— 2 —

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LAS

ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE

MOVIMIENTO DE POBLACION

DE LA

CASA DE ORATES DE SANTIAGO EN 1890

TRABAJO PRESENTADO

A LA

JUNTA DIRECTIVA DEL ESTABLECIMIENTO

Por M. 2.° Beca,
Médico-residente i titular del Manicomio

BIBLIOTECA NACIONAL
CHILE
SANTIAGO

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA NACIONAL, CALLE DE LA MONEDA, 112

1891

ANTECEDENTES

Habiéndose acordado publicar el presente trabajo, creo conveniente insertar los antecedentes producidos i que le hicieron merecer los honores de la publicacion, apresurándome al mismo tiempo, a dar mis agradecimientos a las personas que han intervenido en este asunto, haciendo marcado favor, cuando creyeron hacer justicia.

Santiago, 20 de Abril de 1891.

Honorable Junta:

Con la presente, tengo el honor de someter a la consideracion de los señores miembros de la Junta Directiva de la Casa de Orates un trabajo estadístico, con las esplicaciones i deducciones respectivas, sobre el movimiento de poblacion habido en el Establecimiento en el año próximo pasado, considerado bajo faces diversas i estudiado someramente.

No persiguiendo, con este trabajo, otro objeto que el de dejar constancia del movimiento del Asilo en el año trascurrido, he tenido que limitar, hasta donde es posible, el estudio de las materias i de las conclusiones que de su consideracion se desprenden.

Esta causa i el hecho de ser éste el primer trabajo que sobre el Manicomio de Santiago se hace, despues del que confeccioné sobre el mismo tema al optar el grado de

Licenciado en 1885, me han hecho vacilar acerca de la estension que habia de darle i del número de materias que habia de abarcar.

Por esto, someto el presente a la alta consideracion de la Honorable Junta Directiva, prometiéndome, si me es dado, continuar haciéndolo en cada año, para cuyo efecto reuno el mayor número de datos posible.

En cuanto a mi opinion al respecto, creo que es indispensable la existencia de estudios i resúmenes de esta naturaleza en todos los establecimientos de beneficencia pública i mui especialmente en aquellos que, como la Casa de Orates de Santiago, permanecen casi desconocidos para el público.

Dios guarde a la Honorable Junta.

MANUEL 2.° BECA,
Médico-residente de la Casa de Orates.

En la sesion que la Junta Directiva celebró el 21 de abril, el Presidente de ella dió cuenta de hacer recibido la nota anterior i el trabajo a que se refiere i se acordó entónces unánimemente lo siguiente, que quedó estampado en el libro de actas:

«La Junta acordó que el Presidente de ésta, asociado con el médico del Establecimiento, doctor Valderrama, informen sobre dicho trabajo, apresurándose a dar al doctor Beca las mas espresivas gracias por el celo i contraccion que emplea en el ejercicio de sus funciones como *Médico residente* del Establecimiento, esperando, en vista del informe dispuesto, tomar sobre el trabajo referido, la resolucion que estime mas conveniente».

En sesion celebrada el 16 de junio la Junta se impuso

del Informe que va a continuacion i en vista de esto tomó el acuerdo de solicitar del Ministerio del Interior la publicacion del trabajo presentado i al efecto se hizo así en la nota que tambien se inserta mas abajo.

Honorable Junta:

Hemos estudiado con detenimiento el trabajo que el *Médico-residente* del Manicomio, don Manuel 2.° Beca, ha presentado a la Junta Directiva de este Establecimiento.

Comisionados por la Junta para examinar este concienzudo estudio sobre la Estadística de la Casa, nos es grato decirle que esta obra, fruto de una investigacion paciente i de un conocimiento claro de la materia, es digna de que la Junta la considere como señalado servicio prestado al Manicomio i al estudio de las enfermedades mentales en Chile.

La Junta comprenderá que obras como la del doctor Beca, merecen tener un estímulo cualquiera que alienten al autor en un camino que, teniendo sus atractivos para los espíritus elevados, reclama trabajo, intelijencia i perseverancia.

Nosotros creemos que la Junta haría bien evitando que este trabajo se perdiese i haciéndolo publicar como una interesante contribucion al estudio de las enfermedades mentales en Chile.

Esto es cuanto podemos informar sobre el trabajo del doctor Manuel 2.° Beca que la Junta Directiva del Manicomio ha sometido a nuestro estudio.

Santiago, mayo 14 de 1891.

Rafael A. Casanova — A. Valderrama.

Santiago, 22 de junio de 1891.

En sesion de 16 del presente la Junta Directiva de la Casa de Orates se hizo cargo de un informe que su Presidente, asociado del médico del Establecimiento, doctor don Adolfo Valderrama, evacuó sobre un interesante trabajo presentado a la Junta por el médico-residente de la Casa, doctor Beca.

Siendo este un trabajo hecho graciosamente por su autor i conteniendo datos mui interesantes que conviene utilizar, por cuanto pueden servir de base a la Estadística médica jeneral i especial del Manicomio, la Junta ha creido de justicia i de necesidad, obrando en esto de acuerdo con el Informe aludido, no dejar perder este importante trabajo i ha acordado dirijirse al Ministerio de US. solicitando la publicacion de él.

Trasmitiendo el acuerdo de la Junta, acompaño en el paquete adjunto el trabajo citado, permitiéndome encarecer su importancia con el objeto de que, si lo tiene a bien, ordene su publicacion.

Dios guarde a US.

EDUARDO CORTINEZ,
Director delegado de la Casa de Orates.

Al señor Ministro del Interior.

INTRODUCCION

Descuidada, como ha sido, en nuestro pais la Estadística Médica, apenas se vé de tarde en tarde algun trabajo en que se deje constancia i se dé cuenta del movimiento hospitalario.

Esta falta, dependiente de la carencia de una organizacion especial i adecuada, hace que se ignore por el mundo profano i aun por la clase médica misma, la organizacion, marcha i movimiento de muchos establecimientos públicos de beneficencia que deben ser conocidos no solo por los médicos i las autoridades, sino tambien por la sociedad.

Uno de ellos, único en su clase en todo el pais, es la Casa de Orates, que muchos apenas si saben que existe.

Establecimiento destinado a servir de hogar, de punto de residencia i de tratamiento a una de las mayores desgracias que pueden aflijir al jénero humano, merece, como el que mas, la atencion solícita de las autoridades i del público. En él con preferencia debe recaer la mas estricta inspeccion i vijilancia i los mas asíduos cuidados, a fin de asegurar su buena marcha, correjir sus defectos, i colocarla, en fin, en el pié en que debe estar.

Uno de los medios que puede dar a conocer su estado actual, así como hacer constar mas tarde sus progresos o su decaimiento, es el estudio de sus servicios i principalmente del servicio médico sobre todo en lo que atañe el movimiento de poblacion.

Convencido de la verdad de las anteriores afirmaciones me propongo, en este trabajo, estudiar bajo diversas faces este movimiento de poblacion i algunos puntos que con él se relacionan o que de él se derivan.

Habiendo estudiado, en un trabajo anterior, la estadística de la Casa de Orates desde su fundacion en 1852 hasta 1885 i no siéndome posible, por falta de datos i de tiempo suficiente, hacerlo respecto al intervalo trascurrido desde esa fecha hasta 1890, me concretaré al estudio de este último año, durante el cual, por el carácter de mis funciones en el Establecimiento, he podido reunir los elementos necesarios.

La base de este trabajo está en los cuadros de estadística que se encuentran intercalados en él i que son los siguientes:

Entrados, segun los meses, en 1890.
Salidos, id. id., en id.
Edades de los entrados.
Id. de los salidos.
Estado civil de los entrados.
Id. id. de los salidos.
Resúmen sobre los salidos.
Profesiones de los entrados.
Procedencia de los entrados.
Reincidencia de los entrados en 1890.
Permanencia de los id. en id.
Causas inmediatas de enajenacion en los entrados en 1890.
Influencia de la herencia en los id. id.
Mortalidad de entrados en 1890.
Clasificacion de los entrados segun su forma de enajenacion.
Curvas demostrativas de entrados, segun los meses.

Curvas demostrativas de salidos, segun los meses.

Id. del movimiento de poblacion desde 1864 hasta 1890 inclusive.

He procurado deducir de ellos algunos hechos que la ciencia i la esperiencia misma, dan hoi como verdades incontrovertibles, i otros que naturalmente fluyen de su estudio i que se refieren en especial a nuestra Patria.

Omito en este trabajo el estudio del estado actual del Manicomio de Santiago porque mi propósito no alcanza mas allá de lo enumerado. Indudablemente que su sola contemplacion daría tema a una obra de largo aliento en órden a modificar todos sus servicios, su réjimen i distribucion; pero prefiero dejar esto a otros que con mas conocimiento sobre la materia i con mas esperiencia respecto de la organizacion de estos establecimientos en otros paises, tengan la buena voluntad de hacerlo.

Por otra parte, sabido es ya que el Supremo Gobierno i la Junta Directiva del Establecimiento, anhelantes por mejorar las condiciones de vida actual de los enajenados, preparan eficaces medidas con tal fin. A este propósito obedece el nombramiento, hecho ya, de una comision destinada a informar lo que sea necesario hacer al respecto.

Santiago, enero de 1891.

Manuel 2.° Beca,
Médico-residente i titular de la Casa de Orates.

MOVIMIENTO DE POBLACION

DE LA

CASA DE ORATES DE SANTIAGO

Entrados i salidos en 1890

Durante el año que analizo entraron al Manicomio en calidad de insanos 328 hombres i 185 mujeres, formando un total de 513 enajenados.

Los cuadros que se insertan mas abajo manifiestan el movimiento de estos entrados, segun los meses en que se ha verificado su ingreso.

ENTRADOS

MESES	Hombres	Mujeres	TOTAL
Enero	25	25	50
Febrero	18	18	36
Marzo	27	12	39
Abril	26	15	41
Mayo	21	16	37
Junio	15	10	25
Julio	25	13	38
Agosto	26	8	34
Setiembre	33	15	48
Octubre	28	17	45
Noviembre	43	19	62
Diciembre	41	17	58
Total jeneral	328	185	513

Fácil es convencerse, observando este cuadro, de que es en los tres últimos i dos primeros meses de cada año que entran mas enajenados de ambos sexos.

Verdad es que hai algunos meses, como setiembre i diciembre, por ejemplo, en que el número de entrados hombres es considerable; pero esto se esplica fácilmente, atendiendo a que ese mayor número es producido por los enajenados alcohólicos que en los dias Patrios i siguientes, así como en la *Pascua*, llegan al asilo en gran número. Igual cosa se observa en marzo i abril, por la abundancia de la *chicha de uva*, bebida favorita de nuestro pueblo i que, con frecuencia, le conduce a peligrosos excesos.

Mas visiblemente i por el sistema de curvas, el cuadro adjunto demuestra estas alternativas en el movimiento mensual de entrados. (Fig. núm. 1).

Sin las exajeraciones que en las curvas introducen los alcohólicos, se veria mas claramente aun lo que he procurado dejar sentado. A pesar de esto, en las curvas de entrados se nota la ascencion en los cuatro primeros meses, especialmente en la curva de hombres; su descenso uniforme en los cuatro siguientes, i su nueva ascencion a fines de año.

El cuadro aquí inserto se refiere a las salidas que han tenido lugar en los diversos meses del año que contemplo:

SALIDOS

MESES	Hombres	Mujeres	TOTAL
Enero	26	21	47
Febrero	20	18	38
Marzo	21	15	36
Abril	20	24	44
Mayo	23	19	42
Junio	27	14	41
Julio	15	17	32
Agosto	18	18	36
Setiembre	30	8	38
Octubre	25	19	44
Noviembre	16	7	23
Diciembre	43	10	53
Total jeneral	284	190	474

Se puede observar en él que los meses en que el número de salidos, especialmente por altas, es mayor, son los de marzo, abril, mayo i junio, cuando la época de calor ha pasado i sobreviene la accion templada de la proximidad del invierno.

Cierto es que el número de salidos durante diciembre i enero, es alto; pero, como se acaba de esplicar mas arriba, hablando de los entrados, es esto debido a que los muchos alcohólicos que en esos meses entran, curan pronto i luego salen de alta, sin que la influencia del clima de estacion pueda haberse hecho sentir.

¿Existe esta influencia? Obran los cambios climatéricos de cada estacion sobre la marcha, carácter i terminacion de las enajenaciones? Desde luego, i tratándose de los entrados, se puede asegurar que alguna accion tienen los rigores del estío para aumentar su número, así como la tiene para exacerbar la ajitacion en los maniacos, furiosos, etc. Por la inversa, examinando la accion de las estaciones frias, se nota que hai menor número de entrados durante ella i que los ajitados permanecen mas apacibles i mas tranquilos que en las otras.

Algo semejante ocurre respecto de las salidas: son en mayor número durante las estaciones frias; en menor proporcion en las calidas, en tésis jeneral.

A un resultado idéntico he llegado ántes de ahora estudiando el movimiento de entrados i salidos, segun los meses, a la Casa de Orates en treinta i dos años, desde 1852 hasta 1884.

Las curvas de salidas que acompaño, revelan esto mismo. (Fig. núm. 2).

Aquí se nota que las líneas, relativamente bajas en los primeros meses del año, suben marcadamente en los siguientes para bajar otra vez en los últimos. Aquí, por supuesto, hai que hacer nueva escepcion respecto de los hombres, cuya cifra sube en diciembre mas que en todo el año por el gran número de alcohólicos salidos sanos i que fueron acumulándose desde el mes anterior.

Causas de enajenacion

En todos los paises del globo i en todos los tiempos, se ha reconocido cierto número definido de causas ciertas o probables de

enajenaciones mentales i que figuran como principal factor en su pronunciamiento i en su desarrollo.

Así, la herencia, los hábitos, la idiosincracia, la profesion, sexo, edad, etc., pueden ser examinados sucesivamente, encontrándose en cada factor un punto accesible de entrada para el desarrollo de la locura.

El estado civil, las emociones i sentimientos, el ejercicio mental exajerado, la insolacion, las fiebres, la sífilis, el embarazo, los excesos de todo jénero, etc., todos pueden figurar como causas predisponentes o determinantes, aisladas o conjuntamente, en el desarrollo de la enajenacion mental.

Sin dar una exajerada importancia a cada uno de los factores apuntados i agrupando en corto número las causas determinantes o inmediatas que han provocado en cada caso el estallido de la locura, he formado, ateniéndome a las observaciones que he hecho, dos cuadros que, con fidelidad, revela estas causas en los enfermos entrados al Manicomio en 1890.

Hé aquí los cuadros:

HOMBRES

Excesos alcohólicos	187
Excesos venéreos	18
Enajenaciones conjénitas	12
Reveses de fortuna, sentimientos, etc.	11
Miseria	7
Insolacion, fiebres, etc.	6
Epilepsia	6
Continuacion de la enajenacion	5
Sífilis	5
Vejez	5
Erisipela de la cara	2
Parálisis ajitante	1
Corea	1
Se ignora	62
Total	328

MUJERES

Sentimientos morales, contrariedades, etc.	28
Excesos alcohólicos	14
Miseria	12
Retencion menstrual	11
Epilepsia	8
Histerismo	6
Embarazos, partos, etc.	5
Vejez	5
Excesos venéreos	4
Continuacion de la enajenacion	4
Estados conjénitos	3
Derrame cerebral	3
Sífilis	2
Se ignora	80
Total	185

Siempre que dos, tres o mas factores han concurrido como causa de la enfermedad, he consignado el que, dados los antecedentes, exámen del enfermo i marcha de la enfermedad, he creido ha contribuido mas eficazmente a su desarrollo.

Verdad es que en dicho cuadro no figuran las causas que enjendrando cierta predisposicion especial o susceptibilidad mórbida se llaman hoi dia, con exactitud, causas predisponentes: la herencia, por ejemplo; pero teniendo esta una importancia especial, la he consignado en otro cuadro.

Son tres las grandes causas de enajenacion que influyeron para la entrada de hombres al Manicomio en el año 1890 i que se consignan en el cuadro adjunto:

1.° Abuso de bebidas alcohólicas; 2.° excesos venéreos; i 3.° sentimientos, pesares, etc.

La primera entidad, abuso de bebidas alcohólicas, figura con una cifra mui alta, comparativamente al número de entrados, que fué 328, como causa inmediata de enajenacion: concurre con un 57% sobre el total de entrados hombres.

¿A qué es debida esta exajerada influencia en el desarrollo de perturbaciones psíquicas?—Pienso que no será aventurado referirla a las conocidas causas siguientes:

1.ª La injestion, en gran cantidad, de bebidas alcohólicas;

2.ª Siendo éstas de pésima calidad por lo jeneral, son mui nocivas;

3.ª Nuestro pueblo bebe durante varios dias i aun semanas sin que la eliminacion de los productos alcohólicos alcance a verificarse;

4.ª Se esponen durante horas a la humedad o al sol en medio del sopor de la embriaguez, lo que enjendra perturbaciones en la circulacion jeneral i sobre todo en la circulacion cefálica;

5.ª Durante los dias de libacion, no comen, ni duermen, lo que trae trastornos serios de la nutricion i modificaciones en la accion nerviosa.

Solamente estimando cada una de estas causas i todas ellas, en conjunto, que es como comunmente obran, se puede llegar a admitir sin reserva la influencia del alcoholismo tan exajerada, como se exhibe en este trabajo.

Los reveses de fortuna, los sentimientos, contrariedades i pesares diversos, que con frecuencia sacuden intensamente el sér moral; así como la miseria i pobreza enjendrando con los excesos venéreos, el decaimiento vital de los individuos, entran despues del alcoholismo a figurar como poderosas causas de pronunciamiento de la enajenacion mental en el hombre.

Causas semejantes han obrado en las mujeres entradas, para el desarrollo de la enajenacion. Así, en el cuadro citado, figuran ocupando los primeros lugares, en cuanto a frecuencia, los sentimientos, sufrimientos diversos, etc.; 2.° los excesos alcohólicos; 3.° la alimentacion insuficiente, i la pobreza, produciendo la miseria fisiolójica, con sus diversas manifestaciones enfermizas.

La cesacion e irregularidad de la menstruacion, las neurósis como epilepsia, histerismo, etc., i el estado puerperal, contribuyeron igualmente en alguna proporcion al desarrollo de la enajenacion en las mujeres.

En la mayor parte de los casos de entrados se ignora la causa inmediata de la locura, por la carencia de datos; pues, por regla jeneral, mui pocas son las familias que se acercan al Establecimiento a proporcionar los antecedentes de sus enfermos, de modo que es casi imposible llegar a conocerlos bien, interrogándolos a ellos mismos solamente.

Influencia de la edad

Con el objeto de dejar constancia sobre la frecuencia de la enajenacion en las diferentes edades de la vida, he formado los cuadros que se ven mas abajo, sobre las edades de los entrados i salidos en 1890:

ENTRADOS

EDADES	Hombres	Mujeres	TOTAL	N.° de órden
De 10 a 20 años	20	18	38	5.°
» 20 a 30 id.	102	53	155	2.°
» 30 a 40 id.	104	59	163	1.°
» 40 a 50 id.	60	27	87	3.°
» 50 a 60 id.	30	20	50	4.°
» 60 a 70 id.	10	7	17	6.°
» 70 a 80 id.	2	1	3	7.°
Total jeneral	328	185	513	

SALIDOS

EDADES	Hombres	Mujeres	TOTAL	N.° de órden
De 10 a 20 años	13	16	29	5.°
» 20 a 30 id.	107	40	146	2.°
» 30 a 40 id.	89	59	148	1.°
» 40 a 50 id.	45	34	79	3.°
» 50 a 60 id.	19	24	43	4.°
» 60 a 70 id.	8	9	17	6.°
» 70 a 80 id.	4	8	12	7.°
Total jeneral	284	190	474	

El cuadro de entrados, como el de salidos, está formado por columnas en las que se han apuntado las edades, divididas en series o grupos de diez años en aumento progresivo. En ambos, la influencia de las edades, en el desarrollo i curacion de la locura,

resulta ser la misma que en un trabajo anterior, que comprende un período de treinta i dos años, he podido constatar.

Los grupos de edades que dieron mayor número de entrados fueron los signados con las cifras 1.°, 2.°, 3.°, correspondientes a las edades comprendidas entre 30 i 40 años; 20 a 30; i 40 a 50, respectivamente, i en los dos sexos.

El primer grupo figura con 32% en el total de entrados; el segundo con un 30%; i el tercero con 17%, i sucesivamente decreciendo los demas.

Respecto de las edades en que han sido mas frecuentes las salidas, puede aseverarse algo análogo, como lo manifiesta el cuadro inserto.

Afirmaciones semejantes traen los autores que he consultado a este respecto. La enajenacion mental es, en todas partes, mas comun i frecuente en el período medio de la vida, un poco ménos en el comienzo de la edad adulta, i mucho ménos en la vecindad de la vejez, así como en la juventud i niñez.

Influencia del estado civil

No todos los estados de la vida son igualmente favorables o desfavorables para el desarrollo de la enajenacion mental. La esperiencia da a conocer que los celibatarios, por ejemplo, están mas espuestos que otros a la locura. Con el objeto de hacer resaltar esta influencia he formado los cuadros que siguen:

ENTRADOS

ESTADO CIVIL	Hombres	Mujeres	TOTAL
Solteros	181	90	271
Casados	107	58	165
Viudos	29	33	62
Se ignora	11	4	15
Total jeneral	328	185	513

SALIDOS

ESTADO CIVIL	Hombres	Mujeres	TOTAL
Solteros	162	98	260
Casados	94	57	151
Viudos	24	31	55
Se ignora	4	4	8
Total jeneral	284	190	474

El estudio del primero, que se refiere al estado civil de los entrados, revela que el número de solteros es mucho mayor que el de casados i viudos. Los primeros formaron el 52% del total de entrados; los segundos el 32%; i los viudos el 12%. El resto corresponde a aquellos cuyo estado civil se ignora.

En los dos primeros estados el número de hombres predomina; en la viudez es mayor el número de mujeres que el de hombres entrados.

La observacion del otro cuadro, que se refiere al estado civil de los salidos, nos conduce a resultados semejantes: en ambos sexos salen mas solteros que casados; en la viudez salen mas mujeres que hombres.

Influencia del sexo

Mui marcada es, sin duda alguna, la influencia del sexo. En todos los paises i en todos los manicomios, hai mas locos que locas. En el estudio hecho sobre esta misma materia anteriormente he llegado a la conclusion de que durante esos treinta i dos años ingresaron a la Casa de Orates, mas hombres que mujeres, en proporcion variable de un año a otro.

Lo que, en otros términos, significaría que los hombres se esponen con mas frecuencia a las causas de enajenacion, i que estas son realmente mas eficaces en ellos que en la mujer.

En el año 1890, que aquí estudio, el predominio del sexo masculino sobre el femenino fué en el total de entrados, considerable;

representando el 65% de él los hombres, i el 35% las mujeres; de modo que ambos sexos entraron mas o ménos en la proporcion de 3 a 1.

Respecto a los salidos, se arriba a resultados semejantes: salen mas hombres que mujeres.

En el año 1890, los salidos de ambos sexos estuvieron en la proporcion casi exacta de 2 a 1; el 60% de los salidos fueron hombres i el 40% restantes mujeres. Sobre todo, respecto de los salidos sanos, esta proporcion es verdadera; pues el número de hombres que recuperan la salud mental, incluyendo los alcohólicos, es mayor en mas del doble que el de mujeres.

El cuadro siguiente versa sobre el movimiento jeneral de salidos, que tan suscintamente he ensayado estudiar:

SALIDOS DE AMBOS SEXOS

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Salidos sanos	173	74	247
Muertos	67	67	134
Sacados por la familia	42	48	90
Fugados	2	1	3
Total jeneral	284	190	474

Influencia de las profesiones

Escasa es la influencia que las profesiones por sí mismas han ejercido en el desarrollo i pronunciamiento de las enajenaciones. El cuadro que se inserta mas abajo, versa sobre las profesiones de los entrados de ambos sexos i demuestra aquellas en que son mas frecuentes las enajenaciones:

PROFESIONES	Hombres	Mujeres	TOTAL
Abogados	1	.....	1
Agricultores	30	.....	30
Albañiles	14	.....	14
Arrieros	3	.....	3
Boticarios	1	.....	1
Carniceros	4	.....	4
Carpinteros	18	.....	18
Carretoneros	4	.....	4
Cerveceros	1	.....	1
Cigarreros	1	.....	1
Comerciantes	21	1	22
Confiteros	10	.....	10
Cocineras	.....	12	12
Costureras	.....	51	52
Dueñas de casa	.....	4	4
Ebanistas	3	.....	3
Estereros	3	.....	2
Estudiantes	6	.....	6
Estucadores	3	.....	3
Empleados	21	1	22
Floristas	1	.....	1
Gañanes	73	.....	73
Herreros	13	.....	13
Hijos de familia	2	14	16
Lecheros	2	4	6
Marinos	9	.....	9
Mecánicos	6	.....	6
Médicos	3	.....	3
Militares	2	.....	2
Mineros	11	.....	11
Músicos	1	.....	1
Lavanderas	.....	29	29
Panaderos	3	.....	3
Practicantes	3	.....	3
Peluqueros	1	.....	1
Pintores	7	.....	7
Sastres	2	.....	2
Sacerdotes	1	.....	1
Sirvientes	13	29	42
Tapiceros	2	.....	2
Tejedoras	.....	2	2
Tipógrafos	3	.....	3
Zapateros	10	4	14
Se ignora	16	34	50
Total jeneral	328	185	513

Desde luego, se puede aseverar, en tésis jeneral, que las clases proletarias de la sociedad, aquellas que, como los gañanes, sirvientes i costureras están mas espuestas a excesos, sufrimientos, miserias, etc., son las que dan el mayor número de enajenados.

En Francia, Inglaterra, Alemania i otros paises, son los militares, los presidarios, las dulceras, cocineras, etc., los que comunmente constituyen el mayor número en la poblacion de los Asilos.

Aquí en Chile, al contrario, los militares i marinos, para quienes se alega la nostaljia, los sufrimientos i privaciones, etc., apenas figuran con un 2% en el total de entrados. Las profesiones que en el hombre han dado mayor número de enajenados, han sido: gañaues, agricultores, comerciantes, empleados, carpinteros, zapateros i otras.

En las mujeres: las costureras, lavanderas, sirvientes, etc., son las que entran en mayor número.

Influencia de la procedencia

El cuadro siguiente demuestra el lugar último de residencia de los entrados a la Casa de Orates en 1890. Está hecho segun el órden alfabético de las provincias de donde han sido remitidos:

PROVINCIAS	Hombres	Mujeres	TOTAL
Aconcagua	8	2	10
Antofagasta	11	8	19
Arauco	4	1	5
Atacama	2	3	5
Bio-Bio	1	3	4
Chiloé	1	.....	1
Colchagua	15	11	26
Concepcion	18	10	28
Coquimbo	10	5	15
Curicó	5	3	8
Linares	4	1	5
Magallanes	1	.....	1
Malleco	1	2	3
Maule	3	.....	3
Ñuble	3	1	4
O'Higgins	11	8	19
Santiago	190	94	284
Tacna	1	2	3
Talca	9	5	14
Tarapacá	4	4	8
Temuco	1	.....	1
Valparaiso	24	19	43
Se ignora	1	3	4
Total jeneral	328	185	513

Al primer golpe de vista se descubre como es Santiago la que ha enviado mayor número de enajenados al Asilo; le siguen en órden descendente, Valparaiso, Concepcion, Colchagua, O'Higgins, Talca, Antofagasta, Coquimbo, Aconcagua, etc.

El número de enajenados que da Santiago es de consideracion, pues alcanza a un 55% i fraccion del total de entrados. Si hubiera de tomarse este número como el que realmente fija la proporcion entre el número de enfermos dados por esta provincia i la poblacion de ella, tendríamos que habria como término medio 8 locos i fraccion sobre 10,000 habitantes.

Esta proporcion sería poco crecida en comparacion de la que ofrecen ciudades populosas en otros paises.

Tomada la proporcion entre el número total de entrados, 513, i la poblacion total de la República, 3.000,000 de habitantes, resulta igualmente una cifra mui baja, pues da 1.71 por 10,000.

El cómputo hecho a este respecto en otros paises da el resultado siguiente:

En Francia un enajenado por 440 habitantes.

En Inglaterra un enajenado por cada 365 habitantes.

En Suecia un enajenado por cada 927 habitantes.

En Austria un enajenado por cada 1,083 habitantes.

En Estados Unidos un enajenado por cada 622 habitantes.

Marcé, citado por *Hammond*, hablando del aumento en el número de enajenados, da para Europa en jeneral, en 1836, la proporcion de 1 enajenado por cada 3,080 habitantes, i quince años mas tarde 1 por cada 1,676.

Chile, en este sentido, está en mejores condiciones que aquellos paises, ateniéndonos a las bases de cálculos conocidos. Pero, la verdad es que el Manicomio de Santiago, único en Chile, no contiene todos los enajénados de la República, i los datos apuntados nacen de las investigaciones hechas en toda la poblacion de cada pais deducidos de la Estadística jeneral respectiva.

Será pues necesario calcular el número total de enajenados en todo el pais, para aproximarnos siquiera a la verdadera proporcion que ha de guardar éste con la poblacion jeneral de él.

No creo exajerado apuntar un número igual al de secuestrados el que ha de haber a fuera en libertad. Agregando entónces al total existente en el Manicomlo una cifra igual que suponemos exista fuera de él, tendríamos que la proporcion sería de cinco enajenados por cada 10,000 habitantes en Chile, aproximativamente, o sea uno por cada 2,000.

Quiere esto decir, felizmente, que en nuestro pais no está la locura aun tan jeneralizada como en otros.

Volviendo al cuadro en estudio, debo considerar aun el resultado a que he llegado en un trabajo anterior i que entónces significaba así: «*el centro de Chile da al Manicomio mas enajenados que el norte i el sur, i aquél mas que éste*» Actualmente se ve esto corroborado en este cuadro sobre la procedencia de los entrados.

Dividiendo ficticiamente el territorio de Chile en tres zonas, tendríamos:

1.° Zona norte, comprendiendo las provincias de Tacna, al sur, hasta Valparaiso, contribuyó con un 12% en el total de entrados;

2.° Zona del centro, que comprende desde Valparaios al sur hasta Arauco, figura con 85%.

3.° Zona sur, desde esta última provincia hasta Magallanes, representada solamente con un 3% en el total de entrados,

Es pues verdadero que el centro da mas enajenados que el norte i éste mas que el sur de la República.

Influencia de la herencia

Aunque los descubrimientos i progresos médicos de la época moderna van apartando i borrando de la etiolojía de las enfermedades en jeneral, a la herencia como causa determinante o predisponente de ellas; no se ha podido, sin embargo, ni pienso que se podrá jamas, tratándose de la enajenacion mental, eliminar por completo este factor, tan importante, i que rara vez deja de figurar de un modo esencial.

En efecto, pocos son los casos de enajenacion que se producen sin que algun antecedente hereditario, mas o menos lejano, directo o indirecto, no haya producido su accion creando lo que se llama la *predisposicion* o susceptibilidad mórbida, por lo ménos.

Falto de los datos completos i suficientes que habria deseado adquirir, i lamentando esta contrariedad, he formado, con todo, el cuadro siguiente en que puede entreverse siquiera la influencia de la herencia en la enajenacion mental.

		Hombres	Mujeres	TOTAL
Con antecedentes hereditarios conocidos	Directos...	49	20	119
	Indirectos.	35	15	
Se ignoran los antecedentes		150	99	249
No hai antecedentes		94	51	145
Total		328	185	513

Divido los antecedentes hereditarios conocidos, en dos clases: *directos e indirectos.* A los primeros pertenecen los producidos en

miembros de una misma familia, comprendiendo ascendientes, descendientes o colaterales en quienes se haya producido alguna enajenacion, sea transitoria, sea estable.

Entre los de antecedentes hereditarios indirectos he apuntado los casos en que consaguíneos, descendientes, etc., del enfermo, han sufrido otras enfermedades cerebrales que la locura, o lesiones medulares, o neurósis, o alcoholismo, etc.

La suma de los enajenados entrados en quienes se ha podido averiguar que existian antecedentes hereditarios, directos o indirectos, está en crecida proporcion respecto del número total de entrados; sobre todo si se toma en consideracion los numerosos casos en que se ignoran los antecedentes i entre los cuales es posible haya la tercera parte, por lo ménos, que los tengan. Por un 23% del total están representados estos casos de influencia hereditaria.

En el mismo cuadro se consigna en columna especial el número de aquellos en quienes se ignoran los antecedentes hereditarios. Son numerosos; siendo esto debido a la incuria de las familias que no mandan esos datos i a la falta de los mismos en los informes médicos que se acompañan a las órdenes de admision.

Los que no han sido influenciados directa, ni indirectamente, por fin, por la herencia, forman otra columna. En estos enfermos la enajenacion ha sido primitiva o ha obedecido a otras causas comunes de locura.

Es de notar allí la cifra de los hombres, por lo crecida; es ella debida en su casi totalidad a los alcohólicos, que con antecedentes hereditarios o sin ellos, están siempre espuestos a enajenarse a consecuencia de sus excesos.

Reincidencias de los entrados

La enajenacion mental es una de las enfermedades que mas frecuente i fácilmente espone a recidivas i recaidas contínuas. Sin referirme al jénero de locuras periódicas o intermitentes, raros son los casos en que el que ha sido enajenado no vuelve a serlo nuevamente.

En los entrados el año 1890, al Manicomio, se puede distinguir, al respecto, grupos de individuos que entraron por primera vez,

otros por segunda, tercera, etc., hasta poderse contar algunos entrados por la vijésima quinta vez.

Con el fin de esponer ordenadamente estos casos he formado el cuadro siguiente:

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Entrados por 1.ª vez.....	229	122	351
Reincidentes por la 1.ª vez.....	54	37	91
Id. por la 2.ª id.....	20	11	31
Id. por la 3.ª id.....	13	9	22
Id. por la 4.ª id.....	3	1	4
Id. por la 5.ª id.....	5	2	7
Id. por la 6.ª id.....	1	.....	1
Id. por la 8.ª id.....	1	1	2
Id. por la 13.ª id.....	2	.....	2
Id. por la 21.ª id.....	.....	1	1
Id. por la 25.ª id.....	.....	1	1
Total jeneral de los entrados.....	328	185	513

De los 513 entrados, 99 hombres eran reincidentes, es decir, 19% del total; 63 mujeres o sea el 12% del mismo total se encontraban en iguales condiciones. Podria esta diferencia de tanto por ciento significar que los hombres reinciden mas fácilmente que las mujeres; pero no es así: comparando las cifras parciales de entrados hombres i mujeres con las respectivas de reincidentes se deduce que las 63 reincidentes mujeres representan un 34% de las 185 entradas, miéntras que los 99 reincidentes hombres representan solamente el 30% de los 328 entrados de ese sexo.

Las reincidencias obedecen, por lo jeneral, en el hombre, a que se esponen con frecuencia a las mismas causas que orijinaron la primera vez su enajenacion. En efecto, son los alcohólicos especialmente los que vuelven varias veces al Asilo despues de cometer grandes excesos. Dos individuos que figuran en el cuadro con 13.ª reincidencia han venido cada vez afectados de enajenacion de oríjen alcohólico.

En las mujeres las reincidencias han sido debidas, en su mayor parte, a la forma misma de la enajenacion; por ejemplo, las que en el cuadro aparecen entradas por 25.ª vez una, por 23.ª otra son

maniacas que tienen locura periódica i que pasado el acceso, en tiempo mas o menos largo, salen de alta i se entregan a sus ocupaciones afuera, hasta que sobreviniéndoles nuevamente la enfermedad, son conducidas aquí. Otras son epilépticas, otras alcohólicas, i algunas, los excesos i vicios o la pobreza, las hace reincidir varias veces, hasta que se hacen incurables i quedan permanentemente en la Casa o mueren.

Permanencia de los entrados

Siendo las variadas formas de enajenacion, diversamente curables, en cuanto al tiempo necesario para alcanzar el éxito, natural es presumir que la permanencia de los entrados en el Manicomio sea tambien variable.

Con el propósito de estudiar este punto he formado el cuadro que se inserta aquí:

Tiempo que han permanecido	Salidos sanos		Sacados por sus familias		Muertos		Fugados		Sobrante existente	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ménos de 15 dias ...	52	3	5	6	10	1	.....	.....	.....	.....
De 15 dias a 1 mes.	36	2	4	5	4	1	.....	.....	.....	.....
" 1 mes a 2 id.	22	9	8	3	5	7	.....	.....	.....	.....
" 2 id. a 3 id.	17	12	3	8	4	10	.....	1	.....	.....
" 3 id. a 4 id.	7	6	2	2	3	1	.....	.....	.....	.....
" 4 id. a 5 id.	1	8	2	.....	2	1	.....	.....	.....	.....
" 5 id. a 6 id.	5	.....	.....	2	2		.....	.....	.....	.....
" 6 id. a 7 id.	1	2	.....	1	1		.....	.....	.....	.....
" 7 id. a 8 id.	.....	1	.....	1	.....	1	.....	.....	.....	.....
Totales.....	141	44	24	28	31	22	.....	1	132	90

Está dividido en varias columnas correspondientes a los diversos modos de salida, agregándosele ademas el sobrante existente que permanece en el asilo para 1891.

Cada uno de estos factores se examina por períodos de tiempo mas o ménos cortos.

Deteniéndome a estudiar la primera columna, salidos sanos, se ve que su número alcanza a 185; es decir, 36% del total de entra-

dos. Una gran parte de éstos permanecieron solamente hasta 15 dias; otros un mes; otros hasta tres meses o mas. Despues de este tiempo, mui pocos fueron los entrados nuevos que salieron sanos.

Este resultado es la espresion fiel de lo que siempre sucede, atestiguado por los autores i demostrado por la esperiencia. Las diversas formas curables de enajenacion, lo son con muchas probabilidades dentro de los cuatro primeros meses, con la cuarta parte ménos despues de este tiempo hasta los ocho, i con ménos aun mas tarde. Es decir, que por regla jeneral se puede aseverar, que *las probabilidades de curacion en la enajenacion mental, disminuyen en razon inversa del tiempo trascurrido.* Cuanto mas antigua es la enajenacion, ménos curable es.

La cifra a que alcanzan los hombres en el total de salidos sanos, de los entrados en 1890, es de consideracion comparada con el número de mujeres: los primeros comprenden el 77% de ese total, miéntras que las segundas solo alcanzan el 23% restante. ¿Querrá esto decir que la locura es mas curable en el sexo masculino que en el femenino? En términos jenerales i en vista de lo que se desprende de este estudio, se puede afirmar tal cosa, porque realmente salen sanos mayor número de hombres que mujeres.

Sin embargo, si se penetra en el fondo de este asunto i se estiman los datos como se debe, dándole a cada uno su significacion propia, resulta lo contrario.

Separando el considerable número de alcohólicos que son los que hacen aumentar las cifras produciendo resultados engañosos para la Estadística, tenemos que del resto de las enajenaciones i, sobre todo, de las vesanias puras, tienen las mujeres mayores probabilidades, si cabe, de curacion que los hombres.

Otra de las columnas de ese cuadro está dedicada a consignar la permanencia de los sacados por sus familias.

La lei especial chilena, sobre Casas de locos, hoi vijente i que data desde 1852, consigna en su título 2.°, artículo 10.°, el derecho de las personas que colocan enfermos en el Establecimiento, para sacarlos cuando les plazca. El ejercicio de esta facultad hizo en el año 1890 disminuir en un 10% el número de entrados en ese año.

Este derecho consagrado por la Lei francesa de 1836, por la de Béljica, Jénova, etc., indudablemente útil i eficaz, ejercitado con

prudencia i con ciertas restricciones, tiene, sin embargo, serios inconvenientes practicado en otras condiciones.

Desde luego, i como aquí sucede, no exijiéndose garantía alguna, no puede establecerse la responsabilidad que debe afectar, en nuestro concepto, al que saca el enajenado, por los actos punibles que este puede ejecutar afuera. Ademas, esta salida, que no tiene otro objeto que una mera condescendencia de las familias para con sus deudos enfermos, que jeneralmente no saben lo que exijen, significa para éstos un perjuicio de consideracion, a veces irreparable. En efecto, al sacarlos del Manicomio, se les sustrae del aislamiento en que vivian, que es un medio de alcanzar la curacion; luego afuera no se les coloca en un medio de vida adecuado i con réjimen especial, sino que se les entrega al seno de la familia i de la Sociedad participando de la vida comun, como si fuesen sanos; no se les sujeta a tratamiento, ni método alguno de curacion, tanto por ignorancia, cuanto por que se tropieza con dificultades e inconvenientes insalvables, como falta de recursos pecuniarios u otros.

En todo caso, pues, el pobre enfermo es el perjudicado; pues que se le hace perder lastimosamente afuera, el tiempo que pudo aprovecharse para su tratamiento en el Manicomio.

Sentado este hecho, tan exacto i frecuente como verdadero, no puede desearse otra cosa sino que se provea la antigua lei con alguna disposicion que restrinja este derecho, o que, dejándole subsistente, señale los medios tendentes a impedir remotos males a las familias o Sociedad i especialmente al enfermo mismo.

En el mismo cuadro es de considerar aun la permanencia de los fallecidos. Tratando de la mortalidad, he ensayado o estudiado sus causas i algunas particularidades de ella; aquí solamente quiero consignar el hecho de que la mortalidad en 1890 i en los entrados ese año, ha sido mayor, i es la regla jeneral, en los primeros meses de estadía en el Manicomio: así del total de muertos, mas de la mitad tuvieron lugar en el segundo mes de su entrada.

En su mayor parte ocurrieron en formas agudas de enajenacion, teniendo por causas afecciones intercurrentes cerebrales o intestinales.

El sobrante existente de los entrados en 1890, que queda para

1891, asciende a 218; es decir, ménos de la mitad de los entrados de ámbos sexos.

Dadas las formas que afectan las enajenaciones, su marcha i otras consideraciones que se toman en cuenta para anticipar la suerte que ha de tocar a este sobrante, bajo el punto de vista *pronóstico*, se puede concluir que la mitad o poco mas saldrá sana i la otra mitad quedará en la Casa definitivamente si no es sacada por la familia o se muere.

Diversas formas de enajenacion de los entrados

Variadas han sido las formas que afectaba la enajenacion en los entrados de ambos sexos en 1890. Antes de entrar a estudiarlas detalladamente, preciso es distinguir de ellas, las locuras de oríjen alcohólico, que afectando formas diversas i cambiables, he agrupado en una sola clase bajo el nombre de *locura alcohólica*, atendiendo mas a la etiolojía que a la sintomatolojía de la enfermedad.

Consigno aquí el siguiente cuadro en que he clasificado las formas de enajenacion de los entrados, salidos, etc., en el año que estudio.

Formas de enajenacion	Entrados		Salidos sanos		Sacados por sus familias		Muertos		Fugados		Existencia actual		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	T
Manía sub-aguda	17	38	5	10	5	9	...	2	...	...	7	17	24
Id. aguda	49	46	17	16	1	4	16	10	...	...	15	16	31
Id. crónica	6	11	.....	.....	2	1	2	2	...	...	2	8	10
Delirio parcial	24	16	2	.....	.....	4	...	1	...	...	22	11	33
Lipemanía simple	13	25	8	9	.....	3	...	...	...	...	5	13	18
Id. ansiosa	1	4	.....	.....	.....	1	...	1	...	...	1	2	3
Id. con estupor	2	6	1	.....	.....	.....	...	2	...	...	1	4	5
Parálisis jeneral	19	5	.....	.....	4	1	3	2	...	...	12	2	14
Demencias	20	12	.....	.....	.....	4	9	3	...	...	11	5	16
Estados conjénitos	12	3	.....	.....	5	1	1	2	...	...	6	...	6
Locura coreica	1	.....	1	.....	.....	.....	...	...	...	...	.....	.....	.....
Id. epiléptica	4	10	.....	2	.....	.....	...	...	...	...	4	8	12
Id. alcohólica	152	8	99	5	7	.....	...	...	...	...	46	3	49
Entrados sanos	8	1	8	.....	.....	.....	...	...	...	1	.....	.....	.....
Totales	328	185	141	44	24	28	31	25	...	1	132	89	221

Como puede verse en este cuadro, esta clase de enajenaciones, *locuras alcohólicas*, tuvo 152 representantes en 328 hombres entrados, es decir, el 46 % mas o ménos. No me detendré aquí a estudiarla en cuanto a su excesiva frecuencia; lo he hecho ya tratando de las causas de enajenacion; pero sí dejaré constancia sobre las diversas modalidades bajo las cuales se ha presentado.

Ante todo, preciso es distinguir los casos que comprendidos bajo la denominacion de *locura alcohólica*, no merecen casi el nombre de tal, pues que la enajenacion no alcanza a constituirse, a echar raices i llegar a formar un estado psíquico anormal de mayor o menor duracion; sino al contrario, son perturbaciones pasajeras con manifestaciones variadas i que pueden ser clasificadas mas bien como casos de *embriaguez anómala*.

Con este nombre i con gran talento, a nuestro juicio, *Garnier*, médico-jefe de la enfermería especial de la Prefectura de policía de Paris, los designa en una obra de reciente data. Distingue él, tres tipos de esta embriaguez, segun que exista predominio, en cada uno de ellos, de fenómenos motores, sensoriales o psíquicos. Así, habla: 1.° *de embriaguez exito-motriz;* 2.° *de embriaguez alucinatoria;* 3.° *de embriaguez delirante.*

Hago esta salvedad, porque una gran parte de los que figuran como afectados de locura alcohólica i que han sido conducidos a este asilo desde la Policía, no traen realmente enajenacion a firme, sino estos tipos de embriaguez enumerados mas arriba, siendo la mas comun *la forma alucinatoria*. Estos individuos vuelven con mucha facilidad al estado normal; porque su enfermedad es tan fugaz, que la cesacion en el abuso de las bebidas alcohólicas solamente, basta para que cese, o cuando mas el uso de un lijero medio de exoneracion, como purgativos, sudoríficos, baños, etc.

Otros, la mayor parte de los que da cuenta el cuadro anterior, han entrado afectados de diversas formas de enajenacion que han reconocido por causa inmediata los excesos alcohólicos. Ya era la simple exitacion maníaca o la manía sub-aguda, ya el delirio agudo furioso, con exitacion; otras veces la enajenacion ha revestido un carácter triste, depresivo, desarrollándose en diversos grados la lipemanía o melancolía, desde su forma mas simple hasta el estupor; o bien, dominando las perturbaciones i desórdenes psico-sensoriales las halucinaciones diversas, la locura tomaba la forma

de delirio de persecucion o de grandezas; siendo algunos los casos tambien en que se presentaron impulsiones diversas i tendencias al suicidio u homicidio. Por último, casos ha habido en que se han presentado los síntomas de parálisis jeneral por mas o ménos tiempo, desapareciendo en seguida; pues que no se trataba en ellos, sino de una *pseudo-parálisis jeneral* de oríjen alcohólico.

La mayor parte de los casos de locura alcohólica ha tenido lugar en hombres; solo un reducido número de mujeres fueron afectadas.

El 65% de los entrados alcohólicos, salió sano; el resto quedó en el Establecimiento o fué sacado por la familia. Separada ya la locura alcohólica del conjunto de enajenaciones, materia del cuadro que analizo, es momento de ocuparse de él en detalle, hasta donde lo permita el límite de este corto trabajo.

La forma de enajenacion de que mas comunmente estaban afectados los entrados, era la *manía* con sus diversas modalidades: *sub-aguda*, *aguda* i *crónica*, segun sus manifestaciones, marcha i duracion. Figuraba en el total con un 32,5%. Fué mayor el número de mujeres que el de hombres: el 57% representaba a aquéllas, i el 43% restante a éstos.

Del total de maníacos, salió sano un 28%; 19% murió; 15% fué sacado por las familias i el 38 % quedó como sobrante existente para 1891.

La *manía aguda* fué el tipo mas comun de la clase manía, entrando con un 57% en el total respectivo. Siguen despues la sub-aguda i la crónica.

Las *melancolías* han seguido en frecuencia a las manías. Figuraron con el 9% en el total de entrados.

De las formas de melancolía, la sub-aguda o *lipemanía simple* fué la mas frecuente; formaba el 74% del total de esta forma. El resto pertenece a la *aguda* o *lipemanía ansiosa* i a la *sobreaguda* o *con estupor*.

El *delirio parcial*, forma de locura bastante frecuente, ha figurado en el total de entrados con un 7% solamente. Las $^3/_5$ partes fueron hombres, las $^2/_5$ restantes mujeres.

Las modalidades bajo las cuales se presentó la enfermedad, fueron las tres que en ella se distinguen; es decir, las correspondientes a los tres estadíos del delirio o *locura parcial:* 1.° *Delirio hi-*

pocondriaco; 2.° *Delirio de persecucion;* 3.° *Delirio ambicioso.* La forma que tenia mayor número de representantes era la 2.ª, *delirio de persecucion,* no siendo el cuadro sintomático otro que los trazados en los autores, descollando sí entre ellos, las alucinaciones, especialmente las del oido.

Las *demencias* han seguido en frecuencia a las formas anteriores. Atendiendo a su etiolojía se han distinguido en *primitivas* i *secundarias,* segun se hayan instalado repentinamente o hayan seguido a otras formas de locura.

Han entrado tambien dementes por causa alcohólica, por vejez i por epilepsia.

En el cuadro que se estudia merece considerarse aun, los entrados por *parálisis jeneral.* Enfermedad compleja, aunque bien definida i estudiada hoi dia, no ha ofrecido sino mui pocos ejemplares. En Europa, es esta una enfermedad mui frecuente i forma una parte considerable de la poblacion de los Manicomios. Aquí, en Chile, felizmente no es mui comun todavia, i entre el total de entrados en 1890, apénas ha figurado ella con un 4, 5%. A propósito, es de notar el hecho de que la mitad o poco ménos de los paralíticos entrados a la Casa de Orates, han sido estranjeros, especialmente alemanes i franceses.

Estos enfermos han entrado, en el período inicial de la parálisis unos pocos; la mayor parte en el período de estado; i los demas, en menor número, en el período terminal. Casi siempre han descollado entre los diversos síntomas, los desórdenes de la motilidad i las perturbaciones psíquicas.

La mayor parte de los enfermos han quedado en la Casa; algunos han sido sacados por la familia, i otros han muerto.

Los *estados conjénitos* de enajenacion figuran tambien en este cuadro en corto número. Sus diversos tipos, *imbecilidad, idiotismo* i *cretinismo,* han tenido sus representantes.

La *locura coreica* i sobre todo la *locura epiléptica,* han contribuido tambien a formar el total de entrados.

Refiriéndome a esta última debo dejar constancia de que la mayor parte de los epilépticos venian afectados de exitacion maniaca o de los accesos impulsivos tan comunes en la epilepsia, sobre todo en el *estado de mal* o despues de los grandes accesos del *mal mayor.*

Una clase queda aun, sin ser mencionada en este cuadro; es la de *entrados sanos*. Parece un contrasentido, i realmente todo el que examine esto, se admirará i estrañará, sin duda, que al Manicomio hayan sido enviados individuos sanos. Sin embargo, esta es la verdad. Fácilmente puede, no obstante, comprenderse esto si se considera que en la mayor parte de los casos se ha tratado de individuos alcohólicos que recojidos por la Policía, son examinados en ella por el médico encargado de ello, talvez en momentos en que sufren algun trastorno psíquico, momentáneo probablemente. Constatado el desórden mental en este exámen, bastante rápido quizás, se ordena la admision del presunto loco en la Casa de Orates.

Sin duda alguna en mucho de esos casos no existía la verdadera i bien caracterizada enajenacion, que requiere secuestracion en Manicomio, sino simple embriaguez, quizá alguna de las formas de *embriaguez anómala* de Fournier, ántes citado; en los cuales se observan fenómenos motores, sensoriales o psíquicos, semejantes en sus manifestaciones a los desórdenes vesánicos, i de los cuales se diferencian luego por su fugaz duracion.

Como la remision i admision de insanos no es inmediata al exámen médico, sino posterior a ella, en uno, dos o mas dias, resulta que pasados los primeros fenómenos que podian acusar un trastorno mental, estos individuos quedan perfectamente sanos i llegan en este estado al Manicomio. donde no puede repudiárseles ni hacerlos salir, sino despues de algunos dias de observacion i exámen. Así, se esplica como han entrado algunos sanos en calidad de insanos.

Si hubiere algun local adecuado para recibir i retener individuos que, recojidos por la Policía, se presume sean enajenados, a fin de que sean observados i estudiados convenientemente, no ocurririan estos hechos que pugnan con nuestras leyes de libertad personal i con el derecho que cada individuo tiene para usar de ellas.

Un local de observacion, donde se secuestraria provisoriamente, por cuatro a seis días, hasta cerciorarse de la efectividad de la enajenacion; situado en el Cuartel Central de Policía u otro edificio público, ya que no seria posible establecerlo en el mismo Manicomio, pues la lei de 1856 no lo permite, seria lo único que

podria evitar estas secuestraciones prematuras i sin objeto; secuestraciones que si hasta la fecha no han producido felizmente malos resultados, pueden, sin embargo, llegar a ser en estremo perjudiciales i peligrosas para los individuos que las sufren.

Sabido es que la estadía solamente en un Manicomio es considerada, por el público, si no como un afrenta o mancha desdorosa, por lo menos como un descrédito que menoscaba la reputacion del que ha debido soportarla. Si se trata de un hombre de negocios o de profesion, por ejemplo: un injeniero, un abogado, un médico, un notario, etc., su crédito sufre, la confianza antes ilimitada de sus comitentes disminuye, sus clientes no abrigan la fé que antes le merecian; se le cree loco aunque haya curado; se le teme aun, i se le mira con desconfianza.

Aparte de esto, ¿no podria ocurrir el caso de que un individuo sano; pero predispuesto a enajenarse, viéndose secuestrado en medio de una poblacion enajenada, se hiciera, en tales circunstancias verdadero loco?

Es este un asunto que merece considerarse i que trae consigo otro igualmente grave que tendré ocasion de tratar en otro trabajo: es el referente a las formalidades que deben acompañar a la secuestracion. Nuestra lei vijente es, a mi juicio, mui deficiente a este respecto i deberia ser modificada en órden a garantir escrupulosamente los procedimientos para llegar a ser ordenada la admision de un individuo en el Manicomio.

Hoi, con los actuales trámites nadie está libre de que, mediante mala fé, venalidad, i otros diversos móviles criminales pueda verse encerrado en la Casa de Orates, siquiera sea temporalmente, por algunos dias.

Otros casos han sido, a no dudarlo, de locura pretestada o simulada. Todos estos individuos han salido dados de alta en tiempo mas o ménos corto; ménos una mujer que fugó.

Enfermedades comunes en los asilados

Ademas de las perturbaciones mentales, causa de su reclusion, sufren los habitantes del Manicomio con frecuencia, dolencias físicas diversas, mas o ménos graves i que, con motivo del estudio de las causas de mortalidad, he ensayado estudiar mas adelante:

En el curso del año 1890, fueron comunes, sobre todas, las enfermedades *intestinales o gastro-intestinales*, que son las que con frecuencia sufren los enajenados, ya por debilidad de los órganos o carencia de jugos dijestivos, ya por falta de masticacion, ya porque muchos injieren cuanto su mano alcanza sin medir la cantidad, ni apreciar la calidad, etc.

Las enfermedades del *aparato respiratorio*, tan comunes en todos los manicomios, especialmente las neumonias, lo fueron igualmente en el de nuestro pais, descollando la forma correspondiente de la *influenza*, que durante todo el otoño e invierno próximo pasado tuvo muchos afectados.

El *tífus abdominal* en principio de primavera tuvo casos tambien, así como la *erisipela*, forma *quirúrjica*, se presentó con frecuencia despues de traumatismos.

Las fiebres eruptivas como *varicela* i *viruela*, se presentaron tambien, aunque en escaso número. Mas que las anteriores en esta categoría, hizo víctimas la *escarlatina* que a fines de año ya comenzó a desarrollarse con vigor i propagarse seriamente. Por felicidad no ocurrió ninguna defuncion i pronto pudo evitarse el contajio, gracias al aislamiento en las enfermerías.

Aparte de accidentes traumáticos insignificantes e inevitables del todo, como pequeñas heridas i contusiones, no ha habido otros de consideracion que lamentar, ni tentativas de homicidio, o suicidio, como es frecuente observar en las *Crónicas* de todos los Manicomios del Globo.

Mortalidad i sus causas

Con el propósito de estudiar bajo sus diversas faces el movimiento de entrados en el año que analizo, me propongo en este capítulo, dejar constancia de la mortalidad de los entrados.

Al efecto, he formado el cuadro adjunto que revela las causas de la muerte para cada sexo i los totales respectivos:

Causas de mortalidad	Número de defunciones		
	H	M	TOTAL
Anemia cerebral	3	2	5
Asistolía	1	1	2
Conjestion cerebral	7	2	9
Derrame cerebral	8	7	15
Diarrea paralítica	2	6	8
Enteritis disentérica	6	4	10
Erisipela flegmonosa	1	1	2
Tuberculósis pulmonar	2	1	3
Gangrena	.....	1	1
Viruela	1	.....	1
Totales	31	25	56

De los 523 entrados en 1890 sucumbieron a consecuencia de varias enfermedades, 56 de ellos, lo que significa una proporcion de 10 °/₀ entre ambas cifras.

Las principales causas de mortalidad dependieron del cerebro, siendo las muertes ocasionadas por derrames o conjestiones cerebrales, modos ámbos mui frecuentes de terminacion de la vida en los enajenados.

Otras de las causas de muerte han sido las enfermedades intestinales, desinteria i enteritis, i entre éstas, una forma que he consignado en el cuadro anterior con el nombre de *diarrea paralítica.*

El modo como se desarrolla esta afeccion, su marcha, su persistencia que nada puede vencer i su terminacion siempre funesta, me obligan a detenerme en ella.

Es comun ver desarrollarse esta afeccion en dos clases de enfermos: en enfermos crónicos, especialmente en dementes; i en enfermos agudos, afectados de manía aguda o de locura inflamatoria, como parálisis jeneral u otras. Es mas comun en la mujer que en el hombre i sobreviene con un cortejo de síntomas poco alarmantes al principio; pero que luego se hacen graves.

Al principio, conservando los enfermos su manera de ser habitual, su conducta i su delirio, son atacados por un flujo diarreico mas o menos abundante, sin esperimentar dolor ni malestar. Pronto el flujo se exajera i comienza cierto decaimiento que poco

a poco los lleva a la postracion mas completa. Las evacuaciones, involuntarias como se hacen, se repiten con mayor frecuencia i poco mas tarde, sin ceder a ningun medio terapéutico, concluyen con la vida de los enfermos.

Los casos de muerte ocurridos por esta enfermedad han sobrevenido despues de un intervalo de tiempo variable de una a tres semanas. Durante este tiempo, el estado mental mejora considerablemente en la mayor parte de los casos: los ajitados se vuelven apacibles, las incoherencias del lenguaje cesan, teniendo alguna coordinacion las ideas; aun los locos crónicos parecen ser beneficiados, recobrando alguna lucidez. No parece, sino que existiera cierta correlacion i equilibrio entre el estado de salud física i mental.

Lo que en estos casos se vé, se observa igualmente en otras enfermedades del intestino acompañadas de fluxion i en algunas fiebres. Conforme la enfermedad física avanza, la enfermedad mental disminuye; habiendo muchos casos en que una afeccion de las apuntadas, que ha traido alguna mejoría en la salud psíquica, viene a servir de fenómeno crítico i restablece el equilibrio definitivamente, recobrando las diversas facultades su funcionamiento normal.

Esta diarrea, de oríjen cerebral sin duda, por su modo de ser, marcha i terminacion, sería mui comparable con la que en Patolojía lleva este nombre o a la diarrea por el miedo o de los combatientes.

Tendría, en mi concepto, su causa en un comienzo de parálisis de los nervios vaso-motores intestinales i especialmente en la de los *vaso-constrictores*. Habiendo disminuido o cesado la accion de estos, los vaso-dilatadores conservarían o aumentarían su enerjía haciendo entónces que se operara una fluxion i trasudacion verdadera de los elementos líquidos de la sangre, en la cavidad intestinal. Por otra parte, la inervacion de las paredes intestinales i de los esfínteres mismos sufriría tambien una parálisis ocasionando su dilatabilidad, su ninguna reaccion i por consiguiente una verdadera inercia que daría cuenta de las evacuaciones involuntarias, frecuentes i abundantes.

La ninguna eficacia de los medios empleados para obrar local-

mente corroboraría este modo de pensar, hasta aquí, atribuyendo a una causa cerebral la que ocasiona esta enfermedad.

Por otra parte, en las autopsias hechas, no he encontrado lesiones en el intestino que puedan esplicar el cuadro sintomático.

Cuanto a las demas causas de muerte suficiente es que queden consignados en el cuadro.

Desde luego, hai que fijar la proporcion en que ambos sexos se encuentran con la existencia total. Ella es casi equivalente, pues la diferencia que existe entre ambas cifras, es casi insignificante: los hombres figuran con 53% del total; i las mujeres con el 47% restante.

Examinando ahora cada grupo de enajenacion, en cada sexo, para estimar la proporcion en que se halla con el total respectivo se obtiene:

A) Para el sexo masculino:

1.°	Demencias, entran en el total con un	28	por ciento
2.°	Manías, id. id	24	"
3.°	Locuras sintomáticas, id	24	"
3.°	Id. parciales, id	13	"
4.°	Estados conjénitos, id	6	"
6.°	Melancolías, id	3	"

El 2% restante, no computado, corresponde, parte a la *locura de doble forma*, i parte a las fracciones que en el cálculo se desprecian.

B) Para el sexo femenino:

1.°	Manías, entran en el total con un	38	por ciento
2.°	Demencias, id. id	29	"
3.°	Locuras sintomáticas, id	11	"
4.°	Melancolías, id	9	"
5.°	Locuras parciales, id	8	"
6.°	Estados conjénitos, id	3	"

El 2% restante pertenece a la *locura de doble forma* en parte, i a las depreciaciones por fracciones lo demas.

De modo que dando valor a las altas cifras de este cuadro i sintetizando su estudio se puede concluir lo siguiente:

1.° Las *enajenaciones funcionales* forman la gran mayoría de los casos que constituyen la existencia que se estudia; pues figuran con un 49% en el total. Entre sus diversas modalidades, las que van acompañadas de reaccion jeneral de exitacion o de depresion, son las mas frecuentes: ellas forman el 37%, correspondiendo el 31% a las manías i el 6% solamente a las melancolías. Las otras que figuran con el nombre de locuras parciales, i que no van acompañadas de reaccion jeneral alguna, contribuyen con un 12%.

2.° Las *enajenaciones constitucionales*, entran igualmente con una alta cifra a formar la existencia de la Casa. Están representadas por un 33% en el total.

De ellas, las formas adquiridas, es decir las demencias, forman el 28%, i las conjénitas, el 5% restante.

Por fin, las enajenaciones que consigno como *sintomáticas* dan, con corta diferencia, el 12% que falta.

Para formar las agrupaciones que este cuadro consigna, me he atenido a la nueva clasificacion de *Regis*, basada en las antiguas de *Ball* i *Marcé*, en parte, por su sencillez i la facilidad de comprension, agregando la seccion de *locuras sintomáticas*, para dar alguna entrada a la etiolojía de las enajenaciones, que ha sido bien establecida i hacer mas esplicativo i claro su conjunto.

Ha de llamar, sin duda, la atencion al contemplar esta clasificacion de los asilados existentes en nuestro Manicomio, el excesivo número de casos incurables que figuran en ella. En efecto, así es la verdad.

Del estudio de los datos adquiridos a este respecto i del conocimiento personal de todos i cada uno de los asilados en la Casa de Orates, he llegado a formarme la conviccion de que las dos terceras partes o mas, de esa desgraciada poblacion, está constituida por incurables.

Sin temor de incurrir en errores de consideracion, he hecho el siguiente cómputo sobre la actual existencia del Asilo, referente a las probabilidades de curacion o sea al pronóstico que puede darse de sus enfermos.

A) Seccion de hombres:

Existencia total	364
Curables, con muchas probabilidades	80
Id., con pocas probabilidades	45
Incurables	239

B) Seccion de mujeres:

Existencia total	328
Curables, con muchas probabilidades	65
Id., con pocas probabilidades	38
Incurables	225

Este resultado, mui desconsolador, por cierto, revela que en nuestro Manicomio, es decir en su actual poblacion, son pocos relativamente, los casos curables.

Dos principales causas han contribuido en mi concepto a formar este considerable número de incurables, que constituye a firme, una gran parte de la poblacion del Establecimiento. Es una, la acumulacion que cada año se hace de los que con el trascurso del tiempo llegan, por la forma de su enajenacion i por su cronicidad a ser incurables i necesariamente quedan como resíduo para el año siguiente i los sucesivos, hasta que son sacados por sus familias, lo que es mui raro, o mueren en el Asilo por la misma afeccion cerebral u otra cualquiera intercurrente.

Es la segunda, la proveniente de que, por regla jeneral, los enajenados que ingresan a la Casa de Orates, especialmente los colocados por sus deudos, son ya locos crónicos, que es como si dijéramos incurables; i que se colocan en ella, por hacérseles imposible su residencia afuera, como en un lugar de detencion nada mas. Solamente los alcohólicos, que la policía recoje i envía, vienen en el principio de su enajenacion, en la época que precisamente ofrece mas probabilidades de éxito para la curacion.

Si las familias que tienen la desgracia de contar enajenados en su seno, se penetraran de la *conveniencia del aislamiento* en esta enfermedad, sobre todo por medio de la reclusion en establecimientos especiales, como son los manicomios, especialmente en los primeros tiempos de la enajenacion, seguro es que sanaría mayor número de locos i por consiguiente no habria, como sucede en nuestro Asilo, un número tan considerable de crónicos e incurables.

Desgraciadamente, no sucede así. Hai una adversion i repugnancia tan grande en el público hácia la Casa de Orates, que solo se envían a ella los casos perdidos, aquellos en quienes se ha agotado todo recurso a fuera i que no dan ya esperanzas de éxito favorable alguno.

No quiero significar con esto que todo enajenado debe ser recluido, nó; pero sí que hai muchísimos casos en que debe tentarse i aceptarse como única medida salvadora, la secuestracion desde los primeros momentos en que se anuncia la enajenacion.

Es creencia comun en el público, que solamente los *dementes* i los *ajitados* o *furiosos* deben ser secuestrados en la Casa de Orates.

Los primeros, en tésis jeneral, son los que precisamente, a nuestro juicio, no deben ser secuestrados, porque siendo apasibles, necesitan mas que otros los cuidados i atenciones solícitas de las familias.

Los segundos, sí, es verdad, que la mayor parte necesitan la secuestracion por su carácter violento i su conducta turbulenta jeneralmente.

Mas, aparte de estas dos clases de locos, hai otras que requieren para su propio bien, así como para la tranquilidad de los que le rodean, permanecer en un Manicomio, único punto o sitio en que prontamente pueden recobrar la salud mental perdida. Me refiero a los locos *epilépticos* o *histéricos*, a los *melancólicos*, sobre todo a los *sitófobos*, que por la naturaleza de su delirio se niegan a comer i tomar alimentos en absoluto, a los afectados de *delirio de persecucion*, habitualmente tan peligrosas, a los *suicidas* u *homicidas*, etc., etc. Todos estos enfermos deben ser secuestrados en un Asilo, cuya disciplina, réjimen i aislamiento, puede serles sumamente provechosa.

Al hablar así de la necesidad de la reclusion, no pretendo se imponga *siempre*, como *único* remedio; pero desearía ver estudiada su conveniencia en cada caso de enajenacion por los deudos i por los médicos a fin de no ver perjudicados los enfermos con su estadía afuera; así como no desearía ver tampoco casos en que con corazon lijero fuese a privarse sin objeto, a nadie de su libertad.

En todo caso, la reclusion servirá muchas veces como medio de sujecion i disciplina; otras como arbitrio para la administracion de los alimentos i medicamentos; i en todo caso, por fin, como

medio eficaz de *aislamiento*. Sabido es que, hoi dia todos los alienistas del mundo están contestes en proclamar *el aislamiento* como primera providencia en favor de la curacion de las enajenaciones.

Sí, pues, en el seno de la familia i de la sociedad no puede éste llevarse a cabo, necesario es recurrir a establecimientos adecuados i especiales.

Existencia en 31 de diciembre de 1890

Siendo conveniente dejar constancia de la existencia total con que ha de contar el Manicomio el 1.º de enero de 1891, he formado un cuadro espositivo de ella, clasificada segun las formas de enajenacion existentes i que inserto mas abajo:

ENAJENACIONES CONSTITUCIONALES

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Conjénitas			
Imbecilidad	13	5	18
Idiotismo	5	4	9
Cretinismo	3	2	5
Adquiridas			
Demencia primitiva	2	5	7
Id. secundaria	96	82	178
Id. epiléptica, etc	5	9	14
Total	124	107	231

ENAJENACIONES FUNCIONALES

A) Jeneralizadas.

Con exitacion.—Manías			
Sub-aguda	3	18	21
Aguda	19	47	66
Crónica	67	59	126

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Con depresion.—Melancolías			
Sub-aguda	5	13	18
Aguda	2	9	11
Sobre-aguda	3	7	10
Con exitacion i depresion:			
Locura de doble forma	1	3	4
Total	100	156	256

ENAJENACIONES FUNCIONALES

B) Parciales.

Primer estadío.—Análisis subjetivo			
Locura hipocondriaca	9	6	15
Segundo estadío.—Esplicacion delirante			
Locura de persecucion	21	13	34
Id. mística	8	5	13
Tercer estadío.—Transformacion individual			
Locura ambiciosa	10	6	16
Total	48	30	78

ENAJENACIONES SINTOMÁTICAS

Locura alcohólica	62	5	67
Id. epiléptica	21	20	41
Id. coreica	.....	1	1
Id. histérica	.....	9	9
Id. sifilítica	4	.....	4
Id. por reblandecimiento	2	1	3
Id. por parálisis ajitante	1	.....	1
Total	90	36	126

Aumento de poblacion del Asilo

Antes de dar fin a este trabajo, que tiene ya mas estension que la que habria deseado darle al iniciarlo, me resta consignar el cuadro adjunto que demuestra el aumento progresivo de la poblacion del Asilo desde 1864 hasta 1891.

He construido la curva que en él se vé para hacer perfectamente visible ese aumento siempre creciente de la existencia de asilados en el Manicomio.

La curva uniformemente ascendente hasta 1877, se mantiene durante cinco años al mismo nivel, indicando un término medio de poblacion de 490 enfermos. Desciende en el año 1882 i vuelve, en los siguientes, a subir progresivamente otra vez, esperimentando un nuevo descenso en 1887, hasta llegar a considerable altura a fines de 1890, año en que indica 700 como número de enajenados existentes en el Manicomio.

Arrancando en 1864 del número 218 que era el total de asilados, en el breve término de diez años de ascencion progresiva, se duplica; quince años mas tarde, se triplica, i luego sigue aumentando de una manera rápida hasta alcanzar la alta cifra que allí se contempla actualmente.

¿Cuál será la causa de tan rápido acrecentamiento? Pienso que ella no es una solamente, sino múltiple. Todas i cada una de las causas de enajenacion, ensayadas antes, i diversas influencias que espondré sumariamente ahora, creo que han contribuido al aumento de esta desgraciada poblacion.

Iniciado el Manicomio en 1852, en el barrio de Yungay, con mui corto número de asilados pertenecientes a la capital en su casi totalidad; comenzaron mui luego a solicitarse admisiones de los pueblos i ciudades vecinos.

Pronto i con el trascurso del tiempo, no bastó ese Asilo para contener i alojar a todos los que necesitaban trasladarse a él, i se construyó entónces la actual Casa de Orates, que ya en 1864 encontramos con una existencia de mas de 200 enajenados; para que sirviera no solamente de lugar de sujecion a los impulsivos i furiosos, i de residencia a los dementes, sino de verdadero hospital,

dedicado especialmente al tratamiento de las enfermedades mentales.

Penetrado el público de Santiago i sobre todo el de provincias de la utilidad e importancia de la nueva Casa, se apresuraron, de todas partes, a enviar sus enajenados que, por lo jeneral, eran crónicos e incurables.

Ofreciéndoles el Asilo toda clase de comodidades, no pensaron mas en ello, cosa que en el dia diariamente sucede, i los dejaron olvidados para siempre, como en perpetuo destierro. Vino así poco a poco formándose una existencia fija que aumentaba por todos medios i no disminuia sino con la muerte.

Las vicisitudes de la vida; las conmociones interiores i esteriores del pais; desgraciados acontecimientos, epidemias, miseria, etc. etc., hicieron numerosas víctimas que, como punto de término, encontraron en el Manicomio su último refujio.

El desarrollo de la sociedad, con los nuevos hábitos; la perversion de las antiguas i sanas costumbres, los vicios, etc., trajeron, por otro lado, poderoso continjente.

El desarrollo del comercio i de nuevas industrias, trayendo consigo mayor comercio de ideas, cambio de intereses, ilusiones i desencantos, pudieron perturbar tambien muchos espíritus. Así como el desarrollo intelectual i la civilizacion hicieron conocer i distinguir mejor al desequilibrado i separarlo de los demas.

Todas estas causas e influencias, aparte de las especialmente enumeradas en otros capítulos, vinieron aunándose poco a poco para llegar a formar las altas cifras que hoi contemplamos, i que hacen a nuestro único Manicomio, construido para 272 enfermos, incapaz de contener aun el número actual.

Como última observacion que sujiere este estudio i el dato que acabo de apuntar, debo decir que realmente los edificios de la Casa de Orates, no son capaces de contener con mediana comodidad mayor número de enajenados que los existentes, i que si la poblacion va en aumento, como ha de suceder, preciso será construir un nuevo Manicomio en Santiago o bien dos en provincias a fin de tener locales en que recibir a los nuevos i dar alguna comodidad a los ya asilados, que viven demasiado estrechamente.

Todas las medidas que se tomen en el actual edificio o en su

distribucion no alcanzarán a ser eficaces sino por mui corto tiempo ya que mui luego sobrevendrán los mismos inconvenientes.

Cuanto a ensanchamiento de la actual Casa, tieñe tantas dificultades su realizacion que pienso no se ha de tentar. Una de ellas seria el acumulo de una gran poblacion con todos sus peligros i los inconvenientes para su unidad de direccion i administracion en espacios relativamente pequeños.

Luego, es preciso comprender que organizada como hasta la fecha está la Casa de Orates, se encuentra algo distante de lo que son los servicios semejantes en otros paises del Globo, tanto del viejo como del nuevo mundo. De modo que se hace necesario construir un nuevo Manicomio que estando a la altura en que las investigaciones modernas han colocado este jénero de establecimientos, proporcione eficazmente no solo asilo para estadía i sitio de reclusion o aislamiento de los enajenados, sino residencia hospitalaria provechosa para su curacion.

No solamente los medicamentos son recursos para combatir las enajenaciones; hai otros medios, que por distintos caminos, solos o asociados a aquéllos contribuyen poderosamente a restablecer el equilibrio mental perdido en las vesanias.

Las diversas aplicaciones del trabajo manual, en talleres apropiados, en jardines, cultivos, etc.; las distracciones que la música, lectura, paseos, parques, etc., proporciona; los inapreciables resultados que con el tratamiento hidroterápico i electro-terápico, bien dirijido i con elementos suficientes, se alcanzan; el beneficio que una disposicion hijiénica jeneral en los edificios, habitaciones, vestido, alimentos, brinda, ayudando al éxito deseado; todo esto i mucho mas que no menciono i que constituyen el buen réjimen, dotacion i servicio de un Manicomio moderno, llegan a ser poderosos ausiliares del tratamiento jeneral de las locuras.

Sin ellos, los resultados son casi siempre tardíos, fugaces e ilusorios, cuando no adversos.

Tratamientos

Aunque este trabajo toca ya naturalmente a su fin, me resisto, con todo, a darle término sin consagrar ántes algunas frases a los tratamientos seguidos, en el año que estudio, para la curacion de las enajenaciones.

Se han desarrollado estos en jeneral, bajo cuatro faces diversas: *tratamiento farmacolójico; tratamiento hidroterápico; tratamiento moral; i tratamiento hijiénico.*

El primero, consistente en la administracion de medicamentos i preparaciones farmacéuticas diversas, ha sido, sin duda, el mas comunmente usado. Los distintos medios de aplicacion de los medicamentos i por todas las vias conocidas, se han empleado. La injestion por la boca, en distintas formas; el método hiatraléptico i el hipodérmico, por la piel; el en formas de enemas, supositorios etc., por la vía rectal; todos se han puesto en práctica con singular frecuencia.

Cuanto a la calidad de sustancias empleadas, sabido es que el número de ellas es reducido en la medicina mental. Los progresos de la ciencia no permiten aun salir del cuadro, relativamente escaso, de medicamentos que la esperiencia ha consagrado eficaces en el tratamiento de las enajenaciones. Siguiendo las investigaciones i estudios del viejo mundo sobre esta materia, se ha procurado, dando importancia i crédito a aquéllos, implantar nuevos tratamientos empleando sustancias nuevas o las antiguas ya conocidas, bajo diversas formas.

Así se ha utilizado la accion poderosa de los diversos sedantes, estimulantes, contraestimulantes, neuroténicos, hipnóticos, narcóticos, alterantes, etc., etc., que se juzgan de accion eficaz i segura.

Aparte de la conocida accion de los diversos bromuros, que tantos bienes proporciona en gran número de formas de enajenacion, necesito consignar aquí los resultados que la esperiencia señala respecto a la eficacia de los preparados de opio i sus alcaloides, en la curacion de la locura.

Siguiendo las prácticas del sabio alienista frances Voisin, se ha visto producirse admirables resultados, mediante el empleo juicioso de estas sustancias en diversas formas de enajenacion que se presentaban con caracteres rebeldes a la curacion.

Las sales de morfina, por el sistema de inyecciones hipodérmicas han sido las que han dado mejores, mas precisos e inmediatos resultados.

Es mediante ellas que se han obtenido inesperadas curaciones en diversas formas de *locura melancólica*, en *delirios alucinatorios, de persecucion*, i otros.

Ademas de los alcaloides del opio, se han utilizado tambien los principios activos estraidos del *hiosciamus niger*, de la *atropa belladona*, del *sécale cornutum*, etc.; es decir se han empleado la *hioscianima* i *hioscina* la *atropina;* la *ergotina* i *ergotinina*, aprovechando sus diversas propiedades terapéuticas.

En la serie de los hipnóticos, que tan necesarios son para suprimir un síntoma molesto i que casi nunca falta en las enajenaciones, como es el insonmio, se han usado varios de reconocida eficacia. Desde el *opio*, *cloral* i *bromuros*, usados desde siglos atrsa, hasta el *hidrato de amilena*, *sulfonal*, *hipnona*, *paraldehida*, etc., de los tiempos modernos mas recientes, todos se han utilizado.

El segundo medio de tratamiento indicado, ha sido la *hidroterapia* en forma de baños. En cuanto lo han permitido las instalaciones que para el efecto cuenta el Establecimiento, se ha procurado utilizar la benéfica accion de tan poderoso medio de tratamiento.

Las diversas i múltiples aplicaciones del agua fria, lluvias, duchas en chorro, baño en tina, de natacion, etc.; asi como las de uso comun del agua tibia i caliente, sola o combinada, se han empleado con éxito. Pero, de todos estos medios, los mas usados han sido los baños tibios prolongados con chorro frio a la cabeza, i las lluvias i duchas cortas.

Los tratamientos moral e hijiénico justamente estimados, pues que poderosamente coadyuvan al buen éxito de los otros medios indicados, se ha usado tambien en cada caso con aplicaciones especiales segun el criterio de los médicos de cada servicio.

Las conversaciones diarias con los enajenados, distintos medios de persuacion i convencimiento, la lectura i escritura, entretenimientos, trabajo, etc., etc.; todo esto se ha procurado con el fin de obtener la vuelta al estado normal de las facultades psíquicas.

Mas, los tratamientos implantados no tienen este único objetivo. Verdad es que principalmente ha de atenderse la enfermedad mental, atacándolo rudamente, de frente; pero no es ménos cierto que muchísimos casos hai en que se hace preciso salvar una serie de síntomas i fenómenos enfermizos, que constituyen otros tantos obstáculos para alcanzar el fin deseado. Me refiero a diversos síntomas e indicaciones que necesitan combatirse i llenarse oportumente, como son los estados conjestivos diversos, las afecciones cardíacas, pulmonares, gastro-intestinales, uterinas, etc., etc.

Cada uno de estos estados mórbidos, son vallas ante las cuales se estrella l a terapéutica mental, si no se procura salvarlas a tiempo mediante el uso apropiado de los medicamentos de prescripcion comun en los estados patolójicos jenerales.

Así, por ejemplo, hai un síntoma que se puede llamar comun en los enajenados, que entra constantemente en su modo de ser habitual, i que siendo, muchas veces, poderoso inconveniente para la eficaz accion de los medicamentos prescritos, necesita ser combatido oportunamente. Me refiero al *estreñimiento* o *constipacion.*

Es este un accidente que produciendo perturbaciones serias en las funciones intestinales i por consiguiente en la absorcion de las sustancias que el médico prescribe para obrar en órganos lejanos, o en la crásis de la sangre, etc., merece llamar su atencion i ser tratado.

Hai pues, ademas de los tratamientos especiales indicados ántes, otro que se basa en los diversos accidentes i estados patolójicos que se presentan en el curso de la enajenacion o que con antelacion sufrian los enajenados; tratamiento que entra en la medicina comun i que, no por ser aplicado a locos, se separa de ella.

Vasto campo hai siempre para ponerle en práctica, porque en una poblacion de 700 individuos que encierra la Casa de Orates, jamas faltan accidentes i enfermedades comunes que exijen ser combatidas.