Año 1906 N.° 1655

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES Y CONSIDERACIONES

SOBRE

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOAQUIN J. DURQUET

Practicante mayor interno. Ex-ayudante del Laboratorio de Bacteriología
y ex-practicante del Servicio de Electroterapia del Hospital Nacional de alienadas

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Obras de E. Spinelli, Callao 737

1906

OBSERVACIONES Y CONSIDERACIONES

SOBRE

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Año 1906 N.º 1655

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES Y CONSIDERACIONES

SOBRE

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOAQUIN J. DURQUET

Practicante mayor interno. Ex-ayudante del Laboratorio de Bacteriología
y ex-practicante del Servicio de Electroterapia del Hospital Nacional de alienadas

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Obras de E. Spinelli, Callao 737

1906

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA

Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » JUAN R. FERNANDEZ

Secretarios

DR. D. JONAS LARGUÍA
» » RICARDO S. GOMEZ

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	VACANTE
Anatomía Descriptiva	» JUAN D. PIÑERO
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO (con lic.)
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con lic.)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.)
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO (con lic.)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA (con lic.)
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	VACANTE
Patologia General	» ROBERTO WERNICKE
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	VACANTE
Botánica Médica	» VACANTE
Química aplicada á la Medicina	VACANTE
Histología teórico-práctica	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía Descriptiva	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Semiología y ejercicios clínicos	» MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica	VACANTE
Fisiología General y Humana	» MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA (en ejerc.)
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	» WENCESLAO TELLO » ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» M. ABERASTURY
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Patología interna	VACANTE
Clínica Oftalmologica	» TEÓFILO A. MORET
» Epidemiológica	VACANTE
» Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL (en ejerc.) » AVELINO GUTIERREZ » FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA » PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» FANOR VELARDE » ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE (en ejerc.) » MIGUEL Z. O'FARRELL » SAMUEL GACHE
Toxicología Experimental	VACANTE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI » JOSÉ T. BORDA
Patología general	» ALOIS BACHMANN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

AsignaturaS	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica	DR. ENRIQUE A. PARDO (en ejerc.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	VACANTE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	» NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Doctor LUCAS AYARRAGARAY

JEFE DEL SERVICIO «BOSCH»

DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS

A MIS PADRES

Y

A MIS HERMANOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Entrego á la dictaminación de la Comisión revisora, la tesis que como ex-alumno estoy obligado á presentar.

He sido practicante interno en el Hospital Nacional de Alienadas, y la práctica manicomial adquirida, funda la índole de mi tesis.

Es un trabajo realmente original, pues refleja la recopilación de todo los hechos, observaciones y estadísticas del Servicio «Bosch», con las consideraciones é interpretaciones que de ellas hemos podido deducir.

Que el entusiasmo que por la Psiquiatría profeso, á cuyo estudio, por medio de esta tesis, contribuyo en ínfima escala, y la sinceridad de mis apreciaciones, sean las atenuantes en la crítica rigurosa á que estará sometida. Que sea valorada únicamente por la labor científica que revela.

Están colmadas ya mis aspiraciones de estudiante y espero que de la Comisión que revise esta tesis, parta la aprobación, que luego me habilitará para entrar de lleno en las nuevas luchas que me aguardan con el ejercicio de mi profesión.

He elegido padrino de tesis, al Dr. Lucas Ayarragaray, médico-jefe del Servicio «Bosch» en el Hospital Nacional de Alienadas, á cuyas órdenes he estado durante tres años. Agradezco la aceptación del padrinazgo, las atenciones recibidas y su enseñanza vasta y profunda. Ha sido mi maestro y mi guía. Siempre he admirado en él la extensión de su talento, sus ideas de psicólogo, y su preparación psiquiátrica que expresa en el estilo galano y brillante. Es el instigador de estas páginas y á él debo mis entusiasmos por esta rama de la Medicina. Gracias.

La evidencia de la amistad sincera y la ayuda eficaz que tantas veces me prodigó el Dr. Daniel R. Molina, médico-interno del Hospital Nacional de Alienadas. Honrado y agradecido por las atenciones y los conceptos del Dr. Manuel T. Podestá, Director de dicho Hospital. Expresiones de respeto y recuerdo hacia los Dres. Antonio F. Piñero, ex-Director del H. N. de Alienadas y actual diputado nacional por la Capital Federal; Obdulio Hernández, cirujano del mismo hospital y Profesor titular de Patología externa; Carlos Heuser, de quien he sido practicante en el Servicio de Electroterapia durante un año; Dr. Estevez, médico-

jefe del Servicio «Eguía» y profesor sustituto de Clínica Neurológica; Dr. Adolfo Valdéz, jefe del Pabellón «Esquirol»; Dr. Daniel Pombo, jefe del Servicio «Magnan» y Dr. Luis M. Acuña, del Servicio Conolly, en el H. N. de Alienadas.

Homenaje á los Profesores de la Facultad de Ciencias Médicas.

INTRODUCCION

La clínica que requiere estudios más profundos, y observaciones más prolijas, es sin duda alguna la Psiquiátrica. El examen somático y psíquico del alienado debe ser detenido, detallado y minucioso. El diagnóstico se impone cuando el enfermo haya sido sometido á una observación larga de todos sus síntomas, sindromas y actos; porqué casi siempre el médico asiste á la evolución de una enfermedad ó presencia una de las tantas escenas de la vida del insano. Los diagnósticos que se improvisan ante el enfermo, no expresan nunca la realidad de los hechos observados; se diagnostica el sindroma, pero no la enfermedad, se vé el síntoma pero no la afección que lo produce. Es por eso que nunca el médico debe dejarse impresionar por el cuadro sintomatológico que ofrece un enfermo de esta clase; que espere su evolución y pueda asi caracterizar las diferentes etapas de la entidad que estudia.

Un alienado que presente como síntoma más importante la megalomania, provocará el diagnóstico de delirio de las grandezas; pero, con el tiempo su concepción delirante se modificará; el sindroma desaparecerá subsistiendo la afección que le dió nacimiento, que puede ser la Parálisis general progresiva, el delirio crónico de Magnan, ó la simple megalomania demencial. Se examina un enfermo, se le interroga y resulta que revela un delirio persecutorio; el diagnóstico se impone: delirio sistematizado progresivo. Pero, luego sucede que las ideas que poseía y manifestaba el enfermo en determinada época de su vida y en el momento de su examen, se desvanecen y el medico observa este cambio sintomático. Es un paranoico persecutorio, es un sistematizado, es un delirio parcial y pueril de los degenerados ó el segundo período del delirio evolutivo de Magnan.

Es evidente la necesidad de observar durante un cierto tiempo la evolución de la enfermedad para emitir un diagnóstico preciso de la afección que padece. Pero en la mayor parte de las entidades mentales, los nombres de las afecciones y los fenómenos respectivos, expresan el sindroma. Raras son las enfermedades en Psiquiatria que deben su nombre á la Patogenia ó al órden y clase de lesiones funcionales ú orgánicas que atacan al eje médulo-cerebral. Entre estas, las locuras tóxicas, infecciosas y parálisis general progresiva, no obstante los pocos conocimientos que se tienen.

Para el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades mentales, como no acontece en las demás clínicas, se debe tener en cuenta el rol primordial y eficaz que desempeñan los antecedentes hereditarios é individuales del sujeto á examinar.

No necesito demostrar su importancia. En todos los manicomios, los parientes están en el deber de suministrar al médico todos los datos que se refieren á la herencia y vida retrospectiva del insano que ingresa. Sin antecedentes, difícilmente se puede establecer un diagnóstico exacto y un pronóstico más ó menos seguro.

Hago notar de este modo su papel esencial y la importancia del conocimiento de estas nociones: para completar y asegurar un diagnóstico psiquiátrico se debe observar bien y largamente al alienado y el médico debe poseer los antecedentes minuciosamente levantados, que facilitarán é iluminarán su concepto de la entidad que examina.

Conocida y demostrada es la importancia de la observación de los alienados, En la Clínica Psiquiátrica vale más una observación que la lectura de un tratado, es más esencial la práctica que la más rica ilustración.

Con el convencimiento de las ideas, no nuevas, que expongo, y la aspiración modesta y justa de dar á publicidad un trabajo original, es que me concreto á las observaciones. He leído y he mirado; luego he visto y he escrito.

Tengo la escasa práctica de cuatro años de in-

ternado, he visto muchas enfermas, he elaborado muchas historias clínicas, he recopilado muchos hechos y levantado estadísticas. Por eso, es que esta tésis no es más que el reflejo de mi experiencia psiquiátrica y la demostración de mi labor científica.

He desarrollado en ella distintos y variados temas de psiquiatría, estudio sindromas, trato de interpretar fenómenos psicopatológicos; no estudio un caso determinado con las conclusiones y proposiciones que mereciera; no transcribo que muy pocas opiniones de autores, Siento principios, emito opiniones, busco interpretaciones con el escaso valor que deben tener, pues son propias de mis pocas aptitudes de observador y de un estudiante que recien abandona las aulas.

He dividido mi tésis en capítulos que tratan de la herencia, remisiones en las locuras, curaciones, tratamiento de la epilepia, é histeria, casos clínicos, apreciaciones clínicas y médico legales, estudio del tipo expansivo y depresivo en el alienado, alucinación y su predominio en cada entidad, clase de exitación que se observa en cada maníaco, productos que engendra el alcoholismo, y estadísticas adjuntas; la influencia de las enfermedades intercurrentes en las locuras con las modificaciones favorables que en dichos estados imprime, la psicoterapia en los alienados y someras consideraciones sobre otros tópicos.

CAPÍTULO I

Remisiones en las locuras. Su duración y frecuencia. ¿Cuáles son los estados mentales que están más sujetos á esta forma de evolución?

Uno de los hechos que más llaman la atención en el estudio de la Psiquiatria por su presencia en determinadas enfermedades, por su frecuencia, duración y por la manera como aparece y se establece, es la remisión en la evolución de las entidades mentales. Es tarea árdua hallar la interpretación de este fenómeno favorable que debía perdurar definitivamente para bien de los alienados.

Es interesante conocer cuáles son los estados que están más sujetos á esta reacción y vuelta á la vida cerebral normal, pues con mayor ó menor frecuencia se observa en casi todas las formas de enajenación mental, exceptuando por cierto todas aquellas que representan los últimos grados de la degeneración y los estados terminales de la locura.

Antes de enumerar todas las enfermedades que están sometidas á esta transición de la vida del alienado, es oportuno decir que, estas remisiones son algunas veces perfectamente francas, otras, atenuaciones de los sindromas mentales, otras veces una tregua en la labor delirante del psiquis y en general no son situaciones verdaderamente definidas como para colocar al remisivo en las condiciones del sér que obra con cordura.

Donde se observa con más frecuencia la remisión, es en las manías crónicas de forma periódica; es una remisión larga y duradera, y en la cual aparentemente revela al sujeto dotado de facultades cerebrales relativamente íntegras. La mayor parte de las manías tienen un período de excitación que dura uno ó dos meses, y un período de remisión de seis meses á un año y más. Por supuesto, que nos referimos á las manías agudas simples, sin tara hereditaria cargada, es decir á aquellas que se hacen sobre sujetos predispuestos simples, según la clasificación de Magnan. No está demás mencionar la importancia de la Medicina Legal á este respecto: si en estos estados pasajeros, más ó menos fugaces, si en las remisiones se debe declarar ó no capaz, al individuo afectado, para ejercer los derechos civiles.

Todos aquellos pronósticos favorables al enfermo, todas aquellas mejorías ó restablecimientos del alienado que lo habilitan para ser dado de alta de los Hospitales en los cuales se encuentra recluido,

no son más que simples remisiones que expresan una atenuación de los sindromas. Nunca se puede asegurar que un enfermo que haya tenido una vez en su vida un ligero trastorno mental, esté curado de su afección.

Casi siempre uno está en presencia de una etapa remisiva, frente á la latencia de la locura que espera una causa ocasional cualquiera para estallar y establecerse definitivamente. Son períodos de remisión que engañan y que el médico sabe apreciarlos en su justo valor, porque está habituado á dar de alta á enfermos completamente restablecidos que vuelven al cabo de días, meses ó años á poblar de nuevo los manicomios. Por estas razones, para impedir que el predispuesto al recobrar el uso de sus facultades intelectuales y la capacidad para desenvolverse en los actos sociales y políticos y no sufra las consecuencias que provocan las luchas y necesidades del ambiente en que vive, es prudente de prolongar su estadía en el manicomio; es una medida acertada la de observar el loco en sus períodos lúcidos y apreciar el grado de capacidad y resistencia que debe tener para someterse á la acción de todos los factores extrínsecos que pueden serle nocivos para la integridad de su cerebro débil é inapto.

Otra de las entidades mentales que ofrece frecuentemente el espectáculo de las remisiones, es la psicosis puerperal, en la cual la aparición de las manifestaciones psíquicas de insanía coinciden con

la época del embarazo, puerperio y lactancia, de modo á observarse en ella una periocidad casi matemática. Las psicosis de la pubertad que también tienen periocidad en sus manifestaciones, poseen remisiones cortas que á veces no se presentan claramente, pues, no bien la enferma recobra el uso de sus facultades, cuando la menstruación con su cortejo de acciones nocivas provoca intempestiva y bruscamente la confusión mental delirante, que la mayor parte de las veces precede al período catamenial.

En las melancolías simples, es decir, en el primer grado de esa entidad que se confunde con la neurastenia, se observa muy frecuentemente la remisión.

Otra de las psícosis en la cual es común observar este fenómeno es la demencia precoz; es una remisión á veces tan franca que el médico cree estar frente á un sujeto en el pleno goce de sus facultades mentales. La duración de las remisiones en estos estados es sumamente variable; en algunas son fugaces, en otras como dice de Fursac, en su pequeño manual de Psiquiatría, la remisión puede durar 4 ó 5 años. El pronóstico en la demencia precoz, con respecto á las remisiones no puede ser nunca exacto, pero por lo que se refiere á su evolución completa como base para un pronóstico, el médico debe guiarse en la invariabilidad de su sintomatología durante un año.

En el histerismo, desde los simples psicópatas

hasta los grados más avanzados de esta gran neurosis, se observa también la remisión en la esfera de las manifestaciones somáticas. El histérico posee y conservará siempre un cerebro falso, imaginativo y fantástico, creador de enfermedades que hacen que estas enfermas revelen su afección por las características de su vida desordenada é incómoda para los demás, con el cortejo de vanidades, mentiras é intrigas que dominan la situación. La gran histeria tendrá remisiones cuando estas sean obtenidas por el tratamiento psico-terápico que hará desvanecer momentáneamente las manifestaciones somáticas, pero, que no transformará al histérico en un sujeto apto y hábil para que se halle en condiciones de adaptar de una manera adecuada su actividad mental á la vida en sociedad; su cerebro siempre estará dispuesto á crear nuevos estados psicopáticos.

De manera pues que las remisiones en estas neurosis son muy relativas y expresan siempre las intermitencias en su sintomatología somática como ser: accesos convulsivos con todos los períodos clásicos, anestesias, trastornos sensoriales, hipocondria etc. etc.

No entramos en consideraciones respecto del carácter que reviste la remisión en cada una de las enfermedades mentales, pues sería demasiado extenso el estudio. Solamente deseamos sentar como principio que: las remisiones son propias de las enfermedades mentales en individuos con poca tara

hereditaria. Los resultados curativos que implican una vuelta á la vida normal, son simples remisiones más ó menos francas, más ó menos largas, de donde se deduce que el cerebro del que ha sido una vez loco, no está ni estará nunca en las condiciones del psiquis invulnerable y resistente á todas las causas banales ó fuertes que provocan ocasionalmente la aparición de todos los sindromas **psíquicos.**

CAPÍTULO II

Herencia. Su importancia. El alcoholismo y los productos que engendra. Estadística.

En el Servicio Bosch del Hospital Nacional de Alienadas hemos levantado desde hacen varios años, una pequeña estadística que demuestra y realza el gran rol que la herencia desempeña en la génesis de la mayor parte de las entidades mentales y que es considerada como el único surco de causas determinantes en la producción de todas las psicopatias, desde el fugaz delirio sintomático hasta los grados más avanzados de la degeneración, desde la transitoria excitación psíquica hasta los estados terminales de la vida cerebral.

Las estadísticas que con este objeto se hacen en los manicomios son incompletas, pues en la mayor parte de los alienados no se puede constatar este dato importante sin el cual muchas ve-

ces no se puede hacer un diagnóstico y pronóstico exacto.

Solo en en el 20 °/o de las alienadas que ingresan al hospital se puede mencionar en los antecedentes la tara hereditaria.

La ausencia de los parientes, cuando las enfermas son conducidas por la Policía ó Asistencia Pública, la ignorancia ú ocultación de los datos que podrían suministrar los que han asistido á la evolución de la enfermedad ó conocen la vida del alienado en cuestión, son circunstancias que imposibilitan la averiguación de la tara paternal ó colateral y es por esta causa que la estadística á que nos referimos y que publicamos al final de este capítulo no representa sino un número limitado de enfermas, pero que es interesante por haber sido hecha llenando las más exigentes formalidades.

Esta estadística revela entre otros hechos muy importantes la frecuencia de las entidades heredadas por alienación y alcoholismo. La alienación, sin especificación de enfermedad y el alcoholismo como causa determinante directa.

El alcoholismo es uno de los factores hereditarios más frecuentes.

Los hijos de alcoholistas nacen con una predisposición que los hace vulnerables á todas las causas ocasionales de locura.

El alcohol por si solo degenera el ser físico y psíquico.

Hace estallar y acentuar el sindroma mental en el degenerado.

El alcoholismo de los padres engendra locuras en el sexo contrario. Las hijas de alcoholistas son histéricas, neurópatas, epilépticas, débiles, morales, imbéciles ó idiotas.

Tiene más influencia en la degeneración el padre que la madre.

Que forma de alcoholismo provoca con más frecuencia la degeneración hereditaria?

El alcoholismo agudo, subagudo ó crónico, la dipsomanía ó la ebriedad involuntaria que coincide con el momento de la concepción del gérmen, que evoluciona y nace con esa tara tóxica.?

La influencia de la herencia simple ó alcoholismo de los hereditarios simples y la influencia de los degenerados hereditarios, ó alcoholismo de los degenerados. (Legrain)

Son datos difíciles de constatar.

El alienado debe su degeneración al padre más que á la madre, al abuelo más que á la abuela. En la degeneración más avanzada interviene más la influencia del padre, que la de la madre.

Se halla con más frecuencia la tara hereditaria en los tíos que en las tías, en los hermanos que en las hermanas.

El padre alcoholista dá en órden decreciente: imbéciles, maníacos, degenerados, melancólicos, epilépticos, histéricos, locos morales, precoces, idiotas, dipsómanos, polimorfos, débiles y sintomáticos.

El padre alienado: melancólicos, delirios crónicos, epilépticos, puerperales, precoces y vesánicos.

El padre neurópata: histéricos, precoces, orgánicos, melancólicos. puerperales y maníacos.

La madre alcoholista: histerismo y manía.

La madre alienada: maníacos, imbéciles, histéricos, puerperales, melancólicos y paroxisticos.

El alcoholismo se presenta como tara única.

La alienación como tara coadyuvante. Los degenerados en estos casos reciben por muchas vías taras hereditarias.

Apoyándonos en la aserción de Dejerine: «Los brillantes resultados que debemos al método de observación, base fundamental de todas las ciencias», en el deseo de no extendernos en consideraciones y interpretaciones que sobre la herencia han hecho sabiamente: Legrain, Dejerine, Sanson, Lancereaux, Laségue, Magnan, Morel, Chevassus, Huss, Feré, Grenier, Edmunds, Piorry, Tuguet, Krafft,-Ebing, Legrand du Saulle, Baillarger, etc. etc, ofrecemos esta estadística con el solo objeto de aportar un elemento más de juicio á la ya fecunda y enorme cosecha psiquiátrica.

Baillarger sostiene que la herencia tiene lugar entre los del mismo sexo y apoya en estadísticas en aseveración. No estamos de acuerdo con la opinión de este alienista. Nuestra estadística demuestra lo contrario.

Estadística sobre herencia

Padre alcoholista		Delirio polimorfo	1
»	»	Dipsomanía	1
»	»	Débil de espíritu (1er. grado Magnan)	2
»	»	Melancolías	4
»	»	Locura moral	2
»	»	Imbecilidad	9
»	»	Epilepsia esencial	2
»	»	Manía de degenerados	7
»	»	Histerismo	1
»	»	Demencia precoz	1
»	»	Delirio sintomático	1
»	»	Idiocia	2
»	apoplético	Imbecilidad	1
»	epiléptico	Idiocia	1
»	suicida	Manía de degenerados	1
»	»	Psicosis puerperal	1
»	alienado	Demencia precoz	1
»	»	Melancolía	3
»	»	Psicosis puerperal	1
»	»	Delirio crónico de Magnan	2
»	»	Epilepsia	1
»	»	Demencia vesánica	1
»	neurópata	Histerismo	1
»	»	Demencia precoz	1
»	»	Demencia orgánica	1
»	»	Melancolía	1
»	»	Psicosis puerperal	1
»	paralítico	Manía aguda	1
»	sifilítico	Melancolía	1
Madre alcoholista		Histerismo	1
»	»	Manía de degenerados	1
»	hemiplégica	Demencia vesánica	1
»	alienada	Melancolía ansiosa	1
»	»	Imbecilidad	2
»	»	Locura paroxística	1

»	»	Histerismo	2
»	»	Psicosis puerperal	1
»	»	Manía de degenerados	3
»	paralítica	Demencia orgánica	1
»	alienada	Delirio polimorfo	1
»	histérica	Histerismo	2
»	»	Imbecilidad	1
»	»	Psicosis puerperal	1
»	epiléptica	Imbecilidad	1
Abuelo alienado		Manía de degenerados	1
»	alcoholista	Histerismo	1
»	»	Demencia vesánica	2
»	»	Demencia senil	1
Tío-abuelo alienado		Epilepsia	1
Tío alcoholista		Histerismo	1
»	»	Demencia vesánica	1
»	idiota	Idioepilepsia	1
»	alienado	Demencia precoz	1
»	»	Idiocia	1
»	»	Psicosis hebefrénica	1
»	»	Epilepsia	1
»	»	Débil (1er. grado de Magnan)	1
»	»	Imbecilidad	2
»	»	Melancolía	2
»	»	Paranoia alucinatoria aguda	1
»	»	Alcoholismo	1
Primo alienado		Delirio sistematizado progresivo	1
»	»	Imbecilidad	2
»	»	Demencia vesánica	1
»	suicida	Estupemania	1
Hermano alienado		Melancolía	3
»	»	Manía	2
»	»	Histerismo	2
»	»	Delirio sistematizado progresivo	2
»	»	Delirio místico	1
»	»	Demencia vesánica	1
»	»	Manía de degenerados	1

»	»	Idiocia	2
»	»	Psicosis puerperal	1
»	»	Histerismo	1
»	histérico	Delirio místico	1
»	neurasténico	Psicosis puerperal	1

Padre apoplético, prima histérica, prima alienada	Imbecilidad.
Padre alcoholista y hermano alienado	»
Madre alienada y hermana alienada	»
» histérica y » histérica	»
Padre alcoholista y madre alienada	»
Padre y madre alienados	Manía de degenerados.
Madre y hermana histérica	Histerismo
Padre alcoholista y hermano alcoholista	Melancolía.
Abuelo y hermana alienada	Demencia vesánica
Hermana histérica y hermano alienado	Delirio místico.
Madre alienada y hermana alienada	Manía de degenerados.
Tío alcoholista y tía alienada	Débil.
Padre neurópata y tío alienado	Melancolía
» » y madre histérica	Psicosis puerperal.
Tío suicida y hermano suicida	Alcoholismo.

Herencia	de padre		53
»	»	madre	20
»	»	tío	14
Colateral	»	hermanos	18
»	»	primos	5
Saltuaria	»	abuelo	5
»		tío abuelo	1
			116

CAUSAS HEREDITARIAS

Alienación en general		53
Alcoholismo		38
Neurosis.	Histeria	6
	Epilepsia	3
	Neurópatas	6
Suicidas		4

Paralisis general progresiva.....	2
Sífilis.....	1
Hemiplegia.....	1
Idiocia.....	1
Apoplexia cerebral.....	1
	116

CAPÍTULO III

Predominio de las alucinaciones visuales en las locuras tóxicas y sintomáticas
Predominio de las alucinaciones auditivas en los delirios crónicos de evolución

La locura tóxica que más frecuentemente se observa en los manicomios, es la provocada por el alcohol, y es en ésta donde domina por su intensidad la alucinación visual, terrorífica, manifestación esencial del delirium tremens. En todos los estados agudos, subagudos ó crónicos del alcoholismo, la alucinación visual desempeña un papel preponderante en el sujeto que delira por estas causas. Rara es la vez que en estas clases de locura, el delirante dé la sintomatología de un alucinado auditivo, es el delirio onírico que llena la escena.

Igual fenómeno se observa en las demás locuras de origen tóxico, autotóxico é infeccioso. En todos estos estados delirantes predomina la alucinación

visual. La locura urémica, en su forma delirante, provoca alucinaciones visuales. Las locuras puerperales ocasionadas por agentes infecciosos, traen como consecuencia accesos delirantes con predominio casi absoluto de alucinaciones visuales. Igualmente sucede en las psicopatías sifilíticas; en casos que hemos observado en el Servicio Bosch del Hospital Nacional de Alienadas, las enfermas afectadas por sífilis cerebral, revelaban su psicosis por alucinaciones visuales tan completas y persistentes, que constituían el cuadro típico del onirismo que presenta el alcoholista.

En todos los estados febriles, cualquiera que sea la fuente de infección y la causa que provoca estos sindromas, se observa el delirio alucinatorio visual en la forma llamada comunmente paranoia alucinatoria aguda. Estas alucinaciones están casi siempre acompañadas por ilusiones.

Para dar fundamento y cierta base sólida á la teoría emitida por Brá, respecto á la etiología de la epilepsia esencial, quien sostiene que es causada por un agente microbiano encontrado por dicho autor en la sangre de los atacados por esta neurosis (constatación que hemos efecutado nosotros en enfermas del establecimiento y cuyos estudios bacteriológicos hemos hecho en el Laboratorio de este Hospital; año 1903), diremos que una de las auras iniciales precursoras del ataque epiléptico, es la sensorial expresada por el enfermo por alucinaciones visuales; el niño epiléptico momento antes

de su ataque, es dominado por la panofobia, se aterroriza por su alucinacion visual reflejada en el niño por un grito y las exclamaciones de horror que dá, porque vé un hombre negro, un fantasma, un animal que lo ataca etc etc.

Creemos que al constatar someramente este dato damos un apoyo á la teoría que sustenta Brá, al querer explicar la génesis de la epilepsia. Sostiene Brá que más que una neurosis, es una afección de origen infeccioso.

En todas las locuras por autointoxicaciones intestinales, hepáticas, endocárdicas etc, es decir, en todos aquellos estados infecciosos que hacen un sujeto febril, hay un predominio constante de alucinaciones visuales.

Y así con todas las locuras tóxicas, é infecciosas. El delirante tóxico no tiene alucinaciones auditivas tan francas y completas como para que se impongan.

Por otra parte las alucinaciones auditivas se presentan en todos los delirantes sistematizados progresivos, en los delirios parciales de persecución en el delirio crónico de Magnan, en las manías agudas simples, en el demente precoz paranoico. Todos estos expresan sus alucinaciones por voces que oyen, palabras obscenas que escuchan, tropeles de gente que caminan por el techo, pasos por las proximidades, ó como en los delirantes modernos que son molestados por máquinas eléctricas ó influenciados por el hipnotismo ó magnetismo. Son

delirios del progreso. El perseguido hace sus interpretaciones y deducciones sobre sus alucinaciones auditivas. Los alucinados visuales no conversan con personas que hablan; dirigen la palabra, pero nunca contestan; la imágen visual creada por el delirante no responde. Los alucinados auditivos contestan á las preguntas que les hace la imágen lejana, con quienes hablan casi siempre por teléfono y á quienes escuchan sus amenazas é insultos.

En los primeros hay visión. En los otros hay audición.

Las alucinaciones auditivas pertenecen á todas las entidades mentales de evolución, en cuya patogenia no entra la toxicidad ni la infección y las alucinaciones visuales en estas últimas.

A estas dos conclusiones hemos deseado llegar, sin que para su fundamento tengan otro punto de apoyo que la observación y los datos que la estadística levantada con este objeto en el Servicio Bosch, suministra.

Cual es la razón de este predominio? De esta electividad?.

Deben tenerse en cuenta cuestiones anátomo patológicas que aclaren y expliquen la invulnerabilidad del oído en las locuras tóxicas y la de la vista en los delirantes vesánicos?.

Sin entrar para nada en la discusión de estos puntos obscuros de la Psiquiatría, nos limitamos

á su constatación por la evidencia de las observaciones efectuadas.

Axioma: alucinación visual en locura tóxica, alucinación auditiva en locuras de evolución.

CAPITULO IV

Excitación psicomotriz en los maniacos

En la manía se observa generalmente dos formas de evolución: aguda y crónica; la primera se presenta casi siempre en el predispuesto simple y la segunda en los degenerados físicos y psíquicos, con tara hereditaria. La manía aguda simple tiene una duración de días, semanas ó meses, con períodos cortos de excitación que alternan con períodos largos de remisión y en las cuales se observa comunmente curaciones ó restablecimientos más ó menos completos. En la manía de los degenerados el período de excitación es más largo, más duradero, más tenaz y puede acompañar al maniaco durante todos los años de su vida.

Este tiempo de evolución constituye uno de los caracteres más salientes de diferenciación entre los dos estados maníacos. Pero, además la manía

aguda simple se distingue de la manía de los degenerados por otros síntomas ó hechos más importantes y sobre uno de los cuales deseamos extendernos é insistir con especialidad. Nos queremos referir á la clase de excitación que predomina en cada estado.

La manía aguda simple se hace en sujetos dotados de mayor inteligencia, se desarrolla en cerebros mejor preparados para producir delirios, con facultades intelectuales más sólidas y bien cultivadas, y es por eso que en esta clase de maníacos se nota con frecuencia una excitación puramente psíquica con ideación rapidísima, con la falsa incoherencia, para distinguir de la verdadera que ofrecen los dementes, no por la falta de asociación de ideas sino porque la ideación en el maníaco simple es tan grande, tan intensa y rápida, que el lenguaje articulado no basta, no es suficientemente veloz como para expresar y responder al cúmulo de ideas que, como cascada emanan de su cerebro.

El degenerado con un cerebro pobre, incapaz de idear en el estado de excitación y menos aún en el de reposo, transforma ó más bien substituye la excitación psíquica por la excitación motriz; la idea por el movimiento.

Los maníacos degenerados mueven todo el cuerpo, especialmente los brazos, accionan con las manos, ejecutan movimientos rápidos y múltiples con los dedos, movimientos sin armonía que no responden á una mímica determinada, sin expresión, y

de ese modo el maníaco no satisface otra cosa que la incesante excitación que lo domina. Mueven las piernas, se desvisten, corren desnudos, no se acuestan nunca, cuando les llevan al lecho se oponen, se destapan, desarreglan la cama, tiran las almohadas, rompen las sábanas, emiten gritos inarticulados, pronuncian palabras y frases ininteligibles, bailan desaforadamente, lloran ó ríen; es un constante cambio de ánimo, modifican su expresión fisonómica á cada rato, no conservan un rasgo de expresión determinada durante un segundo, ejecutan toda clase de gestos, hacen «morisquetas», sacan la lengua, escupen, mueven los ojos en todos sentidos; en fin, su motricidad es tan intensa, tan grande, amplia é incoherente, que el que está en presencia de un maníaco en estas condiciones no vacila en hacer un diagnóstico exacto y un pronóstico malo respecto de su evolución.

Mientras tanto el maníaco simple revela su exitación por caracteres bien diferentes: poca motilidad y gran ideación. El maníaco simple durante su exitación es un loco lúcido; conserva bien casi todas sus facultades cerebrales: buena memoria, ideación, imaginación muy alterada, sentimientos idem, conciencia actual y exterior normales, buenas nociones de lugar y de tiempo. El maníaco simple es un sujeto, al cual en medio de su agitación se le puede interrogar obteniéndose una contestación instantánea por la percepción rápida, en las cuales de una manera apropiada se puede decir que, adi-

vinan las palabras. Es un delirante con francas alucinaciones auditivas, es un razonador, posee un carácter irascible, amenaza y es agresivo; el maníaco degenerado amenaza pero, no pasa á las vías de hecho.

El maníaco simple comete actos con conciencia, ante una amenaza se defiende y toma toda clase de precauciones; el degenerado no dá el alcance debido á los actos que ejecuta, en él no hay actos voluntarios; el maníaco simple tiene nociones de lugar y de tiempo durante su agitación; el degenerado vive, como se dice comunmente en «la luna». En el maníaco sin tara hereditaria hay predominio de alucinaciones auditivas, ideas de persecución; en el maníaco degenerado, alucinaciones visuales. El simple suspende su logorrea, pide silencio, se reconcentra y luego va pronunciando en alta voz las palabras que oye; es tan evidente la alucinación auditiva, que lleva la mano á la oreja para aumentar el campo de recepción y asi aguzar el oído.

En el degenerado hay concepciones delirantes místicas mezcladas con una coprolalia acentuada, contraste que llama la atención. El maniaco simple por más religioso que haya sido, en su estado de salud, como se observa comunmente en las hermanas de caridad y monjas que se han enloquecido, demuestran ser ateos y reniegan de sus creencias y maldicen á Dios y á la Iglesia.

El degenerado es devorador. El simple es sitio-

fóbico. En el degenerado hay insomnios, en el simple nó.

Todos estos caracteres diferencian un estado de otro, á cuya enunciación hemos llegado para que se note el contraste evidente que existe en la manía según el terreno donde se hacen. Por eso es que uno de los síntomas importantes que facilitan el diagnóstico, es el predominio constante de la exitación psíquica en el maníaco agudo simple y la exitación motriz en el maníaco degenerado.

A estas conclusiones llegamos, despues de haber observado en el Servicio «Bosch» de este Hospital un gran número de maníacas, en las cuales hemos constatado todos los caracteres diferenciales arriba enunciados, especialmente el sindroma capital, al cual nos referimos con especialidad.

Ahí va la estadística:

Mania simple aguda

Nombre	Clase de excitación	Sujeto	
Isabel G.....	Psíquica	predispuesta	simple
Constancia L. de A.....	»	»	»
Manuela S.....	»	»	»
Paula P. de O.....	»	»	»
Juana M. N.....	»	»	»
María R.....	»	»	»
Rosa F. y S.....	»	»	»
María I. de G.....	»	»	»
Feliciana F. de C.....	»	»	»
Francisca L.....	»	»	»
Adela F. de B.....	»	»	»
Lorenza V. de R.....	»	»	»
Catalina C. de G.....	»	»	»

Manía de degenerados

Nombre	Clase de excitación	Sugeto	
Julia M. de V.....	motriz	con tara	hereditaria
Rosa G.....	»	»	»
Magdalena G. de B.....	»	»	»
María A. de T.....	»	»	»
Melitona P.....	»	»	»
Carmen V.....	»	»	»
Margarita G. de B.....	»	»	»
Delicia A.....	»	»	»
Agustina S.....	»	»	»
Concepción G.....	»	»	»
Rosa M.....	»	»	»
Luisa O.....	»	»	»
Lucía M.....	»	»	»
Escolástica G. de D.....	»	»	»
Josefa R.....	»	»	»
Filomena G.....	»	»	»
Antonia B.....	»	»	»
María M.....	»	»	»
Epolina F. de del C.....	»	»	»
Emma M.....	»	»	»
María E. M. de P.....	»	»	»
María O. de M.....	»	»	»
María C. de L.....	»	»	»
Josefa T. de V.....	»	»	»
Elena R.....	»	»	»
María S.....	»	»	»
Florentina N. R.....	»	»	»
Angela A. de M.....	»	»	»
Lucia S. de R.....	»	»	»
María P. de D.....	»	»	»
Teresa A. de V.....	»	»	»

CAPÍTULO V

¿Cuáles son las enfermedades mentales que más frecuentemente se curan? Estadística del servicio «Bosch» á este respecto

La manía aguda en primer término, las psicosis puerperales, las locuras puerperales de orden infeccioso, las melancolías, el alcoholismo, el histerismo, las locuras tóxicas, las locuras morales y las locuras paroxísticas, emotivas y sintomáticas son los estados de enagenación mental que están más sujetos á una remisión, mejoría ó restablecimiento completo, como puede verse por el cuadro que más adelante publicamos.

Son las únicas entidades donde la terapéutica obra con resultados evidentes y sobre los cuales el alienista tiene la satisfacción de presenciar verdaderas curas, especialmente en las manías y locuras toxi-infecciosas. Son enfermedades que requieren un tratamiento especial; en las cuales el médico

puede atacar directamente su patogenia conocida, por medios higiénicos y sus sindromas más importantes por todo el bagaje de terapéutica manicomial; hidroterapia, clinoterapia, electroterapia, psicoterapia, ete., etc.

La estadística, demuestra que, la manía es la enfermedad más curable; enseña el tiempo, que en las diversas entidades transcurre desde el momento de su ingreso hasta aquel en que la álienada está en condiciones de ser dada de alta y además pone en evidencia un hecho: que los manicomios no son simples asilos de reclusión, sinó verdaderos hospitales donde se somete á los enfermos á una observación para su cura, para devolverlos á la sociedad, y transformar al incapaz en un ser humano nuevamente dotado de sus facultades cerebrales que lo habilitan en el desempeño de sus funciones civiles y políticas.

Estadística de enfermedades curadas

Manía en general	26
Melancolía en general	8
Psicosis puerperales	9
Alcoholismo en general	7
Locuras morales	7
Histerismo	6
Débiles (primer grado de degeneración Magnau).	3
Locuras tóxicas	3
Psicosis hebefrénicas	2
Locuras periódicas	3
Paranoia alucinatoria aguda	3
Paroxismo neurósico	2

Delirio místico	1
Locura emotiva	1
Delirios polimorfos	1
Delirio sintomático (infección, no de útero)	1
Delirio parcial	1
Locura circular	1
Total...	84

CAPÍTULO VI

Tipo expansivo y tipo depresivo.
Sus modalidades delirantes en cada tipo de raza europea y americana.
Clasificación y estadística.

Antiguamente se hacía una clasificación del carácter y temperamento de las personas que todavía subsiste no como sanción científica sino por el uso vulgar que de esa clasificación se hace. Así era que se distinguían varias clases de temperamentos: sanguíneos, linfático, colérico, etc., etc. Era una clasificación que respondía á un criterio científico, pero que actualmente no tiene fundamento; era la teoría humoral que trataba de explicar la variabilidad en el carácter de las personas y según que en ellas predominara la sangre, la linfa ó la bilis los individuos tenían temperamento sanguíneo, linfático ó bilioso.

En la actualidad se hace una clasificación más

fundamental y concisa, en la cual caben muchos derivados y combinaciones de tipos.

Tanto en el ser normal como en el alienado se distinguen dos tipos clásicos de idiosincracia: el tipo expansivo y el tipo depresivo.

Invariablemente se constata su existencia. El tipo expansivo como su palabra lo indica, corresponde al antiguo temperamento sanguíneo y el tipo depresivo al que era denominado linfático.

Por supuesto, que no todos revelan un tipo franco, ya sea expansivo ó depresivo, y sobre esos dos, cada ser amolda y combina su idiosincracia, sacando más caracteres de uno que de otro. El individuo puede pasar por esos dos estados, poseer un tipo determinado en su juventud y transformarlo en otro en su vejez. Modalidades que sufre el temperamento por muchas causas extrínsecas é intrínsecas, ya sean por la educación, condiciones sociológicas, económicas, reacciones del ambiente ó enfermedades contraidas (como ser aquellas que por su cronicidad y carácter maligno provocan estados neurasténicos).

Pero rara es la vez que se presenten estas modificaciones del carácter en la evolución del sér. El que ha sido expansivo y depresivo conservará para siempre el tipo congénito ó adquirido. «Genio y figura hasta la sepultura» dice el refrán.

Igual hecho se observa en clínica Psiquiátrica. La enagenación mental no es más que la exageración del carácter en los individuos predispuestos.

Las formas mentales pueden entrar también en esta clasificación. Forzosamente tienen que nacer y evolucionar dentro de estas dos clases de tipos idiosincrásicos, y sus modalidades delirantes tienen que experimentar la acción que deriva del tipo en que germinan.

Cada tipo tiene su modalidad que lo caracteriza. El expansivo hará un delirante, un locuaz, un razonador, un querellante, un pleitista, un perseguido perseguidor, un megalómano, un loco moral, un eufórico en la parálisis general, un intrigante, un histérico, un bullanguero, un pasional, un erótico, un místico, un proyectista, un sociable, un emprendedor, vivaz y logorreico de oficio.

El depresivo dará un neurasténico, un hipocondriaco, un ereutofóbico, agorafóbico, un melancólico en sus distintos grados de evolución, desde el simple hasta el estupor, se hundirá en el mutismo, buscará el aislamiento, rehusará los alimentos, hará abandono de sus ocupaciones. Se distinguirá por su carácter tranquilo, calmoso y apático, sin iniciativas, constituirá un tipo de alienado con depresión física y psíquica, con ansiedad y psicálgias; germinarán en él, por su falta de adaptación al medio en que vive é incapacidad para la lucha, ideas suicidas comunes en estos estados, se deja influenciar por todas las causas nocivas; el melancólico, al cabo de poco tiempo, contrae la tuberculosis que lo mata. Es un abúlico, un indefenso sin ideación ni lenguaje. No hay atención ni senti-

mientos afectivos que por lo menos no exterioriza. No se preocupa de nada ni de nadie. Es un retraido, insociable, pesimista, sin aptitudes de luchador, es un incapaz para sostenerse por sus propios medios. No tiene aspiraciones ni ambiciona nada. Nunca logrará un bienestar propio ni familiar.

El expansivo es un tipo completamente opuesto. Son dos grandes familias terminantemente contrarias en cuanto al carácter.

El expansivo es un resuelto, es enérgico y capaz, revela un carácter viril, es extremo en sus resoluciones, es activo y emprendedor, no es un tipo que se amilane por contrariedades, que sabrá sobrellevar disgustos, necesidades y malos momentos, porque está dotado de las fuerzas morales suficientes para vencerlas.

En el alienado sucede lo mismo; en él, el tipo expansivo se distinguirá netamente del depresivo. Son dos tipos francamente opuestos y que el alienado revela tan bien, que fácilmente se pueden separar los unos de los otros. Es de observación común en los manicomios.

En nuestra práctica de manicomio en el Servicio Bosch, á cargo del Dr. Ayarragaray, hemos constatado en la mayor parte de los alienados este hecho interesante con resultados positivos. Impresiona inmediatamente. Tanto, que en el lenguaje usual de los alienistas, al mencionar á un enagenado, se pronuncien las palabras depresivo ó expansivo, deprimido ó delirante.

No solamente á este hecho queremos referirnos. Es frecuente observar en los manicomios que á cada raza ó nacionalidad corresponda con mayor ó menor predominio un tipo expansivo ó depresivo. En la estadística que hemos efectuado en el servicio Bosch y que solo refleja la observación de las bien clasificadas con entidades definidas y diagnosticadas, se demuestra lo que aseveramos. Para su clasificación nos hemos guiado por la actitud y expresión del alienado, por sus caracteres psíquicos sintéticos y analíticos, y principalmente por las modalidades delirantes que á cada tipo corresponde. Por ejemplo, á un melancólico lo colocamos entre los depresivos, á un lúcido razonador lo anotamos entre los expansivos, lo mismo que los megalómanos, los eufóricos paralíticos, los maníacos, los polimorfos; entre los depresivos, la melancolía con los distintos grados de forma y de evolución: simple, ansiosa y en estupor, la serie inacabable de degenerados desde el débil de espíritu hasta el idiota, pero siempre teniendo en cuenta más el sindroma que la enfermedad que lo provoca.

El epiléptico puede ser expansivo ó depresivo, un paralítico puede ser un eufórico ó un melancólico en su período preparalítico; un perseguido en su período de incubación revela su alteración, ya por su reconcentración y aislamiento ó por expansividad manifestada en su excitación delirante, un histérico posee ideas hipocondriacas con un

fondo ansioso en la esfera intelectual ó ser brillante en sus concepciones, exagerado en sus ideas estéticas ó exibicionista en sus actos con el objeto de llamar la atención con sus coqueterías y vanidades, y así sucesivamente en todos los estados de enagenación mental.

Como hemos dicho ya en párrafos anteriores, hacemos la clasificación de las modalidades delirantes que á cada uno de los tipos corresponden teniendo en cuenta más el sindroma que la enfermedad; es más esencial su exteriorización que sus concepciones. Por su actitud más que por la idea, por la expresión más que por su lenguaje, es que la distinción entre los dos tipos es evidente.

Por la nacionalidad á que pertenece el alienado se puede presumir, sin conocer al sujeto, que clase de concepciones delirantes predominan en él. Un alienado francés, probablemente es un expansivo en tesis general; la observación lo demuestra, aunque no quiere decir que sea una regla absoluta, pues se pueden hallar en los franceses tanto depresivos como expansivos, pero con predominio de estos últimos.

El inglés, que es poseedor en sus épocas normales, del carácter peculiar que presentan los sajones, tranquilo y apático, producirá una entidad mental cuyas manifestaciones estarán de acuerdo más con el tipo depresivo que con el tipo expansivo. El meridional, que comprende á los españoles é italianos revelará su enagenación por entidades

que los colocan francamente entre los expansivos. Llenos de mímica, con facciones enérgicas, locuaces, vivaces, brillantes en sus concepciones delirantes, ruidosos en sus actos, logorreicos, abiertos, fantásticos en sus ideaciones, razonadores, prontos á reaccionar frente á una causa ocasional, por medio de manías agudísimas que tanto los caracterizan y que muy frecuentemente ofrecen á la observación, tienen una predilección natural muy marcada hacia el tipo expansivo. Por regla general el italiano y el español constituyen el tipo más neto del expansivo, tanto durante la integridad funcional de su cerebro como en las épocas de su internado en el manicomio.

Las manias agudas en los alienados meridionales son sumamente ruidosas con psiquismo exagerado y gran excitación motriz.

Donde se observa con mucha frecuencia el tipo depresivo y desgraciadamente los diversos grados de la degeneración mental es en la raza americana, hecho que se constata diariamente en los hospicios, como hemos tenido oportunidad de ver en el servicio «Bosch». Más ó menos cada quince días ó un mes, las provincias envían á los manicomios de la capital numerosos lotes de alienados; grupos de locos homogéneos que fraternizan en la alienación.

Son en su mayoría degenerados avanzados; resumen todos ellos el tipo franco del imbécil ó el idiota, con un predominio frecuente de la epilepsia.

El 80 °/₀ de los alienados que de las provincias vienen á poblar los manicomios y morir en ellos son epilépticos. Rara es la vez que se asiste á la evolución de una vesania.

Son los productos de esas uniones incestuosas que se establecen en el emjambre de personas que nacen, viven y mueren en parajes solitarios entre las montañas y fuera del alcance de la civilización; son los últimos vástagos de la degeneración hereditaria que se acentúa de padre á hijo por obra de la selección natural; son desgraciadamente los verdaderos representantes de la raza argentina que desaparece frente á la cruza con el europeo y que por su incapacidad cerebral, por su ausencia de concepciones, por su aspecto mísero y aplastado, por su inexpresión fisonómica con facciones rígidas, poseedores de un vocabulario limitado por la falta absoluta de contacto social y civilizador, constituyen verdaderos tipos depresivos. En un cerebro ineducado, difícilmente adecuable á la vida exterior, no germinarán sin duda concepciones que los hagan colocar entre los expansivos.

La estadística que apuntamos muestra la predilección que tiene el argentino para adquirir las cualidades típicas del depresivo. Si hemos hecho estas consideraciones que no son seguramente suficientemente prolijas y buenas interpretadoras, es respondiendo al interés que en psiquiatría tienen los asuntos de esta índole, que hacen la base del estudio de la alienación; cada sujeto hace su locura; son

más enfermos que enfermedades y el que se enloquece no hace más que exagerar su carácter y revelar el valor y resistencia de su cerebro.

Las interpretaciones hechas á este respecto no pueden ser nunca reales; hay mucha relatividad en nuestras aserciones, no expresan quizá la verdad ni el criterio justo. Por lo tanto, las conclusiones no deben ser netas y las estadísticas no nos ofrecen datos ciertos como para poder efectuar con ellas un estudio sólido que nos llevara á sentar proposiciones seguras. Este capítulo no expresa que la sinceridad y pobreza de nuestras opiniones sugeridas única y exclusivamente por la observación de años en pocas enfermas. Que basten estas disgresiones para amenguar el mal fallo que esta lectura pueda provocar.

Tipo expansivo y depresivo

Tipo expansivo		Tipo depresivo	
Italianos	41	Argentinos	46
Argentinos	18	Italianos	11
Españoles	17	Españoles	7
Franceses	14	Ingleses	3
Suizos	3	Uruguayos	2
Alemanes	2	Paraguayos	1
Uruguayos	1	Franceses	1
	—	Alemanes	1
	96	Austriacos	1
		Belgas	1
			—
			74

En	un	total	de	64	argentinos	hay	46	depresivos
»	»	»	»	52	italianos	»	11	»
»	»	»	»	24	españoles	»	7	»
»	»	»	»	15	franceses	»	1	»
»	»	»	»	3	suizos	»	0	»
»	»	»	»	3	alemanes	»	1	»
»	»	»	»	3	uruguayos	»	2	»
»	»	»	»	1	austriaco	»	1	»
»	»	»	»	1	belga	»	1	»
»	»	»	»	3	ingleses	»	3	»

CAPITULO VII

Tratamiento de la epilepsia esencial. Tratamiento clásico de Gilles de la Tourette. Modo de emplearlo. Resultados que se obtienen. Estadística. Ventajas é inconvenientes. Conclusiones.

El tratamiento más eficaz en la cura de la epilepsia esencial es, el enunciado por Gilles de la Tourette, que consiste no solamente en someter al paciente á las dosis continuas y crecientes del polibromuro, sino también en llenar todas las reglas del procedimiento imaginado por dicho autor. Según éste el bromuro debe ser administrado á dosis y horas determinadas, empezando por 2, 3, 4 gramos durante la primera semana, 3, 4, 5 en la segunda y así sucesivamente hasta llegar á la dosis suficiente que se mantiene hasta la curación ó mejoría y cuya saturación se revela por los síntomas conocidos de intoxicación bromurada y por un signo, al cual Gilles de la Tourette le da una importancia capital: la dilatación pupilar. En nuestra larga experiencia no hemos podido constatar la presencia de este signo revelador.

Además, hay que llenar reglas de higiene y de

régimen dietético: vida en pleno aire, paseos, ejercicios, evitar el confinamiento, llevar vestidos holgados, el epiléptico no debe dormir durante el día, higiene moral, evitar el coito, hidroterapia fría por medio de duchas de 10 á 12 minutos, sobre tronco y columna vertebral, y después en piernas y pies; un régimen alimenticio determinado y cumplido extrictamente, expresado en estas palabras: darles de comer poco y muy á menudo.

Al mencionar cómo debe hacerse el tratamiento en la epilepsia, lo hacemos para demostrar la inutilidad de su aplicación mientras los enfermos atacados por esta neurosis vivan internados en los hospitales, porque habría que disponer de un grupo numeroso de buenos enfermeros, de toda clase de comodidades para poder realizar íntegramente este programa curativo. Es necesario que estos enfermss vivan en un medio adecuado y en forma que permita efectuar este tratamiento llenando perfectamente sus indicaciones.

Para dar fuerza á las razones expuestas y poner en evidencia las dificultades que presenta la realización perfecta de este tratamiento y hacer ver los resultados obtenidos; para demostrar la falta de constatación del signo pupilar, al cual, como hemos dicho, Gilles de la Tourette da tanta importancia, y además, la influencia más bien nociva que atenuadora ejerce el bromuro administrado en sujetos epilépticos enfermizos, es que publicamos la siguiente estadística:

Estadística de enfermas sometidas al tratamiento bromurado

	Mes de Mayo						Mes de Junio						Mes de Julio						Mes de Agosto					
	Término medio diario	Sin ataques por períodos de días	Con ataques por períodos de	Ataques diarios	Ataques nocturnos	Total	Término medio diario	Sin ataques por períodos de	Con ataques por períodos de	Ataques diarios	Ataques nocturnos	Total	Término medio diario	Sin ataques por períodos de	Con ataques por períodos de	Ataques diarios	Ataques nocturnos	Total	Término medio diario	Sin ataques por períodos de	Con ataques por períodos de	Ataques diarios	Ataques nocturnos	Total
Concepción R.	0.17	5	1	3	2	5	0.50	4	2	9	6	15	0.58	4	2	12	6	18	0.48	5	2	6	9	15
Carmen M....	0.10	30	1	—	3	3	0.24	8	1	—	7	7	0.16	7	1	3	2	5	0.19	8	1	1	5	6
María A.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.06	30	1	2	—	2
Jesús A.....	0.50	5	1	12	2	14	0.50	5	1	10	4	14	0.48	5	2	9	6	15	0.80	5	2	12	13	25
María T.....	0.50	7	3	10	4	14	0.70	5	3	16	5	21	0.48	5	1	8	7	15	0.61	8	1	5	14	19
Melitona P....	1.54	1	5	24	14	38	1.33	1	5	26	14	40	2.06	3	9	38	26	64	1.38	2	4	25	18	43
Etelvina M...	0.21	6	1	—	6	6	0.24	5	1	4	3	7	0.19	6	1	1	5	6	0.03	30	1	—	1	1
Ignacia M....	0.50	5	1	9	5	14	0.83	5	4	20	5	25	0.51	3	1	11	5	16	0.58	3	2	11	7	18
Sofía Q.....	1.20	3	5	26	5	31	0.96	2	3	22	7	29	0.93	3	3	20	9	29	0.61	5	3	13	6	18
María de C....	0.17	6	1	2	3	5	0.30	6	1	3	6	9	0.16	5	1	—	5	5	0.16	4	1	1	4	5
Juana C.....	0.14	9	1	2	2	4	0.06	9	1	1	1	2	0.16	26	4	4	1	5	0.25	5	1	4	4	8

Como se observa por el cuadro adjunto, que resume la experiencia efectuada en once enfermas del Servicio «Bosch», durante cuatro meses, los resultados que se han obtenido dejan de ser satisfactorios.

En el mes da Mayo la totalidad de enfermas padecieron 88 ataques epilépticos diarios y 44 nocturnos; en el mes de Junio 111 y 58 respectivamente; en Julio 96 y 72; y en Agosto 80 y 70. Debiendo disminuir, han aumentado.

Si nos hemos limitado á una experiencia de 4 meses, es porque á esta altura del tratamiento, todas las enfermas revelaron síntomas de intoxicación bromurada. Mientras se efectuaba el tratamiento de Gilles de la Tourette, se analizaban cada semana las orinas de las enfermas Al cabo de 4 meses todas las orinas examinadas contenían albúmina; hecho que basta para interrumpir la administración del bromuro.

En una de las enfermas, María A., en la cual no se había observado ningún ataque epiléptico durante 3 meses, padeció 2 al cuarto mes de tratamiento. Es posible que haya coincidido la aparición de esos ataques con la época que correspondía á la periocidad con que en dicha enferma se revelaba.

La enferma Jesús A. que, al principio del tratamiento padeció 14 ataques, al finalizar aquél se observaron en ella 25.

Melitona P., durante su primer mes de trata-

miento, sufrió 38; en el segundo, 40; en el tercero, 64, y en el cuarto, 43. De cualquier manera, en lugar de amenguar el número de ataques, experimentó un aumento sensible.

Al contrario, en Etelvina M., que tuvo 6, 7 y 6 ataques en sus 3 primeros meses, solamente padeció 4 en el cuarto; caso aislado que comprobaría el éxito del tratamiento. Igual hecho se nota en Sofía A., que de 31 disminuyeron á 19 ataques.

Generalmente los ataques epilépticos se presentan más frecuentemente durante la noche que en el día; pero si en la estadística se observa lo contrario, es porque de noche los ataques, como son casi siempre poco ruidosos, escapan á la observación de las guardianas. El epiléptico tiene su ataque nocturno, que es apercibido por las guardianas ó personas que los atienden, por su grito inicial, que no siempre se presenta, ó por el rastro que en el lecho deja el epiléptico por relajación de los esfínteres anal y vescical.

De manera, pues, que el tratamiento bromurado para que tenga éxito curativo en la epilepsia debe ser acompañado por todas las reglas higiénicas y dietéticas que indica Gilles de la Tourette en su tratado clásico, resultados que no se pueden conseguir mientras los epilépticos no reciban un cuidado más solícito, que no se obtiene en el interior de un manicomio por las consideraciones ya expuestas. El epiléptico es un sujeto peligroso para la sociedad; es evidente su reclusión.

En psiquiatría, como en clínica general, no hay enfermedades, sino enfermos; no hay epilepsias esenciales sino epilépticos. Desde el aura hasta el estado de coma epiléptico no se observa la misma identidad de fenómenos en dos epilépticos. La duración é intensidad de los períodos tónicos y clónicos, por la localización de las contracciones y espasmos musculares, la frecuencia en los ataques (hay enfermos que tienen ataques cada 2 ó 3 años y otros que un día padecen 50, 100 y más ataques subentrantes), en fin todos los síntomas y escenas de la epilepsia esencial tienen en cada epiléptico un rasgo propio que se perpetúa idénticamente en cada acceso convulsivo.

Todos los epilépticos que figuran en el cuadro estadístico han llegado á la demencia.

CAPÍTULO VIII

Influencia de las enfermedades intercurrentes en las locuras. Causas. Efectos que provoca. Modificaciones favorables que imprime. Su mejor acción en las manías y melancolías.

No pretendemos hacer un estudio detallado, completo y minucioso á este respecto. Sólo á título de mención de una observación frecuente en las enfermerías de los manicomios.

En los alienados, en los cuales por una causa cualquiera estalla una enfermedad febril, las alteraciones mentales que dominan al sujeto son modificadas en su forma y duración, atenuadas ó exaltadas en sus concepciones, fuera de las locuras tóxicas é infecciosas cuya génesis, manifestaciones y sindromas son atribuibles únicamente á la infección ó tóxico que las provoca.

Se observan dos fenómenos opuestos: en los estados delirantes con ideación exaltada, con sinto-

matología maníaca, la fiebre atenúa todos los síndromas hiperpsíquicos. En los estados depresivos con sintomatología melancólica la fiebre excita al alienado en estas condiciones, levanta la depresión física y psíquica que en dichos estados llenan el cuadro.

Estas proposiciones las fundamos en la observación prolija que hemos efectuado en un numeroso grupo de enfermos del servicio Bosch del H. N. de alienadas. Invariablemente todos los alienados expuestos á la acción de la fiebre, cualquiera que sea su fuente de producción (todas las afecciones febriles: tuberculosis, reumatismo, pleuresía, neumonía, endocarditis, enteritis infecciosas, grippe, tifus, exantemas, infecciones, etc., etc.), es decir, en todas aquellas enfermedades en cuyos síntomas domina por su intensidad la fiebre, sufren en sus concepciones delirantes una modificación atenuadora en los maníacos y exaltadora en los melancólicos.

Podríamos aquí enumerar toda la serie de observaciones que tenemos y que comprueban evidentemente las consideraciones que anteriormente acabamos de consignar. El lugar que ocuparía sería extenso, si hiciéramos la publicación de todas las historias clínicas de los enfermos alienados en los cuales hemos constatado el hecho que estudiamos.

Tomemos al azar uno de los tantos casos observados: un maníaco; en esta afección cuya sintoma-

tología es conocida y bien manifiesta y en la cual hay un predominio constante de excitación psicomotriz como sindroma más importante, suele naturalmente desarrollarse la tuberculosis. En los períodos piréticos de la tuberculosis, en aquellos en que la fiebre es intensa, como sucede con la tisis florida, todos los sindromas mentales se atenúan ó desaparecen completamente. La ideación se hace lenta. Disminuye la logorrea. desaparece la motricidad, el maníaco permanece tranquilo en el lecho, las funciones en general se normalizan, recobra el sueño, no grita, ni canta, ni baila, ni llora, recobra hasta el uso de sus facultades mentales, pues la atención se hace clara, vuelve en ellos la conciencia exterior, la imaginación se restablece, la asociación de ideas es lógica, empiezan á interpretar debidamente todos los actos de su vida. Todos los instintos ya sean de conservación, religiosos, estéticos, sociales y afectivos que estaban abolidos, renacen, y al establecerse completan el cuadro de remisión ocasionado por la fiebre.

El melancólico, con gran depresión física y psíquica, en negativismo y mutismo, el estupémano completamente abúlico, sin atención, imaginación ni ideación, con falta absoluta de concepciones delirantes aparentes; con ese aspecto deprimido. con las expresiones de sus facciones rígidas, y para presentar mejor el cuadro, con la «gota cadens», es decir la perla de la nariz que las secreciones nasales contribuyen á formarla, empieza á recobrar

paulatinamente la normalidad, en sus caracteres psíquicos y físicos. A medida que la fiebre actúa y el tiempo pasa, todos los síntomas que resumen esa «distracción crónica» van desapareciendo y á los pocos días el melancolico deja de ser tal para transformarse en un sujeto casi normal.

Estos son los dos estados en los cuales la fiebre produce los cambios favorables en la esfera intelectual, pero desgraciadamente el agente que beneficia al enfermo, por otro lado, produce efectos perniciosos; la salud física del alienado es la que se perjudica.

Cuando se trata de sujetos en los cuales la degeneración mental no se ha revelado todavía por síntomas que impongan un diagnóstico, la fiebre actúa despertando en ese terreno toda una série de manifestaciones variadas. Es lo que sucede en las locuras tóxicas é infecciosas, con la diferencia de que las alteraciones mentales en estos últimos estados son provocadas por el agente tóxico y en los casos anteriores el estallido de la locura no depende de la etiología de la afección orgánica, sinó de uno de sus síntomas, que en este caso, es la fiebre. Citamos este hecho, porqué fácilmente se pueden confundir los dos estados, é ignorar cual es su verdadera patogenia. Una enferma, L. B. ingresa á nuestro Servicio en plena confusión mental delirante: con 38° de fiebre. En los antecedentes se constata una enorme tara hereditaria: alienados por todas partes, hermanas y primas recluidas en

este Hospital. Los primeros síntomas de su enfermedad mental aparecieron 3 días antes de su ingreso y coincidieron con los trastornos físicos; tuvo fiebre desde esa época. Hacen 7 días que está en nuestro Servicio. Se diagnostica fiebre tifoidea. ¿Las alteraciones mentales que se observan en esta enferma pertenecen á la fiebre tifoidea ó aparecieron como causa ocasional? ¿Depende dicha confusión mental del agente infeccioso, únicamente de la fiebre ó de su tara hereditaria? Delirio sintomático? Es muy posible, pues tiene toda la sintomatología de una locura infecciosa: concepciones delirantes, alucinaciones visuales, etc. Es la fiebre que ha ocasionado este delirio? No podemos negar este hecho. Creemos que la verdadera interpretación es ésta: un degenerado, enormemente tarado, con pocos estigmas físicos, en quién ha bastado una causa ocasional (fiebre) para que revelara su enagenación.

Es un caso común que se presta á confusión y en los cuales como hemos dicho, la interpretación suele ser difícil.

En este caso la fiebre no ha atenuado ni exaltado los síntomas mentales: ha provocado el estallido de la locura. Es uno de los tantos efectos que la fiebre produce en las distintas entidades mentales.

Basten estas pocas palabras y el apoyo sólido de la estadística para evidenciar la acción de la fiebre en los atacados por la enagenación mental.

Estas observaciones interpretadas en esta forma

nos hacen deducir este hecho de real importancia: conociendo los efectos de la fiebre en las locuras, se podría emplear este agente para tratar de obtener los mismos resultados. La dificultad está en provocarla. Pero como no son efectos duraderos, no bien desaparezca la fiebre, las alteraciones mentales recobran su primitiva intensidad.

¿Cuál es la acción íntima que ejerce la fiebre para que atenúe la sintomatología del maniaco y exalte la depresión psíquica?

Si activa la cerebración de un melancólico, debería exagerar más la del maniaco. Y no obstante produce fenómenos contrarios. En el maniaco, la importancia que representa para el enfermo la fiebre, distrae su atención hácia la excitación que lo domina? Activa la circulación sanguínea, las funciones respiratorias y en general hay una hiperfuncionalidad en el pirético y el cerebro atacado al mismo tiempo por este agente, responde como los demás órganos á esa hiper-excitabilidad generalizada. Es lo que pasa en un melancólico. El cerebro de estos sujetos, no sometidos á una excitación que haga vibrar sus células gríses, incapaces de idear por el hábito creciente y arraigado de la indolencia intelectual, tan abúlico que no envía una incitación nerviosa para provocar el menor movimiento, frente á un agente que despierte su letargia, reacciona y paulatinamente recupera sus funciones de órgano directriz.

En todos los casos de melancolía observados, el

restablecimiento del enfermo mental, se iniciaba por el lado motriz: el psiquismo reaparecía después. En el maniaco la excitación motriz era la que se desvanecía antes.

CAPÍTULO IX

La psicoterapia en los alienados

Este tópico importante de la psiquiatría requiere un estudio extenso y detenido. No pretendemos hacerlo, pero sí, citar algunas observaciones que hemos efectuado en el servicio «Bosch».

La psicoterapia es un agente que se debe emplear únicamente en el tratamiento de aquellos estados en los cuales se puede obtener un resultado evidente. En cada una de las enfermedades mentales que reactúan por este medio de curación se utiliza un procedimiento especial, de acuerdo con la sintomatología que presentan.

¿Cuáles son las entidades mentales más sujetas á la acción de la psicoterapia? En primer lugar el histerismo, curable por la sugestión. Las estupemanías, las locuras morales y las manías de los degenerados.

En las estupemanías, la psicoterapia debe tratar de hacer recuperar á las enfermas, la voluntad abolida; en estos melancólicos se debe curar el síntoma esencial que los caracteriza: la abulia. Las locas morales deben ser sometidas á una educación y á una disciplina severas, los degenerados deben ser tratados á rigor.

La ortopedia de la voluntad es el procedimiento que se utiliza en el tratamiento del estupor; debe ser tenaz y gradual. Son las excitaciones fuertes y los mandatos imperativos los que despiertan y ponen en función la voluntad. Esto se consigue por medio de distintos procedimientos; la inhibición en estos enfermos se manifiesta por el aspecto característico que se observa en ellos: la inmovilidad, la inercia, la falta de iniciativa, la inaptitud para todo, nada que demuestre una defensa ni un acto por cumplir; se llenan de moscas, se les cae la secreción nasal, no se limpian, no comen, no van al lecho, son verdaderas estatuas vivientes; se les ordena que se levanten, se paran y esa actitud conservan hasta que una orden contraria se les dé; caminan y son capaces de andar todo el día y se detienen solo cuando encuentran una pared ó un obstáculo cualquiera; mueven una pierna y sus oscilaciones se prolongan durante horas, se les da un objeto cualquiera para que lo limpien y son interminables las fricciones. Es la inhibición motoria la que falta cuando la voluntad está en función; se les levanta un brazo, se pone á este en cualquier posición y el abúlico

lo deja como se lo colocaron. Cualquier actitud ilógica que se provoque en ellos se conserva perenne, hasta que una circunstancia cualquiera la modifica.

El médico, frente á esta gran abulia, debe tratar de ejercitar los actos volitivos por una educación paciente, como si fuera un niño á quien se le enseñara á dar los primeros pasos. Las indicaciones y la manera de llenarlas se desprenden fácilmente de las consideraciones expuestas; en todos los abúlicos observados en el Servicio «Bosch» hemos constatado los grandes resultados que con este procedimiento se obtienen.

Para llegar á estos resultados, sin que la intervención del médico ni la de una persona competente sea necesaria, existe un medio de obtención sumamente cómodo y ventajoso; se busca un maniaco excitadísimo y se le hace sentar al lado de un estuporoso. Por acción de proximidad ó imitación, el maniaco excita al melancólico y éste á su vez deprime á aquél; pero siempre el melancólico gana, en los resultados de este procedimiento, más que el maniaco. Es de observación común en los manicomios. Todo alienado tranquilo que presencie la agitación de un maniaco, se excita, como toda histérica frente á un ataque en una compañera, cae en accesos convulsivos.

En las locuras morales, el tratamiento de elección es, por supuesto, la educación. Todos los caracteres que revela la «moral insánity», la locura

de los actos como ser la indisciplina, malos hábitos, la falta de respeto, la coprolalia, etc., son modificados y atenuados por este tratamiento. Son seres que deben ser recluidos y sometidos á una disciplina rigurosa.

Cito únicamente estas enfermedades, porque es en ellas donde realmente se consigue algo con la psicoterapia. Por cierto que este tratamiento no debe ser exclusivo; complementará al tratamiento sintomático ó causal.

Insistimos sobre la importancia de este agente curativo, y sobre la competencia que deben poseer todos aquellos á quienes se les confía la asistencia de esta clase de alienados.

Son estas las consideraciones que me sugiere la observación.

CAPITULO X

Generalidades sobre otros temas

En la observación diaria de las enfermas del Servicio «Bosch» hemos notado ciertos hechos cuya importancia é interpretación haremos constar. Algunas de ellas podrán experimentar con el tiempo los progresos de la Psiquiatría que aclaren la etiología de ciertas afecciones y ofrezcan la certidumbre en el diagnóstico.

El síntoma más importante que revela el estado terminal de la locura es la incoherencia en la palabra y en la ideación. Los dementes al expresar sus ideas y manifestar sus concepciones denotan una falta de integridad asociativa; nace una idea en el cerebro de un incoherente y en mitad de su evolución desaparece; desarrolla un tema y queda inconcluso, habla un rato reflejando una ideación determinada, la interrumpe y bruscamente hace

una nueva y distinta asociación de ideas. Como todos estos fenómenos tienen su asiento en el cerebro, ahí nacen y de ahí emanan, ¿esta falta de asociación de ideas no responderá á una lesión anátomo-patológica,? ¿no se podría constatar una falta de continuidad entre célula y célula, entre fibra y fibra nerviosa? Es también la falta de continuidad en la ideación que revela el demente por la incoherencia en su lenguaje. ¿La interpretación de este fenómeno se puede buscar en la Anatomía Patológica?

La enunciación de este hecho responde al deseo de contribuir á la aclaración de este problema psiquiátrico.

¿Cuáles son los últimos sentimientos é instintos que pierde el alienado? En medio de la alteración mental profunda que presentan los enfermos, aparecen íntegros ciertos instintos. El que mejor resiste al derrumbe cerebral es el instinto de conservación, fuera de aquellos estados en que está abolido. El instinto del pudor en las mujeres, sumamente arraigado en sus épocas normales, se conserva hasta en las más graves de las afecciones mentales. Los sentimientos egoístas rara vez desaparecen, al contrario se acentúan en el alienado. La envidia, la vanidad y la coquetería quedan intactas y están bien manifiestas en cualquiera de las entidades mentales que se observen.

El automatismo profesional se observa con mucha frecuencia en los alienados. Todo individuo

que haya tenido una profesión ejercitada durante muchos años, en su vida de alienado conservará restos de su antigua epopeya cerebral.

Podríamos extendernos en consideraciones al respecto. Basta su constatación.

JOAQUIN J. DURQUET

Buenos Aires, Diciembre 10 de 1906.

Buenos Aires, Diciembre 10 de 1906.

Nómbrase al Consejero Dr. José R. Semprun, al Profesor titular Dr. Domingo Cabred y al Profesor suplente Dr. José T. Borda para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON
R. S. Gomez

Buenos Aires, Diciembre 15 de 1906.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según constancia del acta n.º 1663 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gomez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de la sífilis cerebral.

II

Indicaciones y contraindicaciones de la envoltura hidroterápica.

III

Criterio para juzgar sobre el estado de curación de un padecimiento mental.