

como ya hemos manifestado, algunas enfermedades mentales que contaban algunos años curaron en la época de la vida en que la mujer deja de ser apta para la fecundación. La atrofia de los ovarios parece que corta en estos casos el mal en su raíz.

3. No puede negarse que la debilidad que en los enajenados resulta del progreso de la edad, disminuye las probabilidades de curación. Durante la fase del vigor, las enajenaciones se manifiestan con la mayor violencia; pero en este período de la vida es cuando mejor se disipan. Hacia la edad crítica, la manía furiosa se hace más rara; se observan más bien entónces manías tranquilas, cuya curación ofrece más de una dificultad.

La debilidad corporal es un obstáculo al restablecimiento de los enfermos. Parece, por el contrario, que un estado robusto debe considerarse como de naturaleza propia para apresurar el restablecimiento de los enajenados. Lo cierto es que las personas sujetas á manías periódicas concluyen, casi siempre, por ser atacadas de una manía tranquila, continua, que pasa al estado de demencia cuando llegan á una edad avanzada.

Si la manía se declara en un sujeto de edad avanzada, pero muy vigoroso, dotado de una complexión nerviosa, la consideración de la edad pierde gran parte de su importancia. Algunos enfermos, aunque de edad avanzada, pueden muy bien curar, sobre todo cuando la comprensión y la memoria han continuado intactas.

H. — EL PRONÓSTICO VARÍA EN CUANTO AL SEXO

Por lo general, todos los cuadros estadísticos nos presentan las curaciones más prontas y más fáciles en las mujeres que en los hombres; siempre éstos ofrecen ménos probabilidades de curación que aquéllas.

Si la suma de las curas felices es más considerable en las mujeres que en los hombres, esto se explica porque, entre los últimos, hay más parálisis generales, que aumentan la lista de los casos incurables.

La condición del sexo se halla en una relación íntima con las recidivas, como lo prueban muchos datos numéricos; así, como ya he dicho, en Holanda, según las estadísticas de los Sres. Schroeder van der Kolk y Feitz, las recidivas han sido en las mujeres de 21,

mientras que en el hombre no llegan á 18. El mismo resultado observó el Dr. Parchappe en Rouen; nosotros le hemos comprobado igualmente en nuestros establecimientos.

El sexo influye también sobre la cifra de las defunciones. La mortalidad es sensiblemente mayor en los hombres que en las mujeres. Después de los 50 años, durante el primer trimestre de la enfermedad, parece que curan más mujeres que hombres.

Pueden consultarse en este sentido los últimos cálculos estadísticos sobre los establecimientos de enajenados en Holanda.

Entre los 20 y 30 años, las curaciones son más frecuentes en la mujer que en el hombre; llegan á mucho más de la mitad de la cifra de los casos de enajenaciones.

I. EL PRONÓSTICO DIFIERE SEGUN LAS ESTACIONES

Existe una relación entre las condiciones atmosféricas y el estado moral de los enajenados.

Los registros de todos los establecimientos prueban que el verano ejerce una influencia:

- sobre las admisiones,
- sobre la movilidad, la agitación de los enfermos,
- sobre su curación.

Se restablecen más enajenados en la época de los calores que en la de los grandes fríos del año.

En el otoño es cuando, en nuestros establecimientos, son más numerosas las *salidas*. Esto no quiere decir que entónces se observen más resultados felices. La curación comienza á efectuarse durante el verano y acaba inmediatamente después.

Los meses en que la mortalidad es mayor en las casas de enajenados, son aquellos en que se observan más defunciones entre la población general. En Enero, Marzo, Abril y Setiembre, es cuando más se observa este resultado.

Examinando los cuadros de las *defunciones*, observaréis siempre un vacío que corresponde, ora á la primavera, ora al verano; en Mayo, Junio y Julio es cuando observamos una mortalidad menor.

No debe preocuparnos aquí exclusivamente la influencia atmosférica; debemos tener en cuenta los medios de existencia del enajenado, sobre todo cuando se trata de las clases ínfimas de la sociedad. Así, nuestras admisiones llegan á una cifra bastante conside-

rable en los meses más rigurosos del año. Siempre la misma cuestión; la cuestión de familia, las privaciones, los disgustos.

Tales son las nociones que tengo que exponer sobre el pronóstico, que ofrece á la vez una excesiva importancia é inmensas dificultades.

Resumamos ahora, de una manera más ó ménos aproximada, las probabilidades de curación ó de no curación que presentan las frenopatías.

a. La mayor suma de curabilidad se refiere á:

La melancolía simple sin delirio, sin delirio parcial sobre todo, sin ideas religiosas, sin suicidio, sin nostalgia, sin repugnancia por las comidas, sin retornos periódicos, sin caquexia visceral, sin afección del corazón, del hígado, de los ovarios, de la matriz.

El éxtasis, cuando sucede inmediatamente á una perturbación moral violenta; cuando nace en un sujeto joven, nervioso, no debilitado, no expuesto á convulsiones epilépticas.

La polimanía furibunda, que se desarrolla de una manera explosiva, que se refiere directamente á una causa moral, que no ha sido precedida de largos excesos.

b. La esperanza de salvar al enajenado es bastante probable:

En las vesanias que no van acompañadas ni de ideas dominantes monofrénicas, ni de gestos sonambuliformes, ni de convulsiones, ni de parálisis, y en los sujetos jóvenes y vigorosos, en las enajenaciones que no han ido precedidas inmediatamente de terrores.

En las vesanias caracterizadas, en su período decreciente, por intervalos lúcidos, por un retorno á las afecciones de familia, por una aptitud para el trabajo.

c. El retorno á la salud es laborioso:

- en la melancolía con invasión y progresión lenta;
- en la manía tranquila, cuando se trata de personas de alguna edad ó debilitadas por accesos frenopáticos anteriores;
- en las alucinaciones sin melancolía, sin manía;
- en la melancolía con gran desesperación y caquexia;
- en la melancolía con suicidio;
- en el mutismo con melancolía;
- en la melancolía con resistencia á comer.

d. Las curaciones son raras:

- en la enajenación crónica marcada por la ambición, la vanidad, la alegría excesiva;
- en la demonofobia;
- en el delirio hipocondríaco;
- en la manía del robo;
- en el delirio religioso;
- en la demencia aguda en sujetos de edad avanzada;
- en el suicidio con falta de melancolía, de manía;
- en los mártires;
- en el mutismo sin melancolía;
- en la locura de oposición;
- en las manías con gran indocilidad y deseos de perjudicar;
- en las manías periódicas con largos intervalos.

e. Los indicios de una incurabilidad casi cierta son:

Una manía en la cual se observa una debilidad poco rápida, pero progresiva, de la inteligencia, de la memoria; un desorden completo en las ideas, producido de una manera más ó ménos lenta; la falta de todo pudor, de toda afección de familia; una profunda decoloración de la piel;

- las convulsiones epilépticas asociadas á la manía, con progresión hácia la demencia;
- las convulsiones combinadas con la demencia, con la imbecilidad, con el idiotismo;
- la manía acompañada de demencia y de impulsos sangui-narios.
- el robo de objetos de ningun valor, con manifestaciones de demencia;
- los incendiarios, con progresión hácia la demencia;
- los que se creen dioses, santos, reyes, príncipes, etc., continuando intacta la inteligencia en cuanto á las relaciones exteriores;
- los maníacos, los melancólicos, los locos cuyo estado se ha hecho crónico, los sujetos de edad avanzada.

f. Entre los síntomas que anuncian una incurabilidad cierta, debemos citar:

Un lenguaje embrollado, incoherente, que se declara de una manera progresiva en el curso de una enfermedad mental cuya duración ha sido larga;

una gran debilidad, una pérdida total de la inteligencia, de la memoria, de la atención, de la voluntad; una falta de pasiones que se presenta en el curso de una enajenación cualquiera que se ha hecho crónica;
 una vacilación marcada y permanente de la palabra;
 una marcha vacilante, caídas frecuentes, contracciones parciales de los miembros, la parálisis que se manifiesta progresivamente;
 los gestos automáticos crónicos, el balanceo corporal;
 la epilepsia alternando con la parálisis;
 las evacuaciones involuntarias en los casos crónicos de demencia, de melancolía, de locura, de delirio.

Se pueden consultar las obras siguientes, además de los diccionarios médicos y tratados generales citados:

1. Pinel: *De la Manie*, 1801.
2. Haslam: *Observations on madness*, 1809.
3. Hallaran: *Practical observations on insanity*, 1818.
4. Casper: *Charakteristik der französischen Medecin*, 1822.
5. Esquirol: *Dictionnaire des Sciences médicales. — Maladies mentales*, 1838.
6. Guislain: *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices d'aliénés*, 1826.
— — *Traité des Phrénopathies*, 1833.
7. Klotz: *De Vesaniæ prognosi*, 1827.
8. H. Nasse: *De insanis prognosi secundum libros Hippocraticos*, 1829.
9. Ferrus: *Des aliénés*, 1834.
10. Prichard: *A treatise on insanity*, 1835.
11. Browne: *What asylums were, are, and ought to be*, 1837.
12. Bonacossa: *Saggio di statistica*, 1837.
13. Millingen: *Aphorisms on the treatment and management of the insane*, 1840.
14. Parchappe: *Recherches sur l'encéphale*.
15. — y de Bouteville: *Notice statistique sur l'asile des aliénés de la Seine inférieure*, 1845.
16. Flemming: *Aphorismen für Pronostik der Geistesverwirrung. — Zeitschrift von Jacobi und Nasse*, 1838.
17. Thurnam: *The statistics of the Retreat*, 1841.
— — *Observations and essays on the statistics of insanity*, 1845.
18. Griesinger: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1845.

19. Brierre de Boismont: *Quelques remarques sur les statistiques de la folie. — Annales d'hygiène*, 1845.
20. Engelken: *Beitrage zur Seelenheilkunde*, 1846.
21. Thore: *Recherches statistiques sur l'aliénation mentale*, 1847.
22. Ramaer: *Over terugkeer der krankzinnigheid*, 1846.
23. Comisionados en Lunacy: *Report*, 1847.
24. Maas: *Practische Seelenheilkunde*, 1847.
25. Schlemm: *Bericht über das Britisch-Irrenwesen*, 1848.
26. Feith y Schroeder van der Kolk: *Geneeskundig overzigt*, 1848.
— — *Verslag over den staat der gestichten voor krankzinnigen*, 1849.
27. Jarvis: *On insanity in te sexes*, 1850.
28. Herpin: *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, 1848.
29. L. Schlager: *Die Bedeutung der Menstrualprocesses und seinen Anomalien für die Entwicklung und der Verlauf der Psychischen Störungen. — Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1853.
30. Nasse: *Neue Beobachtungen über den Einfluss der Wechselfebers auf das Irrsein. — Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1864.
31. Von Krafft-Ebing: *Ueber die durch gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen Psychosen*, 1876.
— — *Ueber die pronostische Bedeutung der erbliche Anlage zu Irrsein*, 1869.
32. Crichton Brown: *Cranial injuries and mental disease*, 1871.