

REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA

AÑO II * * * * * MAYO DE 1901 * * * * * NÚM. 17

SUMARIO: Las teorías de Fliess y el tratamiento rinológico de la dismenorrea, por el Dr. *Avellino Martín*. — El ingreso en los Manicomios desde el punto de vista médico-legal (continuación), por el Dr. *Rodríguez Méndez*. — Contribución al estudio de la ataxia locomotriz progresiva, por el Dr. *Papadopoulos*, traducido por el Dr. *Norberto de Llinás*. — Revista de psiquiatría, por el Dr. *J. Rius y Matas*. — 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*. — Boletín de los Manicomios de Palencia, por el Dr. *Martín Istúriz*. — Sección varia

LAS TEORÍAS DE FLIESS Y EL TRATAMIENTO RINOLÓGICO DE LA DISMENORREA, por el Dr. *AVELLINO MARTÍN*, Profesor de Oto-rino-laringología.

El año 1898, W. Fliess publicó un interesante trabajo acerca las relaciones entre la nariz y el aparato sexual de la mujer (1), trabajo que pasó poco menos que desapercibido, hasta que fué objeto de una comunicación de Schiff á la Sociedad Imperio-Real de Médicos de Viena (2), dando lugar á una discusión muy interesante, en la que tomaron parte, como figuras culminantes, el eminente laringólogo Chiari y el no menos eminente ginecólogo y profesor Chrobak, dándose el interesante y poco común espectáculo de que un rinólogo negase el origen nasal de una ginecopatía y que el ginecólogo, con hechos á la vista, aceptara el origen nasal de algunas formas de dismenorrea. Y bien mirado, se comprende que así sucediera, pues un rinólogo de la experiencia de Chiari recordaría las esperanzas y los desencantos que proporcionaron y aun proporcionan las

(1) Viena, 1898, Deutsche, editor.

(2) 11 de Enero de 1901.

teorías y experiencias de Hack en la cuestión de reflejos nasales.

El Dr. Compaired, en una comunicación hecha al XIV Congreso Internacional de Medicina (1), habla de infinidad de hechos de reflejos nasales, extendiéndolos al concepto de ser posible causa de delitos perseguidos y castigados por el Código, y aunque en mi concepto incurre en algunas exageraciones, no por eso su trabajo deja de estar fundado en multitud de hechos que, dada la competencia del Dr. Compaired, serán bien observados y bien interpretados. Y aunque en este trabajo se hace caso omiso de los estudios de Fliess, no deja de ser un estudio de actualidad que renueva la impresión de que de la antigua teoría de Hack algo ha quedado.

Existen multitud de neurasténicos aquejados de trastornos nasales, y entre estos trastornos domina casi siempre la obstrucción nasal, que si bien en algunos casos está justificada por la hipertrofia de los cornetes inferiores, en otros es de muy difícil explicación, pues por detenido y repetido que sea el examen, no se encuentra lesión alguna. He tenido ocasión de examinar á algún enfermo en quien por la rinoscopia anterior se veía la pared faríngea y hasta el pabellón de la trompa (lo cual implica atrofia de los cornetes) y, sin embargo, el paciente se quejaba de obstrucción nasal. En otros casos, la impermeabilidad nasal subjetiva no se explica por el tamaño de los cornetes, que es completamente normal. Pero lo más singular de estos casos es que en algunos la cauterización de la mucosa alivia y cura al enfermo (siendo la retracción conseguida insignificante), y en otros, las cauterizaciones, por enérgicas y repetidas que sean, no dan resultado alguno. Por consiguiente,

(1) *Neurastenia y pseudofobias de origen intranasal*, por el Dr. Celestino Compaired.

es indudable que en los enfermos de la primera categoría las cauterizaciones no obran mecánicamente sino destruyendo zonas refrenógenas ó determinando inhibiciones más ó menos permanentes. Seguramente que estas ó parecidas experiencias indujeron á Fliess para buscar y quizá descubrir la esfera genital de reflejos nasales.

Es un hecho antiquísimo las relaciones de la menstruación con la nariz; mujeres hay que por ella menstrúan, y es un hecho muy frecuente que la pubertad se anuncie ó se acompañe de epistaxis; la úlcera varicosa del septum la he visto muy frecuente en la edad crítica. Fliess, examinando la nariz de muchas mujeres durante la menstruación, observó que había dos puntos en los cuales la congestión era más manifiesta, como si estuvieran particularmente influídos por el reflejo menstrual: la cabeza del cornete inferior y el tubérculum septi; estos puntos sangran fácilmente y son muy sensibles al estilete. Fliess les llama puntos genitales. Su cocaïnización influye de un modo sorprendente en el cortejo nervioso que acompaña á las menstruaciones anormales, influyendo sobre todo en el dolor, que le suprime. Fliess especializando la cuestión, formula la regla de que la cocaïnización de la cabeza del cornete hace desaparecer el dolor del hipocondrio y la anestesia del tubérculum septi es inmediatamente seguida de la desaparición del dolor de riñones. Apoyándose en estos datos, Fliess sostiene que el dolor de la dismenorrea está directamente bajo la influencia de dichos centros nasales, y que, en consecuencia, basta destruir estos centros dismenorréicos para hacer desaparecer estos dolores intolerables, que obligan muchas veces á hacer guardar cama los primeros días de la menstruación. Y como Fliess asiente á que algunas veces los dolores dismenorreicos pueden depender de otra causa, aconseja

que antes de practicar la destrucción de las zonas genitales de la nariz se haga la prueba con la cocaína.

Schiff fué el primero que, con mucha desconfianza, comprobó las experiencias de Fliess en su clientela particular y en la clínica ginecológica del profesor Chrobak, de Viena. En 72 por 100 de casos examinados, la experiencia por la cocaína fué positiva, y en 17 mujeres cauterizadas por el procedimiento de Fliess, 12 fueron radicalmente curadas de dismenorrea.

En la discusión habida en la Academia de Viena, asintieron á las conclusiones de Schiff cuantos habían hecho experiencias sobre el particular, y entre ellos Gomperz, el discípulo más aventajado de Politzer, que consiguió la desaparición de accesos de lumbago en tres hombres neurasténicos, que invocaban por causa los excesos venéreos, y Steinback, Halban y Weill están igualmente convencidos de la realidad de la tesis de Fliess.

Lautmann (1) ha examinado muchas mujeres durante el período de la menstruación, habiendo obtenido curaciones sorprendentes, citando cuatro, en las cuales ningún tratamiento había dado resultado alguno, y siendo en una de ellas el dolor tan intenso, que llegaba á producir el síncope.

En mi práctica he tenido ocasión de observar repetidas veces sujetos cuyas molestias nasales determinaban aparatosos síndromes nerviosos, y por más que en muchos casos he buscado inútilmente en la nariz la causa de trastornos generales que por las teorías de Hack debían ser de origen nasal, siempre y en el fondo me ha quedado la impresión del gran poder reflejólogo de la mucosa nasal. Lermoyez dijo, con gran buen sentido, que no toda la *nosología* estaba en la *nasología*, pero es bien cierto que en la nariz podemos encontrar la causa de algunas

(1) *Annales des M. de l'O. du L., etc.*, Septiembre 1903.

enfermedades, y por ella pueden vislumbrarse ó sorprenderse grandes trastornos que están latentes, y tarde ó temprano sorprenden al clínico que no está acostumbrado á estas contingencias. Sirva de ejemplo el caso siguiente:

El Sr. M. vino á mi consulta el 20 de Febrero de 1903. Hacía seis meses que estaba molesto por una cacosmia subjetiva muy molesta, que se presentaba en forma de accesos (olor de carbón de cok). Ningún antecedente. Hombre de negocios y de vida activísima, vióse bien pronto obsesionado por la cruel idea de que su mal era incurable. El hedor del carbón de cok le atormentaba á todas horas, haciéndole imposibles los placeres de la mesa, pues hasta los más finos manjares exacerbaban la cacosmia. Examinadas sus fosas nasales, no pude descubrir nada anormal y el olfato no estaba alterado para impresiones ordinarias. Perdí de vista al enfermo, después de haberle hecho saber que su dolencia estaba por encima de mis recursos terapéuticos, y supe que en Diciembre del mismo año había muerto en el Manicomio del Dr. Dolsa, con delirio de persecuciones.

Este y otros casos que podría citar, de poco interés individualmente, pero de gran trascendencia en el conjunto, pues abren nuevos horizontes á la etiología y semeiología frenopática, podrían probar que la hiperestesia del primer par juega un papel importante en la patología mental. En la especie humana el olfato es un sentido rudimentario si le comparamos con el extraordinario desarrollo que adquiere en la escala zoológica (consúltase sino la entomología). Así es que el aumento de su sensibilidad debe considerarse como patológico, ya en las fronteras mal limitadas del estigma histérico, ya en plena nosología mental.

Como caso indeciso, de singular interés y que puede servir de transición para los que luego reseñaré y que apoyan las teorías de Fliess, extracto el siguiente:

La Sra. T. acude á mi consulta por primera vez, siendo completamente desconocida para mí y su primera

frase es: — *Ya debe saber para lo que vengo.* — Usted dirá, señora, le contesto. — *¿Pues no ha notado ya el repugnante olor que echan mis narices?* Esta señora, joven y hermosa, elegantemente vestida, extraordinariamente aseada, en quien por su hábito exterior se adivinaba fácilmente una buena posición social y meticulosos cuidados personales, me hizo sospechar de momento que estaba afecta de ozena ó de una sinusitis ó de sífilis nasal. Examinéla, y cual fué mi sorpresa al no encontrar lesión nasal alguna ni en la mucosa, ni en los senos y ni siquiera el catarro nasofaríngeo, tan frecuente en los tipos del escrofulismo bello, como decía nuestro inolvidable Dr. Giné.

La historia de esta señora era de las que cuellan en las teorías de Fliess. Hace dos años que ha sufrido la castración total, había menstruado siempre con toda regularidad, y después de la exéresis útero-ovárica, el primer período menstrual se señaló por una epistaxis tan abundante, que hizo necesario el taponamiento de ambas fosas nasales. De entonces data la cacosmia (olor de carne podrida), pero tan intensa, que está convencidísima de que el mundo exterior participa al igual que ella de su sensación olfativa. Según ella, ni los pordioseros de la calle pueden aceptar su limosna sin volverle la cara. Existe además una notable hiperestesia para todos los olores y hedores. Por lo demás, es una persona perfectamente equilibrada, cuya cara y aspecto demuestran una inteligencia poco común. La ha visto también mi ilustre maestro el Dr. Rodríguez Méndez, quien atribuye la causa de esta hiperestesia olfatoria á la castración, y no encuentra, á pesar de su indiscutible competencia, lesión mental alguna.

Este caso clínico y el anterior prueban evidentemente el gran poder reflejónico de la mucosa nasal, ya demostrado por infinidad de observaciones de asmáticos curados por supresión de neoformaciones nasales y de otras curiosas é innumerables historias que forman la base de la teoría de Hack. Pero hasta Fliess no se había llegado á suponer la existencia de zonas bien limitadas, cuya esfera de acción se localizara á un determinado aparato. Es difícil predecir la suerte que el

tiempo y la repetición de observaciones dará á esta teoría; muchas otras más viables han fenecido apenas vieron la luz. Pero por la poca resonancia que se le ha dado, á pesar de la autoridad de sus padrinos, hemos creído útil exponerla y á renglón seguido las siguientes observaciones personales, que si no son meras coincidencias, apoyan los puntos de vista de Fliess:

D. G., de 18 años, sin antecedentes, nota desde la pubertad (ocurrida á los 13 años) abundantes epistaxis, que coinciden con una menstruación tan dolorosa, que debe guardar cama los dos primeros días, vomitando cuanto ingiere. El periodo se presenta con toda regularidad cada mes. Esta joven no es clorótica ni anémica; está bien desarrollada y no presenta estigma histérico alguno. Acude á mi consulta porque nota de algún tiempo á esta parte obstrucción nasal, sobre todo nocturna, que atribuye á repetidos corizas. Por la rinoscopia se aprecia hipertrofia de los cornetes inferiores (replección sanguínea sobre todo) y dos placas congestivas al nivel del *tubérculum septi* y en ambos lados como si comunicaran á través del tabique. La cauterización de los cornetes (de su cabeza sobre todo), y de dichas placas restableció rápidamente la permeabilidad nasal. Con gran extrañeza (incluso por mi parte) el periodo menstrual siguiente se presentó sin dolor y con toda facilidad *por primera vez en su vida*.

La señorita N. P., de 26 años, vino á consultarme por crisis de ahogo nocturnas, que hacía tiempo se le presentaban en seguida que descendía la temperatura, y se iniciaban por obstrucción nasal. Dismenorreica de toda la vida y temperamento excesivamente nervioso. La hipertrofia de los cornetes era insignificante, de manera que atribuí la impermeabilidad nasal, que tanto la molestaba, á fenómenos de dilatación vascular. Comprobé este hecho por la cocaína, que reducía completamente los cornetes. Esta joven se resistió en absoluto á toda intervención, de manera que tuve que limitarme á prescribirle insuflaciones mentoladas con una insignificante dosis de cocaína. La ví al cabo de algún tiempo y me dijo que sus crisis disneicas habían desaparecido completamente y que si alguna vez se presentaban, las com-

batía fácilmente con una pequeña insuflación de los polvos recetados. Al hablarle de los peligros de la cocaïnomanía, observóme, *motu proprio*, que con aquellos polvos se había curado completamente de los terribles dolores que antes padecía durante el periodo menstrual, habiendo ya ella observado que durante las reglas era cuando la obstrucción nasal era mayor y cuando con mayor facilidad era atacada de crisis asmáticas. Propuse, en vista de estos preciosos datos, una cura con ignipuntura, que no fué aceptada, á pesar de mi gran empeño en llevarla á la práctica hasta por interés científico. En esta enferma ni siquiera me fué posible comprobar la existencia de los puntos genitales de Fliess.

Después de estas dos observaciones, que me invitaron á releer las teorías de Fliess, he procurado estudiar y poner en práctica casos y medios para poder formar criterio personal de la cuestión, y he de confesar ingenuamente que aun no he podido conseguir mi objeto, en parte, por falta de número considerable de casos *ad hoc*, que es necesario, y en parte, por temor á que sugestionando á mis clientes ó auto-sugestionándome no falseara el resultado de mi información. Los dos casos citados son de verdadera buena fe, vinieron á mí sin que yo buscara otro efecto terapéutico que el rinológico. De los dos siguientes, que entresaco de entre unos treinta que tengo en cartera y que se asemejan mucho, dedúzcanse las conclusiones que á cada cual le plazcan:

La señorita P. G., de 20 años, menstruaba con bastante regularidad, pero los primeros días son para ella de crueles tormentos. Buen estado general, quizá un poco anémica. Amígdalas hipertrofiadas, con frecuentes amigdalitis. Averigüé los primeros datos por la coincidencia de que habiendo fijado día para extirpar las amígdalas, tuvo que aplazarse por haber aparecido el periodo con su cortejo neurálgico habitual. Al verla de nuevo, examiné las fosas nasales, que eran normales, pero que presentaban manchas hiperémicas en los sitios correspondientes á las zonas de Fliess. Le extirpé las amígdalas,

y pocos días después cautericé lo que podían ser zonas reflenógenas. En los cinco meses transcurridos desde la intervención, las menstruaciones se han presentado normales y sin dolor alguno. ¿Es debido á la ablación de las amígdalas, á la sugestión ó á la destrucción de zonas reflenógenas?

La señorita J. R., de 18 años, asistía á mi consulta por una otorrea debida á una lesión del ático (colestea-toma inclusive). No aceptaba la intervención radical, única aconsejable, ni ella ni su familia, sino como *ultima ratio*. Una de las veces que estubo á verme, la encontré pálida y fría, contraída por el dolor. Pregunté qué tenía y no se trataba de fenómeno ótico extraordinario sino de la menstruación, que se le había iniciado en mi sala de espera, y como siempre, con intensos dolores. Examiné la nariz en busca de zonas reflenógenas, y á pesar de que los cornetes estaban casi atrofiados, pude notar que sus extremidades anteriores presentaban un color rojo más intenso que el resto. Apliqué una torunda empapada en una solución de cocaína al 10 por 100, y á los pocos minutos desaparecieron los dolores. De entonces acá esta joven emplea con gran resultado el mismo procedimiento en cada período menstrual. Es de notar que en este caso las cauterizaciones (que he practicado tres veces), no han dado resultado alguno, posiblemente debido á lo poco intensas que han sido, pues la enferma no se presta á ello más que con muchos ruegos y confiando que el día de la cura radical de la otorrea podrá hacerse todo á la vez.

Y aquí doy punto final, excitando á mis compañeros á que ensayen un procedimiento tan sencillo como inocuo, y termino haciendo observar que en mis casos positivos, se ha tratado siempre de dismenorreicas, en quienes el período catamenial se presentaba en épocas ordinarias. Esto no quiere decir que no se pueda ensayar en las que menstrúan irregularmente, mucho más si se tiene en cuenta que este procedimiento no exige reconocimientos, que la mayor parte de dismenorreicas sólo aceptan en caso extremo. Y que la prueba por la cocaína es aplicable en casi todos los casos.

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).

Para poder deducir la compenetración á que me he referido, ver hasta que punto hay armonía entre el manicomio y la reglamentación, empiezo por fijar el concepto y detallar los fines que ha de cumplir este instituto científico.

Un manicomio es, y si no lo es debe serlo á toda costa, cuanto voy á enumerar :

Una *casa de salud*, de especial naturaleza, en donde encuentran tratamiento oportuno los enfermos más difíciles de asistir y de ordinario los que resisten más tiempo y con más intensidad á los agentes curativos. Como los recursos de que puede echarse mano son de toda índole y categoría, el arsenal higiénico-terapéutico es complicadísimo y ha de estar siempre presto, que las indicaciones, si en algunos casos pueden ser cumplidas con cierta lentitud, son en otros urgentísimas y decisivas.

Un *hospital*, de población muy heterogénea, pues independientemente de la locura, el vesánico puede enfermar y enferma con frecuencia de toda suerte de padecimientos, ya que tiene una receptividad acentuadísima á la acción de las causas morbosas. La misma naturaleza de su padecimiento mental es una forma inagotable, en buen número de ellos, de lesiones qui-

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

rúrgicas, de varias clases de traumatismos. Esta suerte de hospital complica en gran manera el funcionamiento del manicomio, punto de cita de todas las desventuras humanas.

Un *asilo*, que alberga deficientes, valetudinarios y toda clase de esos desechos orgánicos, cuyo sistema nervioso ha sufrido conmociones y destrozos irremediables.

Un *hospicio*, con su impedimenta de idiotas, imbéciles inferiores, cretinos, dementes y viejos, conjunto de degenerados de que no se libra, ni debe librarse, manicomio alguno.

Una *casa de caridad* en su más lata acepción. Este sentimiento fué el que dió origen á los manicomios españoles, como ya he expuesto. Si ella sola no basta á sostenerlos, es desde luego preciso en estos institutos y debe informar todos los actos del personal médico ó no médico de las familias y de las autoridades.

Una *casa de corrección*, pero sin vestigios siquiera de sistema carcelario, sistema carcelario que ha influido en ciertos manicomios modernos y en algunos que están en construcción, como trasunto de las viejas y reprobables usanzas. La corrección ha de referirse á malos hábitos, á errores, á las ideas delirantes, á la indisciplina y á cuantas modalidades, por deficiencia ó extravío, se presen-ten á reformar con arreglo á los cánones científicos y morales.

Un *lugar ordenado y seguro*, en que el enfermo no sea peligroso para los demás y obtenga todo el provecho posible para aliviar, curar, y en último extremo, no aumentar sus penalidades.

Un *sitio de aislamiento y reposo*, que aparte al enfermo del medio en que naciera, evolucionara y se agravara, con tendencia á hacerse crónico ó incurable su

padecimiento; que le aparte también de sus deudos, rarísima vez convenientes al vesánico; que le aparte, en fin, de curiosos é imprudentes, que encienden los delirios y los tornan peligrosos, si no los eran primitivamente. El aislamiento es ya de por sí, en muchos casos, un agente terapéutico; y el reposo moral, una condición preciosa á las veces para la curación, conveniente siempre.

Un punto en que, como en ningún otro, es el loco tratado *sin prevenciones, ni odios, ni miedos*; antes bien despierta simpatías y conmiseración, y es objeto de cuidados inteligentes y oportunos.

Una *casa de educación* física, moral é intelectual, una verdadera escuela de enseñanza integral, que funciona sin descanso, que practica el método individualista de preferencia, dando á cada uno lo que ha de menester, que reglamenta el tiempo, la comida, las ropas, el trabajo, los recreos, las relaciones internas y externas, el sueño. A los no iniciados en estas organizaciones delicadísimas y difíciles, maravilla siempre la obediencia de los enfermos á la reglamentación del manicomio cuando el Director y el personal han recurrido á los procedimientos afectuosos, que tanto gustan á los vesánicos. Una caricia, una insignificante dádiva, conjuran graves situaciones, tuercen impulsos, cambian el rumbo de ideas nocivas.

Un *establecimiento industrial y agrícola*, sostenido por los enfermos, que en las tareas del campo ó del taller encuentran medios para robustecer su cuerpo, alentar sus energías perdidas, rehabilitar el recuerdo de sus aficiones y aptitudes; en todo caso, la fijeza en el trabajo, la distracción que este mismo produce, el interés que despierta, el deseo de dar cima á la tarea, en la que se interesa no pocas veces el amor propio, son me-

dios potentes desde el doble punto de vista higiénico y terapéutico.

Un *servicio nacional* de gran interés, que sólo el manicomio puede cumplir sin ofensa para la cultura de los pueblos ni daño para el orate. Las componendas, por no decir mistificaciones, que en nombre de atenciones no bien legitimadas y de errores lamentables han motivado la creación de institutos no manicomiales, las tolerancias de la ley y las brechas abiertas en la organización científica, tan penosamente lograda, han sido y son crasos errores, que han pagado, sin culpa alguna, los pueblos, las familias y los enfermos. Nada más sencillo ni más peligroso que legislar sin un conocimiento completo de cuantos datos deben integrar una resolución. Sobre este capitalísimo asunto hablaré más adelante.

Una *institución necesaria al Gobierno*, al Estado, quienes se libran con ella, y á poco esfuerzo, del gran peso que constituye hoy la abundancia grandísima de padecimientos mentales. Teniendo quien atienda y responda de estos enfermos, el Gobierno no tiene ya que cometer uno de estos dos desaciertos: ó dejarlos abandonados á su padecimiento, malogrando un ciudadano y poniendo en riesgo á los demás, ó recluirlos en las cárceles con toda esa sencillez con que aprisiona á los malos ó á los que *supone* pueden haberlo sido. Limitándose á que ingresen en los manicomios los que deben entrar y á que sean atendidos como Dios y la ciencia manda, se ahorra la Autoridad la intervención en asuntos de que no entiende y que no puede resolver bien. De otro modo, volvería el Estado á aquellos afrentosos tiempos en que ya me ocupara.

Por fin, el manicomio es ante todo y sobre todo un *poderoso instrumento terapéutico*, un agente curativo valiosísimo, de tal jerarquía y privanza, que él sólo,

por sí, por sus condiciones intrínsecas, obtiene resultados que en vano se pedirían á los mismos agentes fuera del establecimiento frenoterápico. Un delirante furioso, que llega al manicomio más amarrado que una fiera, queda en calma apenas se ve libre de sus ataduras y en un recinto que le es completamente desconocido. No cito más ejemplos.

Tal es el manicomio. Es inútil busquemos nada más oportuno para el loco. No existe institución más compleja ni más pertinente. Muchos son los elementos que le constituyen y muchos, por tanto, los recursos con que cuenta y los resortes que puede emplear en beneficio del loco.

Sólo los desvencijados de la mente ó los equivocados de medio á medio son adversarios del manicomio bien organizado. Comprendo la animadversión á los establecimientos frenoterápicos mal dispuestos, como se comprende la animadversión á la hipocresía, al dolo y á todo cuanto sea apariencias de bien y realidades de mal. Mas los equilibrados y conocedores de la materia no pueden tener en poco, y menos censurar, los manicomios hechos y gobernados según la ciencia y la caridad.

Antes de pasar más adelante, debo hacer una advertencia breve, pero necesaria. El internado en los manicomios debe ser un hecho general, no absoluto. El manicomio conviene á la mayoría de enfermos, pero no es preciso para todos. Ciertas formas vesánicas, ciertos períodos de algunas locuras, son compatibles con la vida de familia y pueden ser incompatibles con la estancia en el frenocomio. Casos son estos cuya determinación corresponde al médico perito, no á otro. Había de hacer esta justa advertencia para no ser tratado como intransigente, que valiendo tanto el manicomio, no es la bondad absoluta ni puede ser aplicado á toda la heterogénea masa de los padecimientos frenopáticos.

Hecha la advertencia, prosigo.

Dado lo que es el manicomio y dado lo que es el loco, habiendo relación, mejor dicho, armonía, entre lo que aquél puede dar y éste tiene derecho á recibir, parece natural, justo, cuando no obligatorio, que entre el enfermo y *su casa* no se coloquen obstáculos, no se siembre el camino de dificultades. Por desgracia, lo que es natural, justo, tiene ante sí numerosos enemigos, lo mismo entre los pueblos y las familias, saturados de absurdas preocupaciones, que entre los gobernantes, al fin salidos de los poseedores de tan erróneos conceptos.

Se cierne sobre los manicomios una nube preñada de celos y de maledicencias. No pongo mis manos en el fuego en todo caso: como institución humana puede ser mala á las veces; regidos por hombres, es posible que las pasiones se coloquen por delante de la razón y de la verdad en ocasiones. No niego la posibilidad de hechos censurables; pero tampoco me atrevo á afirmarla sobre algún suceso concreto. Y al no negarla, más atiendo al *homo sum, et nihil humanum á me alienum puto*, que á los muchos miles de casos en que he intervenido sin haber notado en ninguno la realización de esa posibilidad. Mas sí afirmo sin titubear que á esos celosos y maldicientes también les es aplicable el *homo sum*, etc.

Afirmado ya hace rato por mí, y quizás lo demostrara, que el loco es ante todo un enfermo y que son derivaciones de este concepto los demás hechos, tales como la incapacidad, la irresponsabilidad y otros más secundarios, y afirmado que el manicomio es la residencia científica y humanitaria del orate, con las consecuencias necesarias de aislamiento, reclusión, tratamiento, etc., es de sentido común que el médico, el único competente, tenga libertad completa de acción, sin otras cortapisas ni responsabilidades que las precep-

tuadas para los delitos comunes. La sociedad y el Estado encomiendan al médico una gran misión: la salud y la vida de los pueblos, sin legislación coercitiva, y al médico frenópata, al que trata de materia científica más concreta y con un carácter más especializado y de mayor trascendencia social, á éste no le deja la libertad de que el médico general goza.

El distingo no tiene, en mi concepto, fundamento serio.

Parece que pesa un anatema sobre los legisladores: hacer daño al loco. No hubo bastante con los errores y abandonos de las épocas pasadas; hoy, si no van contra el loco directamente, le perjudican poniendo trabas á quien por el loco mira.

So pretexto de abusos, más fáciles de decir que de probar, se legisla con criterio tan estrecho y con tal desconfianza, que resulta á las veces perjudicado el enfermo y ofendido el médico, *à priori*, cuando todavía no ha cometido delito alguno.

Creendo que el juicio en materia de locura es sencillo y está al alcance del que administra justicia, encomienda á éste resolver las cuestiones sin haberle dado la preparación científica conveniente, y creiendo se trata de problemas para cuya resolución bastan conocimientos generales vagos, vulgares y un poco de buen sentido, somete á su jurisdicción un diagnóstico que no sabe hacer en muchos casos y la valoración de los conocimientos de un médico para que es incompetente.

En principio, este modo de intervenir el derecho, que ha sido tardío é inoportuno, obedece á los prejuicios y errores populares. A clase tan culta y de tan capital papel en la vida de los pueblos, no puede ocultarse que no es esa una buena fuente de conocimientos, y que de quererla buscar con propósitos plausibles, había de de-

mandarla á los médicos, que por ignorantes que sean, son sabios comparados con los demás en estas materias.

De lo inestable de esta base da idea precisa el distinto rumbo seguido por los legisladores en este asunto. La misma cuestión, loco, manicomio é ingreso de aquél en éste, ha sido resuelta por modos bien distintos, no ya en el tiempo pasado, que esto no sorprendería, sino en la época actual. España, cuya legislación ha servido de modelo en varias materias para otros pueblos, es hoy la peor tratada por sus gobernantes, y no será ciertamente imitada en esto por ninguna.

Reduciré este asunto cuanto pueda.

(Se continuará).

Un dispensario antialcohólico. — Hace pocas semanas se inauguró en París el primer dispensario antialcohólico, fundado por el Dr. Berillon. La ceremonia de inauguración fué presidida por el Dr. J. Voisin y los doctores Legrain y Félix Regnault, pronunciándose por el primero una hermosa alocución, en la que afirmó que el alcohol debe ser considerado como el agente más importante de la degeneración humana, siendo al mismo tiempo la causa más frecuente de la alienación mental.

El Dr. Legrain expuso en elocuentes palabras la obra moralizadora de la liga antialcohólica y los excelentes resultados que se han obtenido con la creación de restaurants de temperancia.

Por último, el Dr. Berillon explicó el objeto de los dispensarios antialcohólicos, que no es otro que el de combatir por medios morales el abuso de las bebidas alcohólicas y el de tratar los casos de alcoholismo por la sugestión hipnótica, consiguiéndose la curación de los bebedores por la reeducación de su voluntad.

Aunque en España el problema del alcoholismo no tenga la importancia que en Francia y en los países del norte de Europa, sería conveniente la creación de dispensarios antialcohólicos, especialmente en algunas regiones de la Península, donde el abuso del alcohol va aumentando en proporciones alarmantes. — R. MORINI.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA ATAXIA LOCOMOTRIZ PROGRESIVA, por el doctor **PAPODEPOULOS**, de Trebizonda. Traducido por el Dr. **NORBERTO DE LLINÁS**, Médico interno del Manicomio de San Baudilio de Llobregat (1).

Esta enfermedad ha sido, durante los últimos años, objeto de numerosos é importantes trabajos. Sin detallar los diversos autores que la han estudiado, se podría perfectamente dividir su estudio en dos grandes períodos: el primero, representado por *Duchenne* y el segundo por *Charcot*, *Raymond*, *Grasset* y *Fournier*. En esta sucinta nota no nos proponemos más que estudiar un solo síntoma de la enfermedad, tal como la vemos en nuestro país.

I. Ya el gran clínico *Trousseau* había hecho notar que la enfermedad era más frecuente en el hombre que en la mujer. Véase lo que escribió (*Dict. de Médecine et de Chirurgie prat.*, tomo III, página 786, artículo ATAXIE): «Es de notar que los hombres son mucho más á menudo atacados que las mujeres y en muy grande desproporción, lo cual no hacen cambiar en nada los hechos aportados por los médicos de la Salpêtrière. *M. Duchenne* que, mejor que otro alguno, á lo menos en Francia, ha tenido ocasión de estudiar esta enfermedad, no la ha hallado más que cuatro veces, en las mujeres, y por mi parte, no la he visto más que tres á pesar de que en el transcurso de algunos años he sido llamado repetidas veces para visitar un gran número de individuos afectos de ataxia locomotriz progresiva». *Berger*, ha encontrado 145 hombres entre 185 atacados (*Grasset: Traité pratique des maladies du système nerveux*, 3^e édit, página 334).

En el Tratado de medicina de *Charcot* y *Bouchar*d, (tomo VI, página 431, 1.^a edición), leemos: «Cuanto al sexo, es preciso señalar particularmente la rareza relativa de la tabes en las mujeres. En la estadística de *Erb*, especialmente, se encuentran 360 hombres por 19 mujeres. Esta rareza de la tabes en el sexo femenino, es debido, al parecer, á que la sífilis es más rara en la mujer que en el hombre, ya que, según lo ha demostrado *Mabius*, las mujeres tabéticas son como los hombres: sífilíticos».

(1) De *Le Progrès Médical*.

En la *Semaine Médicale* de 1901, página 183, se lee lo que sigue: «Faltan datos precisos acerca la frecuencia de la tabes en el sexo femenino; la mayor parte de los tratados de patología nerviosa se contentan con indicar que esta afección es mucho menos común en la mujer que en el hombre... *M. Mendel* ha encontrado 725 casos de tabes en los hombres por 288 en las mujeres. La proporción es, pues, 2'5 : 10. Concuerda exactamente con lo que dice *Koffmann*, en la clínica de Westphalia, etc.; y *Fournier* 1 : 26. Esto supuesto, con arreglo á todos los autores que hemos mencionado, la tabes es más frecuente en el hombre que en la mujer.

II. *M. Fournier*, durante treinta años de observaciones, sostiene que la tabes es de origen sífilítico (tabes específica). Según este autor, el 95 por 100 de los tabéticos son sífilíticos, mientras que *Berger* supone el 20 por 100 y *Remak* el 23 por 100. (Tratado de *Grasset* y tratado de *Charcot* y *Bouchard*).

Una seria objeción debe hacerse á esta aserción de *M. Fournier*.

El eminente sífilígrafo de Saint-Louis, en sus múltiples publicaciones sobre la sífilis y las enfermedades para-sífilíticas, debía mencionar el tanto por mil de sífilíticos que se vuelven tabéticos. A pesar de nuestras investigaciones, no hemos podido encontrar estadística semejante. No nos dice tampoco cuantos ha podido curar. Todo el mundo está de acuerdo en que la sífilis es una enfermedad de fácil curación. Desgraciadamente no se puede decir lo mismo de la tabes. *M. Fournier* no puede negar, á pesar de haber asistido y curado miles de sífilíticos, que no ha tenido la misma suerte en el tratamiento de la tabes.

Mi intención no es la de criticar los argumentos aducidos por el eminente profesor. Quiero solamente sostener que la tabes no es, en todas partes, tan frecuente como en París y en las demás grandes ciudades de Europa.

Hace más de 20 años que ejerzo en Trebizonda, en cuyo espacio de tiempo he tenido ocasión de prestar asistencia médica á millares de sífilíticos, observando lo que sigue: en nuestro país la sífilis es muy frecuente. Se ven aquí infinidad de casos de sífilis terciarias, que no se puede tener ocasión de ver en París, donde todo el mundo se hace cuidar desde el comienzo del mal. La enfermedad nos llega por dos vías principales: 1.ª, de Rusia, á donde van muchos de nuestros obreros en busca de trabajo, y allí adquieren la sífilis; cuando regresan, sin estar probablemente curados, comunican la enfermedad á sus familias. Esto ocurre con la mayor parte de obreros y marinos griegos; 2.ª, el ejército imperial otomano. Muchos soldados, también

infectados, cuando regresan á sus casas comunican la enfermedad á los suyos. Todos estos son turcos. Es menester no echar en olvido, lo que es muy interesante, que nuestros paisanos son muy sucios y poco cuidadosos de su salud. Ellos no han adquirido aún el hábito de presentarse á los médicos más que después de algunos años de padecimiento. La mayor parte prefieren dirigirse á prácticos charlatanes, que los tratan por medio de las fumigaciones mercuriales. He ahí por que nosotros vemos á menudo casos de sífilis terciaria excesivamente caracterizados que no se pueden ver en Europa más que por excepción. Hay departamentos en el Asia Menor, como el de Castanioni, donde la sífilis es casi endémica.

Y á pesar de todo esto, la tabes, entre nosotros, es excesivamente rara en los hombres y *desconocida* en las mujeres, según mi opinión al menos, no habiéndola jamás encontrado aquí. ¿A qué podría atribuirse este hecho tan paradójico? La enfermedad es fácil de reconocer y no podrá creerse que haya pasado desapercibida. Después de los trabajos de los eminentes neurólogos: *Duchenne, Charcot, Raymond, Grasset*, etc., se puede decir que es fácil de diagnosticar la enfermedad, hasta á distancia.

Para confirmar mi opinión había yo hablado en otro tiempo con el ya difunto *Dr. Spattharos*, pidiéndole me dijera si había observado casos de tabes en las mujeres. Tenía entonces dicho doctor una clientela considerable y vastísima práctica en patología interna. Me respondió así: «En el decurso de treinta años que estoy aquí, es bien cierto que no he visto jamás un solo caso de tabes en las mujeres». ¿A qué es preciso atribuir, pues, esta rareza de tabes en el hombre y su ausencia *completa en la mujer* (entre nosotros)?

Existe mucha diferencia entre la vida social europea, sobre todo en las grandes capitales como París, Londres, Viena, Lión, etc., y la nuestra en Oriente. Aquí no existen las mismas exigencias que en Europa, donde la vida es cara. Aquí la vida es barata y el alcoholismo es todavía casi desconocido. En Francia, sobre todo, se ven las funestas consecuencias del alcoholismo, que causa tantos estragos por todas partes. Reconozco que es muy sensible hablar sobre el alcoholismo antes de dotar á las poblaciones de aguas de buenas fuentes. En nuestro país todo el mundo bebe agua de excelente calidad. Cuando en una reunión, de las de aquí, se quieren divertir, beben un poco de vino, ó de rakí (aguardiente), ó de cognac solamente. Los demás productos alcohólicos son aún, dichosamente desconocidos. El vino, como es sabido, está prohibido á los mahometanos; el rakí y el cognac no lo están. Cuanto á las mujeres cristianas, no to-

man jamás bebidas alcohólicas, ni siquiera vino. Entre los campesinos musulmanes puede decirse que son desconocidas las bebidas alcohólicas.

Como dejamos dicho, la vida de los musulmanes es un poco estoica. Atribuyen á la fatalidad todas sus desgracias. *M. Raymond* pretende que en Argelia la tabes es muy rara. El *Dr. Vigier*, de París, que había ejercido allí, tenía hecha la misma observación. Según *M. Raymond*, se puede atribuir esta rareza de la tabes entre los árabes á que éstos, como todos los musulmanes, son sobrios en las bebidas alcohólicas. Yo creo que también puede atribuirse á su religión, un poco estoica.

III. *M. de Wecker* (de París), había observado que muchos oficiales franceses que habían sido prisioneros en Alemania, durante la guerra de 1870, se habían vuelto tabéticos á consecuencia de emociones. No se ha observado jamás lo propio en los oficiales turcos que han estado en la misma situación en Rusia, sin embargo de ser éstos bastante á menudo sífilíticos. He conocido numerosos oficiales turcos, pero nunca un atáxico. Es menester no olvidar que, entre los musulmanes, la poligamia no está prohibida y, á pesar de esto, como acabamos de decir, la tabes es rara. ¿Existe, pues, la influencia de la sífilis productora de la tabes? *M. Fournier* lo afirma y muchos sífilíógrafos aceptan su opinión.

Estando demostrado que la sífilis existe, y muy extendida en el Asia Menor, mientras que la tabes es muy rara, resulta difícil de admitir la opinión de *Fournier* que la tabes es de origen sífilítico, tanto más cuanto que no se ha visto jamás un caso de curación de tabes. De todos modos, mi intención no es la de criticar la opinión del eminente sífilíógrafo.

CONCLUSIÓN. — 1.º La tabes en los hombres, en nuestro distrito, es muy rara, á pesar de que la sífilis sea aquí frecuente; 2.º, la tabes en las mujeres, en nuestro distrito, es desconocida, aun cuando las mujeres (entre nosotros) sean tan frecuentemente sífilíticas como los hombres; 3.º, las mujeres, en nuestro país, no beben jamás bebidas alcohólicas, rara vez, un poco de vino; 4.º, la opinión de *Fournier*, que sostiene que la tabes es de origen sífilítico, es difícil de admitir, á lo menos en el Asia Menor.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA, por el doctor J. RIUS y MATAS, Médico interno del Manicomio de San Baudilio de Llobregat.

Observaciones clínicas y experimentales sobre la Catatonía. LEWIS C. BRUCE. — He aquí las conclusiones formuladas por el A. :

1.º La catatonía es una enfermedad aguda, tóxica, de origen y marcha perfectamente claros, durante la cual varían los síntomas según la resistencia individual del paciente, pero sin que bajo ningún concepto deje de observarse jamás un cierto número de síntomas característicos, que son los siguientes: período prodrómico de lenta aparición, terminado por el de invasión aguda con alucinaciones del oído, confusión mental, paroxismos de excitación, actos impulsivos, espasmo catatónico muscular é hiperleucocitosis que, observada al finalizar dicho período agudo, indica una virulenta toxemia.

Distínguese el período último de la enfermedad por un estado de estupor, con resistencia muscular para los movimientos pasivos.

2.º Desde el comienzo de la catatonía puede observarse en un 70 por 100 de los casos, la existencia en el suero sanguíneo de un aglutinamiento, que parece debido á un estreptococo de corta longitud y cuyo aislamiento de la sangre pudo lograrse en un caso de catatonía.

3.º Inoculando conejos, ya por vía digestiva ó por la sanguínea, mediante el referido estreptococo, provócase en los mismos un estado morbozo, con irregularidad térmica, aumento de los reflejos cutáneos y atontamiento. En los conejos resistentes, la enfermedad dura unas seis semanas por término medio, pasado cuyo tiempo tiende á desaparecer, quedando entonces inmunizado su respectivo organismo.

4.º Ningún resultado favorable ha proporcionado el tratamiento por un *antisera* extraído de la cabra.

5.º La inmunización activa en enfermos, llegados al período de estupor, no ha dado el menor resultado curativo.

6.º La inmunización activa, practicada en el período de iniciación aguda de la enfermedad y ensayada hasta ahora una sola vez, hase revelado como indiscutiblemente ventajosa, sin que ninguna de las actuales teorías relativas á la inmunidad

sirva para podernos explicar cumplidamente el mecanismo de tales resultados. — (*The Journal of Mental Science*).

Alucinaciones acústicas, alternadas con accesos de sordera verbal y de afasia sensorial en un parálisis general progresiva, confirmada por la autopsia. — Serieux y Mignot refieren un caso interesante de parálisis general progresiva, confirmada por la autopsia. La observación clínica había podido apreciar en vida, á más de un bien definido delirio de persecuciones y del indispensable megalománico, verdaderos fenómenos de excitación (alucinaciones del oído) alternándose con otros de defecto (sordera cortical y posteriormente sordera verbal).

Las lesiones de la meningo-encefalitis difusa presentaban focos muy circunscritos en las regiones parietales, con un máximo de intensidad en las circunvoluciones marginales (sobre todo del lado izquierdo).

No era, pues, posible rechazar el citado diagnóstico en presencia de las alucinaciones y de los síntomas de lesión en foco á que nos hemos referido y que coexistían con el cuadro clínico común de la P. G.; pero sí que pudo deducirse desde luego la existencia de una forma sensorial en la meningo-encefalitis difusa, crónica, relacionada y dependiente de los grados más elevados de esta lesión. — (*Archives de Neurologie*).

Psicosis alucinatoria aguda en un caso de envenenamiento por la atropina. W. S. JAKOWENKO. — Reviste excepcional interés la observación hecha por el citado clínico, pues no se registran con frecuencia casos como el presente, en los cuales la intoxicación atropínica constituye casi por sí sola la patogenia de una psicosis aguda.

Una campesina de 51 años, alcohólica, aunque bastante robusta, se dirige á la más próxima ciudad con objeto de hacerse curar una doble queratitis. El tratamiento empleado consiste en la instilación de 16 gotas de una solución de atropina, correspondientes á 0'006 gramos. Al instante es presa de vértigos, pierde la noción de las cosas, acusa visiones y oye voces terribles; delira, se agita, tórnase agresiva y presenta, en una palabra, el conjunto sindrómico del delirio alcohólico agudo. Permanece en tal estado durante seis días. Transcurrido este tiempo, vuelve lentamente á su primitiva normalidad, pero queda amnésica.

Téngase muy presente, en este caso, que el padre de dicha mujer fué un empedernido borrachón, y que, según queda indicado más arriba, la propia interesada ha sido siempre aficionada al abuso de las bebidas espirituosas. — (*Obozrenié psichiatríi*).

Escritura y debilidad mental.—El Dr. Foerster (de Bonn), á fines de 1903 hizo pública una curiosa observación relativa á un sujeto débil, acondroplásico é incapaz de leer y de escribir al dictado, pero perfectamente apto para hablar y transcribir cualquier texto manuscrito ó impreso que se le presentase.

Muy análogo al anterior es el siguiente caso, observado asimismo por Foerster y referente á un imbécil que copiaba menos correctamente, pero que, en cambio, deletreaba algo mejor y leía las cifras con mayor facilidad y exactitud que el primero.

En ambos casos debemos resistirnos á admitir la existencia de una lesión en foco, que pudiera justificar debidamente la aparición de semejantes trastornos, siendo mucho más admisible la teoría según la cual son éstos debidos á un desarrollo defectuoso y desigual de los centros psíquicos.

El automatismo mental de los afásicos.—Una serie de averiguaciones experimentales, realizadas por Pierre-Marie y Vasshede, ha demostrado que el automatismo mental de los individuos afásicos se asemeja bien poco al normal.

En aquél falta la rica provisión de imágenes y de elementos sensoriales, cuyo objeto es guiar y facilitar el conocimiento ó la ejecución de un acto.

El automatismo mental de los afásicos se polariza fácilmente; éstos hállanse como *intoxicados* por una palabra, imagen, frase ó acto que, por incidencia, se sienten forzados á repetir ó á practicar. Su automatismo mental no puede en manera alguna evolucionar ni adaptarse á otra serie de imágenes; permanece inmovilizado y contribuye á que la primitiva imagen se haga por fin automática en vez de servir como *abstractum general* para todo orden de esfuerzo intelectual.

La polarización se verifica principalmente con el primer esfuerzo, con la primera adaptación realizada.

Este automatismo está aislado; por causa de su aislamiento no evoluciona, pero hace que la imagen primera se torne más y más obsesionante. La fatiga intelectual aumenta la intensidad de esta obsesión y acaba por transformarla en una profunda distracción. — (*Archiv. de neur.*)

La locura del haschisch. J. WARNOCK. — Hallándose en inmejorables condiciones para conocer á fondo los efectos del haschisch, Warnock, Director de un Asilo en el Cairo, ocúpase de las diversas formas de locura á que dicha substancia puede dar lugar, y las compara con las de origen alcohólico, resultando de esto que las ideas de suicidio, tan comunmente observadas en la locura alcohólica, registranse raras veces en la producida por el haschisch. Dice que éste parece obrar en Egipto

como un factor más influyente de alienación mental, que lo es el alcohol en Inglaterra, y que, del propio modo, es mayor su importancia como factor de criminalidad en la referida región africana que en las islas británicas lo es el alcohol.

Hace notar también que, á diferencia de lo que con el abuso de esta bebida suele ocurrir, el haschisch no produce lesiones anatómicas características y que, por lo que respecta á trastornos físicos, sólo es digno de mención el carácter vacilante que imprime á la marcha de los intoxicados.

En armonía con nuestra anterior alusión, es de advertir nuevamente que los enfermos en quienes el haschisch ha alterado su higidez mental, experimentan una tendencia particular é irresistible para la comisión de crímenes.

Termina Warnock haciendo constar que el uso del *Cannabis Indica* parece tener en Egipto resultados psíquicos y sociales más graves que en la India inglesa, y que en aquél da lugar á mayor número de casos de alienación mental y de crímenes. — (*The Journal of Mental Science*).

Edema maligno en un melancólico; rápida terminación fatal. — R. D. Hotchkis refiere el caso de un individuo de 59 años, afecto de melancolía, y que, á consecuencia de una caída, se produjo una leve lesión algo por encima de la ceja derecha. Al cabo de 55 horas sucumbió víctima de maligna erisipela edematosa. Lejos de observarse la elevación térmica correspondiente, quedó la temperatura durante tan breve tiempo por debajo de la cifra normal. Tanto los tejidos cerebrales como los pulmonares encontráronse edematosos.

Esta observación nos revela hasta qué punto el tono de la vitalidad orgánica puede verse deprimido en los melancólicos y con que facilidad estos enfermos pueden ser presa de cualquier proceso infeccioso. — (*Archiv. de neur.*)

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SAN BAUDILIO

Abril de 1904

Pocas fluctuaciones ha habido en la población vesánica de este establecimiento durante este mes; en efecto: han ingresado 13 alienados (9 hombres y 4 mujeres), y han causado baja por varios conceptos 11 (6 hombres y 5 mujeres), aumentando, por lo tanto, la población alienada en 2 individuos.

Todas las mujeres ingresadas dependen de la Diputación de Barcelona, y de los hombres, 3 tienen la misma procedencia,

1 corresponde á la Diputación de Castellón, 3 á la jurisdicción militar, 1 á la de marina, y 1 efectuó su ingreso con carácter particular, á petición de su familia. Excepto dos militares que sufren vesanias agudas, todos los demás padecen enfermedades crónicas, algunas de ellas en período muy avanzado.

De los que han sido baja en el Manicomio, 2 lo fueron por curación (hombres), 2 por evasión (hombres), y 7 por fallecimiento (2 hombres y 5 mujeres).

La mortalidad entre los hombres ha sido tan insignificante, que no llega al 0'30 por 100 de la población total, y en las mujeres alcanza el 1 por 100, habiendo habido entre los dos sexos cinco defunciones menos que en igual mes del año anterior.

Los hombres fallecieron de tuberculosis pulmonar el uno, y de hemorragia cerebral el otro, padeciendo el primero una demencia terminal, y el segundo una parálisis general en período de estado. Las mujeres murieron de caquexia de los enajenados (demencia terminal), congestión cerebral (manía crónica), pneumonía catarral (imbecilidad), parálisis general progresiva y endocarditis reumática (paranoya).

La morbosidad ha disminuído considerablemente en los dos sexos hasta el punto de que al terminar el mes había 15 alienados en las enfermerías de hombres, y 7 en las de mujeres, estas últimas con afecciones somáticas crónicas.

Uno de los que han salido por curación padecía una *locura tóxica alcohólica*, habiendo ingresado en el Manicomio con perturbaciones mentales agudas, que desaparecieron prontamente á beneficio del tratamiento moral y de los preparados de opio, unidos á los estrígnicos; permaneció este enfermo ocho meses en el Manicomio. El otro, era un joven de 27 años, que ingresó en el establecimiento en el mes de Enero de 1902, procedente del hospital militar de Barcelona, y que al cumplir el término de observación fué declarado inútil para el servicio de las armas por los médicos militares, en virtud de la cronicidad de su afección mental. Fué ésta, al principio, diagnosticada de *estupor melancólico*, pero en vista de los nuevos síntomas presentados se sospechó la iniciación de una *demencia precoz*, y en este concepto creyóse en una absoluta incurabilidad. Cuando vimos por primera vez á este enfermo (Agosto de 1902), estaban todas sus facultades mentales muy deprimidas, con escasísima reacción morbosa general, y sin que se pudieran apreciar síntomas físicos propios de la demencia precoz, sin embargo de lo cual ratificamos el pronóstico grave anteriormente formulado. Inesperadamente, se inició la mejoría en todos los síntomas psíquicos; á la apatía sucedió la actividad, se despertó la inteligencia, la

voluntad se hizo potente, y el cerebro despertó del estupor en que durante tantos meses permaneció sumido. La curación completa no se hizo esperar, y pudo este individuo dedicarse á trabajos manuales, saliendo por fin del Manicomio para irse á reunir con su familia.

DR. RODRÍGUEZ-MORINI.

BOLETÍN DE LOS MANICOMIOS DE CIEMPOZUELOS

Marzo y Abril de 1904

En los dos meses que indico hemos tenido un ingreso de 70 enagenados: 37 de ellos son hombres, y los 43 restantes mujeres. Las bajas han sido 13: 9 hombres, y 4 mujeres; habiendo tenido, por tanto, un aumento la población vesánica, de 61 individuos, correspondiendo en este aumento 28 al Manicomio de varones y 33 al de señoras.

De los ingresados corresponden: 30 hombres y 36 mujeres á la Diputación de Madrid; 1 de los primeros, á la Diputación de Albacete, y otros dos del mismo sexo á la Diputación de Cuenca.

En el pensionado han ingresado 10; siendo de éstos, 4 hombres y 6 mujeres.

Creo un deber consignar el estado no muy satisfactorio en que han ingresado las mujeres pertenecientes á la última remesa enviada por la Diputación de Madrid, pudiendo en cambio manifestar el buen estado físico de los varones de esa misma remesa.

Las bajas se descomponen de la manera siguiente: 4 y 4 por defunción en cada uno de los establecimientos; mejorados con licencia, 3: 2 hombres y 1 mujer; á petición de su familia, 2, uno de cada sexo; y por curación, 5: 2 hombres y 3 mujeres.

Las defunciones han sido ocasionadas por las siguientes enfermedades: 2 por congestión cerebral (hombre afecto de locura epiléptica, y mujer con demencia terminal); 1 embolia cerebral (hombre con demencia); 1 de bronquitis fétida (hombre afecto de psicopatía de la pubertad); 1 de caquexia pelagrosa (mujer); 1 de demencia senil (mujer); 1 de uremia aguda (hombre con locura circular), y 1 de diarrea trófica de los alienados (mujer).

El extracto de las historias de los curados, salidos con licencia, y á petición, es como sigue:

M. A. M., de 66 años de edad, viuda, ingresó el 11 de Agosto de 1902, á petición de su señor hijo. Sin antecedentes heredita-

rios, pero teniendo nosotros el dato de que había estado con anterioridad en este establecimiento; fué diagnosticada de excitación maniaca con impulsos agresivos. El pronóstico reservado; tratamiento moral, higiénico y sedantes del sistema nervioso. Sale mejorada á petición de su familia, el 1.º de Marzo de 1904.

J. D. H., de 26 años, casada, ingresó el 11 de Diciembre de 1902 á petición de la Diputación provincial de Madrid. Su madre padecía de accidentes, según nos cuenta la misma enferma, fué diagnosticada de locura histérica con delirio vario y vago y accesos espasmódicos de forma variable. El pronóstico reservado, tratamiento moral, higiénico y sintomático. Sale curada el día 16 de Marzo de 1904.

G. O. R., de 42 años, soltera, religiosa, ingresó el 15 de Agosto de 1900, á petición de su Superiora. No hemos podido comprobar antecedentes hereditarios ni de la enfermedad. Fué diagnosticada de manía, con alucinaciones múltiples; el pronóstico se hizo reservado y se le puso como tratamiento aplicaciones hidroterápicas y sedantes farmacológicos del sistema nervioso. Encontrándose muy mejorada, sale con licencia el día 24 de Abril de 1904.

T. G. E., de 29 años, soltera, ingresa á petición de la Excelentísima Diputación provincial de Madrid el día 10 de Agosto de 1903. Se ignoran los antecedentes, tanto hereditarios como de la enfermedad. Se le diagnosticó de melancolía en período de remisión; se formuló un pronóstico favorable y se le instituyó como tratamiento el descanso prolongado, buen régimen dietético y tónicos, tanto generales como del sistema nervioso, pues se trataba de una enferma muy depauperada por todos conceptos. Sale de alta en calidad de curada el día 30 de Abril de 1904.

I. A. B., de 37 años, viuda, ingresó el día 10 de Agosto de 1903, por cuenta de la Excm. Diputación provincial de Madrid. No conocemos sus antecedentes y se diagnosticó de excitación maniaca, se pronosticó favorablemente y se le puso un tratamiento higiénico, dietético, moral, aislamiento y sedantes del sistema nervioso, merced al cual mejoró rápidamente, pudiendo dedicarla á ayudar á las Religiosas en sus quehaceres, y dándole, por fin, el alta como curada, el día 30 de Abril de 1904.

J. P. G., de 21 años, soltero, estudiante, ingresó el 19 de Agosto de 1903, á petición de su madre. No tenemos noticia de que existan antecedentes hereditarios, pero sí de que el enfermo en cuestión ha sufrido una infección sífilítica; fué diagnosticado á su ingreso de melancolía con estupor; se hizo un pronóstico reservado y se le puso un tratamiento higiénico, dietético y antisifilítico, notándose que á beneficio de él mejoró

notablemente su estado mental, recuperando el sueño y despojándose sus facultades psíquicas; en vista de lo cual se le concedió una licencia por encontrarse casi por completo curado y creer que no traerá perjuicio el que haga la vida en familia. Sale á disfrutar de dicha licencia el día 4 de Marzo de 1904.

A. E. B., de 22 años, soltero, estudiante, ingresó el 20 de Diciembre de 1903, á petición de su madre. No tiene antecedentes hereditarios, pero ha contraído desde pequeño hábitos alcohólicos; le diagnosticamos de locura alcohólica, con pronóstico favorable, y como tratamiento, además de un buen régimen dietético, las inyecciones anti-enoflas del Dr. Rodrigo González, y preparados opiáceos. En vista de la notable mejoría obtenida en este enfermo, y á solicitud de su madre, se le concede una licencia, que empieza á disfrutar el 4 de Abril de 1904.

E. R. A., de 20 años, soltero, estudiante, ingresó por cuenta de la Excm. Diputación provincial de Madrid, el día 16 de Enero de 1902. Sin antecedentes hereditarios, fué diagnosticado de excitación maniaca, con un pronóstico reservado; y como tratamiento, hidroterapia, sedantes é hipnóticos. Sale de alta como curado el día 17 de Abril de 1904.

A. P. B., de 41 años, casado, jornalero, ingresó el 22 de Junio de 1903, á petición de la Excm. Diputación provincial de Cuenca. Se ignoran sus antecedentes; le diagnosticamos de excitación maniaca con predominio de ideas religiosas delirantes de causa alcohólica; su pronóstico fué reservado, y su tratamiento extracto tebaico, inyecciones anti-enoflas y aislamiento. Mejoró notablemente al poco tiempo de su ingreso, desde cuya fecha vino ayudando en el trabajo á los Religiosos, pudiendo darle de alta en concepto de curado, el 30 de Abril de 1904.

J. T., de 22 años, soltero, ingresó el 14 de Diciembre de 1901, á petición de su madre. Sale este enfermo el 26 de Abril de 1902, á petición de su familia, volviendo á ingresar el 31 de Enero de 1903; se diagnosticó de imbecilidad con impulsos agresivos. No habiendo mejorado su estado mental en el tiempo que lleva, sale á petición otra vez de su familia, el 3 de Marzo de 1904.

DR. FRANCISCO MARAVER

BOLETÍN DEL MANICOMIO DE SANTA AGUEDA

Abril de 1904

El movimiento de enfermos en este Manicomio, durante el mes que acaba de transcurrir, ha sido de 9 ingresados: 5 hombres y 4 mujeres; con 3 bajas: 3 por defunción: 4 hombres y

1 mujer; y **3** salidos: **2** hombres á petición de su familia, y **1** mujer por curación.

Las defunciones han sido: **2** por reblandecimiento cerebral; de ellas un anciano de 62 años, ingresado trece días antes por excitación maniaca demencial, y otro de 74 años, con cinco meses de estancia por demencia orgánica; **1** por caquexia nerviosa, en un joven de 35 años que padecía de demencia primitiva y llevaba diez años de vida manicomial; **1** por ataque epiléptico, en un joven de 31 años, ingresado hacía sólo 15 días, con melancolía delirante infecciosa, dependiente de una peritonitis, y que mejorado del proceso flegmático, falleció en ataque epiléptico. La mujer ha fallecido de tuberculosis pulmonar, aportada á su ingreso, siete meses antes por melancolía delirante.

Han salido á petición de sus familias: un enfermo de 28 años, que llevaba seis meses de reclusión manicomial por demencia primitiva impulsiva, y otro ingresado cuatro meses antes, por delirio de persecución degenerativa, y que habiendo mejorado notablemente salió con licencia de unos días.

La mujer que ha salido curada, había ingresado tres meses antes, con estupor mental histérico; tenía 24 años.

Sólo existen en enfermería, **1** hombre que padece un catarro entérico sin gravedad, y **1** mujer convalciente de erisipela facial; sobre aquellos estados vesánicos que requieren cuidados especiales.

Tocan á su término los trabajos de terraplenamiento del terreno donde ha de construirse el nuevo pabellón cuya edificación, salvo estado del tiempo, comenzará dentro de breves días.

DR. AÑIBARRO.

BOLETÍN DE LOS MANICOMIOS DE PALENCIA

Marzo y Abril de 1904

En estos meses han ingresado en estos Manicomios **10** alienados: **7** hombres y **3** mujeres. Han sido baja en los mismos, por todos conceptos, **8**; **4** hombres y **4** mujeres. Ha resultado, por lo tanto, una diferencia de **2** á favor de los establecimientos.

De los **7** hombres ingresados, **1** es pensionista y **6** de Diputación, correspondiendo **3** á la de Palencia, y **3** á la de León. De las **3** mujeres ingresadas, **2** son pensionistas y **1** de la de Palencia.

Las **8** bajas causadas en los mismos, han sido por los conceptos siguientes: *Mes de Marzo*: bajas: **4** mujeres, **3** por defunción, y **1** que salió á petición de su señor esposo; y **1** hombre por defunción. — *Mes de Abril*: **3** hombres, por defunción.

Las causas ocasionales de los fallecimientos fueron : por caquexia parálitica, 2 hombres ; por nefritis, 1 hombre y 1 mujer ; por peritonitis aguda, 1 hombre ; de ataque epiléptico, 1 mujer ; de tuberculosis pulmonar, 1 mujer.

Esta mortalidad, que en los citados meses resulta exagerada con la que ordinariamente acusan estos frenocomios, lo ha sido indudablemente por la excesiva susceptibilidad morbosa que los alienados, especialmente paráliticos y terminales, ofrecen á los cambios bruscos atmosféricos que hemos padecido en estos fatales meses, y al deplorable estado en que vienen al establecimiento los desgraciados enfermos de la mente.

En el mes actual ha disminuído notablemente la morbosidad de ambas enfermerías, lo que nos hace esperar considerable disminución en los óbitos para los meses sucesivos.

El extracto clínico de los ingresados ha sido el siguiente :

Hombres : D. S. U., sacerdote, pensionista, de la provincia de León, trasladado del hospital del mismo, padeciendo *reblandecimiento cerebral* por embolia, y en tan deplorable estado, que falleció á los 7 días de ingreso, de *peritonitis aguda*.

P. M., de 39 años, casado, á disposición de la Excm. Diputación de León, vecindado en la misma provincia, padeciendo *demenia terminal* por *mania crónica*, con violenta exaltación.

O. G., de 28 años, soltero, de la provincia de León, y por cuenta de la misma Diputación, con *depresión melancólica*, sin delirio ni alucinaciones hasta la fecha.

M. R., de 30 años, soltero, de la provincia de León, y á disposición de su Diputación, por *locura alcohólica*, en su tercera etapa de reclusión.

P. A., de 19 años, soltero, con antecedentes hereditarios vesánicos, procesado, de Palencia, trasladado de la cárcel de Carrión; calificamos su insuficiencia moral de *erotomania*.

D. L., de 14 años, casado, antiguo interno que fué en nuestro Frenocomio; volvió á ingresar por *mania crónica*, con marcado delirio *megalománico*, y á disposición de la Diputación de Palencia.

C. T., de 76 años, trasladado de la Beneficencia provincial de esta ciudad, padeciendo *melancolla razonadora* (locura de duda).

Mujeres : B. L., de 68 años, trasladada del hospital de Palencia por cuenta de esta Diputación, por padecer *demenia senil*.

L. F., de 24 años, soltera, pensionista, de la provincia de León, con *locura histérica*, caracterizada principalmente por alucinaciones intermitentes. P. S., de 24 años, soltera, pensionista, de Castromocho (Palencia), con idiotía de segundo grado y alternas manifestaciones de *lipemanía delirante*. El resumen clínico de

los fallecidos en los dos citados meses es el siguiente: *Hombres*: F. M., de 76 años, sacerdote, pensionista, ingresa el 6 de Febrero de este año, con *reblandecimiento cerebral*, por embolia de la arteria cerebral izquierda, caracterizado por completa afasia, alalia y hemiplegia, acompañadas de las alteraciones psíquicas propias de melancolía estuporosa; fallece en 17 de Marzo de este año, á consecuencia de *uremia*, por mal de Brighth. S. U., de 67 años, sacerdote, que ingresó el 6 de Abril, con *reblandecimiento cerebral*, siendo su cuadro clínico tan exactamente igual al anterior, que difícilmente pueden hallarse dos ejemplares vesánicos tan idénticos en dos eclesiásticos; á los 7 días de estancia fallece de *peritonitis aguda*. C. M., de 46 años, pensionista, que vino á nuestro establecimiento en 18 de Mayo de 1901, por *parálisis general progresiva*; termina su lenta caquexia paralítica el 12 de Abril. N. S., de 38 años, pensionista, con desorden de inervación central de naturaleza específica, constituyendo el clásico tipo de *parálisis general agitante*; termina su azarosa existencia en plena caquexia terminal el 13 de Abril último.

Mujeres: C. D., de 45 años, de la Diputación de León, trasladada á nuestro establecimiento en Agosto del pasado año, con *demenia epiléptica*; por subintrantes é intensísimos ataques del gran mal, fallece en pleno paroxismo el 7 de Marzo. I. D., de 18 años, dependiente de la Diputación de Palencia, con un año de estancia, en cuyo tiempo se hizo necesaria la alimentación forzada; en el curso de locura epiléptica hizo su fatal evolución la tuberculosis pulmonar, que terminó tan mísera vida el 22 de Marzo. J. T., de 62 años, que ingresó el 23 de Abril de 1891, por cuenta de la Diputación provincial de Palencia, padeciendo *imbecilidad*, en el curso de la cual sufrió diversos ataques apopléticos; fallece el 29 de Marzo por *mal de Brighth* intercurrente.

Además de las expresadas defunciones, produjo baja en el departamento de mujeres, R. S., pensionista, que á petición de su esposo salió en el mismo estado mental que originó su ingreso.

El estado sanitario actual de los establecimientos, es, en resumen, muy satisfactorio, pues á excepción de escaso número de enfermos comunes, sólo ocupan las enfermerías los pocos alienados cuyo estado psicofísico necesita especiales cuidados.

Para terminar, y sin perjuicio de puntualizar con los detalles merecidos, en la correspondiente Memoria descriptiva de estos Frenocomios, las importantes y radicales reformas introducidas en los mismos, debidas exclusivamente á las portentosas iniciativas de los Hermanos y Hermanas hospitalarias, no podemos ocultar á nuestros lectores la inmensa satisfacción que hemos recibido, al ver por fin terminadas en estos días la bonita far-

macia, modelo de buen gusto y elegancia, y la magnífica sala de hidroterapia, en donde con el menor gasto pecuniario y de terreno, se ha conseguido compendiar sabiamente cuantos modernos aparatos son precisos en tan importante medio terapéutico; y garantizamos que en nada desmerecen de la mejor sala de Baños; ambas importantes innovaciones han sido debidas á la feliz iniciativa y sabia dirección de nuestro virtuoso Padre prior.

Asimismo han dado principio en el departamento dirigido por las Hermanas hospitalarias, radicales reformas que han de hacer del mismo un magnífico Freuocomio, que reúna todas las condiciones exigidas por la moderna psiquiatría.

DR. MARTÍN ISTÚRIZ.

SECCIÓN VARIA

Visita oficial al Manicomio de San Baudilio. — En los primeros días del corriente mes llegó á Barcelona, procedente de Roma, el Rvmo. Padre Fray Casiano María Gasfer, sacerdote virtuosísimo, que desde hace más de 18 años desempeña el cargo de general de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

El viaje del P. Gasfer tiene por objeto practicar la santa visita canónica á las Comunidades y Establecimientos que tiene la Orden en España y Portugal, habiendo dado comienzo por el Asilo de San Juan de Dios, de las Corts de Sarriá, pasando después al Manicomio de San Baudilio.

En este último Establecimiento permaneció el ilustre visitante ocho días, inspeccionando detenidamente todos los servicios y enterándose de la marcha administrativa de la casa y de las necesidades de la misma, quedando muy satisfecho de la visita, y teniendo frases de elogio para todo el personal del Manicomio por el celo demostrado en el cuidado de los alienados.

Acompaña al P. Gasfer, en su viaje por España y Portugal, el Rvdo. Padre provincial de la Orden en nuestra península, Fray Andrés Ayucar y el Rvdo. P. Juan de Dios Herranz, actuando este último de Secretario de visita.

La REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA da la más cordial bienvenida á los distinguidos visitantes y hace fervientes votos por que su visita sea de fructuosos resultados para los numerosos enfermos de la mente que están bajo el cuidado de los Hermanos hospitalarios de San Juan de Dios.

T. p. La Académica: Ronda Universidad, 6, Barcelona, Teléfono 861



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 estación telegráfica en Ciempozuelos.