



BOLETIN MENSUAL

II Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría

Acabo de recibir el volúmen de actas, correspondientes á este Congreso, celebrado en Madrid del 23 al 30 Abril del año próximo pasado; bajo todos puntos de vista, es un magnífico volúmen que honra sobremanera á todos cuantos intervinieron en su confección, no desmereciendo tanto en sus condiciones exteriores, como por su interesante y variado contenido de los que analogamente se publican en los países extranjeros; hay que felicitarnos todos de esta obra, que por no abundar mucho en tamañas empresas, solemos tener un concepto muy equivocado de la valía de nuestros hombres de ciencia, creyendo que solamente los extranjeros son aptos, para producir obras perfectas, cuando á nuestro lado tenemos personalidades, que el día que aunan sus esfuerzos y juntan sus conocimientos, pueden sin desdoro honrarse con las más renombradas figuras, que desde allende las fronteras nos trasmiten ciencia mas ó menos positiva. Como no me fué dable asistir personalmente el certamen, contribuiré desde esas páginas del BOLETÍN, comentando lo más importante del mismo, y aportando, mi modesta piedrecita, al magnífico edificio que representa para las especialidades obstétrica, ginecológica y pediatría, tan importante reunión.

PLACENTA PREVIA

Fué el primer asunto que se trató en el Congreso, con la ponencia del Dr. Gil (Bilbao), las comunicaciones de los Dres. Cortejarena de

Madrid, Masaguer de Murcia, Parache y Cerecedo de Madrid, se abrió la discusión del tema, en el que intervinieron los más afamados campeones de la especialidad, dando unos y otros una brillante prueba del singular dominio de aquella y con los datos aportados desde su respectivo punto de vista, el fruto sazonado de una sólida experiencia, que habrá de contribuir á vulgarizar conocimientos importantísimos, para el más perfecto tratamiento de aquella terrible complicación del embarazo y parto normales.

La relativa inocuidad con que hoy los ginecólogos verifican las más grandes intervenciones abdominales, ha introducido un nuevo factor en el tratamiento, tanto de la placenta previa como de la eclampsia y aun de otros procesos, que unos cuantos años atrás, apenas si podían seriamente hablarse de los mismos, quedando reducido el médico y aun el especialista, al empleo de los medios que podríamos llamar genuinamente obstétricos; está hoy planteado el problema entre aquellos medios tradicionales y la histerotomía, ya sea por la vía alta, ya por la baja ó vaginal, sin que se haya logrado por el momento, imponer un criterio definitivo y es que en mi concepto intervienen en la solución del problema varios factores unos de índole puramente científicos y otros que dependen de la variabilidad de condiciones en que se plantea el caso-práctico ya habida consideración de la enferma, ya del profesor tocólogo; en este como en sus similares los Congresos extranjeros se ha debatido mucho este asunto y puede decirse que en uno y otros ha quedado la cosa poco menos que lo que estaba desde un tiempo á esta parte.

En la placenta previa, en la eclampsia, en las procidencias fetales, etcétera, por lo mismo que se trata de grandes complicaciones que rapidísimamente ponen en peligro uno y á veces los dos seres, se ha buscado desde antiguo la forma de solucionar lo más completa y rápidamente el problema y como aquellos procesos generalmente terminan con la evacuación uterina ha girado la intervención alrededor de este eje más o menos directamente, pero al tomar en consideración los intereses de la madre y del hijo naturalmente que complica la cuestión y la diferencia de otros muchos accidentes que debe solucionar el médico en su práctica, y en los que generalmente se trata de una sola vida en peligro; la vida de la madre es un factor de valor invariable en todo el curso del embarazo, no así la del hijo que a medida que aquel avanza en su curso, tiene mayores probabilidades de salir indemne de nuestra intervención; las condiciones de primiparidas ó multiparidas, las de un estado patológico anterior ó concomitante

del embarazo; son factores múltiples é intrínsecos que debemos pes-
sar en nuestras indicaciones; hay además otros que pudiéramos lla-
mar extrínsecos y hacen referencia á las condiciones que rodean á la
enferma y aun al mismo médico, no es lo mismo la que vive en popu-
losa ciudad, en que fácil y comodamente se puede trasladar á una
clínica, que permita toda clase de intervenciones, que la lugareña y
aun peor la campesina, que está privada de todas aquellas comodida-
des; para el mismo médico varia también muchísimo, pues si en la ca-
pital dispone de compañeros aptos y de toda clase de materiales, asus-
ta verdaderamente la forma en que habitualmente ha de sortear aque-
llas dificultades el médico rural; en este artículo habré de exponer
algunas historias clínicas que prueban la inmensa zozobra que acom-
paña la intervención en tales enfermas.

Por consiguiente bien podemos decir con el sabio Dr. Recasens,
que no hay ni puede haber por el momento un tratamiento de la pla-
centa prévia, sinó que aquel habrá de variar, según las condiciones
especiales de cada caso. La naturaleza indicó, como dice otro de los
ponentes el mejor camino á seguir ó sea la evacuación uterina, pero
el derecho á la vida del hijo, impone la limitación de aquella regla,
como único medio de tratamiento; de esta consideración como de la
mayor ó menor facilidad y aun eficacia distinta á los recursos tera-
péuticos, nacieron los tratamientos que llamaremos puramente obsté-
tricos y que pueden ser sintomáticos y aun causales.

El taponamiento vaginal puede decirse es el medio que primero se
le ocurre al tocólogo, pues sin molestar la evolución de la criatura,
puede resolver algunas veces el problema; tal vez no sea tan fácil en
su ejecución, como á primera vista parece, pero no hay duda que ofre-
ce sencillez y escasos elementos para practicarlo son necesarios.
La eficacia de este medio terapéutico, es muy grande según opiniones,
para otros son más los inconvenientes que las ventajas que ofrece; es-
ta disparidad tiene su explicación toda vez que la hemorragia, síntoma
culminante que nos proponemos combatir, es sumamente variable en
su intensidad, en su modalidad, en sus efectos y hasta en su origen;
algunas veces es súbita en su aparición y muy intensa desde los pri-
meros momentos, en otras ocasiones son pérdidas de sangre como
premonitoras y avisadoras de lo que más tarde vendrá, bastando el
reposo y aun más el dicho taponamiento para cohibirlas, ni tan siquie-
ra alarman á la mujer ni al médico, se repiten sin plazo fijo y sin cau-
sa ó motivo aparente; en general son bien toleradas por las mujeres,
pero, las pluriparas de cierta edad, pueden sufrir mucho de tales

hemorragias y prontamente ofrecer un cuadro alarmante que obliga á intervenciones mas eficaces; en las llamadas placentas centrales, es generalmente más intensa la hemorragia que en las laterales y marginales, pero tambien se ven excepciones y así se dá el caso que hemorragias que empezaron por ser importantes, no vuelven á repetir en el transcurso completo del embarazo; la época de éste tambien influye siendo mas generalmente intensas en los periodos más avanzados del mismo, aun cuando alguna vez se observa lo contrario.

Seguramente el taponamiento debe de ser un medio antiquísimo, pero hasta Leroux de Dijon no se reglamenta y perfecciona su técnica, ésta, es de unánimo sentir, debe ser llevada á cabo con toda perfección, si queremos obtener el mejor resultado de tal medio terapéutico, siendo las deficiencias en el mismo uno de tantos motivos que explican la diversa estima en que lo tienen los autores; como toda intervención en los genitales internos ha de ser perfectamente aséptica, pues la infección subsiguiente sería casi inevitable por las condiciones en que aquella afección coloca á la mujer, tanto localmente como bajo el punto de vista general, es tal vez el inconveniente que con mayor razón atribuyen los autores al taponamiento, el de favorecer la infección; las materias que generalmente se usan son el algodón y la gasa, pero pueden servir los pedazos de tela, la lana, etc., con tal de reunir las condiciones de limpieza más absolutas; por mi parte me ha ocurrido verificarlo con trapos de hilo que figuran en toda casa ordenada; aparte la limpieza queda el *modus faciendi*, como otra seria dificultad; para realizar con toda exactitud aquella operación, ya sea con torundas de algodón, ó con tiras de gasa y para que proporcione los mejores resultados ha de ser completo, es decir ha de llenar toda la cavidad vaginal y aun distender moderadamente las paredes de la misma en todos sentidos; para alcanzar tal objeto me ha parecido ser muy favorable la posición llamada de Sims ó lateral, sobre todo en su primera parte y luego terminar la maniobra en la dorsal ordinaria; hay que prestar seria atención en todo el curso de la misma, llevando las primeras torundas lo más arriba posible llenando completamente los fondos de saco vaginales, y lentamente descendiendo por toda la cavidad, sin dejar vacíos ni partes flojas; es ello bastante difícil, requiriendo mucha paciencia, serenidad y memoria exacta de lo extensa que resulta la cavidad vaginal, cuando se trata de rellenarla; sondaremos antes á la mujer y muy frecuentemente, tendremos que repetirlo despues, ya que si el taponamiento es muy apretado obtura la uretra lo suficiente para privar la micción espontánea; algunas veces la mujer sobre todo si es

primipara, experimenta fuertes molestias que obligan á darle morfina y hasta á quitar el taponamiento, pero en general es bien soportado; de todas maneras pasadas unas diez y seis ó veinte horas, es conveniente renovarlo y sustituirlo por otra intervención, si no hemos obtenido el resultado que esperábamos.

El taponamiento acompañado del reposo en cama y tal vez algún opiado, es seguramente el mejor tratamiento sintomático que poseemos, y muchas mujeres afectas de placenta previa le deben la vida; además, es el único que en conciencia debemos emplear, si sobreviene la hemorragia á una gran distancia de la terminación del embarazo, á menos de poner la vida de la madre en serio peligro, pues permite el natural curso de aquel, cuando menos esta ha sido mi manera de proceder en los varios casos que he tratado, en cambio si estamos próximos al parto y aun mejor si éste se ha iniciado ya, tal vez sea mejor recurrir á otros procedimientos, ó solamente emplear el taponamiento como á compás de espera, pues en tales casos es mejor ayudar á la naturaleza en la evacuación uterina. verdadero clavo del tratamiento. Una vez pasado el peligro inmediato de la hemorragia, en el supuesto de haber sido conjurado por el taponamiento, cuando quitamos éste y no repita aquella, tenemos obligación de advertir seriamente á la mujer para en caso de repetirse nuevamente el accidente, que es lo frecuente y en un plazo indeterminado, para que sin pérdida de tiempo podamos repetir el taponamiento ó recurrir á otros medios, según sean las condiciones; del contrario podría creerse curada por completo y viviendo en tal confianza serle fatal la repetición de la hemorragia, ya por falta de tratamiento, ya por la abundancia de la misma, pues generalmente es mayor, cuanto más avanzado está el embarazo.

Al lado del taponamiento debemos colocar los diferentes globos ó balones que para evitar los inconvenientes que se atribuyen á aquel, se aconsejan por muchos autores; los de uso mas corriente son los de Barnes, Champetier de Ribes y de Boissard.

Los hay de distintos números, pues sirven tambien para acelerar la dilatación del cuello, cuando conviene apresurar el parto; en el caso de placenta previa debe de usarse números grandes para que llenen por completo toda la cavidad, evitando todo escape á la sangre, á mi manera de pensar no ofrecen grandes ventajas, pues dejando aparte que se estropean muy facilmente y son relativamente caros, su manejo es bastante difícil de no usarlos corrientemente, prefiriendo por consiguiente el taponamiento ordinario, que por otro lado está más á la mano de todo el mundo y con el mismo podemos obtener exactamente iguales resultados.

Cuando por cualquier motivo debamos interrumpir el curso del embarazo, por caso de placenta previa, dejaremos de lado el taponamiento y los balones, pues tales medios serian lentos y precisa gran rapidez, tanto mayor, cuanto más fuerte sea la hemorragia, y en general cuando recurrimos á tal indicación debe de ser aquella considerable. Es un espectáculo por demás imponente por la cantidad de sangre que sale en pocos momentos ya en coagulos, ya á chorro continuo; es de las ocasiones en que se hace difícil conservar el aplomo y sangre fría necesarios para cumplir nuestro cometido, y el que ha visto por primera vez la muerte de una mujer, por hemorragia *ante partum* conserva perenne recuerdo de la luctuosa escena. No hay que exagerar sin embargo la nota, pues poseyendo la técnica y no siendo el caso verdaderamente excepcional sortearemos siempre la dificultad, cuando menos por lo que respecta á la madre, he asistido siete ú ocho placentas previas *verdad* y no he visto morir ninguna durante mi intervención, siendo como veremos muy variables las condiciones en que he operado; en cambio la mortalidad infantil es siempre muy grande y así me ha sucedido en mis casos.

El medio que tenemos á nuestra disposición más sencillo, tal vez más eficaz é indudablemente más inofensivo es la rotura de las membranas, es el antiguo procedimiento de Puzos y que tan calurosamente ha preconizado, despues de estudiarlo á fondo, el profesor Pinart; con la uña del dedo índice, con un perfora-menbranas, con una aguja de hacer calceta podemos raspar las membranas y dar salida al líquido amniótico cesando generalmente la hemorrágia; esta maniobra requiere naturalmente la dilatabilidad del cuello uterino que de ordinario así sucede, pues como es sabido el accidente ocurre en la mayoría de las veces en grandes pluriparas, si por excepción es primipara la mujer, el cuello generalmente está muy reblandecido y permite facilmente aquella maniobra, tal reblandecimiento es efecto seguramente de la misma anómala inserción placentaria; también es condición precisa para practicar la rotura de las membranas, que el feto sea perfectamente viable, siendo la mejor oportunidad, cuando se inician las contracciones uterinas, del contrario solo nos será permitida aquella intervención si la hemorrágia es tan intensa que ponga en serio peligro la vida de la madre; generalmente no es difícil, pues la misma tensión del líquido favorece, pero cuando la placenta es central ó poco menos, entonces se hace algo difícil llegar al borde placentario y alcanzar las membranas; dice Pinart y ello es verdad la mayoría de las veces, que las membranas se alcanzan más facilmente dirigiéndonos hácia la cara

anterior del útero; en la última que he asistido y hace quince dias solamente sucedió lo contrario, pues despues de subir muy arriba por dicha cara anterior y no logrando mi objeto me dirigí á la posterior topando muy luego con las dichas membranas, debido á que la placenta se insertaba en dicha cara anterior contrariamente á la regla general, y que es en la cara posterior donde acostumbra á implantarse; caso de no ser posible atravesar el cuello por impermeabilidad del mismo se aconsejan los varios dilatadores que para tal objeto existen, pero repito que tal oportunidad habrá de ser muy excepcional, pues con el dedo índice he logrado siempre mi objeto, aun estando lejos del parto.

Evacuado el líquido amniótico, la hemorragia, casi podríamos decir fatalmente se para, y entonces si la presentación es regular, podemos esperar que termine espontáneamente el parto; si este no estuviera iniciado lo regular, es que no tarde en sobrevenir despues de la rotura de las membranas y nada perdemos, si no hay indicación, en esperar un plazo que nunca será más largo de unas cuantas horas, si la hemorragia por excepción continúa despues de salido el líquido amniótico, entonces no queda más recurso que terminar cuanto antes el parto, pues ya se ha dicho que la evacuación uterina es el remedio más eficaz para combatirla, si tenemos suficiente dilatación y la presentación es de vertice usaremos el forceps; si aquella es insuficiente ó la presentación es irregular y ello es lo común, debido á la misma placenta previa verificaremos la extracción á lo Barxton-Hik es decir por las extremidades inferiores, despues de hacer la versión. Esta operación en su primera parte, generalmente es fácil, pues la presa de un miembro inferior y su arrastre á la vagina puede hacerse relativamente con poca dilatación; el miembro sirve de cuña y la hemorragia para por necesidad, de manera que es muy conveniente que al llegar á este punto no forcemos más el parto, si no queremos exponernos á un resultado seguramente fatal para la criatura; el ansia natural para terminar cuando antes, quizá una prociencia de cordón, quizá un síncope de la mujer, hacen frecuentemente perder la serenidad y se procura tirar del miembro acelerando el parto, pues bien, todo nos saldrá perfectamente hasta llegar á los brazos, que con insuficiente dilatación veremos facilmente desplegar y ya experimentaremos nuestra primera dificultad, que será aun mucho mayor al llegar á la cabeza, pues apretado el cuello de la criatura por el segmento inferior uterino, se hace muy pesada su extracción y como el cordón está también comprimiéndose al lado de la cabeza de ahí que la mayoría de las criatu-

ras mueren en este periodo en la placenta prévia; la maniobra de Mauriceau es lo que va mejor y hasta el forceps empleé en dos ocasiones distintas; se corre también el riesgo de producir un serio desgarramiento uterino.

Terminado el parto y el alumbramiento, continua muy serio el peligro de la hemorragia, por la falta de fibras constrictoras en el segmento inferior del útero, y por consiguiente la probabilidad de quedar abiertas las boquillas vasculares, es de rigor no abandonar muy de prisa á la mujer y aun mejor darle una ó varias inyecciones de ergotina y de suero artificial.

Con este tratamiento me ha sido siempre posible salir del paso, pero compréndese que dado el estado actual de la cirugía y con el fin de mejorar las estadísticas, se haya tratado de sustituir por la histerotomía el clásico tratamiento de la placenta previa; el Dr. Parache ha practicado dos veces con buen éxito aquella intervención en tales circunstancias, mostrándose muy contento de la misma; los demás congresistas en general no fueron de su opinión, y se comprende, ya que será más fácil para la mayoría de los prácticos el tratamiento clásico. Tal vez sea aquel más científico en el estado actual y practicado en buenas condiciones dé excelente resultado, pero el tratamiento ordinario también lo dá, pues tengo la absoluta seguridad que la mayoría de las mujeres mueren de la infección puerperal que subsigue á las intervenciones; este es el verdadero problema que ha de resolver el médico-práctico; dado el estado general y local de la mujer, es sumamente fácil le haga presa cualquiera de los germenés que más ordinariamente producen la infección puerperal; hay que repetir hasta la saciedad que toda clase de maniobras obstétricas, requieren una asépsia tan perfecta como la más complicada intervención quirúrgica; con ello y con la serenidad que dá el conocimiento más ó menos perfecto de la técnica que debemos emplear, no dudo que la común mortalidad, muy alta desgraciadamente por placenta previa, tanto de la madre, (10 por 100) como de la criatura, (50 por 100) habremos de verla bajar considerablemente, aun empleando el tratamiento clásico.

Camprodón, marzo 1912.

DR. JUAN SAU

(Continuará)

LA DESCANCERIZACIÓN

¿SERÁ VERDAD TANTA BELLEZA?

En 18 del pasado febrero el Dr. J. Gaube conocido por sus estudios sobre el papel que desempeñan en biología los metales, dió en la *Société des Practiciens* de París una conferencia en la que expuso los brillantes resultados obtenidos para la curación del Cancer, con inyecciones subcutáneas de un producto coloidal á base de cobre.

De las varias observaciones relatadas por el Dr. Gaube se desprende que, los tumores no ulcerados desminuyen de volumen, los dolores se amortiguan, los gánglios se atrofian. El cancer ulcerado se deseca y se retrae. La acción del coloide parece ser mas eficaz en los tumores de evolución rápida que no en los de forma torpida. Citó un caso de antiguo adenoma de la mama, indoloro que de repente se puso dolorido y aumentó de volúmen, tratado por el coloide en ocho semanas (8 inyecciones) desapareció del todo.

El coloide que usa el Dr. Gaube es un coloide de protoxido de cobre que obtiene por reducción de las sales de cobre en presencia del ácido albumosico. Cada tubo para una inyección contiene 121 centésimas de milígramo de cobre puro.

Las inyecciones las practica de preferencia en la piel de la región lumbar, nunca en el tumor mismo, á intervalos que varían de 2 á 10 y 15 dias por espacio de algunos meses, á veces bastan algunas semanas.

Los sujetos curados lo están solo desde algunos meses y no se sabe si la mejoría persistirá; por ello el Dr. Gaube desea que se multipliquen las observaciones y que no se le crea bajo su palabra sino que otros experimentadores aporten datos para llegar á sentar conclusiones ó demostrar que ha podido equivocarse como muchos otros que creyeron haber obtenido un medio para combatir el cáncer.

El periódico ⁽¹⁾ del cual tomamos la antecedente noticia termina diciendo: «Día vendrá que ha de obtenerse un resultado eficaz ó cuando menos una orientación que conduzca á la curación de tan terrible dolencia. Wasermann ha obtenido ya notables exitos con el selenio coloidal contra el cancer de las ratas y porque no ha de haber otro coloide que obre sobre el cancer humano.»

(¹) *Journal des Debats*. — Dimanche 18 fevrier 1912.

El propio día que el Dr. Gaube dió su conferencia, los Sres. Thiroloix y Lancien basándose en los estudios de Wasermmann y Hansermann en la sesión del día 16 celebrada por la *Societe medicale des Hopitaux* (1) dieron cuenta de un caso de cancer inoperable de la lengua, en un sujeto de 39 años que venían tratando desde el 17 de enero último, con inyecciones de Selenio A. coloidal electrico, y habían notado que á la tercera inyección (le daban una cada semana), uno de los gánglios se había reblandecido; puncionado pudo recogerse un líquido grumoso, inodoro, aséptico con la particularidad de que en los grumos del ganglio se pudo comprobar por el ultramicroscopio la existencia del selenio que se le administraba en inyecciones intravenosas; el enfermo puede alimentarse y aparentemente mejora.

Las anteriores indicaciones sobre la acción de elementos metálicos para la *curación* del cancer han traído á mi memoria un hecho que tuve ocasión de observar hace años.

Un sujeto con cancer de la laringe, deshauciado por Botey, A. Martin y Garel (de Lyon); recibió la visita de un allegado suyo (no médico), quien al enterarse del padecimiento que le estaba matando le aconsejó tomase en gargarismos y bebida agua de la *Font de l' Aram*, de la cual en la comarca que el residia (uno de los pueblos de *La Muga* alta) se decía que curaba el cancer. Le faltó tiempo á mi desdichado cliente para adquirir el agua milagrosa, á los dos días empezó á beberla, á la semana de tomarla fuese por sugestión, fuese realmente cierto, el enfermo dijo que se hallaba mejor y mandó por más agua, pero un ataque de edema de la glotis puso fin á sus sufrimientos.

Podrían los Sres. Poch, de Tarradas; Cardoner, de Darnius; Figa, de Masanet de Cabrenys, ó Pont de S. Lorenzo de la Muga que son los que ejercen en la comarca en que brota el manantial *Font de l' Aram* ó *Font del Coure*, inquirir datos, relatar hechos, ó tan solo indicar el fundamento de la creencia popular.

Nuestro ruego no es mera curiosidad, sabido es que hoy la bio-química, el laboratorio, explican la virtud de ciertas fuentes, la radio-actividad de muchos manantiales, revela el misterio de las aguas milagrosas; y son muchos los manantiales que señalados por la credulidad del pueblo han merecido que los hombres de ciencia fijasen su atención en ellos, estudiasen sus componentes, señalasen sus aplicaciones para hacer de ellos un poderoso elemento de curación de muchas dolencias.

X.

(1) *Presse Medicale*.— N. 18 - mercredi 21 fevrier 1912.

EL MANICOMIO MODERNO



(Continuación)

Una vez terminadas las comidas, las enfermeras protegidas por guantes impermeables recogen la vagilla en cubos perforados ó de tejido metálico para llevarlos al «autoclave lava-vagillas». — Me detendré un momento en fijar la atención sobre este aparato que considero imprescindible en toda cocina de un nosocomio, pues sirve para garantizar una perfecta limpieza de platos, cubiertos y demás enseres de uso común. Con el objeto de destruir los gérmenes patógenos y evitar posibles contagios debe disponerse una marmita, especie de autoclave, de tola galvanizada. En su interior caben dos de los cubos en los cuales se ha recogido el paramento de la mesa y se llena de agua caliente á la que se añade cristales de sosa; se cierra la marmita con la pesada tapadera y se mantiene en ebullición por espacio de media hora, por lo menos. Pasado este tiempo se vacía el agua de la marmita y gracias al calor y á la sosa se han disuelto las grasas. Nuevamente se llena la marmita para enjuagar la vagilla, con lo que se termina la operación, despues de la cual se vacía el agua y se secan todos los objetos con un paño.

Otras de las dependencias de un manicomio son: el *horno* para la fabricación del pan, casi siempre confeccionado por los mismos enfermos con su jefe de taller para la dirección y vigilancia; los *almacenes* situados en los sótanos de los edificios; los *roperos* provistos de armarios adecuados para guardar la ropa del establecimiento y la que es propiedad de los enfermos en estantes convenientemente divididos y numerados. Muchos son los manicomios — la mayor parte — que no tienen *uniforme especial* y así el asilado puede llevar sus propias prendas de vestir. Si sus propias ropas no fuesen aseadas el establecimiento debiera proporcionarles otras. En los asilos que tienen por costumbre usar uniforme, al entrar el enfermo se le recogen los vestidos que son guardados en el correspondiente armario del ropero, y á su salida del manicomio se le devuelven.

Todas las dependencias de los servicios administrativos, domésticos, religiosos y técnicos deben estar situados y de tal manera contruidos los edificios á ellos inherentes, que resulte un conjunto armónico y uniforme traducido en el funcionalismo del establecimiento por la más completa unidad de acción (Galcerán).

El *Templo* conviene que esté situado en un punto de confluencia del establecimiento. Hay que poner cuidado en la separación estricta de los enfermos de uno y otro sexo en el interior de la Iglesia. — La asistencia á las prácticas religiosas que tengan lugar en él, ha de ser exclusivamente voluntaria, jamás obligatoria, amén de que en muchas ocasiones el director debe prohibirla, sobretodo en sujetos atacados de delirio místico, en quienes aquel medio puede encender extraordinariamente su fervor patológico, así como en otros puede despertar estados extáticos ó reacciones violentas.

Los *jardines* es por demás conveniente que sean espaciosos, con grandes parterres abundantemente provistos de flores, aneas avenidas de árboles altos y frondosos que proyecten abundante sombra en verano (plátanos, tilos). Estos jardines deben rodear todos los edificios é intercalarse entre ellos. Si algunas plantas trepadoras recubren las fachadas de los pabellones contribuyen por modo poderoso á hermohear el establecimiento, produciendo encanto en el ánimo de los albergados y dando al conjunto un aspecto de belleza y de alegría que á la fuerza ha de repercutir favorablemente en el bienestar de sus moradores.

En edificio expofeso se instalan el aparato motor y los dinamos del alumbrado, si es eléctrico, ó bien se fabrica el gas y se instalan todas las máquinas del establecimiento, por cuyo motivo se le denomina *pabellón de maquinaria* (usine) que por la producción de vapores y gases y por el ruido y la trepidación que ocasiona, conviene alejarlo de las demás edificaciones.

Una modesta construcción disimulada por arbustos y pinos ú otro arbolado es imprescindible para *deposito de cadáveres*. Por lo menos debe constar de tres aposentos: una sala mortuoria en donde sean depositados los cadáveres; una sala de autopsias con su mesa de marmol giratoria en todos sentidos, con ligero declive y desagüe central, y una antesala que podríamos llamar sala de desinfección y aseo, dotada de lavabos, desinfectantes y armario-ropero para guardar el vestuario del médico y ayudantes, propio para esta clase de operaciones. Este pequeño edificio, del todo independiente y aislado de los demás, exige

como condición de salubridad estar situado en uno de los extremos del manicomio.

TALLERES Y GRANJA. — En todos los establecimientos se concede gran importancia á la organización del trabajo y á la multiplicación de *talleres de artes y oficios*. En el asilo de Zurich el profesor Forel, partidario del trabajo para *todos* los enfermos, hizo transformar en talleres la mayor parte de las salas de reunión de varios departamentos. — Otros asilos han organizado pequeños talleres en algunos pabellones, con el objeto de que no se vean privados de la distracción que el trabajo proporciona, para aquellos enfermos que por alguna causa no pueden ir y venir de los talleres centrales. — Para atender á esta conveniencia en algunos asilos se ha procurado levantar los edificios destinados á talleres en el centro del establecimiento para facilitar la concurrencia y hacer al mismo tiempo más fácil la vigilancia.

Las clases de talleres, como es natural, son las mismas que en el seno de la sociedad: zapatería, sastrería, cerrajería, carpintería, cestería, espartería, imprenta y encuadernación para el sexo masculino. Las mujeres encuentran ocupación en la lencería, tapicería, en la confección, lavado, planchado y repaso de la ropa. — Todos estos talleres deben estar montados según los más recientes adelantos para servir de medio educativo de ciertos alienados. — No hay que decir que los trabajos agrícolas, la huerta, los jardines, etc., pueden proporcionar ocupación á muchos otros.

La *granja* ó colonia agrícola es en los tiempos modernos una dependencia importantísima del asilo por cuanto un crecido número de enfermos disfrutan de las ventajas que aquella proporciona.

En la mayor parte de los manicomios modernos, la proporción de alienados que tienen ocupación en la colonia es de los dos tercios de la población total. Las antiguas colonias agrícolas eran una dependencia de un «asilo cerrado», á veces situada algo lejos. En aquel entonces la distancia á veces considerable del establecimiento principal, y amenudo la falta de instalaciones necesarias en la colonia, presentaba tantos inconvenientes que eran muy pocas las ventajas que de ella reportaban los enfermos. Ahora sucede todo lo contrario; la colonia ha adquirido una extensión enorme y casi podría decirse que el asilo es el anejo de la colonia. Actualmente, ambos se prestan mútuo servicio, con facilidad se cambian los enfermos, según lo reclame el estado somático ó psíquico de los mismos.

Los crónicos válidos, los lúcidos y los convalecientes son los huéspedes de la colonia en la que gozan de la mayor libertad posible. En ella no hay nada que recuerde el destino especial del establecimiento, los enfermos viven casi en libertad completa en pabellones ó chalets dispersos en medio de parques. La fachada sencilla y modesta está recubierta de plantas trepadoras, de suerte que al contemplarla resulta de aspecto irregular y pintoresco, bien distinto por cierto de las líneas regulares y monótonas de nuestros asilos. El interior de estos chalets, por su confort, mobiliario y ajuar se procurará asimilarles á las habitaciones privadas.

C. INSTALACIONES HIGIÉNICAS

Seré breve al resumir las instalaciones sanitarias de un manicomio por no ofrecer ninguna particularidad en los asilos de alienados (1).

a).—VENTILACIÓN.—Muchos son los aparatos que se han inventado para asegurar la ventilación artificial, pero todos ellos tienen el defecto de resultar muy caros sin que los resultados sean lo satisfactorios que fuera de esperar. Por lo que la ventilación directa ó natural, la más sencilla y económica, es la que acostumbra á utilizarse, bien sea la que se consigue á través de las aberturas de las ventanas y puertas, bien la que se obtiene por medio de cristales ó tableros perforados (sistemas Castaing, Trelat) que se colocan en las impostas de las ventanas y en las paredes directamente opuestas á los huecos de iluminación. En este último caso la ventilación es directa y continúa, mientras que la que se consigue con las ventanas y puertas es intermitente, por cuanto, como se comprende, no puede utilizarse como medio permanente. Es más bien utilizable este último procedimiento para aquellos locales que periódicamente pueden desocuparse, los dormitorios por ejemplo.

DR. J. MAS CASAMADA

Continuará.

(1) Para ampliar los detalles concernientes á estas instalaciones pueden consultarse los Tratados de Higiene y en singular las obras siguientes: *L. Martin*. Hygiène hospitalière, 1907 de la Enciclopedia Bronardel, Chantemesse Mosny.—*Reverdy*. Hygienedes hôpitaux, 1904.—*Oswald Kuhn*. Krankenh. user, 1897.—*Tollet*. Les hôpitaux modernes au XIXe siècle, 1894.

SALVIO RUSCALLEDA Y PUIGVERT

Médico de Cassá de la Selva

Otra vez Thanatos, la eterna rival de Esculapio y sus discípulos, la enemiga traidora é incansable, ha hecho un nuevo claro en nuestras filas; ha producido en cruel y obstinada batalla, una víctima más para uncirla al carro de sus luctuosos triunfos. Bajemos humillados la cabeza y roguemos por el descanso *in eternis* del alma de nuestro infortunado compañero.

Nació D. Salvio Ruscalleda y Puigvert en la villa de Tordera en Noviembre de 1849, y allí pasó su niñez; hasta que adolescente, trasladóse á Gerona para empezar sus estudios en el Seminario, de donde al cabo de pocos años salió para graduarse de Bachiller en el Instituto Provincial; de allí pasó á Barcelona á cursar la carrera de medicina que siguió con gran aprovechamiento, y consiguiendo la Licenciatura de 25 de Noviembre de 1875,

Transcurrido apenas un año vino á ejercer su profesión en Cassá de la Selva, al lado del antiguo médico D. Narciso Cruzet del cual se constituyó en hijo político y sirviendo juntos la clientela por espacio de algún tiempo, hasta que por el fallecimiento de su suegro, asumió sobre sus espaldas no muy robustas el peso íntegro del trabajo. Pero si sus fuerzas materiales eran parcas (pues desde su juventud, cursando todavía la carrera, continuas enfermedades flagelaron su débil constitución) en cambio sus energías morales fueron potentísimas. Una paciente y abnegada voluntad acompañada de un gran corazón, una bondad ingénua y acendradas convicciones religiosas; puestas al servicio de un entusiasmo sin límites por la humanitaria profesión que con honra y orgullo ejercitaba y un constante amor al estudio que le distinguió hasta la última etapa de su vida, hicieron del llorado compañero un experimentado é inteligente práctico con sólido bagaje científico que renovaba, siguiendo la avasalladora ley de la evolución, y un bueno y sabio médico, cargado de virtudes, que cuidaba con cariño y con vocación á sus enfermos, los que en pago de sus paternas auxilios, le distinguían con su afecto, su respeto y su consideración.

Sus colegas tuvieron en Salvio Ruscalleda, durante dos decenios, al autorizado y entendido Médico de Consulta en la mayor parte de los casos graves ó difíciles que en la localidad se presentaban, y tanto ellos, como las familias de los pacientes, se hacían lenguas del acertado *ojo clínico* y sentido pronóstico que le dieron fama en los numerosos caso en que intervenía.

Abstraído completamente del resto del mundo, desde que aquí se instaló, no salió jamás de la población, siendo sus preferidos y únicos viajes y paseos asistir á su clientela del campo y pueblos circunvecinos, y falto de salud desde hacía 40 años, su vida fué bien escasa en goces y pródiga en sufrimientos, pero supo obligar su cuerpo á un régimen ordenado y cuidadoso lo que le valió llegar á la edad de 62 años y morir satisfecho de haber llevado una vida ejemplar y haber cumplido su misión.

Sus hijos D. Narciso, médico de Cassá y D. Sixto, farmacéutico de San Feliu de Guixols, así como toda su familia, reciban nuestro sentido pésame, pues nos asociamos de veras á su dolor.

D. E. P. el virtuoso y querido compañero.

JUAN B. MONS CLOS

Cassá de la Selva 5 Marzo 1912.

FERNANDO ALEMANY

BOLETIN BIBLIOGRÁFICO

J. Santos y Temiño

Rafael

Nosogema, anatomía patológica y diagnóstico de la Equinococcosis hepática. — Tesis de doctorado. — Valladolid 1912. — Imp. Cuesta. — 88 pag. 11 × 18 con dos láminas.

Federació Agrícola Catalana Belear.

XIV Congrés celebrat á la ciutat de Gerona. — Juny 1911. — Barcelona 1911. — Imp. J. Riera. — 304 pág. 11 × 18. — (Ejemplar que corresponde al Colegio como entidad adherida al Congreso).