



BOLETIN MENSUAL

Hematoma subgluteo-supurado

F. P., joven de quince años, alto, enjuto de carnes, sin antecedentes patológicos personales ni de familia; el día antes de ponerse enfermo había recorrido unos siete kilómetros de buena carretera en un carro que él guiaba, apoyando la nalga en una placa saliente de hierro que venía empotrada en el brazo del vehículo.

Se iniciaron los síntomas morbosos por una tumefacción difusa de la región glutea izquierda, muy dolorosa, tanto que le obligaba á guardar siempre el decubito lateral derecho, la piel de la región afectada aparecía normal; la temperatura $38'5^{\circ}$, el pulso andaba acorde con la temperatura, la articulación de la cadera conservaba libres todos los movimientos. De momento creí se trataba de un caso de reumatismo muscular y prescribí un tratamiento antireumático, continuó en tal estado por durante ocho días, los síntomas locales y generales no variaron en lo más mínimo, (persistía la fiebre, el dolor, la tumefacción) ante el resultado negativo del tratamiento y apareciendo edema, sospeché la posible formación de un absceso; dada esta nueva orientación suspendí el tratamiento antireumático, sometí la región afecta á repetidos fomentos tymolados, prescribiéndole al propio tiempo una posición tónica; así siguieron las cosas por durante tres ó cuatro días, y en los que el dolor y la tumefacción aumentaron, la temperatura llegó á 39° , y por la palpación se obtenía como el desplazamiento de un cuerpo sólido ó semisólido que estuviese más ó menos profundo en un punto, el centro de la tumefacción se presentó una placa rojiza

de dos centímetros de diámetro, con fluctuación clara; en tal estado practiqué una punción exploradora, obteniendo la salida de un líquido seroso turbio. Dados los síntomas y resultado de la punción, procedí á la abertura de lo que creía un absceso. Previa anestesia local con el cloruro de etilo, practiqué una incisión de unos diez centímetros y mi sorpresa fué grande al ver que en vez del pus que creí hallar salían coagulos de sangre, algunos bastante voluminosos entremezclados con serosidad turbia y hedionda, entre unos y otra no bajaría de un litro lo que se recogió, salía por debajo del borde inferior del gluteo mayor y á través de sus fasciculos disasociados, había además un divertículo subcutáneo; uno de los trayectos subgluteos se dirigía hacia la cresta iliaca y tendría á los menos 12 centímetros, el otro de dirección antero-posterior medía 10 centímetros, se desaguaron mediante tres gruesos tubos de drenaje y se lavaron diariamente con solución tymolada débil y agua oxigenada al 10 por 100.

A la abertura del hematoma siguió la defervescencia y mejoramiento del estado general del paciente. La curación fué larga pero completa del todo á los tres meses, con restitución funcional *ab integrum* de la región enferma.

CONSIDERACIONES: de la historia clínica relatada se desprende.—Primero: que el error de diagnóstico no se desvaneció hasta el momento de la intervención.—Segundo: que la causa determinante del hematoma fué el magullamiento que sufrió la nalga por la prolongada acción de la plancha de hierro en la que se apoyaba y que determinó la lesión de un vaso de escaso calibre, cual hemorragia se cobibió por la presión de la sangre extravasada, produciéndose en los días que siguieron la obliteración completa espontánea del vaso, y por ello no se reprodujo la hemorragia en el acto de la intervención.

Este caso tiene mucho de parecido á uno que relata el Profesor Tillaux, en su tratado de Anatomía topográfica del que en resumen dice: «Un joven de unos 20 años de edad, cayóse de un quinto piso, fué conducido al Hospital donde se le apreció una fractura complicada del muslo izquierdo, se le aplicó un apósito conveniente y por durante quince días el lesionado siguió sin novedad; pero desde este día acusó un dolor vivo en la nalga izquierda, apareciendo al propio tiempo tumefacción que aumentó lentamente hasta invadir toda la nalga, la cual se enrojeció, notándose fluctuación profunda. Con el diagnóstico de absceso subgluteo procedióse á la intervención, quedando sorprendidos al ver que en vez de un absceso purulento se halló una masa de coagulos sanguíneos, agrandada la incisión y lavada la region, explo-

róse la escotadura ciática y en tal momento salió por ella un chorro de sangre roja, que procedía de la arteria isquiática que estaba hendida por la espina ciática fracturada». También en este caso fué largo el tratamiento y completa la curación.

VICTOR TEXIDOR

Llers, enero 1912.

SOBRE LA ANURIA CALCULOSA

(CONTRIBUCIÓN Á SU ESTUDIO)

Nos encontramos con relativa frecuencia frente á enfermos cuyo padecimiento suponemos debido á procesos calculosos en sus diferentes variedades y dando un diagnóstico é indicación terapéutica, poco confiados de nuestra decisión y por tanto dejando un gran sitio de discusión.

Débase ello a tomar con desgraciada frecuencia como base diagnóstica, una etapa patológica influidos por el crítico momento en que somos llamados, ignorando la verdad científica del pasado, juzgando sugestionados solo por el presente y he aquí el error, por ser de primordial en este proceso especial, una buena indicación terapéutica, (si cabe) más importante que en otros muchos padecimientos.

Sabido es que el método elegible es el inductivo, recorriendo su ciclo evolutivo desde el principio, nivelando de paso las ventajas ó perjuicios que reportaría una ú otra indicación, esperanza consecutiva del adelanto quirúrgico.

Al hablar en esta forma no queremos significar que siempre ocurra el error afortunadamente, pero si, con desgraciada frecuencia, por lo que insisto, para contribuir con mi modesto esfuerzo é influir para que cesen los lamentables desvíos.

El médico es llamado, por ejemplo, en un caso de anuria calculosa y el primer paso que dará, será poner al enfermo en condiciones de normalidad (ó al menos, hará los humanos esfuerzos), pero, ¿es qué hasta aquí ha acabado la misión facultativa? ¿debe procederse á un tratamiento médico, quirúrgico ó médico-quirúrgico? No hay duda que el anurico que orina por medio de un acto médico-quirúrgico rea-

lizado por el facultativo, obtiene un tratamiento sintomático, pero el tratamiento que hay que seguir es el causal.

Para mayor claridad, no será de más dar algunos detalles sobre la anuria calculosa, detalles que afianzarán más el verdadero camino que hay que seguir.

La función del aparato uretero-vesical, trae consigo la permeabilidad de los ureteres, el fácil funcionamiento de los tubos del riñón, una presión y una velocidad suficiente de la sangre en las pequeñas arterias, con integridad del aparato de la inervación.

Chauffard, clasifica las anurias, de origen ureteral, tubular, circulatoria, calculosa, de nefritis quirúrgicas, retenciones renales y las anurias reflexas.

La que á nosotros nos interesa es la anuria calculosa y además es la más frecuente: complicación acarreada por la formación de cálculos en las vías urinarias.

Sabido es que el origen del cálculo procede de la falta de disolventes de las sales que deben ser eliminadas por el riñón, y estando el poder disolvente en defecto, da nacimiento á la precipitación de sales que cristalizan.

Varía la importancia patológica, según el sitio en donde esta cristalización tiene lugar; no hay duda que si el cálculo se encuentra en el ureter, riñón, etc., el pronóstico variará; además estos cálculos progresan á través de los conductos y dan lugar á accidentes de difícil resolución.

Es de interés especial la composición del cálculo, por variar en mucho su resultado formativo y por ende la indicación quirúrgica, que es lo que tratamos de poner á contribución, sobre cuando concluye el médico y empieza el cirujano.

Físicamente estas sales se presentan bajo la forma de un polvo impalpable unas veces y en otras adquieren volúmenes variables hasta llegar á grandes tamaños.

Además pueden estos cálculos ser ácidos, alcalinos ó neutros.

En la llamada litiasis urica, son cálculos de ácido urico y uratos de sosa. En la oxalica (menos frecuente), ácido oxalico, oxalato de cal: esta se caracteriza además por el aspecto desnutrido del enfermo y en último término trataremos sobre la composición de los alcalinos á base de fosfato basico de cal, magnesio y fosfato amonico.

Los cálculos uráticos, macroscópicamente son compactos, duros, color pardo rojizo (estructura concéntrica) y se presentan con frecuencia; los fosfáticos son blancos y más blandos y los oxalicos son duros,

color oscuro, muriformes ó mamelonados. El aspecto del cálculo puede á veces ayudarnos al diagnóstico: hay cálculos grises con superficie rugosa y otros rojos con superficie lisa, cuya procedencia es del ureter.

Ya hemos visto anteriormente que la acumulación de sales en el organismo da lugar á estas diatesis, ya por desórdenes de nutrición y acumulo anormal en la sangre.

Hay que hacer resaltar de paso una particularidad interesantísima y ella es que el núcleo del cálculo es una sustancia albuminoide, hecho que comprobó el profesor Ebstein en el congreso de Moscou.

La anuria calculosa es poco frecuente en el niño y en el viejo, en cambio la edad adulta es la predispuesta y esto sucede en proporción favorable en los hombres.

Desde luego, que antes se produzca la anuria, habrá sido precedida por cólicos nefríticos, expulsión de arenillas, que el enfermo atribuyó á disgustos, traumatismos, fatigas, enfriamientos, etc. El sitio de emplazamiento del cálculo varía, pues puede ocasionar la anuria el cálculo enclavado en la pelvis renal, tercio superior del ureter (este es el más frecuente) y más raramente en el tercio medio é inferior de dicho conducto.

Es de necesidad para que la anuria tenga lugar, que uno de los ureteres haya sido obstruido recientemente y sobre este particular, para explicar el mecanismo que esto tiene lugar, se han discutido varias opiniones de valía, entre otras *Legueu* que lo atribuye á una anuria mecánica y sostiene que el reflejo inhibitorio no tiene relación con la anuria. *Guyon* y *Albarrán* creen que es debida á la presión de orina retenida en la pelvis renal, originando el cese de funciones eliminatorias y que por reflejo el riñón sano sufre anuria.

Los periodos importantes en la anuria calculosa son el de tolerancia y el de intoxicación; el primero se le coloca entre los cinco ó seis dias primeros, pasados los cuales entra el periodo que podemos llamar grave.

Si bien la anuria es siempre absoluta, no es raro ver casos que la eliminación en 24 horas es de unos 100 gramos, más ó menos, caracterizándose la orina por el color pálido, de poca densidad y riqueza de sales; siguen los síntomas, marcándose por agitación, dejadez, insomnio, trastornos digestivos, inapetencia y constipación, además cefalea, contracciones musculares, contracción de la pupila (que llega á veces puntiforme y encuéntrase al enfermo sumido en una torpeza grande, vómitos, hipotermia 35'5, 36; pulso irregular y disnea (pleno periodo de intoxicación). En estos casos un buen diagnóstico no es cosa facil.

¿La anuria es calculosa? ¿qué riñón es el enfermo?, además dificulta el buen diagnóstico si el cálculo no obstruye completamente el paso de la orina.

Cuando tratase de un caso de anuria calculosa diagnosticada, no tratada quirúrgicamente al noveno día, lo más tarde, tiene que sobrevenir la muerte. La curación espontánea por expulsión del cálculo es rarísima.

Recuerdo un caso; no hace mucho tiempo fui con urgencia llamado para intervenir en un caso de anuria calculosa, encontrándome a mi llegada que la enferma había expulsado un cálculo renal del tamaño de un garbanzo; dando fin al cuadro anúrico.

El interrogatorio reporta muchos datos, pudiéndose descartar de luego las anurias histéricas, gotosas, por compresión, etc., calcúlase que la proporción de la anuria total, por obstrucción de los dos ureteres, es de un 20 á 22 por 100.

La sintomatología la podemos caracterizar por dolor á la presión; y la sensación de bamboleo que se percibe al levantar el riñón (síntoma de Guyon); otro de los síntomas importantes es la defensa que presentan los musculos abdominales al contraerse, notándose dicha defensa más marcada en el lado enfermo; mayor volumen del riñón y sobre todo el cateterismo del ureter junto con la radiografía.

En cuanto á la radiografía hay que puntualizar el alto grado de perfección que se ha llegado, y que permite afirmar de un modo categórico la imprescindible necesidad de la radiografía.

Hace no mucho tiempo nos encontrábamos que debido á la falta de técnica, no daba el resultado que era de esperar y por consiguiente el auxilio era pequeño y veces nulo, si el cálculo no era de gran tamaño; hoy día esto ha desaparecido, sobre todo despues de los trabajos de Bazi et Desternes; no solamente se diagnostican los pequeños cálculos, sino tambien la calidad de los mismos, todo esto gracias al ecran reforzador y á la perfección técnica que permiten una pureza y perfección en la imagen.

Todo cálculo situado á meros de cinco centímetros de la línea de las apofisis espinosas, es un cálculo de la pelvis; puede pues verse lo importante que es para un buen diagnóstico la radiografía.

El cálculo al enclavarse en el ureter puede dar lugar á pielonefritis de extremada violencia, con consecuencias posibles de rotura, de hidro-nefrosis, infiltración urinosa, pielonefritis, peritonitis, etc. (Recuerdo de paso, un caso que operé hace cuatro años, creyendo encontrar el cálculo en la pelvis renal y había corrido á través del ureter, cos-

tando gran trabajo poderle hacer retroceder y extraerlo (como así se hizo) por el riñón.

¿Puede pues el médico en presencia de un litisiaco renal, plenamente comprobado, no aconsejarle la intervención quirúrgica y exponerlo, abandonándolo en el grave peligro de la anuria calculosa? Yo me atrevo á prejulgar que el que procede de esta manera, es porque ignora el peligro que expone á su cliente.

La mortalidad de la anuria calculosa operatoria, según *Leguen* es de 22 por 100.

En resumen, la operación está indicada, lo más pronto posible.

En cuanto al sistema operatorio, varía, pues hay quien era partidario de practicar la uretostomía, cuando el cálculo se encontraba cerca de la vejiga; la pielotomía no es preferible á la nefrostomía, así que la nefrostomía es la operación de elección, que Simón practicó por primera vez.

DR. J. MAS DE XAXÁS

Figueras 1911.

EL MANICOMIO MODERNO

(Continuación)

Al visitar por primera vez el asilo de la «Maison-Blanche», de París, el Iltre. Keraval me llamó la atención respecto á la distribución del establecimiento, en el cual pueden estudiarse á la vez las ventajas y los inconvenientes de los dos últimos sistemas citados, sobre los que me instruyó sobre el terreno aquel célebre y conocido alienista. En la parte derecha de la «Maison-Blanche—planta discontinua—se observan los pabellones, exactamente iguales, situados paralelamente entre sí y unidos por galerías abiertas. En la parte izquierda—planta diseminada—cada pabellón es diferente en cuanto á arquitectura, distribución interior, número de pisos y capacidad; están distanciados los unos de los otros, rodeados de espléndidos jardines y gozando de la independencia más completa.

Bajo el punto de vista económico no hay duda que los grandes edificios de varios pisos que alojan muchos enfermos resultan los más ventajosos. Pero reúnen todos los inconvenientes que al sistema claustral he señalado. Con grupos más pequeños de enfermos, como así lo exige la planta diseminada, resulta más factible la clasificación de los mismos según su estado mental y su posición social, al mismo tiempo que desaparecen ó aminoran los inconvenientes ya mentados.

Es aconsejable la construcción de pabellones comprendiendo solo planta baja y un piso.

El número de pabellones no puede fijarse en términos generales; deben ser tantos cuantos convengan para una mejor clasificación de los asilados, teniendo en cuenta que esta división debe fundarse en las tres condiciones de sexo, categoría social y clase de enfermedad, y dentro de ese último criterio caben subdivisiones según el periodo, la forma y la naturaleza de la vesanía.

En suma, considero como preferible la planta diseminada, con multiplicación de pequeños pabellones, diferentes entre sí, repartidos sin guardar simetría en dos secciones que garanticen la separación completa de sexos. Entre las dos secciones pueden colocarse los edificios destinados á los servicios generales, muy en particular la dirección y administración, la sala de fiestas, la capilla y la cocina, que es conveniente sean los más céntricos.

B—DEPARTAMENTOS.—El manicomio está compuesto de una porción de departamentos ó dependencias, tales son: departamentos para los enfermos, para el personal técnico, administrativo, religioso, doméstico; el templo, la cocina, el horno, almacenes, talleres, granja, jardines, enfermería, y depósito de cadáveres.

a). — *Departamentos para los enfermos.*— Los departamentos ó pabellones para los enfermos comprenden las dependencias diurnas y nocturnas, que á su vez pueden ser colectivas y unipersonales.

Entre las *dependencias diurnas*, hay que hacer mención de los comedores, recreos, estancias, galerías, etc.

Todas estas dependencias para los enfermos hay que procurar que estén bien arregladas, sin faltar nada de todo aquello que pueda proporcionar comodidad y hacer más llevadera, y hasta agradable, la estancia del alienado en el establecimiento. Hay que amenizar en lo posible sus pabellones, preferentemente los destinados á pensionistas, y reemplazar los patios por espaciosos jardines.

Las *salas de reunión y de recreo* es indispensable que sean espacio-

sas y. por demás conveniente, que haya varias, bien arregladas, decoradas con gusto, ostentando cuadros en las paredes, macetas de flores en las ventanas y aún, si se quiere, algunas jaulas con pajarillos, como así lo he visto, entre otros asilós, en la «maison de santé de Ville-Evrard». Las paredes, de colores claros y alegres, deben barnizarse ó, mejor, pintarse al óleo hasta la altura de 2 metros.

Los *comedores* en la mayor parte de los manicomios están situados junto á las salas de reunión y de este modo pueden utilizarse si es conveniente, para salas de música ó de lectura en horas distintas de las destinadas á la comida. Los muebles acostumbran á ser de madera fuerte; las mesas pequeñas sólo para cuatro personas, dos á cada lado son las más recomendables. En la distribución general, como en la manera de poner la mesa con sus manteles, servilletas y servicio completo para cada enfermo, esos comedores se asemejan á los salones ordinarios de los restaurants.

Los *dormitorios* se requieren espaciosos; por regla general se señala un término medio de 25 metros cuadrados por cama; bien ventilados (ventilación artificial), con la cubicación necesaria al número de camas que deban contener. Como modelo de dormitorio no puedo menos de citar los de la sección Bonucci del Asilo-clínico de Reggio-Emilia. Las dimensiones son las siguientes: 13 metros 20 centímetros de longitud, 7 m. 15 cm. de ancho y 4 m. 60 cm. de altura con una capacidad de 434 metros cúbicos. ascendiendo sólo á 10 el número de camas. Dos dormitorios análogos están en comunicación por medio de un pequeño corredor, y están separados uno de otro por dos aposentos situados a ambos lados del corredor, uno de ellos destinado á la enfermera que cuida de la vigilancia nocturna y el otro sirve de cuarto lavabo. Las ventanas son altas y grandes para permitir abundante aereación, y mucha luz durante el día. Los muros están revestidos de estuco hasta la altura de 2 m. 20 cm.

El *mobiliario de los dormitorios*, consiste, desde luego, en las camas, cuyo número varia en los dormitorios colectivos, si bien la tendencia moderna es de que sea reducido. En Reggio-Emilia ya hemos visto que acostumbra á haber 10 en cada dormitorio, en Bassilea el número máximo es también de 10; en Alt-Scherbitz es de 15; en Daltdorf los dormitorios más grandes contienen 18 camas. En Francia como en España acostumbran á ser mayores y por lo tanto es también más considerable el número de camas. Entre los otros enseres que figuran en los dormitorios de los asilos bien montados hay: mesas de

noche, mesas especiales para la cama, canapés, perchas móviles, paravanes, sillas-retrete con cierre hermetico, etc.

En casi todos los asilos del Sena observé que en uno de los extremos del dormitorio, y separado del resto por pequeños paravanes, hay los lavabos y un water-closed, que dispara automáticamente la carga de agua en cuanto el enfermo abandona el aparato, disposición muy curiosa y aconsejable.

Las camas en general son de hierro con somier y uno ó dos colchones, á veces con jergon y colchón. En la cabecera y en los piés de la cama, que deben tener los ángulos corvados, en ocasiones se colocan planchas de madera, de xilolito, ó esterillas destinadas á impedir el enfriamiento de las extremidades. El tercio superior del somier, que corresponde á la cabeza, es móvil y puede levantarse más ó menos, formando de este modo un respaldo de inclinación variable, de suerte que en caso necesario permite al paciente permanecer medio sentado en la cama sin fatiga y sin compresión de los órganos del cuello y del pecho. Esta ingeniosa disposición que tuve la oportunidad de verla en Giessen, se ha adoptado también en Halle, Dalldorf, Leipzig y muchos otros asilos del extranjero; merece ser imitada, porque facilita en extremo la clinoterapia, ya que el paciente puede cambiar de postura sin fatiga.

Los agitados, los turbulentos y los convulsivos necesitan camas protegidas, revestidas exteriormente de madera y acolchadas de la cabecera y de los piés; tienen, además, barandas laterales de madera, también acolchadas, que pueden bajarse á beneficio de charnelas. En muchos asilos también hay camas especiales para los súcios (clínicas), en cambio en otros, como en «Maison-Blanche», de París, se han suprimido completamente; en efecto, en ese asilo, como así me lo hicieron notar Trénel y Lwoff en sus respectivos servicios, los enfermos descansan sobre lienzos plegados en varios dobleces colocados encima de hules ú otras telas impermeables; á horas fijas se les cambia. En otros varios asilos los súcios tienen camas en forma de caja como lo he visto, entre otros, en el de Clermont de l' Oise y en la sección de idiotas de la colonia de Fitz-James. Los enfermos descansan sobre el varech recubierto por una sábana. También se emplea el serrín de madera, la turba, virutas muy finas, etc.

La paja, que Foville consideraba como el mejor de todos los medios empleados, actualmente ha caído en desuso; se la considera muy inferior al varech, es más dura, huele mal, conserva menos el calor, le-

vanta polvillo y determina escoriaciones con linfangitis consecutivas (Forel). En Bois de Cery (cerca de Lausanne) se utiliza el varech recubierto de una tela impermeable y de una pieza de moletón, por considerar preferible esta sustancia á las demás.

Las mesas de noche en ciertos asilos son metálicas, en otros de madera y en los más brillan por su ausencia en los departamento de indigentes.

Otros de los muebles que figuran en algunos dormitorios son los taburetes ó sillas-retrete de cierre hermético, en mi sentir desaconsejables por no ser tan limpios como á primera vista puede parecer; no hay nada tan limpio, inodoro y cómodo como el water en la forma que lo ví en Maison Blanche y otros asilos del departamento del Sena y que anteriormente he descrito.

Indiquemos también que en los dormitorios hay paravanes para permitir el aislamiento óptico de algunos enfermos, de otros que tienen de sufrir especiales reconocimientos (órganos sexuales) ó para sustraer á los moribundos de la vista de los demás.

Para los enfermos que necesitan permanecer en cama todo el día, Hitzig en la clínica psiquiátrica de Halle hizo construir una *mesa especial* con el objeto de que el enfermo pudiera comer ó leer cómodamente. Esta mesa viene á tener la forma de una U echada (\supset). La parte horizontal inferior (pié de la mesa) se coloca debajo de la cama y la parte horizontal superior se encuentra situada por encima del plano de la cama, pudiendo ser colocados los platos sin temor de manchar las ropas de la misma. Estas mesitas individuales son muy útiles en las salas de clinoterapia.

Junto á los dormitorios colectivos, debe haber otros unipersonales para aquellos agitados y turbulentos que por la noche impedirían el descanso á los demás.

Los *techos* de todas las habitaciones conviene que sean lisos ó abovedados, las *paredes* también lisas pintadas de colores claros y alegres, y aun mejor estucadas, por lo menos las de las enfermerías, las habitaciones de los desaseados y las de los departamentos en que se practique la clinoterapia. En los demás departamentos pueden sencillamente barnizarse ó pintarse al óleo hasta la altura de dos metros.

Los *suelos* deben ser lisos é impermeables y susceptibles de ser lavados con sustancias antiséptisecas. En la mayor parte de los asilos extranjeros el suelo es entarimado de madera y encerado; en Alt-Scherbitz las tabletas del parquet están aplicadas sobre betún hirvien

do que penetra entre las ranuras de unión y una vez frío y solidificado determina la perfecta adherencia de las planchas entre sí, quedando el suelo como de una sola pieza. El parquet sobre el que se pasa aceite y luego trementina es también impermeable. El linoleum es muy empleado; la limpieza resulta más fácil que con el parquet, por lo que resulta preferible bajo el punto de vista higiénico; con jabón negro y ácido fénico la limpieza es perfecta. — En Giessen, en Galk-hausen, en Nietleben el suelo de los lavabos está revestido de linoleum que descansa sobre el entarimado usual. — También se ha empleado el xilotito ó estucolito, pero el empleo de este material solo está indicado en los locales que no están expuestos ni á manchas frecuentes por las deyecciones ni á erosiones mecánicas debidas al desplazamiento de las camas; además, pierde pronto la lisura y el buen aspecto primitivos y conserva bastante los olores. Aquí en España se emplea mucho el asfalto y el cemento porlant en las enfermerías, las salas de clínicas y los lugares escusados, y el embaldosado y el mosaico en las demás habitaciones. Este último material es utilizado en Hertzberge en todo el pabellón destinado á los sucios.

En todos los departamentos destinados á los enfermos no deben figurar ni las barras de hierro ni las rejas; porque ejercen pésimo efecto así en el ánimo de los albergados como del público; producen la impresión de una cárcel y no de una casa de curación. Vamos á ver, por lo tanto, cual debe ser la disposición de las ventanas y de las puertas.

En todos los manicomios modernos, para borrar el aspecto carcelario del antiguo asilo, se construyen *ventanas* que no se distinguen de las ordinarias sinó por el modo de cerrarse. En muchos hay la ventana común y corriente cerrada por medio de llave especial. Pero no deja de tener sus inconvenientes. En varios otros se emplea la ventana de seguridad de Hitzig muy extendida por cierto en Alemania. Aquel célebre alienista, distinguido en todos conceptos, ha tratado de hacer materialmente imposibles ciertos accidentes desde luego posibles en momentos de descuido involuntario del personal de vigilancia. Con el empleo de la ventana especial de Hitzig es imposible ninguna evasión. — Esta ventana está dividida horizontalmente en dos partes, de las cuales la inferior tiene los dos tercios de la altura total de la ventana. Esta parte, que es la más importante, se halla dividida á su vez en tres segmentos verticales. El segmento medio, más ancho que los otros dos, es inmóvil; los dos segmentos laterales, al contrario,

son móviles alrededor de un eje vertical; de esta manera pueden ser abiertos á voluntad por los enfermos sin que la abertura resultante sea suficiente para permitir el paso del cuerpo de una persona. — La parte superior de la ventana, también está dividida en tres segmentos: el segmento medio, más ancho, móvil alrededor de un eje horizontal, puede abrirse basculando hacia el interior de la habitación. Es una especie de «vasistas», que puede ser cerrado bajo llave si conviene.

En los cuartos de aislamiento, las ventanas están sólidamente construidas; de dimensiones ordinarias, como las demás, y sin rejas, á las que deben sustituir en garantía de la seguridad. Deben estar constituidas por un chasis ó armazón de hierro forjado dividido en varios cuadrados pequeños que contienen cristales irrompibles de 15 ó 20 milímetros de espesor. El tercio superior de la ventana es móvil y sirve para asegurar la ventilación.

Las *puertas* han de ser de madera, sólidas, sin particularidad notable á no ser las de las celdas de aislamiento que á la condición indicada deben reunir la circunstancia de abrirse hacia el exterior y estar provistas de más de una cerradura. En algunas celdas pudiera ser útil doble puerta de cierre fácil, automático. Generalmente estas puertas están provistas de «judas», pequeña abertura á modo de ventanilla para observar el interior de la celda. Sin embargo, algunos alienistas desaconsejan este medio de vigilancia, precisamente por facilitar el descuido de la misma por parte del personal.

En fin, es de suma conveniencia que el ojo de las escaleras esté cerrado por telas metálicas para evitar tentativas de suicidio.

b).—*Departamentos para los servicios generales.* — Comprenden la cocina, el horno, vestuario, almacenes, cavas, Templo, dependencias varias, jardines, depósito de cadáveres.

Cocina.—Para que una cocina satisfaga el triple objeto de economía, salubridad y facilidad del servicio, que es lo que se requiere en estos establecimientos, hay que tener en cuenta las principales condiciones siguientes: emplazamiento céntrico, como los demás servicios generales, aislada por completo de otras construcciones no solo laterales si que también por la parte superior, á fin de dejar libre salida á los humos, gases y vapores; los servicios anexos deben ser completos, tales como sala de preparación y reparto de alimentos, sala de lavado, cavas, almacenes, comedor para la gente de cocina, etc. Por lo tanto, lo mejor es que el edificio destinado á cocina esté aislado y conste solo de planta baja y sótanos. Estos se utilizan para despensa

cavas, almacenes y sala de lavado, y en la planta figuran: la sala de cocina, espaciosa, reluciente y bien ventilada, dos salas de preparación y reparto de alimentos, comedor para el personal de cocina y, en algunos establecimientos, hay además en este edificio las habitaciones del jefe de cocina.

Los procedimientos para la cocción de los alimentos son en número de dos: hornillos de aire caliente (lo que en lenguaje usual se llama cocina económica) y las marmitas de vapor. Muchos son los tipos perfeccionados que hoy día se conocen; como más conocidos citaré los sistemas Egrot, Lehman, Carron.

De los dos procedimientos de cocción indicados — cocción para el aire caliente ó por el vapor de agua — el primero resulta más económico en el momento de la instalación, pero es bien seguro que la economía de combustible de los aparatos de vapor de agua no tarda en amortizar la diferencia; además, deben también tenerse en cuenta la salubridad y la mayor comodidad del último procedimiento, que por regla general es el que con más preferencia se emplea. — En algunos asilos se combinan los dos procedimientos.

La comida para los asilados que ocupan los diversos pabellones del manicomio se prepara en la cocina general y se coloca en vasijas adecuadas que por medio de un carrito ó de una vagoneta se transporta y distribuye á cada uno de los departamentos. De esta forma la comida llega á su destino caliente y en buenas condiciones. — Apesar de eso, bueno es que cada pabellón tenga su cocinilla para determinadas preparaciones individuales ó hasta para confeccionar alguna preparación culinaria que convenga al régimen especial del grupo correspondiente de enfermos.

DR. J. MÁS CASAMADA

(Continuará)

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA (*)

La Asociación española de Cirugía, encargada de la organización de su IV Congreso, que ha de celebrarse en Madrid en la segunda quincena del mes de Octubre de 1912, cuenta para la realización de su propósito con la adhesión de los médicos españoles, con vocación quirúrgica.

La cultura de usted, estimado comprofesor, responderá seguramente á nuestro requerimiento, aceptando de buen grado, la adjunta cédula de inscripción, como Miembro de la Asociación.

Sabido es en nuestro país, según acreditan los tres últimos Congresos, que los trabajos de muchos, exteriorizados de Cirujanos y especialistas, fundamentan la publicación de un Libro de Actas que refleja con elocuencia suma la actividad quirúrgica española, y además, certifica el derecho, por nosotros adquirido, de tomar parte con más ó menos caudal en la corriente progresiva, humanitaria y científica de la cirugía universal, pudiendo afirmar que si en el extranjero nos aventajan con el número de sus hechos y la riqueza de sus Clínicas y Laboratorios, en cambio no somos inferiores en el conocimiento y realización de las nociones indispensables de bondad y belleza, del ideal ético y del ideal estético que deben informar en sus distintos campos de acción á los prácticos de la Cirugía.

¿Quién duda de las ventajas de los Congresos científicos? Nadie; si acaso los pesimistas sistemáticos. Al reunirnos, constituímos escuela, donde escuchándonos unos á otros y estableciendo fraternal contacto, aprendemos ciencia y arte, sentimos estimación y cariño recíprocos. y nos iniciamos en la Terapéutica, salvadora de nuestro individualismo suicida, que como enfermedad nacional, á todos nos ataca por modo epidémico con detrimento de nuestros deberes patrióticos. — Por la Junta Directiva de la Asociación española de Cirugía, EL PRESIDENTE, *Francisco de Cortejarena* EL SECRETARIO GENERAL, *Enrique de Isla*.

ESTATUTOS

- 1.º Se funda en España una Sociedad científica titulada «Asociación de Cirugía».
- 2.º Podrán pertenecer á la Sociedad todos los médicos, mediante su ins-

(*) Estimamos conveniente reproducir en las páginas de este BOLETÍN la circular que nos envió la J. de la A. E. de C. al objeto de estimular el ingreso de los médicos de esta provincia á tan útil Asociación.

cripción en el domicilio social de la misma y pago de una cuota de 25 pesetas bi-anual. La Junta directiva se reserva el derecho de conceder el ingreso en la Asociación á las demás personas que no poseyendo el título profesional necesario, deseen pertenecer á ella.

3.º El domicilio social de esta Asociación estará en Madrid, las solicitudes se dirigirán al Secretario general de la Asociación.

4.º Los fines de la «Asociación Española de Cirugía» serán los siguientes:

PRIMERO: Contribuir al adelanto de las ciencias y profesiones quirúrgicas por cuantos medios estén á su alcance.

SEGUNDO: Mantener relaciones científicas con todas las sociedades análogas del extranjero.

TERCERO: La organización de Congresos de Cirugía que se verificarán con sujeción á su Reglamento especial

5.º La Junta directiva de la Asociación se compondrá de un Presidente, seis Vocales, un Tesorero, un Secretario general y tres Secretarios adjuntos. Estos cargos serán perpetuos y constituirán el Comité permanente organizador de los Congresos.

BOLETIN BIBLIOGRÁFICO

Perez

Rogelio

El malestar de la clase médica.—Exámen de conjunto del problema profesional.—Soluciones adoptadas por las Asociaciones extranjeras más florecientes, y organización sanitaria en los países respectivos.—Burgos s. a. (1911).—Imp. S. Rodriguez.—196 pág. 9'5 × 15.

Sociedad Española de Higiene

Instrucciones contra el cólera.—Madrid 1911.—Imp. Sucesore de J. A. García.—22 pág. 8 × 11.

Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Sesión inaugural 28 enero 1912.—Zaragoza 1912.—Impren. Andrés y C.^a—XXXVI—30 pág. 10 × 17.

Lozano Monzón

Ricardo

Tratamiento quirúrgico de la Pancreatitis aguda.—Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.—Enero 1912.—30 pág.