REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA

AÑO II * * * * * SEPTIEMBRE 1904 * * * * * NÚM. 21

SUMARIO: 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 (continuación), por el *Dr. Rodríguez Méndez*. — Las tres grandes cuestiones tratadas en el Congreso de alienistas franceses, celebrado en Pau (Agosto, 1904), por el *Dr. Rodríguez-Morini*. — La electroterapia y las neurosis, por el *Dr. J. Rius y Matas*. — Un caso de histerismo traumático (Nota clínica), por el *Dr. D. César Juarros*.—Boletín del Manicomio de San Baudilio, por el *doctor Rodríguez-Morini*. — Boletín de los Manicomios de Ciempozuelos, por el *Dr. Francisco Maraver*. — Boletín del Manicomio de Santa Agueda, por el *Dr. Ricardo de Aníbarro*.— Sección Varia.

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).

De él, del R. D. de 19 de mayo de 1885, he de decir, en primer término, que fué de todo punto inconveniente y que nos apartó por modo violento é injustificado de la tendencia científica y humanitaria de las demás naciones, sin provecho para nadie y con lesión de muchos.

Varias conferencias habría de menester para ir comentando é impugnando, detalle por detalle, este malhadado R. D. Como sería inoportuno, tan inoportuno como la disposición que censuro, abusar de vuestra ilimitada cortesía, voy en síntesis, sin atenerme al orden de lo escrito, á señalar los defectos y á justificarlos con algunos conceptos, no todos los que me ocurren.

(1) Continuación. Véanse los números 13, 14, 15, 16, 17, 19 y 20.

© Biblioteca Nacional de España

Como los pecados capitales, á siete reduciré los defectos de lo hoy vigente para el ingreso de los vesánicos en los manicomios:

Es *complicado*. Admite dos términos en la hospitalidad de los locos: de observación y de reclusión definitiva (art. 1.°), que no son precisos, que no los aceptan otras naciones y que son absurdos. La observación, que debe durar tres meses, seis en casos dudosos, no es un período de observación: es un período de tratamiento, como debe serlo también la reclusión definitiva, reclusión que científicamente no es siempre definitiva. Quizás partiendo de procedimientos de Sanidad militar, se ha llevado á la locura esa reglamentación del tiempo, que si allí tiene hasta cierto punto justificación, aquí es por completo equivocada. No es la locura un fenómeno que como la salida del sol y las fases lunares se preste á estas divisiones cronométricas. Tres meses, seis meses, pueden ser mucho lapso para una reclusión manicomonial en unos enfermos; tres meses, seis meses, pueden ser breve tiempo para las formas de locura de evolución lenta y para aquellas otras que, curadas, exigen un período de *observación* (en este caso la palabra es exacta) más ó menos largo, con tanteos, con salidas, con vigilancia, etc.

Traer á un Reglamento, que debe ser sencillo y expedito, esos dos términos, es embrollar el asunto sin utilidad de ninguna suerte.

Obligan esos dos términos á dos documentaciones distintas y á la intervención de varias personalidades, que en rigor no son precisas.

A su vez cada una de estas documentaciones es muy compleja.

Para que un presunto *alienado* (así dice el R. D.) pueda ser admitido se necesita nada menos que lo siguiente: 1.°, instancia del pariente más cercano; 2.°, certificado

© Biblioteca Nacional de España

expedido por dos médicos; 3.°, V.° B.° del Subdelegado del distrito; 4.°, informe del Alcalde.

Pasen los dos primeros documentos, por más que el segundo puede presentar no pocas dificultades, en puntos en que sólo hay un médico y que quedan á las veces incomunicados largo tiempo, como ocurre en varios sitios de la región pirenaica. Mas lo que no puede pasar es esa intervención del Subdelegado, nunca vista aquí ni en parte alguna. ¿Qué significa ese V.° B.°? ¿Acreditar que el firmante tiene registrado su título en la Subdelegación? Pues es un trámite que entorpece el ingreso del enfermo. ¿Hacer que el Subdelegado examine al loco, como hacen no pocos de ellos, aumentando así los gastos para la familia y el tiempo para el enfermo? La no precisión de lo que representa ese V.° B.° ha motivado dificultades, que ciertamente no han simplificado la tramitación. Y ¿si el Subdelegado difiere de la opinión de los médicos que certifican?

Lo más peregrino de la innovación es el informe del Alcalde. ¿Informe sobre qué? ¿sobre los médicos? ¿sobre el enfermo? ¿sobre el solicitante? Menos mal en los pueblos de escaso vecindario, si no se tropieza con un monterilla irreductible é ingobernable; pero en las grandes poblaciones el Alcalde ignora, casi siempre, de que se trata y elude cuanto puede el informe; instado, delega en el Secretario, en el Teniente Alcalde, que tal vez no sepan más que él; á su vez toman informes del Alcalde de barrio, del Guardia municipal, del sereno, de un vecino... de un *competente* cualquiera; y si ocurre que uno de estos *científicos* no cree ó no sabe que N. es loco, su informe adverso repercutirá en la Alcaldía y tal vez el fallo de un Guardia detenga los efectos de la certificación médica, dejando á los peritos en situación poco airosa. ¿Va el Alcalde á ver el enfermo? ¿Va el enfermo

© Biblioteca Nacional de España

á visitar al Alcalde? ¿Va el Subdelegado? ¿Van los médicos?

Caso práctico.

Una degenerada, imbécil, pasa los primeros años de la vida escolar de colegio en colegio, distinguiéndose siempre por su indocilidad é impulsiones. Agotados todos los recursos disciplinarios, era despedida de una casa de instrucción, después de otra y así sucesivamente hasta los doce ó trece años. Incompatible con la vida del hogar doméstico, logró el padre su ingreso en un colegio de los alrededores de Barcelona, previa confesión del estado anómalo de su hija y comprometiéndose á pagar doble precio y los innumerables extraordinarios representados por la rotura de ropas y muebles. La casa de educación se convirtió para la niña, no en lugar de corrección, sino en cárcel, pasándose buena parte del tiempo en un calabozo preparado con la oportunidad debida. A los pocos meses, ante el alboroto continuo, el espíritu de indisciplina que comunicó á varias alumnas, el miedo de las otras y la impotencia, confesada, de las religiosas que dirigían el colegio, la desventurada niña fué entregada á sus padres. Se repitió la misma historia en otro colegio, en donde abonaron pensión triple hasta que las directoras agotaron sus medios y su paciencia. Reingresó en el hogar.

Era el caso evidentísimo: debía ser recluída en un manicomio, ya que por la falta de escuelas ortofrénicas, no se enderezó el psiquismo de la enferma en la época oportuna. La oposición de los padres á su ingreso en una casa de orates, único recurso que restaba, duró algunos meses, durante los cuales se repitieron con intensidad creciente los ataques impulsivos contra personas y objetos, hubo varias tentativas de suicidio y aquel tranquilo domicilio se convirtió en un verdadero campo de

© Biblioteca Nacional de España

Agramante. Rendidos ante la evidencia, saturados de emociones intensas, en intranquilidad continua noche y día, enferma de gravedad la madre, rendidos el hermano y el padre, abandonadas las ocupaciones de éstos, escandalizados los vecinos que se quejaban amargamente, se acordó al fin recluir la enfermita. *Acababa de aparecer el R. D.*

De largos años era yo el médico de la casa. Mi certificación y la de otro compañero fué asunto breve. El Subdelegado tardó más, porque no entendía bien su V.° B.°; vió varias veces á la enferma y quedó convencido de que el caso era «de verdadera y notoria urgencia», «de que la presunta *demente* no podía permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas á personas que vivían en las habitaciones contiguas ó sin perjuicio evidente para la salud del mismo paciente» (art. 5.°). Como se trataba del primer caso en que intervenía, sus vacilaciones estaban justificadas; pero transcurrieron algunos días y la situación lamentable de la familia se prolongaba más de lo debido.

Ahora el Alcalde, también novicio en estos asuntos. Recorrió la instancia pidiendo informe toda la escala municipal de un Barcelona, que no es corta, llegó á la Alcaldía, estudió la persona que entonces la desempeñaba sus obligaciones, pidió informes al inmediato, éste al suyo y así de descenso en descenso hasta el Alcalde de barrio y el Municipal de guardia, á quienes, porque así fuera ó por temor á enredos, *no les constaba nada.* Atascada así la evolución del expediente, no he de contar todas las incidencias: se pueden suponer.

En tanto el calor arreciaba, en la casa se habían cerrado puertas y ventanas, reforzando algunas de ellas con barras de hierro y creando para la enferma y los

© Biblioteca Nacional de España

deudos un medio peligroso, más peligroso por el agotamiento moral y el físico; si se cuidaba de la enferma, se desatendía el expediente, etc. Por fin, *al mes y medio* ingresó la desdichada en el Manicomio de Nueva Belén, dejando á sus padres y hermanos bárbaramente quebrantados entre las violencias del delirio de la hija y las crueldades de la reglamentación.

Este hecho, del que fuí testigo ocular, sin duda. por ser el primero, tuvo más obstáculos que ningún otro; pero si restamos las dudas de esa primicia, quèda habitualmente una tramitación penosa, propensa á detenciones y hasta á pararse en cualquiera de las etapas de que consta. En mi enferma ni preocupaba la curación, que era imposible en cuanto á lo fundamental, ni podían existir dudas en cuanto al diagnóstico; pero en los casos en que la curación es posible acudiendo á tiempo y en los que se prestan á la duda ¿no se repetirán esas dificultades? Desgraciadamente, así ocurre de ordinario. En mi enferma casi de milagro se evitó una tragedia por estar prevenidos y por tenérselas de haber sólo con las fuerzas de una niña endeble por su mal vivir; pero en casas con menos recursos, con menos noticias acerca de las tendencias morbosas y con más bríos del vesánico ¿no podrá adquirir el hecho la espantosa grandeza de lo trágico? En este terreno pudiera narrar sucesos lamentables. Para mi tesis, para decir que ese R. D. ha traído una vituperable complicación á asuntos que exigen con frecuencia rapidez en el ejecutar y sencillez en los procedimientos, me basta con admitir la posibilidad, y ésta existe.

Hecho el ingreso, después de pasar por esas horcas caudinas, que vistas de cerca son crueles y más crueles todavía por tratarse de sucesos violentos en todo caso, queda otra etapa, *el expediente de reclusión definitiva*. dea

© Biblioteca Nacional de España

Menos mal que durante la elaboración de este nuevo engendro está ya el enfermo bajo la protección del Manicomio y poco han de molestarle las suspicacias y dudas burocráticas. Ahora, la familia, como si no tuviera bastante con los contratiempos de la enfermedad y con las adversidades reglamentarias, sigue en la brecha, ha de incoar el expediente judicial de reclusión definitiva, acreciendo los gastos ya hechos en el primero, y ahora también ha de intervenir el Juez de primera instancia (así llamado en aquella época).

Paréceme que huelga toda esta última tramitación. La enfermedad, bien comprobada y diagnosticada, en el momento del ingreso, no ha menester nuevas comprobaciones, certificados y autos. Las familias pobres han de sufrir con este nuevo expediente y han de esquilmar sus escasos recursos, perdiendo tiempo, jornales, quizás viajando, etc., para llegar, en resumen, á que el Juez falle en asuntos que no entiende y en que ha de estar á lo que digan los médicos.

Bueno que intervenga en casos en que sea necesaria la determinación de responsabilidad ó de capacidad, en armonía con lo preceptuado en los Códigos correspondientes, mas no debe intervenir en que el padecimiento dure más ó menos, como no lo hace en los enfermos que residen en otros hospitales ó sanatorios, y cuya situación mental puede ser peor que la del mismo loco.

Su intervención no se ha de repugnar en caso alguno, pero ni debe abusarse de ella ni hacerla obligada sistemáticamente fuera de su esfera: el Juez castiga, pero no previene. Esta intervención, en tanto no haya delito ó se haya de esclarecer si existe, debe ser puramente gubernativa, policiaca. Así lo exige la naturaleza del hecho y así lo demanda, siquiera por caridad, la lentitud de los procedimientos judiciales, no compaginable en

© Biblioteca Nacional de España

modo alguno con las perentorias y urgentes necesidades de un enfermo.

Otros aspectos del R. D. comprobarían el defecto de que le acuso: es *complicado*. Con lo dicho hay de sobras para convencerse de la inutilidad y de lo contraproducente de esta complicación. Además de ser complicado, este carácter no lleva á parte buena y no debe ser aceptado.

En buena lógica el legislador, si pretende y quiere, cual es su misión, hacer el bien para todos, no debe de llenar de obstáculos el camino, antes bien debe amparar á todos en su derecho, y no hay derecho más indiscutible, más grande y más humano que el derecho que tiene el enfermo á recobrar su salud, á no ser perjudicado cuando menos. El R. D. bordea, si es que no cae dentro del campo, los crímenes de lesa humanidad, de humanidad enferma, de humanidad enferma de locura.

Para demostrar mi tesis he tomado el ejemplo más sencillo: ingreso de un pudiente en un manicomio particular. Espanta pensar en los numerosos casos en que se trata de pobres que solicitan el auxilio de la Nación para que los acoja en los establecimientos de beneficencia generales, provinciales y municipales. Ya no son días, ni semanas de espera: son meses, años en ocasiones. La demencia ó la muerte, más compasivas que el Estado, zanjan la cuestión por modo inapelable. Cuando la resolución burocrática llega, llega tarde, demasiado tarde. Callo las consideraciones de índole moral y social que se abocan á mis labios: Un solo concepto: la complicación de ese R. D. es, además, cruel.

(Se continuará)

© Biblioteca Nacional de España

LAS TRES GRANDES CUESTIONES TRATADAS EN EL CONGRESO DE ALIENISTAS FRANCESES, CELEBRADO EN PAU (Agosto, 1904), por el Dr. *A. RODRÍGUEZ MORINI*, Médico-Director del Manicomio de S. Baudilio de Llobregat.

En el anterior número de la REVISTA dí cuenta en cortas líneas de la sesión inaugural del Congreso de alienistas y neurólogos franceses, celebrado en Pau en la primera semana del pasado Agosto. Hoy debo hablar de las tres principales cuestiones que ocuparon la atención de los congresistas, y que formaban los temas oficiales de discusión, conforme se acordó en el Congreso celebrado en Bruselas en el pasado año.

El primero de los temas se refiere á un asunto de nosología y etiología psiquiátrica, *Las Demencias vesánicas*, estando encargado de la ponencia el Dr. Deny (de París); el segundo, dedicado á la anatomía y fisiología nerviosa, *Las localizaciones de las funciones motrices de la médula*, fué desarrollado por el Dr. Sano (de Amberes), y el tercero, que hacía referencia á una cuestión de régimen manicomial, *Medidas que debieran tomarse respecto á los alienados criminales*, fué brillantemente expuesto por el ilustre alienista Dr. Keraval (de Ville-Evrard).

La primera y la tercera cuestión suscitaron animadas y largas polémicas, en las que intervinieron las más prestigiosas personalidades que asistieron al Congreso. La discusión del segundo tema fué más reposada y más breve.

Voy á intentar hacer un conciso extracto de las principales ideas vertidas por los ponentes y por sus contrincantes.

© Biblioteca Nacional de España

Demencias vesánicas. — Dice el Dr. Deny que con el nombre de demencias vesánicas se conocen los estados de debilidad permanente, progresiva y definitiva, de las facultades intelectuales, morales y afectivas, consecutivos á diversas psicopatías. Las demencias vesánicas son, por lo tanto, enfermedades esencialmente *secundarias*, y como consecuencia de esta definición, parece natural que antes de describirlas sea necesario estudiar los tipos de psicopatías que las preceden.

En teoría, esto sería lo lógico; pero en la práctica se presentarían serios inconvenientes, ya que las demencias consecutivas ó secundarias acaban todas en un momento determinado de su evolución por parecerse y confundirse en sus síntomas, hasta el extremo de que se hace imposible, al estudiarlas, reconocer la afección primitiva de que provienen.

Teniendo esto en cuenta, no hay otro remedio que estudiar en conjunto todas las demencias vesánicas, ya sean secundarias de la *manía*, *melancolía*, de las *psicosis degenerativas*, etc., etc., de la misma manera que se estudian con el nombre de *demencias neurósicas*, los estados demenciales consecutivos á la *epilepsia*, al *histerismo*, á la *corea*, etc.

De algunos años á esta parte se ha progresado mucho en el conocimiento de la anatomía patológica de las demencias, y teniendo en cuenta lo inseguro de su clasificación clínica, se inclinó el Dr. Deny á abandonar la idea de las demencias vesánicas y á borrarlas, por lo tanto, del cuadro de la nosología psiquiátrica para considerarlas como *demencias orgánicas*, dividiéndolas en dos grandes grupos: las que son debidas á *lesiones circunscritas, solitarias ó múltiples* y las que reconocen por causa *lesiones difusas y generalizadas desde un principio;* este segundo grupo podría subdividirse en

© Biblioteca Nacional de España

otras dos, según que se trate de lesiones *agudas* ó *crónicas, reparables* ó *destructivas*.

Antes de llegar á estas conclusiones, que sintetizan el trabajo del Dr. Deny, hace el autor una acabada exposición de lo que entienden la mayor parte de los autores franceses por *demencia precoz* y *demencia tardía*, como consecutivas á estados vesánicos, combatiendo con sólidos argumentos estas opiniones tan generalizadas y probando con razones clínicas, anatómicas y fisiológicas, que la *demencia precoz*, admitida como forma nosológica autónoma en Alemania desde hace más de doce años, no puede en manera alguna ser considerada como una simple demencia vesánica rápida, consecutiva á las psicosis de la pubertad y de la adolescencia, sino como una entidad morbosa perfectamente definida, conforme lo ha demostrado el insigne Kraepelin (1). Tampoco aceptó el Dr. Deny la teoría de la demencia vesánica tardía, creyendo que en definitiva debía borrarse del cuadro de enfermedades mentales el antiguo grupo disparatado y heterogéneo de las demencias llamadas vesánicas ó secundarias.

Estas ideas, tan en contraposición á las admitidas por la generalidad de los psiquiatras franceses, fueron vivamente combatidas por la mayor parte de los congresistas que discutieron el tema del Dr. Deny, sobre todo en lo referente á la demencia precoz, que no sólo en Francia, sino en Alemania, suscita actualmente grandes controversias, amenazando seriamente la brillante concepción de Kraepelin.

Los doctores Doutrebente (de Blois), y Vallon (de

(1) Estas mismas ideas tuve el honor de exponerlas en una comunicación presentada en el Congreso internacional de Medicina celebrado en Madrid, y titulada *Contribución al estudio de las psicopatías de la pubertad y especialmente de la demencia precoz*.

© Biblioteca Nacional de España

París), protestaron con energía contra la importancia dada á la demencia precoz, calificándola de nuevo dogma plagado de los mismos defectos que el de la degeneración mental, del cual viene á ser una secuela. Admiten la existencia de la demencia precoz los doctores Colici y Pactet (de Villejuif), pero considerándola siempre incurable y no aceptando que pueda manifestarse después de los 30 años.

Los Sres. Dide (de Rennes) y Masselon (de Pau), muéstranse partidarios de la doctina íntegra de Kraepelin, insistiendo el primero de dichos señores sobre los signos físicos de la demencia precoz, muy útiles para hacer rápidamente el diagnóstico de la afección, y tratando el segundo de determinar los límites psicológicos de la enfermedad.

Otras opiniones fueron expuestas, distinguiéndose por su radicalismo la del Dr. Garnier (de París), representante de los clásicos y de los irreductibles, que cree que la demencia precoz no sería en definitiva más que una especie de idiotismo retardado.

A todas las objeciones contesta enérgicamente el Dr. Deny, ridiculizando las acusaciones poco científicas que contra él se han lanzado al presentarle como demoledor de la obra de la gran escuela psiquiátrica francesa, en provecho de las doctrinas alemanas. Mantiene todas sus conclusiones, y en lo que se refiere á la demencia precoz, afirma terminantemente que estudiando sin prejuicios su etiología, su anatomía patológica y su evolución, hay que rendirse á la evidencia y aceptar que dicha enfermedad no es en manera alguna una demencia secundaria y que su origen obedece á causas accidentales, como ocurre con la parálisis general, á la cual tanto se parece por muchas circunstancias.

Terminada la rectificación del ponente, intenta un

© Biblioteca Nacional de España

señor congresista recabar del Congreso una opinión definitiva sobre la demencia precoz; pero el Dr. Brissaud, que presidía la sesión, se opuso á esta pretensión, declarando que en la actualidad una conclusión del Congreso referente á dicho asunto sería imposible de formular, pues resultaría poco explícita y poco científica.

LOCALIZACIONES DE LAS FUNCIONES MOTRICES DE LA MÉDULA ESPINAL. — El bellísimo trabajo del ponente Dr. Sano, viene á ser una sucinta historia de todas las teorías y de todos los estudios experimentales que se han ido conociendo respecto del particular.

Las localizaciones motrices de la médula espinal fueron ya estudiadas en Francia por Vulpian y Hayem y por otros hombres tan esclarecidos como Paul Bert, Ferrier, David y Prevost, siguiendo diferentes métodos de estudio basados en la anatomía normal, en la anatomía patológica, en la fisiología, en la clínica, etc., pero los resultados no eran seguros ni satisfactorios hasta que Nissl (de Heidelberg) reglamentó el método experimental, el único que han seguido después los que se han ocupado de este asunto.

El método de Nissl consiste en lo siguiente: prodúcese experimentalmente una lesión periférica en un nervio ó en un músculo, y quince días después se examinan las células de los cuernos anteriores de la médula espinal en busca de la «reacción á distancia» que debe haberse producido; esta reacción se descubre por la coloración de las células por el azul de metileno. Por este método se puede determinar de una manera precisa la relación funcional que existe entre un determinado número de células y la inervación de un músculo ó de un grupo de músculos.

Los errores que se han cometido y puedan cometerse empleando este método experimental, dependen de fal-

© Biblioteca Nacional de España

tas técnicas personales ó de las diversas disposiciones medulares de los animales sujetos á la experimentación, pero en modo alguno amenguan el valor del método de Nissl.

En dos grandes períodos pueden dividirse los trabajos experimentales que se han llevado á cabo siguiendo la técnica del método de Nissl. En un primer período los autores se han contentado con provocar lesiones nerviosas, demostrando Marinesco, por este medio, que cada nervio raquídeo posee, en general, en el cuerno anterior de la médula espinal, un núcleo principal y varios núcleos accesorios; el núcleo principal corresponde á un nervio determinado, excepto para el mediano y el cubital, que tienen un núcleo principal común. En el segundo período, la experimentación se ha practicado de modo preciso, seccionando y arrancando músculos y determinándose que cada uno de ellos tiene un núcleo propio de inervación. Van Gehuchten y de Neef fueron aun más allá en sus experimentaciones, amputando segmentos de miembros y descubriendo localizaciones todavía más precisas en la médula. Las relaciones entre los músculos y los núcleos medulares quedan establecidas de una manera perfecta: á cada músculo corresponde un núcleo, á cada grupo funcional muscular está ligado un grupo de núcleos y á cada segmento de miembros corresponde, en la médula, una zona bien determinada, en la que están incluídos los núcleos funcionales precedentes.

Bastan estos detalles, extractados del trabajo leído por el Dr. Sano, para comprender la importancia del mismo.

Todos los congresistas que tomaron parte en la discusión de este tema aplaudieron calurosamente la ponencia del Dr. Sano y limitaron sus objecciones á

© Biblioteca Nacional de España

asuntos de detalle que en nada modificaban las ideas fundamentales del autor.

MEDIDAS QUE DEBIERAN TOMARSE RESPECTO Á LOS ALIENADOS CRIMINALES. — Ha sido el tema que más interés despertó entre los congresistas, el más vivamente discutido y el de resultados más prácticos é inmediatos, puesto que el Congreso aprobó conclusiones muy precisas para someterlas á la consideración de los poderes públicos. Los Sres. Drouineau y Pelletier, representantes del Ministro del Interior y del Prefecto del Sena, siguieron con marcada atención la discusión de este asunto y tomaron buena nota de las principales ideas vertidas acerca del mismo.

El trabajo del Dr. Kéraval es tan hermoso y tiene tanta trascendencia, que merecería que la REVISTA FRENOPÁTICA lo publicara íntegramente, pero nos lo impide hacerlo su mucha extensión. Lo extractaré con la mayor claridad que me sea posible.

Está dividido en dos partes. La primera está consagrada al *estudio histórico* de la cuestión, y en la segunda trata el autor de los *problemas que deben resolverse.*

En la parte histórica no se limita el ponente á enumerar las ideas que han reinado sobre el particular, sino que hace un estudio analítico de las mismas, exponiendo y comentando las principales razones en que cada autor apoya su manera de apreciar la cuestión.

Al empezar á desarrollar la segunda parte, cree el autor conveniente dividir el problema en tres grupos: el referente á los *alienados criminales*, *el de los criminales alienados* y *el de los alienados peligrosos, viciosos* ó *depravados*, acerca de cuyos grupos variarán las medidas que deben adoptarse, ya que varían muchísimo las condiciones de los enfermos.

Los *alienados criminales* son, como su nombre indica,

© Biblioteca Nacional de España

enfermos de la mente, que han cometido un crimen ó delito bajo la influencia de su estado mental, por cuyo motivo han sido declarados irresponsables y conducidos á un asilo.

Los *criminales alienados* son, por el contrario, individuos sanos de la mente al cometer el crimen y que se vuelven locos al cabo de algún tiempo. Son en realidad criminales que luego enferman.

Los *alienados peligrosos*, *viciosos* ó *depravados*, son enfermos de la mente que en virtud de su dolencia ó de sus malos hábitos resultan molestos ó peligrosos para los compañeros de reclusión y para el personal del Manicomio.

Primer grupo. — Admítese generalmente que los alienados criminales deben depender de la autoridad judicial durante toda su vida, que no deben recobrar su libertad más que mediante certificación facultativa en la que se consigne que *no se sospecha una recaída* y que debieran, durante su reclusión, permanecer en Asilos especiales, llamados Manicomios judiciales, sujetos á un régimen particular bajo la dependencia exclusiva del Estado.

Todas estas medidas, que tienen un carácter penitenciario y que colocan á los enfermos de la mente al mismo nivel que los presidiarios, las combate con sólidos razonamientos el Dr. Kéraval, demostrando que no todos los alienados criminales son peligrosos y no deben estar sujetos á un régimen de represión común, debiendo variar éste según cada caso particular, que nadie más que el médico tiene derecho á determinar. Huelgan, por lo tanto, los Asilos especiales para los alienados criminales, Asilos que además de inútiles resultan inhumanos. Santo y bueno que dichos enfermos dependan en cierto modo de la autoridad judicial, sobre todo para decretar

© Biblioteca Nacional de España

su reclusión y para autorizar su salida una vez curados, previo el informe del médico-director del Manicomio, pero de ningún modo debe considerárseles como formando parte de una colonia penitenciaria bajo la inspección de la justicia.

Segundo grupo. — ¿Existen en realidad criminales alienados? ¿Los criminales alienados no estaban realmente enfermos en el momento en que fueron condenados? Cree el Dr. Kéraval, fundado en los trabajos de Collin, Pactet, Tatzy y P. Garnier, que en la mayor parte de los casos han sido considerados como responsables individuos enfermos de la mente, que de haberles sujetado á un examen médico legal, se hubiera reconocido su alienación mental, no siendo, por lo tanto, condenados. El número de criminales alienados sería entonces sumamente reducido y á los criminales á quienes en realidad se les apreciara trastornos mentales después de su condena se les podría sujetar al régimen común de los demás alienados ó bien someterles durante algún tiempo á una observación especial, hasta que se comprobara su enfermedad, en cuyo caso deberían ser internados en un Manicomio, y de demostrarse la simulación ó la curación de la dolencia, volverían á quedar á disposición de la autoridad judicial. En Francia cuentan con un Asilo especial, el de Gaillon, que podría servir para estos casos.

Tercer grupo. — Los *alienados peligrosos, viciosos y depravados* que tanto abundan en los Manicomios de gran población vesánica y que según algunos autores debieran estar sujetos á la autoridad judicial, recluyéndoles en Asilos especiales al lado de los alienados criminales no deben, en concepto del Dr. Kéraval, perder su carácter de alienados comunes y ser, por lo tanto, objeto de medidas coercitivas dictadas por las autoridades. En

© Biblioteca Nacional de España

los Manicomios donde existe el hacinamiento de enfermos, y donde la vigilancia tiene forzosamente que ser deficiente, estos locos peligrosos ó molestos llegan á constituir un serio peligro para la seguridad y la tranquilidad de los demás enfermos, pero el mal no depende de ellos, sino de la defectuosa organización del establecimiento. Corríjase ésta, establézcanse locales aislados para dichos enfermos, extrémese la vigilanciala y disciplina, examínese cada caso particular para sujetarlo á régimen especial dentro del Asilo, y el peligro desaparecerá, los hábitos viciosos se correjirán fácilmente y el número de estos alienados peligrosos quedará sumamente reducido, sin que la justicia tenga que intervenir para nada en este asunto, que ha de ser de la incumbencia exclusiva de la dirección facultativa de los Manicomios (1).

Ante la dificultad de seguir extractando las hermosas ideas expuestas por el Dr. Kéraval en su Memoria, termino este asunto condensando en pocas líneas las conclusiones formuladas por el autor.

Medidas preventivas. — Es necesario prevenir, hasta donde sea posible, los crímenes y delitos que puedan cometer los alienados antes de su reclusión en un Manicomio. Para ello, es urgente facilitar la rápida admisión de los enfermos de la mente en los Asilos, simplificando las formalidades administrativas, excitando el celo de los médicos para que aconsejen á las familias la reclusión de sus deudos enfermos y vulgarizando por toda clase de medios el concepto científico de las locuras, destruyendo prejuicios insanos y haciendo responsables civil-

(1) En este mismo número de la Revista, en la sección destinada al Manicomio de San Baudilio de Llobregat, dedico algunos párrafos á este asunto, resultando que lo practicado en este Establecimiento, está felizmente de acuerdo con las ideas sostenidas por el Dr. Kéraval.

© Biblioteca Nacional de España

mente á los que por negligencia sean causantes de los crímenes cometidos por alienados (1).

Es posible prevenir los crímenes y delitos cometidos por los alienados que han salido de los Manicomios por curación ó mejoría de su enfermedad. Contra las salidas prematuras puede oponerse el *open-door*, la colonización familiar y las salidas mediante ciertas garantías de seguridad.

Los alienados criminales puestos en libertad, pudieran quedar sujetos á la vigilancia y cuidado de Sociedades de protección, como se hace en algunas partes con los penados que han cumplido su condena.

En caso de recidiva de su enfermedad mental, debieran ser recluídos otra vez en los Asilos.

Disposiciones judiciales. — Intervención de los Tribunales para decretar la reclusión y salida de los alienados criminales de los Manicomios, mediante la instrucción de expedientes médico legales.

Reforma de los procedimientos judiciales en lo que se refiere á los criminales que adquieran una enfermedad mental después de su condena, quedando bajo la acción de los Tribunales en lo referente á su salida del Asilo, en caso de curación de la dolencia.

Ninguna intervención de la autoridad judicial respecto á los locos peligrosos.

Disposiciones médico-administrativas. —Nada de Asilos especiales para los alienados criminales. Constituiría esto la existencia de colonias penitenciarias para enfermos, que en modo alguno pueden aceptar los psiquiatras modernos, pues además de ser inútiles y per-

(1) Todo esto que propone el Dr. Kéraval, había sido propuesto hace algunos años por el eminente Dr. Giné y Partagás, y en la actualidad, mi querido maestro el Dr. Rodríguez Méndez lo patrocina en los brillantes artículos que está publicando en este periódico sobre el ingreso de los enfermos de la mente en los Manicomios.

© Biblioteca Nacional de España

judiciales infligiría á las familias y á los enfermos un deshonor inmerecido. Sólo en casos excepcionales y por motivos de índole puramente local podría permitirse, como un ensayo, la colocación de algunos de estos enfermos en el establecimiento de Gaillon.

Los criminales que lleguen á enfermar de la mente, debieran estar sometidos á un período de observación, antes de su reclusión definitiva en los Asilos. Gaillon podría servir para estos casos.

Los alienados peligrosos y viciosos no deben salir del Asilo donde estén colocados. Con un buen régimen manicomial se corregirán la mayor parte de dichos individuos, y si alguno de ellos resultara refractario á toda clase de medidas administrativas, puede entonces ser enviado temporalmente al Asilo especial de Gaillon, sin que para nada deba intervenir en este asunto la autoridad judicial.

Terminó el Dr. Kéraval su interesante Memoria aconsejando á todos sus compañeros, que estén al frente ó al servicio de un Manicomio, que no olviden nunca que *son médicos antes que todo y que los desgraciados que están bajo su cuidado no deben perder jamás el carácter de enfermos* (1).

Aunque las objeciones formuladas por algunos congresistas al trabajo del Dr. Kéraval fueron rudas y demoledoras, el espíritu general del Congreso se mostró de acuerdo con las ideas del ponente, habiendo éste logrado un gran triunfo al ver moralmente aprobadas sus conclusiones.

---

(1) Estas palabras desearía yo verlas grabadas en el frontispicio de todos los Manicomios.

© Biblioteca Nacional de España

LA ELECTROTERAPIA Y LAS NEUROSIS, por el Dr. J. *RIUS Y MATAS*, Médico interno del Manicomio de San Baudilio de Llobregat.

Nótase en nuestros días, por parte de los más expertos clínicos, una resuelta tendencia al empleo de toda clase de medios físio-terápicos en el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso, aun de aquellas mismas que son reputadas generalmente como incurables ó de muy difícil curación.

Así vemos de ordinario como en semejantes ocasiones, no vacilan aquéllos en acudir en seguida á la acción bienhechora de la mecanoterapia, de la fototerapia, hidro y electroterapia, etc., etc., restringiendo á diario el uso, á veces abusivo, del sinnúmero de agentes farmacológicos, que tanta aceptación, como descrédito algunos, habían adquirido anteriormente.

Convencidos de la innegable bondad de semejantes principios, aplaudimos sin reserva tan levantados propósitos y nos proponemos contribuir á la común obra de su divulgación científica, dando conocimiento á nuestros lectores de cuatro casos prácticos, observados por el distinguido miembro de la «Academia de Ciencias médicas de Bilbao», Dr. Esparza, quien ha tenido ocasión de tratar, al parecer con favorables resultados, algunas neurosis rebeldes mediante la electricidad.

De tales observaciones dió minuciosa cuenta á sus consocios en las sesiones ordinarias celebradas por la referida entidad á fines del pasado Enero (1).

(1) *Gaz. Méd. del Norte.*

© Biblioteca Nacional de España

Siquiera en extracto, procedamos á su relación.

Trátase de dos casos de corea grave y dos de epilepsía, sometidos á diferentes aplicaciones electro-terápicas.

Corea. *1.er caso.* — T. A., 10 años tenía al presentarse los primeros síntomas del mal. No habían antecedentes neuropáticos, reumáticos ni de otra clase; como tampoco precedió á su aparición susto ni terror alguno. Usáronse los bromuros, el licor de Fowler y algún preparado ferruginoso (indicación causal). Resultado, negativo. El cuadro sindrótico se acentuó, al extremo de perturbar el sueño y las funciones nutritivas. La enfermita llegó al período caquéctico; parapléjica y presa de violentísimos espasmos; intolerancia gástrica, insomnio prolongado, etc.

Sometida por espacio de 20 minutos á la acción de la electricidad estática, tomando el baño y la ducha, remitió en seguida el insomnio, lo propio que los espasmos, y cedió bastante la intolerancia gástrica. Continuóse el mismo tratamiento, prolongando cada sesión en cinco minutos, hasta llegar á sesenta é intercalando fricciones con electrodo esférico.

Gradualmente desaparecieron la paraplejia, la dificultad deambulatoria, las sacudidas y movimientos desordenados y demás fenómenos morbosos, propios de esta neurosis. A los 40 días de iniciado el nuevo tratamiento, fué dada de alta la enferma en cuestión.

2.° caso. — P. E. L., de 14 años, amenorreica, de buena constitución y sin herencia neuropática. Un susto precedió á la aparición del síndrome clásico; siguió éste un curso normal y mostróse del todo rebelde á las medicaciones empleadas.

Siete meses contaba ya la enfermedad, y tan evidentes é intensos eran los estragos ocasionados por la misma, que se hizo necesaria la pronta adopción de más enérgicos medios curativos.

Inicióse el tratamiento eléctrico franklíniano, en la propia forma que para la anterior enferma, pero con algunas variantes, exigidas por una notable depresión psíquica que venía ésta padeciendo.

Con las primeras aplicaciones comenzó la mejoría; renacieron el sueño y la tranquilidad, reapareció el habla y normalizáronse las funciones de su morbosa mentalidad, bastando 23 sesiones, seguidas las primeras y alternas las últimas, para recuperar la salud.

© Biblioteca Nacional de España

Casos de epilepsia. *1.er caso.* — F. G., de 16 años, de buena constitución, padeció á los seis años ataques epilépticos bien caracterizados. Desaparecieron espontáneamente á los diez, para reaparecer al cabo de dos años más, si bien un tanto menos violentos.

Llegada que fué la época de las reglas, observóse que aquéllos aumentaban simultáneamente en energía y frecuencia.

Bajo la acertada dirección de ilustrados especialistas, fué activamente medicada durante dos años, habiéndose recurrido en este tiempo á todo género de elementos farmacológicos, así como á los cambios de clima y á una prudente balneación. Todo inútil.

Poco antes de comenzar en esta joven el tratamiento eléctrico, caracterizábanse sus trastornos por el siguiente cuadro clínico: pérdida repentina de la conciencia, rigidez momentánea, seguida de movimiento rotatorio ocular y sacudidas parciales. Después de un minuto recobraba el conocimiento, con amnesia de lo anteriormente ocurrido y aquejando atontamiento y jaqueca. No caía al suelo, sino que permanecía en la postura misma en que la sorprendía el ataque. Repetíase éste cada 10 ó 15 minutos y más á menudo aún si fijaba la vista en cualquier objeto. Buena salud general y bien nutrida. El funcionalismo psíquico era normal, aparte de haber perdido bastante la memoria y de ser su mirada triste y su carácter poco comunicativo.

El tratamiento consistió en baño y ducha, propinados en días alternos mediante la máquina estática, con aplicación de la corriente continua con polo negativo en la mano y positivo con placa en el lado opuesto del cráneo sobre la región motriz y de la corteza, con intensidad de 3 miliamperes y 5 minutos de duración.

Disminuyeron al momento los ataques del *mal grande* en frecuencia é intensidad, acentuóse gradualmente la mejoría, y á los cuatro meses una completa curación coronaba los esfuerzos realizados.

2.° caso. — G. G., niño de 12 años, hacía algunos que venía padeciendo de ataques convulsivos subintrantes (30 á 40 en las 24 horas), y á consecuencia de cuya repetición se había alterado en gran manera su vigor físico y hallábanse sensiblemente disminuídas sus facultades intelectuales.

Agotados todos los recursos de la medicación clásica, fué puesto en práctica el procedimiento descrito en el precedente caso, con la variante de la dirección de la corriente continua, que fué aplicada más directamente sobre el cerebro con polo

© Biblioteca Nacional de España

negativo sobre la región del ganglio cervical superior y polo positivo, bifurcado, sobre los senos frontales, durando la corriente 5 minutos, con intensidad de 5 miliamperes.

A los seis meses de tratamiento, curación total de la dolencia.

En parecidos términos, aunque con mayor extensión, expone el citado doctor los casos prácticos descritos.

De su examen atento, recogemos dos distintas impresiones. Según la primera, entendemos que los hechos relatados en las precedentes notas constituyen una insólita excepción, por cuanto se trata en los mismos nada menos que de la perfecta y definitiva curación de dos órdenes de enfermedades nerviosas, conocidas por todos los patólogos por su gravedad y extremada rebeldía á los más eficaces y acreditados agentes terapéuticos. Por otra parte, penetrados de la valiosa competencia de nuestro apreciable colega, rechazamos en absoluto y con la mayor energía la posibilidad de un error diagnóstico que, de haber existido, nos hubiese dado explicación cumplida de los éxitos alcanzados y nos hubiera sacado del justificado asombro en que incurrimos, muy especialmente por lo que afecta á la curación de los dos casos de epilepsia *esencial*, últimamente reseñados.

Y, por la segunda, enviamos nuestro sincero parabién al Dr. Esparza, deseando vivamente que su afortunada laboriosidad y envidiable espíritu observador encuentren por doquier muchísimos y entusiastas imitadores.

© Biblioteca Nacional de España

UN CASO DE HISTERISMO TRAUMÁTICO, (Nota clínica), por el *Dr. D. CÉSAR JUARROS*, Médico segundo de Sanidad militar (1).

Desde los famosos trabajos de Erichsen y de Page, las relaciones entre el traumatismo y la histeria han sido motivo de largas y empeñadas discusiones. Actualmente, los neurólogos se hallan divididos en dos campos: unos, con Thomsen y Olpenhein creen en la existencia de una neurosis especial producida por agentes traumáticos; y otros, que, como Charcot y Gilles de la Tourette, opinan que esos accidentes son siempre de origen y naturaleza histérica.

El caso presente, probando como un traumatismo puede por sí solo dar lugar á la aparición de fenómenos histéricos en individuos faltos de antecedentes psiconerviosos, parece ser un dato á favor de una teoría ecléctica que admitiese la posibilidad de que un mismo traumatismo pudiese engendrar en unos casos el histerismo, y en otros la neurosis traumática, según las diversas circunstancias en que tuviese lugar su producción.

La historia clínica del caso es la siguiente: el soldado I. R., de veintitrés años de edad, y de oficio carretero, sin antecedentes hereditarios dignos de mención y no habiendo padecido otras enfermedades que la viruela y el sarampión en su infancia, recibió en Marzo del presente año una fuerte coz en la región precordial. Trasladado al hospital y reconocido cuidadosamente por el Médico de la sala de Cirugía, no se apreció fractura ni síntoma alguno que indicase alteración en las funciones fisiológicas. Permaneció en el hospital once días, durante los cuales no se le observó ningún fenómeno patológico. Considerándosele curado, fué dado de alta, pasando al cuartel, donde permaneció nueve días rebajado de todo servicio por haber comenzado á quejarse de un pequeño malestar que no sabía precisar con exactitud. Pasado este tiempo, y estando durmiendo con absoluta normalidad, fué despertado una noche por un compañero, que impensadamente al llamarle le tropezó en la región del traumatismo. Inmediatamente I. R. sufrió un ataque histérico que le duró una hora; á éste siguió otro, y luego otro, hasta el número de diez, separados por cortos intervalos de calma, pero no de completa lucidez intelectual. Fué conducido de nuevo al hospital, ingresando en la sala de comprobación el 28 de Marzo.

(1) *La Medicina Militar Española*, 25 Mayo de 1904.

© Biblioteca Nacional de España

Reconocido, se hallaron en él los síntomas siguientes: anestesia completa de la mitad derecha del cuerpo, anestesia completa de todo el antebrazo izquierdo perfectamente limitada, adoptando la forma de un manguito. Además, presentaba una pequeña zona hiperestésica en el hombro izquierdo.

Explorado el estado del sentido del gusto por medio de disoluciones salinas y azucaradas de distinta y variada concentración, no hallé nada anormal; no ocurriendo lo propio con el olfato, cuya función estaba completamente abolida, á pesar de haberse empleado substancias de olores tan fuertes y característicos, como la bencina, el amoníaco, el agua de colonia y el asafétida. En el oído presentaba una cierta torpeza de audición, más acentuada en el lado anestesiado.

Explorando el sentido de la vista, se halló: una anestesia muy acentuada, sin llegar á ser completa, de los párpados, de la conjuntiva y de la córnea del lado derecho, conservándose el reflejo óculo-palpebral en ambos lados. La agudeza visual se conservaba bien, presentándose en cambio marcados trastornos de discromatopsia consistentes en la confusión del amarillo con el azul y en tomar por rojo el café obscuro.

En cuanto á la motilidad, las fuerzas no se hallaban disminuídas, no observándose parálisis ni contractura alguna. Presentaba un temblor oscilatorio de la cabeza y las manos polimorfo, es decir, variando de ritmo con gran frecuencia y por las menores causas, aunque predominando el lento de cinco á seis oscilaciones por segundo. Los reflejos, normales.

No existía en nuestro enfermo ningún trastorno trófico ni circulatorio. El corazón latía 60 veces por minuto; la curva esfigmográfica no reveló nada patológico, y auscultando se percibían claros y limpios los dos tonos. El área de percusión no fué posible determinarla, porque esta maniobra, como cualquiera otra que se realizase en la región precordial, provocaba el ataque. Respiraba 24 veces por minuto, y los pulmones no revelaban perturbación alguna.

I. R. no podía hablar en alta voz, y esta afonía se marcaba mucho más después de ataques. Los aparatos urinarios, digestivo y genital, bien en absoluto.

Analizado el estado mental del historiado, pudo apreciarse muy marcada una pérdida de la atención, lo que le daba extraño aspecto, como si no comprendiese nada de cuanto pasaba á su alrededor.

Durante su estancia en el hospital, hasta que fué declarado inútil, sufrió frecuentes ataques histéricos, cuyo tipo más frecuente dentro de su variabilidad era el siguiente:

© Biblioteca Nacional de España

Se iniciaban por pródromos psíquicos de cambio de carácter, tristeza, impaciencia. A esto seguía un acceso de taquicardia, con palpitaciones violentas, que sólo duraba dos ó tres minutos cuando más, y que cesaba para dejar lugar á la aparición del bolo histérico.

El ataque propiamente dicho era completamente característico, sin más particularidad que el predominio de las actitudes ilógicas. Terminado el ataque, recobraba lentamente el conocimiento, cesando el estado por completo á la aparición de un llanto sostenido, que, iniciándose por un grito, casi siempre una llamada á su madre, seguía unos treinta minutos algunas veces, recordando, por su monotonía y tono indiferente, el de los niños.

Intentada la sugestión, fué lograda con facilidad, llegando á obtenerse la letargia, y, como resultado terapéutico, el retardar cinco días la aparición del ataque, que era diario.

El diagnóstico no deja lugar á ningún género de dudas; por eso prescindo de análisis sindrómicos. En este caso no puede haber vacilaciones; se trata de un histerismo típico provocado por un traumatismo.

No obstante, presenta algunas pequeñas particularidades dignas de ser mencionadas.

Una de ellas es la persistencia de la zona histerógena, localizada á nivel de la región precordial durante todo el tiempo que hemos podido observar al enfermo que nos ocupa, siendo así que, según los autores, la característica de estas zonas es su aparición, desaparición ó cambio de lugar, sin causa aparente ó bajo la influencia de las más insignificantes circunstancias.

Este individuo no presenta ni ha presentado jamás, durante su enfermedad, el menor dolor de cabeza, dato tanto más curioso cuanto que la cefalalgia es síntoma común á todos los histéricos, y en muchos casos iniciador del proceso.

Con los casos de histerismo desarrollados tardíamente en el hombre, es común la asociación á los fenómenos de la histeria de síntomas neurasténicos; síntomas que adquieren todo su relieve en la pretendida neurosis traumática, y cuya ausencia en el presente sujeto es dato fundamental en favor de la opinión expuesta al comenzar esta nota, acerca de la posibilidad de que un mismo agente causal, el traumatismo, pueda originar dos cuadros sindrómicos distintos: el histerismo y la neurosis traumática.

Teniendo en cuenta la insistencia con que los neurólogos aseguran que el traumatismo no crea el histerismo, sino que lo que hace es provocar la explosión de un estado latente, muchas

© Biblioteca Nacional de España

veces debido al tabaquismo ó al alcoholismo, por lo menos en parte, hay en el historiado la notable particularidad de carecer en absoluto de todo antecedente psico-nervioso, revelador de un terreno abonado á padecimientos nerviosos.

Queda únicamente por averiguar si en éste, como en otros enfermos análogos, la curación se consigue súbitamente en pocos días con el solo cambio de ambiente, para dejar definitivamente afianzado el diagnóstico.

Boletín del Manicomio de San Baudilio

Agosto de 1904

La estadística del movimiento de alienados durante este mes ha sido altamente favorable para el Establecimiento, ya que sólo se han registrado **9** bajas, contra **28** ingresos, habiendo, por lo tanto, aumentado en **19** individuos la población vesánica del Manicomio.

De los ingresados (19 hombres y 9 mujeres) dependen **12** (7 h. y 5 m.) de la Diputación provincial de Barcelona, **9** (6 h. y 3 m.) de la de Huesca, **1** hombre de la de Jaén, **1** de la de Lérida, **1** mujer de la de Castellón, **3** hombres de la jurisdicción militar y **1** hombre que fué admitido á petición de su familia. Excepto los militares, todos los demás enfermos ingresados padecen psicopatías crónicas de muy difícil curación. Dos de ellos (1 hombre y 1 mujer), ingresaron en tan lamentable estado somático, que fallecieron á los tres días de su llegada al Manicomio, el varón á consecuencia de degeneración cardíaca y la hembra por hemorragia bulbar. Ambos padecían locuras crónicas en período caquéctico.

Aparte de estas dos defunciones, ocurrieron **6** más (3 hombres y 3 mujeres), ocasionadas por las siguientes afecciones: 2 por bronco-pneumonía (hombre de 15 años de edad, idiota y epiléptico, y mujer, de 48 años, con locura intermitente); 1 por congestión pulmonar, recayendo en un individuo de 38 años de edad, con locura epiléptica en período demencial; 1 por tuberculosis pulmonar (hombre de 29 años, melancólico crónico); 1 por coma epiléptico (mujer joven, con ataques convulsivos subintrantes) y 1 por hemofilia (mujer muy desnutrida, con locura intermitente, que repetidas veces había sufrido hemorragias nasales y pulmonares).

© Biblioteca Nacional de España

Se concedió un alta por curación á un joven de 20 años, natural de Barcelona, pero procedente de Soria, que ingresó en el Manicomio en el mes de Marzo del corriente año, presentando los síntomas propios del período de declinación de una *excitación maniaca*. Con escasa reacción morbosa, pudo, desde los primeros días de su ingreso, dedicarse asiduamente á trabajos manuales y sin recurrir á ningún tratamiento farmacológico ni físico, sólo por la acción de la dieta moral, desaparecieron rápidamente los trastornos psíquicos que presentaba este individuo, entrando desde luego en franca convalecencia.

***

De algún tiempo á esta parte han ingresado en el Manicomio numerosos enfermos de ambos sexos procesados, unos por asesinato, otros por infanticidio y los más por acciones criminosas menos graves (lesiones, incendios, robos) con la particularidad de que la mayor parte de ellos han sido declarados irresponsables antes de elevar el sumario al juicio oral.

Estos alienados, peligrosos y temibles casi todos, necesitan estar colocados en condiciones especiales de vigilancia que garanticen su seguridad personal y que eviten los actos agresivos á que les pueda impulsar su delirio.

No están sujetos, ni aislados individualmente como pudiera creerse dada la índole de su vesanía; gozan de relativa libertad, formando un grupo separado del resto de los enfermos; ocupan amplios departamentos, con grandes y hermosos patios, plantados de árboles; y los que voluntariamente se prestan á ello, y la forma de su enfermedad lo permite, trabajan en oficios manuales y algunos llegan á prestar sus servicios en las oficinas del Establecimiento.

Con estos procedimientos, muchas psicopatías que en el medio ambiente de un presidio ó de un Asilo judicial, caminarían rápidamente á la cronicidad y á la demencia, evolucionan en el sentido de la curabilidad dentro del Manicomio, y no es raro obtener brillantes curaciones de locos procesados, que al abandonar el Establecimiento, olvidados del crimen cometido en momentos de inconsciencia, pueden llegar á ser apreciables ciudadanos, útiles á la familia y á la sociedad.

DR. RODRÍGUEZ-MORINI.

© Biblioteca Nacional de España

Boletín de los Manicomios de Ciempozuelos

Agosto de 1904

El movimiento habido durante el presente mes en estos Manicomios acusa una diferencia en nuestra contra de 5 individuos, pues habiendo sido 5 los ingresados, han causado baja por diversos conceptos 10 acogidos.

Los ingresos que, como antes indico llegan al número de 5, pertenecen 2 al Manicomio de varones y 3 al de señoras.

Las bajas ocurridas (10) lo han sido por los siguientes conceptos: por defunción, 6 (2 hombres y 4 mujeres); por curación, 1 señora; salido por orden de la Diputación de Madrid, 1 hombre; por orden del señor Gobernador civil, 1 señora, y por fuga, 1 varón.

Las defunciones las han producido las siguientes afecciones: en varones, 1 de tuberculosis pulmonar en el curso de una manía con delirio de grandeza; 1 de gastro-enteritis en el curso de una parálisis general progresiva de los enagenados; en mujeres: 1 de caquexia propia de los alienados, en el curso de un delirio de persecuciones sistematizado crónico; 1 de congestión cerebral, en el curso de una demencia; 1 de gastro-enteritis, en el curso de una melancolía estúpida, y 1 de caquexia paralítica, en el curso de una parálisis general progresiva de los enagenados.

De los ingresados, 2 pertenecen á la Diputación de Cuenca, 1 de cada sexo; 1 de la Diputación de Madrid (mujer), y 2 corresponden al pensionado, 1 al de varones y 1 al de señoras.

De los demás enfermos que han ocasionado baja damos á continuación un ligero resumen de sus historias clínicas:

J. M. P., de 28 años de edad, casado, de profesión jornalero, ingresa el 25 de Abril de 1904 por cuenta y disposición de la Diputación provincial de Madrid; es de temperamento nervioso y desarrollo fisiológico completo. Se ignoran sus antecedentes hereditarios. Ha sido este individuo muy aficionado al tabaco y y á las bebidas alcohólicas. Su fisonomía demuestra desconfianza y tiene mirada provocativa y como denotando disposición á la agresión; le diagnosticamos de excitación maniaca de de causa alcohólica, con pronóstico reservado y tratamiento apropiado.

Este individuo, que durante su estancia en este establecimiento había mejorado notablemente hasta el punto de encontrarse casi por completo curado, es solicitado á la Diputación por su esposa, siéndole por esta causa entregado, sintiendo

© Biblioteca Nacional de España

muy mucho no hubiera continuado algún tiempo más para haber terminado por completo su curación.

J. R. J., de 30 años, relojero de profesión, ingresado por cuenta y disposición de la Diputación provincial de Madrid. Sin antecedentes hereditarios ni de su enfermedad, es admitido en este Establecimiento el 10 de Agosto de 1903. Le diagnosticaron de delirio de persecuciones, sistematizado crónico, con pronóstico desfavorable y tratamiento el propio de esta afección. Este individuo, que merced á ciertas libertades que se le habían dado, fueron por él aprovechadas para fugarse, se encontraba, cuando esto sucedió, en el mismo estado, aunque tranquilo.

C. P. M., de 20 años de edad, soltera, ingresó el 25 de Abril de 1904 por cuenta y á disposición de la Diputación provincial de Madrid, es de antecedentes hereditarios francamente nerviosos, y de su enfermedad nos dice que coincidió la perturbación de sus facultades mentales con un puerperio. Creemos que en la actualidad se encuentra embarazada, aunque de poco tiempo, pues sólo existen signos probables; la diagnosticamos de excitación maniaca de índole puerperal y pronóstico reservado, dado el tiempo que ya llevaba de enferma. Tratamiento: moral, higiénico y sedantes del sistema nervioso.

Esta enferma, que en la actualidad se encontraba muy mejorada, haciéndonos pensar que estaba próxima su completa curación, ha salido de este establecimiento mediante una orden del señor Gobernador civil de Madrid y debido á la impaciencia intempestiva de su familia.

J. H. C., de 22 años de edad, de estado soltera y temperamento linfático-nervioso. Ingresó el 10 de Agosto de 1903 por cuenta y disposición de la Diputación provincial de Madrid. A su ingreso se encontraba tan atontada y estúpida, que nada decía y se quedaba donde la ponían, llegando al extremo de no saber ni decir su nombre; su cara, sin embargo, denotaba hallarse dominada en algunas ocasiones por ideas tristes, por lo cual fué por nosotros diagnosticada de melancolía con estupor, con pronóstico reservado, y merced á un tratamiento apropiado, hemos podido darla de alta el 27 de Agosto de 1904 en concepto de curada.

Han sido terminadas las obras de los dos pabellones (de hombres y mujeres) que, gracias al celo y buenos deseos de nuestros Superiores, se encontraban en construcción, pero viendo que la población vesánica, tanto en uno como en otro establecimiento, aumenta de una manera vertiginosa, se han empezado hace algún tiempo en cada Manicomio las obras de

© Biblioteca Nacional de España

otro nuevo pabellón. En otra ocasión daré á conocer á nuestros lectores la distribución y demás datos concernientes á los pabellones ya terminados y á los que se encuentran en construcción.

DR. FRANCISCO MARAVER.

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SANTA AGUEDA

Agosto de 1904

En brevísimas líneas quedará expuesto el movimiento de enfermos durante el mes que acaba de transcurrir; ya que para una entrada de 4 hombres y 4 mujeres, con un pensionista de cada sexo, han causado baja 4 hombres; 2 por defunción y 2 fugados.

Las defunciones han sido ocasionadas: por tuberculosis pulmonar agudísima, en un jóven de 23 años que llevaba dos años y medio de reclusión manicomial, habiendo hecho explosión la tuberculosis en el curso de la infección gripal y por gastroenteritis aguda también en hombre de 30 años, recluído hacía dos años por delirio crónico.

Los fugados eran dos alcohómanos, asociada en uno de ellos al vicio alcohólico, la epilepsia.

DR. AÑÍBARRO.

SECCIÓN VARIA

Victimas del deber. — A la larga lista de médicos y enfermeros de Manicomios víctimas de las agresiones de algunos alienados impulsivos y peligrosos, hay que añadir la muerte violenta de dos desgraciados enfermeros que sucumbieron á consecuencia de las heridas que les causaron dos enfermos de la mente. Con intervalo de cortos días han ocurrido los dos lamentables sucesos, uno de ellos en el Asilo de Pau y el otro en el de Villejuif, producidos por las mismas causas y por idénticos procedimientos: confianza excesiva en los alienados peligrosos, vigilancia escasa, tardanza en los socorros prestados á las víctimas y complacencias inadmisibles que permiten á los enagenados temibles por su delirio y por sus impulsos estar confundidos con los tranquilos y los inofensivos.

Cuando con tanta justicia se han censurado recientemente los atropellos cometidos contra los enfermos por los encargados

© Biblioteca Nacional de España

de cuidarles y vigilarles, justo es que hablemos también de las agresiones funestas de que son víctimas los que en cumplimiento de un ingrato deber, prestan sus nunca bien ponderados servicios en los Manicomios.

Como el soldado anónimo, que en aras de la disciplina y del amor á la patria muere obscuramente en el campo de batalla, como el heroico bombero que perece en un incendio, al tratar de salvar una propiedad que no es la suya, los dos infortunados enfermeros franceses han perecido trágicamente ejerciendo la más hermosa de las virtudes, la caridad, con el más desgraciado y más desagradecido de los enfermos, el enfermo de la mente.

¡Ojalá que el recuerdo de esas víctimas del deber sirva en lo sucesivo para enmendar errores administrativos, extremando la vigilancia de los enfermos, arrinconando de una vez complacencias estúpidas y garantizando por toda clase de medios la seguridad individual del personal de los Manicomios!

RODRÍGUEZ-MORINI.

Responsabilidad de los directores de Manicomios.—En la Casa de Salud de Fonteney-sous-Bois (Francia), ingresó hace algún tiempo una joven que, á consecuencia de amores desgraciados, presentaba síntomas de enagenación mental. A los pocos días de su ingreso pudo burlar la vigilancia de que era objeto y se suicidó colgándose de una ventana del retrete.

El padre de la enferma, atribuyendo á falta de vigilancia la muerte violenta de su hija, denunció el hecho á la autoridad judicial, exigiendo responsabilidad civil al Director del Manicomio, Dr. Duhamel. Aceptada la demanda por el Juez de primera instancia, fué condenado el citado doctor á pagar 10,000 francos de indemnización al padre de la suicida, pero habiendo apelado de la sentencia el Director del Manicomio, el Tribunal superior revocó el fallo, fundándose en que no alcanza ninguna responsabilidad al Dr. Duhamel por el suicidio de la enferma.

El próximo Congreso de alienistas y neurólogos franceses. — En la sesión de clausura del Congreso celebrado en Pau, se acordó que el próximo, XV de la serie, tenga lugar en Rennes, en 1905, bajo la presidencia del Dr. Giraud.

Acordóse, asimismo, que los temas de discusión oficial sean los siguientes: 1.° *La hipocondría;* ponente, Dr. Roy (París). 2.° *Las neuritis ascendentes;* ponente, Dr. Sicard (París). 3.° *La balneoterapia en las enfermedades mentales;* ponente, Dr. Pailhas (Albi).

...p. La Academia: Ronda Universidad, 6, Barcelona; Teléfono 681

© Biblioteca Nacional de España

Manicomios de Ciempozuelos

(Provincia de Madrid)

De hombres, á cargo de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios

De mujeres, á cargo de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

Médico - Director: **Dr. Fr. Maraver**

Médicos - internos

Dr. E. Picó - Dr. A. Teixidó

Médicos - auxiliares

Dr. E. del Frezno - Dr. R. del Buey

Pensiones

Primera clase	. . . . .	180 pesetas al mes	
Segunda	»	125	» »
Tercera	»	90	» »

Distinguidos: Precios convenidos con los Superiores de los respectivos Establecimientos.

Itinerario: Situado Ciempozuelos en la línea férrea de Madrid á Aranjuez, próximo á este último punto, hay que tomar los trenes que parten de la estación del Mediodía de Madrid, recorriéndose el trayecto en hora y cuarto. - Hay estación telegráfica en Ciempozuelos.

© Biblioteca Nacional de España