



BOLETIN MENSUAL

LA «FONT DE L' ARAM»

Contestando á la alusión hecha en un suelto que con el epígrafe de «**Descancerización** ¿Será verdad tanta belleza?» apareció en el último número de nuestro BOLETÍN, cúmpleme el deber de manifestar, que en el largo período de tiempo que he visitado en San Lorenzo y comarca colindante con dicha población, en donde á medio kilómetro de la misma surge la fuente llamada de *l' Aram* ó por otro nombre Font de la Montada; pocos son los casos de cáncer observados, pues el número de cancerosos es afortunadamente bastante escaso, pero recuerdo perfectamente dos casos, el de un vecino que fué de la población en que resido, que sucumbió de un epiteloma en la cara y el otro un sugeto procedente de Barcelona que vino expresamente á S. Lorenzo para probar los efectos del agua de la citada fuente.

El primero despues de locionar con el agua durante bastante tiempo su ulceración cancerosa y no notando alivio en la marcha devastadora de la misma lo dejó, no notó otra cosa que al parecer se secaba algo su ulceración pero sin detenerse en la marcha invasora; el segundo que habia consultado con algunos cirujanos de Barcelona aconsejándole la operación, durante los primeros dias de usar dicha agua en lociones y bebida estaba muy animado creyendo en un principio su mejoría, pero al mes y medio ó dos meses viendo defraudadas sus esperanzas se marchó, este sugeto tenía en la lengua en su parte media y lateral una ulceración que habia destruído gran parte de la mis-

ma, pero sin presentar síntomas de infección general, supe posteriormente que había fallecido.

Además de los citados casos hará año y medio, falleció á consecuencia de cancer del estómago, según mi diagnóstico corroborado en consulta con el amigo Pont de S. Lorenzo una señora, hermana del dueño de la finca en que radica dicha fuente y en cuya casa no se hace uso de otra agua que la de la fuente citada.

De mucha más fama que la de curar el cáncer goza entre el vulgo el agua de la referida fuente de curar los accidentes de las enfermedades sifilíticas y venéreas, pero como sólo se sabe van allí enfermos de esta clase pues no consultan los que allí van con tal objeto, con el médico de la localidad, no tengo por esta causa datos de las virtudes curativas que puede tener en esta clase de enfermos.

El agua de dicha fuente es perfectamente potable, limpia, cristalina, de temperatura fresca el verano y casi tibia en invierno, deja al paladearla un ligero sabor metálico, no sé se haya hecho ningún análisis científico de la misma, infinidad de veces la he prescrito en convalecencias lentas, en dispépsias atónicas y estados anémicos, notándose sus buenos efectos en dichos casos, no hay duda goza de verdaderas condiciones tónicas.

JUAN POCH

Tarradas, Abril de 1912.

CUERPO EXTRAÑO EN EL OÍDO

Un caso por demás curioso, me ha sido dable observar, hace pocos dias, con motivo de dictaminar sobre la aptitud física para el trabajo, de un individuo que formó expediente para librar su hijo en el corriente reemplazo.

N. N. natural de Molló de unos cincuenta años de edad, labrador de profesión y sin antecedentes morbosos dignos de mencionarse, aparte un regular alcoholismo y por consiguiente más envejecido de lo que realmente corresponde á su edad; se queja desde hace unos tres años de sufrir ataques nerviosos y efectivamente por los datos que

recojo en el interrogatorio todo hace presumir; se trata de una epilepsia verdadera; tiene aura bien característica y cae al suelo en medio de fuertes convulsiones, alguna vez mordiose la lengua, quedando muy atontado por unas cuantas horas después del ataque, y sin conservar recuerdo ó memoria del mismo. Es bastante raro encontrar el estallido primero del mal comicial, á una edad tan avanzada como la que presenta el enfermo y ello me intrigaba poderosamente, cuando, en el curso de nuestra conversación, hube de preguntarle si le dolía la cabeza, ó si sufría de alguna parte de su cuerpo, contestándome que casi constantemente ó á lo menos con gran frecuencia experimentaba como un ruido dentro de su cabeza y que le parecía imposible que no lo percibieran las personas que le rodeaban, y era para él tan obsesivo, que su mujer llegó á decirme que le parecía haberselo oído alguna vez, de las varias que lo había probado, también quise yo mismo experimentarlo, (1) y al indicarme que colocara mi oído cerca el pabellón de su oreja, asaltome la idea, de que bien podría tratarse de algún trastorno auditivo; y pasé al exámen del citado aparato, descubriendo inmediatamente, con gran asombro un voluminoso cuerpo extraño, que omitiendo detalles inútiles, diré, que con unas malas pinzas logré su extracción, resultando ser un hueso, de forma como de una muela más ó menos deformada; naturalmente que el enfermo no recordaba su existencia, ni tenía noticia de cuando y como penetraría en su oído. ¿Quedaré curado de sus ataques nerviosos y á la vez de sus ruidos craneales, con la ablación del cuerpo extraño? El tiempo solamente puede revelárnoslo, entre tanto es mi opinión la afirmativa y seguramente la antigüedad de los ataques guarda relación con el tiempo de permanencia del cuerpo extraño en el conducto auditivo.

Omito en gracia á la brevedad, entrar en disquisiciones sobre el vértigo auricular bien sabido de todos por otra parte, bastando el hecho en si mismo para enseñarnos á no omitir detalle alguno frente á casos oscuros ó simplemente dudosos, pues el más pequeño indicio,

(1) Escarmentado de otro enfermo me allané á tal prueba. Se trataba de una señora que decía percibir en la región parietal como un suave silbido, tomándolo por mi parte como la repetición de aquella célebre historia que todos habréis leído, del cascabel arrancado por el cirujano á una histérica; probé alguna indicación puramente anodina, sin resultado alguno, hasta que un día me obligó á examinar aquel silbido; mi asombro fué grande, ya que efectivamente y en la región por la enferma señalada, asiscultando se oía claramente, un muy fino ruido efecto de una dilatación vascular que corregí con éxito; en clínica jamás podemos despreciar á la ligera, por más disparatados que parezcan los datos que nos suministren los enfermos.

puede llevarnos á un diagnóstico certero y por consiguiente á una terapéutica racional, quizá muy alejada de lo que en un momento creyéramos oportuno aconsejar.

DR. JUAN SAU

Camprodón, marzo 1912.

BOCIO QUÍSTICO UNILATERAL DERECHO

TIROIDECTOMIA PARCIAL.—CURACIÓN

Trátase de M. C. mujer de 35 años, natural de Vilablareix, pueblo del llano de Gerona, donde vivió hasta trasladarse á la capital, en la que ha residido hasta el día que se presenta en el Hospital para su ingreso.

Las condiciones de vida de la enferma han sido bastante accidentadas, por consideraciones de diversos órdenes y por el cambio que supone pasar de la vida en el campo, á la vida de ciudad en malas condiciones y dedicándose al trabajo de fábrica. No obstante esto la enferma no ha sufrido enfermedades de importancia y á no ser por la gran tumoración que presentaba en la región lateral derecha del cuello no se encontraba en ella el menor indicio de trastorno en su salud.

No hay ningún antecedente familiar digno de mención por lo que á la afección de la enferma se refiere; sus padres murieron á los 60 años, ambos de apoplejia, y ni en ellos, ni en el resto de la familia (ascendientes y colaterales) hay ningún atacado de bocio. La enferma tiene dos hermanas y un hermano que tampoco nada presentan. Estas circunstancias y además el hecho de que en la comarca donde ha residido el bocio es raro, sin negar su existencia posible, hace oscura la etiología y patogenia, lo que no sucedería si se tratase de otras comarcas de nuestra provincia en que los casos de bocio son numerosos y más que ahora lo fueron en otro tiempo. Un solo hecho digno de mención en el desarrollo de la tumoración que presenta la enferma, es el que correspondiendo á cada una de las gestaciones ha habido un crecimiento exagerado de aquella.

Comenzó a desarrollarse hace siete años en que la enferma dióse

cuenta de una pequeña nudosidad del tamaño de una avellana que iba creciendo paulatinamente, aumentando más, con ocasión de dos embarazos que tuvo hace seis y cuatro años, y sobre todo desde el último hace un año, desde cuya fecha tomó mayor incremento, llegando rápidamente al considerable tamaño que presentaba en el momento de su ingreso conforme puede verse por la adjunta fotografía y además por las medidas del cuello que expondremos más abajo.

En el momento de su ingreso en el Hospital (octubre de 1911) nótase en la región latero-inferior derecha del cuello, invadiendo hasta más allá de la línea media de la región infra-hioidea, una tumoración considerable sobre la cual la piel se deslizaba fácilmente, mostrando un desarrollo algo acentuado del plexo venoso subcutáneo y sin que presentase el más mínimo señal de inflamación alguna. Por la palpación podía comprobarse la movilidad del tumor sobre todo en sentido lateral siguiéndole en este movimiento la laringe y la tráquea; en sentido vertical, la movilidad de era limitada, casi nula, en cambio seguía perfectamente el ascenso de la laringe durante la deglución hecho que podía comprobarse muy fácilmente haciendo beber á la enferma.



La superficie de la tumoración no era uniforme, sino más bien lobulada con diferente consistencia; en unos puntos marcada fluctuación, especialmente en el más prominente hacia adelante, y en otros la sensación era de macicez completa, sin indicio alguno de colección líquida. El tamaño de la tumoración era bastante considerable, da prueba de ello la fotografía y las medidas siguientes:

Circunferencia del cuello: 42 centímetros y medio.

Diámetro máximo de la tumoración en sentido trasversal: 19 centímetros.

Diámetro máximo vertical: 11 centímetros y medio.

Los síntomas funcionales habían sido nulos hasta hace escasamente 5 meses en que empezó á presentarse ligera disnea, que más tarde ha ido aumentando sobre todo al subir cuevas ó escaleras, algún trastorno de fonación y luego las molestias consecutivas á la dificultad de acostarse del lado derecho por impedirlo la tumoración. Estos han si-

do los únicos trastornos que ha presentado la enferma, bien distinto de lo que acontece en otros casos en que los trastornos son numerosos é intensos más debidos á la localización (bocios endotorácicos) que al volúmen.

Con todo lo expuesto creimos tener datos suficientes para el diagnóstico: era sencillamente un *bocio* de probable naturaleza quística, con localización unilateral derecha, la más frecuente entre las diversas que pueden presentarse.

Sentado este diagnóstico y teniendo en cuenta los trastornos que ultimamente presentaba la enferma, le indicamos la conveniencia de intervención que aceptó.

Eranos imposible fijar *á priori* si podríamos hacer una enucleación subcapsular (operación de elección) ó si deberíamos recurrir á la tiroidectomia extra-capsular; sin embargo el hecho de encontrar fluctuación en diversos puntos, los más salientes de la tumoración, dándonos por la exploración la idea de un gran adelgazamiento del tejido tiroideo en dichos sitios ya nos hacia sospechar que sería imposible la enucleación como sucedió en efecto.

No teníamos inconveniente dado el excelente estado general de la enferma y los escasos trastornos funcionales que esta habia presentado en recurrir á la anestesia general; esto representaba para nosotros una mayor comodidad y más libertad en la actuación operatoria, circunstancias muy estimables cuando por primera vez se practica una intervención no exenta de peligros, por la peculiar anatomia de región tan vascular y tan rica en nervios como aquella en que debíamos operar.

Prévia la asepsia usual de la región y protección cuidadosa de todo el campo operatorio, practiqué una incisión oblicua siguiendo el eje mayor de la tumoración y de bastante mayor longitud que lo que parece por la fotografía hecha un mes después de la operación, en la que resulta mucho menor por la natural retracción de la piel una vez privada de la tumoración que la distendia; incindi pues la piel y fascia, así como el músculo cutáneo comprendido entre las dos hojas de está última, salvando en el extremo supero-externo la vera yugular externa que es separada al objeto de no cortarla si no nos vemos obligados á ello, y ligando al propio tiempo algunas de las venas cutáneas anormalmente desarrolladas; á continuación incindí la aponeurosis superficial, separando hácia fuera el músculo externo-cleido-mastoideo que más tarde fué preciso seccionar en parte para dar mayor

amplitud al campo operatorio; sección de la aponeurosis media y músculos infra-hioideos, cuyas extremidades son fijadas por pinzas al objeto de proceder luego á su sutura; apareciendo entonces al descubierto la tumoración tiroidea, quedando una tan tenue envoltura al quiste mayor que temimos se abriera espontáneamente, viéndonos en consecuencia obligados á practicar la operación extra-capsular.

Desde este momento, con el dedo, con las tijeras curvas romas, ó con la sonda espátula de Kocher, procedimos á una disección obtusa al objeto de separar todo el lóbulo hipertrofiado de su envoltura, hasta ser posible su enucleación, tirando para ello, del centro del borde externo del tiroides, punto menos peligroso de rotura vascular que los polos del lóbulo, siguiendo la misma maniobra por la cara posterior en todo lo compatible con la integridad de los pedículos vasculares, que se ponen tenso y de relieve facilitando así su ligadura; que hice sin gran dificultad empezando por el tiroideo superior, evitando coger el nervio laríngeo superior subyacente á los vasos; luego ligué las venas tiroideas laterales, las inferiores accesorias, y las inferiores medias (venas rimas) y dejando en último término el pedículo arteriovenoso tiroideo inferior que es el que mayores dificultades presenta, pero también fué ligado con facilidad y salvando la integridad del nervio recurrente. Queda ya el lóbulo hipertrofiado solamente fijo por la parte media ó sea en el istmo y por los ligamentos suspensorios medio y lateral. Intenté con cuidado ir seccionando este último é ir separando el tiroides de la tráquea, pero encontrando alguna dificultad en ello, seguí un camino distinto; con una pinza clamp fuerte, cogí á presión el istmo, seccioné al ras de la pinza y entonces una ligera disección obtusa permitió la enucleación completa y extracción de la masa quística.

Ligadura en cadena del istmo, ligadura con catgut de los vasos que la precisaban, sutura de los músculos infra-hioideos seccionados, y sutura de la piel á punto seguido y con seda, dejando un tubo de drenaje profundo que salía por la parte más declive de la herida. Vendaje algo compresivo y comprendiendo en él, toda la cabeza, al objeto de que no pueda ésta verificar movimientos bruscos, que podrian ocasionar algún trastorno grave.

El curso post-operatorio fué excelente; la temperatura máxima fué en un solo día, el segundo despues de la operación 38 grados; el tubo de drenaje fue retirado el tercer dia y la herida estaba completamente cicatrizada á los diez dias, saliendo la enferma del Hospital á

los 13 días después de practicada la intervención; una ligera disfonía que un principio presentóse había desaparecido por completo.

La fotografía adjunta fué hecha un mes después, siendo muy poco perceptible la línea de sutura y con una diferencia de más de 10 centímetros en la circunferencia del cuello, pues de 41 y medio que tenía antes de la intervención quedó reducida á 31.



Por el exámen microscópico de la pieza patológica pudo comprobarse su naturaleza poliquística con quistes de variable tamaño, desde uno que era mayor que un huevo de gallina, hasta otros del tamaño de una avellana; contenían todos ellos un líquido sero sanguinolento muy oscuro, con vegetaciones epiteliales en la superficie interna de la cavidad quística.

Es de notar un hecho en el curso post-operatorio, y es la falta de la reacción febril no infectiva tan persistente en las enucleaciones intraglandulares,

que es la operación que con mayor frecuencia se practica; sería debido esto quizá á que en la tiroidectomía no hay ocasión tan favorable, ni para la reabsorción de productos tiroideos, que según Monnier, Reinbach, Bérard y otros serían la causa de ella, ni tampoco para la formación de un hematoma intra-tiroideo más fácil en las enucleaciones intraglandulares y cuya reabsorción sería según opinión de ciertos clínicos como Kocher y Bergeat, la culpable de la elevación térmica.

Posteriormente hemos visto la enferma completamente bien y sin ninguno de los trastornos que había sufrido en los últimos meses antes de la intervención.

DR. F. COLL TURBAU.
del Hospital provincial.

Gerona, Marzo de 1912.

EL MANICOMIO MODERNO



(Continuación)

En algunos establecimientos la ventilación está asegurada por una canalización que comienza en los sótanos (cámara de ventilación) y termina debajo del techo. En invierno, cuando la ventilación natural por las ventanas es limitada, la renovación de aire se activa por combinaciones establecidas entre la canalización indicada y los aparatos de calefacción que envían aire caliente á la indicada canalización. Así está dispuesto en la clínica de Giessen y otros asilos.

b).—CALEFACCIÓN.—La calefacción puede obtenerse por dos procedimientos: bien por el aire caliente, bien por medio del agua á elevada temperatura, ó en forma de vapor con escasa ó alta tensión. Sea cual fuere el procedimiento empleado y tanto si origina en foco local como central lo que interesa bajo el punto de vista higiénico es obtener una temperatura constante y uniforme sin exagerar el déficit de saturación y que no se formen gases en el foco de calórico, ó, caso de producirse, que tengan facil evacuación al exterior.—El procedimiento de calefacción más aceptable para nuestro objeto es el llamado central, que se encuentra en casi todos los manicomios extranjeros. Tiene la ventaja de tener un solo foco de producción de calórico. Los aparatos caloríferos de aire y de agua calientes empleados para la calefacción central son cada vez menos usados. Los que en la actualidad merecen la predilección son los caloríferos de vapor de agua á baja ó alta tensión. De este método encontramos ejemplos en Bangour (Escocia), Maison-Blanche, Giessen, Reggio-Emilia, Basilea, Zurich, Leipzig, etc. En algunos, como en Munich y Dresde, se emplea la calefacción mixta.

c).—ALUMBRADO.—Es importantísimo bajo el punto de vista higiénico ocuparse de la iluminación de un establecimiento hospitalario. Por lo que respecta á la luz natural hay que tener en consideración

las condiciones astronómicas y atmosféricas del lugar; su duración varía con la época del año y la latitud. Por eso al tratar de la orientación de los manicomios he indicado la conveniencia de que la diagonal de cada uno de los edificios fuera paralela al arco descrito por el sol en el día 21 de Marzo y de Septiembre, precisamente con el objeto, ya indicado, de que la suma total de luz recibida en un año por cada edificio fuese la mayor posible.

En cuanto á luz artificial no hay duda que bajo el punto de vista higiénico no hay mejor iluminación que la de la electricidad; ocupa el primer lugar bajo el triple punto de vista del poder luminoso, calorífico y de la formación de productos de combustión.

Si en vez de la electricidad se usara el gas del alumbrado ú otro medio de iluminación es necesario que los aparatos de luz estén provistos de tubos ó chimeneas que aseguren la evacuación de los productos de combustión. Se obtiene así al propio tiempo favorecida la ventilación.

d). — AGUA POTABLE. — Todo establecimiento hospitalario debe estar dotado de suficiente cantidad de agua tanto para las necesidades de la alimentación como para la limpieza. La que se destine para la alimentación debe ser previamente analizada para garantizar su potabilidad. Hay que asegurar una buena captación de agua y tenerla eficazmente protegida de toda causa de pululación microbiana.

En algunos puntos se toma el agua de pozos artesianos, de pozos ordinarios, de cisternas y si los asilos están en la proximidad de una población se toma de los depósitos que á esta la suministran. El agua que alimenta á un maniconio, además de ser abundante, debe tener suficiente presión, lo que es sumamente útil para el servicio interior y de todo punto imprescindible para atender la posible eventualidad de declararse un incendio. Si el agua no tiene suficiente presión debe elevarse por medio de bombas movidas á vapor ó con molinos de viento á depósitos colocados á suficiente altura; cuando menos á nivel de la techumbre de los edificios más altos.

e). — EXCRETA. — Los materiales de excreta representados por las excreciones del organismo, basuras, desperdicios y aguas sucias de la cocina y aguas residuales de coladeros y lavaderos, deben ser evacuados pronto y facilmente, respondiendo á las tres condiciones siguientes: 1.º extracción inmediata y absoluta de los materiales de desecho,

2.º intercepción de las corrientes gaseosas entre los conductos de descarga y el interior de los edificios, 3.º impermeabilidad de los aparatos de evacuación.

El sistema de evacuación higiénicamente mejor es el de TODO Á LA CLOACA, es también el más cómodo y *de uso más general*. Las cloacas deben calcularse según la cantidad máxima de las aguas que deben evacuar, han de construirse de materiales impermeables y estar colocadas á dos metros bajo la superficie del suelo con una pendiente que permita al agua y demás materiales una velocidad de un metro por segundo. La intercepción entre la cloaca y las habitaciones se consigue por medio de sifones hidráulicos. Las cubetas de los lugares escusados, además del sifón interceptor, estarán provistas de un aparato de descarga de agua afin de que se motive una enérgica corriente de arrastre de los materiales. Esta descarga de agua se obtiene por medios automáticos diversos. La tracción por medio de una cadena no es recomendable por exponer á accidentes; en cambio son buenos procedimientos el uso de llave especial y mejor aún los ingeniosos mecanismos adoptados en los asilos del Sena, que en otra ocasión ya he descrito, á beneficio de los cuales el mismo enfermo dispara involuntariamente la descarga al abandonar el retrete. El producto de las cloacas puede utilizarse en los asilos-colonia como abono para las huertas y los campos.

Solo á título de curiosidad deseo citar otros sistemas. En ciertos manicomios se hace uso de fosas móviles; el contenido de los toneles se utiliza como abono (Gabersee, Alt-Scherbitz, Zschadrass). Cada vez que el enfermo abandona el lugar escusado un reservorio de turba funciona automáticamente para decolorizar.

En otros asilos se ha recurrido á las fosas fijas, como en Unter-goeltsch; las materias fecales son recibidas en carretones desinfectados con lechada de cal; el líquido de los urinarios se recibe también en fosas fijas.

f). — LAVADEROS Y COLADEROS. — Constituyen el departamento destinado á la limpieza de la ropa. Dos condiciones hay que tener presente en esta instalación: por una parte, se necesita disponer de abundante cantidad de agua y, por otra, amplia capacidad de las habitaciones de este departamento, que deben tener asegurada una perfecta ventilación. Constará de lavaderos con agua limpia y corriente, legia-

doras que permitan emplear el procedimiento de la «colada al vapor» y secadores de aire caliente.

En el mismo departamento debe figurar el depósito de ropa sucia con una habitación para recibirla de los diferentes servicios, y una sala de verificación.

En sección aparte, ó en edificio especial, hay que colocar una *estufa de desinfección*. La sala que contiene esta estufa es conveniente que tenga comunicación por un lado con el depósito de ropa sucia y por otro con una habitación en la que se recoge la ropa debidamente esterilizada.

La desinfección por la estufa de vapor no es aplicable á toda clase de ropa; los vestidos exteriores, pantalones, americanas, sombreros, zapatos, no la soportan sin deterioro. Por este motivo, este departamento que podríamos llamar de desinfección, debe poseer una estufa de desinfección por el formol, y, si no se cuenta con ella, podrá recurrirse al ácido sulfuroso que reúne el mérito de ser bactericida y parasitocida á la vez.

D. INSTALACIONES TERAPEUTICAS

Mencionaré en este epígrafe la farmacia, la sala de cura y operaciones, las enfermerías, el pabellón de hidroterapia y balneoterapia y las instalaciones de electroterapia y mecanoterapia.

a). — FARMACIA. — El edificio destinado á farmacia se compone: 1.º de una oficina con una mesa grande de marmol colocada en el centro de la habitación encima de la cual figuran todos los enseres necesarios para la preparación de recetas, y vitrinas para guardar los medicamentos adosados á las paredes; 2.º de un laboratorio químico farmacéutico en comunicación directa con la oficina; 3.º despacho para el farmacéutico; 4.º lavabos y waters. Todas estas piezas deben figurar en la planta del edificio, que posee sótanos destinados á almacenes de plantas de herboristería, líquidos y otros productos.

b). — LA SALA DE CURA Y OPERACIONES, así como las enfermerías, deben figurar entre las instalaciones terapéuticas que, como la farmacia, requieren pabellón especial.

Entiendo que el que podemos llamar pabellon operatorio debe es-

tar por completo aislado para que el curso de las heridas quirúrgicas no sea en lo más mínimo influido por otras enfermedades. Debe constar por lo menos de la sala de operaciones, de laboratorio de esterilización y de algunas habitaciones destinadas á los recién-operados. Las condiciones de instalación deben obedecer á los preceptos impuestos por la cirugía contemporánea. (1)

c).—Las ENFERMERÍAS (una para cada sexo) deben constar de salas colectivas y salas unipersonales. En las salas colectivas ingresan los alienados con enfermedades intercurrentes de medicina ó de cirugía no operables y en las unipersonales ó de aislamiento los turbulentos y los que padecen enfermedades infectivas. Las de estos últimos conviene que estén situados al extremo del pabellón ó, mejor aun, en otro anexo. La proporción de afecciones orgánicas intercurrentes varia de cinco á diez por ciento, como término medio, con relación á la población total del manicomio. Todas las salas deben disfrutar de abundante iluminación natural, las paredes y el techo lisos, revestidos de estuco de tonos claros, suprimidos los ángulos diedros y las aristas y el suelo asfaltado; todo ello para facilitar la limpieza y la antisepsia.

Además de las salas para enfermos; este pabellón tendrá su corredor, sala de reunión, sala de baño con varias bañeras fijas y algunas móviles para poderlas transportar á las salas, lavabos, waters, y estar dotado del mobiliario completo, teniendo en cuenta las indicaciones que oportunamente he señalado para las dependencias en general.

d).—HIDROTERAPIA Y BALNEOTERAPIA. — Actualmente domina la tendencia de suprimir los pabellones centrales de hidroterapia de servicio común á todos los departamentos. Ya Esquirol y Desportes en sus programas de 1818 y 1824 preconizaban salas especiales de baño para cada departamento de clasificación de los enfermos, y en efecto, esto es lo que se observa con frecuencia en el extranjero. Sea ésta la disposición que se adopte, en mi sentir la preferible bajo todos conceptos, sea la más antigua de construir un pabellón especial de hidroterapia, las salas de baño deben reunir algunas condiciones que analizaré luego, manifestando empero antes, en tesis general, la constitución particular del edificio en cuestión.

Cuando se trata de un edificio único, central, estará dividido en

(1) Véanse los tratados de Operaciones y mi tesis *La práctica de la Cirugía*, 1903.

dos secciones del todo independientes; una para los hombres y otra para las mujeres. Cada una de ellas debe presentar análoga distribución. Un vestíbulo que sirve de sala de espera comunica con el servicio de balneoterapia por un extremo y por el otro con el de hidroterapia. Este último servicio constará de una sala para desnudarse y otra de hidroterapia propiamente tal ostentando instalación completa de aparatos para las duchas en sus diferentes formas: chorro horizontal, vertical, en forma de lluvia, circular, dorral, frontal, perineal.

Constituirán el servicio de balneoterapia una sala de baños de vapor, y otras dos para baños medicinales y ordinarios, cada una de ellas con los correspondientes aposentos anejos para vestirse y desnudarse, water-closed y lavabos. Dicho se está que si cada pabellón de enfermos tiene su especial sala de balneoterapia, este servicio que podemos llamar 'general' quedará más reducido, pues en el primer caso las salas para baños medicamentosos y ordinarios han de ser grandes y contener diez ó doce, mientras que en el segundo caso con un par de bañeras para tomar un baño higiénico los entrantes es lo que basta.

Las salas de baños, sean las del pabellón especial, bien las anejas á cada sección ó departamento de enfermos, estan provistas de paravanes para aislar á los pacientes, bañeras móviles, bañeras fijas y bañeras especiales de suelo inclinado en las que el sujeto puede echarse como en una «chaise longue», disposición ventajosa para la practica del baño prolongado. Las bañeras son de cinc, de cobre, de hierro esmaltado, de mármol ó de piedra artificial.

Estas salas están provistas de canalizaciones y grifos que suministran abundante cantidad de agua, fria y caliente, que puede mezclarse y graduar la temperatura á voluntad, por medio de pequeños aparatos llamados «mezcladores».

Cuando visité la clínica psiquiatria del profesor Kraepelin, de Munich, hizome notar el Dr. Jakob una ingeniosa disposición de esos aparatos mezcladores y de un termómetro especial, empotrada la columna en la pared, que señala la temperatura del agua del baño. Asi que por una cualquiera causa la temperatura se aleja demasiado de la media que el baño debe tener, se enciende automáticamente una bombilla roja de luz eléctrica.

En suma, el pabellón de hidroterapia tal como en la actualidad debe estar constituido (por figurar en cada departamento la correspondiente sala de balneoterapia) consta del servicio completo de duchas,

baños de vapor y una sala con un par de bañeras para el aseo de los recién ingresados.

c).—ELECTROTERRAPIA Y MECANOTERRAPIA.—En el pabellón de hidroterapia podrían tener cabida en una pequeña ala del mismo edificio ó junto á él, salas destinadas á la *electroterapia*, á la *kinesiterapia*, á la *gimnasia médica* y al *masage*. En estas diferentes salas pueden hallarse, respectivamente en cada una de ellas, los aparatos eléctricos para el baño estático, las corrientes de alta tención y frecuencia, las corrientes de Wateville y de Morton, farádicas, etc., aparatos de mecanoterapia (gimnasia activa y pasiva de Zander), de tremuloterapia (tratamiento vibratorio), de masage mecánico; los aparatos de gimnasia sueca, la escalera de Ling, aparatos de tracción vertical y horizontal, etc., etc.

E. — DISTRIBUCIÓN

La distribución debe obedecer previamente á la separación completa de los dos sexos, en el supuesto, desde luego, que el manicomio sea bisexuado, como se dice.

Los departamentos de cada sexo se situarán lateralmente y en el centro del establecimiento, sirviendo de línea de separación, todos los edificios correspondientes á servicios generales no nocivos, como son: la dirección, administración, capilla, cocina, instalaciones terapéuticas. Los departamentos de desinfección, limpieza de ropas, enfermerías, depósito de cadáveres, que pueden ser peligrosos conviene que estén muy apartados, en los extremos del establecimiento.

Los distintos pabellones de especialización de los enfermos, ya he indicado repetidas veces que deben construirse aisladamente unos de otros, á base de planta diseminada, por completo autónomos sin obedecer á otro plan que satisfacer las necesidades particulares del personal enfermo que cada uno deba albergar.

En los asilos unisexuados los servicios generales no nocivos ocuparán el centro y los demás pabellones se situarán alrededor. Los servicios peligrosos, inútil es repetir que deben emplazarse muy separados de los demás.

DR. J. MAS CASAMADA

PARA QUE CONSTE

(Boletín de la Clínica Castellana. — Año III. — Núm. 4. — Marzo de 1912.)

«Un nuevo hecho viene á robustecer la existencia y aumentar la importancia de los Colegios de Médicos. La Sala tercera del Tribunal Supremo ha pronunciado últimamente un fallo de indiscutible trascendencia. Un médico de Barcelona el Dr. Queraltó, emprendió hace algún tiempo una campaña en reuniones públicas y periódicos políticos contra los médicos del Patronato antituberculoso de Cataluña. Dicha campaña determinó que varias entidades médicas solicitasen que el Colegio provincial, interviniendo como Jurado profesional, juzgase los actos del Sr. Queraltó. Hízolo el Colegio y el Jurado dictó su fallo declarando que los actos del Sr. Queraltó constituían un caso de grave inmoralidad profesional, y condenando á dicho Señor á la pena de amonestación pública é inserción en los periódicos del referido fallo.»

«Interpuso el Dr. Queraltó recurso de alzada ante el Ministerio de la Gobernación, el cual revocó la resolución del Colegio absolviendo al Dr. Queraltó. El Colegio, en vista de esto, acudió á la Sala de lo Contencioso administrativo, sosteniendo que contra su fallo, como Jurado profesional, similar al de los tribunales de honor, no cabía recurso alguno ante el Gobierno; y hace pocos días la Sala del Tribunal Supremo, de acuerdo con la doctrina sustentada por el Colegio, ha dictado sentencia, declarando que los fallos de los Colegios de Médicos, cuando actúan como Jurados profesionales, y absuelven ó corrigen á sus colegas en los casos de inmoralidad profesional, no son susceptibles de recurso ninguno, ni los poderes públicos pueden intervenir en ellos. Por consiguiente ha sido anulada la R. O. dictada por el Ministerio de l. Gobernación y se proclama la *autoridad inapelable de los Colegios para juzgar de la moral de sus individuos.*»

«Mucho nos complace ver robustecida la autoridad de los Colegios Médicos, de los que esperamos mucho bueno en beneficio de la clase.»