsos criminales; todo se reduce á la *espmofilia* con pérdida del conocimiento é impotencia de la voluntad únicamente durante el ataque.

Querer conceder irresponsabilidad á todo epiléptico es sacar las cosas de sus verdaderos y discretos límites. Según ese criterio, pocos hombres habría responsables, pues los unos por temperamento, los otros por perturbación instantánea, raro es el hombre que ejecuta todos los actos de su vida, en todas las circunstancias y en cualquier momento, en perfecto estado de consciencia. Prescindiendo de las alteraciones de la atención, de la memoria, de la asociación de ideas, que no pueden entrar en la patología, aun cuando se aproximen más ó menos á ella, hay una porción de estados de la voluntad que no llegan á lo morboso y que dan á los individuos un carácter psíquico especial. Y es que en las funciones cerebrales la coordinación voluntaria tiene variadísimas formas, que engendran voluntades muy distintas. Los grandes hombres, los perfectamente equilibrados, tienen unidad, estabilidad y potencia de voluntad. Su constitución mental es una pasión inextinguible que les hace perseguir siempre el mismo fin. Estas voluntades superiores, estos grandes activos, tienen su vida reconcentrada en la unidad de su fin, creando coordinaciones y adaptándose siempre, según las circunstancias, para conseguir el fin perseguido. Estas voluntades son los seres más elevados en todos los órdenes de la actividad intelectual. Contrastando con ellos aparece el neurósico, sujeto á intermitencias y veleidades, no teniendo ni la unidad ni la estabilidad de las grandes voluntades, aun cuando su potencia sea quizá mayor. Estos individuos en los que parece que hay

dos centros de gravedad son los más comunes, y si observamos bien á los que nos rodean, bien podremos asegurar que es el tipo corriente de la humanidad. Por eso los hombres eminentes son raros y la masa común de la sociedad está formada por estos seres en los que la estabilidad oscila de tiempo en tiempo, siendo más ó menos frecuentes las infracciones á la coordinación perfecta, pero sin llegar á los impulsos bruscos, irresistibles, que rompen sin cesar el equilibrio hasta constituir un estado morboso de la voluntad bien distinto de ese otro estado que se observa en las psicosis defectivas, en las que la atrofia de las facultades intelectuales y afectivas hace imposible la aparición de la voluntad. Es decir, que en el histerismo, la epilepsia y la neurastenia hay con seguridad una desviación de la coordinación perfecta, igual á la que existe en muchas personas calificadas de normales; pero en los idiotas y en los mismos débiles de espíritu no hay voluntad, siendo en ellos siempre instintivos los esfuerzos y las determinaciones.

La abulia ha sido magistralmente descrita por *Guislain*, y según él los enfermos saben querer mentalmente, pero son impotentes para hacer convenientemente. *Th. de Quincey* y otros psicólogos y neurólogos nos han dado á conocer casos curiosísimos de abulia, y del examen de los mismos puede sacarse la conclusión de que la debilidad de la voluntad y hasta la abulia obedecen á un mecanismo fisiológico, á una depresión de las acciones vitales que da lugar á una insensibilidad relativa. Tal es la explicación de la debilitación de la voluntad en la epilepsia como en las demás neurosis similares, admitase cualquiera de las hipótesis que se han ideado para la explicación de la abulia.

Por todas las ideas expuestas, consideramos que el epiléptico simple es responsable de sus actos, y que aun penetrando en el campo de la criminalología positiva no debemos confundir la epilepsia con la locura moral, en cuya confusión han incurrido criminalogistas exaltados sugestionados por las doc-

trinas de la escuela italiana de antropología criminal, que en su avance científico se ha desacreditado á sí misma llevada por un buen deseo, pero desviada de la senda de la verdad por errores de observación y temerarias y mal fundamentadas deducciones en su pretensión de clasificar al criminal entre los seres irresponsables, constituyendo el tipo del delincuente con caracteres anatómicos muy dudosos y buscando su génesis en la teoría atavítica ó en la patológica ó teratológica, y consiguiendo que espíritus sanos y cerebros bien ponderados alcen enérgica protesta al ver sumas enormes de trabajos serios y largas investigaciones olvidadas por completo por el afán de apoyar teorías prematuras que consideran las cuestiones científicas desde un punto de vista estrecho é insuficiente, creando una sociología y una psicología cuajada de afirmaciones poco menos que arbitrarias y harto peligrosas para el orden moral.

V. PLAZA BLANCO,

Médico mayor.

RESUMEN

DEL

NUEVO REGLAMENTO ALEMÁN PARA EL SERVICIO SANITARIO DE CAMPAÑA

(Continuación).

III.—REPOSICIÓN DEL MATERIAL SANITARIO.

Depósito sanitario de etapa.—Hay uno en cada inspección de etapa con el material de los hospitales de guerra, de etapa, de infecciosos, trenes y buques hospitales y el necesario para completar las dotaciones de las tropas y formaciones de sanidad de la sección de operaciones que no se pueda reponer

en los puntos en donde se hallan. Hay además los coches de actinoscopia y de agua potable, tiendas de campaña, etcétera, que si hacen falta se remiten al campo de operaciones. Está también el instrumentista.

El mando del parque ó depósito lo ejerce un comandante, con facultades disciplinarias de jefe de compañía. El personal sanitario, en lo técnico, depende del director del hospital de guerra y del médico de etapa. El depósito se divide en tres secciones, que en caso de separarse se encarga de la segunda el teniente segundo y de la tercera el farmacéutico mayor. La columna de tren del depósito de etapa se divide también en tres trenes, y pertenece al tren de etapa.

El depósito se utiliza por orden de la inspección de etapa. Suele residir en el punto principal de ella, pero puede avanzar en parte ó en todo si avanza el ejército, y especialmente si la lucha promete ser muy sangrienta. Una fracción de un ejército puede utilizar, por orden del general en jefe, una parte del parque y de la columna de tren.

El instrumentista, el carruaje de rayos X y el de agua potable van á los puntos de operaciones ó etapa, desde los cuales los demandan los médicos de ejército, de cuerpo y de etapa. Las tropas y formaciones deben enviar sus propios vehículos para recoger los objetos cuando no se pueda utilizar los ferrocarriles ó los correos de campaña.

Por lo demás, quien debe transportar los hospitales de campaña es el cuerpo de tren, y si no basta, el parque ó depósito solicita vehículos á la comandancia de etapa más cercana. Pueden emplearse también para transportar material sanitario los vehículos de las asociaciones voluntarias de asistencia. Al regresar pueden llevar heridos.

El depósito de sanidad de etapa contestará los escritos de las tropas y formaciones á vuelta de correo, y despachará sin pérdida de tiempo á los hombres y vehículos enviados en demanda de material.

Almacén de la estación colectiva.—Acoge cuanto se manda de ó á la patria. Se puede dividir en una sección para mercancías de tránsito (presidida por el segundo inspector de campaña), y otra *sección de sanidad*, que sirve para reponer al depósito sanitario de etapa; y se puede subdividir en una subsección de material médico quirúrgico (presidida por un farmacéutico mayor), y otra para utensilio (presidida por el primer inspector de campaña). El farmacéutico mayor asume la representación de la sección de sanidad, y si es preciso la del conjunto del almacén. Para la disciplina dependen todos de la comandancia de la estación, y el personal sanitario, para lo técnico, de los médicos de cuerpo y etapa, y los inspectores de campaña, de la intendencia.

Esta proporciona el material de hospitales (camas, barracas, etc.), designado por la sección de sanidad del ministerio de la guerra. Si no hay suficiente material en la circunscripción se acude al de los depósitos de sanidad, y en último término al *depósito principal de sanidad*, según designación de la sección de sanidad del ministerio.

IV.—LA ASISTENCIA VOLUNTARIA EN LA SECCIÓN DE ETAPA.

Los delegados y todo el personal del servicio sanitario voluntario de sociedades privadas estarán sometidos á las ordenanzas, y especialmente á las leyes de la guerra, y por ende á los mismos castigos y disciplina que el ejército.

C.—Servicio sanitario dentro de la patria.

I.—AUTORIDADES Y HOSPITALES.

En general, el servicio de las guarniciones es como en tiempo de paz, pero las inspecciones de sanidad son disueltas y su documentación, sellada, se guarda en los hospitales de Berlín y Estrasburgo, mientras dura la disolución.

Sección de medicina del ministerio de la guerra.—Dirige

todo el servicio sanitario de las guarniciones de la nación é informa al jefe de sanidad de campaña acerca del número de camas vacantes en los hospitales del país y de los acontecimientos relativos á la salud pública del mismo (epidemias, etcétera).

Representante del médico de cuerpo.—A cada representación de cuerpo de ejército corresponde un *representante del médico de cuerpo*, presidente del *consejo de sanidad* fijo.

Tiene subordinadas todas las instalaciones de la asistencia voluntaria (hospitales privados, etc.), que, como los demás hospitales de su jurisdicción, inspeccionará con frecuencia. Con el visto bueno del representante del general en jefe podrá ser sustituido por oficiales de sanidad.

La dotación de material sanitario de las tropas de la patria la constituyen, como en tiempo de paz, las farmacias y los arsenales de los hospitales de reserva, los depósitos de sanidad del cuerpo de ejército, los de las fortalezas y el repuesto de las formaciones voluntarias. La reposición del depósito principal de sanidad la propone á la sección de medicina del ministerio el representante del médico de cuerpo. Los depósitos de sanidad de cuerpo de ejército aprontan también vendajes al ejército de operaciones.

Consejero médico.—Para las guarniciones, y mediante contratos ya convenidos en tiempo de paz, se nombran médicos de reconocida capacidad científica. En su asignación interviene la intendencia y en su misión la sección de medicina del ministerio de la guerra.

Hospitales de reserva.—Al movilizar el ejército, los hospitales militares de la nación, excepto los de fortaleza, toman el nombre de hospitales de reserva. Pueden, además, improvisarse otros en barracas y tiendas. La intendencia, de acuerdo con el consejo de sanidad y con arreglo á disposiciones de la sección de medicina del ministerio, tiene ya hechos los preparativos, en tiempo de paz, para en caso de movilización ins-

calar inmediatamente un número de ellos y tenerlos listos en diez días.

El hospital de reserva está dirigido por un jefe médico, y de no haberlo disponible, por una comisión de hospital formada por un oficial y un médico civil elegido por el consejo de sanidad. Este consejo cuida de que haya suficientes médicos (2 ó 3 por cada 100 enfermos) y farmacéuticos (uno por cada 200 enfermos) en los hospitales de reserva, y, en caso de necesidad, llama á los médicos civiles, ya contratados en tiempo de paz. De no tener suficientes medicamentos en los hospitales acude á las farmacias civiles. Finalmente, para cada 100 enfermos habrá 3 sanitarios y 9 enfermeros.

Para completar y reemplazar el personal que fué á los hospitales de campaña, los de reserva educarán reservistas y reclutas, y así que los tengan instruidos lo notificarán al cuartel general para que pueda disponer de ellos en operaciones. Si falta personal todavía, la representación de la intendencia y el consejo de sanidad organizan *puntos públicos de admisión* en una ó varias de las principales poblaciones de la comarca donde hay que prestar el servicio, y si con éste y con el de las asociaciones de asistencia todavía no hay suficiente, aceptarán enfermeros y personas civiles.

Para cada hospital de reserva, ya en época de paz, hay una caja de instrumentos y medicamentos. El consejo de sanidad y la intendencia le procuran el restante material y el utensilio.

La distribución de enfermos por los hospitales de reserva la regulan, en masas, el jefe de sanidad de campaña y la sección de medicina del ministerio, é individualmente, las comandancias de línea, á las cuales los hospitales de reserva comunican el número de camas disponibles. Los hospitales de reserva limítrofes se mantendrán libres para poder acoger en todo momento enfermos graves. La saca de los enfermos de las estaciones está á cargo de los mismos hospitales de re-

serva. Si hay varios, el director de ellos la dispone, y si éste no existe, el consejo de sanidad. Para facilitar el traslado y el ingreso de los enfermos en los hospitales, éstos, de acuerdo con las comandancias de estación y demás, tomarán de antemano las medidas correspondientes. Puede ser ventajoso expedir los enfermos por carretera y organizar los vehículos por el estilo de los trenes hospitales de socorro.

Director de los hospitales de reserva.—Si hay varios hospitales en un mismo punto, el consejo de sanidad puede nombrar *director de los hospitales de reserva* al oficial de sanidad más antiguo. Este los visitará con frecuencia y remediará los defectos que tengan, si puede, y si no, los pondrá en conocimiento del consejo de sanidad, el cual hará lo mismo á la representación de la intendencia. En el caso de cubrir alguna de las plazas con un médico civil, éste ajustará su servicio á lo dispuesto por la sección de medicina del ministerio.

Oficina central de informes del ministerio de la guerra.—Ordena los partes de entrados y salidos de hospital, que recibe cada cinco días, con el objeto de poder dar informes, rectificar y completar las listas de pérdidas; cambia noticias con la oficina central de informes del ministerio de marina; recopila y publica las listas de pérdidas (heridos, perdidos, muertos); colecciona las listas enviadas, en segunda expedición, por los estados confederados; agrupa los enfermos y muertos que no ingresaron en los hospitales; registra los prisioneros (sanos, enfermos y muertos) del enemigo; anota los libertados á cuenta de los recibidos en canje, y por último interviene los documentos de los fallecidos del ejército propio.

El ministerio de la guerra de Baviera, Sajonia y Wurtemberg, y en caso dado los de los estados de la confederación, están autorizados para cambiar informes de sus oficinas locales con la central.

Una vez disuelta ésta, entrega todos los documentos á la sección de medicina del ministerio, para que pueda con ellos

hacer estudios acerca de morbosidad, mortalidad, etc., y contribuir así al progreso científico. Cualquier otro uso de tales papeles es ilícito.

II.—EN LAS FORTALEZAS.

Hospital de fortaleza.—Los hospitales militares de las fortalezas, en caso de movilización, toman el nombre de *hospitales de fortaleza*. Mientras no pertenecen al ejército de operaciones rigen por las mismas disposiciones que los hospitales de reserva.

Médico de guarnición.—*Comité de sanidad.*—Una plaza fuerte, mientras *no está en armas*, se rige por las disposiciones del ejército en tiempo de paz, y así que *está en armas*, un oficial de sanidad, como *médico de guarnición*, cuida de la medicina y de la higiene y procura la instrucción de camilleros. Bajo la inspección de éste, y dirigido por otro oficial de sanidad, se formará, con médicos y funcionarios militares y civiles, un *comité de sanidad*. El médico de guarnición no tiene precisamente sobre la totalidad del personal de la plaza fuerte facultades disciplinarias de comandante de batallón.

Si la fortaleza es *sitiada*, se cumplirán con todo rigor las disposiciones higiénicas que más adelante se indican. Los enfermos cuyo restablecimiento no se tenga la seguridad de que será pronto, serán trasladados á otros hospitales militares ó civiles, antes ó en las interrupciones del asedio. Para los primeros auxilios á los heridos, y si es preciso, se formarán *compañías de sanidad* con la gente de la guarnición y la de la asistencia voluntaria. El material sanitario se tomará del depósito sanitario del fuerte, se comprará ó incautará.

III.—LA ASISTENCIA VOLUNTARIA EN LA PATRIA.

La regula el *representante del inspector militar de la asistencia voluntaria*, en inmediata relación con el ministerio de la guerra y con arreglo á las instrucciones del comisario im-

perial y del inspector militar de la asistencia voluntaria. La vigilancia de los *delegados territoriales de la asistencia voluntaria* la ejercen las sociedades locales de la circunscripción.

D.—Servicio sanitario para los prisioneros.

Generalidades.—Los heridos y enfermos que caigan prisioneros y los prisioneros que caigan enfermos tienen derecho á ser asistidos gratuitamente y á ingresar, si es menester, en los hospitales militares, pero no en los de asistencia voluntaria. Si el restablecimiento no ha de venir ó ha de tardar, se confían á las autoridades de la localidad. Para la libertad ó la retención de los heridos y enfermos del enemigo hay que atenerse al convenio de Ginebra. Los enviados hacia la patria se distribuyen por los hospitales de reserva y de fortaleza, con arreglo á las disposiciones del jefe de sanidad de campaña. Elegir hospitales que, sin inconvenientes, permitan la custodia y estén resguardados de los enfermos del ejército propio.

Si padecen enfermedades contagiosas deben aislarse en hospitales de contagiosos, de guerra, etc., ó en puntos especiales de observación del teatro de la guerra. Ni ellos ni sus cosas ingresan en el depósito de prisioneros de guerra sin estar previamente curados y desinfectados. El médico de etapa tomará las precauciones necesarias. Se debe vacunar inmediatamente á todos los prisioneros, aun á los enfermos. El servicio sanitario, en el depósito de prisioneros de guerra, estará á cargo de oficiales de sanidad comisionados especialmente, que vigilan además las enfermedades transmisibles y disfrutan un sobresueldo que ha de determinar la sección de medicina del ministerio de la guerra.

P. FARRERAS,

Médico primero.

(Continuará).

PRENSA MÉDICA

La anafilaxia.— El Profesor Malvoz llama la atención de los Médicos prácticos sobre un fenómeno recientemente descubierto, cuya interpretación es aún desconocida y que parece de gran importancia en la práctica de la seroterapia. Este fenómeno, denominado por Arthus *anafilaxia*, consiste en el desenvolvimiento en un animal de una hipersensibilidad para un suero dado, cuando se le administra de una determinada manera. Por ejemplo: si se inyectan bajo la piel de un conejo cinco centímetros cúbicos de suero normal de caballo durante seis días consecutivos, se observa que á partir de la quinta inyección el líquido se reabsorbe cada vez con mayor lentitud; á la sexta aparece un exudado espeso y estéril que persiste mucho tiempo, y si se le practica la séptima inyección, se produce una escarificación típica en el sitio inyectado.

La referida hipersensibilidad no presenta sólo efectos locales. Si después de haber hecho una serie de inyecciones subcutáneas ó intra-abdominales se utiliza la vía venosa, puede sobrevenir la muerte, ya inmediata, ya pasados algunos días, previo un estado caquético. De igual manera, si quince ó veinte días después de haber inyectado á un cobayo una mezcla de toxina diftérica y de suero antidiftérico, bien soportada por el animal, se le administran por vía peritoneal ó subcutánea cinco centímetros cúbicos de suero normal de caballo, se observa que aparecen rápida-

mente síntomas graves, que con frecuencia dan lugar á la muerte. Cuando el intervalo entre las dos inyecciones es menor de unos doce días, el fenómeno no ocurre, ó es de poca importancia.

También parece comprobado que las cantidades pequeñas de suero obran con más energía que las grandes dosis, ó sea que la hipersensibilidad no es proporcional á la cantidad de suero inyectado, sino al contrario. Las cantidades grandes de suero parece que inmunizan más pronto al animal.

La explicación de estos hechos es aún oscura, pero se pueden deducir de ellos enseñanzas de importancia. No sería prudente, por ejemplo, cuando se haya creído oportuno inyectar una pequeña dosis de suero antidiftérico á un niño sano, con fin profiláctico, durante una epidemia, administrarle quince ó veinte días después una dosis terapéutica de suero si se le presenta una angina diftérica; esta segunda inyección podría originar accidentes graves de anafilaxia.

No es, pues, conveniente repetir demasiado las inyecciones de suero, sobre todo si son muy distancias; vale más inyectar de una vez una gran dosis de suero antidiftérico, como está recomendado en las clínicas. De otra parte, los accidentes seroterápicos (urticaria, artralgias, etc.), parece que se presentan más cuando se multiplican las inyecciones.

(*Archives Médicales Belges*, Octubre 1907).

* * *

Noviembre 1907.—46.

Seroterapia de la disenteria bacilar. El suero antidisentérico polivalente. — *Le Caducée*

(9 Noviembre 1907) da cuenta de trabajos presentados al Congreso de Medicina de París celebrado en Octubre último, entre los que figuran los dos mencionados. Débese el primero, ó sea el relativo á la seroterapia de la disenteria bacilar, á Vaillard y Dopter, los que presentaron 512 observaciones de este género tratadas por el suero que obtienen mediante inyecciones intravenosas alternativas de bacilo de Shiga y toxina disentérica. Para obtener resultados favorables es preciso: Primero. Inyectar á los enfermos en cuanto son invadidos. Segundo. Emplear dosis variables, según la gravedad de los casos, pero siempre suficientes, que en los graves deben ser por lo menos de 40, 50, 80 y á veces 100 cc., y en los de mediana intensidad de 20 cc. Manifiestan los autores que no difiere el éxito, sea la disenteria producida por el tipo Shiga ó por el Flexner.

Los trabajos referentes al suero antidisentérico polivalente son de Coyne y Anché. Preparan el suero simultáneamente con bacilos de Shiga y de Flexner, habiendo observado la curación en dos casos producidos por el primero de dichos gérmenes. En cuanto á los originados por el Flexner los dividen en dos grupos, según el tratamiento por el suero haya sido precoz ó tardío, manifestando que obtuvieron en el primer caso éxito favorable con enfermos graves y leves, y en cuanto al tratamiento tardío, que su acción es aún más evidente. Bajo la influencia de este tratamiento, dicen, todos nuestros enfermos han curado, y la mejoría, inmediatamente después de la inyección de

suero, ha sido tan rápida y evidente, que no es posible dudar de su completa eficacia, y debe considerarse como el específico y activo en las disenterias infantiles, que en la mayoría de los casos son debidas al bacilo Flexner.

Debe creerse que este suero polivalente sea también eficaz para los adultos, si bien en la actualidad no poseemos datos experimentales para asegurarlo.

El suero lo empleamos por inyección subcutánea; en los adultos la dosis no deberá ser menor de 20 cc. para la primera inyección.

* *

Acción de la quinina sobre la hemoglobina y su aplicación para investigar el óxido de carbono en la sangre. — Marx ha demostrado recientemente que una solución de quinina al 15 por 100, actuando sobre la sangre, produce

en unos cuantos días una transformación de oxihemoglobina, cuyo color pasa del rojo al obscuro, apareciendo en el espectroscopio una estria característica en las líneas C y D. Marx piensa si se trata de una hematina, dado que es fácil obtenerla también de la achemina tratándola con soluciones concentradas de quinina. Esto ha inducido á Heroskievickz y Marx á intentar una prueba médico-legal.

Resulta que una solución de 10 á 15 por 100 de quinina es un preparado inmejorable para absorber una mancha antigua de sangre, y aun de las de tres años de fecha se puede obtener una solución amarilla que da el espectro característico de sangre quininizada. De otra parte, los autores han comprobado que la modificación de la sangre debida á la quinina, en vez de obte-

nerse en varios días pueden lograrse inmediatamente, con producción de la estría entre *C* y *D*, si se somete al calor de una llama de Bunsen por pocos minutos. Si sobre la sangre quinizada se hace actuar durante media hora una corriente de gas del alumbrado, se ve formarse junto á la estría del rojo otra en el verde, que por su longitud de onda corresponde á la segunda estría de la hemoglobina oxicarbonica. Si se adiciona entonces unas cuantas gotas de sulfuro de amonio, desaparece la estría del rojo, pero continúa visible la de la hemoglobina oxicarbonica.

En lo expuesto se basa el método que proponen los autores para demostrar la presencia del óxido de carbono en la sangre. He aquí la técnica:

A 2 cc. de la sangre que ha de examinarse se mezclan 4 cc. de clorhidrato de quinina al 8 por 100. Se calienta lentamente la mezcla en una llama Bunsen hasta la ebullición, se deja enfriar, se adicionan algunas gotas de sulfuro de amonio y se agita fuertemente. Si la san-

gre es normal se presenta un color verde obscuro sucio, y si contiene óxido de carbono, un color rojo carmín. Se recomienda hacer la reacción en tubos pequeños como los usados para investigaciones hemolíticas. El color rojo permanece por un tiempo casi indefinido, tanto, que permite conservar la reacción como demostrativa ante los jueces. Basta que la sangre contenga 1'8 por 100 de óxido de carbono para que la coloración roja aparezca con entera evidencia.

Examinada al espectroscopio, se verá en la sangre normal la estría de la hemoglobina reducida, y en la sangre carbónica, la estría de la hemoglobina oxicarbonica. De aquí que los autores deduzcan que en la sangre tratada por la quinina debe existir un cuerpo que se aproxima á la hemoglobina, capaz de combinarse con el óxido de carbono, y que por reducción puede dar la hemoglobina reducida. Dicho cuerpo pudiera considerarse como perteneciente al grupo de la cathemoglobina, que viene estudiando el Dr. Trocoyama.

NECROLOGÍA

D. Manuel Arranz y Arce,

Médico mayor.

En Mayo de 1887 ingresó en el Cuerpo previos los ejercicios de oposición, prestando sus servicios en los hospitales de Madrid y Barcelona y en varios regimientos de Infantería. En Octubre de 1894 ascendió á Médico primero por antigüedad, sirviendo varios destinos de su empleo hasta Noviembre de 1896 que fué destinado á la isla de Cuba por sorteo

á cuyo distrito se incorporó oportunamente, y permaneció en dicha isla hasta Enero de 1899 que regresó en concepto de repatriado.

En Diciembre de 1901 ascendió por antigüedad á Médico mayor, quedando en situación de excedente hasta Mayo de 1903 que fué destinado al hospital de las Palmas de Gran Canaria, en cuyo destino falleció el 21 de Octubre último.

Se hallaba en posesión de las cruces blanca y roja del Mérito Militar de primera clase por los servicios que prestó en las campañas de Melilla y Cuba, y la de igual clase y distintivo rojo del Mérito Naval por la asistencia que prestó á las dotaciones de varios cañoneros.

Enviamos á la familia del finado nuestro más sentido pésame.

SECCIÓN OFICIAL

- 11 Nobre. — Real orden (*D. O.* núm. 251) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. José Cancela Leiro.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 251) accediendo á la prórroga solicitada por el Farmacéutico mayor D. Joaquín Esteban y Clavillar, relativa al plazo de incorporación por cuenta del Estado de la familia del recurrente.
- 13 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 253) disponiendo que los Farmacéuticos primeros en situación de supernumerarios sin sueldo ingresen en servicio activo para destinarlos cuando les corresponda.
- 14 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 253) disponiendo se publique el cuadro de bajas de Jefes y Capitanes ocurridas en Octubre último, entre las que figuran el Médico y Farmacéutico mayor, respectivamente, D. Manuel Arranz y Arce y D. Vicente Miranda Bistuer.
- » » Idem *id.* circular (*D. O.* núm. 254) dictando instrucciones para el suministro de medicamentos á las enfermerías de tropa de los Cuerpos.
- » » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 254) declarando con derecho á pensión á la viuda del Médico mayor retirado D. Aquilino Frauca é Ibarra.

- 15 Nobre.—Real orden (*D. O.* núm. 254) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico mayor D. Esteban Gutiérrez del Olmo y de los Ríos.
- 16 » Disposición del Consejo Supremo (*D. O.* núm. 255) declarando con derecho á pensión á la huérfana del Subinspector médico D. Francisco Arredondo Gómez.
- 18 » Real orden (*D. O.* núm. 257) concediendo al Médico mayor D. Eduardo Semprún y Semprún la cruz de segunda clase del Mérito Militar con distintivo blanco y pasador del «Profesorado».
- » » Idem *íd.* circular (*D. O.* núm. 257) disponiendo que las antigüedades para declarar derecho al sueldo del empleo inmediato, desde 1.º de Noviembre, sean las siguientes: 22 de Octubre de 1896 para los Tenientes Coronales, 28 de Febrero de 1896 para los Comandantes, 29 de Octubre de 1895 para los Capitanes y 20 de Febrero de 1898 para los Primeros Tenientes.
- » » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 258) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Francisco Ibáñez Aliaga, D. Víctor Herrero y Díaz de Ulzurrun y D. Ignacio Gato y Montero.
- » » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 259) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Paulino Fernández Martos.
- » » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 259) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Antonio Carreto Navarro.
- » » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 259) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Luis Fernández Valderrama.
- » » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 260) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos primeros D. Julio Aldás Torres y D. Rafael Fernández y Fernández.
- » » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 260) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor D. Rafael Balbín Valdés y al Farmacéutico primero D. Antonio Velázquez Amézaga.
- 19 » Idem *íd.* circular (*D. O.* núm. 258) disponiendo que por los Cuerpos, centros y dependencias militares se remitan al Depósito de la Guerra datos referentes á la situación del

- personal respectivo, para la formación del Anuario Militar de 1908.
- 19 Nobre. - Real orden circular (*D. O.* núm. 258) dictando reglas para la conservación y entretenimiento de filtros en los establecimientos militares.
- » » Idem íd. (*D. O.*) núm. 260) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas á los Médicos mayores D. Pedro Cardín Cruz y D. Joaquín Hurtado García.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 261) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico mayor don Salvador Sánchez Iznardo y al Médico primero D. Justo Muñoz García.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 261) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Médico primero don Aurelio Belsol y Oria y al Médico segundo D. Gregorio Gonzalo Martínez.
- 20 » Idem íd. (*D. O.* núm. 258) disponiendo que el Farmacéutico primero D. Bernardino Hervás Soldado pase destinado al hospital de Alcalá de Henares.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 259) concediendo al Subinspector médico de segunda clase, retirado, D. José Fernández Alarcón licencia por tiempo ilimitado para Nueva York (Estados Unidos de América) y para la isla de Cuba.
- » » Idem íd. (*D. O.* núm. 259) nombrando para la observación de reclutas ante la Comisión mixta de reclutamiento de Oviedo al Médico mayor D. José Calleja Pelayo, y disponiendo que continúe de Vocal de la expresada Corporación el Médico segundo D. Enrique González Rico.
- 21 » Idem íd. (*D. O.* núm. 259) disponiendo que durante la ausencia del Médico primero D. Eduardo Mínguez del Val preste servicio en comisión al 14.º tercio de la Guardia Civil el Médico segundo D. Cándido Jurado y Barrero, sin perjuicio de su destino de plantilla.
- 22 » Idem íd. (*D. O.* núm. 261) nombrando al Médico mayor don Wistano Roldán Gutiérrez Vocal de la Comisión mixta de reclutamiento de Santander.
- 23 » Idem íd. (*D. O.* núm. 261) disponiendo que en el primer presupuesto que se redacte se incluya una plaza de Médico primero como aumento de plantilla para la asistencia al personal de la Comandancia de Ingenieros de esta Corte,

Compañías provisional y de telégrafos para la red de Madrid y sección de ciclistas afecta, Laboratorio del Material y Museo y Biblioteca de Ingenieros, y que teniendo en cuenta que existe excedencia en la escala de Médicos mayores, se destine desde luego á uno de ellos para el mencionado servicio.

23 Nobre.—Real orden (*D. O.* núm. 261) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á la situación ó á servir los destinos que se expresan.

Subinspectores médicos de segunda clase: D. Enrique Canalejas y Cisneros, al hospital de Valencia; D. Francisco Monserrat y Fernández, al hospital de Archena, de Director; D. Antonio de la Cruz y Rubio, á la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitania general de la séptima Región y Subinspección, y D. Joaquín Gamir y Díaz Colón, á la Secretaría de la Inspección de Sanidad Militar de la séptima Región.

Médicos mayores: D. Maximino Fernández Pérez, al Laboratorio del Material, Museo y Biblioteca de Ingenieros, en comisión; D. José Agustín y Martínez Gamboa, al hospital de Las Palmas; D. Alfredo Conejo y Sola, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Gran Canaria, y D. Enrique Redó y Vignau, al hospital de Pamplona.

Médicos primeros: D. Abudemio Ruiz Lozano, al segundo batallón de Extremadura, en plaza de Médico segundo; don Manuel Pérez Martorell, al primer batallón de Garelano; D. Antonio Horcada y Mateo, al regimiento de Caballería Lanceros del Rey; D. Manuel Iñigo y Nougés, al primer batallón de Galicia, y D. Gregorio Gonzalo y Martínez, al segundo batallón de América, en plaza de Médico segundo.

Médico segundo D. José Romo de Oca y Galindo, al segundo batallón de Asia.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 262) concediendo al Farmacéutico primero D. José Abadal Sibila la gratificación anual de 600 pesetas, correspondiente á los diez años de efectividad en su empleo.

» » Idem *íd.* (*D. O.* núm. 262) disponiendo que el Subinspector médico de segunda clase D. Indalecio Blanco y Paradela entre en turno de colocación para obtenerla cuando le corresponda, quedando entretanto en situación de reemplazo.

23 Nobre.—Real orden (*D. O.* núm. 262) autorizando al Instituto de Higiene militar para adquirir un alambique, una trompa y un horno de cremación.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 262) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir 80 bolsas asépticas para practicantes.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 262) concediendo ingreso en la reserva facultativa gratuita del Cuerpo al soldado del sexto regimiento mixto de Ingenieros D. Julián Clavería y Gonzalo, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 262) concediendo ingreso en la reserva facultativa gratuita del Cuerpo á D. José González Vidal, soldado del regimiento de Zaragoza, por hallarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

25 » » Idem íd. (*D. O.* núm. 262) destinando al Farmacéutico primero D. Enrique Izquierdo Yebra á la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 262) disponiendo que el Jefe y Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan.

Farmacéutico mayor D. Antonio Roa García, á la farmacia de Madrid número 4, como Jefe de la misma.

Farmacéuticos primeros: D. Eugenio Tocino Sánchez, al hospital de Sevilla; D. Amaranto Calvillo Guijarro, á excedente y en comisión para eventualidades en las farmacias de Madrid; D. Hermenegildo Aguaviva Tejedor, á excedente y en comisión á la Junta facultativa del Cuerpo; D. Guillermo Casares Sánchez, á excedente y en comisión en plaza de segundo á la farmacia sucursal de Sevilla.

Farmacéuticos segundos: D. Santiago Gressa Camps, al hospital de Alhucemas, y D. Gregorio Perán Caro, al hospital de Barcelona.

» » Idem íd. (*D. O.* núm. 263) disponiendo que los alumnos de la Academia Médico-militar adquieran nociones prácticas de equitación en la Escuela de Equitación militar del Ejército.

Con este número repartimos un prospecto del medicamento **EPICARINA**, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Elberfeld (Alemania) y Barcelona.