

REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA

AÑO II * * * * * JUNIO DE 1904 * * * * * NÚM. 18

SUMARIO: Manicomio de San Baudilio de Llobregat. Memoria médica correspondiente al año 1903, presentada á la Diputación provincial de Barcelona, por el *doctor Rodríguez-Morini*. — Los Peritos médicos ante los tribunales de justicia, por los *Dres. Galcerán y Rodríguez-Morini*. — Algunos casos de monstruosidad encefálica, por el *Dr. J. Rius y Matas*. — Los pretendidos síntomas de la Hemiplejía histérica. Disociación de los accidentes histéricos mediante el hipnotismo experimental. Curación por la psicoterapia, por el *Dr. José Ingenieros*. — Notas terapéuticas. — Boletín del Manicomio de San Baudilio, por el *Dr. Rodríguez-Morini*. — Boletín de los Manicomios de Ciempozuelos, por el *Dr. Francisco Maraver*. — Boletín del — — — — Manicomio de Santa Agueda, por el *Dr. Ricardo de Añibarro* — — — —

MANICOMIO DE SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT.

MEMORIA MÉDICA CORRESPONDIENTE
AL AÑO 1903, PRESENTADA Á LA DI-
PUTACIÓN PROVINCIAL DE BARCELONA,
por el *Dr. D. ANTONIO RODRÍGUEZ-MORI-
NI*, Director facultativo del establecimiento.

I

En cumplimiento del art. 13 del contrato que la Excelentísima Diputación provincial de Barcelona tiene establecido con el Manicomio de cuya Dirección facultativa estoy encargado, tengo el honor de redactar la Memoria médica correspondiente al año de 1903; y si en la referente á la de los dos años próximos pasados me permití, cumpliendo un deber de conciencia profesional, señalar algunas modificaciones que en mi humilde concepto podían introducirse por parte de la Corporación provincial en beneficio de los pobres alienados que por cuenta de la misma están asilados en este establecimiento, limito voluntariamente mi trabajo en la actual á consignar cifras demográficas relacionadas con la población vesánica asilada dependiente de la Diputación

de Barcelona, y á señalar las reformas que se han operado en los servicios técnicos y administrativos del Manicomio durante el transcurso del finido año.

Dichas estadísticas, fielmente recogidas, son por sí solas muy elocuentes, y si se examinan con atención y se comparan con las de los años anteriores, se desprenden de las mismas múltiples enseñanzas que convencer é ilustran mejor que los más extensos y hábiles comentarios. Los números, sin embargo, no pueden aparecer escuetos, y se hace necesario acompañarles de algunas palabras aclaratorias que dulcifiquen la aridez de los mismos y hagan resaltar el significado de algunas cifras.

II

Por cuenta de la Diputación provincial de Barcelona habia en el Manicomio de San Baudilio, el día 1.º de Enero de 1903, 609 alienados de ambos sexos (324 hombres y 285 mujeres), poco menos de la mitad de la población total del Manicomio. Ingresaron en el transcurso del año 167 (97 hombres y 70 mujeres), y causaron baja por varios conceptos 112 (55 hombres y 57 mujeres); existiendo el 31 de Diciembre de dicho año 664 (366 hombres y 298 mujeres), lo cual acusa un aumento de 65 alienados (42 hombres y 13 mujeres) al finalizar el año.

Tenemos, pues, un primer hecho de aumento en la población vesánica, por haber superado el número de los ingresados al de los que salieron ó fallecieron, hecho que tiene alguna importancia, por cuanto desde hacía algunos años la cifra de albergados iba bajando progresivamente en proporciones muy alarmantes por el desequilibrio que se establecía entre los que entraban y los que salían. En 1901 ingresaron 117 (60 hombres y 57

mujeres) y salieron 148 (59 hombres y 89 mujeres); y en 1902 ingresaron 134 (54 hombres y 77 mujeres), y causaron baja 188 (63 hombres y 125 mujeres).

Descomponiendo las cifras correspondientes á las bajas por todos conceptos durante el trienio, el hecho del aumento tiene más significación, como se podrá ver comparando los siguientes números:

Bajas	1901	1902	1903
Por curación	12 (7 H., 5 M.)	16 (11 H., 5 M.)	22 (10 H., 12 M.)
Por alivio y petición familia.	12 (5 H., 7 M.)	5 (1 H., 4 M.)	16 (10 H., 6 M.)
Por pase á otras Diputaciones	1 (H.)	4 (M.)	0
Por evasión	1 (H.)	0	5 (H.)
Por defunción	122 (45 H., 79 M.)	161 (49 H., 112 M.)	69 (30 H., 39 M.)
Total	148	188	112

Un segundo hecho, enlazado con el primero, es que en 1903 las salidas por curación y por alivio casi han duplicado á las de los años 1902 y 1901, y en cambio las defunciones han disminuído en cerca de la mitad, comparándolas con las ocurridas en 1901, y en muy cerca de las dos terceras partes con las acaecidas en 1902. Tomando el promedio de población anual, resulta que en 1901 hubo un 18 por 100 de mortalidad, 25'23 en 1902 y 10'79 en 1903; y la curabilidad fué de 1'76 por 100 en 1901; de 2'50 en 1902 y de 3'44 en 1903.

Esto representa que el estado sanitario del Manicomio ha sido casi normal en 1903, no habiendo, sin embargo, llegado á alcanzar la mínima de mortalidad que corresponde á esta clase de establecimientos, sobre todo en las secciones de mujeres, donde la cifra obituarial ha sido algo elevada, por efecto de sucumbir bastantes alienadas que á consecuencia de haber sufrido la infección coli-bacilar, quedaron con lesiones crónicas en órganos importantes para la vida, como el corazón, los riñones ó los pulmones. En las secciones de hombres la mortalidad ha sido inferior á la normal.

Respecto á la curabilidad, el progreso alcanzado ha sido notable, ya que la proporción por ciento ha duplicado comparándola con la obtenida en 1901, y ha sido una tercera parte mayor que la conseguida en 1902.

Por este lado no es posible, á pesar de todo, mostrar gran satisfacción, pues el número de curaciones es realmente escaso y no corresponde á los esfuerzos del personal médico ni á los importantes medios curativos de que dispone el establecimiento. La culpa de esta disparidad entre el esfuerzo empleado y el resultado obtenido, radica en que la mayor parte de los enfermos que ingresan en el Manicomio por cuenta de la Diputación provincial de Barcelona, padecen enfermedades crónicas de larga fecha de duración, incorregibles por toda clase de tratamientos, y siguiendo, por lo tanto, el camino de la incurabilidad más completa. Este factor de la incurabilidad de la psicopatía, influye por modo indirecto en que aumente la mortalidad, pues los alienados que llegan al período caquético de su enfermedad son muy vulnerables á los agentes morbosos comunes y su organismo ofrece escasa resistencia para luchar contra la enfermedad somática.

Y como estas afirmaciones, así las referentes á la mortalidad como á la curabilidad, pudieran reputarse gratuitas ó exageradas, voy á permitirme apoyarlas en datos estadísticos irrecusables, detallando por medio de los mismos las enfermedades que ocasionaron las defunciones y las psicopatías que sufrían los que fallecieron y los que curaron, como igualmente el diagnóstico frenopático de los individuos ingresados en el Manicomio por cuenta de la Diputación de Barcelona, en el transcurso del año. El examen detenido de los cuadros estadísticos excusará más comentarios.

Enfermedades que ocasionaron las defunciones

	Homb.	Mujeres	Total
1. — Gastritis y enteritis aguda	—	4	4
2. — Catarro intestinal crónico	2	5	7
3. — Hernia estrangulada	1	—	1
4. — Tuberculosis mesentérica	—	1	1
5. — Hepatitis	2	—	2
6. — Peritonitis aguda	—	1	1
7. — Nefritis parenquimatosa (uremia)	3	3	6
8. — Parálisis general	4	1	5
9. — Hemorragia y congestión cerebral	3	3	6
10. — Ataques subintrantes y coma epilép- tico	5	1	6
11. — Caquexia de los alienados	1	2	3
13. — Degeneración cardíaca (insuficien- cia, asistolia, etc.)	4	7	11
12. — Leucemia	1	1	2
14. — Pnevmonía catarral	—	1	1
15. — Congestión pulmonar	—	1	1
16. — Bronquitis aguda	—	2	2
17. — Bronquitis crónica	—	1	1
18. — Pleuresía aguda	—	1	1
20. — Reumatismo articular agudo	—	1	1
19. — Tuberculosis pulmonar	4	3	7
TOTALES	30	39	69

Diagnóstico frenopático de los fallecidos

	Homb.	Mujeres	Total
1. — Excitación maniaca (degenerados)	1	2	3
2. — Manía crónica	2	5	7
3. — Melancolía { simple (depresión me- lancólica)	—	2	2
{ crónica alucinatoria (de- lirio de persecución)	1	4	5
{ estuporosa (estupor me- lancólico)	—	3	3
{ ansiosa	—	3	3
4. — Locura sistematizada (paranoia)	1	8	9
5. — Locura razonadora (degenerados)	1	—	1
6. — Locura á doble forma	—	1	1
7. — Locura epiléptica	7	5	12
8. — Parálisis general	4	2	6
9. — Demencia terminal	5	1	6
10. — Demencia senil	1	—	1
11. — Imbecilidad	5	2	7
12. — Idiotismo	2	—	2
13. — Cretinismo	—	1	1
TOTALES	30	39	69

Diagnóstico frenopático de los ingresados

		Homb.	Mujeres	Total
1. — Manía . . .	excitación (degenerados)	5	2	7
	aguda	2	3	5
	crónica	12	13	25
2. — Melancolía	simple (depresión melancólica).	4	—	4
	alucinatoria aguda . . .	1	2	3
	alucinatoria crónica (delirio de persecuciones)	3	6	9
	estuporosa (estupor melancólico).	3	—	3
3. — Locura á doble forma (alterna, circular, intermitente).		7	4	11
4. — Locura sistematizada (paranoía). . .		6	3	9
5. — Locura razonadora (degenerados). .		4	5	9
6. — Locura alcohólica		5	—	5
7. — Locura sífilítica		1	—	1
8. — Locura epiléptica		8	6	14
9. — Locura puerperal		—	1	1
10. — Parálisis general.		8	2	10
11. — Demencia.	precoz.	2	—	2
	terminal	3	3	6
	senil.	1	—	1
12. — Imbecilidad.		18	18	36
13. — Idiotismo		4	2	6
TOTALES.		97	70	167

Diagnóstico de los curados

		Homb.	Mujeres	Total
1. — Manía . . .	excitación (degenerados) (1).	3	—	3
	aguda	3	6	9
2. — Melancolía.	simple (depresión melancólica).	1	1	2
	alucinatoria aguda . . .	1	3	4
	estuporosa (estupor melancólico).	—	1	1
3. — Locura alcohólica		2	—	2
4. — Locura maniaco-depresiva (intermitente) (2)		—	1	1
TOTALES.		10	12	22

- (1) Curación de la excitación maniaca, persistiendo los signos de la degeneración.
 (2) Curación del acceso maniaco-depresivo.

Hay que añadir á los números precedentes los 16 alienados que salieron á petición de sus familias, sufriendo todos ellos psicopatías crónicas, de las que habían obtenido algunos ligera mejoría, pero que en definitiva considerábamos de todo punto incurables. También hay que añadir 5 hombres fugados del Manicomio, aprovechando la libertad relativa de que gozan los que se dedican á algunos trabajos manuales (albañiles, carpinteros, panaderos, etc.).

III

Hasta aquí las cifras. Ahora un ligero inventario de las reformas y de las nuevas construcciones hechas en el Manicomio durante el año. No han sido muchas, porque la situación económica del establecimiento no ha permitido á la Administración dedicar á este objeto grandes sumas, pero las llevadas á cabo tienen verdadera importancia.

En el departamento de hombres se ha atendido á la conservación y restauración de todos los edificios, y se ha substituído el mobiliario de algunas secciones. La huerta ha sido trasladada á los terrenos adquiridos hace tiempo en la parte Norte del Manicomio, construyéndose en el extremo más elevado de los mismos un gran depósito para agua, cuya cabida es de 1,500 metros cúbicos. En los terrenos de la antigua huerta se ha construído un amplio y hermoso trinquete, que sirve de solaz para los enfermos que pueden dedicarse al higiénico juego de pelota. Están trazados los planos, y se comenzó la cimentación, de dos pabellones de planta baja destinados á enfermos agitados y epilépticos, pero fué necesario suspender temporalmente las obras por falta absoluta de recursos, ya que los créditos que el Manico-

mio tiene en cartera contra la mayor parte de las Diputaciones provinciales, se cobran cada día con más retraso y quebranto, y hace esto muy difícil la buena marcha administrativa de la casa.

A costa de grandes esfuerzos se construyó en el departamento de mujeres un pabellón de planta baja, de gran sencillez arquitectónica, muy sobrio en ornamentación, pero reuniendo excelentes condiciones higiénicas y resultando muy útil para el fin á que ha sido destinado. Situado en la gran Plaza de Pí y Molist, al Sudoeste de la misma, forma un edificio aislado de 75 metros de fachada por 8 de fondo, con el piso elevado un metro sobre el nivel del terreno y con gran altura de techo. Está dividido en tres grandes habitaciones, dos destinadas á dormitorios capaces para 30 camas cada uno, y la otra á comedor y sala de estancia; en el extremo de ésta hay una dependencia donde están instalados los lavabos, y en la parte posterior del pabellón existen dos pequeños cuerpos salientes de forma circular con grandes ventanales y destinados exclusivamente á los retretes. Todos los suelos están asfaltados, las paredes y los techos blanqueados y las puertas pintadas al óleo. Dispone el edificio de abundante agua y la iluminación es eléctrica, como en el resto del establecimiento. Detrás del pabellón hay una gran extensión de terreno que se trata de convertir en jardín á la inglesa, y por delante se extiende la inmensa Plaza antes citada.

En ésta se han operado grandes transformaciones: se talaron la mayor parte de los árboles que formaban espeso bosque; se elevó el nivel del terreno en algunos puntos; se derribaron los depósitos de agua y se desecaron los pequeños lagos que había en la misma, y lo que era húmeda é intrincada *manigua* ha quedado convertida en hermoso parque, con grandes macizos de

plantaciones, con amplios caminos enarenados y con horizontes completamente despejados. El sol inunda aquel espacio con su luz vivificante, y las alienadas pueden disponer para su esparcimiento de un sitio alegre é higiénico.

Otras reformas de menor cuantía se han llevado á cabo en el departamento de mujeres ; tales han sido la ampliación y mejoramiento del pabellón ocupado por las agitadas, el hermoseamiento de los patios de las secciones de epilépticas y tranquilas, la substitución del menaje en el comedor de las imbeciles, la construcción de cuatro retretes exteriores en comunicación con las salas dormitorio en esta última sección, y la instalación de una nueva enfermería independiente para las pensionistas de tercera clase.

En este departamento, al igual de lo ocurrido en el de hombres y por las mismas causas, ha habido que suspender temporalmente las obras, ya muy adelantadas, del nuevo pabellón hidroterápico. Están terminados los trabajos de albañilería y carpintería, pero falta instalar las bañeras y los aparatos hidroterápicos. Como es obra de urgente necesidad, hay interés en ultimarla cuanto antes.

IV

Termino la Memoria, condensando todo lo expuesto en las siguientes conclusiones :

1.ª Ha habido en el año 1903 un sensible aumento en el número de alienados de ambos sexos que hay asilados en el Manicomio por cuenta de la Excm. Diputación provincial de Barcelona, dependiendo principalmente el aumento, de haber disminuído de un modo considerable las defunciones en relación con las ocurridas en años anteriores.

2.ª Ha aumentado asimismo el número de ingresados, pero también ha sufrido proporcional aumento el de los que han salido por curación ó alivio.

3.ª El tanto por ciento de la mortalidad se ha acercado á la cifra mínima que corresponde á esta clase de establecimientos, sobre todo en el departamento de hombres, permaneciendo todavía algo elevada en el de mujeres, en la primera mitad del año, como consecuencia de la funesta estela dejada por la pasada epidemia.

4.ª Más del 95 por 100 de los alienados ingresados en 1903 sufren enfermedades mentales crónicas completamente incurables, sucumbiendo algunos de ellos al poco tiempo de haber ingresado, efecto de la desnutrición y de la miseria orgánica que presentaban al llegar al Manicomio.

5.ª Excepción hecha de la tuberculosis, ninguna otra enfermedad infecciosa ó contagiosa se ha observado durante el año 1903 entre los asilados en el establecimiento.

6.ª A pesar de la difícil situación económica del Manicomio, se han llevado á cabo obras de gran importancia, que redundan en beneficio de la salud física y psíquica de los alienados; y

7.ª La suspensión de algunas de las obras comenzadas será sólo temporal, reanudándolas hasta su terminación tan pronto como la Administración del establecimiento pueda hacer efectivos algunos de los créditos que tiene en cartera contra las Diputaciones provinciales.

LOS PERITOS MÉDICOS ANTE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA, por los doctores GALCERÁN y RODRÍGUEZ-MORINI.

Sr. Dr. D. Antonio Rodríguez-Morini.

Mi estimado amigo: Acabo de recibir su apreciada carta interesando la aceptación por mi parte del peritaje referente al estado mental del sujeto que atentó contra M.

He de confesar á V. que cada vez me disgusta más actuar de perito médico en asuntos de criminalidad, por las tres categorías de razones que le expondré, sintiendo que en esta ocasión intervengan personas para mí tan queridas como V., el amigo Ribas Pujol y el Dr. F., á todos los cuales suplico no consideren como desaire mi resistencia y, acaso, mi negativa, á aceptar el cargo.

Las tres razones á que me refería son: la una, de carácter *científico*, la segunda de índole *legal* y la última de naturaleza *profesional*.

RAZONES DE ÍNDOLE CIENTÍFICA. — No me puedo conformar como psiquiatra, con que el Código no considere eximentes de responsabilidad, sino á los locos y á los imbéciles; con la agravante de entender por locos sólo á los que padecen un delirio general ó parcial y por imbéciles únicamente á los que tienen limitada su inteligencia. Con este criterio restricto y disconforme con la realidad de los hechos, se encuentra el perito en la imposibilidad de considerar eximentes de la pena, á los delinquentes dañados de psicopatías no complicadas de delirio, ni á los que son deficientes en el sentido ético, ó incompletos y aberrantes de energías volitivas.

Así es como nos hemos encontrado V. y yo en muchas ocasiones completamente desairados después de defender la inculpabilidad de imbéciles morales, degenerados-lúcidos, obsesionados, impulsivos, melancólicos, angustiosos, etc., etc., todos cuyos enfermos no han sido locos en el concepto vulgar de la palabra, ni imbéciles intelectuales (únicos considerados como imbéciles) y que, sin embargo, les han faltado una, varias ó todas las condiciones de la integridad de razón y de la responsabilidad del acto, que, como recordará V. bien, yo aprecio de la siguiente manera :

- 1.º Conciencia del acto por parte del comitente.
- 2.º Conciencia del valor moral del acto.
- 3.º Objeto racional del mismo.
- 4.º Utilidad que reporta.
- 5.º Determinación cerebral fisiológica.

RAZONES DE CARÁCTER LEGAL. — Tampoco me conformo que subsista el llamado *derecho de penar*, sino, por parte de la sociedad, la obligación de defenderse y de cuidar á los delincuentes.

Asimismo, no admito la existencia de los criminales á secas ; esto es, de esos individuos que se supone que son malos por el solo querer de su voluntad y que gozan de absoluta libertad de ser buenos, sin motivos orgánicos ó exteriores que determinen directamente su mal obrar. El criminal así considerado, es una ficción derivada de otra ficción : el absoluto libre albedrío. El criminal sano no existe ; por el contrario, todos los criminales son seres anormales, cuando no decididamente enfermos ; y todos los actos de los mismos son producto de motivos cuya intensidad ó modalidad están fuera de la norma común.

En la morbosidad de los motivos, radica la morbosidad de los actos ; y conforme á la naturaleza del estado

morboso del delincuente, debe aplicarse el remedio que, repito, no ha de ser pena, sino agente modificador de la enfermedad ó de la anormalidad.

En consonancia con este criterio, mi conciencia de biólogo protesta de que se juzgue al delincuente por el hecho externo, omitiendo completamente el hecho interno, el propiamente individual. En el modo de juzgar se atiende mucho á lo contingente y circunstancial, nada á lo genérico; todo son circunstancias agravantes y atenuantes, nocturnidades, alevosías y premeditaciones, si hirió por la espalda ó por delante, solo ó acompañado, etc., etc.; pero nada, absolutamente nada de investigación y análisis del hecho psíquico, del estado de ánimo del delincuente antes y después del acto y de los motivos internos ó externos que lo determinaron.

Se pena por los alcances del daño, no por la temibilidad del delincuente.

RAZONES DE CARÁCTER PROFESIONAL. — Por lo que acabo de decir comprenderá V. que me rebelo, no solamente contra el criterio del Código, sino contra el que sustentan los jueces de prescindir en absoluto del dictamen pericial cuando no se conforma con sus opiniones acerca del caso; fundadas casi siempre en equivocados prejuicios y en el más vulgar concepto que tienen de la psíquica humana, tanto fisiológica como patológica, y en particular de los múltiples estados de la sinrazón.

No puedo admitir en modo alguno que en tales asuntos predomine el criterio de un abogado ó el del Jurado sobre el del médico. O éste ha de tener valor real ó no se le debe solicitar. Otra cosa es arrastrar por el fango el prestigio de los médicos y permitir que las luces de la ciencia iluminen como candilejas.

Y tanto más me sublevo, cuanto que esa preterición humillante no ocurre sino con los dictámenes de los mé-

dicos, ya que el de otros hombres de ciencias así como el de los artistas é industriales, suele ser respetado. Esos mismos jueces que se confiesan incompetentes para apreciar el calibre de una bala ó la falsedad de una firma, se consideran muy peritos para declarar terminantemente que tal individuo no es loco; y lo peor es que, sin ruborizarse, afirman que basta el sentido común para apreciar el estado de la razón humana.

Por último, no ya como médico, sino como simple persona decente, protesto una vez más de la completísima desconsideración con que nos tratan en los Tribunales de justicia, sometiéndonos á interrogatorios inoportunos y muchas veces importunísimos, haciéndonos preguntas altamente inconvenientes y colocándonos en la ridícula posición de la doctoral comparsería del « Rey que rabió », pudiendo considerarnos muy bien librados cuando, por fin de fiesta, no nos echan una gritería ó no nos amenazan con meternos en la cárcel si intentamos volver por nuestra dignidad.

Ya comprenderá V., amigo Morini, que ante tales razones y otras muchas que ahora no se me ocurren, mis propósitos de evadir ocasiones de presentarme á estrados, son cada día más firmes; y, por lo tanto, que esta vez también procure renunciar, sintiendo, únicamente, perder la ocasión, para mí siempre agradable, de actuar en unión de V. y de Ribas.

Perdone la *lata*; pero hágase cargo que en este retiro, donde he venido á descansar una octava de mis diarias fatigas, ha obrado como pedrada en ojo de boticario la carta de V., proporcionándome un momento de expansión y de desahogo, á la vez que el pretexto de distraer mis ocios en agradable labor.

Siempre de V. afmo. amigo,

ARTURO GALCERÁN.

*
* *

Una sencilla invitación mía al Dr. Galcerán, en nombre de tercera persona, ha motivado el brillante artículo en forma de carta que seguramente deleitará á los lectores de la REVISTA FRENOPÁTICA.

Poco ó nada debiera yo añadir á lo expuesto por mi ilustre comunicante, pues las razones en que apoya el doctor Galcerán su resistencia á aceptar peritajes médicos, son de tal fuerza de argumentación, que han de convencer al más recalcitrante. Voy á permitirme hacer, sin embargo, algunas ligeras consideraciones.

Todos los médicos que hemos actuado como peritos ante los Tribunales de justicia, hemos tenido que pasar por las amarguras que señala el Dr. Galcerán. Ni la seriedad del acto del juicio, ni la representación científica que en el mismo ostentamos, ni nuestra honradez profesional, ni lo humanitario de nuestra misión, han sido parte á librarnos, en infinitas ocasiones, de tener que sufrir un bochornoso *examen técnico* por personas incapaces de apreciar y juzgar nuestros conocimientos científicos, de tener que aguantar palabras de dudoso gusto, llenas de suspicacias y reticencias al referirse á nuestros informes, y de pasar por la vergüenza de ver atropellados nuestros derechos y nuestra dignidad profesional por los que en nombre de la diosa Temis están obligados á demostrar más serenidad de juicio y tener más respeto á quienes en cumplimiento de un deber y apoyados en su conciencia y en sus estudios, van á ilustrar los altos fines de la justicia humana.

Es este un asunto viejo, hijo de la incultura española en estas materias, que á muchos habrá hecho reír, con risa de mujer histérica, pero que á no pocos ha hecho llorar, con lágrimas de profundo dolor, al sufrir las

terribles consecuencias dimanadas de la ligereza ó del desdén con que se han apreciado los informes médico-legales. Y esto sube de punto cuando el peritaje se refiere á cuestiones de irresponsabilidad criminal por el estado mental del procesado. Entonces la divergencia entre los juristas y los médicos se hace más patente, y nuestra situación alcanza los límites del desaire y del ridículo más completo.

Tiene razón el Dr. Galcerán. A depender de nuestra voluntad, debiéramos abstenernos de actuar como peritos ante los Tribunales de justicia; sólo un mandamiento judicial podría obligarnos como ciudadanos y como médicos á hacernos salir de nuestro retraimiento.

Mientras el Código penal no se armonice con los modernos conocimientos frenopáticos, y mientras Jueces y Magistrados consideren al perito médico de inferior condición que á los demás peritos, y los letrados se crean con derecho á discutir ó negar afirmaciones técnicas, para lo cual no están nunca capacitados, por la insuficiencia de sus conocimientos médicos, y en tanto los Jurados miren con estúpida prevención los informes científicos, nuestra actitud debe ser de resuelta resistencia á ejercer el peritaje médico en asuntos criminales.

Sólo una consideración puede torcer este propósito, inclinándonos á aceptar lo que rechaza nuestra dignidad profesional. Y esta consideración es de tal monta, y debe pesar tanto sobre nuestra conciencia, que de mí sé decir que por sí sola borra todos mis resquemores y me obliga á salir siempre en defensa de un desvalido. Me refiero á la posibilidad de que con nuestra intervención pericial salvemos del patíbulo ó del presidio á un ser irresponsable de lá acción criminosa que ha ejecutado.

Si Jesucristo, con ser Dios, sufrió las mayores persecuciones y los tormentos más horribles por predicar

el Evangelio y por salvar á la Humanidad corrompida, bien podemos los médicos, sin abdicar de nuestra dignidad de hombres, sufrir con resignación cristiana todos los ultrajes á nuestro amor propio, por propagar la verdad de la Ciencia, si merced á ella libramos de una pena afrentosa á un desgraciado enfermo.

A buen seguro que esta misma consideración obligará en más de un caso al Dr. Galcerán á abandonar el propósito manifestado en su hermosa carta.

A. RODRÍGUEZ-MORINI.

Sueño patológico de veinte años de duración. — En la sesión celebrada por la Academia de Medicina de París el día 8 de Marzo pasado, relató el Dr. Lancereaux el caso verdaderamente extraordinario de una mujer que ha estado sumida en sueño profundo durante 20 años seguidos.

A la edad de 22 años, N. N., de Thevilles, hija de padre alcohólico, después de una viva emoción, es presa de ataques convulsivos, que duran 24 horas, cesados las cuales cae la enferma en un profundo letargo acompañado de anestesia y contractura generalizadas. Conserva, sin embargo, un punto sensible en la parte superior del esternon, que provoca, á intervalos regulares, crisis convulsivas reflejas, sin recobrar el conocimiento; habiendo desaparecido el punto sensible cesan las crisis, permaneciendo dormida la enferma 20 años consecutivos, al cabo de los cuales se despierta inmediatamente después de haber sufrido un fuerte ataque convulsivo.

Recobró lentamente el conocimiento, y sus facultades intelectuales adquieren pronto el estado normal, menos la memoria, que permaneció alterada, sobre todo para el recuerdo de los hechos acaecidos antes de los ataques convulsivos.

A los pocos días de haber despertado del sueño patológico, falleció la enferma á consecuencia de tuberculosis pulmonar. La alimentación durante los años que duró la letargia se efectuó por el recto mediante enemas de leche, yema de huevo y pepetóna.

Discutiendo este caso, manifestó el profesor Raymond que son más frecuentes de lo que parecen los sueños patológicos de larga duración y que todos ellos se presentan en histéricas, siendo una de las formas de la gran crisis. Añadió el distinguido catedrático que en todos los casos, por profundo que sea el sueño, se observan movimientos de los ojos y de algunos músculos, y que de cuando en cuando se despiertan las enfermas, si bien por breves momentos. Cree que la mecanoterapia de las articulaciones es el mejor medio para curar estas enfermas, y que cuanto menor importancia se dé al sueño, más fácil es que se obtenga su curación, pues las histéricas, para curarse, necesitan que se las deje tranquilas. — RODRÍGUEZ MORINI.

ALGUNOS CASOS DE MONSTRUOSIDAD ENCEFÁLICA, por el doctor J. RIUS y MATAS, Médico interno del Manicomio de San Baudilio de Llobregat.

Recopilando los más interesantes conceptos emitidos por el distinguido Dr. Lasource en un curioso artículo que ha publicado (1) con el epígrafe «Anencéfalos, micro y macrocéfalos», y con el propósito de contribuir según la medida de nuestras fuerzas á la divulgación de cuanto científicamente se nos ofrece como útil y agradable, escribimos las presentes líneas, que permitirán á los lectores de la REVISTA FRENOPÁTICA hacerse cargo del contenido del artículo de referencia.

Relativamente á los monstruos *acéfalos*, sorprende la afirmación de que algunos han vivido cierto tiempo. Clericus cita un ejemplo de feto, nacido sin cerebro y que vivió durante cinco días. Heysham ocúpase de otro caso análogo. En las *Transacciones Filosóficas* se halla asimismo referido el caso de un infante que nació sin cabeza y que vivió durante algunos días. Brunet y Saviard han sido testigos de hechos semejantes á los citados.

Geoffroy-Saint-Hilaire ha visto á un anencéfalo respirar durante un cuarto de hora; y Serre, en el Hôtel-Dieu, de París, pudo observar á un monstruo de esta naturaleza, que por espacio de tres días fué alimentado con leche y agua azucarada por no haberse encontrado nodriza alguna que se prestase á lactar debidamente á tan desgraciado sér.

Compréndese que tales anomalías de conformación tienen que ser incompatibles con la vida, á pesar de los casos citados, en los cuales la supervivencia constituye un hecho rarísimo y de muy breve duración.

Pero por lo que respecta á las simples detenciones del desarrollo de los órganos, aun los más importantes, como el cerebro, es innegable que dicha supervivencia se ha comprobado plenamente.

Así Cruveilhier refiere el caso de una niña de 11 años que carecía en absoluto de cerebelo; Claudio Bernard practicó la autopsia de una mujer, en que echó de menos los lóbulos olfatorios, siendo así que en vida había tenido normal el sentido del olfato; Frasser expone el caso de un joven de 20 años y una

(1) *La Vie Médicale*.

hermana suya, de treinta, que ofrecían signos inequívocos de incompleto desarrollo cerebral. Ambos sufrían incoordinación motriz, andaban tambaleándose, y érales de todo punto imposible levantar su mano hasta la altura de la nariz. Pertenecían á una familia sana y de vigorosa constitución.

Mauroir ha registrado casos de ausencia completa del lóbulos occipital.

La *microcefalia* es debida á una detención en el desarrollo general del cráneo. Lombroso observó un caso notabilísimo de microcefalia; nos referimos al denominado *hombre-pájaro*, cuya capacidad craneana no excedía de 390 cc. Otro microcéfalo, el *hombre-conejo*, apenas llegaba á los 490 cc.

Ha podido comprobarse la microcefalia en estado endémico en algunos pueblos asiáticos, en las Islas Caribes y en ciertas localidades mejicanas. De unos microcéfalos aztecas cócese el ángulo facial, que no pasaba de 45 grados; sus labios eran en extremo abultados y la barbilla muy saliente.

Hipócrates y Strabonius atribusan dicha monstruosidad á la costumbre, tan generalizada en la antigüedad, de fajar fuertemente la cabeza de los niños; hábito pernicioso que poco ha conservaban todavía algunos pueblos del Norte-América.

Monstruosidad encefálica por exceso es la *macrocefalia*, de la cual abundan los ejemplares dignos de especial mención. Benvenuti nos presenta á un individuo, bien constituido, cuya cabeza comenzó á crecer desmesuradamente á los siete años. A los veinte medía su periferie craneana 27 pulgadas y el rostro 15 de altura. El resto del cuerpo era normal y su inteligencia lúcida. Murió á los treinta años de apoplejía cerebral.

En el Museo de Historia Natural de Marsella se conserva el cráneo de Borghini, cuya estatura era de cuatro piés y cuya cabeza medía tres piés de circunferencia y uno de altura. Era impotente para sostener su cabeza en posición vertical, y solamente podía conseguirlo mediante la colocación de unos apoyos sobre los hombros. Su capacidad intelectual era cortísima, y bien podríamos decir que se hallaba en proporción inversa del volumen craneal.

En cambio, conocido es el caso de otro macrocéfalo célebre que se distinguió notablemente por su brillantísima instrucción y laboriosidad. Cítanse de él algunas curiosas particularidades: nunca se había acostado en cama; pasaba noches enteras sentado, leyendo ó escribiendo; no comía más que una vez cada veinticuatro ó treinta horas; no hacía jamás uso de la calefacción, aun en épocas de riguroso frío, etc., etc.

Del celeberrimo *moro de Túnez* dice Lasource que «á la edad

de treinta años tenía tan extraordinaria cabeza, que la gente le iba siguiendo por las calles. Tenía larguísima nariz y una boca tan grande, que se comía un melón lo mismo que los demás mortales una manzana. Intelectualmente era un imbécil».

La cabeza de William Thomas Andrews medía 35 pulgadas de circunferencia; de un conducto auditivo á otro, 27 $\frac{1}{4}$; de la punta de la barbilla al occipucio, 37 $\frac{1}{4}$; de la misma barbilla al pubis, 20, y 16 desde este punto á los pies.

Entre los hombres eminentes los ha habido cuyos cerebros han adquirido renombre por su considerable peso. El de Cuvier pesaba 64 onzas $\frac{1}{2}$; el de Daniel Webster 63 $\frac{1}{4}$; el de Abercromby 63, y el de Spurzheim 55.

Termina el curioso trabajo que he extractado con algunas consideraciones sobre determinados casos de macrocefalia por causa de derrame, citando especialmente el de un niño hidrocefalo cuya circunferencia craneana medía 43 pulgadas.

LOS PRETENDIDOS SÍNTOMAS DE LA HEMIPLEJÍA HISTÉRICA. Disociación de los accidentes histéricos mediante el hipnotismo experimental. Curación por la psicoterapia, por el Dr. JOSÉ INGENIEROS (1).

I

Para quien ha observado algunos centenares de hemipléjicos de toda naturaleza, un caso de hemiplejía histérica no merecería publicarse, á no mediar circunstancias clínicas muy especiales, cuya importancia para el diagnóstico diferencial entre la hemiplejía orgánica y la hemiplejía histérica no escapará á cuantos se hayan preocupado de esta delicada cuestión.

Es sabido que los caracteres diferenciales entre ambas clases de hemiplejías han sido divididos en dos grupos: *intrínsecos* (relativos á la hemiplejía misma) y *extrínsecos* (relativos á los fenómenos concomitantes, antecedentes del sujeto, modo de aparición). Babinsky, considerando que suele atribuirse á los caracteres extrínsecos más importancia de la que realmente merecen, descuidando el examen de los intrínsecos, ha puesto en evidencia la falacia de los primeros, demostrando que ninguno de ellos basta para autorizar un diagnóstico: «De ce qui précède ressort l'insuffisance des caractères extrinsèques au

(1) Archivos de Psiquiatría y Criminología, de Buenos Aires.

point de vue du diagnostic différentiel des deux espèces d'hémiplégie». Penetrado de esa convicción, Babinsky se ha preocupado de estudiar detenidamente los caracteres intrínsecos, llegando á la determinación de algunos nuevos, «et je me crois autorisé à soutenir actuellement que, dans la grand majorité des cas, les caractères intrinsèques fournissent des éléments de différentiation décisif». La magistral lección consagrada por Babinsky al estudio de los caracteres intrínsecos de ambas hemiplejías será en todo tiempo una página clásica de semeiología, por el cuidadoso estudio de cada uno de los síntomas en los diversos tipos de hemiplejía. Pero algunos hechos clínicos parecen probar que en ciertos casos el diagnóstico debe fundarse en los caracteres extrínsecos y no en los intrínsecos, aun cuando hubiese contradicción evidente entre ambos; y también podría deducirse que Babinsky no ha apreciado con exactitud el valor de los síntomas intrínsecos diferenciales, dándoles mayor importancia de la que realmente tienen, llegando hasta considerar como patognomónico el signo que mercedamente lleva su nombre, consagrado por todos los neuropatólogos.

El presente caso (y el que señalamos someramente en el *Apéndice*) contradice todas las afirmaciones de la semeiología clásica y nos muestra á la histeria rebelándose, una vez más, á todos los cuadros sindromáticos. Veamos, pues, á una hemiplejía con los síntomas propios de la orgánica, transformándose y disociándose bajo la influencia de la sugestión hipnótica experimental, para curar en el momento deseado, mediante el simple tratamiento psicoterápico.

* *

El 3 de Agosto de 1902 ingresó al Hospital San Roque (Sala VI, número 5), el enfermo X. X., de 24 años de edad, argentino, blanco, casado, sin hijos, católico, de profesión idóneo en farmacia. Su hábito de vida es regular, carácter tranquilo aunque extravagante, de pobre constitución física y en mal estado de nutrición.

Los padres han sido sanos y tuvieron 9 hijos, de los cuales 8 viven. En los antecedentes del enfermo se constatan varias enfermedades de la niñez y juveniles, cuya enumeración sería superflua.

Fué siempre neurópata; desde la infancia su familia le consideraba nervioso y raro. Su carácter anormal fuese caracterizando al entrar á la juventud, sin que la pubertad influyera de manera notable sobre su estado mental y neuropático. En 1896, 6 años ha, encuéntrase el primer antecedente directo de su en-

fermedad presente. Después de un disgusto, que lo afectó seriamente, sufrió un «ataque nervioso» con pérdida del conocimiento y convulsiones; duró 18 días en este estado, no pudiendo obtenerse otros detalles descriptivos sobre esa primera serie de accesos. Posteriormente los ataques se repitieron cada vez que X. X. sufrió disgustos intensos ó emociones bruscas. Los ataques aparecían en series; después del primero producíanse otros, con intervalos de minutos ú horas, alejándose progresivamente unos de otros hasta desaparecer por algún tiempo.

El enfermo da de sus ataques la descripción clásica de la crisis histérica. — Presumía la llegada del ataque por una sensación general de inquietud, acompañada de malestar vago, ilocalizable; en seguida sentía una constricción del epigastrio, notando que desde allí le subía una masa, dándole la sensación de una bola que se deslizaba á lo largo del esternón y llegaba á la faringe, produciéndole un sentimiento de estrangulación. Al mismo tiempo sentía fuertes sensaciones en la región occipital, más bien de peso que dolorosas, pareciéndole que le golpeaban la cabeza; se acompañaban por ruidos en los oídos, y enturbiamiento de la vista, hasta caer sin conocimiento. Como presentía la llegada de los ataques, jamás sufrió accidentes en sus caídas, pues se recostaba en sitios donde no pudiera lastimarse; nunca tuvo grito inicial, ni se mordió la lengua, ni presentó constricción de los pulgares, ni hubo micciones involuntarias en el período de resolución de los ataques. Por personas de su familia sabe el enfermo que durante la crisis su fisonomía se congestiona, hace mucha fuerza y tiene movimientos desordenados. Los ataques duraban primitivamente 15 minutos, llegando más tarde hasta una hora, presentándose en series. Estuvo dos años sin ataques antes de sufrir el que motivó su ingreso al hospital.

El 8 de Julio de 1902, asistió á un baile y no desperdició la circunstancia; bailó sin reticencias. El día 9, sin haberse acostado un solo minuto, se hizo cargo de su servicio de idóneo en la «Farmacia del Inca», del Sr. Zambianchi, farmacéutico del Hospital San Roque. El surmenage brusco y la falta de sueño compensador le pusieron en estado de excitabilidad; tuvo cefalalgia y malestar general. El 10 permaneció en cama; el 11 sufrió un ataque histérico, semejante á los descritos. Los ataques continuaron, en número de 4 á 7 por día, con fenómenos de clownismo, presentándose de preferencia después de las 7 p. m.

El sábado 2 de Agosto sufrió un ataque á las 10 a. m. y quedó con hemiplejía derecha total, con hemianestesia derecha, gran

exageración de los reflejos tendinosos y estado mental apoplectiforme. Llamado un médico particular, que carecía de antecedentes, pensó (como era natural á primera vista) en una apoplejía por hemorragia cerebral izquierda, con hemiplejía derecha, indicando su remisión al Hospital San Roque.

La guardia del Hospital ratificó ese mismo diagnóstico, así como un Practicante del Servicio.

II

Examinado al día siguiente, sus fenómenos apoplectiformes habían desaparecido totalmente; el enfermo parecía un viejo hemipléjico con afasia, adaptado á su situación. Su aspecto y los caracteres extrínsecos impusieron el diagnóstico de *Hemiplejía histérica*, á pesar de que el cuadro de sus caracteres intrínsecos habría sido muy discutible, según lo afirmado por los autores clásicos, y dada la falta de antecedentes.

Entre los caracteres atribuidos á la hemiplejía histérica y señalados como diferenciales de la hemiplejía orgánica, suelen figurar los siguientes: respeta la cara, si es derecha no se acompaña de afasia, predomina en el miembro inferior, la marcha es «arando» y no «segando», la flacidez de los miembros es extrema hasta permitir movimientos anormales de las articulaciones, no hay exageración de reflejos tendinosos, no hay clonus, no hay signo de Babinsky, etc. Los síntomas precedentes figuran todos en la magistral «Semeiología del sistema nervioso», de Dejerine (1).

Babinsky, en su excelente lección de la Pitíe (2), hace notar que la hemiplejía histérica, más que caracterizarse por síntomas propios, se reconoce por la ausencia de ciertos síntomas más ó menos característicos de la hemiplejía orgánica. Los síntomas de ésta serían:

- 1.º Parálisis limitada á un lado del cuerpo.
- 2.º La parálisis no es sistemática.
- 3.º Signo del cutáneo y flexión combinada del muslo y del tronco.
- 4.º Lengua desviada del lado de la parálisis.
- 5.º En el comienzo, hipotonus muscular, con flexión exagerada del antebrazo.
- 6.º Al principio aumentados ó abolidos, después aumentados; hay trepidación epileptóidea.

(1) En el *Traité de Pathologie Generale* de Bouchard, vol. V., págs. 507 y 508.

(2) «Diagnostic différentiel de l'Hémiplégie organique et de l'Hémiplégie Hystérique», en la *Gazette des Hôpitaux*, 5 y 8 Mayo 1900, y en folleto editado por Levé, Paris, 1900.

- 7.° Reflejos abolidos.
- 8.° Signo de Babinsky.
- 9.° La contractura no es imitable voluntariamente.
10. Evolución regular.

Y agrega el ilustre colega: «Acabo de estudiar sucesivamente los diversos caracteres de orden motor que pueden servir á distinguir la hemiplejía orgánica de la hemiplejía histérica, procurando fijar el valor de cada uno. ¿Los hay que sean patognomónicos? Como ya dije, creo que los hay, y estoy sobre todo convencido por lo que respecta al fenómeno de los dedos. Pero admitamos que no haya uno solo que no sea absolutamente decisivo. Me parece indudable que cuando muchos de la misma índole se encuentran reunidos, la duda no es ya posible. Así es, en efecto, generalmente, sea cual fuere el período de la hemiplejía en cuestión ».

En nuestro enfermo faltan los síntomas aceptados por Dejerine como propios de la hemiplejía histérica, y existen casi todos los que señala Babinsky como propios de la orgánica; sin excluir el único que dicho autor considera típico y que lleva su nombre: el «signo de Babinsky».

Nuestro enfermo presenta hemiplejía con afasia, tomando el facial, y está limitada á un solo lado, tanto en el cuerpo como en la cara.

La parálisis no es sistemática; los músculos del lado paralizado, en los miembros lo mismo que en la cara, no funcionan durante la ejecución de los movimientos bilaterales que habitualmente son sinérgicos.

No se investigó la presencia del «signo del cutáneo», ni de la flexión combinada del tronco y del muslo. El primero de estos signos no es característico, según el mismo Babinsky. El segundo tampoco tiene valor absoluto.

La lengua no estaba desviada del lado de la parálisis; pero en muchos casos de hemiplejía histérica lo está, y en algunos de hemiplejía orgánica no hay desviación.

En nuestro enfermo había hipertonus marcado y diástesis de contractura. Sin embargo, en las hemiplejías histéricas flácidas hay hipotonus y todo lo que se sabe de fisiopatología autoriza á considerar lógica la flexión exagerada del antebrazo en esos casos, no obstante la opinión de Babinsky. (Véase el Apéndice).

En nuestro enfermo hay exageración *verdadera* de los reflejos tendinosos y *verdadera* trepidación epileptóidea (1).

(1) Curiosa circunstancia. El Dr. Enrique C. Carrá presentó su tesis en 1899, Buenos Aires, sobre «Hemiplejía histérica». Presenta solamente tres observaciones; en los tres casos los reflejos tendinosos están alterados, pero alterados de tres

Reflejo abdominal abolido.

Hay signo de Babinsky, perfectamente característico (1).

La forma de la contractura y su imitabilidad mediante movimientos voluntarios no se examina; es de escasa importancia en el diagnóstico diferencial.

Las diferencias en el tipo de marcha no se observan por estar el enfermo en cama y declararse incapaz de caminar.

Hay hemianestesia derecha, cuya presencia carece de significación para el diagnóstico diferencial, pues puede encontrarse en la hemiplejía histérica lo mismo que en la orgánica, siempre que en esta última haya lesión de la parte posterior de la cápsula interna (?), en el llamado «*carrefour sensitif*».

En suma: *en este enfermo faltan todos los síntomas atribuidos á la hemiplejía histérica y existen todos los que principalmente caracterizarían á la hemiplejía orgánica*, según los tratados y monografías de semelótica que se ocupan de esta interesante cuestión.

Sin embargo, sabiendo cuan falaces son los síndromas clínicos diferenciales, cuando está de por medio la histeria, insistimos en el diagnóstico de hemiplejía histérica, fundándonos en la simple evolución clínica del caso y en el estado general del enfermo; su apoplejía, si fuera orgánica, no podría haber des-

maneras diferentes. En el primero se trata de hemiplejía derecha y el reflejo patelar de ese lado está *exagerado* (pág. 53); en el segundo se trata de hemiplejía izquierda y los reflejos tendinosos están *disminuidos* (pág. 59); en el tercer caso, hemiplejía izquierda, todos los reflejos tendinosos, de los miembros superiores é inferiores, están *exagerados de ambos lados*, y hay también *trepidación epileptóidea bilateral* (pág. 62).

(1) «Babinsky en estos últimos años nos ha dado á conocer un nuevo reflejo, que lleva su nombre y que también es nombrado *fenómeno de los dedos*, al cual da suma importancia, pues su presencia estaría ligada á la existencia de lesiones orgánicas de los centros superiores, lo que le da un valor precioso para el diagnóstico diferencial entre la hemiplejía orgánica y la histérica.

«El hecho es real y ustedes pueden apreciarlo perfectamente en estos enfermos en cuanto á sus caracteres distintivos. En cuanto al valor que le diera Babinsky, valor que ha sido aceptado sin discusión por la mayoría de los autores que han estudiado el punto (entre nosotros el Dr. Ayarragaray) ha sufrido últimamente un rudo golpe con la presentación de un caso de hemipléjica histérica hecha por el Dr. Ingegnieros y publicado en *La Semana Médica*, en el cual el reflejo de Babinsky existía como todos los demás elementos de diferenciación dados por este autor para distinguir la hemiplejía orgánica de la histérica, y sin embargo el enfermo pertenecía á esta última clase, como fué puesto en relieve con suma habilidad por el médico argentino, sometiendo al sujeto á la acción hipnótica, en cuyo estado hizo desaparecer ó cambiar de lado la hemiplejía á voluntad. Esta prueba fué repetida varias veces con igual resultado». Luis AGOTE. Consideraciones clínicas sobre varios casos de hemiplejía orgánica. — *La Semana Médica*, Buenos Aires, Marzo 10 de 1904.

aparecido en 24 horas, sin dejar ningún rastro en el estado psíquico y general del enfermo: sólo podía tratarse de una «pseudopoplejía histérica».

Careciendo de antecedentes (el enfermo no podía darlos por estar afásico) nos limitamos á buscar los síntomas somáticos de la histeria, á pesar de los caracteres intrínsecos, exclusivamente orgánicos, que presentaba la hemiplejía. Comprobamos la hemianestesia derecha, poco importante para el diagnóstico diferencial, pues podía existir en la hemiplejía orgánica; encontramos *anestesia faríngea*, *hipoacusia* unilateral derecha y *estrechamiento* del campo visual derecho. Tres síntomas importantísimos para nuestro caso, dada la ubicación de dos de ellos en el mismo lado de la hemianestesia; más valiosos que los desorientadores síntomas intrínsecos dados por la hemiplejía misma.

El diagnóstico fué consolidado por los antecedentes del enfermo, referidos más tarde por la familia, no dejando lugar á dudas sobre la naturaleza neurósica de los accidentes paralíticos observados.

III

Como suele suceder en casos con síntomas francamente atípicos (y en este caso abiertamente contradictorios con los esquemas nosológicos de los tratadistas) no bastaron los estigmas somáticos de histeria, la evolución de la pseudopoplejía y los otros antecedentes indiscutibles dados ya por la familia, para disipar las últimas dudas en los colegas y practicantes que habían visto el caso.

Sometimos el enfermo á la experimentación clínica por medio de la *sugestión hipnótica*, con los resultados que se expresan.

El enfermo nunca había sido hipnotizado. Se le durmió por el procedimiento más vulgar, la fijación de la mirada; entró en fascinación en menos de 15 segundos y cayó en sueño á los dos ó tres minutos, con disociación completa del psiquismo inferior y superior.

Se le ordenó caminar derechamente, sin cojear del lado enfermo; no pudo hacerlo, por tener la pierna en gran hipertonus, casi en contractura. Se le practicaron suaves fricciones en el miembro y se movilizó la pierna mediante movimientos pasivos, diciendo en voz alta al enfermo que la pierna estaba sana. Se le ordenó marchar y lo hizo sin dificultad. Ejecutáronse iguales prácticas sugestivas en su brazo y cara. Cinco minutos más tarde el enfermo fué despertado, completamente curado de su hemiplejía *derecha* y de la afasia correspondiente.

Al día siguiente se le hipnotizó de nuevo, sugiriéndole que tenía una hemiplejía *izquierda*; despertado, quedó en esa situación, con gran sorpresa de quienes lo consideraban hemipléjico «*orgánico*», ateniéndose á los síntomas intrínsecos.

Diátesis de contractura. Mediante simples fricciones á lo largo de la nuca, espalda y piernas, el enfermo entraba en catalepsia. Por sugestión se determinaron en su piel diversas zonas histerógenas, cuya compresión producía el ataque; al mismo tiempo se le sugirieron zonas inhibitoras, cuya presión lo detenía. Apretándole la nariz, por ejemplo, aparecía un ataque, inmediatamente suspendido por la compresión de la oreja ó de otro sitio previamente elegido.

En la tercera sesión hipnótica experimental se suprimió la hemiplejía *izquierda*, reponiendo la primitiva *derecha con afasia*; así fué presentado en clase por el profesor Dr. Ramos Mejía, mostrándolo en estado cataléptico, en los ataques é inhibiciones experimentales y transfiriéndose su hemiplejía del lado derecho al izquierdo.

En las sesiones siguientes se obtuvieron fácilmente, mediante la simple sugestión verbal, otras disociaciones del síndrome primitivo. Por ejemplo: *afasia, parálisis facial y braquial derecha y parálisis de la pierna izquierda*. — *Hemiplejía derecha sin afasia y hemianestesia izquierda*. — *Monoplejía derecha ó izquierda, braquial ó crural, con ó sin anestesia*. — *Paraplejía de los miembros inferiores ó superiores con hemianestesia derecha ó izquierda, ó con disestesia*. — *Afasia con hemiplejía izquierda, etc.*

IV

El pronóstico fué bueno para los accidentes histéricos actuales; pero indudablemente desfavorable por la probabilidad de recidivas ó de otros accidentes.

El tratamiento, después de lo dicho, fué sencillo. Hipnotizamos al individuo, sugiriéndole que estaba completamente sano; despertó sin ningún fenómeno paralítico ó parésico, y fué dado de alta, recomendándosele concurriera al consultorio externo cada ocho días, para hipnotizarlo y renovar las sugestiones.

El enfermo volvió á su domicilio, pasó un mes bien, sin volver al consultorio. Un nuevo disgusto le produjo una serie de ataques, reapareciendo bruscamente la hemiplejía derecha. La familia, desconfiando del hospital, pues «no le habían recetado nada», llamó á un médico particular, ocultándole todo lo que había pasado anteriormente; el colega, ante los síntomas propios de la hemiplejía orgánica, le recetó 30 fricciones mercuria

les, de 5 gramos cada una, y yoduro de potasio por gotas; con gran contentamiento de la familia, pues no concebía «que no le recetaran algo».

En friccionar estaba ocupada toda la familia, cuando supimos por el farmacéutico del Hospital, Sr. Zambianchi, las andanzas terapéuticas en que estaba metido el enfermo. Mucho nos costó obtener que la familia lo condujera al consultorio externo del hospital. Fué traído en camilla, lo hipnotizamos y se retiró caminando.

Prohibimos á la familia la continuación de las fricciones, aconsejando un régimen general apropiado. Fué inútil. Le propinaron las treinta, íntegras...

En realidad es difícil combatir el fetichismo de las drogas. Cuesta demostrar que siendo ciertos accidentes histéricos la expresión de una enfermedad puramente psíquica, de una disociación del psiquismo, la verdadera terapéutica es la *psicoterapia*, sea en vigilia ó durante el sueño hipnótico.

APÉNDICE

Podríamos citar numerosas observaciones de hemiplejías histéricas presentando uno ó varios síntomas aislados de los que se atribuyen generalmente á la hemiplegia orgánica. En verdad, el signo más raro de observar en las histéricas es el de Babinsky, pero no tan excepcional que no le hayamos observado por segunda vez, á sólo un año de distancia, y habiendo observado solamente 6 ú 8 hemiplejías histéricas en ese espacio de tiempo. Merece referirse la observación, aunque desgraciadamente incompleta.

En Noviembre de 1903 fuimos solicitados para examinar una enferma, «que tenía un ataque cerebral y parálisis de un costado». Antes de examinar á la enferma, su esposo nos refirió que cuatro años antes había sufrido un ataque análogo, quedando súbitamente paralizada del costado derecho y afásica; quince días más tarde, mediante fricciones y una bebida, recobró el uso de sus miembros paralizados, no quedando en pocos días ningún rastro del accidente. Además la enferma había tenido, en toda época, inestabilidad mental y fenómenos de pequeña histeria.

Su hemiplejía actual había sobrevenido repentinamente, con pseudo-apoplejía histérica. Había sido examinada por el Dr. Rabuffetti, domiciliado en las inmediaciones, y le había recetado una bebida, que suponemos fuera bromuro de potasio; presumimos, por este dato, que diagnosticó hemiplejía histérica.

Así lo hacían presumir, y con toda razón, los caracteres *extrínsecos*.

Pero el examen de la enferma nos reveló los siguientes caracteres *intrínsecos*, muy dignos de ser publicados, no obstante no haber podido continuar y completar la observación de la enferma, por circunstancias que diremos al terminar.

Hemiplegia derecha, con afasia, tomando la cara.

La parálisis no es sistemática.

El estado de la enferma en la cama impidió buscar el signo del cutáneo y la flexión combinada del muslo y del tronco.

La lengua está desviada del lado de la parálisis.

La parálisis es flácida y permite la flexión exagerada del antebrazo.

Reflejos tendinosos exagerados; hay verdadera trepidación epileptóidea.

Hipoestesia derecha.

Hay reflejo abdominal.

Signo de Babinsky, perfectamente marcado.

En la imposibilidad de asistir á la enferma en su domicilio le recomendamos á su esposo la hiciera ingresar á una de las clínicas de mujeres del Hospital San Roque. Pero el esposo de la enferma, sin darnos aviso de ello, la condujo al Hospital Francés), es esa la nacionalidad de ambos (donde estuvo en asistencia durante un mes y medio. Salíó completamente curada, según nos comunicó un vecino de la enferma á quien pedimos datos sobre ella, no pudiendo verla personalmente por haberse cambiado de domicilio su esposo durante la enfermedad.

NOTAS TERAPÉUTICAS

Tratamiento de la corea. — P. Sainton recomienda: purgantes ligeros con más ó menos frecuencia (calomelanos ó magnesía), permanencia en cama, habitación cerrada, aislamiento, bebidas abundantes, dieta láctea.

El mismo día del purgante prescribe *salicilato*, en agua de Vichy ó en agua pura alcalinizada á la dosis de 2 ó 4 gramos, según la edad del niño (7 á 12 años), que es bien soportado con la dieta láctea; pasados algunos días comienza la calma, y entonces disminuye la dosis. Hace alternar el salicilato con la *aspirina*, y continúa luego con el que soporta mejor el enfermo. La aspirina es más activa, pero algunos niños no soportan la diaforesis que provoca. La dosis de ella es de 0'20 á 0'50 gramos,

mezclada con lactosa y dada con limonada. Generalmente los niños toman mejor la aspirina que el salicilato, y de ella llega á dar 1, 2 y más gramos.

Cuando empieza á marcarse bien la curación, se recurre al *arsénico* ó á los cacodilatos, asociados á los fosfatos y á pequeñas dosis de nuez vómica.

La curación se completa con ejercicios bien combinados y rítmicos, aire rural y curas termaleas. — RODRÍGUEZ MÉNDEZ.

La Anestesia. — En los *Annales de la Polyclinique centrale* de Bruselas, ha publicado el Dr. Duhot un notable artículo, destinado á dar á conocer los resultados obtenidos con la anestesia como anestésico local, muy superiores á los que se logran con la cocaína, pues el nuevo producto produce efectos anestésicos mejores sin tener los peligros de la cocaína.

El autor afirma que se puede emplear la anestesia con excelente éxito en todas las enfermedades de la piel acompañadas de prurito, en las úlceras dolorosas, en las hemorroides, en la cistitis, en las quemaduras, en las fisuras del ano, etc. Emplea preferentemente soluciones oleosas ó pomadas, con 50 por 100 de anestesia.

En el tratamiento de la sífilis por las inyecciones hipodérmicas mercuriales, cree el Dr. Duhot que es muy conveniente asociar á la sal mercurial la anestesia, pues la inyección resulta menos dolorosa y es mucho mejor soportada por el enfermo. En estos casos pueden emplearse soluciones al 10 por 100 de calomelanos ó salicilato de mercurio en aceite de vaselina y una cantidad proporcional de anestesia. — R. MORINI.

Tratamiento de los tics convulsivos por el hipnotismo. — En la Sociedad de Hipnología de París (sesión de 20 de Diciembre de 1903), presentó el Dr. Berillon una joven enferma, afecta de la *enfermedad de los tics*, con coprolalia, alteraciones de carácter, perversión de los sentimientos afectivos, agitaciones violentas, ineptitud para el trabajo, etc. Por medio de la sugestión hipnótica fué durante largo tiempo sometida la enferma á una educación de su voluntad, consiguiéndose un notable alivio de todos los síntomas: los tics desaparecieron por completo, merced al imperio de la voluntad; los sentimientos afectivos se hicieron normales, y se despertaron los hábitos de estudio y de trabajo. — NER.

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SAN BAUDILIO

Mayo de 1904

Ingresaron durante este mes 17 alienados, fallecieron 3 y salió 1 hombre por curación. De los ingresados, 10 pertenecen al sexo masculino y 7 al femenino, y entre los fallecidos sólo hubo 1 mujer. El aumento de la población vesánica fué de 2 hombres y de 3 mujeres.

De los ingresados de ambos sexos pertenecen 12 á la Diputación de Barcelona (7 hombres y 5 mujeres), 2 á la de Lérida (mujeres), 1 á la jurisdicción militar y 2 en concepto de pensionistas (hombres).

Los fallecimientos fueron causados por las siguientes enfermedades: la mujer, por mielitis difusa crónica en el curso de una manía crónica, y los hombres, dos de ellos por caquexia de los alienados (manías crónicas próximas á la demencia), uno por parálisis general progresiva, uno por bronquitis crónica (locura epiléptica), uno por congestión cerebral (locura epiléptica y dos por tuberculosis pulmonar y mesentérica (con demencia precoz el uno y con melancolía hipocondríaca el otro).

La morbosidad ha sido algo elevada en la Sección de hombres á consecuencia de los numerosos catarros intestinales observados, producidos por la elevación de la temperatura, impropia de la estación que estamos atravesando. Todos los enfermos ingresados en las enfermerías con estos afectos intestinales curaron rápidamente ó están en vías de curación. En la sección de mujeres, el movimiento de las enfermerías ha sido escaso.

Fué dado de alta, por curado, D. P., de 53 años de edad, casado, que ingresó en el Manicomio en el mes de Febrero pasado, padeciendo una *melancolía aguda alucinatoria*, acompañada de citofobia é insomnio. Con medicación apropiada (hidroterapia, hipnóticos, aislamiento) se consiguió rápidamente la curación, pudiendo desde el segundo mes de tratamiento dedicarse el enfermo á trabajos manuales, que coadyuvaron á la desaparición de la psicopatía. Hubiéramos deseado que este individuo permaneciera algún tiempo más en el establecimiento con objeto de consolidar la curación, pero la familia del mismo insistió en que se le concediera el alta antes de la fecha por nosotros fijada.

DR. RODRÍGUEZ-MORINI.

BOLETÍN
DE LOS MANICOMIOS DE CIEMPOZUELOS

Mayo de 1904

En este mes hemos tenido un ingreso de 15 individuos, perteneciendo 11 al Manicomio de varones y 4 al de señoras. Han causado baja por todos conceptos 13, habiendo tenido, por tanto, un aumento en nuestra población de 2 individuos. De las bajas, 11 pertenecen á hombres y 2 á mujeres, descomponiéndose de la siguiente manera: 3 por fallecimiento, 7 varones y 1 se-

hora, 4 por curación, perteneciendo 3 á los primeros y 1 á las segundas, y el que queda salió por orden del Excmo. Sr. Gobernador civil de Madrid.

Las defunciones las han ocasionado las siguientes enfermedades: 1 diarrea trófica de los alienados (hombre afecto de imbecilidad); 1 de hemorragia bulbar (maníaco crónico); 1 de lesión orgánica del corazón (lipemaniaco); 1 de arterio-esclerosis (hombre padeciendo de demencia); 1 gastro-enteritis (mujer afecta de parálisis general progresiva); 1 de embolia cerebral (hombre con demencia senil); 1 de congestión cerebral (parálisis general progresiva, hombre); 1 de hemoptisis (en el curso de una manía crónica, varón).

De los ingresados, 4 son pensionistas, perteneciendo al sexo masculino; 3 proceden de la Diputación de Cáceres, 5 son varones y 3 hembras, habiendo 1 de los primeros procesado; 1 mujer perteneciente á la Diputación de Madrid, y 3 varones, correspondiendo uno á la Diputación de Cuenca y otro á la de Segovia.

El extracto de las hojas clínicas de los que han salido en concepto de curados y por orden gubernativa es el siguiente:

M. L. D., de 22 años de edad, de estado soltero, estudiante de profesión, ingresó como pensionista el 29 de Septiembre de 1903; carece de antecedentes hereditarios y fué diagnosticado de depresión melancólica; se hizo un pronóstico reservado, y merced á un apropiado tratamiento, pudimos darle de alta como curado el día 2 de Mayo de 1904.

J. P. L., de 15 años de edad, de estado soltero y de profesión estudiante; ingresó como pensionista el día 17 de Mayo de 1903. Se ignoran sus antecedentes hereditarios, habiendo sido diagnosticado por nosotros de melancolía subaguda de pronóstico favorable. Sale de alta el día 15 de Mayo de 1904.

D. F. A. de 47 años de edad, de estado casado, de profesión empleado, ingresó á petición de la Excm. Diputación de Madrid el 11 de Diciembre de 1902. Se ignoran sus antecedentes hereditarios, teniendo entre los antecedentes de su enfermedad la de ser aficionado á las bebidas alcohólicas; se le diagnosticó de locura alcohólica, con pronóstico reservado, poniéndose un tratamiento moral, higiénico é inyecciones antienófilas del doctor D. José Rodrigo González, merced al cual pudo ser dado de alta el día 21 de Mayo de 1904.

E. C. F., jornalero de oficio, de 30 años de edad, estado casado, ingresó por cuenta de la Excm. Diputación provincial de Madrid el día 25 de Abril de 1904, padeciendo de excitación maniaca, saliendo á petición del Excmo. Sr. Gobernador civil de Madrid, sin encontrarse completamente curado, el día 2 de Mayo de 1904.

J. I. V., de 39 años de edad, soltera, de profesión religiosa, ingresó como pensionista á petición de la Superiora de su convento, ignorándose tanto sus antecedentes hereditarios como los de su enfermedad. Se le diagnosticó de estado maniaco de índole histérica, se formuló un pronóstico reservado, y gracias al tratamiento en ella instituido, pudo dársele el alta como curada al día 20 de Mayo de 1904.

Teniendo en cuenta la Dirección administrativa de estos establecimientos, el incremento que van adquiriendo, merced al

aumento constante de su población vesánica, tanto en el Manicomio de varones como en el de señoras, están llevándose á cabo reformas de gran importancia, teniendo en la actualidad casi por completo terminado un hermoso pabellón en cada uno de los establecimientos y habiéndose empezado ya á hacer los cimientos, en el de varones, de otro de gran capacidad, dedicado única y exclusivamente á comedores y sala de estancia.

DR. FRANCISCO MARAVER

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SANTA AGUEDA

Mayo de 1904

Han ingresado durante el mes 14 enfermos, figurando en este número con igual contingente hombres y mujeres. Las bajas han sido: 5 por defunción, de las que 4 hombres y 1 mujer, y 2 salidas por curación, 1 hombre y 1 mujer.

Las causas ocasionales de la defunción han sido: caquexia nerviosa en un hombre de 35 años y tres y medio de reclusión manicomial por delirio de persecución y en quien determinó la caquexia, la invencible agitación delirante que duró los cinco últimos meses de su vida; pneumonia nota gripal, en un hombre de 65 años, que llevaba 31 años de reclusión manicomial en Zaragoza, cuando fué trasladado á éste á su inauguración; endocarditis, en un hombre de 35 años y cuatro de reclusión manicomial, por locura periódica; suicidio por suspensión, de un hombre de 37 años y cinco meses de reclusión manicomial; tratabase de un pastor, degenerado mental, tipo inferior, rayano en la imbecilidad, de carácter apacible, sin delirio sistematisado, dominando sólo esas extravagancias de los ilusionistas visuales que personalizan en conocidos antiguos á cuantos ven por primera vez; disfrutaba de relativa libertad, teniendo á su cargo el cuidado de la cochiguera, que desempeñaba á perfección, cuando en el sitio mismo de sus faenas y sin que ningún fenómeno anormal permitiese sospechar sus lúgubres proyectos, si los tuvo, puso fin á sus días suspendiéndose de una cuerda; asistolia, en una mujer de 39 años y seis y medio de manicomio, por manía crónica demencial; venía padeciendo de endocarditis crónica, cuando un edema pulmonar determinó la asistolia.

Los curados han sido: un hombre de 56 años, que ha permanecido seis meses en observación, y una mujer de 43 años y tres de manicomio por manía periódica.

Al terminar el mes sólo quedan en enfermería en concepto de clínicos, tres hombres y una mujer; de aquéllos, un hemoptóico en convalecencia, un bronquítico crónico y un anciano de 83 años, inválido; la mujer es caquética nerviosa por melancolía.

DR. AÑIBARRO.



Manicomios de Ciempozuelos

(Provincia de Madrid)

De hombres, á cargo de
los Hermanos Hospitala-
rios 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 esta-
ción telegráfica en Ciempozuelos.