



BOLETIN MENSUAL

CIRUGIA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR:

Estudio de los procedimientos directos (*)

Los que terminados los estudios del período de licenciatura nos vemos obligados por las circunstancias a alejarnos de los centros docentes y de las grandes ciudades donde abundan los Hospitales, Laboratorios y Bibliotecas en los que podríamos perfeccionar nuestros modestos conocimientos sobre algunos puntos interesantes de la ciencia médica llevados por aquel amor a la parte eminentemente científica de la misma respirado en las aulas, y los que apenas hemos podido recoger la suficiente experiencia profesional, al encontrarnos en el caso de escribir la memoria doctoral. dudamos en la elección del tema; y cuando, arrollados por las dudas y vacilaciones, comprendemos la poca autoridad con que podemos revestir nuestros trabajos, acudimos a la benevolencia de los que han de juzgarlos, a la que confío yo el mio en méritos de aquellos razonamientos.

En la imposibilidad de tratar en él de algo puramente personal, fruto de experiencias y observaciones propias, escribo sobre una preocupación de los cirujanos de hoy, que llevados de la influencia de sus éxitos en materia de tuberculosis locales, han propuesto tratar la tuberculosis pulmonar como una tuberculosis local cualquiera, tesis nacida en mi al azar,

(*) La publicación de la presente memoria que presentó el Sr. Danés en el acto de graduarse de Doctor, interesante estudio sobre Cirugía pulmonar, es motivo de satisfacción para nosotros, ya que las páginas de este BOLETIN guardarán una prueba mas del amor que para el estudio tienen buen número de médicos de esta provincia. — N. DE LA R.

despues de haber intervenido un caso que pretendo tan solo incluir a medias dentro de tan importantísimo capítulo de la cirugía moderna.

Esta cirugía tiene ya su historia: en un principio se pensó en intervenir indirectamente por medio de inyecciones de sustancias cuya misión era provocar la producción de tejido fibroso, inyecciones esclerógenas que debían cerrar hermeticamente las cavernas tuberculosas dentro de estos tejidos neoformados; mas tarde, por analogía, se acudió a las intervenciones directas, abriendo y drenando las cavernas tuberculosas, y hasta resecaando trozos de pulmón; mas tarde aun, los pocos éxitos obtenidos por estas intervenciones, han iniciado otros procedimientos indirectos ideados por Freund, Friederich y Forlanini, procedimientos que apenas si se hallan en pleno periodo de estudio y observación. Cuando la estadística apenas ha tenido tiempo de demostrar los fracasos de los métodos directos, hánse lanzado los cirujanos a probar estos últimos procedimientos indirectos, sin tener en cuenta que con ello no se persigue tan esencialmente el resultado curativo, como el paliativo, que la medicina interna obtiene tambien casi siempre con mas relativa facilidad, y sin tener tampoco en cuenta que ciertos perfeccionamientos de clínica y ciertas mejoras de técnica pueden permitir más adelante volver sobre el problema de la cura radical quirúrgica de la tuberculosis de los pulmones.

Precisamente éste será el argumento de esta tesis: insistir en lo que hace referencia a la cirugía directa de la tuberculosis pulmonar, creyendo que algunas mejoras de que es susceptible puedan hacerla práctica el día de mañana, lo que he procurado desarrollar, con cuatro palabras de generalidades acompañadas del caso que me ha llevado a su estudio, con las consideraciones que actualmente pueden hacerse a cuanto atañe a la pneumectomía y a la pneumotomía, y con su estudio comparativo en relación a los procedimientos que hoy se recomiendan y se prueban.

De esto pueden deduirse facilmente las dificultades del tema, que si por una parte tiene el interés de tratar una cuestión de palpitante actualidad, por otra, como dice Souligoux «no puede ser más que una sencilla exposición histórica», casi sin conclusiones; mucho mas cuando se reduce tan solo a los procedimientos directos, abandonados casi por completo para dejar campo a las pruebas de los indirectos.

Y de aqui nacieron mis dudas en la elección de tema; no obstante, si no el mérito de un erudito coleccionador de los datos que le han aportado libros y periódicos, salpicando de unos y otros el criterio reinante, si no el de una experiencia consumada en este punto particular, si no el de ocuparse de una cuestión de palpitante actualidad, reunirá, cuando menos,

una parte de todas estas condiciones, y éste ya será el único mérito, quizás, de esta Memoria, que tengo el honor de someter a vuestro fallo.

La cirugía de los pulmones está aun en su periodo de estudio, y a pesar de los esfuerzos de algunos cirujanos entusiastas, le será difícil, por ahora, inaugurar su periodo de institución.

Bien es verdad que en medio siglo ha salvado la cirugía una inmensidad de obstáculo, y con la anestesia, la hemostasia y la asepsia y antisepsia ha llegado casi a la meta de su progreso y perfeccionamiento, donde no es extraño oír a Lefort recordando aun cuando burlaba la candidez de algun principiante contando casos de operaciones extraordinarias, que luego han sido intervenciones casi corrientes en todos los grandes Hospitales. Pero de la gastroenterostomía a la ablación de los dos vértices pulmonares de un enfermo tuberculoso, que en una sesión sola practicó Block en 1883, queda bastante distancia para salvar, e indudablemente hay que seguir atravesando un periodo de pruebas, cuyos mejores éxitos no son aun hoy nada halagüeños en las últimas estadísticas, que reúnen ya no obstante un bien número de casos.

Tal vez ha influido en el ánimo de los intervencionistas un algo de mal entendido espíritu de innovaciones y primacías que puedan imputarles sus detractores; pero indudablemente los frecuentes fracasos de la terapéutica del médico internista en los tuberculosos, han decidido a tan peligrosas tentativas; también de poco han servido los sueros, en materia de tuberculosis, como reconoce Renon en un artículo publicado hace muy poco tiempo, y esto ha dado sin duda a los entusiastas el necesario valor para permitir en la idea de cuidar un pulmon tuberculoso como una artritis tuberculosa o una tuberculosis local cualquiera. Mucho habrá influido, indudablemente, el movimiento universal ante los estragos de una enfermedad que constituye una verdadera calamidad social de primer orden; en todas partes, en Congresos y conferencias y publicaciones varias, constituye ya una preocupación de muchos el problema de la tuberculosis, y en España han sido patentes muestras de éllo los dos Congresos que en poco tiempo se llevan celebrados, y el tercero, que se prepara, y cuyo programa conocemos ya (1).

Pero hay que advertir que la cura quirúrgica de la tuberculosis de los pulmones, no es asunto tan reciente, que, sin ser añejo, deje de llevar

(1) Se refiere al Congreso de San Sebastián celebrado el corriente año, posteriormente a la presentación de esta Memoria.

ocho lustros de experiencia: Mosler en 1872 ensayaba las inyecciones intrapulmonares eulerógenas; al año siguiente las ensayó Kock, y el mismo Mosler las puso también en práctica probando como substancias a inyectar el ácido fénico y el ácido salicílico; también fué Mosler el que, en este año de 1873, practicó la primera pneumotomía; en 1874, Pepper, publicó dos memorias relativas a las inyecciones intracavernosas de unas gotas de solución iodo-iodurada al 5:100, que con la intención de favorecer la formación de tejido fibroso, había probado; Truc y Lépine emplearon las inyecciones intrapulmonares de alcohol creosotado; Block y Ruggi, los primeros, en 1883, practicaron en el hombre entermo, la ablación de los vértices pulmonares; Block resecó ambos vértices, en una sesión sola en un enfermo que murió rápidamente; Ruggi, extirpó parcialmente el vértice derecho de un enfermo con artritis tuberculosa, tuberculosis intestinal y una voluminosa caverna en el pulmón derecho, y que sobrevivió nueve días a la pneumectomía; operó a un segundo enfermo, tuberculoso con graves hemoptisis, resecándole también el vértice derecho, y viéndose obligado a abandonar la intervención por las adherencias pleuropulmonares, y sucumbiendo el enfermo poco después; Singleton Smith, en 1887, proponía las inyecciones intrapulmonares de iodoformo; Poirier y Jonnesco, en una comunicación aportada al Segundo Congreso de la Tuberculosis, de París, describan la técnica del tratamiento quirúrgico de las cavernas pulmonares por medio de la pneumotomía, y las conclusiones referentes a 20 casos que habían podido reunir; Tuffier en 1891 curó en un mes un pneumectomizado del vértice derecho, que vivió siete años; Lawson en 1893 extirpó otro vértice pulmonar derecho en un enfermo que curó del hemopiotórax circunscrito consecutivo; en 1895, Fernet preconizaba y ensayó las inyecciones intrapulmonares, pero no en el período cavitario de la tuberculosis pulmonar, sino en el período incipiente, y empleando preferentemente el naftol, que también había empleado Desesquelle en un caso suyo; Doyen y Vallas, en 1895 y 1900, respectivamente, han publicado sus casos de pneumectomía por tuberculosis pulmonares, intervenciones practicadas por ambos accidentalmente, a raíz de unas caries costales que operaban, y que comunicaban con las tuberculosis del pulmón, advirtiéndole que en el caso de Doyen se trataba de un niño de diez años de edad, y que seguía completamente curado dos años después de la operación; Stretton en 1906 publicó otra observación de pneumectomía, cuya enferma a pesar de los accidentes post-operatorios, hemotórax, hemoptisis y piotórax, seguía aun completamente curada seis años después de haberse resecado el vértice pulmonar derecho; Babcock, en

1908, ha publicado un caso que intervino él, y en el que extirpó 770 gramos de lóbulo inferior del pulmón derecho, completamente caseificados; Truc. Mayo. Besset Hagen y Landerer han practicado pneumotomias con relativos éxitos; el caso de Quinke vivió dos años; el pneumotizado de Kurz, tres; y el de Sonnenburg se conservaba completamente curado cinco años despues de practicada la pneumotomia. Todas estas intervenciones no han hecho más que preparar el advenimiento de los modernos procedimientos, de Friederich, que tiende a dejar el pulmón en reposo absoluto, de Freund, que al contrario trata de facilitar la ventilación del vértice pulmonar tuberculoso, y de Forlanini, que vuelve al reposo del pulmón por medio del pneumotórax artificial, los cuales, especialmente el último, puede decirse que se hallan en pleno período de estudio y ensayo, como tendremos ocasión de repetir.

Esta detallada nota histórica, da una sucinta idea de lo que se lleva hecho ya en esta materia; pero se lleva hecho mucho más, porque en 1902 Willard contaba en 73 las operaciones practicadas en este sentido, en el tiempo transcurrido entre 1884 y el 1901; y desde el 1901 hasta esta fecha, se podrían añadir muchas más, sobre todo si incluimos, naturalmente, en esta estadística, los numerosos casos en que se han puesto ya en práctica las inyecciones intrapleurales gaseosas de Forlanini.

En España son aun muy pobres las casuísticas de operaciones de esta clase. Que yo sepa, no se ha hecho ninguna operación por pneumectomia en tuberculosis pulmonares, y las pneumotomias y pneumectomias que yo conozco, han sido todas por gangrenas pulmonares, y otras enfermedades, no tuberculosas, entre las que cabe contar un caso muy reciente del Dr. Raventós, de Barcelona, pneumectomia practicada por sarcoma de la pared torácica propagada al tejido pulmonar subyacente; en cambio estas cirugías del atrevimiento no han dejado de tener partidarios y entusiastas; sé que años atrás se intervino una herida del corazón en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona. conozco una conferencia del Dr. Recasens sobre esta cirugia, y cuando estudiante intervino mi malogrado catedrático el Dr. Rusca un caso típico de la verdadera operación de Freund en un enfermo de enfisema pulmonar, etc., etc. La cirugia pulmonar contemporánea, como a menos peligrosa, se ha tanteado ya, y entre otros, conozco un caso en que hizo una inyección de Forlanini el Dr. Lozano, de Zaragoz, y otros de otras inyecciones de los doctores de Riba, Raventós, etc., etc.

Indudablemente habrá mucho más, que lamento desconocer, y de entre ellos algunos habrán sido operados mas o menos casualmente, como

el caso mio a que he hecho referencia, y que antes de entrar de lleno en materia quiero describir, y que fué como sigue:

Trátase de una jóven de 21 años de edad, soltera, vecina de Olot (provincia de Gerona) y natural de un pueblo cercano, y con algun antecedente familiar, puesto que una hermana suya habia fallecido de tuberculosis. Llevaba un año de enferma: comenzó con una grippe, a la cual siguieron anorexia, amenorreas, escalofríos por las tardes, insomníos y sudores fríos por las noches, y tós; llegado el verano desapareció todo, menos la tós, que se hizo muy corta y seca y sin expectoración; poco después reapareció la falta de apetito, palideció mucho y se enflaqueció más, y en poco tiempo sin grandes molestias y con muy pocos dolores, vió crecer, un poco por debajo de la clavícula del lado derecho, una tumoración, que a las seis semanas era del tamaño de una naranja. Explorada la enferma y reconocido el tumor, convencido por una parte de que estaba frente a una tuberculosa, dejé con un interrogante el diagnóstico de la tumoración, (unilobulada, dura, semifluctuante, muy poco desplazable, sin infartos ganglionares e independiente de la mama), sin dejar de recomendarle la inmediata intervención quirúrgica, para dejar mas libertad al consecutivo tratamiento interno intensivo y cuidadoso de las lesiones pulmonares, que a juzgar por el exámen físico permitían la operación y probablemente cederían a una terapéutica médica oportuna.

Y así fué como la operé a los dos o tres dias, en 2 de Diciembre de 1910, y la operación me sacó de dudas: tratábase de una cavidad supurada, pero que no tenía, ni mucho menos, el carácter de esas cavidades tuberculógenas, cuyo aspecto informe y caseificado salta a la vista, sino el de una serosa engruesada, conteniendo en su interior un pus claramente tuberculoso; el problema consistía en descubrir la causa de aquel absceso frío, que, precipitadamente, atribuí de momento a una cáries costal; ello me obligó a seguir la intervención, y facilmente pude darme cuenta de que no existía la antedicha cáries costal, y en cambio el trayecto fistuloso de comunicación con el absceso, penetraba por detrás de las costillas, quizás hasta la pleura; resequé un pequeño fragmento de costilla.

DR. JOAQUIN DANES Y TORRAS

(Continuará)

OPOSICIONES

a la plaza de Médico - Director del Manicomio de Salt (Gerona)

A continuación publicamos la *Convocatoria, Reglamenta y Cuestionario* que han de regir para las oposiciones a la plaza de Médico Director del Manicomio provincial de Salt.

CONVOCATORIA

Esta Diputación en sesión de 14 Octubre finido, adoptó los acuerdos siguientes:

1.º Que el servicio Médico del Manicomio se preste por un Médico Director residente, con el haber de 3.500 pesetas anuales y habitación, y otro Médico auxiliar dotado con 500 pesetas de haber y 500 de gratificación, teniendo en cuenta las condiciones especiales en que había de presentarse el servicio.

2.º Que el Médico Director sea nombrado previa oposición ante un Tribunal formado por el Presidente de la Diputación, que lo será del Tribunal doctor Don Agustín Riera; por el especialista, Don Arturo Galcerán; por el Director del Manicomio de Lloret de Mar, Don José de Calasanz Cunill; Don José Pascual y Prats, Decano del Cuerpo Médico provincial y Don José M.ª Mascaró y Castañer, que actuará de Secretario celebrándose las oposiciones el día que determine la Presidencia y con sujeción al programa y ejercicios que libremente acuerda el Tribunal que formulará propuesta unipersonal.

3.º Que el Médico auxiliar será nombrado por la Diputación en concurso libre, a propuesta de la Comisión respectiva, que oirá al Médico Director.

En méritos de lo transcrito y en uso de las facultades que confiere a esta Presidencia las disposición 2.ª del preinserto acuerdo y de conformidad a lo determinado por el Tribunal designado por la Diputación para dirigir y juzgar los ejercicios, he resuelto convocar a oposiciones para la provisión de la plaza de Médico Director del Manicomio provincial de Salt, con el haber, derechos y obligaciones determinadas por la Diputación en pleno y con sujeción al Reglamento que se inserta a continuación de esta convocatoria.

Los que pretendan optar a la expresada plaza deberán presentar o

dirigir sus solicitudes a la Diputación por conducto de la Secretaría de la misma hasta las doce de la mañana del día 31 de Diciembre próximo, pues transcurrida dicha hora se perderá todo derecho a tomar parte en los ejercicios a menos que las instancias lleguen por correo en pliego certificado en cuyo caso serán admitidos si de los correspondientes pliegos resulta fueron depositados en las respectivas oficinas de correos con anterioridad a la hora que antes queda expresada, debiendo unir a las respectivas instancias los documentos siguientes:

1.º Título original, o copia autorizada que acredite ser Doctor ó Licenciado en medicina y cirugía o bien tener aprobada la licenciatura y hecho el correspondiente depósito.

2.º Fé de pila que acredite ser español o bien certificado de estar naturalizado.

3.º Certificación acreditativa de haber llenado sus deberes de quintas.

4.º Certificación de antecedentes penales.

5.º Todos cuantos justificantes pudieren convenirles acreditativos de sus méritos y servicios adquiridos y prestados.

Con extricta sujeción a lo resuelto por el expresado Tribunal en sesión de 10 de este mes, los ejercicios comenzarán á las 10 de la mañana del día 27 de Enero del año próximo, en cuyo día y hora los que hayan solicitado tomar parte en las mismas, deberán personarse en la Administración de los Establecimientos de Beneficencia para proceder al sorteo que determina el orden en que hayan de actuar, debiendo advertirse que los que no se presentasen el día y hora que queda determinado, se entenderá renuncian a tomar parte en las expresadas oposiciones perdiendo todo derecho para optar a las mismas aún cuando se presenten después del sorteo y antes del comienzo de los ejercicios.

Lo que se publica en este periódico oficial para conocimiento de todos y a los efectos en derecho procedentes.

Gerona 12 Noviembre de 1912. — *El Presidente*, AGUSTÍN RIERA.

REGLAMENTO

Constituído el Tribunal a las 10 de la mañana, éste procederá al sorteo entre los presentes en aquel acto para determinar el orden en que deben practicar los ejercicios que serán cuatro.

1.º Redactar una memoria sobre uno de los temas del cuestionario, determinado por la suerte de entre los diversos que elija el Tribunal para este acto.

Para este ejercicio que será común a todos los opositores, por ser igual el tema para todos, dispondrán de doce horas continuas y sucesivas y podrán consultarse los libros y tratadistas que cada opositor individualmente se proporcione.

Este ejercicio lo practicarán todos los opositores encerrados en un solo local y a presencia de uno de los vocales que constituyan el Tribunal, no pudiendo salir del mismo bajo pena de ser excluido sino después de haber hecho entrega de su trabajo en pliego cerrado y firmado al vocal que esté de turno.

Estos trabajos serán leídos en sesión pública por sus respectivos autores.

2.º Ejercicio oral, que consistirá en contestar en el término mínimo de una hora a cinco de los puntos comprendidos en el cuestionario que a continuación se inserta, determinadas por suerte para cada uno de los opositores.

3.º Exposición oral, de un caso clínico sacado a la suerte de entre los enfermos albergados en el Manicomio de Salt, elegidos previamente por el Tribunal.

Para este ejercicio cada opositor dispondrá de una hora para reconocimiento del enfermo; podrá tomar nota de los datos que consten en el expediente personal que exista en el Manicomio y dispondrá también de media hora para ordenar las ideas y de una hora para exposición de las mismas.

Este ejercicio será de controversia entre los opositores a cuyo efecto el Tribunal por sorteo los dividirá en binas o trincas según sea el número de los mismos, debiendo el opositor que actúe proceder al examen e interrogatorio del enfermo a presencia de sus contrincantes, los que a su vez e inmediatamente que haya terminado el actuante podrán practicar iguales operaciones por espacio de treinta minutos, a fin de poder hacer las observaciones al disertante por el tiempo máximo de veinte minutos, teniendo diez minutos el actuante para replicar a cada uno de los objetantes.

4.º Emitir un informe Médico legal sobre un tema de psiquiatría, propuesto en el acto que será común a todos los opositores, disponiendo éstos de cuatro horas para redactarlo y de los libros que tengan por conveniente proporcionarse.

Este ejercicio lo practicarán los opositores en la misma forma que la determinada para el primer ejercicio.

Los opositores que no se presenten cuando fueren llamados para un ejercicio se entenderá renuncian a su derecho a continuar las oposiciones y por lo tanto como desistidos de las mismas.

Los ejercicios serán públicos y de ellos levantará la correspondiente acta diaria el Tribunal.

Terminados los ejercicios de oposición el Tribunal por mayoría de votos elevará a la Diputación la propuesta unipersonal conforme ésta tiene resuelto.

Gerona 10 Noviembre 1912. — *El Presidente*, AGUSTÍN RIERA. — Por Acuerdo del Tribunal. — *El Secretario*, JOSE M. MASCARÓ.

CUESTIONARIO

QUE DEBE SERVIR DE PAUTA PARA EL SEGUNDO EJERCICIO DE OPOSICIÓN

- 1.º Exposición esquemática de la Anatomía del sistema nervioso. Sistemas asociacionistas.
- 2.º Especialización funcional de las principales partes constitutivas del sistema nervioso. Fisiología del Simpático y del Neumogástrico.
- 3.º Estesiopatías. Su respectiva semeyología. Cenesthesiopatías. Su patogenia.
- 4.º Quinesiopatías. Clasificación patogénica. Principales formas nosológicas.
- 5.º Exposición esquemática de los principales síndromes mielopáticos.
- 6.º Id. bulbares, mesocefálicos, cerebelosos y corticales.
- 7.º Elementología frenopática. Asuntos principales que informan su estudio. Trastornos psicosenesivos y psicosenesoriales. Patogenia.
- 8.º Pnemopatías. Clasificación y significación nosológica.
- 9.º Trastornos de asociación de las ideas. Enumeración y mecanismo de las principales formas. Representaciones imaginativas morbosas. Delirio; su concepto clínico.
10. Trastornos de la atención y de la voluntad.
11. Trastornos de la individualidad y de la personalidad. Id. de los instintos y sentido genésico.
12. Trastornos de los lenguages; su fisiología patológica.
13. Emotividad patológica. Hipotémias, hipertimias y paratimias mas comunes en Frenopatología. Afectividad morbosa. Formas aberrantes de los sentimientos.
14. Automatismos cerebrales, concientes e inconcientes. Sueños patológicos y delirios oníricos.
15. Formas y grados de los reacciones psíquicas morbosas; exaltaciones, depresiones y privaciones más comunes.
16. Datos más positivos sobre anatomía patológica de los principales síndromes vesánicos.
17. Datos sobre las agenesias encefálicas. Estigmas físicos de degeneración orgánica mas relacionados con los estados páticos de la mente.
18. Estigmas psíquicos de la degeneración. neurosis; formas clínicas más frecuentes; trastornos mentales que suelen complicarlas — Psiconeurosis; concepto nosológico.
19. Neurotrafias; formas más habituales; anatomía patológica y patogenia respectiva.

20. Clasificación de las enfermedades mentales. Fundamentos científicos que las informan. Crítica de la que se considere preferible.
21. Formas clínicas de la agenesia psíquica. — Agenesia moral. — Los llamados delincuentes natos.
22. Psicopatías cíclicas; elementos psicopáticos que las componen; descripción clínica; formas simples; estados mixtos. Clasificación. Evolución.
23. Psicopatías paranoicas. Concepto nosológico. Clasificación. Caracteres fundamentales de las formas más comunes.
24. Psicopatías autotóxicas. Entidades clínicas mejor conocidas. Caracteres respectivos de las psicopatías tiroidianas, hipofisarias, urémica y diabética. — Valor etiológico de las antointoxicaciones.
25. Psicopatías heterotóxicas. Caracteres de las psicopatías alcohólicas, saturninas, morfinica, pelagrosa, cocaínica, etc. Su valor etiológico.
26. Psicopatías infectivas. — Entidades clínicas mejor definidas; respectivos caracteres. Valor etiológico de la sífilis.
27. Demencias. Clasificación. Caracteres anatomo-patológicos de la demencia llamada orgánica. Formas clínicas de la demencia precóz.
28. Demencia paralítica. Anatomía patológica. Formas clínicas. Etiología. Demencia terminal. Formas clínicas.
29. Diagnóstico frenopático. Fundamentos del diagnóstico psicopatológico, del nosológico, del etiológico y del anatomo-patológico de las vesanias.
30. Medios de exploración clínica de las enfermedades cerebrales. Valor de la oftalmoscopia, psicocronografía, psicocronometría, y radioscopia.
31. Estesimetría. Termometría. Electrometría y dinamometría. Su valor diagnóstico. Interrogatorio de los enfermos de la mente. Extremos que comprende el historial clínico.
32. Patocronía de las vesanias. Tipos derivados de la evolución. Id. de la duración. Pronóstico en frenopatología. Sus fundamentos; condición de sitio y de naturaleza de la lesión y causa productora y condiciones orgánicas del sujeto.
33. Etiología de las vesanias. La herencia de las enfermedades mentales. Caracteres de las psicopatías hereditarias. Grado de influencia de los medios social y cósmico.
34. Higiene profiláctica de las enfermedades mentales. Extremos que comprende la profilaxis individual, familiar y social.
35. Higiene terapéutica indicada en dos alienados. Régimen alimenticio en general relacionado con el estado pático de los diversos principales grupos de enfermos. Alimentación forzada; procedimientos. Alimentación artificial; fórmulas de alimentos para ser administrados por la vía rectal e hipodérmica.
36. Electroterapia. Indicaciones principales en los alienados de las diversas formas de electricidad médica y de la fototerapia, cromoterapia y sismoterapia.
37. Hidroterapia. Principales indicaciones en los alienados. Particula-

res referentes a una instalación hidroterápica en los Manicomios. Aguas mineromedicinales de la provincia de Gerona y sus posibles indicaciones contra los afectos nerviosos y mentales.

38. Aeroterapia. Preceptos higiénicos relativos a la luz, calefacción y ventilación en los Manicomios. Climatoterapia marítima y continental y de alturas conveniente a las distintas clases de enfermos de la mente.

39. Kinesoterapia. Ejercicio y reposo aplicable a los alienados. Indicaciones de la clinoterapia. Tratamiento del gatismo.

40. Farmacoterapia. Principales agentes que cumplen indicación causal contra las intoxicaciones, infecciones y distrofias determinativas de las vesanias. Indicaciones y contraindicaciones de los preparados antisifilíticos. Valor del salvarsan y sus afines contra las enfermedades cerebro espinales.

41. Tratamiento modificador de las lesiones vasculares, intersticiales y parenquimatosas, causantes de las vesanias.

42. Tratamiento sintomático de la exaltación frénica, del insomnio, del estupor, de la angustia, de la sitofobia, de las obsesiones y de las impulsiones.

43. Opoterapia y sueroterapia en terapéutica neuropática. Crítica de los métodos de tratamiento de los hábitos patológicos.

44. Queiroterapia en las enfermedades de los centros nerviosos. Indicaciones generales de la flebotomia, arteriotoma, evacuaciones sanguíneas locales derivativos y revulsivos.

45. Indicaciones de la trepanación y craneotomía en las enfermedades cerebrales. Instrumental. Principales procedimientos.

46. Indicaciones de la punción cerebral y ventricular; técnica. Indicaciones y técnica si la punción raquidiana y epidural.

47. Psicoterapia. Leyes de dinamogenia cerebral. Formas de la Psicoterapia. Procedimientos. Indicaciones.

48. Métodos de aislamiento de los alienados. Casos en que convienen los viajes y las estancias en colonias y casas aisladas. Indicaciones del ingreso en los Manicomios. Crítica de las formalidades legales que deben cumplirse en este último caso.

49. Régimen manicomial: Ocupaciones, enseñanza, distracciones, recreos, espectáculos, trabajo, visitas y distribución del tiempo por parte de los albergados.

50. Oportunidad del *non-restraint* y circunstancias que permiten el *open-door*. Indicaciones y contraindicaciones del aislamiento celular, vigilancia continua y medios coercitivos.

51. Especialización de los Asilos para los distintos grupos de enfermos de la mente. Sus ventajas. Organización del personal técnico y del personal doméstico. Instituciones sociales en favor de los alienados y niños anormales.

Boletín Oficial de la provincia de Gerona, núm. 138 correspondiente al día 16 noviembre de 1912.