

REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA

AÑO II * * * * * OCTUBRE 1904 * * * * * NÚM. 22

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. — Naturaleza de la obsesión, por el Dr. E. Marandon de Montyel. — Autopsia. Apuntes de psiquiatría, por el Dr. D. Fernando Bravo. — El XIV Congreso de Médicos alienistas y neurólogos de Francia y países de lengua francesa, celebrado en Pau del 1 al 7 de Agosto de 1904. Principales comunicaciones presentadas al mismo, recogidas y extractadas por el Dr. J. Rius y Matas. — Notas terapéuticas. — Boletín del Manicomio de San Baudilio, por el Dr. Rodríguez-Morini. — Boletín de los Manicomios de Ciempozuelos, por el Dr. Francisco Maraver. — 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).

Es *erróneo*. No repugnaría que las disposiciones legales se convirtieran en medios de enseñanza; pero si no pido que sean libros de texto cuando menos para el vulgo, no debe permitirse que se conviertan en fuente de errores para todos, peritos y profanos. El R. D. es una de estas malas fuentes.

Acoge la equivocada idea expresada con la palabra *demente*, reputándola sinónima de loco; la demencia es, sin duda, una forma vesánica, pero es la etapa final de varias locuras, aquella etapa en que se perdió para siempre, sin remisión, la mente, *demente*, como se llama *de-capitado*, al que perdió la cabeza por separación, hecho

(1) Continuación. Véanse los números 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21 y 22.

definitivo y sin componenda posible. En cambio, no todos los locos son dementes en el momento de ser examinados, y tal vez no lo sean nunca por años que vivan.

Reproche merece también ese galicismo *alienado*, tan usual como otros muchos; si la palabra no fuera por sí un barbarismo, quedaría siempre el absurdo del concepto: *alienar* es pasar á otro una propiedad, un objeto, quedándose sin ella en provecho de tercero; mas el *alienado*, al perder lo suyo, no lo transmite á nadie: al revés, si algo transmite es, posiblemente, un quebranto intelectual á sus deudos, una predisposición á padecer, quizás la locura. *Un loco hace ciento*, dice el vulgo, y tiene al expresarse así más fundamento que el legislador al utilizar la mala palabra y el erróneo concepto de *alienación*.

El adjetivo *presunto*, oriundo del Derecho penal, marca una orientación y un modo de juzgar equivocado. Aquí no caben presunciones, sino diagnósticos. Es un hecho meramente médico, y aquel adjetivo parece que quiere turbar, con recelos y suspicacias, los serenos juicios del hombre de ciencia. Es, no tengo inconveniente en decirlo, un error de poca monta; pero marca un estado de espíritu del legislador lleno de desconfianzas, que en esta materia no debe quedar sin protesta. Sea presunto para el Juez de instrucción un pretendido criminal, pero no se emplee por el legislador el mismo calificativo para un enfermo ó para un supuesto enfermo.

La cosa en sí no sería muy grave, si no trajera inmediatamente á la memoria aquellas antiguas prácticas de que fueron víctimas, por ser tenidos por criminales ó por fieras sociales, los desgraciados locos de otros tiempos. Si estos nefandos tratamientos han de desaparecer y han desaparecido ya en gran parte, no nos quedemos ni con el vocablo que recuerde lo nocivo.

Estos detalles lingüísticos tienen, desde otro punto de vista, una importancia trascendental. Ellos revelan que en el R. D. no queda clara la noción de loco; que el legislador no tiene exacto conocimiento de lo que es un loco; que el eje sobre que giran todas sus resoluciones es la desconfianza, indudablemente porque ignora; que, como no sabe, no teme malograr la curación de un enfermo, levantando ante él toda suerte de obstáculos para el tratamiento, y dando lugar á que broten numerosos conflictos y peligros para huir de uno solo, más ó menos quimérico: el error, intencionado ó no, de que se dé por loco al que no lo sea; que todavía comulga en aquel viejo y absurdo concepto de que el loco es una fiera, fiera que no se encerrará hasta que haya hecho de las suyas, pues no podrá ser recluido, «mientras el *presunto demente* pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas á personas que vivan en las habitaciones contiguas, ó sin perjuicio evidente para la salud del mismo paciente.»

Ante estas precauciones demostrativas de que no camina con paso firme el autor, se me ocurren no pocas censuras, amargas como ellas solas. No hago más que unas preguntas: ¿sabe el legislador lo que es un loco, lo que es una casa en que hay un loco, lo qué es un manicomio? De saberlo, no procedería así. ¿Conoce el legislador la balanza, el metro, la brújula, que señale en todos los casos cuando el loco es peligroso para la familia, molesto para los vecinos y perjudicial para sí mismo? Ciertamente no, ni nadie si hablamos en general. Ocurrido el daño, ¿con qué medios cuenta el legislador para remediar las lesiones que *dejó hacer*?

De lo que piensa el autor da muestras evidentes el orden de colocación de los perjuicios: primero, la fami-

lia; después, los vecinos; en último lugar, el loco. Nunca: éste, en primer término; así lo demandan la caridad y la lógica. ¡Ni que fuera un endemoniado, un poseso voluntario!

Esas ideas erróneas no pueden permitirse á los que están dirigiendo los pueblos. Las enseñanzas que han de recibir éstos con tal R. D. son malas enseñanzas, las mejores para que cristalicen en el espíritu de los ignorantes y sugestivos las preocupaciones y errores de la Edad Media, y para que desconfíen del único de que no deben desconfiar, del médico, único también conocedor de la materia vesénica, no el omnisciente, sí el que más sabe.

Más todavía. El R. D. no se ha propuesto ilustrar á las gentes; al contrario, prestando acatamiento á los errores vulgares, los ha recogido, quizás los haya fomentado, y haciéndose eco de toda suerte de recelos y escrúpulos, los ha encuadrado en una serie de artículos, no ciertamente para honor y prestigio de la nación española.

Es *perjudicial*. Las leyes complicadas y erróneas son perjudiciales. El R. D. tiene las dos primeras condiciones, y la tercera es una consecuencia natural.

Como cree, así lo parece cuando menos, que se trata de enfermos no susceptibles de modificación provechosa, no tiene inconveniente en acumular dificultades y en hacer que tarde el ingreso de los locos en el único medio que les es favorable. El enfermo *puede esperar*: esta espera le ocasiona daños en su estado mental, que se agrava y malea, y en su estado físico que se quebranta y empobrece por el desorden, la falta de reglamentación, el insomnio, la agitación, la repugnancia á los alimentos ó la glotonería; perjudica á la inconsciente familia, que entre su ignorancia y sus afectos, coadyuva

al malestar del enfermo y se procura á sí misma trastornos de presents y de porvenir, se expone á la ruina por los actos del loco, etc.; daña á la sociedad, que está en peligro de sufrir trastornos que no convienen, ya en detalle por lesión individual, ya en colectividad, agitados, por ejemplo, las muchedumbres por un vesánico locuaz, sugestionante, á quien el delirio presta un ascendiente enorme en determinados momentos.

Estos perjuicios, evitables casi todos, con una reclusión más prematura que tardía, no fueron tenidos en cuenta, como si el legislador se hubiere propuesto, más que el bienestar individual y social, el llenar los manicomios de locos incurables, el multiplicar el número de vesánicos y los daños que éstos puedan causar.

Lo he dicho ya muchas veces: el loco es un enfermo que exige pronto cuidados, sobre todo en los primeros momentos, á las veces los decisivos en el curso ulterior de la dolencia, antes de que esté consolidada.

Dispone el R. D. que «el ingreso en observación de dementes no podrá tener efecto sino en casos de verdadera y notoria urgencia» (art. 5.º), y esto, con sujeción á la forma establecida, es cerrar el camino á toda tentativa de prevención y de restablecimiento y acudir tarde, muy tarde, en socorro del que y de los que debieron ser atendidos en los comienzos. Cuando llegue esa notoria y verdadera urgencia habrá que lamentar daños quizás irreparables. En el fondo de estas determinaciones hay una severidad tan opuesta á los hechos tal como deben ser atendidos, que asombra la inadvertencia con que el legislador pretende evitar peligros que el mismo se complace en sembrar y en fomentar. ¡Notoria urgencia! ¡Se marca la notoriedad por los golpes, el escándalo, el incendio, el asesinato, el suicidio?... El remedio llega tarde. No insisto: no sabiendo lo que es un loco, ni lo

que es un manicomio, miraculoso sería legislar sobre ambos sin causar grandísimos atropellos.

Algo más que ignorancia : hay horror á los Manicomios en ese R. D. Contra éstos toda suerte de obstáculos ; en cambio, permite que en casas particulares, en establecimientos no erigidos científicamente, sean admitidos vesánicos, en donde, por lo visto, no son posibles los secuestros, los malos tratamientos, los suicidios, los crímenes de toda suerte, ni los demás estigmas con que se marca la institución manicomial, digna de toda suerte de respetos y merecedora de la protección gubernativa.

« La observación sólo podrá ser consentida una vez » (art. 4.º), y el desgraciado que en España presente de nuevo síntomas de locura, hecho casi fatal en ciertas formas, lejos de ser sus precedentes y los documentos reunidos circunstancias que faciliten su ingreso, ha de ser objeto del « oportuno expediente judicial »; del inoportuno expediente, debiera decirse. Es decir, una repetición, una recaída, cuya gravedad, en todo caso, hasta el vulgo aprecia, se convierte para el loco en una adversidad imprevista : la ley le obliga á la formación de un expediente, nunca breve, antes de someterlo al tratamiento oportuno. Pero ¿ es que se ha propuesto el legislador acabar con la posible curación de los orates, exigiendo al que sale victorioso, á pesar del R. D., una documentación penosa, de la cual es posible obtenga, con la declaración de locura, la incurabilidad de su dolencia ? ¿ Qué es esto ?

¿ Qué se ha pretendido hacer con esa llamada reclusión definitiva ? ¿ Es verdaderamente definitiva ? A eso tiende el R. D.

Basta de perjuicios : uno solo, y son muchos, bastaría para calificar la obra gubernativa y para conceptuarla

como nociva para el loco, su familia y el medio social en que evolucionan el enfermo y el precepto legal.

Es incompleto. Derivase por modo evidente de lo expuesto que este R. D., hecho, no lo pongo en duda, con la intención de proteger al loco, no lo protege, siendo, por tanto, deficiente. El loco es lo de menos: no se preocupa el legislador de que logre la curación ó se convierta en un incurable, colocado meses ó años en los últimos peldaños de la degradación humana. El mismo procedimiento que con los criminales, con la irritante diferencia que éstos tienen pronto abierta la cárcel para ser admitidos y el loco llega tarde al manicomio: una vez dentro, el uno y al otro, lejos de ser corregidos, son empujados á la degeneración más acabada.

Esto en cuanto al conjunto. En los detalles se nota lamentables deficiencias.

No se marca plazo alguno para la presentación de documentos ni para la instrucción del «oportuno expediente judicial.» No establece tarifa de honorarios para los que han de intervenir, y el hecho se puede prestar á abusos. No consigna que ciertos servicios deben ser gratuitos. No ampara siempre el Juez de instrucción al loco, y cuando interviene es la necesidad menos evidente. No determina taxativamente la forma de hacer la inspección ni toma garantía alguna para que esta inspección no sea una de tantas disposiciones, vivas en lo escrito, muertas en la práctica. No cuida de las quejas de los reclusos. No fija bien el concepto diferencial entre la retención indebida de un loco, hecha por la familia, por ejemplo, con fines tal vez pecaminosos, y la retención del que no es loco. No determina penalidad alguna para esa retención familiar, que ni siquiera se le ha ocurrido, obsesionado con la pretendida secuestación manicomial. No intenta prevenir los daños que surjen

de la locura, que pueden ser muchos antes de la *notoriedad*, que es el límite gubernativo.

Es *usurpador*. Pase la intervención del Subdelegado de Medicina, al fin médico, pero médico que no tiene derecho á fiscalizar los actos de los compañeros que certifiquen, derecho que no posee en ningún otro caso de la práctica médica. Pero lo que no debe tolerarse es esa atribución de funciones que se da al Alcalde para encerrar un loco en caso de urgencia, así como tampoco la precisión de su informe para toda suerte de reclusiones. La reclusión es una *receta*, no una disposición disciplinaria. El Alcalde no entiende de esto; sólo tendrá por loco al que rompe, grita, pega, etc., y se le obliga á usurpar funciones que no son las suyas, y que de no querer ejercer resultarían situaciones inverosímiles.

Una historia, que lo demuestra. Enferma de largo tiempo una degenerada é histérica, las alucinaciones la hicieron imposible en la vida de familia. Hija de médico, hermana de varios médicos, casada con un hombre paciente y sin hijos, la situación se fué coullevando hasta el último límite. El caso era de *notoriedad* (muchos médicos, vecinos, serenos, guardias municipales, que hubieron de intervenir más de una vez) y era de *urgencia* extrema. Se extiende el certificado por dos médicos, pone el Subdelegado el V.º B.º, se hace que la visite, para evitar dificultades municipales, el malogrado Dr. Robert, á la sazón Alcalde. El hecho parecía bien sencillo y por demás realizable. Licencia, enfermedad ó lo que fuera, alejan una temporada al Dr. Robert de la Alcaldía, y el que le reemplazara accidentalmente, so pretexto de que se trata de asuntos médicos, retarda poner su firma en el informe redactado. Síntesis: de dilación en dilación, pasó tiempo, y al ser recluída la enferma, el pronóstico, hoy cumplido, fué bien triste: ¡in-

curable! No fué el Alcalde el único culpable en este asunto; pero también puso su granito de arena para que el engranaje gubernativo resultara más lento y hasta para que se detuviera.

(*Se continuará*).

Formas, frecuencia y tratamiento del tabes. DR. JOSÉ A. ESTRÉVIZ (Buenos Aires).

Hace notar que no se ocupa de todos los casos que ha visto, sino de aquellos de que conserva notas.

Cree que puede distinguirse una forma masculina y otra femenina. Sugierele esta distinción, no sólo la gravedad del tabes cuando ataca la mujer, sino su evolución rápida.

Las principales formas han sido: la latente ó dormida, la sensitiva ó dolorosa, y la motriz.

El tabes latente ó dormido lo ha visto sólo en el hombre, habiendo observado una sola mujer con una forma relativamente benigna, pero no latente. El tiempo de duración ha sido de dos á veinte años.

Los casos más comunes son los mixtos.

Las alteraciones de la micción se producen casi en un 50 por 100.

Existen perturbaciones vesicales poco intensas que preceden hasta 10 años la aparición del tabes; trastornos serios, que parecen inamovibles, desaparecen.

La forma sensitiva es más frecuente, pues 63 por 100 era de forma dolorosa y 36 por 100 motriz. En algunos enfermos su modo de caminar no es el típico de los tabéticos; marchan á pasos pequeños y cambian de dirección con gran dificultad. La edad más avanzada de los tabéticos fué de 50 á 71 años. Las alteraciones tróficas no son muy frecuentes. Esta enfermedad es más frecuente en los hombres. En el tratamiento hay que recordar que muchos tabéticos son sífilíticos mal curados; y que sometiéndose al tratamiento específico curan. A las manifestaciones medulares sólo se les puede hacer un tratamiento sintomático. Para tratar las perturbaciones génito-urinarias, la suspensión da buenos resultados. La reeducación de los movimientos sólo es aplicable á la ataxia. Por muy graves que sean los síntomas que presenten los enfermos, no debe creerse imposible una modificación favorable.

NATURALEZA DE LA OBSESIÓN, por el Dr. E. MARANDON DE MONTYEL, Médico Jefe del Asilo de Ville-Evrard, traducido por J. Ruiz Rodríguez (1)

Numerosos é importantes trabajos se han publicado en estos últimos tiempos sobre el curioso fenómeno morboso de la obsesión, que el profesor Ball había espiritualmente denominado un *prurito cerebral*. Si de estos trabajos se desprende que cada vez más existe un acuerdo común sobre el origen degenerativo y hereditario de la enfermedad, así como lo sostiene Magnan, no sucede lo mismo en cuanto concierne á la naturaleza del mal. Desde muy largo tiempo han existido, existen todavía, dos doctrinas: una llamada intelectual, la otra llamada emotiva.

El objeto de este artículo es exponer rápidamente el estado de la cuestión entre nosotros; pero sobre todo llamar la atención sobre un hecho que, con gran sorpresa mía, no he visto señalado y que, por lo tanto, me parece resuelve en absoluto el debate.

La doctrina intelectual, formulada por Westphal, tiene por defensor á Magnan, según el cual la obsesión es un modo de actividad cerebral, en el que una palabra, un pensamiento, una imagen, se impone al espíritu fuera de la voluntad. Esta doctrina la adoptan Soutzo, hijo, y Athanasio. La segunda, emitida por Monel, que fué el primero, en 1886, en hacer un notable estudio del fenómeno, bajo el nombre de *delirio emotivo*, es adoptada por Pitres y Regis, por P. Janet y por Sègias, entre cuyos partidarios me incluyo.

(1) *Gaceta Médica Catalana*.

Pitres y Régis suministran, en apoyo de su opinión, seis argumentos absolutamente probatorios, y que con brevedad resumiré. «Según la psicología contemporánea, dicen, la vida afectiva es la primera en manifestarse, antes que la vida intelectual, y en los procesos de la conciencia, la emoción es anterior al conocimiento; de tal modo, que éste y el sentimiento son á la base de la idea lo que los centros nerviosos á los agentes secundarios de la actividad de los centros superiores.»

Por tanto, la emoción es el elemento constante é indispensable de la obsesión; también hay obsesiones sin idea fija: las obsesiones difusas. En muchos obsesos, el objeto de la obsesión es múltiple ó se modifica; lo que queda inmutable es el fenómeno emotivo, la ansiedad. Por último, en muchos casos, las obsesiones principian y acaban por una faz de angustia antes de la aparición ó después de la desaparición de la idea fija, y los síntomas emocionantes, lejos de hallarse en razón directa de la intensidad de la idea fija, se atenúan en la obsesión al paso que tiende á intelectualizarse. Todas estas cosas son rigurosamente exactas, y he tenido, como estos dos autores, infinidad de ocasiones de comprobarlas.

P. Janet, aun accediendo á las ideas emitidas por estos médicos, dice, sin embargo, que la teoría emocional, que consiste en explicar y definir la obsesión por la angustia y por la emoción, le parece, á pesar de los servicios que ha prestado, demasiado vaga, demasiado general y al mismo tiempo demasiado restringida. El distinguido psicólogo se esfuerza en profundizar más la cuestión, y propone una teoría ingeniosa, que desarrolla con un gran método y mucho talento. Se esfuerza en explicar el trastorno emotivo de donde surge la obsesión por la psicastenia, la disminución de la tensión nerviosa psíquica, comparándola á fenómenos aná-

logos que se presentan por la corriente eléctrica ó por el calor. Señala un hecho clínico que no puede ser puesto en duda; que los entendimientos muy sencillos, los de los idiotas y de los imbeciles no pueden presentar la enfermedad de las obsesiones, que ataca exclusivamente á los intelectuales y delicados. Por tanto, para P. Janet, el cerebro del obseso es una hermosa araña eléctrica, cuyas lámparas son en gran número y muy artísticamente dispuestas; pero hay un trastorno dinámico, una insuficiencia de la fuerza que se suministra al órgano para que funcione, y si la araña alumbrá poco, si las lámparas se calientan, es porque la corriente que el sector suministra no tiene el suficiente voltio.

No niego que la teoría emocional pueda ser perfeccionada; pero hay una razón mayor que me sorprende no se hable de ella, y creo es la prueba perentoria de que la aserción de Séglas de que la obsesión reposa siempre sobre un fondo de emotividad patológica, quedará como cierta; es que la inteligencia es susceptible de un trastorno en más ó de un trastorno en menos; puede ser aumentada ó disminuída, no puede ser pervertida; este hecho juzga en absoluto la cuestión.

En efecto: la idea no existe por sí misma; proviene de la emotividad y de la sensación; por tanto, siempre que sea morbosa, es porque forzosamente uno por lo menos de sus dos elementos generadores lo es también.

Toda la patología mental está á la vista para probarlo: cuando no existe ni perversión emotiva ni sensorial, los únicos trastornos intelectuales comprobados son, en efecto, la exaltación ó la debilidad. Tenemos un ejemplo del primer caso en la simple manía no alucinatoria, en la cual la actividad intelectual adquiere una intensidad tal, que las ideas se suceden demasiado pronto para que el enfermo tenga tiempo de emitir las

todas; de tal suerte, que aun hablando sin detenerse, comunica de ellas sólo una parte y presenta así una incoherencia que, en realidad, no es más que aparente. Un ejemplo del segundo caso es suministrado, sin hablar de la debilidad mental y de la demencia consecutiva; para quedar en el dominio de los hechos agudos, por la estupidez de Georget, en la que se produce con más ó menos rapidez una suspensión del funcionamiento intelectual, y en la que el sujeto al principio es consciente, lo que hacía exclamar á un enfermo de quien he hecho la observación, que se sentía cada vez más idiota. Pero si siempre que se registra una idea morbosa, una concepción delirante, fuesen conscientes como las obsesiones, es seguro se encontraría como generadores, ó una perversión sensorial, ó ambas perversiones á la par.

Si, pues, la idea obsesionante naciera espontáneamente, como pretende la teoría intelectual, en un intelecto sano, cuya emotividad y sensaciones son normales, fuera un hecho único en contradicción con todo lo que sabemos del funcionamiento normal y morboso del espíritu. Indudablemente que una concepción absurda puede formarse sin desorden emotivo ni sensorial; pero el hecho de su aceptación, porque entonces es inconsciente, se explica por un grado de inferioridad intelectual, que no permite al sujeto apreciarla en su justo valor; éste no es más que un caso particular del trastorno en menos de que sabemos la inteligencia es susceptible. Así, esta concepción absurda es aceptada por el sujeto y no ofrece, por consiguiente, el principal carácter de la obsesión, que sería la conciencia de su absurdidad. Sucede que estas concepciones absurdas absorben todo lo que el sujeto tiene de actividad intelectual y paralizan de este modo su volición, de tal suerte, que en un examen superficial se le tomaría por un obseso. Hechos de

este género han servido en parte á los adversarios de la teoría emocional de la obsesión, para formular su gran argumento; que hay casos en que ésta exista sin que jamás la menor angustia se produzca. Que analicen estos casos á fondo, y comprobarán que el único nombre que les conviene es el de la idea fija con base de debilidad mental.

Reconozco que hay otros á los cuales tal explicación no es aplicable, porque los enfermos, no poseídos de angustia, tienen conciencia de lo absurdo de la idea ó ideas que se le presentan frecuentemente. Pero si no son atormentados en el momento que se les examina, ¿no lo han sido nunca antes?

No se ha de olvidar, en efecto, como lo han dicho muy bien Pitres y Régis, que los síntomas emocionales, lejos de hallarse en razón directa de la intensidad de la idea fija, como lo exigiría la teoría intelectual, se atenúan, por el contrario, al paso que la obsesión tiende á intelectualizarse. Resulta de esto que si esta intelectualización es rápida y manifiesta, los síntomas emocionales podrán muy bien ser en seguida eclipsados.

Hay, pues, motivos para creer que los hechos sobre los cuales se apoyan los defensores de la teoría intelectual entran en una de estas dos categorías. Por mi parte no he observado nunca nada que confirme sus aseveraciones.

Establecimientos preventivos infantiles. GENARO SIXTO (Buenos Aires).

El autor señala la gran cantidad de niños de nutrición insuficiente y anémicos que asisten á las escuelas en la capital federal, y la necesidad que hay de crear establecimientos especiales para su curación, verdaderos establecimientos preventivos y no colonias escolares, pues este concepto es insuficiente como propósito higiénico.

Si ellos hubieran existido, la mortalidad infantil habría disminuído enormemente y la tuberculosis hubiera hecho menos, pero mucho menos víctimas en los niños y adolescentes.

AUTOSCOPIA. — APUNTES DE PSI-
QUIATRÍA, por el Dr. D. FERNAN-
DO BRAVO, Médico forense de Santander.

Quiere decir la palabra *autoscopia* visión de sí mismo; es, pues, la facultad de verse como en un espejo, pero sin que exista éste. Verse fuera de sí; otro YO; una imagen en todo semejante á nuestra propia imagen, por las facciones, por los rasgos, la talla, los gestos, el vestido, etc., etc. No todos poseen esta facultad, es necesario tener un poco alterado el cerebro para poseerla.

Dícese que Alfredo de Musset se vió en diferentes ocasiones, bajo la forma de un fantasma negro, que le seguía constantemente:

Partout où j'ai touché la terre,
sur ma route est venu s'asseoir
un malheureux vêtu de noir
qui me ressemblait comme un frère.

El teatro, el libro, el folleto, ofrecen al estudio una serie de tipos frenopáticos de varia intensidad y diferente especie. Nuestro Galdós, por ejemplo, á semejanza de Shakespeare, gusta de colocar intelectualmente algunas de las figuras de sus novelas en el límite que separa la razón de la locura y, otras veces, describe tipos que pueden considerarse como verdaderos modelos: Rufete, megalómano en *La Desheredada*; en *Nazarín*, el *Amigo Manso*, *Misericordia*, el *Abuelo*, etc.; Ibsen, se singulariza hábilmente de alienista en sus dramas (*Los Espectros*, *Edda Gabler y Goines*); Alfonso Karr pinta de mano maestra las angustias de un onomatómano; en *El Misántropo*, Molière describe la hipocondría moral; Lady Macbeth es un ejemplo de obsesión histérica con delirio sonambúlico nocturno; Hamlet, desequilibrado melancólico con alucinaciones; Werther, un neurótico que termina en el suicidio; Margarita, en el *Fausto*, confusión mental alucinatoria y mata á su hijo; á Lutero nos le presenta Núñez de Arce con idéntica psicosis:

horripilante cuadro,
que heló su sangre, y de sudor de muerte
cubrió sus miembros rígidos, de pronto
hirió su trastornada fantasía.

Nuestro Quijote; el insigne Zola, en *L'Assommoir* (delirio alcohólico agudo con alucinaciones); Alfonso Daudet y otros; y en todos los tiempos la literatura busca la locura como objeto de

estudio y como elemento artístico (lo que se ha llamado *psiquiatría literaria*), con sus pasiones, vicios, etc., como causas y con sus signos como síntomas, de la propia suerte que ocurre en la realidad de la vida y se observa todos los días en la clínica, y, bien mirado, quien sabe si en muchos de los desórdenes espirituales, en esas catástrofes del alma á que llamamos vesanias, se puede encontrar la explicación de hondos arcanos psicológicos, á la manera que en las catástrofes geológicas encuentra á veces el sabio la explicación de ciertos fenómenos terrestres.

No es ocasión de hacer un análisis de las alucinaciones (percepción sin objeto) sino de tomar nota del estudio que acaba de hacer el Dr. Sollier de tan extraño fenómeno psíquico, quien aprecia y considera que la descripción de Musset es tan propia, precisa y exacta que concuerda con todos los ejemplos de autoscopia conocidos; y no cabe duda que el poeta de *Las Noches* ha disfrutado de la no envidiable facultad de exteriorizar su sombra y de *verse doble*, como lo expresa en los siguientes versos:

Du temps que j'étais écolier
je restais un soir à veiller
dans notre salle solitaire.
Devant ma table vint s'asseoir
un pauvre enfant vêtu de noir,
qui me ressembloit comme un frère.

Guy de Maupassant ha poseído también la facultad de *verse doble*; (así lo ha referido uno de sus amigos al Dr. Sollier).

En cierta ocasión, encontrándose en su despacho trabajando (los criados tenían orden de no dejar entrar á nadie cuando escribía ó estudiaba), de pronto se abre la puerta, se vuelve y ve con sorpresa, entrar su propia persona que viene á sentarse á la misma mesa, enfrente de él, la cabeza apoyada en la mano y se pone á dictarle todo lo que él escribía. Cuando hubo acabado se levantó, y la visión desvaneciósse. Poco tiempo después, el autor de *Horta* falleció á consecuencia de parálisis general.

El expresado Dr. Sollier ha observado una docena de casos de este género que representan todos los grados y las diferentes variedades del fenómeno. Citaré dos de ellos, que son dos ejemplos de autoscopia *especularia*. Joven de veintidós años, histérica; una noche se encontraba sentada cerca de una mesa, en la que había un pequeño quinqué; de repente se *vió como en un espejo*. Su propia figura, sus mismos vestidos, lo que la asustaba era ver sus ojos que la miraban espantados; la sentía vivir y

respirar al unísono con ella misma. Esta es la verdadera visión *especularia*, en espejo. No profirió ni una palabra; «no sé lo que yo sentía, refiere esta joven; exactamente igual que si yo hubiese estado sentada enfrente de mí.» Duró una hora, poco más ó menos, esta situación; después, todo se volvió negro y se encontró en su asiento, temblando y cansadísima.

El otro segundo caso que he de referir es también una joven de veintitrés años, sujeta á alteraciones mentales; á la sazón se halla en convalecencia. Se paseaba tranquilamente por París, cuando de pronto su propia imagen se irguió delante de ella, á dos ó tres metros, idéntica en todos sus caracteres, rasgos, facciones, vestidos, etc., etc. La visión duró algunos instantes; después, desapareció. Poco tiempo había transcurrido de tan extraña aparición y una noche, como se despertara encontrándose en el lecho, percibió al lado de su cama la silueta de una mujer; en esta ocasión *no se reconoció como su propia imagen* y creyó que era su enfermera. Para mejor darse cuenta de esta situación abandonó la cama, pero el fantasma ya había desaparecido.

Estos fenómenos de autoscopia han sido estudiados sobre todo por los médicos mentalistas, aunque no sean siempre un síntoma de la alienación mental, y es una cuestión de la mayor importancia práctica, como acontece con ciertas alucinaciones que no son reconocidas como tales por el individuo; ¿constituyen un síntoma de locura? (Divergencias entre la escuela alemana y la francesa.) Cualquiera que sea la opinión que se sustente sobre este punto doctrinal, todavía controvertible, es lo cierto que toda alucinación por sí misma, no nos dice nada ni sobre el estado general del individuo, ni sobre el estado cerebral, y, por otra parte, «se ha observado personas que han creído en la realidad de sus alucinaciones y á las que nos es muy difícil considerar como enajenados (Mahoma, Napoleón, Sócrates, que platicaba con el demonio; Benvenuto Cellini, que tuvo una visión del sol, mientras en el calabozo en el que se hallaba encerrado, rogaba á Dios le permitiera ver una vez más la luz del rey de los astros; Pascal, que vió delante de sí un precipicio; Juana de Arco; Lutero, que arrojó su tintero al diablo, y otros).» — *Kraft-Ebig.*

La explicación de estos hechos no es tan difícil cuando se piensa que semejantes sujetos están dominados por la ilusión, la superstición del siglo, las tendencias á las cosas místicas y carecen de la instrucción necesaria y no se hallan preparados para rectificar ni corregir las creencias de su imaginación. Semejantes alucinaciones, como en las ilusiones (interpretación

falsa de una sensación percibida) suelen ser también resultado de una combinación de circunstancias desfavorables para la sensación perfecta. Cuando la luz es, por ejemplo, insuficiente, suele haber ilusiones y alucinaciones del sentido de la vista. Ocurre esto de una manera especial con la luz fantástica de la luna, con la que el aspecto natural de los objetos varía más ó menos. En estos casos, un árbol plantado á un lado de la carretera, un poste de piedra, un montón de grava pueden parecer un animal.

Por otro lado, bien sabido es que muchos individuos suelen ver lo que desean. Véase á este propósito lo que copia Falret de la *Pluralidad de los mundos*, de Fontenelle, y lo que refiere Hammond en su *Tratado de la locura*.

El Dr. Sollier no habla del valor pronóstico de los fenómenos autoscópicos. El caso de Maupassant es muy favorable á la creencia escocesa que supone como presagio de muerte próxima la aparición de semejantes hechos autoscópicos. Lo mismo ocurre con el caso clínico expuesto por el Dr. Féré. Se trata de un médico, diabético hacía bastante tiempo, el cual, encontrándose en el corredor oscuro de una casa en la que entraba por primera vez, se paró bruscamente á la vista de su propia imagen que *el creyó reflejada en un espejo*: algunos meses más tarde fallecía este médico á consecuencia de un cáncer en la vejiga.

Existe mucha variación en la intensidad con la que se presentan los fenómenos autoscópicos. La hora de la presentación suele ser al atardecer ó en las primeras horas de la noche, en las habitaciones débilmente alumbradas, bien con quinqués, ora con mariposas ó lamparillas; otras veces acontece en el momento de despertarse, cuando las impresiones exteriores no se perciben con la suficiente nitidez y limpieza, y, como dice Becquer:

no se duerme; se vaga en ese limbo
en que cambian de sombra los objetos,
misteriosos espacios que separan
la vigilia del sueño.

Habitualmente, el personaje autoscópico es mudo. A veces, no obstante, puede existir un diálogo entre los dos YO, y, en este caso el doble se muestra, en general, animado de un fuerte espíritu de controversia y contradicción.

Como explicación de la autoscopia se ha dicho que es una alucinación de la vista; para el Dr. Sollier es un fenómeno de orden cenestésico (*cenestesia*, sentimiento interior de sí mismo). Weygant, 1904.

Este sentimiento, bastante confuso y vago en la generalidad de las gentes, puede aumentarse en algunos, *hipercenestesia*, hasta el extremo que pueda objetivar sus sensaciones. Esta sensación objetiva de sí mismo y revestida con los atributos exteriores que el sujeto ve, *no con los ojos de la carne*, como dijo Goethe, *sino con los ojos del espíritu*, es lo que constituye la autoscopia.

Masculinidad uruguaya de 1887 á 1901. JOAQUÍN DE SALTERAIN.

El autor consigna la masculinidad de cada uno de los departamentos de la República Oriental del Uruguay, anualmente y por quinquenios, y luego en la misma forma en todo el Uruguay.

Esas cifras demuestran :

1.° La masculinidad negativa sólo se ha observado parcialmente en algunos departamentos, sin que afectara la media por quinquenios sino en tres ocasiones (Rivera y Flores en el primer quinquenio, Tacuarembó en el tercero).

2.° La masculinidad del Uruguay, totalmente considerada, siempre fué positiva: de 104 en el primer quinquenio y de 105 en segundo y tercero.

3.° El estudio de la marcha y proporciones parciales, induce á suponer que la masculinidad positiva total tiende al aumento.

4.° Sería de desear que las estadísticas consignaran datos relativos al asunto, muy especialmente las americanas, pues ellas darían razón de las condiciones etnográficas que pueden intervenir, y de las de carácter dinámico, de positiva importancia en los países nuevos.

Alcoholismo y riqueza. DIÓGENES TORRES (La Paz, Entre Ríos).

Hace resultar los efectos perniciosos del alcohol sobre el organismo, y la influencia que naturalmente tiene en la disminución de la riqueza común.

Saca la conclusión de que los alcohólicos son un peligro para la vida del hombre, y que, dada la perfección de nuestras instituciones, podría evitársele no expendiendo el alcohol más que en las farmacias, previa receta de un facultativo ú orden de autoridad, y haciendo que los vinos se elaboren con jugo de uvas; con una proporción de alcohol que no exceda de 3 por 100 y los licores de $\frac{1}{2}$, por 100.

EL XIV CONGRESO DE MÉDICOS ALIENISTAS Y NEURÓLOGOS DE FRANCIA Y PAÍSES DE LENGUA FRANCESA, CELEBRADO EN PAU DEL 1 AL 7 DE AGOSTO DE 1904. — Principales comunicaciones presentadas al mismo, recogidas y extractadas por el doctor J. RIUS Y MATAS.

Sobre ciertos caracteres psicológicos de la demencia precoz y límites de esta afección. DR. RENÉ MASSALON (de Pau). — Los caracteres psicológicos de la demencia precoz permiten diferenciarla de otras formas de debilitación intelectual primitiva, que, con aquélla, constituyen el grupo de las llamadas *demencias primitivas*.

Así, la sugestibilidad, la ecomimia, la ecopraxia, las estereotipias, la conservación de las actitudes, el negativismo..., etc., no son más que síntomas secundarios de la referida afección; no son otra cosa que evidentes manifestaciones de una particular decadencia intelectual.

La cual es primitiva y consiste en una incoordinación intrapsíquica (Stransky) primitiva, en una total disgregación de los elementos del espíritu, con vida autónoma de los mismos. Los estados de confusión que se suceden en el curso de ésta enfermedad son episódicos; antes que ellos existía ya la debilitación psíquica, por cuya razón no debe ser englobada la demencia precoz en el grupo de las confusiones mentales.

Los delirios alucinatorios sistematizados crónicos, evolucionando hacia la demencia y aun teniendo idéntica terminación, poseen caracteres psicológicos diferentes de los que se observan en los dementes precoces; dichos delirios, sin exceptuar el crónico de Magnan, forman el grupo de la demencia paranoide ó paranoica, demencia primitiva, análoga, pero distinta, en su esencia, á la demencia precoz. Ciertos individuos, psíquicamente debilitados, que al influjo de causas leves caen en la demencia, presentan caracteres muy parecidos á los de las demencias precoces; tales enfermos corresponden á la concepción de Morel y deben ser excluidos del cuadro de la demencia precoz, psicosis accidental.

Caso de demencia precoz, con autopsia. DRAS. LEROY Y LAIGNEL-LAVASTINE (de Evreux). — Fueron presentados por dichos señores cortes encefálicos y viscerales de una mujer de veinte y tres años, fallecida por tuberculosis crónica en el Asilo de alienados de Evreux en Octubre de 1903 y observada en el mismo desde Julio de 1899.

Hija de padre alcohólico, afecto de delirio intermitente; hermana de una paralítica infantil, reglada á la edad de quince años y dotada de bastante inteligencia para poder desempeñar, durante nueve años, los quehaceres de una buena sirvienta en una misma casa, ingresó en el referido Asilo, diagnosticada de « Melancolía, con alucinaciones ópticas ».

Al momento mostróse negligente, perezosa, irritable, entregándose á una desenfadada risa ó á un intempestivo llanto sin el menor motivo para ello y exteriorizando ideas delirantes de grandeza, eróticas y de persecución. Sucesivamente aparecieron negativismo y catatonía, una remisión de tres meses, enorme obesidad, desarrollada en pocas semanas, estupor, nueva remisión, que duró de Mayo á Noviembre de 1902 y, por fin, un último período de estupor, acompañado de accesos de excitación catatónica.

La autopsia no reveló otras lesiones macroscópicas que las tuberculosas. El examen microscópico descubrió lo siguiente: ausencia de lesiones meníngeas ó vasculares en la corteza cerebral, así como de todo proceso inflamatorio; normales en estructura, pero disminuídas en número, las células piramidales gigantes; de forma normal, con cromatolisis central ó total, las grandes piramidales, notándose al propio tiempo que, particularmente las situadas al nivel del lóbulo paracentral, hallábanse como invadidas y destruídas por la neurona. En dicho punto tan sólo aparecían algo alteradas las piramidales pequeñas, mientras que todas las demás variedades de células continuaban en su estado normal. Cerebelo, protuberancia y bulbo normales también.

El hígado, grasoso; la glándula tiroidea un tanto esclerosada y los riñones con el aspecto y caracteres propios de las vísceras observadas en la autopsia de un tísico. Comparada la corteza cerebral con la de un tuberculoso de la propia edad, distinguíase porque las grandes piramidales eran las más intensamente afectadas y por contarse en menor número las piramidales gigantes del lóbulo paracentral.

Demencias de la pubertad. DR. MARIE (de Villejuif). — Entre las demencias propias de la adolescencia, parece encontrarse una correspondiente á la época de la pubertad, á manera de aborto de este período último del desarrollo individual. Semillante atraso en la evolución estalla sobre un terreno frecuentemente predispuesto á la acción de un proceso infeccioso incidente. Distinguese por su antagonismo con los síndromes degenerativos curables y con las demencias más tardías ó secundarias á ciertas alteraciones psíquicas.

Caracterízase, además, por ofrecer determinadas anomalías regresivas de la esfera sexual.

Lesiones de las cortezas cerebral y cerebelosa en una idiota, ciega de nacimiento. — DRES. TATY Y GIRAUD (de Lyon). — Expusieron los resultados del examen practicado en el laboratorio del profesor Pierret del cerebro y cerebelo de una joven idiota, de catorce años, ciega á consecuencia de una oftalmía purulenta de los recién nacidos, con muy graves lesiones del ojo y vías ópticas del lado izquierdo, fallecida tuberculosa en la clínica del Dr. Viallon.

El examen necrópsico de los ojos, á cargo del Dr. Dor, puso de manifiesto la existencia de un doble leucoma, con desaparición del cristalino y de la retina izquierdos. En el cerebro se apreciaron lesiones (ausencia de un considerable número de elementos y atrofia de otros) extendidas por ambos hemisferios y localizadas principalmente en el polo frontal y lóbulos occipitales, decreciendo hacia el pliegue curvo, circunvoluciones rolandicas y lóbulos temporales. La destrucción de los dichos elementos celulares era *total* en las cisuras calcarinas y en sus dos correspondientes rebordes. De cuya observación se infiere que las opiniones de Herchen son verosímiles y aplicables aún á cerebros afectados de lesiones generalizadas.

Hallábase el cerebelo igualmente atacado en todas sus partes y los caracteres de sus lesiones eran idénticos á los ya descritos. Predominaban aquéllas en el *floculus* izquierdo, en conformidad con las observaciones realizadas por el Dr. Dor sobre la atrofia de los *floculus* en conejos previamente sometidos á una enucleación.

Dos casos de delirio agudo, tratados con éxito por la balneación fría. DRES. DONTREBENTE Y MARCHAND (del Asilo de Blois). — Los aludidos enfermos habían presentado, en el curso de un delirio agudo pirético, trastornos gastro-intestina-

les análogos, á los de la fiebre tifoidea, por cuyo motivo se les ocurrió á los doctores citados poner en práctica el tratamiento por baños de la infección tífica, administrando, al efecto, á sus enfermos seis baños diarios, de un cuarto de hora de duración y á la temperatura de 28° C. Simultáneamente adoptaron el régimen lácteo exclusivo y el uso de purgantes salinos, repetidos á pequeñas dosis.

Dícese en la respectiva comunicación al Congreso que los resultados obtenidos con tal método de tratamiento fueron altamente favorables y persistentes.

Pollencefalitis superior aguda hemorrágica. DOCTORES BRYSSAUD Y BRÉCY (de París). — *Observación* de una mujer de treinta y seis años, con ptosis doble, miosis y un particular estado de somnolencia. Al noveno día, aceleración del pulso y elevación térmica; á las veinte y cuatro horas, muerte súbita.

Autopsia: hemorragias y lesiones inflamatorias tapizando las paredes del acueducto de Sylvius, principalmente á nivel de los núcleos del tercer par, de los tubérculos cuadrigéminos y de la parte superior de protuberancia.

Esta observación guarda íntima relación con la publicada en 1875 por Gayet, y también con los casos descritos posteriormente al trabajo de Wernicke, bajo la denominación de poliencefalitis superior aguda hemorrágica. Es evidente que en ellos se trataría asimismo de lesiones bastante difusas, con predominio en las vecindades del acueducto, mejor que de una enfermedad realmente sistematizada.

De las retracciones musculares y de la amiotrofia consecutivas á contracturas y actitudes estereotipadas en las psicosis. DR. CULLERRE (de la Roche-sur-Yon). — Es un hecho corriente la observación de espasmos musculares, contracturas, actitudes estereotipadas y otros análogos fenómenos morbosos durante el curso de las psicosis, los cuales pueden en algunos casos determinar á la larga en los músculos interesados trastornos tróficos más ó menos graves, retracciones tendinosas y atrofas musculares.

Estas contracturas y atrofas, en los dementes estúpidos, son habitualmente susceptibles de una completa curación; mas, como á veces pueden persistir definitivamente, recuerdan la atrofia muscular de las parálisis histéricas (Charcot, Babinski) y mejor aún la que se observa como consecuencia de ciertos es-

pasmos profesionales, en que puede verse á determinados músculos inutilizados por el trabajo, pero fuerte y constantemente mantenidos en flexión forzada, convertirse poco á poco en asiento de atrofia y restracción definitiva (Brissaud).

Trátase, en suma, en todos estos diversos pero análogos casos, de una verdadera enfermedad de Dupuytren, cuya causa, en lugar de ser debida á una especie de traumatismo externo, está constituida y determinada por una irritación permanente, exclusivamente *interior*.

Sobre la exploración clinica del sentido muscular.
 DR. CHAPARÈDE (de Génève). — Esta exploración participa de las dificultades inherentes á todas las determinaciones de la sensibilidad. Los individuos explorados titubean, se contradicen, siendo, con frecuencia, imposible expresar por una cifra el grado de agudeza sensible. Para mensurar el estado de la sensibilidad profunda, es lo más sencillo y práctico en clinica, recurrir á la comparación de pesos; puédesse también hacer comparar los volúmenes de pequeños cubos de madera de 20 á 30 milímetros de lado.

Es un hecho comprobado que los enfermos contestan con mayor acierto y precisión cuando, en lugar de hacerles apreciar *sucesivamente con la misma mano* dos pesos ó dos volúmenes, se les permite una comparación inmediata colocando *simultáneamente en cada mano* uno de los referidos pesos ó cubos. En este caso ocurre que los enfermos, afectos de trastornos de la sensibilidad ó de la motilidad, encuentran uno de los pesos ó de los volúmenes mayor que el otro, á pesar de que son exactamente iguales. Pero, cosa rara y curiosa, un cierto número de cuidadosas experiencias realizadas atestiguan que no existe paralelismo alguno entre la fuerza motriz y la sensibilidad de un miembro y el sentido de la estimación del peso ó del volumen, apreciado por dicho miembro; es decir, que ciertos enfermos sobre-estiman los pesos con su brazo parético ó hipo-estésico, mientras que otros hacen lo propio con el brazo sano. Obsérvase lo mismo relativamente á la sobre-estimación del volumen.

Tampoco se nota un regular y constante paralelismo entre las sobre-estimaciones del peso y del volumen; todas las combinaciones son posibles; algunos enfermos sobre-estiman los pesos y los volúmenes con el brazo sano, otros lo verifican con el enfermo y los hay que sobre-estiman los cubos y desestiman los pesos con el brazo enfermo, etc.

Estas experiencias que, por la importancia que revisten, reclaman ser atentamente proseguidas y abundadas, demuestran

que la complejidad en las diferentes modalidades del sentido muscular es, con toda probabilidad, mayor aún de lo que generalmente se creía. Un muy considerable número de factores sensibles, motores y cerebrales, intervienen en las percepciones del peso, del volumen, de la forma y de la posición. Es indispensable conocer bien su respectivo papel si se quiere interpretar y discernir los resultados proporcionados por los procedimientos usuales exploradores del sentido muscular.

Examen de la sugestibilidad en los sujetos nerviosos.

Dr. SCHNYDER (de Berna). — El comunicante ha examinado la sugestibilidad en los individuos de temperamento nervioso asistidos en la clínica del profesor Dubois, de Berna, sometién-
doles á una electrización simulada durante cinco minutos é interrogándoles acerca de sus particulares sensaciones. En 203 sujetos examinados (111 mujeres y 192 hombres), la proporción de resultados positivos ha sido de 54 por 100.

Estos han abundado en los neurasténicos (un 77 por 100 en las mujeres y un 61 por 100 en los hombres). En los histéricos, por lo contrario, son menos frecuentes los fenómenos de sugestión, particularmente en los casos de histerismo clásico (anestesia cutánea, contracturas, astasia-abasia), habiendo proporcionado el examen de los mismos sólo un 40 por 100 de resultados positivos. Explica el A tal particularidad por el hecho de hallarse los individuos histéricos como refractarios á todo género de sugestiónes nuevas y distintas de las que fija y habitualmente las auto-sugestionan.

(Se continuará).

Fórmulas contra el insomnio de los niños:

Bromuro potásico	}aa 3 gramos.
Hidrato de cloral	
Extracto de cáñamo indiano	}aa 5 centigramos
» de beleño	
Jarabe de azahar	}aa 3 gramos.
Agua destilada	

Para tomar una cucharada de café cada hora, hasta conseguir el afecto deseado. — J. COMBY.

NOTAS TERAPÉUTICAS

Clásica: tratamiento con el piramidón. — Boechi ha obtenido buenos resultados. De ordinario recurre á esta fórmula:

Piramidón	1 gramo
Agua hervida	70 »

para tomar 4 ó 5 cucharadas diarias.

Bertheraud ha recurrido al método hipodérmico: diez centigramos por inyección, una ó dos veces al día:

Piramidón	1 gramo
Agua esterilizada	10 »

Los paroxismos dolorosos cesan y parece más corta la duración de la enfermedad. — RODRÍGUEZ MÉNDEZ.

Bromuro amónico-rubídico en la epilepsia. — Asegura Laufenaer que el bromuro doble de amonio y rubídico empleado con gran éxito en la epilepsia, produce en las dos terceras partes de casos efectos más sedativos que el de los demás bromuros.

Dicho bromuro se prescribe á la dosis de 4 á 7 gramos por día; generalmente basta una dosis media á 4 ó 5 gramos para obtener un efecto sedativo ó hipnótico seguro.

La fórmula farmacéutica más generalmente usada es la siguiente:

Bromuro doble amónico-rubídico	6 gramos
Agua destilada	100 »
Jarabe de limón	20 »

Cada cucharada contiene 75 centigramos de medicamento. — MORINI.

Acción terapéutica del rodonio. — Wolfony Pauli, una vez convencido de las afinidades químicas existentes entre el iodo y bromo y el rodonio, lo empleó en ocho casos de cefalalgia sifilítica, logrando la curación.

Se ha validó del rodonato sódico en solución al 1 por 100. Aconseja no pasar de un gramo diario de medicamento y dar la solución á cucharadas mezcladas con leche y después de las comidas. — RODRÍGUEZ MÉNDEZ.

Tratamiento hidroterápico del delirium tremens febril. — Según el Dr. Salvant, cuando en un caso de delirium tremens febril se observa al principio del ataque una temperatura rectal de más de 39°, se deben emplear baños de 18° C. ó bien de 25° á 28° C., si el corazón ó las arterias están en mal estado ó cuando se inicia el colapso. Durante el baño se debe verter agua del mismo sobre la cabeza del enfermo constantemente, y también se le deben dar bebidas calientes y estimulantes.

La duración del baño será de cinco á diez minutos, siendo preferible repetirlos á menudo, aunque sea cada tres horas, que darlos muy largos. Se continúa con este tratamiento hasta que cesen la hipertemia y el delirio. A los pocos baños ya se suele observar su acción beneficiosa.

El médico debe dirigir personalmente este tratamiento, y mientras dura el baño no debe dejar un solo instante de observar el pulso.

Cuando el enfermo sale del baño, se le llevará á la cama para que entre en calor, con cuyo objeto prestan también muy buen servicio las bebidas calientes y los estimulantes no alcohólicos.

Una vez cesados los ataques se tratará la convalecencia del modo acostumbrado. En los casos más leves ó cuando la temperatura se mantiene por debajo de 39°, basta, generalmente, con baños tibios, los cuales también convienen cuando están contraindicados los fríos, ó sea en los casos de complicaciones graves por parte del corazón, endopericarditis, miocarditis, arterioesclerosis, diabetes, etc. En todos estos casos los baños tibios dan excelente resultado. Los síntomas de colapso que á veces se presentan con los baños fríos prolongados se tratarán con tónicos, el éter, etc. (*Los Nuevos Remedios*).

La cafeína contra el alcoholismo. — El Dr. Hall, profesor norteamericano, asegura haber obtenido excelentes resultados empleando dicho alcaloide en el tratamiento de muchos casos de alcoholismo crónico. Según el autor, bastan 5 centigramos de cafeína, repetidos cuatro veces al día con intervalo de dos horas, para hacer desaparecer la imperiosa necesidad de tomar alcohol que sienten los borrachos.

El principio activo del café actúa como poderoso antagonista del alcohol. En efecto, los principales trastornos producidos por el alcohol son los siguientes: congestión renal, diuresis muy aumentada, descenso de la temperatura por oxigenación incompleta de la sangre, trastornos circulatorios, disminución de la

excitabilidad refleja de los vaso-motores, desórdenes nerviosos y mentales, etc.

La cafeína, por el contrario, descongestiona los riñones, actúa como calmante y como tónico, da lugar al restablecimiento de la temperatura fisiológica y ejerce, por último, una acción estimulante bien marcada sobre el sistema nervioso y aparato cardio-vascular. — LLINÁS.

Curación de las neurosis por los baños de calor radiantes luminosos. — El Dr. T. Trothers, ha publicado en el *New-York Medical Journal* (25 de Julio de 1904), un notable artículo preconizando este medio terapéutico como de gran eficacia para la curación de las neurosis en general.

Véanse las conclusiones con que el autor termina su trabajo:

1.º La luz radiante penetrando en los tejidos más profundos del organismo, se convierte en calórico, transformándose en energía nerviosa.

2.º Los efectos químicos del baño demuestran el poder de la luz como agente poderoso de eliminación y como corrector de las perturbaciones neurósicas, nutritivas y vaso-motores.

3.º La acción curativa que ejerce sobre las neurosis es muy superior á la conseguida con los otros agentes terapéuticos comúnmente empleados.

4.º El baño de luz, como otros medios electro-terápicos, constituye un verdadero progreso en el tratamiento de las neurosis. — R. MORINI.

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SAN BAUDILIO

Septiembre de 1904

Continúa aumentando la población vesánica de ambos sexos albergada en este establecimiento. Las bajas son relativamente escasas, pues las defunciones han alcanzado la cifra mínima que corresponde á esta clase de nosocomios, y como las evasiones son rarísimas, y las altas por curación han sido desgraciadamente poco numerosas en estos últimos meses, debido á la clase de afecciones que aquí solemos observar, la población va creciendo casi constantemente, hasta el punto de que á fines de este mes de Septiembre, contábase con más de 300 hombres y muy cerca de 300 mujeres.

En dicho mes ingresaron 21 alienados, 12 hombres y 9 mujeres, dependiendo 6 de ellos (5 hombres y 1 mujeres) de la

Diputación de Barcelona, 3 de la de Soria (5 hombres y 3 mujeres), 2 hombres de la jurisdicción militar, 1 mujer de la Diputación de Lérida, y otra que ingresó á instancia de sus deudos. Ninguno de ellos ofrece particularidad digna de especial mención, ya que á excepción de la mujer pensionista (que sufre una enfermedad mental aguda), todos los demás padecen vesanias crónicas de muy difícil curación.

Perdimos 3 alienados (5 hombres y 3 mujeres) por defunción, ocasionada por las siguientes enfermedades: tuberculosis pulmonar (2 hombres, uno de ellos de diez y nueve años de edad, afecto de locura epiléptica, y el otro de cuarenta y ocho años, en el período terminal de una demencia consecutiva á una vesania de forma maniaca), caquexia propia de los alienados (un hombre de cuarenta y cinco años, afecto de demencia terminal, y una mujer de treinta y dos años, imbecil, con excitación maniaca de larga fecha de duración), catarro intestinal crónico (hombre de veintitrés años, con melancolía alucinatoria), invaginación intestinal (hombre de cincuenta años, con parálisis general progresiva), y hemorragia cerebral (mujer de setenta años, en el período caquético de una demencia consecutiva).

Fueron dadas de alta en concepto de *curadas*, dos mujeres que ya hacía algunos meses que gozaban de perfecta lucidez mental, pero á las cuales creímos necesario tener sujetas á una observación prolongada, por la clase de enfermedad mental que habían padecido. Una de ellas, de cincuenta y un años de edad, viuda, estaba diagnosticada de *locura intermitente*, y era la segunda ó tercera vez que había estado recluida en un Manicomio; llevaba ahora año y medio de reclusión, y hacía ocho meses que había terminado el acceso maniaco por el cual ingresó en el establecimiento; después de tan largo espacio de tiempo de completa integridad psíquica, no era ya justo ni prudente retardar la salida de esta asilada, y en consecuencia se le concedió el alta con la nota de curada. La otra era una joven de veintiseis años, soltera, con antecedentes hereditarios, presentando estigmas ligeros de degeneración y que ingresó en el Manicomio padeciendo una *excitación maniaca*, de forma accesimal; los accesos observados fueron de corta duración, con escasa reacción morbosa, y separados por intervalos de completa lucidez, durante los cuales la enferma se daba clara cuenta de sus trastornos mentales anteriores; el último acceso, de forma muy remisa, se presentó en el mes de Marzo del corriente año, y duró dos ó tres semanas; desde entonces, nada anormal pudo observarse en sus facultades mentales, por lo que le concedimos el alta en concepto de curada. — DR. RODRÍGUEZ-MORINI.

BOLETÍN DE LOS MANICOMIOS DE CIEMPOZUELOS

Septiembre de 1904

Poco extenso ha sido el movimiento habido en la población vesánica recluida en estos Establecimientos durante el mes que acaba de terminar.

Hemos tenido 6 ingresos, de los cuales 4 son varones (3 corresponden al pensionado y 1 á la Diputación de Cuenca) y 2 señoras (1 pertenece á la Diputación de Segovia y la otra al Ayuntamiento de Linares (Jaén):

Las bajas han sido 5, 1 por fallecimiento y 4 por curación; queda, por consiguiente, constituyendo el saldo á nuestro favor un enfermo.

El fallecimiento fué ocasionado por una lesión orgánica del corazón, en una enferma de 25 años, afecta de demencia crónica.

Las altas concedidas este mes han sido las siguientes:

T. G. Y., natural de Villa-Veta (Navarra), de 39 años de edad, casada, temperamento nervioso, ingresó el 19 de Septiembre de 1903, á petición de la Excm. Diputación provincial de Madrid, fué diagnosticada de excitación maniaca, con delirio acusatorio é ideas delirantes de persecución, habiendo remitido todos los síntomas de desequilibrio mental, fué dada de alta como curada el 9 de Septiembre.

S. R. L., natural de San Pedro de Valverde (Lugo), de 22 años de edad y soltero de estado, ingresó el 12 de Mayo de 1900, á petición de la Excm. Diputación provincial de Madrid, se ignoran sus antecedentes hereditarios, sabemos por el mismo enfermo que se embriagaba con frecuencia antes de su perturbación mental; fué diagnosticado de enagenación mental de forma maniaca depresiva, haciéndose un pronóstico reservado y visto el buen estado en que se encuentra, sale en concepto de curado el 29 de Septiembre.

J. P., de 45 años, natural de Madrid, ingresó el 25 Abril de 1904, por cuenta de la Excm. Diputación provincial de Madrid; se diagnosticó de depresión melancólica, con ideas delirantes de persecución, en remisión; después de un buen período de tiempo, en el que no pudimos notar nada anormal en él, nos decidimos á darle el alta el 30 de Septiembre.

D. S. M., de 24 años de edad, casada, natural de Aranjuez, ingresó el 13 de Julio de 1904, á petición de su señor esposo; fué

diagnosticada de melancolía aguda, se formuló un pronóstico favorable, y merced á un apropiado tratamiento, pudimos darla de alta en concepto de curada, el 30 de Septiembre.

DR. FRANCISCO MARAVER.

SECCIÓN VARIA

Una fiesta simpática. — Nuestro querido amigo, el Administrador de la REVISTA FRENOPÁTICA, D. José Giménez Vera, deseando celebrar el XX° aniversario de su entrada al servicio de los Manicomios de Ciempozuelos y San Baudilio, como jefe de las oficinas administrativas de dichos establecimientos, reunió en espléndido banquete, á fines del pasado mes, á todo el alto personal del Manicomio de San Baudilio.

Celebróse la simpática fiesta en uno de los salones de la sección de mujeres del Frenocomio, estando servida la bien provista mesa por las camareras de la casa, bajo la dirección de las caritativas y heroicas Hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón, que tienen á su cargo aquella parte del establecimiento.

Recibió el anfitrión expresivas y carifiosas felicitaciones de todos los concurrentes al acto, siendo una de las más aplaudidas la del virtuoso capellán del Manicomio, P. José M.^a Bayo, quien en breves y elocuentes frases recordó los excelentes servicios prestados por el Sr. Giménez Vera á los Manicomios de Ciempozuelos y San Baudilio, durante su dilatada carrera administrativa.

La Dirección y Redacción de la REVISTA, que sienten singular estimación por su excelente compañero el Sr. Giménez Vera, le desean largos años de vida, acompañados de todo género de prosperidades y felicitan calurosamente al Manicomio de San Baudilio de Llobregat, por contar entre sus altos empleados á persona tan inteligente y tan laboriosa.

Un loco furioso. — Un alemán llamado Herman Kromer, marinero de una pequeña embarcación parisién que desde París se dirigía á Anteuil, fué atacado durante el camino de un violento acceso de delirio. En una de las estaciones fluviales se intentó por sus compañeros conducir el enfermo á tierra, pero después de una desesperada lucha, pudo el infeliz desasirse de los que le sujetaban y arrojóse al Sena, donde seguramente hubiera perecido si dos agentes de la brigada de salvamento de

náufragos no acuden rápidamente en su auxilio retirándole del río casi asfixiado.

A costa de grandes esfuerzos púdose conseguir que recobrará el conocimiento, y en el momento en que el comisario de policía daba las órdenes oportunas para que fuese el enfermo conducido á la enfermería del Depósito, logró apoderarse del sable-bayoneta de uno de los agentes de la autoridad que le custodiaban, agrediendo resneltamente á todas las personas que tuvo á su alcance é hiriendo de gravedad á dos agentes que intentaron desarmarle.

Sujetado, por fin, convenientemente, fué conducido en un coche, escoltado por seis agentes de policía, á la enfermería del Depósito, pero poco antes de llegar á la verja del Palacio de Justicia, rompió las ligaduras, derribó á tres de los acompañantes, y saltando del carruaje se internó á todo correr por las calles que rodean la Torre Saint-Jacques, arrollando á todos los que intentaban detenerle, hasta que al embocar la calle de Rivoli, dos guardias municipales le cierran por completo el paso y cambiando entonces de dirección se echa súbitamente bajo las ruedas de un pesado ómnibus que por allí pasaba, quedando en medio del arroyo horriblemente mutilado.

Este dramático suceso no ha ocurrido, como pudiera creerse, en ninguna población española, sino en la gran ciudad de París, en pleno día, y á presencia de centenares de personas, lo que indica que en todas partes se cometen faltas de previsión en lo que se refiere al cuidado de los infelices alienados. — **RODRÍGUEZ-MORINI.**

Un médico sereno y heróico. — Dos distinguidos facultativos de Long-Island, los doctores Rorke y Mitchell, fueron llamados con urgencia para asistir á un robusto joven enfermo de la mente. Llegaron juntos al domicilio del paciente, y apenas habían entrado en la habitación que éste ocupaba en unión de algunos individuos de su familia, el Dr. Mitchell, que iba delante, fué cogido violentamente por el loco, y arrojado á la calle por una ventana que estaba abierta, sin que al médico le fuera posible oponer la menor resistencia. La familia del enfermo huyó á la desbandada y el Dr. Rorke quedó solo al lado de aquel desgraciado. La escena que entonces se desarrolló fué en extremo emocionante; el médico, á pesar de su inferioridad física, pues se trata de un hombre de alguna edad, de pequeña estatura y de escasa fuerza muscular, hizo resneltamente frente al loco tratando de dominarle, pero armado éste de un martillo,

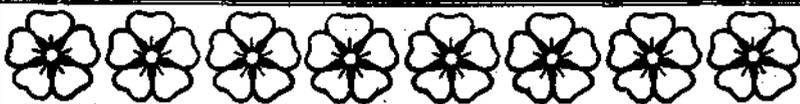
se abalanzó sobre el médico, que pudo evitar los golpes sujetando el brazo del agresor; soltó éste el martillo, y con los puños cerrados golpeó fuertemente á su víctima, hiriéndole en la cara y en la cabeza y tratando de estrangularla. En esta situación, pudo el Dr. Borke, con serenidad pasmosa, sacar de uno de sus bolsillos una pequeña botella que contenía una solución de morfina, y cogiendo rápidamente una jeringa de Pravaz, le dió una inyección al enfermo, quien á los pocos momentos cedió en sus agresiones, cayendo pesadamente al suelo y quedando profundamente dormido, siendo más tarde conducido á un Asilo.

El Dr. Mitchell resultó gravemente lesionado á consecuencia de la caída, y el heroico Dr. Borke, salió de la refriega con numerosas heridas en la cara y en el cuello. — NRT Y CARDONA.

Drama en un Asilo de alienados. — El distinguido alienista, Dr. Vallon, médico del Asilo-Clinico de Santa Ana, de París, fué víctima de un atentado cometido por un loco, al pasar la cotidiana visita de una de las secciones de alienados de aquel establecimiento. Seguido de los internos y de los enfermeros de servicio, recorría el Dr. Vallon el departamento de los enfermos semi-tranquilos, que en número de unos sesenta estaban formados en una sola fila, cuando uno de los alienados le entrega una carta que el desgraciado alienista se apresura á leer, siguiendo su camino. A los pocos pasos se destaca rápidamente de la fila uno de los locos, y abalanzándose sobre el médico, le clava en el occipucio un largo cuchillo, pronunciando al mismo tiempo palabras de venganza y de satisfacción.

La rapidez de la agresión impidió que las personas que rodeaban al Dr. Vallon le prestaran el menor socorro. Trasladada la víctima á la sala de operaciones del establecimiento, acudió presuroso el Dr. Magnan, jefe del Asilo, procediendo al reconocimiento de la herida y formulando desde los primeros momentos un pronóstico gravísimo, pues se temía que el cuchillo hubiera seccionado la médula espinal al nivel de la tercera vértebra cervical. La noche de aquel mismo día cayó el herido en un estado comatoso que hacía presagiar un próximo fin. A la hora en que escribimos estas líneas, no tenemos noticias de que haya fallecido el Dr. Vallon. ¡Dios quiera que se salve!

Esta nueva víctima de la ciencia y del deber profesional, nos recuerda lo que decíamos en el número pasado de la *Revista* acerca la poca vigilancia que se ejerce en algunos Manicomios sobre los locos peligrosos. — R. MONINI.



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 Fresno - 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.

