

Sin embargo, debemos reconocer que, ántes que llevara á cabo sus tentativas este ilustre médico, otros habían preparado el camino á las reformas. El ilustre Pinel fué el primero que concibió la idea de renunciar á los medios coercitivos. En una obra sobre los Montes de Piedad en Bélgica, el Sr. Decker ha mencionado un curioso documento relativo á la manera cómo se trataban los enajenados en el siglo XVI; cita el pasaje de un trabajo publicado en 1525 por Vives, escritor de origen español, con el título de: *De subventu pauperum*, donde se ve que no deben atribuirse exclusivamente á los modernos las tendencias humanitarias que nos obligan á hacer un uso limitado de los medios coercitivos.

Leeréis igualmente con interés las consideraciones en las cuales ha entrado Bird, sobre el empleo de los medios coercitivos, en su trabajo: *Ueber Einrichtung und Zweck der Krankenhauser für Geisteskranken*.

En una Memoria perfectamente razonada, inserta en el *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, el Dr. Dick ha presentado una serie de consideraciones que se refieren á la cuestion del empleo de los medios coercitivos en la enajenacion mental. Creo que nada perderéis con su lectura. Podeis consultar igualmente con fruto el excelente trabajo del Dr. Eugenio Grison, médico director del Asilo de la Carolina del Nord, publicado en el *American Journal of insanity*, y titulado: *Mechanical protection für the violent insane*. Escrito en contestacion á un ataque del Dr. Bucknill, da excelentes argumentos para la continuacion del empleo razonable y moderado de los medios coercitivos mecánicos en el tratamiento de los enajenados. Encontraréis asimismo excelentes datos en las discusiones de la Sociedad Médico-psicológica. Véase tambien el trabajo que el Sr. Lentz, de Froidmont, publicó sobre este asunto en el número 11 del *Bulletin de la Société de Médecine de Belgique*, lo mismo que la discusion á que dió lugar.

LECCION TRIGÉSIMASEGUNDA

CONTINUACION

TERCERA PARTE

AYUNADORES. — ALIMENTACION FORZADA

Nunca me cansaré de recomendar á los prácticos que apenas están acostumbrados á tratar á los enajenados, el que se ilustren bastante sobre la naturaleza de la repugnancia por comer que se observa algunas veces. La sitofobia puede ser debida á un empacho gástrico, á una irritacion del estómago, á una atonía de este órgano; tambien se refiere, más á menudo de lo que se cree, á un estreñimiento pertinaz; pero á menudo depende de un estado moral especial, de un espíritu de oposicion fantástica.

Los síntomas concomitantes guiarán al hombre de arte.

La lengua está pálida, cubierta de una capa mucosa, ó bien roja en las enfermedades atónicas del estómago.

En cuanto al estado de la piel y del pulso, hay calor en la piel, aceleracion de la circulacion en las irritaciones gástricas.

La obstinacion no justificada en no querer aceptar nada es siempre un anuncio de que la repugnancia parte de la moral.

A menudo he visto cometer errores en el sentido de que se consideraba la sitofobia como una afeccion que debía tratarse por la dieta y los emolientes.

Ahora bien; desde que se declara la repugnancia de comer, si no va acompañada de laxitud, de fiebre, de sed, de calor á la piel, se debe procurar vencer la obstinacion del enfermo, á fin de prevenir el marasmo, que no tarda en manifestarse.

1. En nuestros establecimientos se sigue un procedimiento bastante extraño, que á menudo da buen resultado. Consiste en presentar al enfermo su comida en una habitacion distinta de la que ocupa ordinariamente, que no conoce, paseándole, cambiándole de habitacion á cada nuevo ensayo, llevándole siempre á un sitio al que no estén acostumbrados sus ojos.

No es ménos útil variar, en lo posible, la calidad y la preparacion de los alimentos que se le destinan.

2. Es conveniente tambien cambiar el personal encargado de administrarle sus alimentos; los sitófobos aceptan á menudo de unos lo que no quieren tomar de otros. Un amigo, un hombre que inspira respeto, una persona querida, determinan á veces al enajenado á recibir sus alimentos.

Algunas veces se consigue lo que se desea por la moralizacion, por exhortaciones y promesas.

3. En otros casos, los enfermos comen cuando ven que nadie les vigila.

4. En ocasiones, el enajenado come cuando se derrama un vaso de agua en su cara, cuando se emplea la ducha, el baño de afusion, el baño de inmersion.

5. Sin embargo, debo confesar que es poco frecuente el resultado con todos estos medios.

Un dia obtuve un efecto notable del miedo en una señora melancólica, que rechazaba comer desde tres meses ántes con una obstinacion pertinaz. Se habían intentado en vano todos los medios; las amenazas de sofocacion, que comenzaban á manifestarse siempre que se intentaba hacer pasar los alimentos, hacían que la operacion de la alimentacion forzada fuera perjudicial. Teniendo en cuenta el enflaquecimiento que se había declarado, lo mismo que una tos frecuente que anunciaba el mal estado del pecho, creí próximo el fin de la enferma: mandé que se la administraran los últimos Sacramentos. Asustada, conmovida, observó en silencio y atentamente todos los actos del sacerdote. Aquel mismo dia tomó la taza de té que se le ofrecía, y luego una taza de caldo: al dia siguiente hizo una comida bastante copiosa. Así continuó los sucesivos, y desde entonces siguió comiendo con buena voluntad.

6. Hace unos 30 años hice ensayos con el sillón rotatorio; de este modo conseguí á menudo hacer comer á los enajenados, sometiéndoles á la giracion. Decía yo á los locos que no querían co-

mer: «Si persistís en vuestro capricho, os daré unas vueltas en el sillón rotatorio; si quereis comer, lo suspenderé.» De este modo practicaba lo que hoy se llama la intimidacion. Si el enfermo se obstinaba, como sucedía muy á menudo, mandaba que se le pusiera en movimiento. Se cesaba al cabo de uno ó dos minutos, para comenzar al cabo de algunos instantes.

Con todo, como es necesario trasportar al enfermo para conducirle al sillón, y el empleo de este medio exige una gran prudencia, he dejado de recurrir á él.

El Sr. Leuret obtuvo el mismo resultado por la ducha; la repugnancia por las comidas es una de las situaciones que, en su práctica, ceden más fácilmente al tratamiento por intimidacion.

7. La sitofobia debe determinar á los prácticos á hacer entrar á los enfermos en un establecimiento particular; los enfermeros ordinarios no saben cómo deben conducirse cuando se trata de la ingestion alimenticia forzada. Su repugnancia, bajo este punto de vista, es extrema. Con los brazos cruzados, no dejan de decirnos: Aquí nada se consigue; el enfermo cierra su garganta, y, por lo tanto, nada puede penetrar en ella.

No debe vacilarse en confiar el enajenado á personas inteligentes, dedicadas al cultivo de la especialidad.

8. Cuando todas las tentativas fracasan, debe recurrirse á la alimentacion forzada, haciendo pasar á la fuerza — permitidme el pleonasma — las sustancias nutritivas á las vías gástricas.

9. Creo oportuno formular aquí dos observaciones. La primera es que no debe perderse tiempo, cuando se trata de los medios que esta medicacion reclama; es decir, que desde el momento en que tenemos la conviccion íntima de que la repugnancia por las comidas es una afeccion moral y de que los procedimientos suaves y las estratagemas no producen resultados, todo retraso es perjudicial, porque hace más pertinaz la determinacion del enfermo. La segunda se refiere á la potencia con que debe obrarse al tratar á estos enajenados; se necesita que el personal llamado á funcionar sea en número bastante, y al mismo tiempo imponente. Es necesario que los principales actores estén hábilmente dirigidos y que el médico se halle presente en los casos graves.

OBSTÁCULOS QUE HAY QUE VENCER

10. Debo decir algunas palabras acerca de las dificultades que hay que vencer cuando se trata de la introducción de los alimentos, que deberán siempre ser líquidos.

a. La acción de los músculos elevadores de la mandíbula, cuya resistencia, en cierto modo convulsiva, sólo puede vencerse por los esfuerzos mejor combinados.

b. La movilidad de la lengua, que obliga al enfermo á rechazar, por contorsiones de este órgano, los alimentos que se le hacen tomar.

c. Un movimiento anti-deglutivo, que se establece en la faringe y en el esófago, lo cual da al paciente la facultad de volver los alimentos á la boca.

d. Una contracción convulsiva del esófago, provocada sobre todo por la introducción de la sonda, y que hace imposible el descenso de este instrumento ó el de los alimentos.

e. Un movimiento expiratorio, que impide el descenso de los alimentos, que determina su retorno á la boca y su entrada en las vías respiratorias.

f. Movimientos de repulsión de los brazos, de la cabeza, del cuerpo, de los miembros inferiores.

Dos recursos se ofrecen al práctico: abrir la boca para hacer pasar los alimentos, ó hacer esta introducción por las narices.

11. ¿Cuál de ellos debe elegirse? En mi concepto, ambos tienen grandes dificultades, pero prefiero la ingestión bucal.

INGESTION BUCAL

12. Supongo que, en el enajenado que veis allí, debe recurrirse á la alimentación forzada. ¿Qué debemos hacer?

Se presenta al enfermo su caldo, se le pregunta si quiere tomarlo..... Lo rechaza..... Inmediatamente hay que obrar..... Se le acuesta sobre un colchón, procurando que la cabecera esté lejos de la pared y colocándole de tal suerte que la cabeza se encuentre á los pies de la cama (la cual, dicho sea de paso, debe ser poco elevada). Si el paciente opone resistencia, un ayudante le sostiene por la pelvis. Si es muy rebelde, otro ayudante coge la cabeza con las dos manos

á la vez. La cabeza debe estar algo vuelta hácia atrás, pero de modo que el cuello no esté muy tenso. Por cada lado, un ayudante se apoya en el hombro y brazo. Uno de ellos se colocará de modo que no moleste á la persona encargada de abrir la boca. Otros ayudantes, en número suficiente, sujetarán los pies y las rodillas. Es útil que el enfermo vea á su alrededor muchos hombres.

13. Colocando el enfermo en esta actitud y no pudiendo moverse, se pueden hacer dos cosas: ó abrirle la boca, ó introducir una sonda por las narices.

ABERTURA FORZADA DE LA BOCA.

a. Intento primero abrir la boca. Se ve que está convulsivamente cerrada, sobre todo después de una segunda, de una tercera tentativa.

Las dos operaciones son igualmente difíciles, y la sonda presenta á menudo más peligros que la ingestión directa de los alimentos.

Prefiero este último método, porque se consigue abrir más fácilmente la boca por medio de instrumentos muy sencillos.

Para ello, uso un estilete de acero plano, con un mango, que se introduce entre los arcos dentarios, allá donde queda algún vacío entre el diente canino y la primera muela molar. Hago un ligero esfuerzo, separo los arcos dentarios deslizando el estilete por debajo de los molares, un poco por delante, para poder hacer entrar una pequeña palanca de acero.

Ésta es igualmente plana por sus caras, pero delgada y afilada por el borde anterior. Deslizo esta palanca entre la separación que ha producido el estilete, y, en vez de la posición horizontal que tenía al introducirla, le doy una posición vertical.

b. Entonces saco el estilete.

Tomo una palanca de madera muy fuerte, algo más voluminosa que mi primera palanca, y la hago pasar entre los arcos molares; la llevo al interior de la boca hasta la lengua, y derramo el caldo en la boca.

c. No siempre es necesario usar el primer instrumento; la palanca de acero basta las más veces.

d. He visto en Italia, en el hospicio de la calle Longara, en Roma, un instrumento que sirve para abrir la boca. Consiste en

unas pinzas-tenazas, dispuestas de modo que, cuando el instrumento se cierra por su mango, se abren las ramas, las cuales están aplastadas de modo que pueden introducirse entre los dientes.

e. Otro instrumento se ha empleado con el mismo objeto: es el *speculum oris*.

14. Mientras se introducen los alimentos, el enfermo ejercita su lengua en movimientos anti-deglutivos; para prevenirlos ó suspenderlos, conviene deprimir este órgano por medio de una cuchara ó de un biberon. Esta maniobra me ha dado siempre feliz resultado; hago pasar el caldo, la leche y los huevos por medio de una cuchara; pero, en vez de llevar el líquido á la superficie de la lengua, lo arrojó hasta el fondo de la boca, hasta la faringe.

15. Esta operacion es fácil cuando los instrumentos están bien hechos, y cuando la persona que debe usarlos ha adquirido la destreza y la práctica necesarias. Pero otras veces el resultado es nulo ó incompleto.

Ordinariamente se hace la ingestion dos veces al dia.

SONDA ESOFÁGICA. — INTRODUCCION POR LA NARIZ

16. Si se encuentran obstáculos invencibles para abrir la boca, se puede introducir por las vías nasales una sonda esofágica, desprovista de mandarin. Pero esta operacion es difícil, dada la curvatura de la faringe. Se pueden herir las paredes de estas cavidades; la faringe y el esófago se contraen en ocasiones de una manera violenta, y la sonda puede encorvarse, doblar; puede tambien seguir un camino falso y hasta introducirse en la glótis. Las aberturas inferiores del instrumento se obstruyen, ó bien las paredes del esófago se pegan á él, y el líquido nutricio no tiene salida. Se hace ingerir adaptando un pequeño embudo á la abertura exterior de la sonda; pero aquí se presentan nuevas dificultades; si el líquido no circula, debe quitarse el embudo, y el caldo se derrama entónces sobre el enfermo.

El volumen de la sonda puede tambien ser un obstáculo, por lo cual algunos emplean una sonda ordinaria elástica; pero, en este caso, el líquido circula difícilmente y la operacion exige un tiempo indefinido.

MANDARIN DEL SEÑOR BAILLARGER

Cuando la sonda ha pasado de las aberturas nasales posteriores, debe recurrirse al mandarin para poderla dirigir.

17. El Dr. Baillarger ha ideado un mandarin doble: uno de hierro, otro de ballena. El primero conduce la sonda por las fosas nasales; el segundo por la faringe y esófago.

PROCEDIMIENTO DEL SEÑOR BLANCHE

18. El Dr. E. Blanche ha hecho construir un mandarin, único articulado, con el cual dirige la sonda de goma elástica.

PROCEDIMIENTO DEL SEÑOR BRIERRE

19. El Sr. Brierre no empuja la sonda más que hasta la cámara posterior de la boca, y procura no penetrar en el esófago. Hace entónces cerrar la boca, valiéndose de un ayudante, mientras que otro aplica los dedos sobre la nariz que ha quedado libre y derrama el caldo por medio de un embudo. Haciendo esfuerzos para respirar, el enfermo ejecuta la deglucion.

Todos estos procedimientos presentan ciertas ventajas, pero tambien ofrecen grandes dificultades, en términos que rara vez dan resultados completos.

SONDA DEL SEÑOR LEURET

20. El práctico cuyas ideas se separan más de las de los demas médicos que hacen uso de la sonda para introducirla por las narices, es el Sr. Leuret, que ha inventado un agente muy ingenioso.

Figuraos una sonda hecha con intestinos de carnero, que se introduce por uno de los agujeros nasales y que se deja colocada mientras el enfermo persiste en su repugnancia por las comidas.

El Sr. Leuret toma tres intestinos de carnero, tan largos como el trayecto de las fosas nasales, de la faringe y del esófago reunidos. Los despoja de su membrana aterciopelada y de la túnica peritoneal, de modo que no quede más que la túnica fibrosa. Pasa sucesivamente, una sobre otra, las tres membranas, que se unen entre sí y no for-

man de este modo mas que un solo tubo membranoso más ó menos sólido. Somete este tubo á una infusion de madera de encina, y, á beneficio de dicha operacion, le da más resistencia y la preserva contra las fuerzas digestivas del estómago. Introduce en esta ancha sonda un mandarin hecho tambien con tripa, al cual da una curvatura en el sentido de la direccion de la faringe. Al extremo superior se une un apéndice destinado á recibir un embudo; el inferior está perforado lateralmente.

Comprendo que este instrumento puede prestar verdaderos servicios; mas, para mantenerle colocado, es preciso sujetar las manos del enajenado, hacerle llevar la camisa de fuerza y colocarle en su cama, alejado de los demas enfermos del establecimiento; de no hacerlo así, no tardaría en sacar la sonda. Ahora bien; sujetando al enfermo en su cama, se le hace tomar una posicion muy incómoda, muy desagradable: es preferible que pueda circular libremente. Por lo demas, segun várias observaciones insertas en los *Annales médico-psychologiques*, hay otro inconveniente: el de una gran dificultad bajo el punto de vista de la extraccion del mandarin, lo cual indujo á Leuret á emplear un conductor de corvadura fija que no pasa de la faringe, en el cual introduce un mandarin de ballena.

Veis, pues, por lo dicho que la inyeccion alimenticia dista mucho de ser un medio seguro, y podeis concebir por qué concedo la preferencia á la introduccion bucal.

INTRODUCCION DE LA SONDA POR LA BOCA

21. Abierta la boca, se ingiere, pues, como acabamos de decir, el alimento líquido.

Pero, si el enfermo se dedica á un movimiento antideglucionario, si su voluntad domina bien pronto la faringe y aun el esófago, si rechaza con la lengua los líquidos nutricios que van á la cavidad bucal, ¿qué hacer?

En tales casos intento la proyeccion, y, si no produce resultado, empleo la sonda esofágica; la hago penetrar por la boca en el esófago. Esta operacion se halla rodeada de dificultades y supone una gran habilidad.

La introduccion de la sonda sin mandarin no es posible; el instrumento se encorva y va á doblarse contra las paredes posteriores

de la faringe. El enfermo le imprime una falsa direccion moviendo la lengua.

Hago, pues, pasar un mandarin de alambre, bastante delgado para que pueda doblarse fácilmente; le doy la inflexion de la lengua; pero apenas el instrumento ha pasado la base de este órgano saco el mandarin y lo reemplazo por un tallo de ballena; entónces deslizo todo el instrumento y derramo el alimento líquido en el embudo exterior.

Algunas veces es útil emplear una especie de espátula ó una cuchara para deprimir la lengua al introducir la sonda.

Observad ahora cómo voy á proceder....

APARATO DEL SR. BOUGARD

22. El Dr. Bougard ha imaginado un instrumento compuesto de una especie de bocado (*mors*) que se introduce entre los arcos dentarios, despues de haberlos separado. Otra pieza que le atraviesa es un tubo metálico muy ancho en forma de embudo, que, encorvado en la direccion de la lengua, funciona como sonda. Sirve para hacer pasar los líquidos nutricios. Este instrumento es, en el fondo, una sonda faríngea, capaz de deprimir la lengua, de tener una posicion fija en la boca y de derramar el alimento líquido en la faringe. El Sr. Bougard me ha asegurado que su procedimiento le ha dado excelentes resultados.

INSTRUMENTO DEL SR. BILLOD

23. Recientemente se ha puesto á la venta un instrumento presentado á la Academia Nacional de Francia, á nombre del Sr. Billod, médico del asilo de enajenados de Blois. Este instrumento, el *baillon-biberon* (frasco-biberon) se parece al del doctor de Brusélas. Consiste en un pedazo de madera, de forma elíptica, ó en una placa metálica perforada por un agujero redondo, figurando una boca. En el labio inferior se aplica y se apoya una canal de acero. El pedazo de madera se adapta á todo el contorno de la boca, mientras que la canal metálica deprime la lengua. La abertura, en forma de boca, está provista de una válvula que se levanta de fuera á adentro, de modo que se opone á la expulsion de los alimentos.

Este agente, como el que acaba de ocuparnos, puede vencer la