

REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA

AÑO II * * * * FEBRERO DE 1904 * * * * NÚM. 14

SUMARIO: El ingreso en los Manicomios desde el punto de vista médico-legal (continuación), por el Dr. *Rodríguez Méndez*. — El Manicomio Vasco-Navarro, por el Dr. *D. Antonio Rodríguez-Morini*. — La neurastenia post-operatoria, por MM. *L. Picqué y J. Dagonet*, traducido por el Dr. *Né y Cardona*. — Revista de neuropatología por el Dr. *J. Rius y Matas*. — Boletín del Manicomio de San Baudilio, por el Dr. *Rodríguez-Morini*. — Boletín del Manicomio de Santa Agueda, por el Dr. *Añibarro*.

EL INGRESO EN LOS MANICOMIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO-LEGAL. Conferencia dada en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación (Madrid), el día 25 de Abril de 1903, por el Dr. *RODRÍGUEZ MÉNDEZ*, Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona (1).

La historia de la locura es la historia entera de la humanidad. Las más remotas tradiciones y cuantos documentos del hombre hablan, aportan las bastantes nociones para dejar probado que las enfermedades mentales han sido en toda época y en todo lugar una de nuestras flaquezas.

Nacidos esos padecimientos en el mismo medio orgánico, como prueba patente de deficiencias propias ó ajenas, tuvieron también poderosas causas en los acontecimientos sociales, especialmente en los políticos y más todavía en los religiosos.

No he de molestaros con esa interminable y compleja historia; pero si en este concepto callo, no será mi silencio tan absoluto que deje de traer á cuento los hechos precisos para llevar á vuestro ánimo el convencimiento de que los legisladores no se cuidaron, cual á ello estuvieron y están obligados, á mirar debidamente por el loco, abandono, que si no es hoy tan vituperable

(1) Continuación. Véase el número anterior.

no deja de existir en nuestros días. Sorprende, en verdad, que hasta en los pueblos más cultos, en aquellos cuyas legislaciones son el punto de partida, el sostén de las legislaciones modernas, y en otras naciones, no sean las leyes las que protejan siempre al enfermo de la mente, antes bien se convierten con frecuencia en sus más suspicaces y terribles enemigos.

Es indudable que lo extravagante é insólito de las formas vesánicas, las erróneas ideas existentes en cuanto á las causas del mal y la deficiencia de los conocimientos médicos pueden disculpar en gran parte la conducta seguida por los pueblos primitivos ante los orates; pero lo que no tiene disculpa, lo que merece los más duros calificativos, es que ahora mismo, en el siglo xx, cuando el concepto científico está bien formulado, cuando hay acuerdo en lo fundamental y sólo difieren los antropólogos y los médicos en puntos secundarios y en cuestiones de detalle, persista el abandono, si no el ensañamiento, cuando sobre locos se legisla. Pase esa desidia en los tiempos antiguos, pase en los medioevales y hasta pase en los primeros siglos de los modernos; mas hoy no es posible, sin cometer un grave atentado, dejar que se infiltren en las prescripciones legales los errores, las rutinas y las malevolencias de otras épocas.

Bueno es mantener vivo lo útil de los pasados siglos, pero no lo es vivir en perpetuo atavismo, olvidando las lecciones de orden intelectual y moral con que nos brinda el progreso de las Ciencias Naturales y sobre todo la Antropología en su más lata acepción.

Tenida la locura en el antiguo Egipto como una enfermedad provocada por la cólera de los dioses, natural era que el templo de Isis constituyese el punto de amparo de algunos vesánicos, sin intervención del derecho y por inclinación instintiva.

Ni es de extrañar que en los templos levantados en los dos extremos de este país en honor á uno de sus dioses acudieran en tropel los monomaniacos, quizás para ser curados con la magnificencia y la pompa que los sacerdotes desplegaban para subyugar las exaltadas inteligencias (1).

Reputados en Grecia los jefes de mayor renombre con o hijos de los dioses, no sorprende que á ellos se dirigieran los enfermos para apaciguar las divinidades irritadas que los castigaban á la dura pena de ser locos. Como dice un escritor médico ¿qué podían legislar sobre los castigados por Júpiter, los atormentados por los Euménides ó los poseídos de Apolo? La locura era de origen extranatural y si la irresponsabilidad fué aceptada, es lo probable que los efectos de ella no estuvieran sometidos á la jurisdicción humana. A lo menos nada se sabe de la intervención legal en tales materias, á pesar de la cultura de aquel pueblo. Suponer que debía haber leyes pertinentes al caso no es demostrar que las tenían.

Si, como parece bien demostrado, los hebreos conocieron la epilepsia y ésta era debida á haberse apoderado del cuerpo del enfermo espíritus impuros, lógico era, partiendo de esta falsa premisa, intentar desalojarlos. Salomón, el sabio, que en tales ideas comulgaba, sometía á estos pacientes á exorcismos con el propósito de curarlos.

En todos estos tiempos el loco no es atendido; al de forma vesánica extravagante se le mira como cosa rara, pábulo de la curiosidad pública y de las burlas de las gentes; al de aspecto serio, de reposado andar, de entonación grave, se le venera como un sér superior; el turbulento, escandalizador, impulsivo, furioso, produce es-

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*, París, 1838.

panto, y si el delirio no hace huir á los hombres de su contacto, ese mismo delirio lo conduce á los bosques, lo precipita en los ríos.

Epoca de supersticiones y errores, en parte mística y en parte con la rudeza de lo salvaje, sin destellos de ciencia, con la Mitología como señora, equivocado el Occidente, repleto el Oriente de talismanes y amuletos y dominado por los falsos conocimientos astrológicos, nada digno de mención se encuentra relativo á la protección legal de los vesánicos. Los médicos dicen algo, pero vago é indeciso, de la locura; los juristas, nada. No puede admitirse que se perdiera para nosotros la legislación especial relativa á estos enfermos. Lo admisible es que no existiera.

Las leyes romanas tratan de los locos. En las Doce Tablas (451 a. J. C.) se establece la tutela y curatela con un buen criterio sobre los *furiosi* y otros que por enfermedad incurable ó persistente quedan reducidos á una especie de incapacidad, tales como los valetudinarios, sordos, mudos, débiles de espíritu, pródigos. Esta acción protectora, plausible, no favorece en nada al loco turbulento, al peligroso; antes bien, con una severidad incompatible con el grado de cultura á que llegó Roma y en nombre del orden y de la seguridad pública, estos desgraciados son conducidos á lugares de detención, *carceres*, en donde permanecen secuestrados con grave daño del paciente y excesivo egoísmo de los demás. Y los no secuestrados andan errantes, escarnecidos, sin más alimentos que los encontrados al acaso, á usanza de perros vagabundos ó tenidos como delincuentes de los peores. El derecho romano, tan previsor en muchos conceptos, olvidó en no pocas ocasiones al infeliz vesánico, al más digno de atención y al más necesitado de toda suerte de protecciones. Como en otros tiempos, era el

loco rara vez un sér venerando y respetable; de ordinario era rechazado ó perseguido.

La creencia en los demonios domina durante varios siglos, dice Flemming (1); pero no el demonio de los antiguos, *espíritu, genio, inteligencia*, sino la representación del mal, el enemigo del alma, en cuyas redes caen los mismos frailes que predicaban el ejercicio de la virtud, y con ellos surge poderosa la época de las purificaciones, de las maceraciones, de los exorcismos.

La Edad Media, la edad del misticismo intolerante, de la locura demonofóbica, de las alucinaciones, de las grandes inspiraciones morbosas, de la persecución continua á Satán, de los procesos condenatorios sostenidos por los jueces y por los mismos médicos, es una época tristísima para el desventurado orate.

Si bufones en la corte de los reyes y en el palacio de los magnates, no pocas veces, ó personajes irreemplazables en las saturnales llamadas *fiestas de locos* celebradas ante algunos cabildos (Esquirol) y que fueron prohibidas por el Concilio de 1212, fueron tenidos casi todos ellos por posesos, hechiceros ó mágicos, é inducidos por ignorancia á la poco envidiable condición de lipemaniacos, alucinados, sonámbulos ó energúmenos, expiando en la hoguera el crimen de hechicería.

Con los restos de la legislación romana, fragmentada y torcidamente interpretada en muchos casos, con las costumbres bárbaras, con las prescripciones canónicas, con los errores é inspiraciones, si la noción del loco como enfermo no se extinguió por completo, quedó cuando menos en extremo obscurecida. De ella hay vestigios en las obras de médicos, de jurisconsultos, de teólogos y de canonistas. San Isidoro de Sevilla define algunas formas

(1) *Pathologie und Therapie der Psychosen*, Berlin, 1859.

de insania (1). Santo Tomás de Aquino habla de la responsabilidad y de si es ó no pecado (2), después de haberla definido.

Sea como quiera, el carácter culminante es la propagación enorme de la locura religiosa en todos sus aspectos y matices, sobre todo en la variedad demonofóbica, tan enorme que brotan por todas partes esas epidemias intelectuales y convulsivas (3), de que han quedado en la historia restos tan amargos.

Sólo en el distrito de Como (Lombardía), en donde el diablo campaba á sus anchas, fueron quemadas más de 1,000 personas, casi todas mujeres por haber confesado que cometieron actos carnales con el diablo (4); la sentencia fué pronunciada por los hermanos Dominicos.

A fines del siglo xvi estalló en varios puntos, principalmente en la Alta Alemania, una epidemia de demonolatría.

En la cuenca del Rhin, desde Maguncia á Colonia, fueron condenados al fuego 41 posesos.

El Senado de Tolosa (1577) condena á 400 demonólatras á ser quemados vivos (5).

La epidemia del Langüedoc se extiende por el departamento llamado hoy de los Bajos Pirineos en tal abundancia, que las prisiones se llenan y arden casi de continuo las hogueras purificadoras. La enfermedad produce en muchos tal anestesia, que no sienten dolor alguno y hasta se dió el caso de experimentar goce por imaginarios contactos con el diablo.

(1) *Stultus est qui propter stuporem non movetur: insipiens dicitur eo quod sine sapore est discretionis et sensus.*

(2) *Stultitia, quæ naturalis quedam dementia est, minime peccatum est.*

(3) Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et juridique*, Paris, 1845.

(4) Calmeil, *Loc. cit.*, t. I, pág. 286.

(5) Calmeil, *Loc. cit.*, t. I, pág. 219.

Un juez de Alsacia-Lorena se jactaba de haber mandado el solo 600 personas á la hoguera.

Por entonces y antes tienen lugar las célebres epidemias en varios conventos, como el de las Ursulinas de Leudán, notable ésta por las convulsiones y por las inverosímiles actitudes de las atacadas, víctimas, al parecer, de una desencadenada histeria.

En 1552 ó 1554 ocurre la epidemia de Roma. En vano un fraile francés dirige exorcismos á 84 atacados, casi todos judíos que habían recibido el Sacramento del Bautismo.

Hacia la misma época fué invadido el Monasterio de Kerndrop (Alemania); no quedó exento ningún habitante. Habiendo el diablo designado, como autor del daño, al cocinero, éste, que confesó ser hechicero, fué lanzado con su madre á la hoguera. Esta epidemia cun- dió por varias comarcas vecinas.

Las declaraciones de estos desdichados eran robustecidas por un fuerte olor que se desprendía de sus cuerpos, olor que designaba por modo preciso la presencia del diablo en los enfermos organismos (1).

En medio de este caos, en que sólo se notaba el predominio de la vesania, cuyo carácter capital era la obsesión diabólica, había cierta tendencia, por modo especial en Francia, á admitir distinciones entre los locos. Los mágicos y hechiceros, la *raza abominable*, comparecían, como adoradores de Satán, ante el Tribunal eclesiástico, que los entregaba inexorablemente al brazo secular como delincuentes: homicidas, envenenadores, sacrilegos, idólatras, blasfemos, renegados, etc. Los posesos eran sometidos, como víctimas inocentes de hechicería, á sortilegios, á oraciones, ayunos, otras peniten-

(1) Esquirol, *Loc. cit.*

cias y exorcismos. Los insensatos, cuando menos desde el siglo XIII, eran tratados con un régimen análogo al empleado por los romanos. También se obligaba á las familias á cuidar de estos enfermos, so pena de multa (1).

De cuando en cuando, como barrunto de mejores tiempos, se reaccionaba un tanto la opinión, y si del Río, Bodin, Pedro Ancora, Boquet, Ambrosio Pareo y otros muchos médicos, así como también un buen número de filósofos y teólogos aceptaron unánimemente la hechicería y todas sus consecuencias, en cambio Cardau, Cornelio Looz, José Duchenne, Bekker, Pigray, Bayle, Naude, Mead y unos pocos más, apóstoles de la futura ciencia, se erigieron en defensores de estos míseros enfermos.

Llamados Marescot, Riolano y Duret para dar informe sobre la supuesta posesa Marta Brossier, dijeron con encantadora sencillez y precisión: *Nihil à demone: multa ficta, à morbo pauca.*

Bajo la presidencia de Segnier varias veces el Parlamento absolvió á varios detenidos que iban á ser depurados por las llamas.

Hay que decirlo con leal franqueza. Si los médicos sirvieron algunas veces para justificar la práctica de los exorcismos y contribuyeron á cimentar la sentencia de los inquisidores, también ellos fueron los primeros en protestar, logrando así la salvación de algunos enfermos.

Con lealtad también he de confesar, que si todavía en el Renacimiento continuaron las víctimas, varios célebres jurisconsultos, Alciat, Montaigne, Laloyet, por modo singular, se atrevieron á decir, y no era escaso el

(1) *Cantum est ut parentes vel propinque furiosum domi, quocumque modo possint, custodiant; quod non fecerint multentur.* — (Tiraqueau, 1480-1555). — Del trabajo de A. Linas, 18469.

atrevimiento en aquellos tiempos (fines del siglo xvi), que los endemoniados no eran más que enfermos y que en su padecimiento no intervenía potencia alguna divina ni diabólica.

Es fácil deducir lo que ocurrió con los locos en estos largos y tenebrosos siglos. Descontadas las livianas y parciales prescripciones científicas que he apuntado y descontadas las ceremonias purificadoras, incluidas las llamas, el loco de ese interminable lapso vaga errante por campos y pueblos, más por aquéllos que por éstos, se refugia á las veces en las iglesias y conventos y algunas gentes piadosas se compadecen de tanta desdicha é instalan refugios. La autoridad no cuida de tales desventurados y en todo caso lo hace para encerrar por *perturbador* al que tiene perturbada la mente, mezclándolos con los criminales y tratándolos de ordinario con más rigor que á los más delincuentes.

El más necesitado de la protección legal es puesto fuera de la ley, abandonado á sus delirios y esclavo de su inconsciencia.

(*Se continuará*).

El «dios» de los mixoedematosos. — En la «Sociedad de Hipnología y Psicología», de París, ha presentado M. Félix Reynault, una pequeña estatua encontrada en unas excavaciones arqueológicas hechas en Snyre, y que representa al dios BES, mixoedematoso, con los miembros cortos, el vientre muy abultado, la cara en forma de luna y la lengua caída. El culto al dios BES estuvo muy extendido por Asia y fué el origen de numerosos amuletos.

Sin duda, como reminiscencia de este culto, se conserva todavía en algunos altos valles de los Alpes una veneración especial hacia los individuos que ostentan grandes bocios.—LLANÁS.

EL MANICOMIO VASCO-NAVARRO, por el *doctor*
D. ANTONIO RODRÍGUEZ-MORINI, Médico-Di-
rector del Manicomio de San Baudilio de Llobregat.

En el número de Diciembre de 1903 de la REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA publiqué un pequeño artículo acerca de los Manicomios españoles, lamentándome sinceramente de que en nuestra patria los establecimientos frenopáticos que dependen del Estado ó de las Diputaciones provinciales, sean casi en su totalidad verdaderos *depósitos de locos*, desprovistos de los medios higiénicos y terapéuticos más rudimentarios para el tratamiento de las enfermedades de la mente. No contaba entonces con que muy pronto tendría ocasión de rectificar en parte una afirmación tan desconsoladora y tan bochornosa para dicha por un español, y es que aunque tenía noticias de la terminación del Manicomio Vasco-Navarro, no conocía los planos del mismo, ni el criterio frenopático que había inspirado su construcción, ni los abundantes recursos materiales y morales de que dispone la Diputación provincial de Navarra, encargada de organizarlo y sostenerlo. Hoy que me ha sido dable apreciar de *visu* las condiciones de los edificios erigidos en las inmediaciones de Pamplona para albergar y cuidar á desgraciados locos, tengo singular complacencia en publicar estas líneas, dedicadas á describir someramente dicho Manicomio, que indudablemente honra á la capital de Navarra y que ojalá sirva de estímulo para que otras poblaciones de la Península imiten su ejemplo.

No todo lo que voy á decir resultará en alabanza del Establecimiento, pues hay en él algo que criticar y que

censurar, y si bien muchas cosas son fácilmente corregibles, otras, en cambio, no pueden tener satisfactoria enmienda, siendo dable afirmar de todas maneras que en general será dicho Manicomio el mejor de los que funcionan en España con carácter oficial (1).

La culpa de las deficiencias que se observan en el frenocomio, no se pueden imputar al arquitecto encargado de dirigir su construcción, sino más bien al tiempo que se ha tardado en llevar á efecto la disposición testamentaria del ilustre patricio D. Fermín Daoiz y Argaiz, que al morir, hace más de 30 años, legó una respectable suma para erigir en la provincia de Navarra un establecimiento frenopático destinado á albergar á los alienados pobres de dicha región y de las tres provincias vascongadas.

La labor encomendada al albaceazgo del insigne filántropo, ha sido muy larga y accidentada. Particularismos, intransigencias y rivalidades profesionales por un lado, desconocimiento del asunto y errores técnicos y administrativos por otro, se conjuraron para retardar la ejecución de una admirable obra que pudo, con buena voluntad, ser llevada á cabo en un corto número de años, evitándose de este modo las imperfecciones y defectos de que ahora adolece. La intervención de la ciencia psiquiátrica ha sido casi nula en la construcción del Manicomio, por no haber tenido representación en la Junta erectora ningún médico alienista. Son cosas de España, de las que no puede verse libre ni aun la culta y autónoma provincia navarra. Es precisamente por esta falta de inspiración técnica por la que claudica el Mani-

(1) Así tuve el gusto de declararlo en conversación sostenida con mi distinguido amigo el ilustrado médico de Pamplona, Dr. D. Manuel Jimeno, conversación que éste se dignó referir en un admirable artículo publicado en el *Diario de Navarra* (10 de Enero de 1904).

comio Vasco-Navarro, á pesar de la ilustración y buena voluntad del distinguido arquitecto D. Máximo Goizueta, encargado de la dirección de las obras.

Y basta de exordio, para entrar de lleno en la descripción del Manicomio, objeto primordial de estas líneas. Voy á ir por partes.

EMPLAZAMIENTO. — La hermosa y bien cuidada ciudad de Pamplona está situada en una meseta de ligero declive, que limita por el Este un estrecho valle, cuyo límite occidental está formado por el monte de San Cristóbal, en cuya cima álzase el formidable castillo de Alfonso XII; el río Arga corre impetuoso por el fondo del valle, formando caprichosos recodos y regando abundantemente la risueña vega. Es ésta muy húmeda, muy baja con relación á la ciudad y al monte cercano, perfectamente llana y formada de tierra arcillosa, poco permeable. En el Noroeste del valle está emplazado el Manicomio, mirando á la ciudad, de cara, por lo tanto, al Mediodía y resguardado del viento Norte por la inmensa mole de San Cristóbal. El terreno que rodea al Establecimiento, es casi llano, con ligerísima elevación en la parte posterior del edificio y con escasas condiciones para establecer bien toda clase de desagües. La poca permeabilidad del subsuelo y la humedad perenne de la atmósfera durante los largos meses de invierno, hacen que la situación del Manicomio no sea la más apropiada para la clase de enfermos que ha de albergar. Esto, como se comprende, no tiene fácil arreglo; fué un error de emplazamiento que no puede estar compensado ni por la hermosura de los alrededores, ni por los horizontes variados que desde allí se descubren, ni por la fertilidad del terreno. Sólo ha podido ser ligeramente corregido, por lo que á los edificios se refiere, construyendo sótanos en todas las dependencias y dando elevación á los suelos de la planta baja.

Unas atinadas plantaciones pueden en lo sucesivo desecar algo los terrenos inmediatos.

EDIFICACIÓN GENERAL. — Forma esta un inmenso rectángulo, cuyo lado mayor, de más de 250 metros, sigue la dirección de Sur á Norte, estando divididas las construcciones en dos partes iguales, cada una de las cuales está destinada á un sexo, la derecha para las mujeres y la izquierda para los hombres. En el lado anterior del rectángulo hallanse situadas las dependencias de Dirección y Administración, formando dos edificios paralelos á dicho lado, unidos en el centro por una amplia galería acristalada que al mismo tiempo separa dos pequeños patios. En el lado posterior álzase la iglesia, común para los dos sexos, convenientemente separados por una ingeniosa disposición, y los depósitos de cadáveres y sala de autopsias. Los lados laterales del rectángulo sirven de eje á una amplia é interminable galería, á donde vienen á abrirse las puertas de ingreso á los diversos pabellones que forman el Manicomio propiamente dicho. Estos pabellones son simétricos, paralelos unos y perpendiculares otros al eje del Manicomio, separados entre sí por patios más ó menos grandes y sin más lazo de unión que las galerías antes mencionadas, las cuales á su vez comunican con las dependencias destinadas á los servicios generales de la casa, de tal modo, que forman una perfecta red de comunicaciones cubiertas, sumamente útiles en un clima tan frío y tan lluvioso como el de Pamplona.

Todos los edificios están perfecta y admirablemente contruídos, con paredes muy gruesas de piedra, sin grandes detalles de ornamentación, pero con gran severidad y elegancia en las líneas. Tienen capacidad más que suficiente para la población que han de albergar, y nada más que elogios pueden hacerse de los cómodos y her-

mosos pabellones de Dirección y Administración y de las Comunidades religiosas, como asimismo de los locales destinados á almacenes, salas de visita, farmacia, laboratorios, cocina, despensa, sala de autopsias, depósito de cadáveres, etc., etc. Todas las necesidades de estos servicios generales están perfectamente previstas, y, salvo detalles de poca monta, responden á las exigencias de un vasto *nosocomio*.

Los edificios están bien aireados, provistos de abundante agua, con grandes aberturas que aseguran la ventilación y soleación de las habitaciones, con gran cubicación atmosférica y con suelos entarimados para mitigar el rigor de la temperatura en invierno.

Ningún reproche merece, por lo tanto, la edificación en general.

PABELLONES DESTINADOS Á LOS ALIENADOS. — Si no recuerdo mal, pues no tengo ningún plano á la vista, son diez en cada sección del Manicomio, simétricos, como ya dije más arriba, y de construcción general análoga — excepto uno de cada lado, que se distinguen por completo de los demás — pero con disposiciones particulares variadas, según la clase de enfermos que han de albergar. Nada malo tengo que decir de los destinados á pensionistas y distinguidos, y aun de los que han de ocupar los locos tranquilos y semi-tranquilos. Son edificios de dos pisos, cómodos, con amplios dormitorios, buenos comedores y salas de reunión y con cuartos de baños y de limpieza. Tienen hermosas galerías acristaladas y suaves y seguras escaleras, que por su ingeniosa construcción garantizan todo intento de suicidio. Todos estos pabellones disponen además de un patio, de regulares dimensiones, cerrado por tapia no muy alta y dispuesto el terreno cercano á la misma en la forma llamada *salto de lobo*. En los patios y en las habitaciones de la planta

baja hay instalados buenos retretes con descargas automáticas de agua. En el piso alto, que es donde están los dormitorios, no existen retretes, por error ú olvido que es fácilmente subsanable.

Aparte de estos pabellones, que son cinco en cada lado, todos los demás están destinados á locos peligrosos ó molestos (epilépticos, suicidas, agitados, *gritadores*, sucios, etc.), dominando en ellos el aislamiento individual, representado por numerosas habitaciones ó celdas de gran capacidad, muy higiénicas, pero con gran lujo de seguridad y con detalles que denotan excesivo temor á los pobres locos. Esta parte del Manicomio, sin dejar de ostentar cierta grandiosidad y siendo impecable desde el punto de vista higiénico, reviste un aspecto de prisión celular que la hace poco simpática. Avalora más esta afirmación la disposición del pabellón especial destinado á *suicidas*, formado por una construcción de una sola planta, de forma casi circular, con ocho habitaciones de aislamiento, con galerías excéntrica y concéntrica y con patios individuales correspondientes á cada cuarto. Todo ello muy parecido á lo que existe en la sección de mujeres del Manicomio de San Andrés, y que con muy buen acuerdo se ha suprimido en la sección de hombres del mismo establecimiento. No creo difícil que en el Manicomio Vasco-Navarro sea esto también suprimido ó modificado, pues la experiencia demuestra que estos departamentos celulares resultan perjudiciales para los enfermos de la mente.

ENFERMERÍAS. — Están situadas en la parte extrema de ambos departamentos, muy cerca de la iglesia y muy alejadas de los pabellones ocupados por los alienados. Además de la enfermería general, para afecciones comunes, hay una sala destinada á enfermedades infecciosas, y dos cuartos de aislamiento para individuos peligrosos

ó molestos. Existe también un pequeño local que puede servir de cuarto de operaciones, amén de un dormitorio para los vigilantes ó enfermeros. Actualmente tienen estos locales suficiente capacidad, pero más adelante, dada la población vesánica que puede albergar el Manicomio, resultarán pequeños para las necesidades sanitarias y tendrán que ser ampliados.

PATIOS. — Todos los pabellones disponen de un patio anexo, más ó menos grande, según la clase de enfermos á que están destinados, ó según las necesidades impuestas por el terreno y las edificaciones. Hay, además, pequeños patios para desahogo de algunas dependencias ó para proporcionar luz y ventilación á algunos locales. Creo que la suma total de los patios y de los terrenos cercados asciende á 50, número que á primera vista parecerá excesivo, pero que examinado en detalle no lo es, dado el criterio de seguridad y reclusión que ha inspirado la construcción del Manicomio. He de confesar, sin embargo, con agrado, que en general la mayor parte de los patios son muy espaciosos, con muralla muy baja, que no cierra el horizonte, y que aun los situados en el centro del rectángulo resultan alegres y soleados.

PABELLÓN HIDROTERÁPICO. — No hay más que uno, adjunto al departamento de mujeres y construido en el centro del patio que precede al pabellón de seguridad destinado á enfermos con ideas suicidas. Está formado de un cuerpo central, que sirve de vestíbulo, y de dos alas laterales simétricas, la de la derecha destinada á los aparatos hidroterápicos (duchas, baños prolongados, etc.), y la de la izquierda á cobijar una gran piscina de mucha superficie pero de poco fondo, donde se pueden bañar en común dos docenas de individuos. Aparte de estas dos dependencias principales, hay varias salas que serán utilizadas para cuartos de aseo, masaje, reposo en

cama, etc., etc., como asimismo pudieran instalarse en algunas de ellas los gabinetes electroterápico y mecanoterápico, de que seguramente se dotará al Manicomio.

LAGARES DE RECREO Y ESPARCIMIENTO. — Los pabellones destinados á pensionistas y á enfermos tranquilos, tienen en la planta baja un salón bastante capaz, donde los alienados pueden reunirse para jugar al dominó, al ajedrez, á naipes, etc., ó bien para leer y escribir, según lo consienta el estado del paciente ó las aficiones de cada uno. Pueden pasear los enfermos en los días muy fríos ó calurosos por las amplias galerías que hay en cada pabellón, y pueden asimismo utilizar con el igual objeto, los patios de que antes he hablado. Tal como está hoy dispuesto el Establecimiento es difícil que los alienados salgan á disfrutar de la espléndida huerta y del hermoso parque proyectado en los terrenos inmensos que rodean al Manicomio (terrenos que están perfectamente cercados por sólida muralla), pero no dudo que se encontrará el medio de que esto sea factible, abriendo grandes puertas de comunicación, derribando algunas cercas de las que limitan los patios ó permitiendo la salida de los enfermos, por secciones, á horas señaladas de antemano.

Disponiéndose como se dispone de gran extensión de terreno, sería de gran utilidad la construcción de un frontón ó juego de pelota, parecido al que se ha inaugurado, recientemente, en el Manicomio de San Baudilio. Precisamente en Navarra es dicho juego muy popular.

GRANJA AGRÍCOLA. — A una regular distancia de la gran masa formada por los edificios que constituyen el Frenocomio, pero dentro del recinto murado del mismo, álzase un esbelto y elegante edificio destinado á Granja agrícola. Es un valioso aditamento que no sólo ha de reportar beneficios económicos al Manicomio, sino

que ha de servir muy principalmente para que muchos alienados encuentren alivio á su enfermedad en los diversos trabajos de campo inherentes al objeto y significación de la Granja. Consta ésta de un pabellón de tres cuerpos, destinado el central á habitación del granjero y su familia y dormitorios y comedor para los enfermos que allí trabajen y para los encargados de su vigilancia, y los laterales, el de la derecha para dependencias de una vaquería modelo y el de la izquierda para modernas é higiénicas cochiqueras. Existen, además, varios locales adosados á la Granja y destinados á cria de gallinas, depósito de aperos de labranza, almacenes de frutas y de forraje, panadería, etc., etc.

Ha sido una buena idea la construcción de este anexo del Manicomio, y por ella merece sinceros plácemes el señor Goizueta, inspirado autor de la misma.

OTRAS DEPENDENCIAS. — Entre las que merecen especial mención figuran los lavaderos, contruidos según los últimos adelantos y que aunque de reducidas dimensiones, llenan por ahora el objeto á que están destinados y pueden ser, más adelante, fácilmente ampliables. Cerca de los lavaderos hay dos grandes salas destinadas á aparatos de colada, planchado y repaso de ropa.

Tampoco debo olvidar dos pequeños y elegantes pabellones en forma de *chalet*, situados delante del edificio de Dirección y Administración, y que por su colocación parecen los centinelas avanzados del Establecimiento. Están dispuestos para servir de albergue á un alienado distinguido, con su servidumbre ó familia, pudiendo hacer en ellos vida completamente independiente del resto de los alienados, pero sujeto al régimen y á la disciplina del Manicomio.

VALOR PSIQUIÁTRICO DEL ESTABLECIMIENTO. — Hay que tener en cuenta, al formularlo, la época en que fueron

trazados los planos y el criterio frenopático que inspiró su construcción. Hace un tercio de siglo el *no restraint* de los mentalistas ingleses tenía en Francia y en España escasos adeptos, pues se creía que el loco era, en general, un sér peligroso y poco sociable y que las enfermedades mentales se curaban más fácilmente reclusando rigurosamente al individuo que las padecía, aislándole, proscribiéndole todo trato social y rodeando al infeliz alienado de los mayores medios de seguridad y sujeción. De ahí que los Manicomios de entonces se edificasen bajo el imperio de dichas ideas, y de ahí también que el Vasco-Navarro, aunque terminado en nuestros días, pero concebido hace más de treinta años, ostente el carácter de aquéllos. Teniendo esto en cuenta, claro está que no es posible considerarle como un Establecimiento psiquiátrico modelo, sobre todo juzgado bajo el concepto moderno. Hoy día todos los alienados disfrutan dentro de los Asilos de toda clase de consideraciones sociales compatibles con su enfermedad; el régimen común frenopático está inspirado en la más amplia libertad individual y colectiva; las restricciones, los aislamientos, las medidas represivas, constituyen excepciones que cumplen indicaciones terapéuticas muy precisas, sólo aplicables accidentalmente, y que aun en los Manicomios de población vesánica más peligrosa y más turbulenta no llegan a afectar más que al 6 ó 7 por 100 de la misma.

Bajo el aspecto de excesiva restricción y de temor á los desafueros que puedan cometer los locos, es bajo el que principalmente es criticable el Manicomio Vasco-Navarro. No es posible culpar directamente á nadie de estos defectos, hijos tan sólo de las vicisitudes por que ha pasado su construcción y acaso también del inspirador técnico que tuvo el arquitecto que trazó los planos. El Sr. Goizueta, director de las obras, aunque conocedor de

estos errores no podía modificarlos pues ha venido obligado á ajustarse á una pauta impuesta por la Junta constructora.

Púdose seguramente, aun dentro del mismo criterio frenopático, edificarse el frenocomio en forma completamente distinta, disgregando los pabellones, separando las enfermerías y los servicios generales del resto del edificio, construyendo secciones autónomas, en una palabra, substituyendo la gran masa edificada por distintas agrupaciones con carácter especial, acercándose así á la concepción moderna de no considerar al Manicomio como un conjunto armónico y homogéneo, sino como una serie de pequeños hospitales psiquiátricos, con funcionalismo y régimen independiente y sin más lazo de unión que la superior dirección médica y la indispensable inspección administrativa.

De todos modos, á pesar de estos reparos, el Manicomio Vasco-Navarro significa para España un gran progreso en la hospitalización de los enfermos de la mente, y constituye, hoy por hoy, conforme he dicho más arriba, uno de los mejores Establecimientos psiquiátricos, de los que poseemos en nuestro país. Es, además, susceptible de perfeccionamiento, y algunas de las deficiencias apuntadas llegarán seguramente á desaparecer. La Diputación foral de Navarra no ha de omitir para ello sacrificio alguno.

Premios Nobel.—Dos de los cuatro premios de 100,000 francos que anualmente distribuye la ciudad de Stokolmo en nombre de Nobel, al inventor de la dinamita, para premiar el progreso de las ciencias y de las letras, han sido adjudicados este año, uno al Dr. Pinsen por sus estudios sobre la curación del lupus por la luz solar ó eléctrica (rayos ultra-violados) y otro al ilustre Becquerel y á los esposos Currie por los trabajos sobre el radium.

LA NEURASTENIA POST-OPERATORIA,
por MM. L. PICQUÉ, Médico-Jefe del Asilo
Clínico de Sainte-Anne, y J. DAGONET, Ci-
rujano de los Hospitales de París, traducido
y extractado por el Dr. NET Y CARDONA.

En una comunicación hecha á la Sociedad de Cirugía el 1.º de Marzo de 1898, uno de nosotros describió, bajo el nombre de delirio psíquico post-operatorio «toda perturbación intelectual que puede sobrevenir después de una operación, sea cual sea la forma ó el origen real de este trastorno psíquico». Esta comunicación, que fué luego seguida de una segunda á la misma Sociedad, en colaboración con el Dr. Briand, dió motivo á una serie de trabajos y de discusiones, de los cuales algunos fueron especialmente destinados á fijar la patogenia de estos delirios. Uno de los discípulos de Magnan, Truelle, en una tesis interesante, procura demostrar que la causa de todos esos delirios reside en las predisposiciones hereditarias ó adquiridas, y sus conclusiones fueron generalmente adoptadas por todos los médicos alienistas. Pero todos los accidentes de orden nervioso, que son susceptibles de producirse como consecuencia de las operaciones quirúrgicas, no entran en el delirio post-operatorio.

Existe, en efecto, un grupo interesante de estos accidentes, que merecería un lugar aparte al lado de las psicopatías; es la neurastenia post-operatoria. Ciertos autores la han entrevisto; entre otros Deléris, en un trabajo publicado en 1895 en los *Archives d'Obstétrique et de Gynecologie*; Maurange, en la *Gazette Hebdomadaire*, 1898; Gallois, en su artículo del *Bulletin Medical*, 1898. Mas estos autores tienen el defecto de no conocer suficientemente los caracteres de la enfermedad y de confundir estos casos con las psicosis post-operatorias, propiamente dichas.

La frecuencia de la neurastenia post-operatoria es real. En el espacio de cinco años hemos observado en el Consultorio externo del Asilo Clínico, 67 enfermos, presentando perturbaciones diversas consecutivas á operaciones practicadas en los hospitales. De estos 67 casos hemos observado 31 de neurastenia pura y 8 casos de neurastenia asociada á otros trastornos mentales.

He aquí el resumen de algunos de los casos de neurastenia pura, observados en la consulta de *Sainte-Anne*:

OBSERVACIONES INÉDITAS. (*Neurastenia post-operatoria*). — T... (Amandine), 48 años, observada en 1900 (23 Junio); operada hace 15 meses de un fibroma uterino, habiendo tenido perdidas abundantes durante cuatro años. Estado nervioso y anémico antes de la operación. Pretende que no puede emprender ningún trabajo a causa de su estado de debilidad. Su existencia es de lo más penoso. Sudores, vértigos, constricción de la garganta sin ataques de nervios; ha engruesado mucho. Segundo examen, 20 de Julio; llora mucho, lo que no hacía antes de la operación. Sus hermanos y hermanas no son nerviosos; su madre goza buena salud. Su marido murió hace quince años, habiéndole dejado tres hijos.

T... (Marie), 37 años, vista el 6 de Septiembre de 1900. Extirpación de los ovarios, practicada hace siete años. Temblores generalizados. Palpitaciones, sintiendo siempre un frío glacial; estaba nerviosa otras veces, mas nunca tanto como después de la operación, según ella. Crisis continua de lágrimas, alguna vez ataques de nervios cuando se ve contrariada; sus piernas son como algodón; dormiría continuamente. No ha reglado en los siete años y ha engordado mucho.

H... (Amélie), 32 años, vista el 8 de Septiembre de 1900. Eclampsia hace ocho años; operada hace siete años de una salpingitis purulenta y ovariectomía izquierda. Afirma que después de esta época experimenta un abatimiento general; siente como si un casquete le oprimiera la cabeza, y está siempre nerviosa, mientras que estaba bien antes de la operación. Siente además grandes debilidades; no tiene médula en los huesos, que están como vacíos. Menstrua con irregularidad.

B... (Marie), 32 años, visitada el 28 de Julio de 1898. Operada hace diez años de un quiste del ovario; cree ser nerviosa desde entonces; pesadez de cabeza, palpitaciones, exceso de calor en las manos, visión de moscas volantes; anemia; estado de vértigo; miedo de caer; siempre tiene que ir del lado izquierdo; no puede atravesar las plazas (agorafobia).

B... (Marie), 53 años, reconocida el 28 de Agosto de 1899. Fué operada en Septiembre de 1899 de un fibroma uterino. Después de la operación se volvió muy nerviosa, muy impresionable, sin que lo fuera antes; se lamenta de no tener fuerzas, de sudores continuos, sin apetito; vientre hinchado, siempre frío. El menstruo cesó completamente; había engruesado mucho. Vuelta á examinar el 9 de Noviembre; ha tenido quebraderos de cabeza; su marido murió; siempre muy nerviosa, dolorida, *preocupaciones hipocondríacas*; sus evacuaciones son grasosas y su vientre es abultado.

D... (Henriette), 34 años, vista el 16 de Agosto de 1900, por M. de Clérambault, interno; operada hace un mes de operación de Schröder y raspado; cuatro embarazos. Abatimiento, palpitación, insomnio, anorexas.

H... (Marie), 50 años, visitada el 2 de Marzo de 1899. Operada hace 17 meses de un quiste del ovario; dice estar enferma desde entonces; está inquieta; sus rodillas crujen, sin que lo pueda explicar; no duerme.

B... (Margueritte), 23 años, reconocida el 21 de Julio de 1898. Operada hace tres años (laparotomía). Se queja hace tres meses de insomnio, pesadez, somnolencia después de la comida, laxitud.

P... (Eugenie), 27 años, fué reconocida el 20 de Septiembre de 1903. Quiste dermoide del ovario, operado en 1896. Después se queja de dolores generalizados, de palpitaciones y sofocación. Neuralgia intercostal del lado izquierdo: por la noche no descansa; la operación, según ella, la enflaqueció mucho; sus reglas son muy irregulares.

L... (Pauline), 37 años, vista el 5 de Octubre de 1901. Operada en 1890 y 1897 por tumores en el ovario derecho primero, y en el izquierdo después; luego no tuvo la menstruación. A partir de la operación, se vuelve muy nerviosa, está siempre sobreexcitada y monta en violenta cólera sin motivo; no descansa; palpitaciones, punto doloroso. Actualmente, dolor muy agudo en la región lumbar, llora todo el día. Jaqueca oftálmica, enflaquecimiento. La enferma declara que antes de la operación jamás había tenido nada.

M... (Elisa), 36 años, visitada el 17 de Junio de 1901. Sufrió el raspado hace dos años, después de un mal parto. Nunca se encontró bien repuesta, siempre causada. Con laxitud desde que despertó, con dolor de cabeza en la coronilla; no duerme, se siente sin fuerzas. Le atormentan ideas muy negras; prefiere estar sola; los huesos y los músculos le duelen; sin apetito y con toda clase de malestar; es anémica; menstrúa bien; ha tenido siete hijos. Sin antecedentes hereditarios, pero impresionable; las contrariedades la ponen enferma.

J... (Marie), 54 años, visitada el 6 de Junio de 1901. Operada hace nueve años por fibroma uterino, después supresión de las reglas; queda sin fuerzas y sin poder hacer nada; dolor en los ojos, siente picazones y como un casquete que le apretara la cabeza; dolores en los riñones. Se encuentra enferma desde la operación; también padece eczema, que atribuye a la operación. Antes sufrió jaquecas, sofocación, ardores, pero, según ella, se sentía menos enferma que ahora.

B... (Pauline), 47 años, vista el 2 de Marzo de 1901. Operada hace tres años de un fibroma uterino. Después no tuvo la menstruación, sus piernas se hinchan, está siempre fatigada y somnolienta; se siente muy débil y cubierta de sudor; enflaquece progresivamente y experimenta escalofríos. En otro tiempo estaba nerviosa é impresionable, pero jamás tanto, según ella, como después de la operación.

R... (Marie), 39 años, vista el 17 de Mayo de 1901. Se queja de estar siempre cansada, siempre aburrída, «nada la distrae», si se pone á trabajar experimenta jaquecas, tiene miedo de morir, temor de ahogarse de opresión en ciertos momentos; frío sobre la cabeza (casquete). Su memoria disminuye. Experimenta este estado desde hace doce años á seguida de una operación (ovariotomía por quiste del ovario). Después no tiene las reglas. Estado nervioso antes, pero jamás sentía todos estos desórdenes que ahora la inquietan. Engresó después de la operación durante diez años, después enflaqueció para llegar al estado normal.

V... (Camille), 30 años, vista el 11 de Abril de 1901. Operada en Mayo de 1899 de una histerectomía vaginal. Desórdenes nerviosos consecutivos. Estado melancólico, ideas mortificantes, angustias durante la noche. Se siente inepta. Hinchazones, congestiones en los periodos menstruales. Sin síntomas histéricos. Su abuela materna murió á 67 años. Ideas de persecución, alucinaciones del oído.

B... 45 años, vista el 13 de Abril de 1901. Operada hace un año de una preñez extra-uterina; un solo ovario extirpado. Después está siempre lacia, se sofoca al andar, siente puntos dolorosos debajo del corazón; sobre todo al levantarse se siente cansada; engordó mucho (28 libras). La menstruación ha persistido pero irregularmente (dos veces al mes ó á veces una sola vez en dos meses). Estaba nerviosa antes de la operación, mas nunca en tal grado, según dice.

B... (Marie), 49 años, vista el 30 de Septiembre de 1901. Ha tenido 17 hijos. Operada hace diez años (histerectomía vaginal por fibroma); pérdidas abundantes. Después amenorrea absoluta; supone estar nerviosa desde la operación. Abatimiento, silvidos de oídos, sin apetito; cree que «su cabeza va á estallar».

Madame G... (Marie), 36 años. Operada en 1893 de raspado; segundo raspado en 1894. Laparotomía en Junio de 1894. Histerectomía en Diciembre de 1894. Tenía, dice ella, una salpingitis. Después de la operación queda sin reglas, va siempre de mal en peor y no puede hacer nada; no puede sostenerse por la falta absoluta de fuerzas; anda como una borracha. Cefalea frontal, jaquecas muy frecuentes, ideas melancólicas con ansiedad; quisiera acabar con la vida; hablando de sus sufrimientos, llora. Lo que más la atormenta son las picazones de todo el cuerpo, incluso los cabellos; sin erupción. No ha conocido á sus padres.

De momento haremos observar que no siempre nos ha sido posible obtener de los enfermos datos sobre antecedentes hereditarios y que la naturaleza misma de la operación no siempre ha sido bien marcada. Algunos colegas han tenido á bien informarnos sobre la operación por ellos practicada; pero de otros no hemos podido tener ningún informe, debiéndonos contentar con los datos, muchas veces incompletos, suministrados por los mismos enfermos.

Estas observaciones presentan todas un interés notable, pues en todos los enfermos encontramos uno ó varios de los síntomas sobre los cuales Beard había insistido en 1880, en su célebre Memoria sobre la neurastenia: tan pronto la cefalea ó el insomnio, tan pronto la astenia psicomotriz, característica de esta afección.

Resulta, pues, de estas observaciones, que los 31 enfermos han presentado después de la operación un estado neurasténico notable. Nos precisa ahora apreciar su valor.

Para esto hemos de tener en cuenta los puntos siguientes:

Primero. ¿Se trata de una neurastenia determinada por la operación ó de una neurastenia agravada momentáneamente por la operación?

No podemos formalmente fiarnos de la opinión de las enfermas. Para todas, la neurastenia data de la operación, pero lo mismo pueden engañarse que engañarnos (pues la neurastenia puede ser primitiva sin saberlo y agravarse después de la intervención).

Después del trabajo de Beard se han hecho varios trabajos importantes sobre la neurastenia de origen uterino. Weir Mitchell, el primero, en 1881, ha descrito las formas de la neurastenia en el sexo femenino. Mathieu, en 1894, ha estudiado las formas de esta afección, pero sobre todo Siredey, en estos últimos tiempos, ha escrito una monografía sobre la neurastenia uterina.

Resulta de estos últimos trabajos que existe una relación muy evidente entre las ginecopatías primitivas en la mujer y la neurastenia.

La mujer, por su constitución especial, no espera más que una ocasión para caer en la neurosis y todas las afecciones del útero y sus anexos la pueden determinar. Se trata, pues, de una forma secundaria de la neurastenia, parecida en todo á aquella que sobreviene en el curso de las enfermedades del estómago y del intestino, tan bien descritas por Glénard.

El tratamiento médico, cuando es posible, puede llegar á curarla, según afirman los médicos que se han ocupado de esta cuestión.

Se comprende, por otra parte, que el acto operatorio sea susceptible, en las enfermas ya neurasténicas, de agravar momentáneamente su estado. De tal suerte, que no es posible, en los casos relatados, afirmar que la neurastenia haya sido francamente post-operatoria y que no represente más que la agravación de un estado anterior.

Uno de nosotros abordó, á propósito de este hecho, la crítica de la doctrina de la hiposecreción ovariana. Sin volver sobre esta cuestión, es cierto que este modo de apreciar las cosas es un rudo golpe dado á esta doctrina.

Segundo. ¿Cuál es la variedad de esta neurastenia? Hemos dicho ya que se debe considerar, en nuestras observaciones, como secundaria; es, en efecto, siempre consecutiva, sea á la afección del útero ó sus anexos, sea á la operación.

De otra parte, los autores andan discordes en cuanto á la misma naturaleza de la neurastenia. Bouveret y Dejerine admi-

ten que la neurastenia puede desarrollarse de todas maneras sobre un terreno sin predisposiciones hereditarias, dándole el nombre de neurastenia mental. Otros admiten, y son en mayor número, que la neurastenia es de origen hereditario, ó á lo menos piensan, como Mathieu, que nace sobre un terreno neuropático.

Sea lo que sea, existen dos formas clínicas: una benigna, que cura fácilmente y que podría entrar en la neurastenia esencial de Dejerine, y la otra de pronóstico grave, que continúa con la alienación mental y que nace, como esta última, de una predisposición hereditaria.

En el modo de ver de ciertos autores, la neurastenia verdad, esencial, puede ser secundaria, y esta circunstancia es importante desde el punto de vista que la estudiamos.

Hubiese sido, pues, útil en nuestras enfermas establecer con precisión los antecedentes hereditarios, para apreciar en cada una de ellas el pronóstico de la afección. Hemos dicho ya que nos había sido imposible establecerlo, y de otra parte, estas enfermas externas no han podido ser observadas bastante tiempo, para poder hacer la clasificación de sus neurastenias.

He aquí un segundo grupo de enfermos observados en la consulta de *Sainte-Anne*. Son casos de psicosis post-operatoria, de los cuales algunos han comenzado por estados neurasténicos:

Neurastenia. — Acceso maniaco post-operatorio. — M... (Emile), 23 años. Dice fué operada el 25 de Octubre de 1900 de una resección de la espalda. Ocho días después de la operación fué presa de delirio sin fiebre; hablaba, andaba, mandaba, se creía muy poderoso; tenía los sentidos tan sutiles, que el ruido del péndulo le parecía ser el de un moscarlón. Este acceso maniaco con alucinaciones no duró más que ocho días. Jamás había presentado anteriormente cosa análoga; no había excesos alcohólicos. Dos tios han sido alienados y tratados en los Asilos. Después de este acceso maniaco, quedó inquieto; siente obsesiones y teme volverse loco como sus tios; insomnio, jaquecas, hinchazón de estómago después de las comidas, flojedad general.

Neurastenia. — Obsesiones, locura circular. — Madame L... (Anaís), 38 años. Sin herencia patológica, pero siempre nerviosa; se vuelve en ciertos momentos pálida, exaltada durante los períodos menstruales. Operada en 1887 de una hernia estrangulada. Ideas mortificantes, molestas; durante tres meses alucinaciones del oído; oía á su cirujano que le hablaba; insomnio, irritabilidad. En 1891 estaba en la clínica de M. Ball. Supone que después de su operación tiene una forma de locura circular; durante tres años, ocho días antes de sus épocas y ocho días después, está triste ó alegre, con un período normal de quince días, es decir que está quince días triste, quince normales y quince alegre, etc. Volvemos á examinarla en 21 de Octubre; se queja de dolores en el vientre, de insomnios, dolores de cabeza, no está tranquila en parte alguna.

Neurastenia. — Preocupaciones hipocondríacas. — Madame B... (Julie), 40 años, vista el 25 de Enero de 1900. Raspado practicado hace dos años. Pretende estar enferma después de esta operación. Siente dolores en el costado izquierdo; vértigos; no puede soportar nada, llora continuamente; está sin fuerzas, un aniquilamiento completo; dice que no curará. Cefalea frontal.

Neurastenia. — Hipocondría. — Madame viuda D..., 74 años, visitada el 23 de Abril de 1900. Dolores en las piernas, aniquilamiento general, lloros continuos; siempre enferma, no puede digerir. Esto desde que fué operada hace dos años. Laparotomía. Extirpación parcial de la vejiga (?). Después no puede dormir; engorda mucho.

Neurastenia. — Estado melancólico. — Madame P... (Marie), 35 años, vista el 9 de Marzo de 1901. Se queja de oír ruidos musicales y sonidos de campana desde hace dos años y medio. Al mismo tiempo siente golpeo en las sienes, una laxitud general, escalofríos, insomnio, enervamiento considerable; llora continuamente, su cabeza parece se vacía; siempre está triste. Todas estas perturbaciones son, según ella, la consecuencia de una histerectomía hecha hace tres años. Hace ocho años sufrió, á consecuencia de un parto, una doble ovariectomía. Después queda sin reglas; no engordó. Otras veces estaba nerviosa y lloraba fácilmente, mas nunca tuvo crisis nerviosas.

Estas observaciones presentan, á nuestro modo de ver, una real importancia.

Si no se encuentran todos los síntomas de la neurastenia, existen, á lo menos, algunos de ellos, y en particular el aniquilamiento y la sensación de fatiga, que son tan característicos. Viene á unirse á estos signos algunos síntomas de psicosis post-operatoria, principalmente de hipocondría, estados melancólicos, uno de ellos asociado al histerismo, locura circular, con obsesión y un acceso maniaco.

Sin querer discutir la opinión de los que creen que la melancolía y la hipocondría son síntomas de la neurastenia, nos ha parecido bien separarlos para señalar el camino que conduce de la neurastenia á la psicosis verdadera y por consecuencia el paso de la neurastenia á la alienación mental propiamente dicha.

Esta opinión nos conducirá á admitir, apoyándonos en nuestras observaciones, que la psicosis puede en ciertos casos ser el linde de la neurastenia y constituir un nuevo grupo que puede llamarse psicosis post-operatorias secundarias.

R EVISTA DE NEUROLOGÍA,
por el Dr. J. RIUS y MATAS, Médi-
co-interno del Manicomio de San Baudilio.

De la cura de altitud en las enfermedades nerviosas.

La importancia de las curas de aire y de las de altitud para los enfermos afectos de enfermedades del sistema nervioso, hácese de cada día más notoria. El Dr. Laquer ha publicado una monografía relativa á esta cuestión, en la que se ocupa en primer término de los trabajos é investigaciones practicados por fisiólogos y médicos sobre el estado del aire á diversas alturas, su composición y su influencia en la circulación y la sangre.

Para el autor los enfermos que pueden beneficiar de una cura de altitud son solamente los neurópatas funcionales, los neurasténicos, los histéricos antiguos, los niños y adolescentes que, en virtud de tara neurológica, están predispuestos á contraer una neurosis: aquellos que han estado sometidos á una fatiga cerebral prolongada, los neurasténicos sexuales, los basedowianos, exentos de lesiones cardíacas graves, así como también los enfermos extenuados por la malaria y el clima tropical.

En cambio, señala como contraindicaciones: la edad avanzada, la vejez precoz en sujetos debilitados, las afecciones cardíacas y vasculares, la arterio-esclerosis, el enfisema, la nefritis, la epilepsia y los trastornos nerviosos orgánicos, cuya gravedad sea indiscutible.

Por consiguiente, á los enfermos dotados de un organismo vigoroso todavía y con un positivo fondo de reserva para darnos una enérgica reacción, les será altamente provechoso el empleo de la hidroterapia, la permanencia en elevados montes y la respiración de una atmósfera marítima, debiendo, por otra parte, los asténicos, que tan necesitados están de reposo y de todo género de precauciones, prescindir de todos los agentes terapéuticos é higiénicos apuntados, en la seguridad de que les resultarían perjudiciales y agravarían notablemente su delicada situación, y hacer prudente uso de los baños calientes, de los climas templados ó cálidos y de las altitudes medias. — (*Le Progrès Médical*).

Un caso de hemiatrofia facial izquierda. — Rutten ha observado un caso clínico de hemiatrofia facial progresiva. Ex-

puesta la historia del enfermo, detiénese largamente en discutir cual haya podido ser la patogenia de la referida afección, concluyendo por aceptar la probabilidad de una neuritis intersticial progresiva y latente, de origen tóxico ó infeccioso.

La afasia histérica. — La historia de la afasia demuestra palpablemente que su existencia es real é innegable y que el histerismo es susceptible de crear alguna de las formas de la afasia motriz ó sensorial. M. G. Guittain refiere una interesante observación á propósito de la cual se impone el diagnóstico diferencial entre una hemiplegia orgánica con afasia y una hemiplegia con afasia de naturaleza histérica. Atendiendo al modo como se inició la afección, á su marcha y al cuadro sintomático observado, deben ser consideradas la antigua hemiplegia derecha y la afasia, que aquejaba al enfermo en cuestión, como de naturaleza puramente histérica. En apoyo de esto, hace notar el autor la presencia de anomalías y de extravagancias en el aspecto general de la afección y en su desarrollo, como también el estado mental particular de tales enfermos, todo lo cual permite eliminar la idea de una lesión orgánica. — (*Recue Neurologique*),

Contribución al estudio de las causas de la paraplegia en el mal de Pott. — Los doctores Long y Machard han tratado de inquirir las causas exactas de la paraplegia aparecida en el curso de la caries tuberculosa del raquis.

En la mayor parte de trabajos publicados recientemente, relativos á esta cuestión, se hace mención de una gran complejidad de alteraciones histológicas de la médula en la paraplegia.

En último resultado, llégase á las siguientes conclusiones:

1.º Es posible, pero muy raro, que un fragmento vertebral comprima la médula;

2.º Es igualmente raro que la tuberculosis afecte la médula (tubérculos diseminados ó tubérculo único).

3.º Por lo general, la causa primera de la compresión está constituida por las fungosidades interpuestas entre el canal raquídeo y la dura madre;

4.º El mecanismo, por cuyo medio sobrevienen las alteraciones funcionales y las lesiones histológicas medulares, es de los más complicados, puesto que en la mayoría de los casos intervienen en su producción ciertos trastornos vasculares (isquemia, éxtasis sanguíneo, edema), que se asocian en variadas proporciones para determinar la compresión directa de la médula.

Los autores antes citados entienden que, desde el punto de vista clínico, estas paraplegias ofrecen escasísimas variantes

individuales, pero que tanto su anatomía patológica como su pronóstico, son en extremo variables. — (*Archiv. de Neurol.*).

Tétanos, por Kenneth, E. Kellogg. — Informe en apoyo del ácido fénico contra la antitoxina. El autor formula estas conclusiones:

1.º Las observaciones y cifras recogidas patentizan un mayor número de curaciones por medio de los agentes farmacológicos que por la acción de la antitoxina;

2.º El empleo del fenol no contraindica la administración de la antitoxina;

3.º No se dispone de medio alguno preciso para la exacta mensuración de la antitoxina tetánica;

4.º La antitoxina del tétanos no es destruida por su contacto con la solución de ácido carbónico;

5.º La referida substancia no es un producto estable y, además, tanto su composición íntima como sus propiedades son, en la actualidad, poco conocidas y, por consiguiente, no estamos autorizados para saturar continuamente el organismo con su empleo. En cambio, todo lo contrario acontece con el ácido fénico, respecto del cual disponemos de procedimientos seguros y precisos para comprobar su acción y para determinar los límites en que debe ser administrado;

6.º Los experimentos en animales contaminados no acusan un solo caso de curación, aun recurriendo á dosis enormes de antitoxina.

7.º Se han usado algunas veces, alternativamente, en el mismo enfermo la antitoxina y las preparaciones fenicadas, y se ha podido observar que los mejores y más satisfactorios resultados han sido los conseguidos por medio de estos preparados; y

8.º En New-York han ocurrido recientemente tres casos de tétanos; el empleo de la antitoxina ha proporcionado en todos ellos una terminación fatal. — (*The New-York Medical Journal*).

La apendicitis en las familias neuropáticas. — Según Adler, en determinados casos débese el origen de la apendicitis á una *insuficiencia del aparato muscular intestinal*, hereditaria ó neurótica. No es preciso que sea muy intensa para que se produzca consecutivamente el estreñimiento crónico, siendo bastante que por dicho motivo se vea el apéndice ileo-cecal privado de sus elementos contractiles, indispensables para la expulsión de las substancias en el mismo contenidas. — (*Archiv. de Neurol.*).

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SAN BAUDILIO

Enero de 1904

Empezamos el año con una población de **1,262** alienados, de los cuales **791** pertenecen al sexo masculino y **471** al femenino, habiendo **31** individuos más que en igual día del año anterior.

En este primer mes la población vesánica ha tenido un aumento de **1** individuo, pues habiendo ingresado **14** alienados, han salido **13**, con la particularidad de que estos últimos son todos del sexo masculino, no contandose ninguna baja en la Sección de mujeres, hecho que no se había registrado durante un mes completo en el Manicomio desde su fundación, efectuada hace más de 50 años.

De los ingresados, **10** son hombres y **4** mujeres, dependiendo seis de aquéllos y todas éstas de la Diputación de Barcelona, un hombre de la de Lérida, otro de la de Huesca y otro de la jurisdicción militar, habiendo también ingresado un hombre como pensionista, á petición de su familia.

De los que han sido baja, **2** lo fueron por orden superior (militares), **1** á petición de su familia, hallándose el enfermo bastante aliviado, y **10** por fallecimiento, siendo las enfermedades que lo determinaron las siguientes: tuberculosis pulmonar y laríngea, (3); caquexia pelagrosa, (2); parálisis general, (1); endocarditis crónica, (1); hemorragia cerebral, (1); ataque epiléptico, (1), y catarro intestinal crónico (1).

En igual mes de los dos años anteriores ocurrieron en el Manicomio **34** defunciones en 1902 y **16** en 1903, habiendo habido, pues, una diferencia á favor del actual de **24** y **6**, respectivamente, con la particularidad de que más de las dos terceras partes de la primera cifra y la mitad de la segunda corresponden al sexo femenino, que en este mes, como he hecho notar más arriba, no ha dado contingente á la mortalidad. De algo habían de servir las radicales reformas que se han hecho en la Sección del Manicomio ocupada por las mujeres.

**

A fines del año pasado hubo un pequeño paréntesis en las nuevas obras en construcción, efecto de la angustiosa situación económica por que pasa el Establecimiento á causa del retraso con que satisfacen sus créditos la mayor parte de las Diputaciones provinciales que tienen aquí sus enfermos de la mente, pero á pesar de ello se ha proseguido la reforma de algunos edificios y se ha dado término á la construcción de un espacioso *frontón* que ha de servir de solaz á los numerosos enfermos que estén en condiciones de ejercitar sus fuerzas al aire libre. Considero este aditamento como muy útil para la terapéutica mental.

DR. RODRÍGUEZ-MORINI.

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SANTA AGUEDA

Enero de 1904

Sin perjuicio de que en sucesivos números de la REVISTA demos noticias más circunstanciadas de este frenocomio, por medio de una Memoria comprensiva de su descripción y datos demográfico-médicos del movimiento de los enfermos en él reclusos durante los cinco años que como tal Manicomio viene funcionando, remitiremos mensualmente á la Redacción de la REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA el *Boletín* indicativo de las altas y bajas de su población durante cada mes, facilitando en nuestra modesta esfera de acción la conveniente labor de que se unifique y conozca el movimiento manicomial en España.

Solo apuntaremos el avance estadístico del número de enfermos reclusos en este Manicomio el día primero del año actual, como necesario elemento y punto de partida de los datos estadísticos ulteriores: **206** hombres y **168** mujeres componían la población manicomial de Santa Agueda, en la precitada fecha, constituyéndola los enfermos reclusos por cuenta de las Diputaciones de Alava, Guipúzcoa y Burgos, amén de un número bastante considerable de pensionados.

Durante el mes de Enero han ingresado **9** hombres y **3** mujeres, siendo baja en el mismo tiempo **6** hombres y **5** mujeres.

De las salidas, **5** en hombres y **4** en mujeres han sido por defunción y **1** de cada sexo por curación.

Las enfermedades ocasionales de la defunción han sido: pneumonia notada en hombre de 78 años, afecto de demencia senil y llevaba 19 meses de estancia; insuficiencia cardiaca en epileptico de 71 años y 5 años de Manicomio; enterocolitis aguda, en melancólico de 61 años y 7 meses de reclusión manicomial; hemorragia cerebral en maniaco agudo de 68 años de edad y 5 meses de estancia; catarro sofocante en un demente senil de 71 años y 19 meses de reclusión manicomial; demencia paralítica en enferma de 36 años y 3 $\frac{1}{2}$ años de residencia; coma epileptico en enferma de 27 años de edad y 10 meses de estancia; parálisis general en enferma de 45 años y estancia de 2 años, y finalmente caquexia cerebral en una demente secundaria de 37 años y 18 meses de estancia.

Han salido curados, un pensionado afecto de melancolía delirante, de 25 años de edad y que ha permanecido en tratamiento y observación de curación 9 meses; y una joven de 23 años de edad y que, ingresada hace 5 años con diagnóstico de demencia precoz, después de permanecer durante 3 años en un estado de profunda debilitación mental, fué recuperando paulatinamente la integridad intelectual; en el Manicomio ha aprendido á leer y á escribir.

DR. AÑIBARRO.