

SUEÑO Y ENSUEÑO EN LA SEGUNDA INFANCIA

UN CAPÍTULO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Desde el punto de vista fisiológico, Edward Bradford Titchener ha descrito el sueño como un reposo del cuerpo y, especialmente, del sistema nervioso y de sus anexos, los órganos de los sentidos y los músculos.

En el sueño profundo, el cerebro está, comparativamente, sin sangre y, en consecuencia, se halla inactivo. No se envían excitaciones a los músculos y la conciencia parece faltar por completo. Durante los ensueños, los procesos mentales aparecen y la conciencia se forma, el mundo exterior encuentra acceso al cerebro y, en tal caso, pueden ser enviadas excitaciones a los órganos del movimiento; pero, el mundo del ensueñador no es el mundo real de la vida de vigilia; su conciencia es anormal y, por lo tanto, está en un todo en desacuerdo con la conciencia de vigilia.

Para que se produzca el ensueño es necesario el estímulo de alguno de los órganos de los sentidos, en especial del ojo o del oído, o de algún órgano interno, mientras el cerebro continúa trabajando, según un autor reputado.

La causa de que los ensueños sean casi todos visuales, hay que

atribuirla a que el ojo es un órgano muy sensible a la luz, a la presión de los párpados, al estado de circulación de la retina, etc. y esta sensibilidad está considerablemente reforzada por la substancia cerebral.

Durante el ensueño domina en el espíritu la asociación mecánica, sin el control de la atención voluntaria. El carácter más importante del sueño es la ausencia de percepción.

Tres teorías se encuentran en boga para explicar la fisiología del sueño: Los que sostienen la primera piensan que el sueño se debe a modificaciones que experimenta la circulación cerebral, afirmando la existencia de una anemia del encéfalo, que priva de substancias nutritivas a las células nerviosas y suprime, total o parcialmente, su actividad. La segunda teoría le explica por acumulación de productos tóxicos, que acarrearían a las células nerviosas una verdadera intoxicación; para que éstas recuperen su actividad sería necesario la eliminación de sus productos, la que tendría lugar solamente durante las horas de reposo. Finalmente, hay quienes, basándose en los recientes descubrimientos histológicos, atribuyen el sueño a la interrupción de las conexiones nerviosas, la que se produciría por retracción de las prolongaciones de las neuronas de la corteza cerebral.

En el estado actual de nuestros conocimientos, no podemos adoptar la explicación exclusiva y definitiva de ninguna de tales teorías, ni podemos dejar de increparles su carácter notoriamente hipotético. Ellas bastan, sin embargo, para explicarnos, transitoriamente tal vez, entre otros fenómenos psíquicos igualmente interesantes, el sueño fisiológico, el hipnótico, el producido por substancias medicamentosas y el estrictamente patológico.

En el niño, el sueño no presenta, aparentemente, notables caracteres distintivos con el del adulto, pero, y especialmente en la primera infancia, deben existir, paralelamente con las particularidades anatómicas y fisiológicas de sus sistemas orgánicos, diferencias, muy difíciles de estudiar, sin duda, pero dignas de llamar la atención de los psicólogos.

Rápidamente formuladas estas consideraciones generales, entremos, ahora, a tratar de los trastornos del sueño en los niños. Incompleto nuestro trabajo, por consideraciones que no escaparán al ilustrado criterio del lector, la obscuridad de la materia y la escasez lamentable de antecedentes bibliográficos, entre otras, no comprenderá este esbozo de tan interesante capítulo de patología infantil, más que algunos trastornos del sueño que son característicos casi de la infancia, que se presentan con manifestaciones propias y que tienen, desde luego, consecuencias particulares. Por ello paso por alto alteraciones como el mal del sueño, enfermedad infecciosa endémica del Africa Occidental, producida, como se sabe, por el pasaje de la sangre al líquido céfaloraquídeo del *Trypanosoma Gambiense* Dutton, parásito inoculado por picadura de la *Glossinia palpalis*, y que determina, tanto en el adulto como en el niño, en su segundo período, accesos de sueño, cada vez más prolongado, que concluyen con la muerte del paciente.

Las alteraciones más comunes del sueño en los niños, preséntanse en formas pasajeras, a veces, y suele bastar una ligera terapéutica para hacerlas desaparecer o para influenciarlas de manera directa.

El profesor Hamburger divide los trastornos del sueño en sintomáticos e idiopáticos. Entre los primeros encuadran algunas formas que acompañan comunmente a una enfermedad febril violenta. Como idiopáticos se conocen aquellos que se desarrollan junto con otras enfermedades orgánicas.

Desde otro punto de vista, se pueden dividir los trastornos del sueño de los niños, en pasajeros u ocasionales y en crónicos u ordinarios; estos últimos pueden ser denominados, también, trastornos estereotípicos.

Los primeros no suelen necesitar la presencia del médico. Si un niño, una o dos veces en el año se orina en la cama de noche o se asusta mientras duerme, no llamará mayormente la atención de los padres, a tal punto que crean necesaria la presen-

cia del médico; pero si estos trastornos se repiten con alguna frecuencia o si se mantienen durante un tiempo más o menos largo, entonces los padres se sorprenden y recurren al médico.

Los trastornos del segundo grupo son muy variados y adquieren tipos diversos. Hay muchos niños que para dormir necesitan encontrarse en condiciones especiales, lo mismo que otros tardan varias horas para conciliar el sueño. Se encuentra innumerables casos de niños, en general menores de dos años, que no pueden adormecerse si la madre no les toma la mano o si no se le da algún objeto para estar practicando la succión, o si no tienen algún juguete. Hay otros que tienen el hábito de dormir solamente cuando están seguros de que la madre o la niñera que los cuida se halla al lado del lecho. Casi no se observa niños que no tengan alguna de estas costumbres al empezar a dormir y este hábito puede contarse como un detalle de lo caprichoso que son ellos en determinado período de su existencia. Con razón ha dicho Zappert, que en ninguna edad el hombre es tan peraltado como en los primeros años de la vida.

Los hábitos que acompañan al sueño en los niños y que se encuentran tan extendidos, no son más que manifestaciones este-reotípicas de trastornos del sueño, y aunque pueden tomar caracteres crónicos, es indudable que, en la mayor parte de los casos, conservan el carácter de malos hábitos adquiridos en el momento de dormir; pero, al lado de éstos, existen otros grupos cuyo mecanismo no se explica claramente.

Puede observarse dos maneras diferentes de trastornos del sueño: o el niño tiene estas alteraciones sin despertarse, o bien son interrumpidas por estados de vigilia. Las primeras son muy comunes y pueden referirse a trastornos del sueño de forma afectiva o intelectual, sin que sea necesario la existencia efectiva del recuerdo. Hay ensueños de los cuales no queda ningún recuerdo y, sin embargo, no por eso se puede dudar de que han existido. El terror nocturno es un caso característico y muy común de estas alteraciones.

A los trastornos del sueño pertenecen, en los niños, además de los terrores nocturnos, el sonambulismo, el *jactatio capitis nocturno*, la enuresia nocturna, la incontinencia de orina, el crujido de los dientes, muchas formas de tos, dolores de vientre y vómitos, que pueden ser los equivalentes del terror nocturno.

La causa de estos trastornos y, principalmente, de los terrores nocturnos, se atribuye, desde hace algún tiempo, a la intoxicación por el ácido carbónico, debida a la mala ventilación pulmonar, sobre todo en aquellos niños que tienen vegetaciones adenoideas. Sin embargo, hay una gran cantidad de casos en los cuales no existe ninguna hipertrofia de los órganos linfoides, sin que por ello sufran menos de tales disturbios. Se ha pensado que muchos de tales trastornos pertenecen a la forma psicogénica.

Que el ensueño no se recuerde posteriormente, nada significa: el niño puede no conservar el recuerdo, debido a que el terror se produce, por lo general, en las primeras horas del sueño. Además, es, muchas veces, difícil poder apreciar si el niño estaba verdaderamente despierto o no durante el ataque. Se puede practicar una sencilla experiencia para salir de la duda: se les pulveriza la cara con un poco de agua fría o con otra substancia que les excite hasta despertarles manifiestamente y así se tendrá la prueba evidente de si estaban o no dormidos; en caso afirmativo, se notará que no contestan a las preguntas que se les hacía segundos antes.

El pavor nocturno acompaña muy a menudo al sueño y se repite con frecuencia en forma estereotípica, a tal punto que ha hecho pensar a Zappert, muy sensatamente, que el ensueño estereotípico no es más que la continuación del sueño normal, que está precedido por una circunstancia especial de traumatismo psíquico.

En 1894, dice Gomperz que fué llamado a ver un niño de dos años y medio que sufría de dolores al oído, dormía con su boca abierta produciendo un fuerte ruido respiratorio, padecía

de un catarro del oído medio y de una hipertrofia de las amígdalas faríngeas, que hacía indispensable la amigdalotomía. Sometido el niño a la operación, sin previa anestesia, aparecieron, a los pocos días, trastornos del sueño que duraron largo tiempo. Tenía el paciente, cada noche, síntomas de terrores graves: gritos, sustos, quería levantarse de la cama y pedía que no viniera el doctor Gomperz, hasta que, al fin, despertaba. Con este caso, se tiene la prueba exacta de que los terrores nocturnos no aparecen forzosamente a causa de la intoxicación por el ácido carbónico, invocada antiguamente y, por el contrario, pueden ser consecuencia de un traumatismo psíquico, originado por la adenotomía en el niño atendido por Gomperz.

El ensueño estereotípico tiene, casi siempre, como causa, un acontecimiento que ha determinado una irritación psíquica. Muy a menudo ignoran los padres estos hechos, o no los tienen presentes en el momento de dar los antecedentes al médico. En general, el terror nocturno, es un ensueño violento, en el que los sucesos se mezclan con algo que ha impresionado al niño en ese día o poco antes.

En mi clínica privada, he observado el caso interesante de una niña de seis años de edad, que, consecutivamente a la muerte de un miembro de la familia y a las conversaciones impresionantes a que da lugar tal acontecimiento, demuestra terrores nocturnos de origen psíquico. La pequeña enferma balbucea varias veces en la noche y mientras duerme el nombre del deudo desaparecido. Después se despierta agitada y no puede conciliar el sueño. Cabe hacer notar que también en estado de vigilia es su constante preocupación el recuerdo del extinto, de quien había oído frecuentemente hablar en su casa. El tratamiento sugestivo y sedante bastó para concluir con este serio trastorno.

El pavor nocturno tiene equivalentes, en los que no se trata de ningún estado de miedo. El niño presenta otros síntomas, a menudo en el primer momento del sueño, rara vez al fin del mismo. Hamburger recuerda el caso de un niño que presentaba:

ataques de tos extremadamente fuertes, que se producían entre las dos o tres primeras horas del sueño. La tos era mencionada por los padres como muy violenta, en tal forma que privaba de la tranquilidad a toda la familia, pero el niño nunca despertaba por sí solo durante los ataques. El examen más minucioso durante el estado de vigilia no pudo hacer descubrir absolutamente nada al profesor mencionado. Hamburger piensa que este era un caso clarísimo de equivalente del pavor nocturno.

Yo he tenido oportunidad de observar un niño en quien creo existía, también, un equivalente del terror nocturno. Se trataba de un muchacho de seis años, que tan pronto como dormía se quejaba tenazmente de dolores de estómago, especialmente violentos y frecuentes al principio, pero, que, a pesar de su intensidad, no recordaba al despertar. Con un tratamiento sugestivo, exclusivamente, fué mejorando paulatinamente hasta su completa curación.

Se observan otros casos, aunque no comunes, en los que se manifiestan como único trastorno del sueño, vómitos más o menos persistentes en las primeras horas, mientras duerme el niño, y que desaparecen, también, con un tratamiento sugestivo.

Hay muchos que simulan durante el sueño verdaderos ataques de angina pectoris vaso-motoras, que pueden pasar sin que el sujeto despierte. Nothnagel ha explicado estos casos, diciendo que hay una constricción verdadera de los vasos coronarios, como también, isquemia del músculo cardíaco. A estos estados corresponde siempre un verdadero sueño psíquico, como es fácil demostrar.

La enuresia nocturna debe ser considerada, igualmente, como un equivalente de terror nocturno. La semejanza se nota desde el primer momento, por el hecho de que también la enuresia, lo mismo que el pavor nocturno, en la gran mayoría de los casos, aparece al principio del sueño y, además, porque suele ir acompañada con ensueños. No es frecuente encontrar niños en los

que estos trastornos se produzcan en las últimas horas del sueño, o cuando están profundamente dormidos. No se ha podido averiguar, hasta el presente, a ciencia cierta, si el ensueño representa la causa principal o si tiene solamente un efecto secundario en el proceso, del que la enuresia desempeña el rol primordial como equivalente del pavor nocturno. Asimismo, se averigua si la causa del ensueño acompaña o tiene efecto en este proceso, pero se piensa que todos estos trastornos están íntimamente ligados entre sí.

Zappert ha descrito síntomas de trastornos del sueño que existen en algunos niños, en los cuales, tan pronto como empiezan a dormir, adviértese movimientos rítmicos de la cabeza, que duran largo rato y aún toda la noche. Swoboda describe estos síntomas con el nombre de *jactatio capitis nocturno*. En el servicio de la Casa Cuna, que dirijo, uno de los practicantes ha tenido oportunidad de observar y hacerme notar una de las formas más curiosas de costumbres del sueño. Una criatura de casi dos años de edad, llamada Haydée, mientras duerme profundamente ejecuta con regularidad movimientos extensos. Rítmicamente y durante varias horas, lleva Haydée su pierna izquierda a cruzar con la derecha y, en cuanto se la despierta, cesa en su movimiento.

Hamburger piensa que todos ellos, cuando se repiten muy a menudo, deben colocarse en el grupo de los trastornos del sueño estereotípico, llamado, también, costumbres del sueño. Se trata, dice el autor, de una cadena de reflejos psicogénicos, en los que al primer eslabón de la cadena se agregan otros eslabones automáticos, reflectóricos, etc.

Los que se indican como comunes, son, la mayoría de las veces, una reproducción estereotípica, con todo su cortejo sintomático, que puede aparecer en forma de procesos simples o complicados, de trastornos físicos, intelectuales o afectivos. Teniendo, pues, un curso puramente automático, de ninguna manera están bajo la influencia de la voluntad.

Ultimamente tuvimos oportunidad de escuchar en la Universidad de Berlín al eminente profesor Czerny, quien insistía, en una de sus magistrales lecciones, sobre la teoría de los reflejos semi-voluntarios. Muy a menudo, decía, se tendrá ocasión de ver niños que padecen de ensueños violentos, provocados por una excitación psíquica, cuya génesis más común la constituye la imprudencia de los padres o personas que les rodean, quienes, por desgracia, poco se preocupan en silenciar, en presencia de aquellos, el relato o comentario de acontecimientos que impresionan vivamente la imaginación infantil y se constituyen tema predilecto de ensueños y pesadillas. Gritos, miedo, movimientos incoordinados y hasta verdaderos ataques de pavor nocturno que podrían llegar a parecer un hábito difícil de extirpar, no se hubieran producido, pues, afirmaba el ilustre pediatra, a haber procedido las familias con un poco más de cautela, a haber tenido los padres un poco más de ilustración.

En el pavor nocturno las manifestaciones son más acentuadas que en la enuresia, el jactatio capítis o los casos mencionados de equivalencia y, por tanto, más fácil su diagnóstico.

Se pueden reconocer, también, con exactitud, un pavor nocturno y una enuresia habituales, como costumbres del sueño.

A las costumbres del sueño se puede referir, también, las formas estereotípicas que no tienen ninguna manifestación exterior pero que son aceptadas como formas reales, aunque ignotas, de dichos trastornos; así, pues, estos se subdividen en trastornos estereotípicos de forma latente y de forma manifiesta, según que se demuestren a su alrededor o no.

Adviértense, asimismo, convulsiones epileptiformes que se desarrollan con frecuencia en combinación con los ensueños.

La explicación del mecanismo de su desarrollo está fundada en las teorías de Von Brener y de Freund: reproducción representativa de los conocimientos en el sueño y ataques reflectóricos. La aparición de los ataques epilépticos durante el sueño, habla, sin ninguna duda, de sufrimientos de naturaleza psicogé-

nica. Pero, en tales casos, el diagnóstico es, comunmente, muy difícil y la mayoría de las veces se conoce la afección por el éxito del tratamiento instituido a priori. Lo mismo se puede decir de los equivalentes del terror nocturno.

Es, por lo general, de importancia práctica observar el hecho de que tos, vómitos o dolores de estómago aparecen sólo durante el sueño, porque, entonces, se concluye que puede no existir una lesión orgánica.

Generalmente, como hemos ya dicho, los ensueños que se producen durante las primeras horas del dormir no son recordados por los niños, lo que debe atribuirse a que estos duermen profundamente durante las primeras horas de noche, hecho bien comprobado, desde hace mucho tiempo, por Kohlochütter, Morninghoff y Pierberger. Más tarde ha demostrado Czerny que se encuentran en las mismas condiciones los niños de pecho y los de segunda infancia.

No es dudoso que los niños, a pesar de sus sueños profundos, pueden tener ensueños vivos aun con miedo o terror, sin despertar. No debe suponerse que los sueños profundos deben existir siempre sin ensueños.

El sueño puede ser completo y a pesar de eso intranquilo, como así también, con un sueño superficial el niño puede estar reposado, pero es evidente que un sueño superficial es a menudo más intranquilo que un sueño profundo.

Así se explica el hecho de que un niño duerma bien durante cierto tiempo, y despertando de repente no pueda volver a conciliar el sueño en toda la noche, sin que haya otro factor que justifique ese estado. En determinados casos, en el momento de dormir están intranquilos y después no pueden recobrar un sueño reposado; encuéntrase molestos y llaman a cada momento a la madre o a la niñera para pedir un juguete o una copa con agua, etc., pretendiendo de nuevo dormir sin conseguir obtenerlo. En otro caso, horas después de empezar a dormir se despierta el niño y permanece en completo estado de vigilia durante mucho

tiempo. Tales casos, que se repiten de continuo son, relativamente, raros. Tales formas de pasaje concluyen a veces por la pérdida absoluta del sueño.

El profesor Hamburger cita el caso de un muchacho de cuatro años y medio que diariamente tardaba una hora antes de empezar a dormir y después de algunas horas de sueño, despierto ya, molestaba a los padres con todas las preguntas que se le ocurría hacerles durante el resto de la noche. Ni las amonestaciones más violentas de los padres ni las penitencias más severas de los mismos, conseguían que el niño durmiera. Cuando se le preguntaba por que no dormía, respondía: "Dios no me deja dormir". Se trataba en este caso de un trastorno típico del sueño, que necesitaba el tratamiento sugestivo para curarle completa y prontamente.

El mecanismo de estas alteraciones del sueño se explica perfectamente por la teoría psicogenética.

El tratamiento de los trastornos del sueño resulta un capítulo de capital importancia, al que se debe dedicar preferente atención, desde el momento que puede hacérselos desaparecer por medios adecuados y bien dirigidos. Teniendo casi todos estos trastornos un origen psicogenético, se comprende que el tratamiento de elección debe ser sugestivo. No es muy divulgada todavía la curiosa influencia que tiene en los niños con terror nocturno y sus equivalentes, el tratamiento sugestivo en vigilia.

La curación de los síntomas psíquicos se podrá obtener tanto en vigilia como en el sueño pero a condición de que se haga desaparecer las impresiones generadoras a fin de que no se unan o se agreguen nuevas asociaciones de reflejos, porque en ese caso se haría imposible la curación. Cuando se consigue que los recuerdos que producen estos trastornos desaparezcan completamente en el niño, ya sea por medio de razonamientos o bien haciendo que cambie del lugar donde aparecieron o que se aleje de su lado la persona que lo cuida, veremos producirse cambios profundos, día por día, en el estado psíquico del niño y desaparecer

los síntomas del trastorno tanto en vigilia como en el sueño. De esta manera se explica también el método de tratamiento recomendado por Von Friedjung en los niños pequeños que durante la noche no tienen sueño y que perturban el de los padres; recomendaba simplemente, pasarlos a otro cuarto y esto solo bastaba, la mayoría de las veces, para obtener el resultado propuesto.

La influencia que tiene la sugestión en los niños de segunda infancia que sufren estos trastornos se explica fácilmente. Cuando un niño es presentado al médico, él se da perfecta cuenta, que es llevado a causa de una enuresia, de un terror nocturno, etc. El médico lo examina, hace su diagnóstico, habla del tratamiento y promete su curación. Todo esto, dicho delante del niño, tiene una gran influencia en él, y cuando va dormirse le representa el cuadro complejo de lo pasado, el recuerdo del médico y sus consejos y trata entonces de desviar su pensamiento. Así se puede creer que toda la cadena de estas representaciones y el proceso de los trastornos del sueño queda rota con esta influencia sugestiva y que en cambio se coloca nuevos eslabones para formar la nueva cadena, como dice Hamburger, construída por el médico y su tratamiento.

Cuando se desea emplear el tratamiento sugestivo, es necesario variarlo en cada caso particular, a fin de obtener un resultado positivo y debe, además, contarse con factores diferentes, como la edad del niño, su individualidad, el medio en que vive y, por fin, la individualidad del médico.

Se puede también emplear juntamente con el tratamiento sugestivo, otros medios como las reprensiones, los medicamentos y los recursos físicos.

En los dos primeros años de la vida se será muy parco en el empleo de medicamentos.

En los niños más grandes la asociación del tratamiento sugestivo con el medicamentoso suele tener siempre un resultado positivo, pero, en general, es prudente que sólo el médico dirija

este tratamiento y que de tiempo en tiempo el niño escuche las palabras del médico y no de los padres y en esta forma, el resultado es ordinariamente seguro, más si a esto se agrega un medicamento como la tintura de valeriana o la tintura de belladona administrado poco tiempo antes de que el niño vaya a dormir y precedida esta medicación de un baño tibio. Además es necesario que los padres no demuestren jamás, ni con palabras ni gestos, la menor duda, en cuanto al resultado del tratamiento y, por el contrario, deben reconocer siempre ante el niño una mejoría acentuada desde el momento de empezar a tomar los medicamentos. Deben, también, persistir en el mismo medicamento, durante un tiempo mientras se lo trata por sugestión y sólo después de unos meses se podrá alternar con otros medicamentos o con la faradización, y esto como medio simplemente sugestivo, si no se ha obtenido ningún resultado con los primeros.

Hay casos en los cuales los métodos ya mencionados no tienen resultado y entonces se recurre al cambio de medio, del cual se saca mucho provecho, no sólo en los niños grandes, sino también en los pequeños. Cuando se cambia de ambiente a estos niños, no es raro ver que desde la primera noche desaparecen los síntomas de trastorno y que esta modificación dura mientras el niño se encuentra fuera de su casa, pero que, a veces, tan pronto como vuelve al lado de sus padres, los mismos trastornos se repiten. Esto debe servir al médico como norma de conducta, a fin de prolongar por un tiempo más o menos largo la estadía de tales enfermos fuera de su casa, a pesar de su aparente curación, y con objeto de que ella sea luego definitiva.

La curación de los trastornos del sueño, lo mismo que la de cualquier otro trastorno psíquico, puede aparecer de una manera brusca y en especial para el terror nocturno, mientras que en la enuresia podemos ver muchas recidivas antes de una perfecta curación, aunque hay algunos casos que se curan también rápidamente.

Cuando después de la curación de un terror nocturno, este

aparece de nuevo, se debe, por lo general, a un nuevo traumatismo psíquico que solo se descubre interrogando minuciosamente.

Por lo expuesto se verá cuán interesante es el estudio de los trastornos del sueño en la infancia, cuán variadas son sus manifestaciones y consecuencias, y cuán importante es, por fin, su diagnóstico oportuno, que ha de preceder a una terapéutica razonada.

BENITO SOBIA

Nota del autor. — No ha podido menos de serme una de las más molestas dificultades, y creo lo será, igualmente, para los que, interesándose en el asunto, deseen recorrer su bibliografía, la deficiencia de nuestro idioma para representar con precisión fenómenos tan definidos, tan distintos, tan lejanos uno de otro, me atrevería a decir, como los que entiendo significar por las palabras *sueño* y *ensueño*.

La Real Academia Española mantiene, hasta el presente, en cuanto a la primera voz, una lamentable homonimia: para ella, aparte de otras acepciones que no nos interesan, *sueño* es, tan pronto el “acto de dormir” acepción la única justificada, a mi modo de ver, como “el acto de representarse en la fantasía de uno, mientras duerme, sucesos o especies y aún estos mismos sucesos o especies que se representan”; con notoria sensatez, en cambio, desgraciadamente no advertida por autores discretos, al referirse a *ensueño*, asigna, a esta palabra exclusivamente el último significado. No obstante, este es incompleto, porque el *ensueño* está constituido por representaciones de objetos o percepciones de ideas en la imaginación, que se producen *anormalmente* durante el sueño mismo. Hago notar aquí, de paso, el error en que incurre el lexicógrafo Rodríguez Navas, quien dice que tales fenómenos se suceden durante los breves momentos *que preceden* — alucinación hipnagógica de Baillarger — o *siguen* al dormir.

Con Pompeyo Gener, pienso que la cuestión fundamental, al

escribir, solo es transmitir las ideas de la manera más adecuada posible; no responden, pues, estas observaciones a un propósito literario, si no despreciable, por lo menos muy secundario en un trabajo de esta índole. En primer lugar, las hago como explicación obligada, para que quien lea estas páginas conozca el sentido en que uso los vocablos de referencia y, por otra parte, creo prestar un señalado servicio a los estudiosos, haciendo notar esta impropiedad del lenguaje y proponiendo una solución, provisoria, si se quiere, pero oportuna, sin duda, mientras las autoridades en la materia salven esta deficiencia, estableciéndonos vocablos que respondan a conceptos tan precisos como los de *sommeil*, *rêve* y *cauchemar* para los franceses.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Nothnagel*. — Deutsches Arch. für Klin Med. 1867 Bd. III.
- 2) *James*. — Psicología. Tomo I, cap. II.
- 3) *Thiemich*. — Berliner Klin. Bd 31 . — 1911.
- 4) *Braun*. — Jahrb. für Kinderheulk. Bd. XLIII.
- 5) *P. Janet*. — Tratado elemental de filosofía. El sueño.
- 6) *Pawlov*. — Die Arbeit der Verdauungsdrüsen.
- 7) *Zappert*. — Wiener Klin. Rundschau. Bd. LXII.
- 8) *Breuer und Freund*. — Studien über Hysterie. — Wien 1909.
- 9) *E. Mach*. — Analisi delle sensazioni.
- 10) *Höffding*. — Bosquejo de una Psicología basada en la experiencia.
- 11) *Vaz Ferreira*. — Curso expositivo de Psicología elemental. Sexta edición.
- 12) *Ingenieros*. — Psicología genética.
- 13) *Czerny*. — Jahrb. für Kinderheilk. Bd. XXXIII.
- 14) *Friedjung*. — Diskussion Zu meinem vortrag in der Gesellschaft, der Arzte. Wien 1913.

- 15) *Hamburger*. — Münchener med. Wochenschr. 1911.
 - 16) *Ybrahim*. — Zettschr. für Neurologie und Psychiatrie.
Bd. V.
 - 17) *Paviot*. — Diagnostic médical et séméiologie. 1912.
 - 18) *Kirchner-Michäelis*. — Wörterbuch der philosophisch.
Grund begriffe. Ansatz: Traum.
 - 19) *Bradford Titchener*. — Psicologia.
 - 20) *Senet*. — Psicologia.
-