

LECCIONES ORALES

SOBRE

LAS FRENOPATÍAS

LECCION VIGÉSIMAQUINTA

DEL PRONÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PRIMERA PARTE

SEÑORES:

En la última conferencia entretuve vuestra atención hablándoos de algunas abstracciones patológicas.

Hoy necesito completar vuestras ideas teóricas acerca del conjunto de conocimientos que nos ocupan. A falta de una enseñanza especial sobre la materia, debo asociar la ciencia de los principios á la ciencia de los hechos.

Apreció en cuanto merece el valor de las comprobaciones experimentales; pero nadie como yo reconoce la insuficiencia de las nociones prácticas cuando no están formuladas en principios distintos. Sin esta última condicion, no serán á menudo más que una serie de observaciones confusas.

En todo tiempo los progresos de la ciencia han sido debidos á los esfuerzos de los que eran excelentes prácticos, al mismo tiempo que hombres de aplicacion científica, que sabían condensar en ideas clásicas el fruto de su experiencia.

Un largo ejercicio en la enseñanza me ha convencido de que apenas se graban en el espíritu de la juventud las sanas nociones

de la práctica si no tenemos cuidado de apoyarlas en hechos analizados, interpretados, formulados.

Sin esto, se va á parar al empirismo, y de éste al charlatanismo apenas hay un paso.

Vóyme, pues, al campo de la clínica.

Vamos á pasar al exámen de nuestros registros, á fin de buscar en ellos informaciones útiles sobre las enfermedades mentales.

Contienen la indicacion de los nombres, de la edad del sujeto, de su profesion, de su sexo, de su estado civil, de la forma de su enfermedad, de los síntomas que han indicado la invasion, de las recaídas que ha experimentado, de la causa predisponente ú ocasional.

Tambien se encuentran las reglas que deben guiarnos en la enunciaci6n del pronóstico y los motivos que nos determinan á creer que la enfermedad curará ó no curará.

Todos estos antecedentes presentan una gran importancia práctica.

La costumbre que he contraido de interrogar á los enajenados de mi establecimiento bajo el punto de vista de su curabilidad ó de su incurabilidad, de la terminaci6n de su enfermedad, es, en mi concepto, un ejercicio eminentemente instructivo. Desde los primeros dias que el enfermo se halla sometido á mi observaci6n, formulo el pronóstico en mis registros. Este juicio, así inscrito, permanece como un testimonio auténtico que, segun que sea contrario ó conforme con los sucesos ulteriores, viene á demostrar mi error ó á confirmar la exactitud de mi apreciacion.

Quizás en el dia muchos médicos clínicos descuiden tal estudio, que tenía gran importancia entre los antiguos. De este modo se consigue perfeccionar el tacto médico, se llega á deducir conclusiones de cierto número de hechos reunidos, y se aprende á referir los conocimientos nuevos á los conocimientos ya adquiridos.

Así, en una palabra, se hace la estadística.

Se puede proceder de diferentes modos en la formacion de los cuadros estadísticos.

Se cuentan los entrados, se apuntan los salidos y las defunciones que han ocurrido durante un año, durante muchos años, y se ponen unas cifras en relacion con otras: tantos entrados, tantas curaciones.

Ó bien se considera la poblacion general de un establecimiento y se dice: esta poblacion colectiva ha dado, al cabo del año, tal cifra de salidos, tal cifra de defunciones.

Hay otra manera, más cierta en sus resultados, que consiste en considerar los individuos entrados durante una serie de años y ver lo que ha sido de estos pacientes al cabo de 10, 15 ó 20 años.

Deseo enseñaros cómo he conseguido exponeros las probabilidades de curabilidad ó de incurabilidad que ofrece una serie de enfermos.

SALIDAS Y CURACIONES

1. No me he dirigido á la poblacion actual de estos establecimientos; no he comparado las salidas con las admisiones de un año, porque tal operacion no nos da rigurosamente el resultado de la enfermedad en cada paciente.

Mi atencion se ha fijado en los sujetos entrados desde 1.º de Enero de 1830 al 31 de Diciembre de 1840, y he interrogado mis libros para saber cuál es en el dia la suerte de todas estas personas.

2. Resulta de dicho exámen que fueron admitidos en este período 991 enajenados, de los cuales 524 abandonaron el establecimiento, 379 sucumbieron y 88 continúan todavía aquí. En cuanto á la mayor parte de estos últimos, hay una casi certeza de incurabilidad, porque, despues de 10 años de padecimientos como cuentan algunos, las curaciones son muy raras.

Cien enajenados admitidos han dado, pues, un número de salidos muy superior á la mitad de esta cifra; se han obtenido 53 salidas por cada 100 admisiones.

Esta cifra 53 no representa las curaciones; conviene consignarlo así. Consideradas las curaciones entre los individuos entrados,

sólo pueden evaluarse en 45 por 100; el resto representa enfermos que experimentaron tan sólo una mejoría, ó que, no restablecidos, fueron reclamados por sus padres ó por la autoridad.

De los 991 admitidos durante un período de 10 años, sólo quedan 88, la mayor parte incurables.

3. Sería equivocado creer que entre los 53 que no figuran en el número de las curaciones había algunos en los cuales los recursos del arte hubieran podido conseguir alguna probabilidad de éxito; la mayor parte de ellos, por el contrario, llevaba en sí el germen de la incurabilidad.

Entre 100 enajenados que entran en un establecimiento público, algunos son reclamados más tarde, ora por sus familias, ora por la administracion ántes de que la curacion sea perfecta, ó cuando se hallan en un estado de incurabilidad: todos los cuadros estadísticos bien hechos indican una cifra que representa los enajenados reclamados. Algunos salen despues de haber experimentado una notable mejoría; otros permanecen incurables.

Estamos, pues, autorizados para decir que, cuanto más dementes, paralíticos, epilépticos, etc., se admitan en un establecimiento, más raras serán las curaciones y mayor la mortalidad.

4. No perdais de vista que entre 100 personas admitidas hay un gran número, 60 cuando ménos, que se hallan en un estado que resiste á todos los esfuerzos del arte.

5. Cuando se calcula sobre la *poblacion sedentaria* que existe en el establecimiento, el número de los enfermos incurables domina considerablemente sobre los curables; estos últimos pueden valorarse en un máximo de 16.

(Segun una estadística hecha en Inglaterra, existían en 1.º de Enero de 1844 en dicho país, comprendido el ducado de Galles, 3.760 enajenados reputados incurables, y sólo 712 enajenados curables.)

Pinel, despues de haber separado los epilépticos, los paralíticos, los dementes de edad avanzada, los idiotas, los casos inveterados y mal tratados, obtiene 84, 87, 93 curaciones por cada 100 admisiones.

RECIDIVAS

1. Pero se dirá que no tengo en cuenta las recidivas.
¿Y por qué la enajenacion no admite recidivas? Cuando se ha

experimentado una afeccion reumática, un empacho gástrico, cuando se ha padecido una inflamacion ocular ó tonsilar, ¿no habrá recaídas de estas enfermedades? Podría decirse que los retornos ocurren más á menudo en estas últimas afecciones que en la enajenacion mental cuando es imposible prodigar al convaleciente todos los cuidados, rodearle de toda la sollicitud que reclama su posicion.

Lo que hace más frecuente las recidivas de los enajenados es la condicion deplorable de los enfermos curados. La mayor parte de ellos se encuentra en una situacion que no puede ser más desgraciada. A menudo, en nuestros convalecientes, el pensamiento de no poder ser recibidos de nuevo en la casa en que prestaban sus servicios, la perspectiva de no encontrar trabajo durante el invierno que se aproxima, constituye para ellos una causa de recaída. La nueva entrada de la persona en el seno de su familia, sumergida en la miseria, puede provocar tambien el retorno de la enajenacion.

2. De cualquier modo, hay una divergencia de opinion muy pronunciada sobre la cifra proporcional de las recidivas. Mis cálculos, hechos con mucho cuidado y exactitud, me dan un 21 por cada 100 admisiones.

Este resultado se obtiene procediendo del siguiente modo: se toman los entrados en una serie de muchos años, se interroga cada nombre del enajenado admitido y se toma nota del número de ataques que ha podido experimentar. Ó bien se aplica este cálculo, no á las admisiones, sino á las salidas.

Esta cifra 21, que indica los retornos, se parece mucho á un número recogido recientemente por los inspectores de los establecimientos de enajenados de Holanda, Sres. Schroeder van der Kolk y Feith. Vemos en él las recidivas representadas en la proporción de 18 para los hombres y 19 para las mujeres.

3. Los casos de recidiva no van á parar siempre nuevamente á nuestro establecimiento. Por eso debe darse á las cifras obtenidas una elevacion que no tienen en nuestras estadísticas. Yo creo que, para llegar á la cifra verdadera, debe calcularse que, por cada 100 personas que entran en los manicomios, hay 22, cuando ménos, que ya han padecido enajenacion.

4. Lo que es muy digno de atencion, es la diferencia que puede observarse bajo este punto de vista con relacion á ciertos establecimientos y á ciertos pueblos. En el manicomio de los Quákeros, cerca de York, el Dr. Thurnam ha obtenido resultados que difie-

ren de los de aquí, aunque haya seguido el método de calcular que nosotros empleamos; ha demostrado por cifras que, cuando tres enfermos salen curados del establecimiento, hay dos que vuelven. Cabe sospechar si los hábitos religiosos de los quákeros no favorecen algo esta predisposición mayor á las recidivas.

En Rouen, según el Dr. Parchappe, las recidivas son de 17.

Hay en el pronóstico dos extremos que considerar:

- la curación,
- la muerte.

No es dado al práctico enunciar un juicio en el sentido riguroso de estas dos expresiones.

Podrá algunas veces decir: este enfermo no curará, porque hay situaciones en las que la incurabilidad no deja ninguna duda en el ánimo.

Pero no tendrá la misma certidumbre para los casos de restablecimiento.

Dirá:

- Hay para este enfermo inmensas probabilidades de curación;
- probabilidades de curar;
- probabilidades de una curación difícil;
- probabilidades de un estado incurable;
- grandes probabilidades de incurabilidad,
- y, en algunos casos, una incurabilidad cierta.

Esta marcha, trazada por la prudencia, la seguiréis en las respuestas oficiales que tengais que dar.

Pero cuando se trate tan sólo de emitir vuestra opinión como hombres de ciencia, podréis decir: este enajenado curará, ó este enajenado no curará.

DEFUNCIONES

1. En cuanto á las defunciones, importa distinguir las que se refieren directamente á la enajenación mental de las que son resultado de la edad avanzada, de disposiciones individuales ó de enfermedades sobrevenidas accidentalmente. Así, si nosotros hemos encontrado en 10 años 379 defunciones entre 991 enfermos que entra-

ron durante dicho período, ó sea un 38 por 100, esta cifra no expresa la mortalidad real de la enajenación mental. Más de la mitad de estos enfermos sucumbieron de afecciones secundarias ó accidentales, y poco tiempo después de su admisión.

2. Recordad también que nuestras cifras no representan las relaciones entre las admisiones y las salidas anuales; designan la suerte de una serie de enfermos que entraron sucesivamente en el establecimiento durante cierto número de años.

3. Con relación á las defunciones, los resultados varían de una manera extraordinaria.

Esta diferencia depende del modo cómo se hacen los cálculos y de circunstancias completamente especiales.

Si el resultado comprende una serie de entrados, se obtienen 32, 34, 38 y hasta 40 defunciones.

Si se tiene en cuenta la población sedentaria y se añaden las entradas efectuadas durante un año, se llega en los establecimientos públicos á una cifra que oscila entre 8 y 12 por 100. La mortalidad en los establecimientos reunidos de toda la Bélgica es de un 8, según las cifras suministradas por la comisión de inspección.

Según el Dr. Moreau de Jonés, el número de los muertos se eleva de 9 á 10 en los establecimientos en que se reciben indistintamente todas las especies y variedades de la enajenación mental.

Durante los últimos años hemos obtenido aquí un término medio de 9,8 en las mujeres y 10 en los hombres.

(El Dr. Belhomme da la estadística siguiente:

En Charenton,	hombres	1 muerto por cada	3,75
— Rouen,	—	1	21,01
— —	mujeres	1	17,03
— Bicêtre,	hombres	1	7,00
— la Salpêtrière,	mujeres	1	10,00)

En los establecimientos particulares, la mortalidad anual es mucho menor que en los establecimientos públicos. En las señoras pensionistas sólo es de 1 por cada 20 (5 por 100); en los hombres de buena posición, la cifra es más elevada.

¿Qué diferencia hay entre la constitución de un establecimiento público y la de una institución privada? Voy á decirlo.

En los establecimientos públicos:

Se encuentran más sujetos enervados por las privaciones,
más demencias primitivas,

más demencias seniles,
 ménos cuidados directamente aplicados al individuo,
 más enfermos en las enfermerías, pero también mayor número de enajenados secuestrados en el primer día de su enfermedad.

En los establecimientos privados:
 más casos crónicos admitidos,
 ménos demencias primitivas,
 cuidados más inteligentes,
 mayor número de parálisis,
 salidas anticipadas.

4. No deis una importancia excesiva á las cifras de curabilidad ó de incurabilidad; se hallan léjos de probar la mayor ó menor solicitud médica de que pueden ser objeto los enajenados. Si, en un establecimiento, el número de defunciones se eleva hasta 12 por 100, no creais por esto que los enajenados están en él ménos cuidados que en otro en que la mortalidad sólo marca un 8 por 100. Así, esta cifra es de 11 en los establecimientos ingleses, se reduce á 8 en los irlandeses y á 7 en los escoceses: ¿debe deducirse de esto que los enajenados estén peor cuidados en Inglaterra que en Irlanda y Escocia?

Indudablemente que no; la diferencia observada se refiere á menudo á causas y á circunstancias distintas de la falta de ciencia ó de cuidados. Es debida al estado de los enfermos recibidos, á los casos recientes ó crónicos, á las condiciones de la habitacion que ocupan los enajenados.

Puede, en verdad, explicarse también por la suficiencia ó la insuficiencia del régimen alimenticio. Las ideas económicas de un *empresario* ó las de las administraciones públicas son á menudo causa de un exceso de mortalidad.

Refiero una parte de estas observaciones á los cálculos del Sr. Thurnam, y al trabajo que ha publicado sobre las casas de enajenados en Inglaterra el Dr. Schlemm, de Berlin, para probar que toda mortalidad que en un establecimiento público es mayor de 12 y 13 por 100 debe interpretarse en un sentido desfavorable; que, por el contrario, la que da ménos de 10 tiene una significacion ventajosa.

Otro tanto puede decirse de las curaciones anotadas en los cuadros estadísticos. El Dr. Thurnam quiere que toda cifra menor

de 40 curaciones exprese un resultado funesto, y que la que pase de 45 es ya satisfactoria.

Después de haber expuesto estas consideraciones generales, vamos á hacer una aplicacion más directa de ellas á los enfermos.

SEGUNDA PARTE

DEL PRONÓSTICO PROPIAMENTE DICHO

Quando se trata de formular las nociones del pronóstico de las enfermedades mentales, pueden tomarse por base las indicaciones siguientes:

- I. La forma morbosa.
- II. El curso de la enfermedad.
- III. El tiempo transcurrido.
- IV. Las complicaciones y los síntomas especiales.
- V. Las crisis.
- VI. Las causas.
- VII. La edad del sujeto.
- VIII. La época del año.

A. BAJO EL PUNTO DE VISTA DE LA FORMA MORBOSA

a) Tres formas frenopáticas permiten creer en la curacion:

- I. El éxtasis.
- II. La melancolía.
- III. La manía.

Todo lo que se aleja de estos tres matices fundamentales, en otros términos, todo lo que no constituye un estado cataleptiforme, una aficcion, pasiones fogosas, anuncia las más veces una larga duracion de la enfermedad, ó la probabilidad de una curacion incompleta.