



BOLETIN MENSUAL

LO QUE ES LA COLEGIACIÓN

Contestando á un médico

Un joven é ilustrado doctor, que desde hace pocos meses ejerce en un pueblo de esta provincia donde habita otro médico en ejercicio me interrogó días pasados del siguiente modo:

¿Tiene V. la bondad de explicarme lo que es la Colegiación y para que nos sirve? Con el mayor gusto, le contesté. La Colegiación representa una buena reglamentación del ejercicio profesional por medio de la cual se obligan los médicos á despreciar los intereses personales, con que más ó menos falsamente se les brinda en algunas ocasiones, para atender únicamente á los que afectan á la colectividad. Es la agrupación de todos los médicos de una región en derredor de las autoridades para exitarlas á cumplir sus deberes sanitarios cosa que no puede hacer un médico solo; es poner en ejercicio á la buena voluntad y los buenos propósitos que animan siempre á los médicos de ocupar dignamente y con todos sus derechos el sitio que les corresponde y desalojar de él á los que indebidamente se le roban; es evitar el que el charlatanismo, las sociedades que se llaman benéficas y otras tantas prácticas más de baratillo profesional como hoy existen en el ancho campo de la noble carrera médica, estorben el paso á los que marchan por el camino de la nobleza y de la horradez; es la unión absoluta y por tanto la que puede otorgarnos la fuerza necesaria al objeto de conseguir nuestro mejoramiento.

Que la profesión médica está mal hace mucho tiempo, esto nadie

lo duda; es en lo que existe verdadera unión de pensamiento; urge pues un pronto y radical remedio que por todas partes se busca y hasta el momento actual no se ha encontrado y es porque cuando se quiere poner en práctica el único que existe que es la verdadera unión, surgen violentamente divergencias y opiniones tan distintas y tan acomodaticias á la conveniencia individual que se entra en una serie de laberínticas y eternas discusiones y en vez de conducirnos á un fin práctico y beneficioso esterilizan todos los trabajos y la buena voluntad de los interesados, continuando por esta causa sin dar un paso en el camino de nuestra regeneración profesional.

Es en mi modo de ver la Colegiación la única solución que puede armonizar las diversas tendencias y hacer práctica la unidad de pensar con la que el caciquismo de que son víctimas muchos de los médicos municipales de las pequeñas localidades y el intrusismo sufrirían un rudo golpe si, en vez de vivir disgregados y cada uno por su cuenta completamente aislados, nos agrupáramos formando una entidad social verdadera que apoyada por la fuerza oficial sería respetada y considerada y sus miembros participarían no ya solo colectiva sino particularmente de los grandes beneficios de la Colegiación.

Nuestra aspiración, queridos compañeros, debe ser unicamente enaltecer tanto como se merece nuestra noble y humanitaria profesión; estudiar lo concerniente á la educación que debe tener el médico si ha de ocupar el nivel que á nuestra difícil carrera corresponde; para esto se impone la necesidad de la unión por medio de los estrechos vínculos de la confraternidad á fin de defender con gloria sus intereses y cumplir con honor todos sus sagrados deberes.

Nuestra profesión es más grande que lo que generalmente cree el vulgo y los que la cultivamos debemos estar orgullosos de ostentar el título de una carrera que por donde pasa derrama siempre sus fecundos beneficios pues no solo tiende á curar los males presentes sino que prepara y trata de robustecer las generaciones venideras.

Hoy no son bastantes las fuerzas individuales para hacer frente á los obstáculos que en el curso y desarrollo de las colectividades se presentan, así que es de necesidad la Asociación, germen de las sociedades modernas que acumulando los esfuerzos dispersos logró en muchas ocasiones hacer fecundas ideas que hubieran seguido siendo estériles por falta de unión, base firmísima para el logro de las modernas aspiraciones.

Queda contestada la pregunta objeto de este artículo y tenemos

la seguridad de que no habrá uno que por convenir á sus fines particulares prefiera el aislamiento á la Colegiación.

RODRIGO FERNANDEZ

(Boletín del Colegio de médicos de Palencia. — Año V, Núm. 31, Abril 1912).

II Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría

(Continuación)

INFLAMACIONES PELVIANAS

SUS INDICACIONES QUIRÚRGICAS. — Forma este tema, uno de los continuos asuntos sometidos á la consideración de los ginecólogos, en casi todos los Congresos dedicados á la especialidad, y facilmente se comprende su importancia de discusión, cuando consideramos la doble evolución que en el espacio de pocos años han sufrido las ideas respecto nuestro papel en el tratamiento de las infecciones pelvianas; allá en los primeros pasos de la antisepsia, en el último cuarto del siglo pasado, se inauguró con todos los fundamentos de un método vigoroso, el tratamiento quirúrgico de todas aquellas afecciones, la valentía de los operadores, salva guardada por las nuevas prácticas, llegó á todos los extremos de la osadía é indudablemente al lado de proporcionar éxitos salvadores en muchos casos, fueron muchísimas las intervenciones que llegaron á practicarse por motivos en ninguna manera vitales, seguramente se privaron de los órganos genésicos á multitud de enfermas que debieran haberse conservado, esta es la confesión que cada vez con mayor franqueza, nos exponen los verdaderos maestros en la especialidad, hasta tal punto que mi maestro, el Dr. Fargas, en este Certámen, llega á proponer como el mejor de los tratamientos en las flogosis pelvianas el hémepático, en el sentido naturalmente de método puramente expectativo. Indudablemente el rumbo actual está más conforme con la realidad de los hechos que en definitiva son siempre los que han de guiarnos en nuestras concepciones; antiguamente se comprende que toda clase de infecciones debieron revestir casi siempre en su evolución formas gravísimas, más tarde durante la

era de la antisepsia, aquellas se mitigaron y ya representó un verdadero avance, toda vez que permitían las intervenciones quirúrgicas, y ordinariamente con éxito satisfactorio en cuanto á la enfermedad hace referencia; la época actual de asepsia completa desterró aun más, aquellas formas gravísimas por su intensidad y rapidez de evolución, siendo verdaderamente formas atenuadas, las que ordinariamente observamos en la actualidad, á estas modalidades debieron en el fondo amoldarse los métodos de tratamiento, pasando por modo obligado desde la intervención cruenta, amplia y radical, á métodos menos quirúrgicos y más conformes con el eterno ideal de la medicina, que si aceptó en todas ocasiones la mutilación de órganos, fué siempre en evitación de males mayores.

Bajo el punto de vista etiológico, las inflamaciones pelvianas son debidas comunmente á los gérmenes de las infecciones puerperales, ó al gonococcus, á la infección tuberculosa y quizá á otros gérmenes menos comunes y por consiguientes menos específicos; las más frecuentes y generalmente de mayor gravedad son las puerperales, debido á las condiciones generales y locales de la mujer en aquel estado, son tambien las más ejecutivas y rápidas en su evolución; la blenorragia es también frecuentísima, pero siendo por lo común mucho más lenta en sus etapas invasoras ofrece ocasión de atajarla en las localizaciones menores; que proceden á las internas ó pelvianas, solo las formas muy virulentas y sobre todo las descuidadas ó mal tratadas, llegan á interesar los órganos internos ofreciendo entonces los caracteres de verdadera gravedad, que son patrimonio de la delgadez de los órganos afectos; la infección tuberculosa, es ya mucho menos frecuente y aparentosa, siendo por vía sanguínea la forma ordinaria de la invasión de los genitales internos y por consiguiente concomitando y siendo secundaria á otras localizaciones tuberculosas en el mismo sujeto; los demás agentes tienen ya un papel mucho más restringido y las lesiones que provocan son generalmente tan insignificantes, que jamás proporcionan la ocasión de grandes intervenciones y seguramente algunas de ellas son las que forman la base de algunas observaciones, que en alguna época, más que ahora, fueron considerados como efecto de trastornos más ó menos distésicos con el verdadero eslabón entre las lesiones fijas y propias de los gérmenes específicos y las llamadas neurósicas y diatésicas que formaron un grupo que cada vez se ha reducido y en el que faltan las lesiones características y por lo mismo los agentes determinantes. Todos estos gérmenes como se comprende necesitan una puerta de entrada para invadir las regiones internas del

aparato genital, puerta de entrada que en las infecciones puerperales estará constituida por las lesiones espontáneas ó provocadas por partos difíciles por nuestras intervenciones y que pueden radicar en cualquier parte del tronco genital, propagándose más ó menos rápidamente por la vía mucosa, por la linfática y aun mas raramente por la sanguínea, según los casos hasta los órganos más profundamente situados; en la gonocócica por las lesiones mucosas y aun por extensión á través el orificio de las trompas, pudiendo también vehicularse por los linfáticos y conductos venosos, hasta las partes internas; la tuberculosa es frecuentemente de origen sanguíneo y en cuanto á los otros gérmenes no específicos, se introducen también por toda clase de lesiones más ó menos importantes.

También como es sabido, se ofrecen tales gérmenes en una muy extensa gama de virulencia, traduciéndose en muchos casos, en formas clínicas y aun anatómicas distintas según vamos á reseñar.

Anatómicamente la invasión infecciosa de los órganos pelvianos se caracteriza por una gran variabilidad de lesiones, desde la simple serosidad más ó menos virulenta, hasta el verdadero pus, ya libre y bañando los órganos por todas partes, ya enquistado en departamentos fraguados por la lucha defensiva de las falsas membranas que la inflamación de la serosa proporciona, para aislar las partes enfermas, de las que restan en estado normal, se observan todas las gradaciones, y ya en una época más avanzada, cuando hemos traspasado el periodo agudo, quedan los órganos trabados por una amalgama de tejido inflamatorio, pudiéndose apenas aislar unos de otros y hasta formando un todo con los órganos vecinos como la vejiga é intestinos; quedando en ocasiones por intra-medio de la neoformaciones verdaderas cavidades llenas de serosidad y aun de pús, que bien se comprende pueden en un momento dado, constituir un verdadero peligro y abrir nuevamente para la enferma, otra vez las peripecias de una peligrosa lucha.

Para comodidad de la descripción clínica, se han establecido multitud de divisiones que generalmente no responden á una verdadera realidad y solamente á posteriori y aun en contadas ocasiones podemos determinarlas. Durante el periodo agudo y tratase de salpingitis, ovaritis, anexitis, perimetritis ó parametritis, veremos siempre el cuadro de una peritonitis más ó menos pronunciada, según la extensión que alcancen las lesiones en la grande serosa y su sintomatología responderá por consiguiente á las señales de todas sabidas (vómitos, dolor, pirexia, pulso característico y facies) y que no he de describir, esta es la forma más grave, afortunadamente la más excepcional y

que menos entra en el tema que se debate. Las formas subagudas y las llamadas crónicas, son las más comunes y las que se ofrecen como á indicaciones operatorias en el tema discutido; aquellas denominaciones responden á las distintas localizaciones que puede ofrecer la infección aunque clínicamente se hace bastante difícil la separación completa unos de otra; en general las cosas marchan del modo siguiente: Despues de un parto normal ó patológico pasados unos dias, la mujer que se creía ya por completo libre de todo peligro, empieza sufriendo del hipogástrico, generalmente de un solo lado, á veces los dos vacíos; acompaña ligera fiebre y con varias alternativas, vense nuevamente obligadas á guardar cama, evolucionando entonces el cuadro en multitud de formas, pues en ocasiones en pocos dias queda todo restablecido para siempre, como en otras se va pronunciando la gravedad se interesa el peritóneo, se forman aquellas bridas ó neo-membranas y á la vuelta de algunas semanas encontremos toda la pelvis completamente bloqueada, con inmovilidad completa de sus órganos y extensos plastones para todos los fondos de saco vaginales, aun frecuentemente retroceden todas estas lesiones con mucho tiempo y buenos cuidados, pero á veces acaban supurando ó se abren bolsas que quedaron enquistadas por las membranas y estas supuraciones siguen todas las vías imaginables, paredes vaginales, la vejiga, el recto, los intestinos delgados, el tejido celular, el psoas, etc., etc., distintas manifestaciones que ofrecerán como es consiguiente indicaciones variables á la actividad terapéutica.

La forma blenorragica ofrece un cuadro parecido, pero sumamente atenuado del que acabo de reseñar, es mas rara la formación de pus, menos extensos y abundantes los plastrones inflamatorios y por consiguiente las fistulas ó aberturas naturales de aquellos productos patológicos mucho más excepcionales, eso no quiere decir que no ofrezcan gravedad, pues tal vez la inflamación blenorragica de éstos órganos nobles, los daña más profundamente y es casi fatal la esterilidad que subsigue á la retrocesión más ó menos completa de aquellas lesiones.

Quedan en un plan mucho más secundario, en cuanto á manifestaciones sintomatológicas, todas las demás infecciones, incluso la tuberculosa, que frecuentemente habremos de diagnosticar gracias á la presencia de lesiones de la misma naturaleza, en otros órganos, quedando en ocasiones reducidas aquellas manifestaciones á síntomas puramente subjetivos, particularmente fenómenos dolorosos, y aun reflejos de muy variable significación, asentando en los intestinos, es

tómago y aun cefálicos, sin que localmente encontramos, en cuantos exámenes practiquemos, ninguna de aquellas lesiones que anteriormente apuntamos; son desgraciadas enfermas que se incluyen en diagnósticos los más disparatados, y que por consiguiente han de soportar toda clase de medicaciones, frecuentemente con escaso beneficio.

De la consideración de estas distintas modalidades muy lógicamente se desprende de las variaciones que hemos de sujetar nuestras intervenciones, pues en lugar de una pauta general que como norma sirva para todos los casos, se comprende habrán de variar aquellas según la característica de cada caso, pero aun así queda tan amplio el campo de discusión, que se hace difícil un acuerdo absoluto entre los mismos especialistas, y se comprende, pues, como en muchos otros capítulos de la patología, entra por mucho el factor personal, las aficiones y cariños por un determinado método, los medios de que dispone, en todo cuanto rodea el ginecologo, la situación social de las enfermas, pudiendo en algunos casos contemporizar con ciertas lesiones que en otras se hace imposible por verse obligada la mujer á desempeñar un activo papel en el seno de su familia, la cuestión de la misma esterilidad, puede no ser indiferente en determinados casos y por consiguiente obligar á intervenciones que de otro modo se aplazarían ó se sortearían por medios paliativos, el mismo sufrimiento por lo mismo pues es un factor puramente subjetivo es muy difícil de aquilatar en su verdadero valor, y según las individualidades se soporta más ó menos tranquilamente, decidiendo también según los casos, nuestra terapéutica.

Durante el periodo agudo de verdadera peritonitis, el acuerdo es casi unánime, la *abstención* es la mejor regla de conducta que podemos observar, las laparotomias en todas las flogosis del periotóneo en caliente registran una mortalidad tan elevada que solamente en casos excepcionales, en manos muy expertas; y como *última ratio* pueden consentirse; al fin y al cabo es la misma consigna que rige para las apendicitis, etc.; deberá siempre ser preferible á que pase la agudización y operar en frio; cuando la peritonitis no es generalizada, sino que se localiza en los órganos pelvianos, la abstención continúa siendo para la inmensa mayoría, la mejor conducta á seguir, sin embargo la colpotomia posterior, llenaría la indicación de desaguar las serosidades inflamatorias, y á este fin resulta tal operación recomendada por algunos autores; por lo que puedo referir no titubearía en aconsejar la más absoluta abstención como regla de conducta en las peritonitis agudas por más localizadas que se presenten, en la seguridad de

reportar muchos más beneficios para la enferma, que de una intempestiva intervención, aunque sea tan sencilla como es la colpotomía; el reposo absoluto en la cama, las vejigas de hielo, régimen dietético líquido, y medicación puramente sintomática por los opiáceos ó ligeros purgantes según los casos, bastarán en la inmensa mayoría de las ocasiones para sortear el verdadero periodo agudo, más tarde, cuando tengamos ya cierta tolerancia, aunque no haya remitido la fiebre ni otros síntomas agudos, puedo aconsejar con serio fundamento, los fomentos bien extensos y calientes por todo el abdomen y por durante unos cuantos días seguidos, la medicación evacuante en este periodo nos dará excelentes resultados, es excusado añadir que debemos continuar el reposo é idéntico régimen dietético.

Cuando haya cedido del todo la temperatura, el dolor espontáneo y demás síntomas agudos, habremos entrado en el periodo subagudo y unos cuantos días después en el crónico, Simpson señala un periodo mínimo de tres semanas de apirexia para considerarnos en periodo crónico; naturalmente que todo esto puede ser muy relativo, dada la gran variedad de casos, pero para señalar un plazo, no hay duda que puede considerarse como suficiente en la mayoría de ocasiones y servirnos del mismo como á término de comparación.

Sucede algunas veces, aunque raras, que después de un periodo más ó menos largo de calma completa, vuelven á presentarse síntomas agudos, signo evidente de nuevos brotes inflamatorios. generalmente por roturas de antiguas adherencias, y naturalmente que nos veremos obligados otra vez á insistir, en las mismas indicaciones primitivas, hasta que se mitiguen aquellos síntomas, y nos encontramos en el estado crónico que antes consideramos,

Durante el llamado periodo crónico, nuestro papel ha de amoldarse por completo á las deducciones que saquemos de los exámenes que periódicamente practiquemos á la mujer, y de otro lado á las manifestaciones subjetivas que las mismas nos refieran por todo este periodo, que acostumbra á ser muy largo, procuraremos ser tan parcios de medicaciones activas, como largos de paciencia, infundiendo confianzas á la enferma para mantener su esperanza en una curación, que no por ser muy tardía, será menos completa y satisfactoria, es verdaderamente asombroso lo que se registra en la retrocesión de los exudados y plastrones pelvianos, siendo por consiguiente una de aquellas afecciones en que jamás hemos de perder la esperanza, pues ocasiones se ofrecen en que exudados que permanecieron inmovilizados por semanas y meses, retrogradan en el espacio de algunos días y cuando me-

nos lo esperábamos; eso no quiere decir que debamos cruzarnos de brazos, sin ayudar para nada la evolución curativa de la enferma, pues tenemos en medio de todo gran papel que representar, es condición óptima para la enferma el guardar un reposo genital absoluto, y general todo el que sea compatible con sus obligaciones; higiene individual completa bajo todos conceptos, desde el régimen alimenticio que procuraremos sea sencillo y á la vez tónico, hasta las relaciones sociales que se procurará no lleguen á molestar, naturalmente que en las mujeres obreras el asunto no es tan factible, pero procuraremos con nuestro convencimiento sacar todo el partido posible; las intervenciones que se pueden aconsejar y por durante un largo periodo son las irrigaciones vaginales bien calientes y largas, á débil presión y acostada la mujer, baños de vapor remedando todo lo posible el método de Bier aplicado con tanto éxito en cirugía general, los mismos fomentos abdominales seguidos de algunos dias de abstención, el masaje de Staper ha dado en manos expertas sorprendentes resultados como tambien el taponamiento vaginal ó calamnización sin ser muy apretado, aplicado unos cuantos dias siguiendo otros tantos en reposo, que todos dichos medios vienen á obrar de una manera semejante y se completan entre si, pudiéndose variar y combinar según el criterio de cada cual, ya se comprenderá que durante el periodo catamenial si lo conserva la enferma, debemos suspender todas las practicas anteriores. La medicación general tampoco deberá olvidarse y sea por sujeción unas veces, sea por verdadera acción en otras, coadyuvará frecuentemente á nuestro objeto, generalmente descansará en la base tónica particularmente los ferruginosos; evacuante, con ligeros laxantes y enemas calientes y sintomática, combatiendo las molestias nerviosas, gástricas ó de otra especie que presente la enferma; tuvo alguna boga el ictiol *intra et extra*, pero hoy dia puede decirse que equivale á toda vulgar medicación como también sino es por modo sugestivo dejaremos de lado las pomadas llamadas resolutivas; merece más confianza la dilatación del cuello uterino solamente ó acompañada del drenaje del mismo por mechas glicerizadas, aunque el entusiasmo por tales curas intra-uterinas ha decaido algún tanto de algún tiempo á esta parte, sobre todo aplicables á la desengurgitación de las inflamaciones anexiales y peri-uterinas, que es de la que estamos tratando.

La medicación hidro-mineral juega un papel muy importante, en la terapéutica de todas estas afecciones, obrando ya sintomáticamente, ya de una manera casual, generalmente las aguas alcalinas y aun

tónicas serán la base de nuestras indicaciones (Salies de Bearn, La Toja, Vichy, etc.) y los baños calientes de las mismas aguas y también los baños de limo de turba etc., á falta por cualquier motivo de estas curas, pueden aconsejarse los mismos baños de mar, generalmente de no muy larga duración.

Cuando no hayamos resuelto el problema con todo lo apuntado y persistan síntomas locales de adherencias, desviaciones del útero etc. y generales muy molestosas para las enfermas, podremos recurrir á una intervención soberana para conjurar el conflicto en la mayoría de ocasiones, la *colpotomia* posterior; tiene igualmente otra indicación más fácil de establecer esta operación y es la supuración localizada ó no en el fondo de Douglas; sucede como antes indiqué que en ocasiones aquellos exudados inflamatorios, ni se enquistan, ni se resuelven, sino que más ó menos lentamente experimentan la fusión purulenta y á la vuelta de algún tiempo se encuentra por el exámen vaginal una verdadera y manifiesta fluctuación; en otras ocasiones encontramos las paredes y fondos de saco vaginales con grueso edema, signo de supuraciones profundas, aunque no se perciba la fluctuación de las mismas; en todos estos casos estará indicadísima aquella intervención.

La colpotomia es una operación perfectamente asequible á todo médico, pues aparte su evidente sencillez, no ofrece peligro de ninguna especie en su ejecución, ni va seguida de complicaciones; es una verdadera lástima no la aprovechen más frecuentemente los prácticos en su mismo beneficio y sobre todo en el de las pobres enfermas. Todo queda reducido á practicar primero una amplia irrigación seguida de un extenso toque de tintura de yodo por las paredes y fondos de saco vaginales; abrir holgadamente los labios vulvares y sujetar el cuello uterino con pinzas de garfios si es movable; se puede en el sitio en que se manifiesta palpablemente la fluctuación practicar una abertura con el bisturi, agrandándola si es conveniente con las tijeras; si no se percibe fluctuación practicaremos la incisión en el fondo del saco posterior, detrás del cuello del útero, abriéndolo el campo de la misma con las tijeras cerradas, que así separaremos mejor la adherencia de la excavación pelviana; en todos los casos irá seguida la intervención de un taponamiento con gasa, de herida y vagina no ha de ser muy apretado y se cambiará todos los días, curándose por consiguiente como otra herida cualquiera; generalmente obtendremos un magnífico resultado y repito que no hemos de tener ni las hemorragias, ni las complicaciones de ninguna especie.

Cuando no bastare esta intervención, cuando las lesiones sean ma-

nifestamente en las trompas ú ovarios, cuando los exudados llegen muy arriba de la cavidad abdominal, cuando se quiere resolver el problema de la esterilidad de la mujer, ciertas desviaciones y adherencias de los órganos pelvianos, entonces recurriremos á la laparotomía que ofrece más garantías de seguridad que la via vaginal y se practicará una cirugía conservadora, ó más ó menos mutilante según los casos, pero estas intervenciones serán patrimonio de los cirujanos especialistas, á quien entregaremos la enferma, y no del médico práctico, para el que fueron escritas estas apuntaciones.

(Concluirá)

Camprodón, abril 1912.

DR. JUAN SAU

EL MANICOMIO MODERNO

(Continuación)

La explotación agrícola ó industrial variará como se comprende, según los distintos establecimientos, no siendo posible trazar líneas generales. Lo que sí puede asegurarse es que cuanto más extensa sea mejor. Los chalets de los enfermos que están en disposición de dedicarse á algún trabajo deben estar situados en la colonia misma, separados del asilo central á fin de evitar en lo posible el recuerdo del establecimiento á que pertenecen. Las circunstancias particulares de la colonia y talleres los he expuesto en otro lugar.

Sumariados todos los departamentos de un manicomio y examinados todos los detalles á ellos concernientes y su distribución en el interior del establecimiento, pasemos ahora á analizar la especialización ó clasificación de los enfermos.

F. — ESPECIALIZACIÓN

La asistencia de los alienados no ha comenzado á entrar en una vía verdaderamente médica hasta el día en que se ha separado á los agudos de los crónicos, á los curables de los incurables, á los agitados

y peligrosos de los tranquilos, dejándose sentir desde mucho tiempo la necesidad de una clasificación. En tanto esta distinción no fué establecida los enfermos curables permanecieron vejados — permítase la expresión — en medio de la multitud de los incurables, más ó menos perdidos de vista por el médico, no podrían ser sometidos al tratamiento y régimen especiales que su estado exige. Al fin se ha reconocido que los alienados no debían ser el objeto de medidas colectivas, aplicadas sin distinción á todo el efectivo del establecimiento, como se hace para los soldados en un cuartel, los detenidos en una cárcel, ó una comunidad religiosa en un convento, sinó que por el contrario, su estado mental exige un tratamiento particular. En los grandes asilos públicos era preciso que sin desinteresarse de los crónicos, que deben beneficiar de un tratamiento especial basado sobre el trabajo y la libertad, la acción del médico y su acción terapéutica se concentrará sobre aquellos sujetos en quienes podría esperarse la curación de la enfermedad mental que padecían, de los cuales existe una proporción más considerable de lo que el vulgo cree. Por lo tanto, la primera condición necesaria para conseguir la curación de esas psicosis es agrupar en un mismo pabellón, especialmente adaptado á su destino, á aquellos enfermos agudos diseminados hasta no ha mucho en diferentes secciones y casi confundidos con los crónicos (Serieux).

Por lo que acabo de indicar, bien se comprende que dentro de ese conjunto de enfermos de categorías tan diversas que mora en un asilo de alienados, una primera diferenciación es indispensable, gracias á la cual se agruparán los enfermos en tres grupos, respondiendo á la concepción de Griesinger que consideraba el Manicomio como una *colonia*, un *hospicio* y un *hospital* á la vez. A cada una de estas diversas funciones corresponden órganos diferentes ó sean departamentos distintos, cuya organización; tanto material como moral, la cifra de la población, así que el personal de vigilancia deben variar muchísimo, según el objeto á que cada uno deba responder.

Así, pues, con Serieux, entiendo que las tres grandes secciones que deben figurar en el Manicomio propiamente tal deben comprender:

1.^a Los alienados crónicos incurables, pero válidos, que con los convalecientes deben ser empleados en los trabajos agrícolas y en los talleres y disfrutar del máximum de libertad posible. Es para este grupo, en realidad importante, que conviene la colonia.

2.^a Los alienados crónicos inválidos (paralíticos, seniles, idiotas), aquellos cuya afección es incurable y no son aptos para ningún trabajo.

Los pabellones que á ellos corresponden cumplen la función de hospicio.

3.^a Los enfermos atacados de psicosis agudas curables ó al parecer curables. Para esta categoría hay que reservar pabellones especiales de tratamiento y de vigilancia continua. Este departamento es un verdadero hospital destinado al tratamiento de las enfermedades mentales agudas.

Dentro de estas tres grandes divisiones, los alienados se repartirán en varios grupos y en pabellones distintos, ya que reglas, á veces hasta opuestas, deben regir la dirección y el tratamiento de cada grupo.

Podemos establecer, por ejemplo, la siguiente clasificación:

a). — *Atendiendo al sexo*. — Sección de hombres y sección de mujeres. (Pabellones varios para cada sección).

b). — *Condición social*. — Sección de pensionistas y sección de indigentes. (Chalets y pabellones varios para cada sección).

c). — *Naturaleza y evolución del estado mental*. — (Cabe esta clasificación dentro de cada uno de los grupos anteriores).

Curables. — (dos pabellones)	{ Agitados. Tranquilos. (Pueden ocuparse en la Granja).
Convalecientes. — (pabellón de)	
Incurables. — (dos pabellones)	{ Válidos. (Pueden ocuparse en la colonia). Inválidos. (Cliniquesas).
Epilépticos. — (pabellón especial).	
Agenésicos. — (pabellón-escuela).	
Degenerados morales y delincuentes. — Impulsivos (pabellones cerrados).	
Psiconeuróticos. — Neuróticos. — Habitados (pabellones especiales).	

Debo insistir sobre la conveniencia de estar *repartidos los enfermos en gran número de pabellones*, lo que es capital para que puedan beneficiar del *tratamiento y régimen individuales*.

En todos los asilos extranjeros modernos hallamos esta diversidad de pabellones que reclamo. En Zsadrass (16), Galkhausen (20), Alt Scherbitz (24), Mandrisio (12), Bangour (27), Reggio-Emilia (26), Maison-Blanche (27), el asilo-colonia de Clermont de l' Oise cuenta varios chalets y diversidad de pabellones en cada una de las posesiones de Fitz James, Bécrel, Petit-Chateau y Villers, siendo de todas ellas, la más extensa y notable Fitz-James. Y aún en algunos manicomios españoles se tiene en cuenta esta necesidad. El de Reus cuenta 18 pabellones y el de S. Baudilio de Llobregat se ha ampliado con una importante sección nueva, dotada de varios pabellones aislados, entre los

que más se distinguen el de clínicas y la enfermería. Con multiplicidad de pabellones es escaso el número de asilados que cada uno contiene; lo que contrasta por ciento en gran manera con los «asilos cerrados» aún existentes.

Antes de dar por terminado el estudio de las condiciones estáticas de un manicomio, deseo siquiera señalar someramente, pero de un modo especial, los más importantes edificios destinados á los enfermos, indicando cual ha de ser su constitución y el sitio que debe ocupar en la distribución general del establecimiento.

Merece singular mención, el edificio destinado al tratamiento y vigilancia de los enfermos atacados de psicosis agudas, el pabellón de paralíticos, los pabellones cerrados (vigilancia de los peligrosos) y la enfermería. De esta última ya nos hemos ocupado, así es que no insistiré más en ella.

Pabellón para el tratamiento de las psicosis agudas.—Por ser el más interesante ha de fijar con preferencia nuestra atención. Es el órgano esencial de un servicio de alienados. Tanta es su importancia que, como me decía mi maestro el Dr. Serieux, hácia esa construcción deben dirigir los esfuerzos así los médicos como la administración pública, para que su organización sea perfecta y puedan obtenerse mayor número de curaciones.

Solo un pabellón *ad hoc* puede llenar el objeto especial á que debe adaptarse bajo el doble punto de vista de su organización material y moral y del efectivo de su población residente. En efecto, este es el pabellón que contiene los sujetos atacados de enfermedades mentales agudas, curables, y cuyas alteraciones psíquicas, en plena efervescencia, necesitan una intervención médica activa, cuidados constantes y una vigilancia asídua de día y noche. Estos sujetos, en razón de la actividad de sus alteraciones delirantes, de su estado de exaltación ó depresión, necesitan cuidados tan minuciosos y constantes como los enfermos que moran en cualquier hospital atacados de viruela ó fiebre tifoidea, pongo por caso.

Como quiera que—según la generalidad de los alienistas—de los enfermos comprendidos en esta categoría pueden curar más de la mitad, necesitan una organización particular que resultaría supérflua para cada uno de los otros pabellones destinados á otros alienados.

En este pabellón, cada enfermo debe ser objeto de una observación atenta y de un tratamiento especial. Aquí encuentran sus cuidados

los que su estado reclama la clinoterapia, cuyos resultados son tan favorables como así me ha sido dable observar en el servicio de admisión del asilo de Santa Ana, de París, en donde Magnan la emplea sistemáticamente. En este mismo pabellón pueden entrar los sujetos recién admitidos en el manicomio, porque, en general, entran en estado de agudez y necesitan ser observados detenidamente; si bien creo que es preferible, cuando el local de que se dispone lo permite tener un departamento de semiingitados, en cual caso allí encontrarían su lugar los entrantes, como así lo efectúan en casi todos los asilos de alienados del Sena. Además, deben ser tratados en este pabellón los atacados de locura circular é intermitente (p. maniaco depresiva); durante los periodos lúcidos, estos enfermos pueden permanecer en el pabellón de tranquilos y ser tratados en el que nos ocupa en los periodos accesionales de la enfermedad. En fin, también deben figurar aquí, si bien temporalmente, los crónicos en los cuales sobrevienen episodios delirantes transitorios.

El servicio principal de este pabellón lo constituyen las salas de clinoterapia, provistas del moviliario ya descrito. Estas salas tendrán gran capacidad, ventilación constante, una temperatura aproximadamente igual dia y noche y orientadas al medio dia para que estén bien bañadas por el sol. El número de camas que debe contener ha de ser proporcional á la población total del manicomio. Varian, sin embargo, á este respecto, las cifras señaladas por los autores, pues mientras con Gudden indica el 10 por 100, Dehio señala el 12, Paetz reclama el 15, Kraepelin el 33 en su clínica psiquiátrica y Magnan llega á la proporción del 63 por 100 en el servicio de admisión de Santa Ana. Con todo, Serieux, Sioli y Kräpelin resumen la cuestión en la siguiente forma: para los grandes asilos el número de camas indispensable para la clinoterapia será, en tesis general, del 7 al 10 por 100 de la población total del manicomio; para los asilos urbanos de tratamiento y las clínicas psiquiátricas debe elevarse al 20 ó 30 por 100. Vemos, pues, que estas diferencias dependen ante todo de la naturaleza del servicio de cada establecimiento.

Tocante á este respecto debo señalar que en vez de colocar en una sola y amplia sala á todos los enfermos que necesitan el tratamiento por el reposo en la cama, como lo aconsejan Garnier y Cololian, en mi sentir es preferible disponer varias salas para este tratamiento, más pequeñas y con menor número de enfermos, pero todas ellas arregladas y reuniendo las condiciones anteriormente establecidas. El ideal

sería que cada enfermo tuviese su sala y su enfermero, pero esto no es posible ni pensarlo en manicomios públicos (para pobres) es tan solo aplicable á los privados para persona de buena posición.

En concepto de Toulonse, de quién Merchand se hace eco, pueden subdividirse las grandes salas en aposentos más pequeños con cuatro ó seis camas al máximo, con dos enfermeros vigilando. Los tabiques de operación de los aposentos no llegan al techo de la sala, se procura que sean altos lo suficiente para que los enfermos no lleguen á alcanzar el borde superior y su longitud es, desde el muro de la sala al nivel de los pies de la cama. Así existe entre los distintos aposentos de una misma sala una amplia comunicación que facilita la relación y el mútuo auxilio, si se hace preciso, entre los enfermeros.

DR. J. MAS CASAMADA

Continuará.

BOLETIN BIBLIOGRÁFICO

Aspe.

Nicasio de

El Dispensario antituberculoso de La Coruña en 1911. Memoria leída en la sesión inaugural 12 de marzo 1912.— La Coruña 1912.— Imp. L. Lorman.— 16 pág. 10 × 17.

R. Academia de medicina y Cirugía de Barceloua.

Sesión pública inaugural celebrada en 28 enero de 1912.— Barcelona 1912.— Imp. «La Academia».— 94 pág. 11 × 19.

Ministerio de Fomento.— Dirección general de Agricultura Minas y Montes.

Sanidad del Campo.— Madrid 1912.— Imp. R. F. Rojas.— 90 pág. 10 × 18 y 18 gráficas de doble página.— (Envío del Dr. A. Muñoz, Inspector general de Sanidad del Campo).

Sociedad de Psiquiatria y Neurología.

Acta e la sesión pública inaugural de 30 enero de 1912.— (s. l. ni a) 100 pág. 9 × 15.