



**VERTEX**  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

**144**

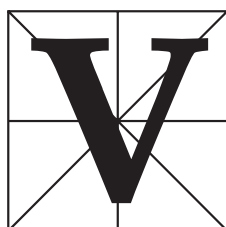


## TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA DE FINES DEL SIGLO XIX

*Ayarragaray / de la Reta / Morales / Vasallo*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXX – Nº 144 Marzo – Abril 2019 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

## 144

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**  
Secretario:  
**Martín Nemirovsky**

### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

### Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

### Corresponsales en el Exterior

**ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

### Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Informes y correspondencia:  
VERTEX, Moreno 1785, piso 5  
(1093), Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54(11)4383-5291  
E-mail: editorial@polemos.com.ar  
www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:  
Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia  
Informes y Suscripciones  
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,  
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22  
Fax.: (33-1) 43.43.24.64  
E-mail: wintreb@easynet.fr

Impreso en:  
Imprenta Ya,  
Av. Mitre 1761 - Florida  
Buenos Aires, Argentina

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXX Nro. 144 MARZO\_ABRIL 2019

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

\* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

## SUMARIO

VERTEX  
*Revista Argentina  
de Psiquiatría*

Aparición  
Bimestral

Indizada en el  
acopio bibliográfico  
*"Literatura  
Latinoamericana  
en Ciencias de la  
Salud" (LILACS)  
y MEDLINE.*

Para consultar  
listado completo  
de números anteriores:  
[www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa  
Eduardo Naon  
SIN NOMBRE  
Técnica; óleo  
MEDIDA: 60 X 80  
AÑO: 2018*

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Recomendaciones para la detección y diagnóstico de pacientes con demencia debida a Enfermedad de Alzheimer en la Ciudad de Buenos Aires**

Ignacio Demey, Juan A. Ollari, Galeno Rojas, Pablo Bagnati, Diego Sarasola, Fabián Román, Adriana Tarulla, Andre Blake, Gustavo Sevlever, Aldo Caridi, Ricardo F. Allegri pág. 85

• **Perfiles psicopatológicos de la Fibromialgia y la Cefalea de tipo tensional crónica. Comparación con el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado**

Ariel D. Falcoff pág. 97

### DOSSIER

**TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA  
DE FINES DEL SIGLO XIX**

Juan Carlos Stagnaro pág. 104

• **Manía**

Tesis de Saturnino P. De La Reta pág. 107

• **Delirio agudo y enfermedades en que se presenta**

Tesis de Nicasio Morales pág. 116

• **Delirio de las persecuciones**

Tesis de Manuel Vassallo pág. 125

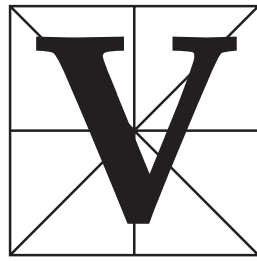
• **La imaginación y las pasiones como causas de enfermedades**

Tesis de Lucas Ayarragaray pág. 144

### LECTURAS Y SEÑALES

• **El hijo judío**

Daniel Matusevich pág. 159



## EDITORIAL



*El proyecto de presupuesto enviado para su discusión y aprobación al Congreso de la Nación por el gobierno nacional para el 2019 recorta fondos en las áreas sanitarias más sensibles. La partida presupuestaria destinada al ex Ministerio de Salud de la Nación, recientemente degradado a Secretaría -comparando la diferencia nominal de la misma para 2019 con la del 2018, en relación con la inflación promedio anual proyectada- tendría una reducción real del 8,1%. En efecto, el proyecto de presupuesto 2019 prevé una participación de los gastos totales en Salud del 0,8% del PBI, manteniendo similar proporción a 2018, pero en un contexto recesivo e inflacionario muy adverso e imprevisible para lo que resta del año. El ajuste mencionado se expresa en el recorte de diversos rubros. El programa de Atención de la madre y el niño (enfocado a embarazadas, niños y adolescentes) tendrá una pérdida en términos reales del 76,4%, y se disminuye la entrega de leche fortificada en centros de salud para asistencia nutricional de niños y niñas menores de 6 años, desnutridos y embarazadas, a 1 millón de unidades. Se distribuirán 5,4% menos vacunas que el año pasado. La Dirección de Promoción de la Salud y control de Enfermedades No transmisibles tendrá un recorte en términos reales del 35,8% de sus recursos. En el programa de lucha contra el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, se verifica una disminución absoluta en la mayoría de las metas del área, sobre todo en las vinculadas a prevención, detección, diagnóstico y tratamientos. Por ejemplo, reducción de un 19,3% en entrega de preservativos gratuitos en los centros de salud. Del mismo modo, el área de salud sexual y reproductiva tendría una reducción real del 14,7%. A las Unidades Sanitarias Móviles, es decir, los camiones sanitarios que brindan atención y despliegan estrategias de prevención y promoción de la salud en los barrios más humildes, que en 2018 ya habían sufrido una reducción de su presupuesto del 14,2%, se le agrega un nuevo recorte financiero del 31,3%. El Programa de Equipos Comunitarios (ex Programa Médicos Comunitarios), que otorga becas de formación y capacitación en servicio para trabajadores de salud que se desempeñan en el primer nivel de atención, presenta una reducción real del 66,4%. Esto significa menos equipos capacitados en los barrios más postergados. A su vez, la provisión gratuita de medicamentos en el primer nivel de atención a través de la hoy llamada Cobertura Universal de Salud (CUS) - Medicamentos (ex Plan Remediar), se reducirá un 36,6%. Las erogaciones destinadas a la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, sufrirán también un recorte del 42,5%, y lo mismo ocurrirá con la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán", con una disminución del 15%. En la misma línea, en la Dirección Nacional de Salud Mental, se observa una reducción real del 46,7% para 2019. Tanto en el Hospital "A. Posadas" como en el Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Laura Bonaparte", el ajuste llegará en dos años al 37% de los recursos en términos reales; mientras que la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca", que brinda atención integral a personas con discapacidad intelectual y otras problemáticas en salud mental, sufrirá un recorte equivalente al 41%. A esto se suma la carencia de inversión en el área específica de la Salud Mental, dejando en el limbo toda expectativa de cambio y avance en nuestro sector. El plan de ajuste en los presupuestos de la Salud Pública del actual gobierno nacional para el año 2019, originado en los compromisos asumidos con el Fondo Monetario Internacional, profundizará, como era previsible cada vez que ese organismo internacional interviene en nuestra economía, la crisis que se ha instalado en este último periodo en los servicios de salud afectando un derecho de todos los argentinos. ■*

Juan Carlos Stagnaro

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio [www.editorialpolemos.com.ar](http://www.editorialpolemos.com.ar)

## MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

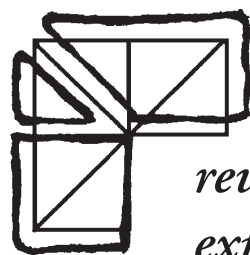
## TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2019

---

*Vertex 143 / Enero - Febrero*  
**PERSPECTIVAS EN  
PSICOFARMACOLOGÍA**

*Vertex 144 / Marzo - Abril*  
**TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA  
DE FINES DEL SIGLO XIX**





*revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias*



## Recomendaciones para la detección y diagnóstico de pacientes con demencia debida a Enfermedad de Alzheimer en la Ciudad de Buenos Aires

Ignacio Demey<sup>1,2</sup>, Juan A. Ollari<sup>2,3</sup>, Galeno Rojas<sup>2,4,5</sup>, Pablo Bagnati<sup>1</sup>,  
Diego Sarasola<sup>6</sup>, Fabián Román<sup>7,8</sup>, Adriana Tarulla<sup>7,8</sup>, Andre Blake<sup>7</sup>,  
Gustavo Sevlever<sup>1</sup>, Aldo Caridi<sup>9</sup>, Ricardo F. Allegri<sup>1,7,8,10</sup>

1. Centro de Memoria y Envejecimiento, Instituto de Neurología FLENI, Buenos Aires, Argentina.
2. Centro de Neurología Cognitiva (CeNeCo), Servicio de Neurología, Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.
3. Servicio de Neurología, Hospital de Salud Mental "José T. Borda", Buenos Aires, Argentina.
4. Clínica de la Memoria y Neuropsiquiatría del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favalaro, Buenos Aires, Argentina.
5. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Argentina.
6. Instituto de Neurociencias Alexander Luria, La Plata, Argentina.
7. Programa Neurociencias Buenos Aires, Subsecretaría de Atención Hospitalaria, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
8. Universidad de la Costa, Colombia.
9. Subsecretaría de Atención Hospitalaria, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
10. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), Argentina.

---

### Resumen

La Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de trastornos cognitivos y demencia en adultos mayores, y es considerada una nueva epidemia. Por sus diferentes manifestaciones cognitivas, conductuales y funcionales, la detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Demencia debida a Enfermedad de Alzheimer puede representar un desafío. En las presentes recomendaciones se dan pautas de manejo con niveles de recomendación basados en la mejor evidencia científica disponible. Asimismo, se presentan indicaciones y sugerencias de estudio, o derivación a un nivel superior de asistencia según la complejidad de cada caso. De este modo, se brinda un conjunto de recomendaciones prácticas de apoyo para la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud en cada nivel sanitario, desde la asistencia primaria hasta los médicos especialistas. Mediante un enfoque operativo y dinámico, estas Recomendaciones proponen un enfoque global basado en la evidencia para los pacientes, familiares y agentes de Salud involucrados en esta patología, de enorme relevancia a nivel social.

**Palabras clave:** Alzheimer - Demencia - Detección - Diagnóstico - Recomendaciones.

## PRACTICE RECOMMENDATION FOR THE DETECTION AND DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE DEMENTIA AT BUENOS AIRES CITY

**Abstract**

Alzheimer's disease is the most frequent cause of cognitive disorders and dementia in older adults and is considered a new epidemic. Due to its different cognitive, behavioral and functional manifestations, the detection, and diagnosis of patients with Alzheimer's Disease Dementia can represent a challenge. In this Clinical Practice Recommendation, management are given with levels based on the best scientific evidence available. Likewise, indications for study, or referral to a higher level of sanitary assistance are presented, according to the complexity of each clinical case. In this way, a set of practical recommendations of support is provided for decision making by health professionals at each sanitary level, from primary care to medical specialists. Through an operational and dynamic approach, this recommendations proposes a global strategy based on evidence for patients, family members and health agents involved in this pathology, of great social relevance.

**Keywords:** Alzheimer - Dementia - Detection - Diagnosis - Practice - Recommendations.

**Introducción**

El aumento de la expectativa de vida en el ser humano ha llevado a que la misma se duplique en los últimos 2 siglos, pasando de 45 años en 1840 al estimado de 90 años en 2040. Esto, sumado a que hay entidades como la Demencia en la Enfermedad de Alzheimer cuya prevalencia aumenta exponencialmente con la edad, determinan que en la actualidad se hable del devenir de una nueva epidemia (1).

La esperanza de vida al nacer actual en Argentina es de 75,3 años y en la Ciudad de Buenos Aires 77,1 años, con un 16,4% de la población mayor de 65 años (2).

Entre los 65 y los 85 años la prevalencia de las demencias aumenta exponencialmente. El porcentaje se duplica cada 5 años, ya que va desde el 1,4% en la población de 65 a 69 años al 38,6% entre los individuos de 90 a 94 años (3). Los datos en Argentina muestran un 23,2% de deterioro cognitivo en mayores de 60 años, 16,9% entre 60 y 69 años, 23,3% entre 70 y 79, y 42,5% en mayores de 79 años (4).

En nuestro país se estima que aproximadamente 500.000 pacientes padecen demencia, y en la ciudad de Buenos Aires 50.000 tienen demencia y 100.000 deterioro cognitivo (5).

El costo mundial anual estimado de la demencia en el 2010 fue 604 billones de dólares estadounidenses (USD), este corresponde al 1% del producto bruto interno de los países. Si la demencia fuera un país, sería la 18 economía del mundo ubicada entre Turquía e Indonesia. Si fuera una empresa la renta sería superior a la de Walmart (414 billones de USD) y Exxon Mobil (311 billones de USD) (6). En la Ciudad de Buenos Aires, el costo por paciente está calculado en 2816 USD anuales en las formas leves a 7926 USD anuales en pacientes institucionalizados (cálculos realizados al menor valor de las prestaciones en el mercado en moneda constante) (7-9).

Las demencias pueden resultar de una amplia variedad de trastornos degenerativos, vasculares, traumáticos, desmielinizantes, neoplásicos, infecciosos, inflamatorios, hidrocefálicos, sistémicos y tóxicos.

La enfermedad de Alzheimer (EA) representa la principal

causa de demencia en los países occidentales, ya que de todas las demencias, aproximadamente el 59% corresponde a esta causa, mientras que las demencias vasculares son el 17%, el 14% son demencias mixtas, y el 10% restante se reparte en partes similares entre las demencias parkinsoniana, alcohólica y otras etiologías (10).

Toda esta problemática ha llevado este año 2012 a que la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization-WHO) en conjunto con la Sociedad Internacional de Alzheimer (Alzheimer's Disease International-ADI) publicaran el reporte "Dementia: a public health priority" destacando la importancia de tomar acciones tempranas en esta patología en los distintos actores involucrados en el manejo de estos pacientes (11).

El objetivo de esta Guía de Recomendaciones para la Práctica Clínica con Pacientes con Demencia debida a Enfermedad de Alzheimer (DEA) a partir de lo solicitado por el Programa Neurociencias Buenos Aires de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires es generar un conjunto de recomendaciones prácticas de apoyo para la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, que van de la asistencia primaria hasta los especialistas en la Ciudad de Buenos Aires.

**Metodología de las Recomendaciones**

Una Guía de Recomendaciones Clínicas (GRC) es un conjunto de recomendaciones con el objetivo de apoyar la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud. La misma ha considerado la mejor evidencia científica disponible, identificada a partir de una revisión sistemática de la literatura, pero con un criterio de viabilidad y practicidad para nuestro medio desde la asistencia primaria hasta las especialidades, así como el impacto de los costos sobre los recursos disponibles. Se tomó como base y se siguió la Guía para la adaptación de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina (12), la cual describe las siguientes etapas: 1. Justificación, alcances y objetivos; 2. Selección del grupo de trabajo; 3. Formulación

de las preguntas clínicas; 4. Búsqueda y selección de la evidencia; 5. Evaluación y síntesis de la evidencia; 6. Formulación de las recomendaciones; 7. Revisión externa; y 8. Edición y Publicación.

Las recomendaciones tienen como objetivo general establecer un consenso para la detección, evaluación, y diagnóstico de la DEA, y está dirigida a los integrantes del sistema de salud, desde la atención primaria hasta los especialistas. La misma no está destinada como información para pacientes o familiares, debido a que su lenguaje y texto médico podrían llevar a una mala interpretación. A partir de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Dr. Aldo Caridi y Dra. Adriana Tarulla) se seleccionó un grupo de trabajo coordinado por el Dr. Ignacio Demy (Neurólogo, Hospital Británico) e integrado por los Dres. Ricardo F. Allegri (Neurólogo, CONICET), Juan A. Ollari (Neurólogo, Hospital Borda / Hospital Británico), Galeno Rojas (Neurólogo, ANMAT / Fundación Favalaro), Pablo Bagnati (Psiquiatra, FLENI), Diego Sarasola (Psiquiatra, Ministerio de Salud de la Nación), Gustavo Sevlever (Neuropatólogo, FLENI), Andre Blake (Psiquiatra, Programa Neurociencias Buenos Aires, Ministerio de Salud, GCBA) y Fabian Román (Psiquiatra, Programa Neurociencias Buenos Aires, Ministerio de Salud, GCBA). Se elaboró un listado de preguntas clínicas que fueron respondidas con evidencia científica en base a lo cual se formularon las recomendaciones.

Para la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda en Pubmed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> utilizando las palabras clave "Dementia", "Mild Cognitive Impairment", "Alzheimer", "Management", "Treatment" y "Guidelines", utilizando las palabras aisladas o en diferentes combinaciones. Asimismo, se buscó en las bases Lilacs y Scielo "Demencia", "Deterioro Cognitivo Leve", "Alzheimer", "Tratamiento", "Manejo" y "Guías" así como "Guías de Práctica Clínica", utilizando las palabras aisladas o en diferentes combinaciones. Finalmente se buscó en las páginas de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Americana de Neurología, la Asociación de Alzheimer, y la Sociedad Neurológica Argentina.

Con respecto al grado de evidencia de las recomendaciones, las mismas se basaron en el grado reflexivo de la calidad de la evidencia según lo explicitado en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Grados de Evidencia y Recomendación.

Grado	Tipo de Recomendación	Descripción
1	Basada en la evidencia	Recomendación formulada después de una revisión sistemática de la evidencia.
2	Basada en Consenso	Recomendación basada en estudios o guías de práctica clínica.
3	Opinión Práctica	Recomendación basada en la opinión del comité de expertos.

## Declinación, Deterioro Cognitivo y Demencia

La pérdida de memoria es habitual en el envejecimiento normal, pero es también el primer síntoma de la EA. Es por ello que la consulta por olvidos es frecuente y debe ser orientada en asistencia primaria.

Cuando un médico enfrenta el diagnóstico de deterioro cognitivo leve o demencia en el paciente individual, los datos epidemiológicos y las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia sirven como apoyo para guiar el proceso diagnóstico. Cuando la pérdida de la memoria refleja el envejecimiento normal se llama "declinación cognitiva". La afectación de la esfera cognitiva pero no de la funcionalidad se denomina "Deterioro Cognitivo Leve" (DCL). La "demencia" es un síndrome definido como un deterioro cognitivo y/o una alteración conductual adquiridos, suficientemente importantes como para afectar la funcionalidad del individuo (demencia = alteración cognitiva + alteración conductual + alteración funcional).

El DSM IV (13) define operativamente al síndrome demencial por la presencia de deterioro de la memoria, conjuntamente con por lo menos uno de los trastornos cognitivos que se enumeran a continuación: afasia, agnosia, apraxia y alteraciones en la función ejecutiva. Los trastornos deben ser lo suficientemente intensos como para causar un deterioro significativo en la actividad social u ocupacional, debe representar una declinación del nivel previo de funcionamiento, y no deben aparecer durante el curso de un estado confusional agudo.

Recientemente se publicó una versión actualizada, el DSM-5 (14), que denomina "trastorno neurocognitivo mayor" a la demencia y "trastorno neurocognitivo menor" al DCL.

Distintos grupos internacionales han elaborado criterios diagnósticos de EA y de DEA de aplicación clínica (15-21) y de aplicación en investigación (16, 22-24).

De manera complementaria, se han elaborado criterios diagnósticos para fases tempranas de la enfermedad, como el DCL (19, 25) o la EA prodrómica (22, 26).

En la tabla 2 y 3 se observan los criterios diagnósticos actuales para DCL y DEA probable.

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos para Deterioro Cognitivo Leve.

Cambio cognitivo en comparación con el nivel previo del individuo.
Déficit en uno o más dominios cognitivos.
Preservación de la funcionalidad (aunque puede desempeñarse más lento y menos eficientemente, y cometer más errores que en el pasado).
Sin impedimentos significativos en el desempeño social o laboral.



**Tabla 3.** Criterios diagnósticos para Demencia debida a EA probable.

Hay déficit cognitivos que interfieren con la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades habituales.
El cuadro es de inicio gradual a lo largo de meses o años, y se caracteriza por un empeoramiento lento y progresivo.
El déficit cognitivo inicial y más prominente ocurre en una de las siguientes categorías: <i>Presentación típica/amnésica:</i> síndrome más frecuente de presentación de EA, el déficit implica dificultades en el aprendizaje y evocación de información recientemente aprendida. <i>Formas de presentación atípica/no amnésica:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variante del lenguaje: dificultad para encontrar palabras como rasgo más prominente.</li> <li>• Variante visoespacial: déficit en habilidades espaciales, agnosias y alexia como rasgos más prominentes.</li> <li>• Disfunción ejecutiva: dificultades en razonamiento, juicio y resolución de problemas como rasgos más prominentes.</li> </ul>
El cuadro supone un deterioro con respecto a los niveles de rendimiento y funcionamiento previos.
El cuadro no se explica por la presencia de un síndrome confusional, de un trastorno psiquiátrico mayor, o de otra patología, evaluados mediante una imagen del Sistema Nervioso Central (SNC) y un examen de laboratorio sanguíneo.
Se diagnostica por la combinación de la historia clínica obtenida en la entrevista con el paciente y un informante que lo conoce, un examen neurológico completo, y la valoración de los estudios complementarios (imagen del SNC, laboratorio y Evaluación Cognitiva).

Referencias: EA: Enfermedad de Alzheimer.

En nuestro país, el Grupo de Trabajo de Neurología del Comportamiento y Neurociencias Cognitivas de la Sociedad Neurológica Argentina elaboró una Guía de Práctica Clínica con el fin de conciliar los criterios clínicos y de investigación, sugiriendo los mejores instrumentos diagnósticos y opciones de tratamiento (27). Debido a los cambios en diagnóstico (28-29) y prevención (30) aparecidos desde su publicación, se consideró pertinente esta actualización pero en una forma más operativa, para ayudar en la práctica asistencial en la ciudad de Buenos Aires.

**Recomendaciones para Asistencia Primaria**

La demencia durante mucho tiempo fue considerada no prevenible ni tratable, sin embargo en los últimos años se ha cambiado esta posición. La comisión sobre demencia de Lancet Neurology (30) consolidó el conocimiento emergente en la prevención de demencia, pero considerando los factores que actúan desde la infancia en adelante. Así, se determinó que a lo largo de la vida hay un 35% de factores de riesgo que son modificables sobre los cuales se debe actuar tempranamente: hipoa-

cusia (9%), tabaquismo (5%), depresión (4%), inactividad física (3%), Hipertension Arterial (2%), aislamiento social (2%), obesidad (1%), y diabetes (1%) (30). En los últimos años aquellos países que trabajaron en estos factores desde la salud pública encontraron una reducción inesperada de las cifras de demencia proyectadas (31-37). Debido a ello, es sumamente importante tomar conciencia en la prevención y empezar a actuar desde la Asistencia Primaria. Así todos los componentes del sistema de salud pueden participar en esta prevención, en este caso los efectores de salud como las “estaciones saludables del GCBA”, centros periféricos, asistentes de salud, etc. pueden efectuar una acción de detección **interrogando sobre los factores de riesgo** cardio y cerebro-vascular (hipertensión arterial, diabetes, hiperlipemia, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, depresión) y un examen cognitivo mínimo como el Instrumento para Detección de Demencia en la Comunidad (CSI-D *Community Screening Instrument for Dementia*) (38).

En el caso de que el sujeto hubiere reportado alguno de los factores de riesgo, se le explicará la importancia de la prevención y se derivará a su médico de cabecera, o se ingresará en un programa de prevención de control de factores de riesgo tipo FINGER (39).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Asistencia Primaria	1	En todo individuo de más de 45 años se debe evaluar los factores de riesgo cerebrovasculares (hipertensión arterial, diabetes, hiperlipemia, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, depresión), en el caso de tener alguno de ellos debe ser derivado a un Médico Generalista.	2

Si el puntaje del CSI-D es menor de 7, un informante externo (familiar o amigo) está preocupado por los olvidos y el paciente tiene o no algunos de los factores de riesgo descriptos, el mismo debe ser derivado a un Médico Especialista.

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Asistencia Primaria	2	A todo individuo de más de 45 años se le debe interrogar acerca de si él o su entorno han notado olvidos, anomias, desorientaciones, otro síntoma cognitivo o cambio conductual, en cuyo caso debe ser derivado a un Médico Especialista.	2

**Recomendaciones para Médicos Generalistas**

Como se ha referido anteriormente, las demencias son patologías de alta prevalencia, las cuales deben ser detectadas en Asistencia Primaria. Aquellas de características *típicas pueden también ser diagnosticadas y tratadas por un Médico Generalista* y las *atípicas deben ser derivadas a un Médico Especialista*.

**EA típica:** Fenotipo clínico más común de la EA, caracterizado por el déficit progresivo temprano de la memoria episódica, que se mantiene dominando el cuadro hasta estadios tardíos de la enfermedad, seguido por o asociado con otros trastornos cognitivos (desorientación temporo-espacial, disfunción ejecutiva, trastornos del lenguaje, praxias y procesamiento visual complejo) y trastornos neuropsiquiátricos (27).

**EA atípica:** Este término se reserva para las formas menos comunes y bien caracterizadas de presentación de la enfermedad, incluyendo la afasia progresiva primaria, la variante frontal de la EA y la atrofia cortical posterior.

Toda consulta por olvidos u otros trastornos cognitivos debe incluir una minuciosa **Anamnesis**, un **Examen Clínico-Neurológico**, y un **Examen Cognitivo** mínimo.

**Anamnesis**

La anamnesis es uno de los aspectos más importantes de la consulta. La información brindada por el paciente es clave para orientar la conducta a seguir, y la descripción del mismo puede o no reflejar la realidad de lo que le sucede debido, a que muchas veces el deterioro se acompaña de la falta de reconocimiento de la enfermedad (anosognosia). Debido a esto último, resulta de fundamental importancia poder obtener información de un familiar o de una persona que vea frecuentemente al paciente (27).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Médico Generalista	3	Si es posible, siempre obtener información de un familiar o alguien del entorno del paciente.	2

Es posible que la entrevista deba realizarse al paciente y al cuidador por separado, si a juicio del entrevistador el paciente interfiere en la misma, o puede provocar que el informante no aporte datos relevantes sobre el cuadro clínico. Como se ha mencionado previamente, en la variante típica de la EA el deterioro cognitivo comienza con una pérdida en la memoria episódica, que progresa en el tiempo a un deterioro más global involucrando la orientación, el lenguaje, las gnosias y las praxias. En las *variantes atípicas* de la EA los síntomas de inicio pueden ser las dificultades en el lenguaje (ej: afasia progresiva primaria), los trastornos visuo-espaciales (ej: atrofia cortical posterior) o los síntomas conductuales (apatía y/o desinhibición) o disejecutivos (ej: forma frontal de la enfermedad de Alzheimer).

La funcionalidad cognitiva puede variar en relación a la educación o al medio cultural, por ello siempre se deben buscar los cambios cognitivos, conductuales o funcionales con respecto al mismo paciente.

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Médico Generalista	4	Evaluar siempre los CAMBIOS significativos (comparados con sí mismo y sus coetáneos) en la cognición, en la conducta o en las capacidades funcionales.	3

También es muy importante tener en cuenta el tiempo evolutivo de la enfermedad, los neurólogos clásicos decían que la demencia se mide en meses-años y la confusión en días-semanas.

En relación a lo mencionado, los *cuadros confusionales* (delirium) se dan con evoluciones muy rápidas (días a semanas), tienen frecuentemente comienzo abrupto, hay mucha oscilación de la atención, la sintomatología es mayor a la noche y tienen frecuente desorientación. Ante una confusión se debe primariamente pensar en causas médicas generales (tóxicas, metabólicas, infecciosas, medicamentosa) y estudiar de manera rápida al paciente. Ante su sospecha, es necesario pedir un laboratorio que incluya al menos un ionograma, urea, creatinina, glucemia, hemograma, hepatograma y un análisis de orina, y siempre revisar la posibilidad de que haya un efecto indeseado de algunos de los medicamentos que toma el paciente. Según cada caso, debe considerarse la derivación para evaluación en guardia y eventual internación para completar con estudios de mayor complejidad (por ejemplo neuroimágenes y punción lumbar).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Médico Generalista	5	Si el trastorno cognitivo es de inicio agudo, lleva días a semanas, presenta un curso fluctuante y compromete de manera preferencial la atención, pensar en un síndrome CONFUSIONAL.	3

Dentro de los síntomas tempranos que deben alertar sobre la posibilidad de un cuadro de DCL o DEA, se mencionan:

- A nivel cognitivo: problemas reiterados en la memoria reciente que pueden afectar las capacidades de trabajo, desorientación en tiempo o en espacio, trastornos para encontrar las palabras, dificultades para llevar adelante acciones habituales o familiares, cambios en la capacidad de interpretación o análisis de las cosas, alteraciones en el juicio, entre otros.
- A nivel conductual: ansiedad, depresión, apatía, irritabilidad, ideas de perjuicio (ideas de robo o de celos inapropiadas), entre otros.
- A nivel funcional: compromiso en actividades complejas (Ej. manejo de computadora, cajeros bancarios), instrumentales (Ej. manejo de dinero y toma de medicamentos) y/o básicas (Ej. aseo y alimentación) de la vida diaria.

Con respecto a los trastornos conductuales en la DEA, un grupo de expertos de la IPA (*International Psychogeriatric Association*) describió los "síntomas conductuales y psi-

cológicos de las demencias”, conocidos desde allí con sus siglas en inglés: BPSD (*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*), definiéndolos como: “signos y síntomas consecuentes a alteraciones en la percepción, contenido del pensamiento, ánimo y conducta, de presentación frecuente en demencia” (40). El DSM-5 (14) describe el cuadro de desorden neurocognitivo Mayor “con o sin disturbio de conducta”. Los síntomas psicológicos son ansiedad, apatía, delirios, alucinaciones, síntomas depresivos, falsos reconocimientos y alteraciones del sueño, y los conductuales agitación, llanto, desinhibición, agresividad (verbal o física), estereotipias, gritos e insultos, reacciones catastróficas y deambulación constante.

**Examen Clínico-Neurológico**

En todo paciente debe realizarse un **examen neurológico** completo, buscando la presencia de signos que puedan orientar sobre la etiología del deterioro cognitivo: signos piramidales (orientarían a demencia vascular), signos extrapiramidales (orientarían a Demencia en la Enfermedad de Parkinson o Demencia con Cuerpos de Lewy), signos cerebelosos (atrofia multisistémica), signos sensitivos, alteraciones en los pares craneales (oculomotricidad alterada en parálisis supranuclear progresiva), entre otros. La presencia de alguna de estas alteraciones puede indicar la presencia de una patología distinta a la EA, por lo que en estos casos se recomienda la derivación a un Médico Especialista.

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Examen Físico	6	El examen neurológico sirve para descartar comorbilidades o para el diagnóstico diferencial.	2

**Examen Cognitivo Mínimo**

En todo paciente mayor de 65 años, o en pacientes menores de 65 años con quejas o síntomas cognitivos, el Médico Generalista, conjuntamente con el examen neurológico, debe administrar pruebas de tamizaje o detección cognitiva breves como el test del estado mental mínimo (MMSE del inglés Mini Mental State Examination) (41-43), el test del reloj (44) o test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA *Montreal Cognitive Assesment*) (45).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Examen Cognitivo	7	A todo paciente mayor de 65 años, o a pacientes menores de 65 años con quejas o síntomas cognitivos, se le debe administrar un test cognitivo de detección (MMSE, TR o MoCA) en la consulta al Médico Generalista.	2

**Estudios complementarios**

Cuando por la anamnesis, el examen clíniconeurológico o el test de detección cognitivo se sospecha un deterioro cognitivo o una demencia se debe solicitar: **1. Estudio de Laboratorio, 2. Evaluación Cognitiva, y 3. Neuroimagen.**

*Laboratorio*

En todo paciente que se sospeche un cuadro de deterioro cognitivo, debe realizarse un laboratorio que incluya hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, hepatograma, ionograma, calcio, magnesio, urea, creatinina, glucemia, perfil tiroideo, Vitamina B12 y ácido fólico (27).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Exámenes Complementarios	8	Se recomienda pedir una rutina básica de laboratorio (hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, glucemia, uremia, creatinina, ionograma y análisis completo de orina) con el agregado de dosajes séricos de TSH, T4 libre, ácido fólico y vitamina B12.	2

En casos seleccionados, puede agregarse a esta rutina VDRL para sífilis y serología para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) (27).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Exámenes Complementarios	9	La determinación de serología para VIH y sífilis se reserva para los pacientes con situaciones especiales que lo ameriten.	2

*Evaluación Cognitiva-Conductual*

La Evaluación cognitiva sigue siendo el instrumento con mejor relación costo-beneficio para el diagnóstico del deterioro cognitivo y la demencia. Su correcta aplicación facilita la toma de decisiones terapéuticas y la adopción de las medidas de apoyo mejor adaptadas a las necesidades de los pacientes. En todo paciente que se sospeche un cuadro de deterioro cognitivo, debe realizarse una Evaluación Cognitiva, también llamada Evaluación Neuro-cognitiva, Evaluación Neuropsicológica o Evaluación de las Funciones Mentales Superiores.

- Los objetivos de una evaluación cognitiva son:
- determinar las funciones cognitivas afectadas y las preservadas.
  - configurar perfiles típicos y atípicos que lleven a sospechar determinadas etiologías.
  - definir el nivel de deterioro.
  - explorar la progresión de la enfermedad.
  - monitorear los tratamientos.
  - organizar intervenciones (rehabilitación, estimulación o entrenamiento cognitivo).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Examen Cognitivo	10	En todo paciente que se sospeche un cuadro de deterioro cognitivo, es mandatorio solicitar una Evaluación Cognitiva.	1

Se recomiendan los instrumentos que han presentado elevada sensibilidad y especificidad diagnóstica, consensuados internacionalmente y adaptados y con normas locales adecuadas para cada población (46 - 49).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Examen Cognitivo	11	Los resultados de la Evaluación Cognitiva deben ser cuantitativos y deben presentarse con los valores normales locales correspondientes a cada población, preferentemente en un esquema o tabla. Se sugiere complementar con datos cualitativos.	3

En toda Evaluación Cognitiva se deben evaluar la orientación temporoespacial, la memoria episódica verbal y

visual, el lenguaje, las gnosias, las praxias, las habilidades visuoespaciales, las funciones atencionales y las ejecutivas (resolución de problemas, elección y cambio de estrategias, etc.). De ser necesario, se pueden evaluar otras funciones o capacidades cognitivas (ej: cognición social, toma de decisiones, etc.).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Examen Cognitivo	12	La persona que tome la evaluación debe estar especializada en la toma de los test y pruebas cognitivas.	3

Los test seleccionados para evaluar cada función cognitiva deben ser reconocidos y validados, y representar en sus resultados el rendimiento en cada aspecto cognitivo evaluado. Se considera que una prueba cognitiva es anormal cuando el puntaje obtenido por el paciente es menor o igual a -1,5 (es decir se aleja más de 1,5 desvíos estándares con respecto a la media, en sentido negativo). Para cada una de las funciones se sugiere una prueba específica dentro de un protocolo como el mencionado en la Tabla 4 o pruebas equivalentes, siempre que se cuente con la adaptación y las normas adecuadas para Argentina.

**Tabla 4.** Test recomendados para la Evaluación de las diferentes Funciones Cognitivas.

Función Cognitiva	Test Recomendados
Memoria Verbal	Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey (Rey Auditory Verbal Learning Test- RAVLT) (50). Test de Aprendizaje Verbal de California (California Verbal Learning Test) (51,52). Batería de Eficiencia Mnésica de Signoret (Batterie D'Efficiencie Mnesique – BEM-144) (53,54). Test de Memoria de Weschler (55).
Visuoespacialidad y Memoria Visual	Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Rey-Osterrieth Complex Figure) (56,57).
Atención	Test de Retención de Dígitos (Digit-Span) (58). Test del Trazo – A (Trail-Making Test – A) (58, 59). Test de Rendimiento Continuo (Continuous Performance Test) (60).
Lenguaje	Test de Denominación de Boston (Boston Naming Test) y su versión abreviada (61-63). Test de Fluencia Verbal Semántica o Categorical de la Batería de Afasia del Oeste (Western Aphasia Battery – WAB) (64) o del Examen Diagnóstico de la Afasia de Boston (Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE) (65,66). Test de Fluencia verbal o Asociación Oral Controlada de Palabras (Controlled Oral Word Association Test – COWA o COWAT) (66-68).
Funciones Ejecutivas	Test del Trazo – B (Trail-Making Test – B) (58, 59). Batería de Evaluación Frontal (Frontal Assessment Battery – FAB) (69). Test de Interferencia Color-Palabra de Stroop (Stroop Color-Word Interference Test) (70). INECO Frontal Screening (71).

Se sugiere incluir en la evaluación una escala para la evaluación conductual tipo NPI (*Neuropsychiatric Inventory*) (72), emocional tipo GDS (*Geriatric Depression Scale*) (73) y funcional para actividades básicas e instrumentales de vida diaria como los inventarios de Katz (74) o de Lawton (75).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Examen Cognitivo	13	La evaluación de síntomas conductuales, psicológicos y el compromiso funcional debe completarse en todos los pacientes.	1



Es importante detectar y tratar los síntomas psicológicos y de conducta en demencia, debido a que suelen tener como consecuencia:

- Incremento de la hospitalización, siendo la primer causa de asistencia en salas de emergencia en lo que concierne a pacientes con demencia (76).
- Institucionalización prematura (77).
- Síndrome de sobrecarga del cuidador (78).
- Incremento sustancial en los costos de la enfermedad (7-9).
- Empeoramiento de las alteraciones cognitivas del paciente y aumento en su morbimortalidad (76).

El antiguo paradigma de evaluación de un paciente con demencia posible, jerarquizaba la evaluación cognitiva (sobre todo memoria) respecto de la evaluación conductual y funcional. El nuevo paradigma jerarquiza en forma similar las 3 (tres) evaluaciones: cognitiva, conductual y del nivel funcional.

*Imágenes de Sistema Nervioso Central*

Las neuroimágenes estructurales del cerebro son imprescindibles en todo paciente en estudio por deterioro cognitivo o demencia. La Resonancia Magnética (RM) cerebral es de elección, pero en caso de no disponerse puede efectuarse una Tomografía Computada (TC) cerebral (79).

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Imágenes	14	Las neuroimágenes estructurales deben obligadamente realizarse en todo paciente en quien se sospeche un diagnóstico de demencia.	1

Para poder atribuir el cuadro a EA, se deben descartar tumores intracraneales, hidrocefalia, lesiones vasculares de relevancia, u otras lesiones que pudieran justificar el cuadro clínico. En los casos típicos causados por EA, suelen observarse en la RM o en la TC signos de pérdida de volumen a predominio bitemporal y biparietal.

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Imágenes	15	En todo estudio de un paciente con Deterioro Cognitivo se debe realizar una RM cerebral como primera aproximación para establecer la etiología. Si no es posible porque no se dispone o está contraindicada debe realizarse una TC de cerebro simple.	2

Para homogeneizar el protocolo diagnóstico de las demencias se sugiere el siguiente protocolo cognitivo de RM que cubre las adquisiciones básicas para las características de las demencias (80) (ver tabla 5). De ser necesario, el Médico Especialista puede solicitar en el estudio secuencias y cortes adicionales en base a su sospecha diagnóstica. Se sugiere de ser posible utilizar el índice MTA (*Medial Temporal Atrophy*) (81) para medir atrofia hipocámpica, y el índice Fazekas para anormalidades vasculares subcorticales (82).

**Tabla 5.** Protocolo Cognitivo para una RM de Cerebro.

Secuencia	Utilidad
Sagital T1 (cortes volumétricos)	Valorar el grado de atrofia frontal-parietal y temporal.
Coronal T1 (cortes finos a nivel del hipocampo)	Permite visualizar la estructura hipocámpica y su estadificación en escalas de uso clínico (MTA del inglés <i>Medial Temporal Atrophy</i> ). Detectar lesiones de aspecto gliótico o edema en el tejido circundante.
Axial T1	Valorar la atrofia frontorbitaria y temporopolar.
Axial FLAIR	Detección y estadificación de lesiones isquémicas crónicas de la sustancia blanca (Fazekas). Detectar lesiones de aspecto gliótico en el parénquima.
Difusión (DWI)	Detección de lesiones isquémicas agudas.
GRE (gradiente de eco)	Detección de microsangrados y patología amiloide. Detectar depósito de minerales y hemosiderosis corticales.

Referencias: RM: Resonancia Magnética.

**Nota:** Se describe la utilidad de cada secuencia, además de su uso para detectar compromiso estructural del encéfalo por patologías ocupantes de espacio (gentileza Dres. Ismael Calandri y Carlos Romero - Instituto Neurológico FLENI, Buenos Aires).



## Indicaciones sugeridas de derivación a especialista

Si bien por su alta prevalencia las demencias deben ser detectadas y seguidas por el Médico Generalista, deben considerarse las situaciones obligatorias de derivación a los Médicos Especialistas.

Categoría	Nº	Recomendación	Grado
Derivación al Especialista	16	Derivar al paciente al Médico Especialista en las siguientes situaciones: a) Tiempo de evolución menor a 6 meses. b) Deterioro rápidamente progresivo. c) Paciente menor de 65 años. d) Presentaciones atípicas. e) Evolución fluctuante o tórpida. f) Signos positivos en el examen neurológico. g) Hallazgos no característicos en las imágenes. h) Síntomas psiquiátricos mayores (s/DSMIV). i) Eventos farmacológicos adversos.	3

## Médico Especialista / Experto

Se considera Médico Especialista, a aquel profesional que ha completado una especialización médica acreditada por el Ministerio de Salud de la Nación. En el caso de las demencias, los especialistas con formación son los neurólogos, los psiquiatras y los geriatras quienes deberán recibir además de su consulta básica los casos atípicos de probables demencias derivados por el profesional de Asistencia Primaria o por el Médico Generalista. A su vez existen Médicos Expertos en demencias que son aquellos especialistas cuya formación y la actividad predominante es en el área en cuestión.

En el caso de que el profesional derivante no hubiere solicitado los estudios descriptos en el ítem anterior (**Laboratorio, Evaluación Cognitiva y Neuroimágenes**) o que esta fuera la primera consulta, los estudios deberán ser solicitados por el Médico Especialista correspondiente. Si con los estudios realizados no se ha llegado al diagnóstico y se está ante casos atípicos, menores de 65 años o de rápida evolución, se deberá evaluar la necesidad de completar según el cuadro con otros exámenes complementarios, como un estudio de Líquido Céfalo-Raquídeo (LCR), panel de anticuerpos para encefalitis autoinmunes, panel de anticuerpos onconeuronales, y/o biomarcadores de EA. Entre los biomarcadores de EA disponibles están el estudio de AB42, t-tau y f-tau en LCR (83), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con estudio metabólico (FDG) y marcación amiloidea (84).

La Asociación de Alzheimer de Estados Unidos sugiere que estos estudios deben ser solicitados solo por especialistas expertos cuando el diagnóstico permanece incierto (1.-PET-FDG, 2.-PET-amiloide, 3.-LCR) (85).

En pacientes con historia familiar de EA (3 sujetos en 2 generaciones), sobre todo en aquellos de comienzo temprano (menos de 60 años), también se debe considerar la posibilidad de realizar un estudio genético para detectar mutaciones en los genes de PSEN1, APP, y PSEN2, buscándose las mismas en ese orden, en relación a su frecuencia. Se sugiere en todos los casos discutir riesgos y beneficios de realizar dicho estudio con el paciente y su familia, y contar durante el proceso con el asesoramiento de un psicólogo y de un genetista (86).

## Conclusiones

La EA representa una problemática de gran importancia en todos los niveles de la atención sanitaria de los pacientes, así como en los individuos y familias afectados. En las presente Recomendaciones para la Práctica Clínica para Pacientes con Demencia debida a Enfermedad de Alzheimer se describen y establecen recomendaciones para la detección, el estudio, el diagnóstico y el seguimiento con niveles de la evidencia para cada uno de los estadios asistenciales (Atención Primaria, Médicos Generalistas y Médicos Especialistas). Del mismo modo, se brindan sugerencias específicas para su derivación entre los niveles de atención según las características del paciente. Mediante el desarrollo de esta Guía de Recomendaciones, y utilizando un enfoque operativo y dinámico, se busca posibilitar un mejor enfoque global para todos los involucrados en esta patología, de enorme relevancia a nivel social.

## Agradecimientos

A los Dres. Ismael Calandri (FLENI), Federico Quaglia (CEMIC), Bernardo Arce (UBA), Viviana Sala (Hospital Marie Curie), María A. Carosella (Hospital Pirovano), Oscar Porta (Hospital Durand), Alejandro Palma (Programa Neurociencias Buenos Aires), Ronald Falcon (Programa Neurociencias Buenos Aires), Carlos Mangone (Hospital Santojanni), Leonardo Bartoloni (Hospital Zubizarreta), y Carlos Romero (FLENI) por sus sugerencias sobre el contenido de esta presentación.

## Declaración de conflictos de intereses

Ignacio Demey: Subsidios educacionales de Baliarda, Biogen, Casasco, Gador, Novartis, Nutricia, Temis Lostalo y Teva. Ensayos Farmacológicos en Enfermedad de Alzheimer para Elly Lilly, Roche, Forest, GlaxoSmithKline, Janssen, Wyeth. Juan A. Ollari: El autor no declara conflictos de intereses. Galeno Rojas: El autor no declara conflictos de intereses. Pablo Bagnati: Subsidios educacionales de Biogen, Gador, Raffo, Baliarda, Biopas y Richmond. Ensayos Farmacológicos en Enfermedad de Alzheimer para Roche, Lundbeck, Servier, Novartis. Diego Sarasola: El autor no declara conflictos de intereses. Fabián Román: El autor no declara conflictos de intereses. Adriana Tarulla: El autor no declara conflictos de intereses. Carlos

Mangone: El autor no declara conflictos de intereses.  
 Andre Blake: El autor no declara conflictos de intereses.  
 Aldo Caride: El autor no declara conflictos de intereses.  
 Gustavo Sevlever: El autor no declara conflictos de intereses.  
 Ricardo F. Allegri: Subsidios educacionales de Biogen,

Casasco, Gador, y Teva. Ensayos Farmacológicos en Enfermedad de Alzheimer para Forest, Novartis, Glaxo, Janssen, Wyeth, Merck, Eisai. Subsidios de Investigación de CONICET, CIS-GCBA, Fogarty, National Institute of Health (USA) y Colciencias (Colombia). ■

## Referencias bibliográficas

- Allegri RF, Vazquez S, Sevlever G. Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2017.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010 : censo del Bicentenario : resultados definitivos. Disponible en [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135)
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scand* 1987, 76: 465-479.
- Arizaga RL, Gogorza RE, Allegri RF, Barman D, Morales MC, Harris P, Pallo V. Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del Piloto del Estudio Ceibo (Estudio Epidemiológico Poblacional de Demencia). *Rev Neurol Arg* 2005, 30: 83-90.
- Bartoloni L, Blatt G, Insua I, Furman M, González MA, Hermann B, Kesselman M, Massautis A, Reinado A, Senas P, Yavitz C, Lejarraga H, Nunes F, Arizaga RL, Allegri R. A population-based study of cognitive impairment in socially vulnerable adults in Argentina. The MatanzaRiachuelo Study. Preliminary Results. *Dement Neuropsychol* 2014, 8(4): 339-344.
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2010. London: The Global Economic Impact of Dementia 2010. Disponible en [https://www.alz.org/documents/national/world\\_alzheimer\\_report\\_2010.pdf](https://www.alz.org/documents/national/world_alzheimer_report_2010.pdf)
- Allegri RF, Butman J, Arizaga RL, Machnicki G, Serrano C, Taragano FE, Sarasola D, Lon L. Economic Impact of Dementia in Developing Countries: an Evaluation of Costs of Alzheimer-Type Dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics* 2007, 19 (4): 705-718.
- Castro DM, Dillon C, Machnicki G, Allegri RF. The economic cost of Alzheimer's disease: family or public-health burden? *Dementia & Neuropsychologia* 2010, 4 (4): 262-267.
- Rojas G, Bartoloni L, Dillon C, Serrano CM, Iturry M, Allegri RF. Clinical and economic characteristics associated with direct costs of Alzheimer's, frontotemporal and vascular dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics* 2011, 23 (4): 554-61.
- Kawas CH. Epidemiology of dementia. *Dementia update. American Academy of Neurology Syllabus* 1997, 240: 23-38.
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: A Public Health Priority. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012)
- Guía para la adaptación de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud de la Nación (2008) Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000610cnt-2015-02\\_igpc\\_manual-para-capacitador.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000610cnt-2015-02_igpc_manual-para-capacitador.pdf)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. New York, American Psychiatric Press Inc., 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. New York, American Psychiatric Press Inc., 2014.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984, 34:939-944.
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, Klunk WE, Koroshetz WJ, Manly JJ, Mayeux R, Mohs RC, Morris JC, Rossor MN, Scheltens P, Carrillo MC, Thies B, Weintraub S, Phelps CH. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011, 7(3):263-269.
- American Academy of Neurology. Practice parameter for diagnosis and evaluation of dementia (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 1994, 44:2203-2206.
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, Mohs RC, Thal LJ, Whitehouse PJ, DeKosky ST, Cummings JL. Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the AAN. *Neurology* 2001, 56(9): 1154-1166.
- Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia. Report of the Quality Standards Subcommittee of the AAN. *Neurology* 2001, 56(9): 113-1142.
- Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, Small GW, Miller B, Stevens JC. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001, 56(9): 1143-1153.
- Morris JC, Blennow K, Froelich L, Nordberg A, Soininen H, Waldemar G, Wahlund L-O, Dubois B. Harmonized diagnostic criteria for Alzheimer's disease: recommendations. (Key Symposium). *J Intern Med* 2014, 275 :204-213.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, DeKosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'Brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 2007, 6(8): 734-746.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Hampel H, Molinuevo JL, Blennow K, DeKosky ST, Gauthier S, Selkoe D, Bateman R, Cappa S, Crutch S, Engelborghs S, Frisoni GB, Fox NC, Galasko D, Habert M-O, Jicha GA, Nordberg A, Pasquier F, Rabinovici G, Robert P, Rowe C, Salloway S, Sarazin M, Epelbaum S, de Souza LC, Vellas B, Visser PJ, Schneider L, Stern Y, Scheltens P, Cummings JL. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol* 2014, 13: 614-629.

24. Morris JC, Blennow K, Froelich L, Nordberg A, Soininen H, Waldemar G, Wahlund L-O, Dubois B. Harmonized diagnostic criteria for Alzheimer's disease: recommendations. (Key Symposium). *J Intern Med* 2014, 275: 204–213.
25. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999, 56(3): 303-8.
26. Dubois B, Albert ML. Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease? *Lancet Neurology* 2004, 3(4): 246–8.
27. Allegri RF, Arizaga RL, Bavec CV, Colli LP, Demey I, Fernández MC, Frontera SA, Garau ML, Jiménez JJ, Golimstok A, Kremer J, Labos E, Mangone CA, Ollari JA, Rojas G, Salmini O, Ure JA, Zuin DR. Grupo de Trabajo de Neurología de la Conducta y Neurociencias Cognitivas, Sociedad Neurológica Argentina. Guía-Artículos especiales de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Neurológica Argentina. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurol Arg* 2011, 3: 120–137.
28. Reitz C, Mayeux R. Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. *BiochemPharmacol* 2014, 88(4): 640-51.
29. Blennow K, Zetterberg H. Biomarkers for Alzheimer disease - current status and prospects for the future. *J Intern Med* 2018, Jul 26. doi: 10.1111/joim.12816. [Epub ahead of print]
30. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017 Dec 16, 390(10113): 2673-2734.
31. Qiu C, von Strauss E, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology* 2013, 80: 1888–94.
32. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 2013, 382: 1405–12.
33. Matthews FE, Stephan BC, Robinson L, Jagger C, Barnes LE, Arthur A, Brayne C; Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS) Collaboration. A two decade dementia incidence comparison from the Cognitive Function and Ageing Studies I and II. *Nat Commun* 2016, 7: 11398.
34. Manton KC, Gu XL, Ukraintseva SV. Declining prevalence of dementia in the U.S. elderly population. *Adv Gerontol* 2005, 16: 30–37.
35. Langa KM, Larson EB, Crimmins E. A comparison of the prevalence of dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Intern Med* 2017, 177: 51–58.
36. Langa KM, Larson EB, Karlawish JH, Cutler DM, Kabeto MU, Kim SY, Rosen AB. Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: is there evidence of a compression of cognitive morbidity? *Alzheimers Dement* 2008, 4: 134–44.
37. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med* 2016, 374: 523–32.
38. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Llibre Rodríguez JJ, Salas A, Sosa AL, Williams JD, Hall KS; 10/66 Dementia Group. A brief dementia screener suitable for use by non-specialists in resource poor settings--the cross-cultural derivation and validation of the brief Community Screening Instrument for Dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011, Sep;26(9): 899-907.
39. Kulmala J, Ngandu T, Kivipelto M. Prevention Matters: Time for Global Action and Effective Implementation. *J Alzheimers Dis* 2018, 64(s1): S191-S198.
40. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *IntPsychogeriatr* 1996, 8 Suppl 3: 497-500.
41. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975, 12: 189–198.
42. Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M, Baumann D, Burin D, Burutarán K, Candal A, Delembert W, Drake M, Elorza P, Feldman M, Fernández P, Harris P, Kremer J, Stein G, Taragano FE. El "Mini-Mental State Examination" en Argentina: instrucciones para su administración. *Rev Neurol Arg* 1999, 24: 31–35.
43. Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, de Pascale A, Allegri RF, Mangone CA, Ollari JA. El "Mini-Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg* 2001, 26: 11–15.
44. Freedman M, Leach L, Kaplan E, Winocur G, Shulman KI, Delis DC. Clock Drawing. A neuropsychological analysis. New York, Oxford University Press, 1994.
45. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005, 53: 695–699.
46. Weintraub S, Dikmen SS, Heaton RK, Tulsky DS, Zelazo PD, Bauer PJ, Carozzi NE, Slotkin J, Blitz D, Wallner-Allen K, Fox NA, Beaumont JL, Mungas D, Nowinski CJ, Richler J, Deocampo JA, Anderson JE, Manly JJ, Borosh B, Havlik R, Conway K, Edwards E, Freund L, King JW, Moy C, Witt E, Gershon RC. Cognition assessment using the NIH Toolbox. *Neurology* 2013, 80: S54-S64.
47. Daffner KR, Gale SA, Barrett AM, Boeve BF, Chatterjee A, Branch Coslett H, D'Esposito M, Finney GR, Gitelman DR, Hart JJ Jr., Lerner AJ, Meador KJ, Pietras AC, Voeller KS, Kaufer DI. Improving clinical cognitive testing. Report of the AAN Behavioral Neurology Section Workgroup. *Neurology* 2015, 85: 910–918.
48. Tsoi KKF, Chan JYC, Hirai HW, Wong SYS, Kwok, TCY. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2015, 175(9): 1450–1458.
49. Roman F, Iturry M, Rojas G, Barceló E, Buschke H, Allegri R. Validation of the Argentine version of the Memory Binding Test (MBT) for Early Detection of Mild Cognitive Impairment. *Dementia & neuropsychologia*, 2016, 10(3): 217-226.
50. Rey, A. L'examen clinique en psychologie. Paris, Presses Universitaires de France, 1964.
51. Delis DC, Kramer JH, Kaplan E, Ober BA. California Verbal Learning Test. San Antonio, The Psychological Corporation, 1987.
52. Delis DC, Kramer JH, Kaplan E, Ober BA. California Verbal Learning Test–II, 2nd ed. San Antonio, The Psychological Corporation, 2000.
53. Signoret JL, Whiteley A. A memory battery scale. *Int Neuropsychol Soc Bull* 1979, 2-26.



54. Leis A, Allegri R, Román F, Iturry M, Crotti B, Gatto E, Rojas G. Datos normativos de la versión argentina de la Batería de Eficacia Mnésica Signoret (BEM 144) para ser aplicados en la evaluación neurocognitiva. *NeurolArg* 2018, 10: 127-136.
55. Wechsler D. Wechsler Memory Scale 4th ed. San Antonio, Pearson, 2008.
56. Osterrieth P. A. Le test de copie d'une figure complexe: Contribution à l'étude de la perception et la mémoire. *Archives de Psychologie* 1944, 30: 286-356.
57. Rey A. L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. *Archives de Psychologie* 1941, 28: 286-340.
58. Lezak MD. Neuropsychological assessment, 3rd Edition. New York, Oxford University Press, 1995.
59. Fernández AL, Marino J, Alderete AM. Estandarización y validez conceptual del Test del Trazo en una muestra de adultos argentinos. *Rev NeurolArg* 2002, 27: 83-88.
60. Beck LH, Bransome ED Jr., Mirsky AF, Rosvold HE, Sarason I. A continuous performance test of brain damage. *J Consult Psychol* 1956, 20: 343-350.
61. Kaplan E, Goodglass H, Weintraub S. Boston Naming Test. Philadelphia, Lea & Febiger, 1983.
62. Allegri RF, Mangone C, Fernández Villavicencio A, Rymberg S, Taragano, F, Baumann D. Spanish Boston Naming Test Norms. *The clinical Neuropsychologist* 1997, 11(4): 416-420.
63. Serrano CM, Allegri RF, Drake M, Butman J, Harris P, Nagle C, Ranalli C. Versión corta en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 2001, 33(7): 624-627.
64. Kertesz A. Western Aphasia Battery. San Antonio, The Psychological Corporation, 1982.
65. Goodglass H, Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders (2nd edition). Philadelphia, Lea & Febiger, 1983.
66. Butman J, Allegri R, Harris P, Drake M. Fluencia verbal en español. Datos normativos en Argentina. *Medicina* 2000, 60: 561-564.
67. Thurstone LL. Primary mental abilities. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
68. Thurstone LL, Thurstone TG. Examiner manual for the SRA Primary Mental Abilities test. Chicago, Science Research Associates, 1949.
69. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 2000, 55: 1621-1626.
70. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935, 18: 643-662.
71. Bahia VS, Cecchini MA, Cassimiro L, Viana R, Lima-Silva TB, de Souza LC, Carvalho VA, Guimarães HC, Caramelli P, Balthazar MLE, Damasceno B, Brucki SMD, Nitri R, Yassuda MS. The Accuracy of INECO Frontal Screening in the Diagnosis of Executive Dysfunction in Frontotemporal Dementia and Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2018, May 4. doi: 10.1097/WAD.000000000000255. [Epub ahead of print]
72. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Grnbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994, 44: 2308-14.
73. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983, 17: 37-49.
74. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185: 914-9.
75. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9: 179-186.
76. Kales HC, Chen P, Blow FC, Welsh DE, Mellow AM. Rates of clinical depression diagnosis, functional impairment, and nursing home placement in coexisting dementia and depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005, 13: 441-9
77. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA* 2002, 287: 2090-7.
78. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980, Dec;20(6): 649-55
79. Rayment D, Maya Biju M, Zheng R, Kuruvilla T. Neuroimaging in dementia: an update for the general clinician. *Progress in Neurology and Psychiatry* 2016, 20: 16-20.
80. Calandri I. Neuroimágenes Estructurales. En: Allegri RF, Vazquez S, Sevlever G, editores. Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas. 2da. Ed. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2017. p. 205 - 214.
81. Menéndez-Gonzalez M, LópezMuñiz A, Vega JA, Salas Pacheco JM, Arias Carrion O. MTA index: a simple 2D-method for assessing atrophy of the medial temporal lobe using clinically available neuroimaging. *Front Aging Neurosci* 2014, 24: 6-23.
82. Fazekas F, Chawluk JB, Alavi A, Hurtig HI, Zimmerman RA. MR signal abnormalities at 1.5 T in Alzheimer's dementia and normal aging. *Am J Roentgenology* 1987, 149: 351-356.
83. Surace E, Campos J. Líquido cefalorraquídeo. En: Allegri RF, Vazquez S, Sevlever G, editores. Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas. 2da. Ed. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2017. p. 197 - 204.
84. Vazquez S. Neuroimágenes Moleculares. En: Allegri RF, Vazquez S, Sevlever G, editores. Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas. 2da. Ed. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2017. p. 215 - 228.
85. Atri A, Hendrix J, Carrillo M, Dickerson B. First Practice Guidelines For Clinical Evaluation Of Alzheimer's Disease And Other Dementias For Primary And Specialty Care. Acceso on line el 09/08/2018. Disponible en <https://www.alz.org/aaic/downloads2018/Sun-clinical-practice-guidelines.pdf>
86. Chrem Méndez P, Surace E, Martinetto H. Genética en Enfermedad de Alzheimer. En: Allegri RF, Vazquez S, Sevlever G, editores. Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas. 2da. Ed. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2017. p. 73 - 84.
87. Pink J, O'Brien J, Robinson L, Longson D; Guideline Committee. Dementia: assessment, management and support: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2018, Jun 20;361:k2438. doi: 10.1136/bmj.k2438.
88. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med* 2012, 25(3): 350-66.

# Perfiles psicopatológicos de la Fibromialgia y la Cefalea de tipo tensional crónica. Comparación con el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado

Ariel D. Falcoff<sup>1</sup>

1. *Médico Especialista en Psiquiatría. Doctor en Medicina (UBA) Secretario del Comité de Docencia e Investigación (CODEI) del Hospital "T. Álvarez", CABA, Argentina. E-mail: afalcoff@yahoo.com.ar*

---

## Resumen

La Fibromialgia y la Cefalea de tipo tensional crónica son dos de los trastornos funcionales con mayor prevalencia. Ambas parecen implicar relaciones con procesos de la esfera psicopatológica. Sin embargo, han sido poco estudiados desde la psiquiatría. Este trabajo de investigación observacional descriptiva, con población consultante del Hospital "T. Álvarez" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, focaliza en ciertas variables psiquiátricas y psicológicas elegidas a efectos de su investigación. Los resultados son comparados con las de una muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, proveniente del servicio de Salud Mental de dicho hospital. La investigación mostró afectación de distintas variables (Ham A; Ham D; subescala de somatización de SCL 90 y escalas clínicas del test MMPI II). Se observó la existencia de regularidades a través de los tres grupos de pacientes en las variables mencionadas. Se infiere, a partir de los resultados obtenidos, la existencia de un perfil psicométrico común, tanto para los dos cuadros médicos funcionales, como para los pacientes somatizadores de la muestra de Salud Mental.

**Palabras clave:** Síntomas no explicados médicamente - Trastornos funcionales médicos - Somatización - Fibromialgia - Cefalea tensional - Trastorno Somatomorfo Indiferenciado.

PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILES IN FIBROMYALGIA AND CHRONIC TENSIONAL TYPE HEADACHE. COMPARISON WITH UNDIFFERENTIATED SOMATIFORM DISORDER

## Abstract

Fibromyalgia and Tensional Headache are two of the most prevalent functional disorders. Both seem to imply relationships with processes of the psychopathological sphere. However, they have been little studied since Psychiatry. This descriptive observational research work, with a consulting population of the "T. Álvarez" Hospital, Buenos Aires city, Argentina, focuses on certain psychiatric and psychological variables chosen for this purpose. The results are compared with those of a sample of patients diagnosed with Undifferentiated Somatoform Disorder, from the Mental Health service. The investigation showed affectation of different variables (Ham A, Ham D, subscale of somatization of SCL 90 and clinical scales of the MMPI II test). The existence of regularities was observed through the three groups of patients in the aforementioned variables. The existence of a certain common psychometric profile is hypothesized, both for the two functional medical tables and for the somatizing patients of the Mental Health sample.

**Keywords:** Medically Unexplained Symptoms - Medical Functional Disorders - Somatization - Fibromyalgia - Tensional Headache - Undifferentiated Somatoform Disorder.

---



## Introducción

En el año 2006, Francis Creed (un conocido autor, muy relacionado con la práctica y la investigación en psiquiatría de enlace) ironizaba en el título de un artículo de opinión, diciendo: “¿Debe la psiquiatría seguir ignorando la somatización y la hipocondría?”. Explica en el texto la llamativa pregunta: “... la psiquiatría tiende a ignorar su posibilidad de auxiliar eficazmente a las otras especialidades en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes” (1).

Veremos que las palabras de Creed resultarán ilustrativas de las motivaciones que resuenan por detrás del presente trabajo.

## Antecedentes

En la literatura de diversas disciplinas médicas se suele denominar “*Síntomas no Explicados Médicamente*” (SNEM) a quejas físicas que permanecen sin una explicación médica completa, luego de una apropiada evaluación diagnóstica. Ciertas combinatorias de síntomas físicos que no alcanzan esta adecuada explicación médica han sido agrupadas sindromáticamente por varias especialidades, dando lugar a cuadros denominados genéricamente Síndromes Somáticos Funcionales (SSF).

La Fibromialgia (FM) y la Cefalea Tipo Tensional (CTT) son dos de los SSF más estudiados y con mayor prevalencia en población general.

La Fibromialgia es descripta como un trastorno caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso crónico y síntomas diversos asociados, como rigidez articular, trastornos del estado de ánimo, fatiga, e insomnio; siempre en ausencia de causas orgánicas subyacentes (2, 3). Los síntomas se acompañan de la presencia de los denominados “puntos dolorosos”, áreas anatómicas específicas, predecibles y sensibles a la palpación. El diagnóstico de la FM es clínico, por la falta de una prueba objetiva analítica, de imagen o anatomopatológica específica. Su prevalencia en la población general oscila entre el 0,66% y 3,9%, (4).

Se ha observado una regular asociación del cuadro con la presencia de *estrés emocional significativo*. La bibliografía resalta la dificultad para determinar si los trastornos emocionales actúan como factores de riesgo, precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o el empeoramiento de la Fibromialgia (5, 6).

Ciertos estudios se han focalizado en términos de afectación de variables de modelos dimensionales de la personalidad. Algunos de ellos han planteado la utilización como herramienta descriptiva de las escalas clínicas del MMPI (7, 8), las cuales hemos utilizado como unos de los descriptores en el presente trabajo.

Por su parte, la Cefalea Tipo Tensional (CTT) es la forma más común de cefalea primaria, siendo un cuadro con gran variabilidad respecto a su frecuencia, duración y severidad. Cuando se presenta en forma de crisis esporádicas, suele ser bien tolerada y no moti-

var siquiera una consulta. La clínica de la CTT es poco específica, y determinada por características negativas respecto a otras formas de cefalea. El dolor se caracteriza por no ser localizado ni pulsátil, no agravado por la actividad y no ser demasiado severo. Es de tipo opresivo o bien como una “pesadez”, en forma de banda y bilateral. No se suele ver asociado a otros síntomas neurológicos, autonómicos o migrañosos severos (9). Así como ocurre en la Fibromialgia, su diagnóstico implica el descarte de otros cuadros “mejor explicables” médicamente (10). Debido a la alta prevalencia de la CTT, se considera que da cuenta de la mayor parte del impacto socioeconómico de las cefaleas en general (11).

Cuando se manifiesta en su forma crónica (CTTc), es decir, más de 15 días al mes, o más de 180 días al año, genera además gran compromiso de la calidad de vida (12). A este último grupo pertenecen los pacientes reclutados para el estudio.

Se sabe que el estrés psíquico favorece los episodios de CTT, pero se desconoce cuál es el exacto mecanismo por el cual esto ocurre (10,13). Torelli y col. (14) plantean la hipótesis de que en la CTT, la cefalea podría ser “representante de un inapropiado modo de comunicar de quien la sufre, el discomfort subjetivo causado por una inadecuada relación entre su perfil de personalidad y los eventos de su vida”. Un corolario llamativamente similar a la propia definición del proceso de *somatización*, tal cual es considerada desde el punto de vista psicopatológico (15). Ello no resulta de ninguna manera sorprendente, si tenemos en cuenta que la propia categoría general de *síntomas no explicados médicamente* forma también un aspecto fundamental de la definición de muchos de los así llamados *Trastornos Somatomorfos* CIE 10 (16) y DSM IV (17), los cuales entroncan, a su vez, con el propio concepto psicopatológico de *somatización*.

De hecho, diferentes autores han considerado que la mencionada categoría de los Trastornos Somatomorfos (T.S.) implica aspectos de superposición con la de *síndromes médicos funcionales* (18,19,20).

En nuestro caso, y a los efectos de seleccionar un cuadro representativo de los T.S. (y del propio concepto psiquiátrico de somatización), hemos tomado para el estudio el diagnóstico *Trastorno Somomorfo Indiferenciado*, categoría que fuera introducida en las clasificaciones DSM IV e ICD 10 para abarcar pacientes que presentan manifestaciones físicas no explicadas médicamente y que duran más de 6 meses, sin cumplir criterios de Trastorno de Somatización. A pesar de ser una categoría denominada “residual”, es la de presentación más frecuente entre los cuadros de somatización (21).

## Objetivos

El presente trabajo pretende ubicar descriptores psicopatológicos que puedan servir para ratificar o rectificar el supuesto teórico de que existiría una relación entre ciertos síndromes somáticos funcionales (SSF) y

los cuadros somatomorfos descritos por la psiquiatría. Se eligió trabajar específicamente con Fibromialgia (FM) y Cefalea Tipo Tensional Crónica (CTTc). Desde la esfera de los cuadros somatomorfos, se tomó al Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI).

El estudio se focalizó en dimensionar aspectos psicopatológicos que pudieran estar presentes en pacientes con los diagnósticos mencionados y, en caso que los hubiera, ubicar la existencia de regularidades o aspectos comunes entre las variables en estudio a través de los tres diagnósticos mencionados.

## Materiales y Método

Todos los pacientes fueron reclutados a partir de población consultante en el Hospital "T. Álvarez" (GCBA). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del citado hospital, contando todos los pacientes con consentimiento informado.

Se utilizó un diseño observacional, descriptivo, cuantitativo y transversal. Se trabajó con tres muestras diferentes:

- Pacientes derivados del Servicio de Neurología con diagnóstico de CTT(c), según criterios neurológicos vigentes.
- Pacientes del Servicio de Reumatología con diagnóstico de FM según criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología.
- Pacientes del Servicio de Salud Mental, con diagnóstico de TSI según criterios DSM IV.

*Criterios de inclusión (válidos para los 3 grupos):*

- Edad entre 18 y 70 años.
- Existencia de los diagnósticos mencionados al momento actual, o en los 6 meses anteriores.
- Ausencia de otra enfermedad reumatológica o neurológica grave.
- Ausencia de trastornos psicóticos.

*Se consideraron las siguientes variables relevantes:*

- Diagnóstico psiquiátrico según DSM IV.
- Escala Hamilton de Ansiedad (Ham A), versión castellana (22).
- Escala Hamilton de Depresión (Ham D), versión castellana (23).
- Escala auto administrada SCL 90, versión argentina, subescala de Somatización (24).
- MMPI 2, versión argentina (25).

## Resultados

Se reclutaron 14 pacientes para el grupo de CTTc; 18 para el de FM y 15 para el de TSI. Es decir, un número total de 47 pacientes.

Se derivaron al estudio todos los pacientes recibidos durante el período 2011-2014 provenientes de los tres servicios involucrados (Reumatología, Neurología y Salud Mental) que cumplieron criterios. Dado que

la metodología de reclutamiento no presenta sesgos importantes detectables, puede considerarse que las muestras obtenidas son representativas de la población consultante en el Hospital "T. Álvarez". La edad promedio del grupo de CTTc fue de 41,94 años, la del grupo de TSI, 47,07 y la de FM, 47,83. No existieron aspectos significativos en relación a las variables tipo de empleo, nivel de estudios o estado civil.

Las tres muestras presentaron una muy alta comorbilidad (87% para la muestra de TSI y 100% para las 2 muestras médicas) con trastornos en las órbitas depresiva y ansiosa, en el Eje I del DSM IV. El detalle de los resultados puede verse en la Tabla 1. También en la misma Tabla puede verse la comorbilidad con Trastornos de Personalidad, la cual alcanzó de manera global al 60% para la muestra de TSI; 28,6% para la de CTT y 50% para la de FM. La tabla también detalla el resto de los ejes DSM IV.

La Tabla 2 muestra de manera resumida los promedios y desvíos estándar de los valores obtenidos para las variables psicométricas principales, permitiendo establecer comparaciones entre grupos.

Se observa que las variables Ham A y Ham D mostraron valores muy altos en los tres grupos. En la subescala de Somatización del Test SCL pudieron verse valores similarmente elevados para los grupos de los pacientes médicos -FM y CTT-, superando con holgura el valor considerado de riesgo para dicha escala. En el grupo de TSI, el valor promedio (1.814) quedó apenas por debajo del valor de riesgo para población femenina (1,83) y muy por encima del considerado para varones (1,25).

Respecto de las escalas clínicas del test MMPI II, se observaron hallazgos igualmente llamativos en varias de las mismas. "Hs" (Hipocondriasis), "D" (Depresión), "Hy" (Histeria), "Pt" (Psicastenia) y "Sc" (Esquizofrenia) presentaron en los tres grupos niveles por encima del nivel de corte (que se considera en 65 puntos).

Las escalas "Pa" y Pd exhibieron solo valores altos en las dos muestras médicas. El grupo de TSI mostraron resultados normales en esta dimensión. El resto de las escalas ("Mf", "Ma" y "Si") presentaron también valores normales en todos los grupos.

El Gráfico 1 muestra una presentación mediante barras de las similitudes entre la mayor parte de las variables.

## Discusión

Resumiendo brevemente, los resultados de la investigación revelaron afectación compartida de la mayor parte de las variables elegidas. Altos niveles de ansiedad y depresión (medidos por Ham A y Ham D) y valores de riesgo en la subescala de somatización del test SCL 90, tanto en la muestra psiquiátrica como en las dos muestras médicas. También las escalas Hs, D, Hy, Pt y Sc del Test MMPI, mostraron valores coincidentemente altos a través de las tres muestras. Consideramos que el valor de estos hallazgos no queda enmarcado exclu-

**Tabla 1.** Variables Diagnósticas Multi-axiales según DSM IV.

Diagnóstico Multiaxial DSM IV							
Diagnóstico DSM IV	Eje	I	Trastorno de Ansiedad no especificada	4	2	4	47
			Trastorno de Ansiedad generalizado	4		2	
			Trastorno Adaptativo	1	4	1	
			Trastorno Depresivo Mayor	1	6	7	
			Trastorno de Pánico	3	1	1	
			Trastorno Depresivo no especificado			2	
			Hipocondriasis		1		
			Trastorno Distímico			1	
			Sin diagnóstico	2			
		II	Trastorno de Personalidad no especificado	4	3	3	47
			Trastorno de Personalidad borderline	1		4	
			Trastorno Histriónico	2			
			Trastorno de Personalidad evitativo	2			
			Trastorno de Personalidad dependiente			2	
			Retraso Mental		1		
			Sin diagnóstico	6	10	9	
		III	Enfermedades del sistema circulatorio	4	3	2	47
			Síndrome de colon irritable	3	1	2	
			Enfermedades del sistema osteomuscular	1		2	
			Hipotiroidismo		2		
Tumores benignos				1			
Asma bronquial				1			
Tirotoxicosis	1						
Diverticulosis				1			
Litiasis biliar				1			
Sin diagnóstico	6		8	8			
IV	Grupo primario de apoyo	8	6	6	47		
	Económico		4	5			
	Laboral	3	2	1			
	Ambiente social		2	2			
	Otros problemas			3			
	Salud	2					
	Vivienda			1			
	Sin diagnóstico	2					
V	E.E.A.G.	59,15	59,33	55,05			

sivamente en la descripción del perfil psicométrico de cada cuadro en particular (de por sí, a nuestro juicio, ya muy importante). En efecto, son llamativas las regularidades encontradas al comparar pacientes que en psiquiatría pueden ser diagnosticados bajo el rótulo de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, con aquellos que recibieron en los encuadres médicos respectivos (Reumatología y Neurología) diagnósticos de FM y CTC. Esto permite hipotetizar que las alteraciones

mencionadas podrían estar representando un núcleo psicopatológico compartido por los tres trastornos.

La presunción de tal núcleo o "core" compartido por cuadros de somatización y algunos trastornos médicos funcionales fue ya planteada en algunos estudios de modelos de estructura latente (26, 27,28). Es especialmente interesante el trabajo de Witthöft y col. (28) quienes explican los SSF mediante un modelo bifactorial que incluye un "factor general" (asimilable a la

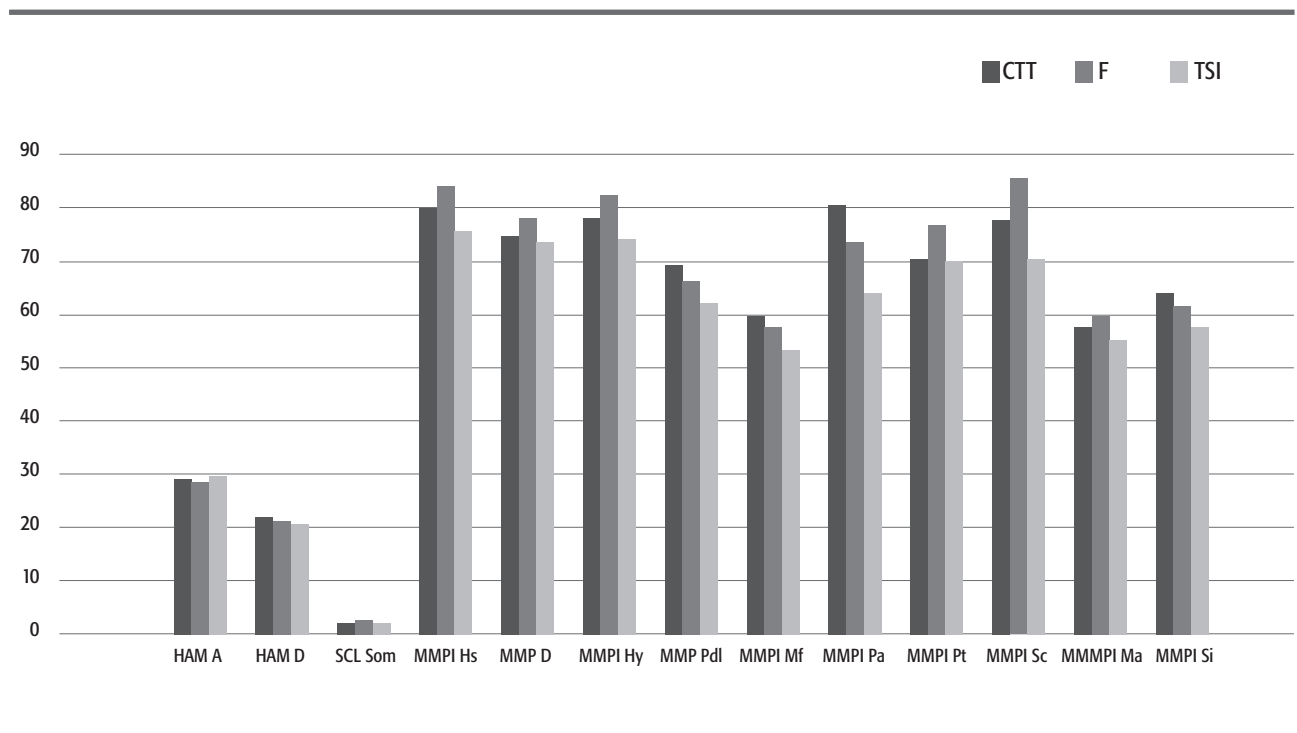
experiencia de somatización o a nuestro “núcleo de anomalías psicométricas”) y “factores específicos” en relación a enfermedad orgánica, infecciones, factores medioambientales, etc. Creemos que el aporte del presente trabajo, no es solo ir en línea con cierta ratifi-

cación desde el ámbito clínico de los aportes hechos a partir de modelos factoriales, sino que además podría venir a aportar descriptores psicopatológicos concretos dentro del todavía inespecífico concepto de “factor general”.

**Tabla 2.** Promedios y desvíos estándar de la pruebas psicométricas: grupos comparados.

Variables Analizadas	Diagnóstico					
	Cefalea Tipo Tensional		Fibromialgia		Trastorno Somatomorfo Indiferenciado	
	Promedio	Desvío S	Promedio	Desvío S	Promedio	Desvío S
HAM A	28,615	7,217	28,111	9,119	29,200	4,246
HAM D	21,286	4,631	20,778	5,826	20,286	5,823
SCL Som	2,132	0,662	2,261	0,595	1,814	0,851
MMPI Hs	78,818	9,347	82,786	10,379	74,455	12,307
MMP D	73,818	11,080	77,000	13,790	72,364	12,738
MMPI Hy	77,273	11,799	81,071	17,429	73,182	16,660
MMP Pdl	68,091	10,931	65,071	14,954	61,273	18,056
MMPI Mf	58,818	12,230	56,500	12,936	52,455	11,759
MMPI Pa	79,364	17,985	72,571	14,070	62,909	16,867
MMPI Pt	69,455	11,379	75,714	12,394	69,273	15,428
MMPI Sc	76,727	12,666	84,071	13,471	69,273	15,467
MMPI Ma	56,545	13,095	58,786	14,588	54,364	10,736
MMPI Si	63,364	10,376	60,714	8,004	56,727	8,945

**Gráfico 1.**



## Conclusiones

Retomando la cita de Francis Creed (1) del comienzo, creemos que en alguna medida, tanto la psiquiatría como las diversas disciplinas que conforman la salud mental han tendido en las últimas décadas a encerrarse sobre sí mismas y descuidar los aportes que pueden ofrecerle a las otras especialidades de la medicina.

Esta investigación apunta a aportar datos acerca de los perfiles psicopatológicos de pacientes que habitualmente no consultan en forma directa al psiquiatra. Nuestros hallazgos se suman a los de varias prestigiosas líneas de investigación internacionales, sugiriendo la importancia de comenzar a contemplar en forma inte-

grativa a estos pacientes. No solo teniendo en cuenta los aspectos que hacen a las características médicas de los cuadros, sino también a lo que podríamos denominar su "condición somatizadora" (entendida, desde esta perspectiva, como ciertos aspectos psicológicos y psiquiátricos subyacentes). Este cambio de enfoque podría dar lugar a nuevos y más efectivos modelos de atención inter y transdisciplinaria.

## Conflicto de intereses

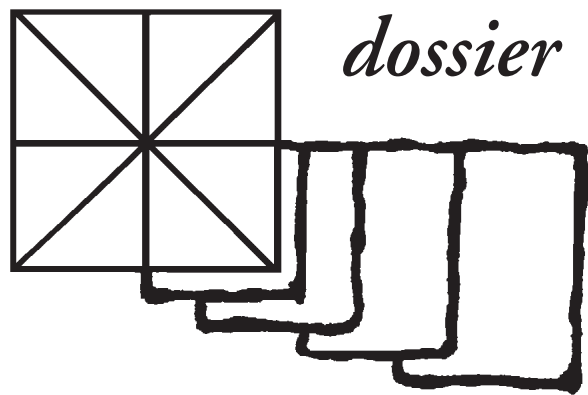
El autor declara que no presenta conflicto de intereses. ■

## Referencias bibliográficas

- Creed F: ¿Debe la Psiquiatría ignorar la somatización y la hipocondría? *World Psychiatry*, 2006. 4:3; 146-150.
- Blanco López W, Seguí Díaz M. Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido? *Semergen* 2002; 28(4):216-8
- Bellato E y col. Síndrome de Fibromialgia. *Pain research and treatment*, 2012 (12-14).
- Vidal Neira L, Reyes Llerena G. Fibromialgia: Una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Rev. Cubana de reumatología* 2006; VIII (9-10).
- Collado Cruz A, Cuevas Cuerda MD, Estrada Sabadell MD, Florez García M, Giner Ruiz V, Marín López J. Fibromialgia, 2011; *Sanidad*, 5(2).
- Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* 2006; 124(1-2):117-25.
- Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994; 8: 811-37.
- Blasco Claros L, Mallo Caño M, Mencía Presa A, Franch Barceló J, Casaus Satamán P, Peña Roca J, Jariod Pámias M. Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas españolas de psiquiatría* 2006, 34(2).
- Kaniecki RG (2015) "Tension-type headache". In *Headache and Migraine Biology and Management*. New York: Academic Press.
- Mathew PG, Mathew T. Taking care of the challenging tension headache patient. *Current pain and headache reports* 2011; 15(6), 444-450.
- Edmeads J, Findlay H, Pryse-Philips W, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, behaviour and medication use: a canadian population survey. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 1993; 20(2), 131-137.
- Speciali JG, Eckeli AL, Dach F. Tension-type headache. *Expert review of neurotherapeutics* 2008; 8(5), 839-853.
- Gómez MV. Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurol Colomb* 2008; 24(3).
- Torelli P, Abrignani G, Paola Castellini P, Lambro G, Manzoni J C. Human psyche and headache: tension-type headache. *Neurological Sciences* 2008; 29(1), 93-95.
- Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 1987; 47:160.
- World Health Organization (2000) Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Wessley S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999, 11(354):936-939.
- Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine* 1999; 130(11), 910-921.
- Martínez Caballero, L, Martínez Caballero F. Trastornos Somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en Atención Primaria. *Jano: Medicina y humanidades* 2008, (1714), 15-30.
- De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders *British Journal of Psychiatry* 2004; 18 4 (2004) 4 70-4 76.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. GVEEP. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad". *Medicina clínica* 2002; 118(13), 493-499.
- Ramos-Brieva JA. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr* 1986; 14, 324-334.
- Casullo M (2008) *El inventario de síntomas SCL- 90-R*. Buenos Aires: UBA/ CONICET.



25. Casullo M, Brenlla ME, Fernández Liporace M, Ferrante V, Prado A (1999) *El inventario MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires: Paidós.
26. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *Journal of psychosomatic research* 2001; 51(4), 549-557.
27. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69(1), 30-39.
28. Witthöft M, Hiller W, Loch N, Jasper F. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International journal of behavioral medicine* 2013; 20(2), 172-183.



# TESIS ARGENTINAS DE PSIQUIATRÍA DE FINES DEL SIGLO XIX

## Coordinación

Juan Carlos Stagnaro

*Desde la creación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires para obtener el título los alumnos debían presentar una tesis doctoral. Esa práctica comenzó con la primera cohorte de estudiantes egresados en 1827, entre los cuales estaba Diego Alcorta quien presentó su tesis “Disertación sobre la Manía aguda”; primera en el tema en el país y en América Latina. En los cien años posteriores se presentaron alrededor de 6500 tesis de medicina, de las cuales cerca de 200 trataron tópicos relativos a la psiquiatría y a temas neurológicos y terapéuticos afines. Si bien el contenido de esas producciones no aportaban, en lo esencial, más que la prueba de la capacidad del alumno para efectuar una recopilación de datos bibliográficos y practicar sobre los mismos una síntesis crítica; también, al relatar sus propias experiencias con enfermos durante sus actividades prácticas, muchos de ellos presentaron casos clínicos, explicaciones detalladas de procedimientos terapéuticos y descripción de escenarios institucionales que permiten apreciar características del periodo fundacional de la psiquiatría en nuestro país. Asimismo, las referencias a la actividad de sus maestros e, inspirados por ellos, las citas de fuentes bibliográficas que mencionan en las tesis, permiten conocer las influencias teóricas, así como la nómina de los autores*

*europeos más frecuentados por los alienistas porteños.*

*En su conjunto las tesis de la Facultad de Ciencias Médicas constituyen un reservorio fundamental de datos históricos imprescindibles para comprender la historia del nacimiento de la especialidad en nuestro país.<sup>1</sup>*

*En este Dossier se presentan los textos completos de algunas de esas tesis como una muestra de la producción de la época sobre temas de la medicina mental.*

### **Saturnino P. de la Reta**

*Saturnino P. de la Reta nació en Mendoza el 26 de noviembre de 1824, adonde realizó sus estudios primarios y secundarios y, posteriormente se trasladó a Buenos Aires adonde cursó sus estudios universitarios en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.*

*Realizó sus cursos prácticos en el Hospital General de Hombres de la ciudad de Buenos Aires, adonde tuvo la oportunidad de asistir a los pacientes del Cuadro de Dementes, experiencia que, probablemente, inspiró su trabajo de la tesis que presentó para graduarse en 1855 con el título “Manía”. Se radicó luego en Mendoza*

---

1- En ese sentido es de destacar la labor llevada a cabo por el equipo de la Biblioteca Central “Juan José Montes de Oca” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, bajo la dirección de la Lic. María Teresa Di Vietro, a fin de incluir en su página Web la versión digital de las tesis doctorales presentadas en esa casa de estudios (Disponible en: <http://www.bibliomedicinadigital.fmed.uba.ar/>).

adonde ejerció como clínico y cirujano general, alcanzando una gran reputación.

Desde la tesis de Diego Alcorta, primera de la Universidad de Buenos Aires dedicada a las enfermedades mentales: "Disertación sobre la manía aguda", no se registra otra sobre el tema hasta la de Saturnino de la Reta. De la Reta, falleció, prematuramente a los 56 años, el 4 de octubre de 1880.

### **Nicasio Morales, primera descripción del Delirium en la medicina argentina**

Nicasio Morales nació en Mendoza el 14 de diciembre de 1847. Se doctoró en medicina y cirugía en 1878 con la tesis "Delirio agudo y enfermedades en que se presenta", bajo la dirección del profesor de Clínica Médica Manuel P. de Peralta, y que se reproduce a continuación. Ejerció, inicialmente la medicina en las localidades de Moreno y Merlo, Provincia de Buenos Aires, y, en 1880, se trasladó a su ciudad natal, adonde el gobierno nacional lo designó profesor de geología en la Escuela de Agronomía y, en 1882, médico de Policía de la Municipalidad. En 1885, fue el encargado de organizar la estación de cuarentena de Desaguadero para evitar la propagación del cólera. Producida la epidemia de difteria en esa provincia, en 1895, aplicó por primera vez el suero de Behring. Prestó servicio en casi todos los distritos militares del país. Falleció en Buenos Aires el 13 de agosto de 1906. Durante sus estudios de medicina, cursó la materia "Patología externa, operaciones y vendajes", que impartía Lucio Meléndez, y "Patología interna, enfermedades mentales y de niños" en la cátedra del profesor Luis Tamini, en la que Meléndez ya dictaba el tema de enfermedades mentales en calidad de sustituto, equivalente al título actual de profesor adjunto, poco antes de ocupar la titularidad de la cátedra de Enfermedades Mentales que se creó recién en 1886.

### **Manuel Vassallo, discípulo de Lucio Meléndez**

Manuel Vassallo nació en Gualeguaychú, provincia de Entre Ríos. Durante sus estudios de medicina ocupó durante tres años el puesto de Practicante mayor interno en el Hospicio de las Mercedes, bajo la dirección de Lucio Meléndez. En 1884 simultáneamente con su coterráneo, Juan Carlos Goyri, Vassallo, presenta su tesis "Delirio de las persecuciones", para doctorarse en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. La tesis de Goyri, trataba sobre "La litiasis biliar". Ambos se radicaron en su pueblo de origen, pero mientras Goyri, médico de amplios conocimientos y vasta cultura, permaneció toda su vida en Gualeguaychú, Vassallo estuvo allí poco tiempo y, a fines de 1886, se radicó definitivamente en Buenos Aires.

### **Lucas Ayarragaray, médico alienista y político**

Lucas Ayarragaray nació en Paraná, provincia de Entre Ríos, el 8 de setiembre de 1861. Ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1881, en 1884 formó parte del primer cuerpo de practicantes del Hospital de Clínicas, Discípulo predilecto de Guillermo Rawson, se graduó en 1887 con la tesis "La imaginación y las pasiones como causas de enfermedades". Fue Secretario en el Departamento General de Higiene, médico en varios hospitales y en el Asilo de Alienadas. Pero, junto a su actividad médica desempeñó un papel destacado en el ámbito de la política nacional, la historia, la sociología y la diplomacia, publicando trabajos sobre esos temas y ocupando cargos como ministro, diputado provincial por la provincia de Entre Ríos y, en 1914, al declararse la Primera Guerra Mundial, embajador en Roma. Falleció en Buenos Aires, el 1 de junio de 1944.

## **Referencias bibliográficas**

Buzzi A, Pérgola F. (2010) *Diccionario bio-bibliográfico de médicos argentinos*. Buenos Aires: Ediciones Médicas del Sur.

Conti NA. El tratamiento moral de Pinel en los orígenes de la Psiquiatría Moderna. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 2008, XIX (82): 394-396.

Conti NA. (2003) "Las tesis psiquiátricas en la Universidad de Buenos Aires (1880-1910)", en *European Association History of*

*Psychiatry* (ed.): *Actas del V Congreso de la Asociación Europea de Historia de la Psiquiatría*, Madrid.

Conti NA. Las tesis doctorales en los albores de la Psiquiatría argentina. *Temas de la Historia de la Psiquiatría Argentina*, 1999; 9: 3-17.

Universidad Nacional de Buenos Aires/Facultad de Ciencias Médicas (1918) *Catálogo de la colección de tesis (1827-1917)*. Buenos Aires: Talleres Gráficos A. Flaiban.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

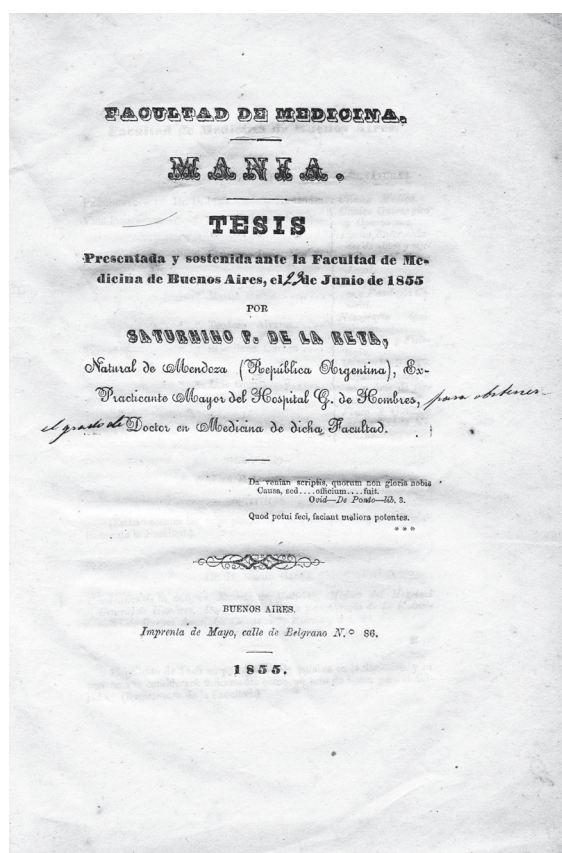
# MANÍA

Tesis  
de  
**SATURNINO P. DE LA RETA**

**Padrino Doctor Don MARTÍN GARCÍA**

**1855**

IMPRENTA DE MAYO, CALLE DE BELGRANO 86, BUENOS AIRES



*L'étude des aberrations de l'esprit est, sans contredit, un des chapitres les plus intéressants de l'histoire de l'homme.<sup>1</sup>*

Bibliothèque du Médecin Praticien.

*La manie est le genre de folie qui a été pris comme type de cette maladie par le vulgaire.<sup>2</sup>*

Bibliothèque du Médecin Praticien.

*La manía, la más común de las enfermedades mentales, reclama por esta razón una atención particular.<sup>3</sup>*

Diego Alcorta.

La manía es una afcción cerebral crónica las más de las veces sin fiebre, caracterizada por la perversión de una o más facultades del entendimiento y complicada ordinariamente con la perturbación de la sensibilidad general o parcial.

Decimos complicada, porque si es verdad que las ilusiones y alucinaciones, que son el resultado de ciertos trastornos de la sensibilidad, se encuentran frecuentemente en los maníacos, es también cierto que estas afcciones se bailan muchas veces aisladas, formando por sí solas enfermedades distintas.

No admitimos las lesiones de la voluntad como caracteres inherentes a la manía, y creemos que cuando se encuentran en su cuadro de síntomas, es en el caso en

1- N. del E.: "El estudio de las aberraciones del espíritu es, sin duda, uno de los capítulos más interesantes de la historia humana".

2- N. del E.: "La manía es el género de locura que ha sido tomado, popularmente, como enfermedad tipo".

3- N. del E.: Tomado de la tesis doctoral de Diego Alcorta, "Disertación sobre la manía aguda", primera tesis de psiquiatría de la Argentina y de América Latina, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 1927. (ver texto completo en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 1990, 1 (1): 60-63.



que la monomanía complica a la enfermedad que nos ocupa, lo que sucede con alguna frecuencia.

*L'examen des causes des maladies est la base du traitement.*<sup>4</sup>  
Spurzheim.

No se conoce bien todavía la naturaleza de las alteraciones de los órganos del pensamiento; por consiguiente, la etiología de la manía se reduce a enumerar las condiciones bajo las cuales la observación y la experiencia nos dicen que esta enfermedad se ha presentado.

La transmisión hereditaria ocupa sin duda el primer rango. Hemos conocido tres hermanos maníacos, cuyo padre había padecido la misma enfermedad. Se ha observado que una tercera parte de las mujeres de la Salitrería<sup>5</sup> eran herederas de este fatal patrimonio. Esquirol calcula que una sexta parte de los maníacos pobres reconoce esta causa, y dice que en los ricos la ha observado en más de la mitad. No alcanzamos la razón que explique tan enorme diferencia entre las clases de la sociedad; creemos que ella sea más aparente que real, y debida en parte a la dificultad que hay en los hospitales de tomar datos ciertos acerca de los ascendientes de los enfermos.

La transmisión se verifica fácilmente cuando el padre y la madre han padecido la enfermedad, o cuando la concepción ha sido posterior a ella. Se ha creído, que el vicio de la embriaguez al que se encontrasen entregados los padres, lo mismo que las emociones morales de la madre durante el embarazo, predisponían a los hijos a contraer fácilmente la manía; pero nada de esto está demostrado aún.

La manía es rara hasta la edad de quince años lo que se concibe fácilmente, si se atiende a la importancia de las pasiones en la producción de esta enfermedad. Se hace frecuente de los veinte a los treinta años, y adquiere su máximo de treinta a cuarenta; desde aquí disminuye en frecuencia, a proporción que se avanza en edad.

La influencia del sexo para la producción de esta enfermedad, no es igual en todos los países. Hacia el norte de la Francia es mayor el número de mujeres maníacas que el de hombres; en Inglaterra e Italia sucede lo contrario. En cuanto a Buenos Aires, el número de hombres maníacos es casi el doble del de mujeres.

El temperamento sanguíneo, el nervioso, una imaginación viva, son causas señaladas frecuentemente en la manía. Así se observa esta enfermedad más entre los artistas y literatos que entre los hombres ocupados en trabajos intelectuales, exactos y serios.

La manía se presenta en todas las profesiones en proporción variable. Esquirol coloca en primera línea las que exponen a la insolación prolongada, a los vapores del carbón, y que obligan a vivir en medio de los óxidos metálicos.

En casi todas las estadísticas, se encuentra mayor nú-

mero de maníacos entre los celibatarios. Hace mucho tiempo se ha observado, dice Roche, que todos los solteros viejos están llenos de manías y las solteras viejas de caprichos.

El abuso de las bebidas alcohólicas, los ataques de epilepsia, los excesos venéreos, y principalmente el onanismo, son causas poderosas de la manía. Mientras estuvimos al servicio del *Departamento de Enajenados*<sup>6</sup>, en clase de Practicante Mayor, tuvimos ocasión de observar que una gran parte de estos infelices tenían este detestable vicio, el onanismo, tan arraigado, que hemos sido llevados a creer que el era la causa principal del trastorno de su inteligencia.

Esta es sin duda la razón, por la que se dice, que son cinco o seis veces más frecuentes los casos de enajenación mental entre las presos que entre los que gozan de libertad, Grisolle dice que este hecho ha sido probado directamente por Lelut, pero que no parece suceder lo mismo en la esclavitud; pues de los documentos publicados en la América, resulta que en los países donde hay negros esclavos y libertos, es mayor el número de locos en estos. Este hecho, según nuestro juicio, lejos de oponerse a la opinión de Lelut, parece abogar en su favor; si nos fijamos, en que uno de los medios más eficaces contra el onanismo, es el trabajo corporal, continuo y rudo a que están sujetos los esclavos, nos será fácil concebir que atacando la causa de la enfermedad, debe ésta disminuir necesariamente.

Los climas cálidos son los que producen mayor número de maníacos; y el estío es la estación del año en que más se observan.

La forma de gobierno influye notablemente en la producción de la manía. En los países republicanos y representativos, sujetos a fuertes y continuos trastornos, en que se levantan facciones y partidos, donde se agitan las pasiones que exponen a los individuos a los cambios repentinos de fortuna, es en los que se encuentra el mayor número de maníacos,

El amor, los celos, la ambición, los terrores religiosos de los espíritus débiles, la lectura de malos libros, la ociosidad, la saciedad en los goces, y una educación viciosa, son también causas de la enfermedad de que tratamos.

«Se dejan desarrollar en los jóvenes, dice Mr. Ferrus, las ideas más falsas sobre el mundo y el modo de conducirse, las ideas más raras de independencia y felicidad; y cuando más tarde los obstáculos y las decepciones les abren los ojos, son demasiado débiles para soportar la pérdida de sus ilusiones, y se vuelven locos».

Entre las causas excitantes de la manía, se encuentran las contusiones del cráneo; la insolación fuerte; la acción de un frío intenso; las afecciones morales agradables o penosas, principalmente estas últimas, la cólera, el error, un pesar violento o imprevisto, el amor propio humillado, el amor contrariado, etc.

En los individuos predispuestos, ella se desarrolla a consecuencia de la cesación de un flujo o de una secre-

4- "El examen de las causas de las enfermedades es la base del tratamiento".

5- N. del E.: Se refiere al Hospital de La Salpêtrière de Paris.

6- N. del E.: Se refiere al también llamado "Cuadro de Dementes", del Hospital General de Hombres de Buenos Aires.

ción natural o mórbida, como la supresión de las reglas, de los loquios, del flujo hemorroidal, etc. Esquirol cita el ejemplo de una señora que en dos embarazos, se volvió loca el primer día de la concepción. Se citan también casos de manía por la presencia de lombrices en el tubo digestivo, o de una mola en la matriz.

*Vouloir tracer l'histoire complète de la manie, serait entreprendre une tache impossible.*<sup>7</sup>

Esquirol.

La manía puede presentarse repentina o lentamente; en este último caso suele ser precedida de cambios en el carácter del individuo.

Declarada la manía, los enfermos ofrecen el semblante encendido, vultuoso o pálido, el cabello erizado, los ojos inyectados y brillantes, y la mirada incierta y vaga.

El principio de esta enfermedad se acompaña muchas veces de ilusiones y alucinaciones; los enfermos ven fantasmas que los amenazan; toman unos individuos por otros; se ven acometidos por asesinos. Estas alucinaciones suelen ser bastante vivas. Hemos visto un individuo lanzarse maniatado fuera de su lecho para libertarse de un sablazo que creía se iba a descargar sobre él. Unos oyen voces que los insultan o los amenazan, o los estimulan a cometer esta o la otra acción; otros saborean con entusiasmo los olores más detestables, o encuentran ricos perfumes en objetos inodoros.

Hemos observado también muchos casos de manía complicados con ilusiones internas. Uno creía que le faltaban todos los huesos del cuello, y tomaba sus precauciones para que la cabeza no se doblara hacia los lados. Otro juzgaba que no podía hacer libre uso de sus fuerzas, y sufría casi siempre fuertes caídas al pasar el umbral de su habitación; a este mismo lo hemos visto correr con facilidad y presteza para eludir de un baño que se le quería hacer tomar por fuerza. Esquirol cita el ejemplo de una mujer que creía tener en su vientre un regimiento, que sentía los movimientos y marchas de los soldados, quienes la desgarraban con sus armas.

Las perversiones que hemos visto más exageradas en los órganos sensorios, son las del tacto y gusto. Muchas veces hemos presenciado sumergirse un maniaco en una tina de agua fría en los días más crueles del invierno, y a otro limpiarse bruscamente con un clavo de hierro una úlcera que tenía en una pierna, sin que ninguno de estos individuos hiciese el menor gesto de dolor. No creemos por esto, que estos seres se hallan desprovistos totalmente de sensibilidad, pero sí que la no manifestación de dolor sea efecto de una voluntad decidida y de una perversión notable de la sensibilidad.

Se les ve comer las sustancias más inmundas, y tragar sin dificultad los medicamentos más desagradables. Hemos observado en estos enfermos que las vías digestivas parecen participar del trastorno del órgano del gusto. Vimos a uno de ellos robarle a un compañero cuatro libras

de agua vegeto-mineral y tomarlas durante la noche, sin quejarse después de la menor incomodidad, Otro, burlando la vigilancia de los asistentes, quitó a los enfermos de una Sala todas las medicinas que pudo, y echándolas en un jarro de agua, las tomó; cuatro o cinco horas después, se quejó de cólico y fuimos llamados para auxiliarlo. Al investigar la causa de su enfermedad, nos confesó que había tomado una poción compuesta de lo que contenían unos papeles y cajas vacías que nos presentó, por cuyos rótulos llegamos con sorpresa al conocimiento, que el brebaje se componía de cantidades variables de opio, mercurio, hierro, kermes, polvos de quina y de digital. Algunas evacuaciones fueron el único resultado de esta nueva triaca.

Pasemos ahora a exponer los síntomas que hemos observado con relación a las facultades del entendimiento, cuyo trastorno forma la esencia, por decirlo así, de la manía.

La atención parece ser en algunos la facultad exclusivamente dañada; las ideas y juicios son por consiguiente erróneos, y las consecuencias, aunque legítimas, falsas.

La comparación es la facultad preferentemente atacada en los maníacos; estos hablan con una verbosidad asombrosa y en esta serie no interrumpida de palabras, dejan descubrir la más completa incoherencia de ideas. «Un saco de palabras revueltas que sonasen a proporción que se fuese vaciando, dice el Dr. Matta en su excelente tratado de Medicina Legal, nos daría la idea de esa desarreglada locuacidad de los maníacos. Y Fabre, en su Biblioteca del Médico Práctico, que más de una vez citamos en el curso de este escrito, al tratar de este mismo asunto, dice: «Le lien qui unissait les idées se trouvant rompu, celles-ci se pressent, se heurtent, se choquent, se repoussent, se rapprochent, s'unissent en donnant lieu aux associations les plus étranges, les plus bizarres, qui viennent se peindre sur la physionomie mobile du maniaque par une variété prodigieuse d'expressions».<sup>8</sup>

De estos individuos suele salir de cuando en cuando un juicio exacto, pero éste no es la expresión de una operación del entendimiento, sino la de una frase que el hábito ha grabado en su memoria.

El razonamiento suele también hallarse aisladamente enfermo; en este caso, de ideas y juicios exactos sacan los maníacos las consecuencias más absurdas.

Finalmente, otros hablan y discurren con juicio sobre cualquier materia. De esta clase hemos conocido uno, cuyo estado era difícil conocer en la conversación familiar; era aficionado a escribir, y sus escritos revelaban en cada párrafo un cerebro enfermo. ¿Sucedería en este caso lo que a otros maníacos, quienes, habiéndoles llamado vivamente la atención, discurren con regularidad? Creemos que no; en estos la razón es momentánea y descubren pronto el trastorno de su inteligencia; en aquel el estado aparente de razón era continuo. Nosotros conservamos algunos de estos escritos, los hemos examinado con detención, en ellos encontramos ideas,

7- N. del E.: "Querer trazar la historia completa de la manía sería emprender una tarea imposible".

8- N. del T.: Al encontrarse roto el vínculo que une las ideas, éstas se apuran, se tropiezan, se chocan, se rechazan, se aproximan, se unen, dando lugar a las asociaciones más extrañas, más bizarras, que se pintan en la fisonomía móvil del maniaco por medio de una variedad prodigiosa de expresiones".

juicios y consecuencias legítimamente sacadas, pero cada párrafo es una amalgama informe. ¿Cuál es pues la facultad dañada en este individuo? Nuestro querido maestro, el finado Dr. Cuenca, decía a sus discípulos: "Hay en el entendimiento humano una facultad que los filósofos no mencionan, pero que evidentemente existe con más o menos actividad en los diferentes individuos y debe elevarse al rango de las demás facultades, ésta es el *método*". He ahí pues, la facultad dañada en el maníaco que nos ocupa.

Tratemos ahora de examinar las modificaciones que el trastorno del entendimiento imprime a las facultades de la voluntad.

Los deseos que más vivamente se desarrollan en los maníacos, son los venéreos; la vista de una persona de sexo diferente los pone inquietos, irascibles y en algunos se declara un furor violento.

La memoria no existe en los maníacos, dice Matta. Nosotros creemos que este aserto sea un error de redacción, y no la opinión del distinguido médico-jurista. Hemos observado lo contrario en la inmensa mayoría de los maníacos que han pasado por nuestra vista. La memoria, a la manera de los órganos sensorios que cuando faltan algunos se robustecen los que quedan, parece adquirir mayor vigor, cuando hay desorden en las demás facultades. Citaremos en apoyo de esta opinión nuestra, varios de los casos que hemos observado.

N. Tobal, uno de los maníacos más antiguos del Hospital de Hombres, en quien todas las facultades del entendimiento se hallan en el más alto grado de perversión, posee sin embargo una memoria feliz. En medio del torbellino de palabras incoherentes que de continuo salen de su boca, le hemos oído, al presentarse algunas personas a quienes él no veía hacía mucho tiempo, ciertas frases que prueban la fidelidad de su memoria.

J. M. Océjas, después de diez años de permanencia en el Hospital, recuerda la calle y el número de la habitación de sus conocidos antes de entrar al Hospital; recuerda también hechos insignificantes ocurridos mucho tiempo atrás.

Un joven español al entrar en el *Departamento de enajenados* creyó pisar el infierno y que se iba a sepultar en él; trató de huir, pero dos musculosos brazos se apoderaron luego de cada uno de los de este desgraciado. Jamás olvidaremos el aspecto aterrador de su fisonomía; sus facciones descompuestas revelaban el más alto grado de pavor y pedía con el acento de la desesperación, lo arrancasen de manos de los demonios. Este mismo individuo, cuando se halló convaleciente, nos refirió con minuciosidad la escena que acabamos de exponer.

En comprobación de esto mismo, citaremos a Pabre, que dice en su Biblioteca del Médico Práctico: «Beaucoup de maniaques, lorsque le calme est rentré dans leur

âme, rendent compte de ce qu'ils ont vu, de ce qu'ils ont entendu, de ce qu'ils ont senti et des motifs de leurs déterminations».<sup>9</sup>

Los maníacos tienen una existencia aislada, no se cuidan de las personas que los rodean, hablan poco unos con otros, y jamás los hemos visto conspirar. Se les ve a veces pasearse juntos, accionar y dirigirse mutuamente la palabra, pero al escucharlos se advierte que cada uno habla de distinta materia. Todos encuentran razón para hacer lo que hicieron, y están íntimamente persuadidos que sus discursos y acciones son razonables.

Algunos cambian el amor a sus familias en odio; o bien una indiferencia profunda reemplaza los sentimientos más caros de afectación.

En casi todos hay una inclinación o un sentimiento que predomina en el desorden intelectual, como la alegría, la tristeza, la cólera, la astucia, el orgullo, la propensión al suicidio, al homicidio, etc. Hemos conocido uno que hizo cuatro tentativas de suicidio y pereció en la quinta. En los militares suele predominar el amor a la gloria; en los pobres la ambición; y es digno de notarse que las mujeres de cualquier edad y clase despliegan un impudor y desvergüenza que contrasta altamente con su educación y costumbres.

El insomnio es bastante frecuente; suele prolongarse muchos días y aun muchos meses sin influir notablemente en la salud del individuo.

En los momentos de furor despliegan los maníacos una fuerza asombrosa, y si logran desasirse, acometen, destrozan cuanto encuentran, o se dañan sin piedad. Hemos visto a uno sujeto con la camisola de fuerza, contundirse brutalmente los ojos con las rodillas; y cuando se le impidió este movimiento, se mordió los brazos hasta ensangrentarse.

Todas las funciones de la economía se ejercen con regularidad, y si alguna vez se observan movimientos convulsivos, es solo en los epilépticos o en las histéricas durante los ataques. Por consiguiente, cuando existen desórdenes en la menstruación, alteración en las digestiones, palpitaciones, etc., son puramente accidentales en el mayor número de casos y sin relación con la función cerebral; sin embargo, se cree que las funciones del cerebro, de las vías digestivas y del útero pueden afectarse recíprocamente a consecuencia de la lesión de una de ellas.

*Les rechutes sont plus communes dans cette maladie.*<sup>10</sup>  
Georget.

*La probabilité de la rechute étant en raison directe de la rapidité de la guérison, il faut surtout la craindre dans la manie.*<sup>11</sup>  
Bibliothèque du Médecin Praticien.

9- N. del E.: Muchos maníacos, cuando la calma ha entrado en su alma, dan cuenta de lo que vieron, de lo que escucharon, de lo que sintieron y de los motivos de su comportamiento".

10- N. del E.: "Las recaídas son más comunes en esta enfermedad".

11- N. del E.: "La probabilidad de recaída está en razón directa a la rapidez de la curación, hay que temerla sobre todo en la manía".

Esquirol señala en la manía tres periodos. El 1° agudo con síntomas concomitantes. El 2° crónico que casi nunca va acompañado de síntomas ajenos al delirio. Por último, el 3° es el de declinación.

Hemos dicho antes, que la invasión de la manía era repentina, o lenta y gradual. En este último caso, que es el más frecuente, se observan diversos cambios en el carácter y costumbres del sujeto; unos están intranquilos, irritables, o charlatanes; otros, preocupados y tristes, buscan la soledad. Sujetos hasta entonces, arreglados y de buenas costumbres, se vuelven borrachos, pródigos y libertinos.

Estos cambios pueden pasar inapercibidos, principalmente si el sujeto no ha padecido otra vez la enfermedad. En general gozan ellos de buena salud, y solo suelen quejarse de cefalalgia, y más frecuentemente de insomnio. Más tarde se ven acosados de ideas raras, pero que aun pueden desechar. En este estado permanecen meses, y también años, hasta que una causa cualquiera, un incidente viene a turbar esa especie de equilibrio entre la salud y la enfermedad.

Declarada la manía no siempre tiene un curso continuo, sino intermitente, y con más frecuencia remitente e irregular. Suele afectar el tipo cotidiano, terciano o presentarse todos los meses, todos los años, principalmente en el verano y primavera. Se le ha visto reaparecer después de siete años.

Las recidivas, pues, suelen observarse en esta enfermedad. Nosotros podríamos aducir algunos ejemplos. En cuanto a las recaídas, son en ella harto frecuentes. Numerosos testimonios nos sería fácil citar en comprobación de esta doctrina, pues son muchos los casos, en que esto hemos observado en el *Departamento de Enajenados* del Hospital de Hombres. Bástenos traer en nuestro apoyo las opiniones respetables que liemos colocado al frente de este artículo.

Los enfermos pasan a veces de una forma de enajenación a otra. Hemos visto una lipemanía convertirse en un delirio alegre después de una congestión cerebral.

La manía puede también suspenderse, aunque rara vez, durante una enfermedad aguda. Nosotros hemos observado el caso siguiente: M. Mesa, como de cuarenta años de edad, de color negro, alto y bien conformado, entró al Hospital, ha cinco años aproximadamente, afectado de una manía que puede tomarse como tipo de su especie. Es habitualmente alegre, canta, grita, baila, habla mucho, y no permanece quieto un solo instante. Durante su estada en el Hospital, ha sido atacado sucesivamente de una pleuresía, una gastroenteritis y una flegmasía de la faringe y amígdalas. Mientras duró cada una de estas afecciones, Mesa recuperó su razón; nos hacía una relación juiciosa de sus dolencias y del efecto de los medicamentos que tomaba; contestaba perfectamente acorde a todo; pero a medida que la flegmasía marchaba a la resolución, la razón de Mesa principiaba a alterarse, y quedaba ésta en completo desorden con la desaparición de aquella. Posteriormente a las tres veces, que vi-

mos a este maníaco volver a la razón, al contraer una enfermedad aguda, se ha encontrado una cuarta vez en un estado análogo, según nos lo ha referido el Sr. Archondo, Practicante Mayor del *Departamento de Enajenados*.

En las mujeres, suelen observarse exacerbaciones en los periodos menstruales; las producen también las contrariedades vivas y una temperatura elevada.

Se ha creído que las fases de la luna influían en el curso de la manía. Esta opinión ha sido victoriosamente refutada por algunos autores, entre ellos Esquirol, que dice: «que si algunos maníacos están agitados en luna llena, es porque entra una claridad muy viva en sus habitaciones». Nosotros hemos observado en ciertos días una agitación muy notable en casi todos los locos del Hospital de Hombres, como si fueran a la vez estimulados por una causa común. Al recordar la influencia que el viento norte tiene, aun en las personas sanas de este país, hemos creído encontrar en él la causa de esa simultánea agitación, pero aunque muchas veces ha coincidido ella con dicho viento, la hemos visto faltar en muchas otras.

Tampoco damos crédito a la influencia planetaria; nos inclinamos a atribuir este fenómeno al estado higrométrico o eléctrico de la atmósfera.

Se creará tal vez, que la exacerbación de un maníaco exaspere con los gritos y agitación a los demás. No lo creemos así. Hemos dicho antes que estos seres infelices viven aislados, que parece no tienen más mundo que el que cría su imaginación enferma. Nos ha llamado la atención, el ver que cuando se han practicado algunas operaciones cruentas, los acentos de dolor, los ayes lastimeros de los operados han sido escuchados con indiferencia. Hemos notado que la enfermedad y muerte de un maníaco no ha tenido eco alguno en el ánimo de un otro, su compañero por mucho tiempo de habitación.

*De toutes les affections mentales,  
la manie offre la durée la plus courte.*<sup>12</sup>  
Calmeil.

Cuando la manía es susceptible de curarse, tiene una duración muy variable. Si sobreviene a consecuencia de los excesos de las bebidas alcohólicas, o de un ataque de epilepsia, su duración es por lo común de pocos días, y cuando más de dos semanas. Si pasa de este término, las probabilidades de curación disminuyen considerablemente, y en este caso la curación de la manía no se diferencia de cuando esta enfermedad reconoce otras causas.

Esquirol fija la duración media en un año poco más o menos. Pinel la cree de cinco meses, y según Georget, once duodécimas partes de los que se curan, lo verifican en el espacio de dos años.

Los datos estadísticos que conocemos dan un resultado muy variable con respecto a los doce primeros meses, pero todos confirman la opinión de Georget.

En una tabla que ha publicado Esquirol, se ve que la cifra mayor corresponde a los dos primeros meses.

12- N. del E.: "De todas las enfermedades mentales la manía es la que ofrece la duración más corta".



Se ha visto maníacos recobrar la razón a los diez años. Pinel cita la observación de una mujer que se curó después de veinticinco años de un delirio furioso y continuo.

*Le rétablissement des évacuations naturelles, l'apparition de certaines excréments morbides, est de bon augure pour la guérison de la manie.*<sup>13</sup>

Calmeil.

La terminación favorable de la manía se efectúa, en el mayor número de casos, de la misma manera que principia esta enfermedad, es decir, lenta y gradualmente, Los enfermos se vuelven mas tranquilos; disminuye la frecuencia de los accesos; se presentan estos mas cortos y menos intensos; el número de ideas extravagantes se hace menor; reconocen estos desgraciados a sus amigos; desean ver a su familia, les es más fácil conciliar el sueño; y finalmente comprenden el deplorable estado, del que acaban de salir.

Es raro que los maníacos recobren repentinamente su razón; se citan no obstante algunos casos curados por una emoción moral viva, como el terror. Menos rara vez, parece observarse esto a consecuencia de la reaparición de las reglas, del flujo hemorroidal, de un exantema. Grisolle dice, que estos cambios satisfactorios casi siempre se verifican sin que se pueda comprobar de una manera evidente la influencia de ningún movimiento crítico. Nosotros hemos visto solo en un caso coincidir la convalecencia con la aparición de furúnculos en diversas partes del cuerpo y de un absceso extenso en el brazo; sin embargo estamos muy de acuerdo con la opinión de Calmeil, que antes hemos citado.

La duración de la convalecencia es variable. En los casos que hemos observado, la curación ha hecho rápidos progresos. Algunos, después de curados, quedan tristes y susceptibles por mucho tiempo; otros conservan prevención contra sus parientes; debe desconfiarse mucho de estas curaciones, porque estos individuos están muy propensos a las recaídas.

Una de las terminaciones frecuentes de esta enfermedad, es su paso a la demencia.

Es raro que estos enfermos perezcan por solo los progresos de la manía. Sin embargo, en algunos casos individuos constantemente agitados y privados del sueño, pierden la vida en pocos días sin que la autopsia descubra lesiones que expliquen los síntomas que presentaron durante su enfermedad.

Los maníacos, en su mayor parte, mueren o a consecuencia de algún accidente o de resultas de una afección incidental.

*Le pronostic devient moins favorable à proportion que la maladie continué.*<sup>14</sup>

Spurzheim.

Si la alteración de un órgano cualquiera, la hepatitis por ejemplo, cuya naturaleza y curso conocemos, de la que sabemos el mecanismo de muchas de sus causas productoras, de quien algunos de los síntomas pueden ser apreciados por los sentidos, contra la que la ciencia posee tan poderosos recursos, ofrece al médico dificultades para pronunciar un pronóstico seguro ¡cuántas no presentará la manía, cuya naturaleza está envuelta en la oscuridad de las conjeturas, de quien no se conoce el modo de obrar de una sola de sus causas, y contra la cual la materia médica da resultados tan variables!

La observación es pues la única antorcha que guía al médico en este difícil caso. Nosotros solo reproduciremos lo que a este respecto han dicho los prácticos en la materia.

La manía es, en general, una enfermedad grave; empero hay muchas circunstancias que hacen más favorable o adverso el pronóstico. Los maníacos por transmisión hereditaria tienen pocas probabilidades de curación, y cuando llegan a curarse, quedan expuestos a recaídas.

Es más fácil de curarse esta enfermedad en los jóvenes que en los viejos; así es que se ven muchas curaciones de los veinte a los treinta años, al paso que son raras después de los cincuenta. La que reconoce una causa moral que ha obrado lentamente y por mucho tiempo, se cura con menos frecuencia que la producida por una impresión súbita.

Cuando la manía es producida por la presencia de lombrices en el tubo digestivo, se cura con la expulsión de estos insectos; cuando depende de la supresión de un exutorio antiguo, del flujo hemorroidal o menstrual, desaparece aquella con el restablecimiento de éste. Hace seis años tuvimos ocasión de observar el caso siguiente: en la antigua Sala de Crónicos ocupaba el lecho N° 5 un negro, como de cincuenta años de edad, viejo soldado que hacia ocho o diez años padecía de una úlcera situada en la parte externa y media de la pierna derecha. Como Practicante Menor de esa Sala creímos de nuestro deber hacerle una curación que favoreciese la cicatrización de dicha úlcera que juzgábamos estaba descuidada; dos veces repetimos la misma curación, al cuarto día el enfermo estaba completamente loco. Nuestra impericia no nos dio lugar a sospechar siquiera la causa del trastorno mental, y aplicamos por cuarta vez el mismo apósito; pero la razón de un cambio tan repentino no podía ocultarse a un médico tan distinguido, como el finado Dr. Cuenca: así su primer cuidado fue asegurarse de las modificaciones que había sufrido la úlcera, y entonces seguro de haber encontrado la causa, nos ordenó aplicáramos sobre ella una sustancia irritante. No tardó en aparecer una abundante supuración, y con ella el libre uso de las facultades del enfermo. Ha poco tiempo observamos un caso idéntico en la Sala del Dr. Montes de Oca.

La manía con ideas religiosas, de grandeza, de orgullo, o de ambición, suele ser perpetua. Los maníacos

13- N. del E.: "El restablecimiento de las evacuaciones naturales, la aparición de ciertas excreciones mórbidas, son de buen augurio para la curación de la manía".

14- N. del E.: El pronóstico se torna menos favorable a medida que la enfermedad continua".



alegres, vivos y habladores se curan más pronto y más fácilmente que los que ofrecen el aspecto contrario.

El primer acceso de manía tiene en general menos duración que el segundo, éste que el tercero y así sucesivamente; de manera que del sexto o séptimo quedan muy pocas esperanzas de curación.

Los maníacos que reconocen su estado, sino curan pronto, ofrecen graves dificultades. En el mismo caso se encuentran aquellos cuya manía está complicada con notables alucinaciones.

No se curan los que miran fijamente el sol, o comen inmundicias, porque estas perversiones de la sensibilidad y gusto denotan una alteración profunda fuera del alcance del arte. La primavera y el otoño son las estaciones en que se ve mayor número de curaciones. Pasados los dos primeros años de enfermedad, deben quedar muy pocas esperanzas de curación. Las tablas siguientes que ha presentado Esquirol darán una idea más exacta del grado de probabilidad de curación con relación al tiempo.

<b>Locos curados</b>	<b>Tiempo de curación</b>
27 .....	En un mes.
32 .....	En dos meses.
18 .....	En tres.
30 .....	En cuatro.
24 .....	En cinco.
20 .....	En seis.
20 .....	En siete.
19 .....	En ocho.
12 .....	En nueve.
17 .....	En diez.
23 .....	En un año.
18 .....	En dos años.
Son 260	

El mismo autor presenta en otro cuadro los datos siguientes:

<b>Locos curados</b>	<b>Tiempo de curación</b>
604 .....	En un año.
502 .....	En dos.
86 .....	En tres.
41 .....	En siete.

Esquirol dice, que pasados tres años la probabilidad solo es de uno a treinta, Sin embargo, hemos citado al tratar de la duración de la manía un caso de curación a los 25 años de enfermedad.

Finalmente, se han visto curaciones repentinas a consecuencia de una fuerte conmoción moral o de un dolor violento. Se refiere el caso de un literato que en un acceso de locura marchaba a arrojar al río, cuando unos ladrones lo asaltaron, defendióse de ellos bizarramente y con la victoria recobró la razón.

*Guérir, voila le but vers lequel doivent tendre tous nos efforts. Il est sans doute glorieux de pénétrer les mystères de l'organisme, de découvrir les lois de l'économie, d'arracher au cerveau ses secrets; mais ses conquêtes, toutes brillantes qu'elles sont, ne valent pas la satisfaction d'avoir sauvé la vie à un de ses semblables ou de lui avoir rendu la raison.*<sup>15</sup>

Bibliothèque du Médecin Praticien.

*Aujourd'hui le plus grand nombre de médecins attendent plus d'effet du traitement moral, que du traitement médical.*<sup>16</sup>  
Spurzheim

La primera indicación que tiene que llenar el médico en el tratamiento de un maníaco, es informarse del mejor modo posible de los conmemorativos del enfermo; investigar las causas predisponentes y eficientes; procurar conocer sus gustos, sus relaciones de familia y los objetos sobre que versa su delirio; es de la mayor importancia manifestarle un vivo interés y benevolencia a fin de ganar su confianza.

Después de haber obtenido datos exactos sobre estos diferentes puntos, se entabla el tratamiento. Este comprende dos divisiones principales, a saber:

- 1° tratamiento moral;
- 2° tratamiento físico.

### TRATAMIENTO MORAL

El aislamiento es una condición casi indispensable de todo tratamiento eficaz. Aislar a un maníaco, es separarlo bruscamente de su familia, de sus amigos y de las personas con las que se halla habitualmente en contacto, y trasportarlo a lugares nuevos para él. El aislamiento se efectúa de muchos modos; es parcial, cuando se coloca al maníaco en una habitación aislada, pero continúa recibiendo los cuidados de su familia o amigos; o bien cuando es en su propia casa, pero privado de su sociedad habitual. El aislamiento es completo, cuando es trasportado a una casa consagrada a este género de enfermedades. Este merece sin contradicción la preferencia en el mayor número de casos y es tanto más eficaz cuanto más se aproxima a esta última condición.

El aislamiento presenta la ventaja de sorprender al maníaco, de provocar en él sensaciones nuevas y romper la serie de sus antiguas ideas; sustraerlo de la vista de ciertos objetos, origen tal vez de su manía. En lugar de sus parientes y amigos, dispuestos a ejecutar su voluntad, a ceder a todos sus caprichos, por temor de exasperar su cólera y que alimentan muchas veces su delirio con la condescendencia, no encuentra en una casa de locos sino personas extrañas, seres impasibles ante sus amenazas, prontos a resistir enérgicamente a sus extravagancias. El aislamiento ha bastado por sí solo para

15- N. del E.: "Curar, ese es el objetivo al que deben tender todos nuestros esfuerzos. Sin duda que es glorioso penetrar los misterios del organismo, descubrir las leyes de su economía, arrancar al cerebro sus secretos; pero, por brillantes que sean, todas esas conquistas no valen lo que la satisfacción de haber salvado la vida de un semejante o haberle devuelto su razón".

16- N. del E.: "Actualmente la mayoría de los médicos esperan más del tratamiento moral que del físico".

la curación de la manía cuando esta ha dependido de ilusiones provocadas y sostenidas por la vista de ciertas personas, o por las contrariedades domésticas.

Nada diremos de la funesta práctica de los antiguos de colocar a los maníacos en lugares subterráneos, que además de la infracción de los preceptos de la higiene, tiene el inconveniente de favorecer ciertos delirios, y la tendencia al onanismo tan frecuente en estos desgraciados.

La experiencia ha probado que la condescendencia fuera de ciertos límites es perjudicial, lo mismo que el ejercitarlos en su delirio, y más que todo el tratar de convencerlos por medio del raciocinio. El joven español de quien hemos hablado antes, nos decía, que cuando sus amigos trataban de disipar por medio del raciocinio sus extravagancias, lejos de conseguirlo lo aferraban más en sus ideas, y desde ese momento los miraba con desconfianza como enemigos interesados en engañarlo para hacerle mal.

El médico se esforzará en inspirar confianza al maníaco, interrogándolo con benevolencia, animando al uno, moderando la exasperación y el orgullo del otro, y presentándose a todos como un protector severo pero equitativo; procurará fijar la atención de estos desgraciados sobre objetos extraños al delirio, comunicándoles ideas y afecciones nuevas, a beneficio de impresiones diversas; se ha aconsejado despertar en ellos una pasión en contrapeso de la pasión dominante, variar los medios morales según los casos y el carácter de los individuos; uno es sensible a los buenos proceder, otro al temor, otro a la lisonja, y a cada uno es preciso atacarlo por su flanco vulnerable. Cuando dominan la vanidad y la ambición, es preciso saber poner en juego estas pasiones y hacerlas servir de contrapeso a las ideas del delirio; en muchos enfermos ignorantes y aun estúpidos se ha procurado, para llamarles la atención, crear en ellos deseos y necesidades para ensanchar su vida de relación.

La música ha sido preconizada por los antiguos, y parece que han exagerado sus efectos, porque las tentativas modernas han dado resultados muy variables; unas veces calma, otras exaspera el delirio. Las representaciones teatrales son más perjudiciales que útiles.

### TRATAMIENTO FÍSICO

Muchos son los medios de que los patólogos han echado mano en el tratamiento físico de la manía; algunos, como el eléboro, han gozado de una reputación asombrosa, hasta que la despreocupación los ha ido despojando de sus milagrosos efectos. Los modernos señalan una nómina muy limitada, y ninguno inspira la

confianza que el eléboro infundía a los antiguos.

No nos ocuparemos sino de aquellos que han dado con más frecuencia felices resultados, tales son: los baños, las duchas, los pediluvios, las sangrías generales y locales, los vomitivos, los purgantes. Los baños son uno de los agentes más generalmente empleados. Estos pueden ser tibios o fríos; los primeros se aplican a los sujetos delgados, nerviosos y muy irritables mientras que los segundos prueban mejor a los jóvenes robustos y pictóricos.

Para los individuos debilitados por el onanismo se han aconsejado los baños de inmersión, que consisten en sumergir a los enfermos muchas veces sucesivas en el agua fría, sacándolos después de algunos segundos. Con el mismo objeto se han empleado las afusiones frías según el método de Curie, cuyo mecanismo se reduce a colocar el enfermo en una tina vacía, y verter sobre su cabeza agua cuya temperatura debe disminuir gradualmente en cada baño. Los baños de sorpresa parece que han producido antes males que bienes, y por eso se hallan casi abandonados.

La ducha puede ser ascendente o descendente. La primera se administra por el recto con el objeto de tonificar el intestino, vencer la constipación y producir una derivación saludable. La segunda consiste en colocar al enfermo en un baño, y verter sobre su cabeza de una altura variable, cierta cantidad de agua a la temperatura atmosférica. Algunos maníacos reciben con placer la ducha y experimentan después un sentimiento de bienestar; otros la toman con disgusto y sienten en pos de ella cardialgias, deseos de vomitar, etc.

Los pediluvios sinapisados y los sinapismos volantes<sup>17</sup> son útiles para combatir la agitación de los maníacos, aun cuando no haya síntomas de congestión a la cabeza; pero no parece que sucede lo mismo con los demás revulsivos, como los vesicatorios, los sedales y las moxas<sup>18</sup> que según Grisolle para nada sirven. Nosotros hemos visto emplear muchas veces y por largo tiempo esta última clase de revulsivos sin haber observado ninguna ventaja.

En los sujetos sanguíneos, jóvenes y robustos se emplean con éxito las emisiones sanguíneas generales o locales, principalmente cuando hay congestión cerebral o supresión de una hemorragia habitual.

Los vomitivos y purgantes han sido preconizados en el tratamiento de la manía. Los primeros convienen a los enfermos cuya sensibilidad parece apagada, o que se hallan en estado de atonía; producen en estos casos sacudimientos útiles, vómitos biliosos, y promueven una abundante transpiración. No se debe hacer uso de ellos

17- N. del E.: El término sinapismo proviene del latín *sinapis* (planta de mostaza). Los pediluvios sinapisados eran baños de pies de hasta una hora de duración, que se aplicaban utilizando semillas de mostaza reducidas a polvo y diluidas en agua caliente, para producir rubefacción. Este método se fundamentaba en la creencia de que la manía cursaba con congestión cerebral y la rubefacción indicaba un desplazamiento de la sangre hacia los miembros inferiores que descongestionaban la cabeza. Los sinapismos volantes consistían en la aplicación de cataplasmas con la mostaza diluida en diversas partes de los miembros inferiores (muslos, piernas y dorso de los pies).

18- N. del E.: La moxa era una mecha hecha a base de algodón, estopa o cualquier sustancia inflamable adecuada que se quemaba sobre la piel produciendo una escarificación o cauterio. Los vesicatorios (del latín *vesicare*, entumecerse) eran tópicos o emplastos irritantes confeccionados con polvo de cantárida que provocaban una ampolla o flictena que se abría dejando una herida consecutiva. Los sedales (del latín *seta*, seda) eran mechas de tejido de algodón que se pasaban bajo la piel por una abertura y una contraabertura mojada con una sustancia irritante como el vinagre. Todos esos métodos producían un dolor puntual e intenso que concentraban la atención del enfermo inhibiendo la agitación de la manía.

sumergir a los enfermos muchas veces sucesivas en el agua fría, sacándolos después de algunos segundos.

No se debe hacer uso de ellos en caso de eretismo y de plenitud de los vasos de la cabeza. Los purgantes se han aconsejado en el primer período de la manía; debe darse la preferencia en casos particulares, como en la supresión del flujo hemorroidal, de las reglas, etc. a aquellos purgantes que tienen acciones especiales sobre ciertos órganos, por ejemplo el aloe.

Parece que el mero hecho de hallarse la manía en el cuadro de las enfermedades nerviosas, ha movido a los módicos antiguos a desplegar contra ella todos los anti-espasmódicos y narcóticos conocidos; hoy se hallan casi completamente abandonados por los modernos que se han convencido de su ineficacia. Hemos visto emplear muchas veces el datura estramonio ten recomendado contra la manía, y nos ha parecido ver a los enfermos más agitados que antes de administrarlo. Poco menos decimos del opio, alcanfor, valeriana y castóreo; sin embargo, creemos que el opio, aunque perjudicial como medio curativo, es útil para combatir síntomas y complicaciones, como el insomnio, las alucinaciones, etc.

El magnetismo, la electricidad y el galvanismo han sido empleados por Esquirol en un gran número de locos, y ningún hecho con el uy ente ha suministrado su uso.

No terminaremos nuestro trabajo sin mencionar un poderoso medio de curación que reúne a la vez las ventajas del tratamiento moral y físico: este es el trabajo corporal. La variación infinita de este medio en el estado social ofrece al médico un campo vasto donde elegir el más adecuado al caso. Por medio del trabajo se haga fijar

la atención del maníaco en objetos extraños a los del delirio, que es la primera y mas importante indicación que hay que llenar; además favoreciendo los movimientos, hace refluir la sangre hacia la profundidad de los órganos, promueve las excreciones y secreciones, despierta el apetito y procura el sueño, tan raro en estos enfermos como útil para reparar sus fuerzas; finalmente el trabajo sustrayendo a los maníacos de los funestos resultados de la ociosidad en que viven, prolonga la existencia de los incurables. Nosotros vemos diariamente los saludables efectos del ejercicio en los maníacos destinados al servicio grosero del hospital, a pesar de ser este trabajo sin método ni objeto terapéutico.

Existe en el hospital uno de estos infelices, cuyos accesos de locura se hacen cesar, con solo ponerlo en un trabajo manual cualquiera. Nosotros hemos obtenido el mismo resultado repetidas, veces, haciéndolo escribir; y el mismo que momentos antes se paseaba precipitadamente por los patios de dicho establecimiento con el rostro encendido trémulo de cólera, hablando con seres que no existen o personajes mitológicos, cuya locura se hace difícil de conocer a primera vista.

Preguntaremos ahora si a ese individuo se le hubiese dedicado desde el principio de su enfermedad a un trabajo metódico y bien dirigido, no habría sido probable su curación. Hoy mismo, si se le sujetase a ese método, a pesar de ocho años que tiene de manía, ¿no habría una esperanza fundada de salvarlo? Creemos que si, y nos induce a ello el ver prolongarse por muchas semanas el estado de calma, mientras trabaja, al paso que en la ociosidad, la agitación, y el delirio son diarios. ■

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# DELIRIO AGUDO Y ENFERMEDADES EN QUE SE PRESENTA

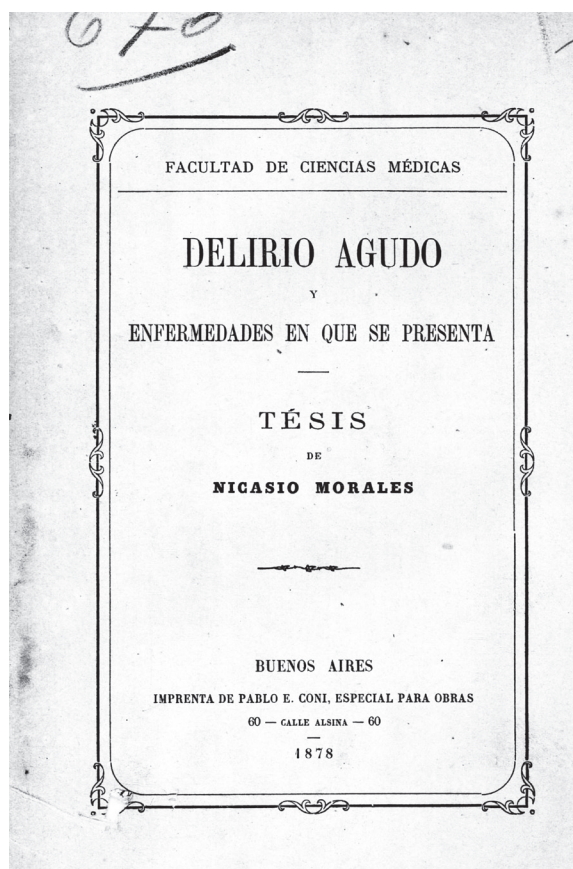
Tesis  
de  
**NICASIO MORALES**

Presidente de la Tesis

**Doctor Don MANUEL P. DE PERALTA**

**1878**

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, CALLE ALSINA 60, BUENOS AIRES



## SÍNTESIS

“La vida humana es la armonía preestablecida del espíritu y de la materia.

El cerebro es el foco de la vitalidad mental, punto de contacto del alma y la sustancia.

El delirio hiere aquella armonía, perturba el sistema intelectual y entorpece su función orgánica: la medicina tiende entonces a restablecer el concierto maravilloso de la vida”.

**SEÑOR PRESIDENTE; SEÑORES CATEDRÁTICOS:**

## I

Vengo a llenar un grato deber que me preceptúa una disposición reglamentaria de la Facultad de Medicina ; y vengo, señores, bajo la impresión profunda que siempre produce un acto tan solemne cuanto trascendental como difícil de verificar con la suficiencia requerida, máxime si, cual acontece hoy, el novel autor reúne a su poca ciencia lo limitado de sus facultades intelectuales, sin antes ejercicios previos, reguladores y progresivos, que en este género de labor, hubieranle ensayado y robustecido.

Al ofrecer esta prueba incompleta, pero necesaria, para la base de una apreciación legítima y equitativa, un vago sentimiento de dolor y de placer sobrecoge mi ánimo, sentimiento que se acrecienta cuando mirando a lo pasado evoco los dulces recuerdos que simboliza

esta cátedra, cuyos ámbitos han reflejado y repercuten aún el eco simpático y elocuente de mis ilustrados directores, mientras, volviendo la mirada a lo porvenir, veo dibujarse un vasto horizonte do me será más preciso aún el conato eficaz de los mentores que inyectaran en mi mente la luz diáfana del saber; por esto, si bien un natural contento invade mi corazón al llegar a la deseada meta, también un pesar melancólico toca mi sensibilidad al abandonar estos claustros que tantas y tan variadas ideas, emociones y esperanzas produjeran en mi alma, al calor de la enseñanza científica y del afecto inmenso de amor del hombre al hombre.

## II

Señores: Mi disertación versa sobre una de esas enfermedades que, en el inconmensurable catálogo de las dolencias humanas, aflige al individuo de un modo complejo y lastimero: ora se presenta rápida y ligera, ora tenaz y abrumadora, ora suave y luminosa como la exaltación descomunal del éxtasis, ora terrible y aterradora como la manifestación colérica cual monstruo devorador que se agita, brama, y se exacerba en el fondo del cerebro, lanzando al paciente en una vorágine vertiginosa de pensamientos incoherentes y acciones automáticas, reticencias oscuras y gesticulaciones fantásticas; o serenándole a veces con apacible calma, como la brisa tranquila precediendo al huracán de la locura.

Tal es el *delirio agudo*, gráficamente diseñado en sus caracteres principales.

Tal es también el *tópico de mi tesis*.

## III

Para desenvolver el tema que presento, no he recurrido a fuentes especiales que me prestaran mentida erudición ni tampoco he hallado, al alcance de mi posibilidad, monografía alguna que al respecto me aclararía más y más este lote circunscrito de la ciencia médica: por tanto, me limito a la exposición concisa que sobre este punto generalmente traen de consuno los autores, sin discrepar demasiado en opiniones, y casi siempre en concordancia al analizar y definir el delirio agudo, fenómeno transitorio o estable que en edad diversa tiene sus modificaciones y variedades y que sobre la generalidad de sus condiciones exteriores, acusa como síntoma o como afección determinada, un origen igual o análogo; traduce un principio relativo de diagnóstico y de ahí sugiere la fórmula y el modo que el médico establece para combatir el mal, siguiendo en ello así el procedimiento racional y empírico adaptable a la investigación, examen y curación de todo estado patológico.

## IV

Señores: Me resta demandar indulgencia en el juicio que ha de aplicarse a esta prueba imperfecta de mis estudios clásicos, sin exigir imprudente el silencio de mis errores: apelo sí al recto criterio de mis catedráticos, cuya

competencia admiro y que siento no ser capaz ahora de imitar, siquiera en grado ínfimo, con la ilustración que desearía exhibir en esta modesta elucubración. He aquí el plan de mi tesis.

- I. Delirio agudo; noción, definición, división.
- II. Causas, consideraciones, deducciones.
- III. Valor diagnóstico.
- IV. Pronóstico.
- V. Tratamiento.

## DEFINICIÓN Y VARIEDADES

Los actos mentales se manifiestan en tres formas distintas que corresponden al entendimiento, al sentimiento y a la voluntad. El entendimiento es la parte preceptiva de la mente, en la que se comprenden, no solo la simple percepción, sino también la memoria, la razón, la imaginación y el juicio.

Los afectos constituyen otra parte importante de la naturaleza mental, que se compone de las sensaciones, sentimientos, emociones y pasiones. El entendimiento sirve para discernir la realidad y verdad de las cosas; los sentimientos son impulsivos y se relacionan con el placer y el dolor. La voluntad es la parte ejecutiva de la constitución mental y se revela en acciones. El entendimiento es el ojo que ve el fin y los medios de llegar a él; los sentimientos suministran la fuerza para alcanzarlo, y cuando esta fuerza es suficientemente poderosa, se produce en un acto de la voluntad, que pone en movimiento la máquina animal para conseguir el objeto deseado. Estos diferentes elementos no trabajan separadamente en nuestro ser físico, sino con tal unión y armonía, que su suma ofrece el carácter mas perfecto de una verdadera unidad mental. Sin embargo, es muy importante esa distinción fundamental y de provecho para el estudio de las facultades humanas en estado de salud, lo mismo que cuando se hallan trabajadas por una causa morbosa.

Así pues, por esta causa, estas facultades pueden afectarse de tres maneras diferentes, ya aumentando, ya disminuyendo, ya pervirtiéndose; y como esta alteración puede presentar diferentes formas y combinaciones, es muy difícil dar una definición exacta que abrace todas ellas.

Y a pesar de la dificultad de asignar límites bien precisos a la razón, porque, entre el genio y la locura, entre la inspiración poética y el delirio no hay sino un paso, diremos con Chomel, que esta afección *es la perversión de una o más facultades intelectuales o afectivas*.

El delirio puede ser agudo, del cual entraremos a ocuparnos, y crónico, que ya pertenece a la demencia.

Aquel síntoma común de tantas enfermedades, puede presentar diferentes gradaciones, desde el delirio tranquilo, imperceptible, hasta el furioso. Se manifiesta con más predilección y por la menor causa en los niños menores de cinco años, en las personas impresionables, en las mujeres nerviosas y en los individuos debilitados.

Algunas veces es tranquilo, dulce, ligero, apenas perceptible que se nota por intervalos, y mas bien por actos



que por palabras desacordes; la fisonomía del enfermo es entonces singular y extraviada, y como responde bien y parece gozar de razón, no preocupa su estado, no se le cuida, siendo estos los casos en que se suicidan.

Otras, ya el enfermo hace gestos y pronuncia en voz baja palabras incoherentes, sacándole con facilidad a estas divagaciones, por medio de una interrogación enérgica; ya guarda un silencio obstinado, o responde de una manera seca, breve e impolítica; ya ve visiones extravagantes o siente ruidos extraños, quiere arrojar cuerpos que cree flotan ante sus ojos, experimenta movimientos convulsivos en las manos, que constituyen la carfología, se destapa, quiere levantarse sin motivo; y si se le quiere impedir no discute ni opone resistencia, haciéndolo nuevamente, pasado un momento.

En su forma más común se manifiesta por cierta alteración en la fisonomía, como la mirada fija, los ojos brillantes y animados, la cara caliente, colorada y cubierta de sudor, las venas hinchadas, las arterias temporales latiendo con fuerza; por exaltación de la inteligencia que se traduce por estar los enfermos más expansivos y comunicativos que de costumbre, por su palabra viva, animada y rápida, aunque incoherente, por no expresar sus ideas con orden, ni responder bien a las preguntas que se les dirigen.

A veces sobreviene una inversión completa en los pensamientos y afectos; pues, ya el individuo cree hallarse en un rango elevado, en una época pasada, en un sitio raro, refiriendo todas sus palabras y gestos a esta idea dominante; ya tratando con dureza a personas que acostumbraba hacerlo con dulzura y amabilidad o siendo cortés con quienes nunca lo había sido.

Y cuando no se presentan los fenómenos que acabamos de enumerar solo se nota el delirio por modificaciones en el sonido de la voz o por gritos lastimeros.

Las acciones y movimientos siguen la misma perturbación de las ideas; los enfermos quieren levantarse si están en la cama, salir de la habitación sin vestido, intentan suicidarse o arrojarse por un balcón. El delirio furioso va precedido comúnmente por fenómenos que anuncian con tiempo un desarreglo de las funciones intelectuales. Como primer fenómeno se cambia el carácter y hábitos del enfermo, y después de muchos días o repentinamente estalla el delirio.

Se agolpan las ideas más incoherentes, las palabras se presentan tumultuosamente sin relación alguna, y el enfermo preso de una violenta agitación, ya canta, ya prorrumpe en gritos y amenazas contra las personas ausentes o presentes; tiene las conversaciones más obscenas, ni reconoce parientes ni amigos; se orina y deseca involuntariamente; se levanta de la cama, abandona su habitación, recorre las calles sin vestido, se arroja por un balcón o se suicida; si se le intenta detenerse triplican sus fuerzas, haciendo esfuerzos increíbles para quitarse las ligaduras o mano que les detiene; su sensibilidad queda como abolida, porque se desgarran y maltratan sin experimentar el menor sufrimiento.

Otras veces, aunque raras, en lugar de tantos desórdenes, aparecen verdaderas convulsiones limitadas, ya a

un miembro, ya a la cara, ya epilépticas, ya catalépticas con contracción de la mandíbula.

Como fenómenos físicos aparecen los mismos que en el delirio tranquilo, es decir, la cara roja y animada, los ojos brillantes, inyectados y salientes, ya fijos, ya agitados de movimientos convulsivos; la pupila dilatada, cuyo conjunto da a la fisonomía una expresión siniestra. La lengua seca y áspera; los enfermos se ven sofocados continuamente por una espuma blanca y abundante que parece salir por regurgitación. Algunos rehúsan toda clase de alimentos, otros son preso de una hidrofobia que nada les puede vencer; la menor emoción produce o aumenta el desorden, acompañándose al mismo tiempo de alucinaciones e ilusiones sensoriales.

La piel se encuentra caliente y seca; el pulso duro, dilatado y frecuente, llegando hasta ciento veinte pulsaciones por minuto. El sueño nulo. Cada acceso ofrece sus remisiones que producen algunos momentos de reposo.

En este momento, el enfermo, a consecuencia de tantos esfuerzos musculares y laríngeos, se encuentra cubierto de sudor, cansado, aniquilado; su voz fatigada se altera, se pone ronca, se debilita y a veces se extingue por completo; sobreviene rápidamente el enflaquecimiento, toma la piel un tinte amarillento, la lengua se pone viscosa, oscura y cubierta de una gruesa capa verdosa que aglutina los labios; los dientes fuliginosos, los ojos pierden gradualmente su brillo, adquieren cierta ternura, y se cubren de una materia mucosa puriforme que se concreta entre los párpados; la espuma blanca de la boca, adquiere, más tarde, la consistencia de un moco purulento, exhalando los enfermos un olor fétido especial, todo lo cual se disipa ya bruscamente, ya después de un sueño reparador, ya después de un tiempo más o menos largo.

## PATOGENIA Y ETIOLOGIA

Es hoy creencia universal mente admitida, que el cerebro es el gran centro nervioso, donde residen las facultades de pensar y de sentir, es decir, el instrumento material del espíritu, y que todos los actos mentales van acompañados y acondicionados por operaciones fisiológicas.

La materia nerviosa, a causa de su complicadísima composición, es sobremanera inestable y propensa a experimentar alteraciones; por lo que el cerebro, no solo se halla expuesto, como las demás partes del cuerpo, a la doble metamorfosis ordinaria, producida por el desgaste y la reparación, sino también a otras transformaciones mucho más rápidas que las que experimentan los demás órganos de la economía. En estas mutaciones se fundan los actos vitales del espíritu, y si aquellos sufren el menor entorpecimiento, sobreviene una perturbación en las operaciones intelectuales. Si la circulación cerebral disminuye, se rebaja la actividad; si se acelera, la actividad mental se exalta. Hay varias sustancias que, introducidas en el torrente de la sangre, alteran la acción del pensamiento, afectándolo ya de una manera, ya de otra; pero cada una de ellas produce diferentes efectos psicológicos, por medio de su influencia fisiológica.

La inflamación del cerebro causa delirio, y otras enfermedades del mismo órgano, o alteraciones de la sangre que por él circula, dan lugar a diferentes géneros de locura.

Conviene mucho advertir que el espíritu y el cuerpo, no solo están regidos por leyes, sino que estas leyes son las mismas en su mayor parte.

Todo lo que sirve para mejorar las calidades físicas del cerebro, mejora también la mente: por el contrario, todo lo que deteriora el uno, perjudica a la otra.

En ambos se observa un desarrollo común, ambos aumentan en vigor, capacidad y fuerza, mediante un ejercicio sistemático y prudente, ambos sufren igual detrimento de una fatiga excesiva o de una actividad escasa. El cerebro se cansa de la fatiga mental, como los músculos del ejercicio físico, y uno y otro requieren descanso y reparación nutritiva para recobrar su vigor. Siendo, pues, claro que el espíritu está sometido a las condiciones del cerebro, y que éste se halla subordinado al sistema general del cuerpo, ya se ve cuán imposible es estudiar y conocer prácticamente las fuerzas mentales sin tomar en cuenta el organismo material.

Dando por sabido que el espíritu no puede obrar sin la ayuda del cerebro, se sigue naturalmente que cada uno de los actos mentales tiene sus condiciones físicas, y que estas han de hallarse necesariamente en armonía con la estructura del órgano.

El mecanismo mental se compone esencialmente de millones de celdillas y fibras, siendo las primeras las que engendran la fuerza y las otras las que la transmiten. Cuando se piensa o se siente, unas y otras se ponen en ejercicio, y cuando este es muy fuerte, sobreviene el cansancio natural; entonces se provee a su restauración por medio de la asimilación nutritiva. Siempre que estos tejidos son de perfecta estructura, la coherencia mental, la energía y la salud se mantienen mediante su buena nutrición.

Por el contrario cuando estos tejidos no se nutren bien, el efecto inmediato es su incapacidad para funcionar con perfección, y de ahí se sigue que se manifiesten desórdenes en las operaciones mentales.

Muchos de los casos de decadencia mental proceden de esa irregularidad en las funciones nutritivas del cerebro. El efecto inmediato de la nutrición imperfecta el desarreglo de los tejidos, y este ofrece diversas formas en los diferentes casos de enfermedad cerebral.

De mucho ha servido el microscopio para descubrir las alteraciones patológicas del cerebro; pero es tal la maravillosa y delicada estructura de este órgano, que todavía están empeñados los observadores en determinar los sutiles pormenores de ella en su estado normal, sin que hasta ahora lo hayan logrado enteramente.

También quedan por descubrir muchas de las condiciones físicas de los desórdenes nerviosos, y en vista de lo complicado y difícil que parece ese problema, es de creer que la física no alcance nunca, por acabados que sean los instrumentos de que se valga, a descubrir muchas de las enfermedades que afectan a los elementos nerviosos. La nutrición resulta de una relación entre la

sangre y los tejidos nerviosos; por lo tanto deben buscarse las causas que pueden perturbarla, no solo en los varios accidentes que pueden oponerse a la buena circulación, sino también en los que influyen en el estado y condiciones de los mismos elementos nerviosos.

La nutrición depende del suministro de la sangre, acaso más en el cerebro que en los demás órganos. La sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales, que sirve especialmente para los actos mentales más delicados e importantes, contiene gran acopio de diminutos vasos sanguíneos que comunican a las celdillas la materia necesaria para su renovación y segregan los productos sobrantes de su rápida acción. La cantidad y la calidad de la sangre que estos vasos transmiten, ya se comprende que han de ejercer decisiva influencia sobre las funciones y sobre la salud del órgano.

Dependiendo la acción mental del cambio mutuo que se verifica entre los capilares sanguíneos y las celdillas nerviosas, se infiere que a medida que crece la excitación y la combinación de las ideas, se aumenta también aquel cambio de materia y la demanda de mayor cantidad de sangre. O de otro modo, si por cualquiera causa, fluye hacia el cerebro una cantidad excesiva de sangre, la plétora de los capilares produce un aumento de excitación mental. Si esta excesiva actividad pasa de ciertos límites, y particularmente si el cerebro tiene una organización débil, sobreviene un estado de congestión morbosa, y a la excitación extraordinaria sigue una paralización en las ideas, vértigos, incapacidad de emociones é irritabilidad. Pocos hombres habrá, de los que habitualmente se dedican al estudio, que no haya experimentado en pequeño los síntomas de la congestión cerebral. El que se haya empeñado en un trabajo intelectual suele sentir calor y dolor de cabeza, pareciéndole como si el cerebro aumentara de volumen y no cupiera en el cráneo. Fáltandole ya las fuerzas para pensar y discurrir, se retira a última hora con la esperanza de descansar; pero, se encuentra con que no puede dormir. Si logra quedarse dormido, su sueño no es tranquilo ni le sirve de descanso, porque le turban ensueños fantásticos. Con dar una hora de descanso al cerebro, sin pensar en nada, antes de irse a la cama, se aliviaría la parte congestionada y se lograría el necesario descanso.

Si las corrientes cerebrales se estancan, y no se excretan con la rapidez necesaria los sobrantes, cuya permanencia es perjudicial; y si a esto se agrega las alternativas de excitaciones y depresiones irregulares, que proceden de repetidas congestiones; el resultado es una nutrición defectuosa que viene a parar en detrimento de la sanidad del órgano.

El estado opuesto a la congestión, produce electos muy parecidos en el mecanismo mental. La influencia de buena sangre, ya proceda de alguna pérdida que de pronto sufra el cuerpo, ya de empobrecimiento y dilución del fluido por falta de alimento, por digestión imperfecta, o por cualquiera otra de tantas causas, debilita las fuerzas nutritivas, y por consecuencia el órgano mismo, y predispone a las alteraciones mentales.

Todo lo que impide la nutrición celular, aunque

enteramente contrario por su naturaleza a las causas de congestión, produce, sin embargo, efectos muy semejantes en las funciones mentales. Estas, cuando se siente calor en la cabeza y plenitud en los vasos cerebrales, que son los síntomas de la hiperemia, se verifican con lentitud y dificultad.

En la anemia caracterizada por el rostro pálido, cabeza fría y pulso débil los órganos cerebrales se hallan en un estado de debilidad e irritabilidad al mismo tiempo, de modo que muy fácilmente se excitan y se ponen en acción; pero esta acción es impotente e irregular.

La sangre misma puede no llegar a constituirse bien y enriquecerse completamente, por alguna imperfección en el trabajo de las glándulas que sirven para formarla, o tomando las cosas de más atrás, por causa de algún vicio en las condiciones esenciales de la vida; esto tiene por consecuencia una nutrición defectuosa en general, como se ve en las personas escrofulosas, y el sistema nervioso participa de esta debilidad que alcanza todo el organismo, y aunque susceptible de impresiones y pronto a la reacción, es irritable, débil, y se abate con facilidad.

Cuando se padece anemia, se observa claramente que hay falta de sangre y se sienten los sufrimientos nerviosos que son su consecuencia: dolores de cabeza, vértigos, abatimiento y predisposición a emociones violentas, son los síntomas de esta influencia morbosa.

La pobreza de la sangre indudablemente contribuye tanto a producir la locura como influye en otros padecimientos nerviosos, tales como el histerismo, la corea, la neuralgia y aun la epilepsia. La debilidad producida por la lactancia como una gran pérdida de sangre al tiempo de parir han dado origen muchas veces a un acceso de delirio.

Aunque la composición de la sangre es extraordinariamente complicada, y está sufriendo incesantes cambios en su curso, sin embargo, cuando la salud es perfecta, esta composición se conserva en tan admirable equilibrio, que la máquina cerebral, tanto en la parte inteligente como en la sensitiva, conserva siempre su acción regular y armónica.

Esta armonía se perturba, no solo por exceso o por defecto de esa corriente vital, sino también y muy notablemente, cuando en el fluido hay algunas impurezas de las muchas de que está expuesto a contaminarse.

Todos los grados de padecimiento, desde el más leve hasta el delirio furioso, pueden producirse por el hecho de acumularse en la sangre las materias excedentes de los tejidos. Por ejemplo, si se incorpora en la sangre bilis que no se ha excretado oportunamente, de tal modo se afecta la sustancia nerviosa, que se apoderan del ánimo las más tristes aprehensiones, sin que el individuo sea dueño de combatir las y desvanecerlas, por más que comprenda que la causa de su abatimiento no está en los sucesos o circunstancias exteriores que le rodean, sino que radica dentro de sí mismo, y es por lo mismo incidental y transitoria. Sin embargo, con solo que se prolongue la acción de esta causa, basta para constituir los elementos nerviosos en estado verdaderamente mor-

boso y llegar a los últimos términos del mal que se llama delirio melancólico.

Del mismo modo, si se acumulan en la sangre los sobrantes que deben expelerse por la orina, como suele ocurrir en los casos de gota, producen en el cerebro una irritabilidad que el enfermo no puede dominar; y este mal, si no se contiene pronto, empleando los recursos de la ciencia médica, está en camino para llegar al grado de excitación maniática.

Por fin, diremos, y para facilitar mejor su estudio, que el delirio se presenta en cuatro grupos nosológicos clasificados de la manera siguiente:

1° Ya como fenómeno sintomático de alteraciones orgánicas, en las meningitis, encefalitis, tumores cerebrales, meningo-encefalitis, golpes y caídas; ya como fenómeno simpático, en la erisipela del cuero cabelludo, en el embarazo gástrico, en la enteritis, en la peritonitis, en las neumonías, en las lesiones del corazón derecho, en las operaciones quirúrgicas, en la diabetes y en la enfermedad de Bright.

2° Como fenómeno sintomático en las alteraciones de calidad o cantidad de la sangre, ya en la congestión cerebral producida por insolación, por exceso de trabajo intelectual, por plétora, o por dificultad en la circulación cardiaca; ya en la anemia, producida por hemorragias abundantes, inanición, etc.; ya en las intoxicaciones como la alcohólica, que produce *delirium tremens*, en el envenenamiento por el plomo, por el opio, la belladona, la ergotina, las cantáridas, los éteres, el cloroformo y en la pelagra.

3° En las fiebres, como la tifoidea, las eruptivas, la intermitente, la infección purulenta, la infección pútrida, en la uremia, en la eclampsia, en la fiebre puerperal, y en la más ligera fiebre en los niños y mujeres nerviosas.

4° En las neurosis, como fenómeno simpático del histerismo, de la epilepsia, del éstasis, y manía puerperal.

## VALOR DIAGNÓSTICO

Para apreciar el valor diagnóstico de este síntoma seguiremos la misma clasificación que hemos adoptado entre las causas.

Para el primer grupo; que comprende las lesiones orgánicas, depende siempre ya de una excitación o congestión, ya de un defecto o anemia, ya de una compresión cerebral, la cual desarrolla más tarde una inflamación.

El delirio suele presentarse en el primer periodo de la meningitis simple, acompañado de fiebre, cefalalgia, vómitos, estreñimiento, convulsiones y contracturas. A veces es tranquilo; pero, casi siempre es violento, furioso, siendo necesario ponerle la camisola de fuerza al enfermo.

Algunos autores creen que este síntoma podía suministrar datos para conocer el asiento de la enfermedad; así, si hay delirio, la meningitis ocupa la convexidad, si la falta es de la base. Es muy común en los niños.

Suele sobrevenir también en la fase de depresión de la meningitis tuberculosa; pero es más tranquilo que en la simple, acompañado de aumento de la temperatura,

lentitud del pulso, convulsiones, rigidez y contracturas; pero, pasa muy pronto, siendo reemplazado por el coma.

En la meningitis cerebro-espinal al delirio se agrega la fiebre, dolores que ocupan, ya la cabeza, ya la columna vertebral u otras direcciones, convulsiones, contracturas y una hiperestesia general.

La encefalitis se caracteriza por contracturas, agitación y delirio; pero este es generalmente tranquilo, con amnesia, con alteraciones de la sensibilidad y parálisis hemipléjica. En esta enfermedad la inteligencia suele conservarse, pero muy pocas veces.

En el reblandecimiento agudo del cerebro, en su forma atáxica, vemos individuos, que, gozando de una completa salud, o en el curso de un estado morbozo, experimentan de repente una cefalalgia intensa, agitación, delirio violento, rigidez en los miembros y movimientos irregulares, convulsivos o epileptiformes.

En los tumores diatésicos intracraneanos, como el cáncer, tubérculo, sifiloma o en los quistes y cisticercos, después que aparece la cefalalgia aguda, intensa que arranca gritos a los enfermos; desmayo, desfallecimiento, tristeza, inquietud, convulsiones parciales o generales, parálisis, insensibilidad, desórdenes de los sentidos, sobrevienen accesos de delirio, alternados con estupor, a consecuencia de la inflamación y compresión que desarrollan estos cuerpos extraños a su alrededor.

La erisipela de la cara y cuero cabelludo, las heridas de la cabeza, la contusión y la conmoción se complican algunas veces con delirio, ya como fenómeno simpático, como se creía antiguamente; y lo más comúnmente como fenómeno sintomático de las inflamaciones cerebrales y meníngeas que se desarrollan por propagación.

Según Rillet y Barthez, en los niños de dos a cinco años, que son atacados de enteritis, de forma grave, en los países cálidos, caracterizada por fiebre, abultamiento de vientre, timpanitis, evacuaciones abundantes sanguinolentas, coleriformes, demacración rápida, lengua seca y oscura, dientes fuliginosos, sobreviene el delirio y el coma, como síntoma fatal que anuncia una terminación pronta.

Complicación igualmente común en la pulmonía es el delirio, que se observa en una proporción que varía entre la octava y la décima parte de casos.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer y en los sujetos de más de cuarenta años; así como es común en la neumonía de los ancianos y rara en los niños.

Se encuentra en la proporción de una cuarta parte en los individuos atacados de una neumonía doble.

Este accidente reconoce diferentes causas; unas veces, es efecto de la flegmasia de las meninges; otras veces, sobreviene desde el principio de la enfermedad o en su período de incremento, cuyas variaciones sigue, y parece entonces resultar de la violencia de la afección.

Hay otra variedad, que es la que aparece en la forma llamada ataxia de la enfermedad, y depende menos de la flegmasia pulmonar que de un estado general grave. En fin una de las formas más frecuentes del delirio, es la que se observa en los borrachos o los individuos que todos los días toman mucha cantidad de bebidas alcohólicas,

y suprimen de repente esta costumbre. La mayoría de las veces se presenta este delirio con los caracteres del *delirium tremens*.

En la enfermedad de Bright, en esa forma latente, en que no se presenta la hidropesía que indica su existencia, y que induce al médico a hacer el análisis de las orinas, y que solo se anuncia por la disminución de las fuerzas y de la gordura; en estos casos bastante raros son acometidos los enfermos de desórdenes intelectuales y de afecciones de pecho que los hacen sucumbir, siendo la autopsia quien nos da cuenta de la existencia de dicha enfermedad.

Según Dupuytren se presenta en los operados un delirio nervioso, muy semejante al *delirium tremens*, en los cuales su imaginación ha estado sobremanera sobrecitada antes de la operación.

Este delirio se manifiesta, poco tiempo después de la operación, por una alegría y una locuacidad extraordinaria, que lleva al enfermo a confiar sus secretos más íntimos, siendo reemplazada más tarde por una confusión en las ideas, una insensibilidad completa al dolor, una exaltación que lleva al enfermo a arrancar las piezas de su aparato; quiere levantarse, caminar, y preso de una idea fija, queda sordo a todas las súplicas que se le dirijan.

Este delirio es completamente apirético; pues, ni el pulso se acelera, ni la temperatura se eleva.

Después de algunas horas, o de dos o tres días, esta excitación se calma, el enfermo recobra su inteligencia, y como se halla fatigado se entrega a un sueño reparador.

En las quemaduras superficiales de cierta extensión y en las profundas, en el período de reacción o inflamación, se observa, después de una fiebre intensa, sed ardiente, tenesmo vesical y de una perturbación profunda del sistema nervioso, un verdadero delirio traumático, que puede ocasionar la muerte.

En la inflamación del tejido celular de la órbita, de curso rápido, que se anuncia con dolores en la profundidad del ojo, neuralgias supra e infra orbitarias, quémosis serosa enorme en la conjuntiva y en los párpados, que impiden que estos se cierren, compresión y dificultad de distenderse en todas direcciones, entonces se desarrolla fiebre, gran sensibilidad y delirio nervioso.

El forúnculo y el ántrax, de los labios, de la cara, del cuello, desarrollando una flebitis de la vena facial, que se propaga por medio de la vena oftálmica, a los senos de la dura madre, produce además de la tumefacción dolorosa del ojo, el edema de los párpados, la exoftalmia, el delirio y el coma, que anuncian una terminación fatal.

En el período de intoxicación de la pústula maligna, que se desarrolla en la cara o cuello, además de los síntomas locales consiguientes a esta afección, se presenta fiebre, anorexia, dolor de cabeza, síncope, dolores vivos al epigastrio, náuseas, vómitos, diarrea, abombamiento de vientre, y por fin el delirio y el coma, con los que muere el enfermo después de dos o tres días.

En el flemón circunscrito y difuso, en el período de ascenso de la inflamación con la tumefacción, el dolor, el calor, la rubicundez, vienen como fenómenos generales, los escalofríos, sudores profusos, fiebre intensa,



pulso lleno, duro y frecuente; y en las personas débiles, sobreviene insomnio, agitación y delirio.

En esa osteoperiostitis epifisaria violenta, que se desarrolla en los adolescentes, que se acompaña de vastos abscesos, sobreviene un estado general grave, semejante al de la fiebre tifoidea, como escalofríos, fiebre intensa, cefalalgia, depresión de las fuerzas, delirio y convulsiones.

Como fenómeno general y consecutivo en las fracturas complicadas con herida contusa, hemorragia, enfisema, esquirlas, abscesos, necrosis, y sobre todo en los habituados a los alcohólicos, aparece el delirio nervioso.

En las heridas penetrantes de las articulaciones, en las artritis agudas, en las heridas, contusiones y fracturas de los huesos del cráneo, en el período inflamatorio de la meningo-encefalitis traumática, en la inflamación aguda de la trompa de Eustaquio, por propagación de la inflamación, se presenta el delirio como síntoma general.

En las enfermedades orgánicas del corazón derecho, por la dificultad mecánica de la circulación cerebral, se observa delirio y alucinaciones, que se refieren, ya a la anemia cerebral, ya al sobrecargo de ácido carbónico que mantiene el éxtasis venenoso.

En el segundo grupo comprendemos las alteraciones de la sangre, ya en su cantidad, ya en su calidad.

Así, en la congestión cerebral, de moderada intensidad, producida por emociones morales, trabajos intelectuales prolongados en una constitución pictórica, por el calor o frío intenso, en las constipaciones pertinaces, caracterizada por la cara inyectada, abotagada y caliente, cefalalgia intensa, latidos fuertes de las carótidas y temporales, ojos brillantes y lagrimosos, sueño, pérdida del movimiento, y a veces un delirio maniático con agitación extrema.

En la anemia cerebral, producida, ya por tumores que compriman las carótidas, ya por hemorragias abundantes, ya por diarreas prolongadas, caracterizada por cefalalgia viva, zumbido de oídos, pupilas dilatadas, insomnio, náuseas, vértigos, convulsiones y delirio.

El alcohol ingerido en el organismo, como toda bebida espirituosa, produce una impresión agradable que conforta el cuerpo, alegra el carácter y abre el apetito. Pero si se traspasa la medida de la prudencia, la embriaguez se presenta con todos sus repugnantes caracteres. La sangre hierve más y más, circula con violencia, y en especial hacia la cabeza; la cara se enciende, pierde su aire alegre y toma un aspecto feroz; los ojos arrojan un brillo desagradable, la mirada divaga aquí y allá, y al fin se fija falta de expresión; el sistema nervioso se deprime rápidamente, los sentidos se embotan, la marcha se hace incierta y vacilante y la palabra roza.

A las inspiraciones de un espíritu estimulado, sucede una habladuría inepta, el discurso carece de ilación, el ánimo degenera en temeridad y la alegría en extravagancia.

El carácter se vuelve impresionable, desconfiado, irascible; los juicios pierden su exactitud, se hacen incompletos, aventurados, duros, incoherentes, el espíritu mordaz e insípido.

Se presenta un flujo desordenado de ideas que acaba

por un verdadero delirio.

El embriagado olvida las relaciones con el mundo, haciéndose arrogante, intratable y pendenciero.

En este caso, si no sobreviene el coma o el sueño, si no arroja por vómito las bebidas ingeridas en el estómago, suele sobrevenir, muchas veces, un delirio furioso, que lleva al enfermo a cometer toda clase de horrores, que rompa, que hiera, que incendie, que mate o atropelle el pudor de la mujer.

En los individuos habituados a abusar de las bebidas alcohólicas, ya por un nuevo exceso, ya a los 5 o 6 días a consecuencia de alguna enfermedad aguda, ya lentamente cuando el individuo ha dejado su vicio.

Cuando la enfermedad se desarrolla con lentitud, el individuo se pone inquieto, triste, de mirada incierta, y un temblor nervioso agita sus miembros.

Poco después, el individuo se encoleriza, se enfurece, vocifera é injuria a los demás, y cuando no se les pone freno, se entregan a toda clase de violencias, le sobrevienen alucinaciones de la vista y del oído, que lleva estos desgraciados, muchas veces al suicidio.

En los individuos que se hallan habitualmente en contacto de las preparaciones saturninas, como los que trabajan el albayalde y el minio, los pintores de edificios y de brocha gorda, en los que muelen colores, en los fundidores de tipos y alfalferos, en los afinadores de metales, impresores, azogadores, vidrieros, fabricantes de loza, fundidores de cobre, se observa la encefalopatía saturnina, ya de forma delirante, ya epiléptica, ya comatosa.

En una tercera parte de estos individuos envenenados por el plomo sobreviene un delirio tranquilo, solamente por divagación en las ideas.

En las dos terceras partes el delirio es furioso: los individuos juran, gritan, vociferan, desgarran sus vestidos, rompen las ataduras que le sujetan a la cama, corren por el aposento, injurian, pegan y derriban al que encuentran, hablan de cosas obscenas, y en algunos este estado es sostenido por ilusiones y alucinaciones.

El opio administrado a dosis terapéutica, según la idiosincrasia de los individuos, produce lentitud del pulso, palidez de la cara, dilatación de las pupilas, hormigueo de la piel, enfriamiento de las extremidades, o bien, una cefalalgia continua, agitación, insomnio, algunas veces movimientos convulsivos, náuseas, vómitos y dificultad y deseo de orinar.

A dosis más elevadas, a los fenómenos ya enumerados se agregan los siguientes: mirada fija y estúpida, pupilas poco sensibles a la luz, algunas veces dilatadas o contraídas, delirio, llevado hasta el furor, insensibilidad y coma profunda.

Las hojas, la raíz, el jugo y el extracto de belladona deben su acción deletérea a un principio particular conocido bajo el nombre de atropina. El principio de los accidentes es casi inmediato a su ingestión.

Los enfermos son atacados de vértigos y náuseas y algunas veces vómitos, dilatación enorme de las pupilas, turbación de la vista, desfallecimiento, parálisis del recto y de la vejiga. Los adultos son atacados de un delirio especial, alegre, turbulento, erótico, acompañado de



alucinaciones, a las que suceden las convulsiones, que suelen a veces llevar a los enfermos.

En el ergotismo, esa enfermedad que se desarrolla epidémicamente en la Picardía, en la clase indigente, en los años lluviosos, cuando el centeno es de mala calidad, caracterizada por agitación, quebrantamiento general, hormigueo, calambre en las extremidades, cefalalgia, convulsiones, ya epileptiformes, con la espuma en boca, heridas de la lengua, sacudimientos en los miembros, color violado y palidez de la cara ya tetánicos, de las mandíbulas de la parte posterior del tronco, ya de las flexores de los miembros, ya un delirio furioso, ya el coma, con perversión o abolición del sentido de la vista.

En el mal de Rosa o palera, que, según Roussel y Bulardini, solo se desarrolla en la primavera en la gente pobre del campo, que hacen un uso exclusivo del maíz como alimento, la cual se caracteriza en su segundo período por costras gruesas que reemplazan al eritema vesiculoso, por dolores intensos en los miembros y raquis, debilidad en los miembros, temblor en las manos, la legua, la mandíbula inferior, y embotamiento de los sentidos, sensibilidad general obtusa, ambliopía, diplopía, hemeralopía, tristeza, fiebre, diarrea, a veces delirio agudo, lipemania, con propensión al suicidio.

El polvo de cantáridas tomado al interior, determina inmediatamente un sentimiento de ardor en la boca, sequedad, arrugas en la lengua, con contracción en la garganta, sed viva, deglución violenta, vómitos abundantes de materias sanguinolentas, en las que se distinguen partículas del veneno bajo el aspecto de partículas brillantes de un verde bronceado; cólicos violentos, olores atroces en el epigastrio y en los hipocondrios, ardor extremo en la región vesical, orinas sanguinolentas, priapismo doloroso pertinaz, sin deseos venéreos, constricción de la faringe, hidrofobia y por fin el enfermo sucumbe en medio de convulsiones, delirio y sufrimientos espantosos.

El empleo del éter sulfúrico ya por la boca, ya por el ano, ya en inhalaciones, según Blain, su acción sobre el organismo tiene tres períodos.

En el primero se nota una exaltación que se parece a la embriaguez alcohólica en su principio.

En el segundo período, aparecen más marcados los fenómenos de embriaguez etérea; hay pesadez de cabeza, aturdimiento, zumbidos, flaqueza e piernas, imposibilidad de tenerse de pie, aplanamiento, excitación, rigidez tetánica o sacudimientos convulsivos; algunos lloran, otros ríen sardónicamente; otros quieren hablar y la palabra espira en sus labios; otros están silenciosos, reflexivos, como si se estudiaran a sí mismo; pero los temas de su delirio están siempre en relación con los sentimientos e ideas que habitualmente los dominan.

La acción general del cloroformo, la que resulta de la penetración del agente anestésico en las vías respiratorias, que le ponen en relación con todo el organismo, se revela principalmente por signos que indican la impresión sufrida por los centros nerviosos.

Las modificaciones más notables son indudablemente las que sufren el estado de la sensibilidad, las

cuales varían, según la duración de las inhalaciones, y comprenden tres clases de fenómenos que se suceder; en un orden constante: simples trastornos de la sensibilidad, como un calor suave, vibraciones nerviosas, hormigueo, a veces una ligera exaltación del sentimiento, disminución de la facultad de sentir, que empieza por el tacto y se extiende a los sentidos especiales, y por último extinción completa de la misma facultad.

Al mismo tiempo que las perturbaciones de la sensibilidad, se suele observar trastornos de las facultades intelectuales.

Aunque a fuerza de atención se puede retardar por algún tiempo los fenómenos anestésicos, en términos de conservar el paciente su inteligencia aun después de perdida la sensibilidad, no es posible prolongar mucho semejante estado; muy luego, se cubre la inteligencia con una especie de velo, y cae el sujeto en un sueño más o menos profundo, presentando el párpado superior caído, la pupila dilatada y vuelta hacia arriba y adentro, la respiración lenta, disminuido el calor de la piel, y sobre todo abstracción completa de cuanto pertenece al mundo exterior, sueño profundo, del cual despiertan con cierta alegría y movimientos desordenados, o cierta tristeza, algunos.

El Cañamo Indiano, la canabina, el canabeno según las investigaciones de Grimaux, tomado al interior o fumado, produce al principio cierta abstracción, reconcentración de la conciencia, calor, llamaradas, zumbidos, constricción de garganta, sequedad de boca, alegría, gran propensión a reír a risotadas, movimientos desordenados, ridículos y temblores nerviosos; después aparecen desórdenes profundos de la inteligencia, palabras entrecortadas, raciocinios incoherentes, ilusiones y alucinaciones extravagantes, arrebatos eróticos y al fin éxtasis y sueño.

Las raíces del beleño, que muchas veces se equivocan con las de achicoria, lo mismo que sus hojas, producen, ardor en la boca y garganta, vértigos, alucinaciones, dilatación de la pupila, afonía, somnolencia y delirio alternativamente, así como convulsiones epileptiformes, trismus y rigidez de los miembros.

Según las investigaciones de Trousseau, el datura estramonio, administrado a pequeñas dosis, produce aturdimiento, vértigos, oscurecimiento de la vista, dilatación de la pupila, delirio ligero, ideas fantásticas, pérdida de la memoria, síntomas que se disipan a las pocas horas.

Las raíces de acónito napelo, que algunas veces se confunden con el opio, producen a la dosis de 10 gramos, náuseas, ardor en la garganta, y en el epigastrio, somnolencia, síncope, delirio agudo, dilatación de la pupila, hinchazón de vientre, tumefacción de la cara, sudores fríos y un verdadero estado de locura.

En el envenenamiento por las almejas tenemos como síntomas, dolores violentos en el epigastrio, náuseas, vómitos, dificultad en la respiración frecuencia del pulso, hinchazón y coloración del rostro, lagrimeo, dilatación de la pupila, erupción vesiculosa con prurito insoportable en diferentes partes del cuerpo, enfriamiento de las extremidades, saltos de tendones y por último delirio agudo.

Aunque los efectos del alcanfor, a dosis tóxica, son

muy variables; sin embargo algunas veces, a la dosis de tres gramos, produce en la garganta y estómago una sensación de ardor incómoda.

Al cabo de algunos minutos aparece dolor de cabeza, vértigos, alteración de los sentidos, cara roja é hinchada, pulso lento y débil, dificultad en la respiración, micción de la orina difícil, cuyo olores de alcanfor como el de la boca, pérdida del conocimiento, convulsiones violentas, espuma en la boca, gritos inarticulados y por fin una verdadera locura.

Por último diremos, para concluir, que el aldehído, el amileno, la acetona, el ácido carbónico, el protóxido de azoe, el bicloruro de metileno, el nitrato de amilo y los hongos a dosis tóxica, producen, como síntoma general, el delirio agudo.

En el tercer grupo comprendemos el delirio que se presenta como fenómeno sintomático de las fiebres, el cual no solo depende de la intensidad de la fiebre, ni de su variedad, sino también de la predisposición del individuo.

En el primero y segundo período de la fiebre tifoidea, sobre todo en lo forma atáxica y adinámica se observa un delirio, ya tranquilo, con somnolencia y palabras incoherentes, ya furioso con saltos de tendones, carfología, movimientos desordenados que exigen la camisola de fuerza.

En la fiebre tifus, entre los síntomas generales, sobre todo los que presenta el sistema nervioso, se observa cefalalgia, escalofríos, postración de fuerzas, vértigos, zumbidos de oídos, sordera, insomnio, delirio tranquilo acompañado a veces de agitación, somnolencia, coma y estupor.

En el período de invasión de la viruela se observa como fenómeno general, ya el delirio, ya el coma, sobre todo en los niños.

En la viruela confluyente, cuando la agitación y la fiebre adquieren mayor intensidad, en el período de erupción, sobreviene el delirio; en el período de desecación de las pústulas, pueden estas deprimirse y marchitarse de pronto, caer los enfermos en un estado de postración, con escalofríos irregulares, delirio o coma alternativamente, fiebre, en fin todos los síntomas de una infección.

En el período de invasión del sarampión, cuando todos los síntomas van en ascenso, se observa, ya sopor, ya delirio, ya movimientos convulsivos en los niños.

En el curso de esta enfermedad puede presentarse como complicación que viene a retardar su marcha, no solo la pulmonía, la meningitis, sino también el delirio nervioso, idiopático, que no se explica por ninguna alteración material.

En los niños muy tiernos, en el período de invasión de la escarlatina, acompañado de coma, convulsiones, se presenta el delirio; en las formas graves de escarlatina siempre se acompaña con otras complicaciones.

En las fiebres intermitentes perniciosas, sobre todo en la forma delirante, que se caracteriza por un delirio violento, que aparece en el curso del período de calor, y que disminuye en el período de sudor, muriendo muchas veces en ese estado los enfermos.

En las fiebres remitentes, cuyos accesos se prolongan hasta alcanzarse uno con otro, entonces aparece en alguno de ellos, accidentes perniciosos, como delirio o coma.

En la infección purulenta, por causas locales o generales, después que aparece con todo su cortejo de síntomas, sobreviene gran postración de fuerzas, con delirio ligero o violento, somnolencia y coma.

En el principio de la fiebre puerperal puede presentarse estupor y somnolencia; pero, cuando la terminación fatal es inminente, a veces, suele presentarse delirio.

En las neurosis, como la epilepsia, el histerismo, el éxtasis; suele también presentarse. En la primera, después de salir los enfermos del coma subsiguiente al acceso, caen en un delirio maniático, ya erótico, con parálisis parciales, hidrofobia, los cuales se disipan pasadas algunas horas.

## PRONÓSTICO

Podemos decir de una manera general que el delirio que traen consigo, como síntoma, las afecciones orgánicas, las alteraciones de la sangre, las fiebres y las neurosis, debe mirarse como un signo pronóstico fatal; sobre todo cuando se observa en los niños, en los individuos de edad avanzada, cuando es necesario emplear la camisola.

Esta regla sufre sus excepciones en las mujeres nerviosas y adultos debilitadas, que por la más ligera fiebre son propensas a experimentar este síntoma.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del delirio está subordinado al de las enfermedades de que es síntoma.

Sin embargo, cuando prevalece este sobre todos los demás, pueden emplearse con provecho, las sangrías, a condición de usarlas con medida y prudencia.

A Brière de Boismont le han dado buenos resultados los baños tibios prolongados hasta 12 y 18 horas.

Los purgantes drásticos y revulsivos cutáneos, son casi siempre de alguna utilidad.

Se prescribe también el opio, graduando la dosis, según la susceptibilidad del enfermo, y la naturaleza del accidente.

En caso de heridas graves y profundas, ya sea a consecuencia de grandes operaciones de cirugía o por otra causa, se aconseja dar desde el principio, desde medio a un grano cada media hora hasta que sobrevenga el sueño.

El cloroformo, el éter sulfúrico, el bromuro de potasio y el hidrato de cloral, prestan igualmente buenos servicios, en este caso, a dosis elevadas, por el sueño que trae consigo su administración.

En el delirio furioso es conveniente mantener sujetos en la cama a los enfermos con la camisola de fuerza.

Cuando estos, como sucede frecuentemente, se obstinan por mucho tiempo en no tomar alimentos, desde hacerse contra su voluntad, empleando para ello la sonda esofágica, sujetándose a las indicaciones del caso. ■

VO BO. MANUEL PORCEL DE PERALTA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# DELIRIO DE LAS PERSECUCIONES

Tesis  
de  
**MANUEL VASSALLO**

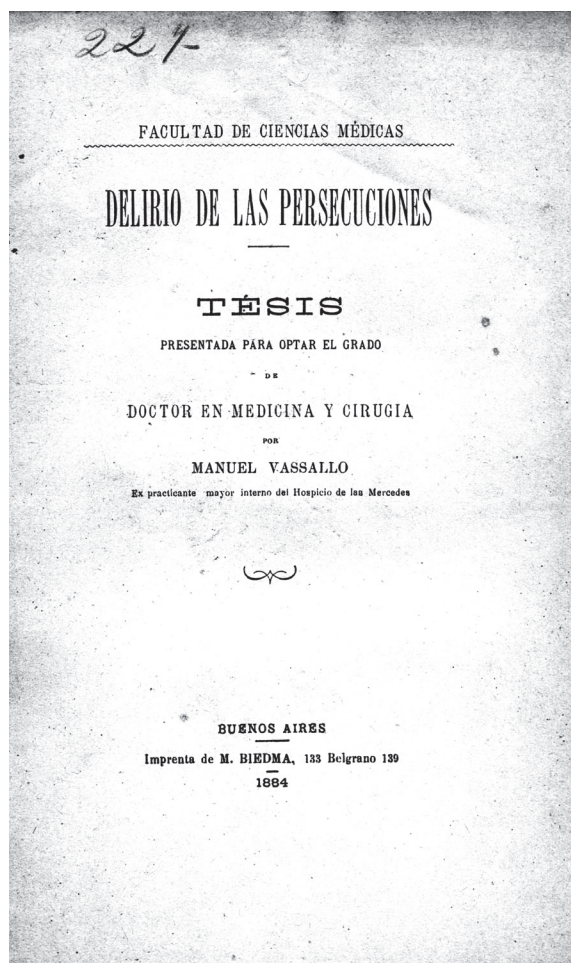
Ex-practicante mayor interno del Hospicio de las Mercedes

Presidente de la Tesis

**Doctor Don MANUEL BLANCAS**

**1884**

IMPRENTA DE M. BIEDMA, BELGRANO 133/139, BUENOS AIRES



## SEÑORES ACADÉMICOS:

El trabajo que presento a vuestra consideración, si bien no reúne condiciones de belleza en el estilo, que no poseo; en cambio, es la síntesis de mis convicciones sobre la forma de locura que me ocupa.

Próximamente con tres años de internado en el Hospicio de las Mercedes, (manicomio) he tenido oportunidad de observar la población completa de este asilo y cuando pensé sobre algún punto para mi trabajo inaugural, fijé mi vista en los alienados donde encontrar un ancho campo y cuestiones varias llenas de interés.

Al principio, la lucha natural al abordar una rama de la medicina que no se enseña en nuestra escuela, me desanimaba al tener que emprender un nuevo estudio, no por falta de voluntad, sino por las fatigas pasadas; mas a pesar de eso he conseguido vencerme, tanto más, contando con la benevolencia del que puedo llamar mi maestro práctico en patología mental, al Dr. D. Lucio Meléndez, acreedor de mi gratitud por sus lecciones que creo haber aprovechado.

Como he dicho, los temas eran muchos; mas ¿por cuál decidirse? esto era lo difícil de resolver; la indiferencia del principio se trocó luego en entusiasmo al leer las obras de los padres de la medicina mental, y mi pluma no alcanza a expresar la importancia que he notado en este estudio de ayer por decirlo así, porque recién de ayer son las principales conquistas que dieron base sólida a esta rama de la patología, haciéndose una especialidad.

No es mi mente trazar la historia de estas enfermedades que recién en el siglo XVIII se vislumbraron sus

primeros horizontes, para dejar relegado en las sombras del pasado, el triste recuerdo histórico de cómo permanecían ignoradas; larga sería la tarea y tal vez superior a mis fuerzas, de donde pensé entonces en un trabajo puramente clínico, basado en la observación de los casos de este Hospicio, enfermos que a la mayor parte he podido seguir su marcha desde que entraron y recogiendo datos de los que no conocía, he podido formar un esqueleto que si al llenarlo no abrigo la pretensión de haber hecho un trabajo completo, es sí la exposición fiel de lo que he visto.

Cuando refundidas bajo un título común todas las enfermedades mentales, se aplicaba un pronóstico y tratamiento general; se pueden deducir los resultados, mucho más, en la época en que se tomaban a estos seres desgraciados, no como enfermos, sino como poseídos por espíritus malignos.

Empieza más tarde el estudio y se echan las bases de las primeras clasificaciones, defectuosas; pero que quedarán para siempre como punto de partida inmortalizando el nombre de sus autores. De este principio resultaban formas de locura distintas reunidas en una sola, mas el paso estaba dado y no tardarían nuevas reformas en sancionar la independencia de algunas a la par que desaparecerían otras.

El *Delirio de las persecuciones*, es una de tantas, que la mayor parte del tiempo considerada como simple síntoma, ha sido descrita otras veces con distintos nombres. Guislain describía un *Monodelirio acusador*, que no era otro sino el de las persecuciones, expresando más tarde su conformidad por la reforma; Casper lo describía bajo el nombre de «*Manía de las querellas*» hasta que en el año 1852, el profesor Laségue, publicó en una revista francesa, el primer artículo dando el nombre de *Delirio de las persecuciones* a una forma de locura que valientemente trata de independizar. Pocos trabajos se han escrito posteriormente hasta Legrand du Saulle, que en 1871, publica su obra sobre el punto, con el propósito de aislarla de la *Melancolía* de Pinel, de la *Lipemanía* de Esquirol y de la *Monomanía con ideas tristes* de Baillarger.

Aunque como recuerdo histórico se conserve aun la expresión de *Monomanía* dada por Esquirol, hoy se clasifican por *Monodelirios*, formas que, a diferencia de este autor, quien veía en aquellas solamente perturbada una facultad independiente de toda otra y solidaria del proceso patológico, son estados en los que si bien, la idea dominante es una y toda tendencia de acción guiada por el dictado de ella, no excluye por completo complicaciones que le acompañan un tiempo más o menos largo o hasta su terminación, sin variar en nada esa idea fundamental.

El *Delirio de las persecuciones*, la *Monomanía religiosa*, la *Monomanía impulsiva*, la *Erotomanía*, etc.; son ramas distintas de una entidad nosológica, con sus caracteres propios aunque en algunos casos, con las mismas complicaciones. No es la manifestación externa lo que las caracteriza, sino el conjunto de síntomas que lo impulsen al hecho; en el monomaniaco impulsivo, por ejemplo, no es el acto homicida que lo confundiría con el perseguido que mata, con el Erotómano, el maníaco religioso, etc., sino, como dice Legrand du Saulle: es la reunión de signos clínicos donde se descubre la impulsión que lleva al acto, teniendo en este caso el solo valor de síntoma.

El perseguido, que mata también, obra bajo móviles muy distintos ejerciendo su venganza contra el supuesto enemigo, deliberada de antemano y de acuerdo con su delirio. Su inteligencia perturbada lo impulsa por raciocinios, lógicos para su estado, a los actos que comete, obedeciendo a su idea que es una siempre, independiente, como he dicho, de sus manifestaciones, y su voluntad de acuerdo con su concepción falsa.

Como en todas las formas, al *Delirio de las persecuciones* no estamos autorizados para asignarle en su período prodromico síntomas que lo caractericen, no es cualidad especial de éste, y ante la variedad de sus primeras manifestaciones podría dar lugar a clasificaciones y divisiones confusas, con las que no llegaríamos a un resultado positivo; nos importa solamente saber que, pasado un cierto tiempo, todos estos fenómenos patológicos llegan a su *maximun* y que todos los perseguidos deliran en la misma esfera de sus ideas. Si hay algún carácter que los unifique, es precisamente este, siendo como es, completamente independiente; para nada entra la educación ni el temperamento del paciente, no modificando ni el carácter, que nutre tan solo exacerbaciones en los períodos críticos; delira porque así es forzado por el medio que lo rodea, y, como dice Laségue: «La creencia de una persecución, es provocada por la necesidad de dar una explicación a impresiones mórbidas probablemente comunes a todos los enfermos, y que todos relacionan a la misma causa».

Los móviles son distintos, pero las conclusiones las mismas; el individuo se cree perseguido, poco importa ya sea de palabra como el que oye insultos, ya de acción, como el que se cree despreciado y que tal o cual objeto ha sido puesto con intención de mofa, interpretándolo todo, hasta el indiferente mirar de un pasante; la ilusión que experimenta al sentir un ruido que nada tiene de particular, tomándolo como el preparativo para su sacrificio; como el que es vigilado y seguido por algunas personas hasta su casa, el que teme un envenenamiento, poniendo todos los medios a su alcance para evitarlo, y por fin, toda la serie de alucinaciones e ilusiones más desemejantes en los distintos enfermos; pero en cuyo fondo común, se destaca para caracterizarlos la idea constante de la *persecución*.

Los medios empleados cuando domina el mismo orden de ideas; la agitación idéntica en ellos, la invariabilidad de las concepciones en los períodos de exacerbación cuando han mediado épocas de calma; son todos rasgos que autorizan para hacer del *Delirio de las persecuciones* un estudio especial, separándolo de otras formas.

Además, esta vesania, por su principio, por su marcha y hasta, me atrevería a decir, por su terminación, lleva en sí un sello tan uniforme que basta haber estudiado un perseguido para comprenderlos a todos.

He dicho anteriormente que deliran bajo un mismo orden de ideas; único en sus consecuencias y solo discrepa en los casos particulares, tan notable es su persistencia y de tal modo distingue al perseguido, acompañándolo aun en la decrepitud de sus facultades intelectuales y hasta en la demencia misma, que lleva a este monodelirio a hacerle ocupar un sitio en el cuadro de las clasificaciones.

He visto y existen aún en el Hospicio, perseguidos cuyas ideas son las mismas desde su entrada, manifestadas con idénticas palabras; en vano han sido los raciocinios



y las demostraciones de su error; desgraciados, soportan una vida llena de sinsabores, descansando solamente en algunos períodos de remisión, engañosos, por cierto, como precursores de mejoría. Al que se le quiere matar, lo cree hasta que se mata o muere, al insultado, siempre se le insulta, si ha designado su víctima, ni el tiempo ni las circunstancias lo reconciliarán y, cosa digna de notarse, muchas veces las complicaciones persisten indefinidamente preocupando al enfermo, tal sucede con algunas ideas de grandezas, hipocondríacas y otras.

Cuestiones de otro orden dan al perseguido una importancia tal que inducen a hacer un estudio particular de él; indudablemente, cuando hay ya síntomas poniéndolo de manifiesto, debemos suponer pasado un tiempo en el cual no ha campeado siempre la razón en sus actos, y aun después de su muerte, la justicia hace pesquisas en pos de tramas criminales por él denunciadas, llegando a descubrirlas cuando se recorren los escritos que ha tenido ocultos aun para su propia familia, protagonista muchas veces; el examen de esos documentos da por sí el estado mental del autor. Cuantas cuestiones se suscitan en el hogar, dictadas todas por la pérdida más completa de los sentimientos afectivos: hijos desheredados, esposas calumniadas, etc., tienen que buscar en la justicia la reparación de actos cometidos bajo el imperio de una razón extraviada.

Estas particularidades, el modo de ser especial de los perseguidos, la serie de actos solo en ellos compatibles; los unifica de tal modo para caracterizarlos, que bastan por sí para establecer la diferencia con cualquier orate, y si antes no se hacía un estudio especial de él, se reconocían, como digo al principio, por el profundo observador Guislain, el *Monodelirio acusador* y por Casper la *Monomanía de las querellas*, que aunque nombres improprios, puesto que indican solamente el efecto, el síntoma y no la causa, eran el principio histórico del *Delirio de las persecuciones* bajo cuyo nombre Laségue, ha conseguido agrupar con propiedad las distintas manifestaciones externas.

Por otra parte, si se tiene en cuenta el número relativamente considerable de estos alienados, que dan para la Francia una proporción aproximativa de 1 por cada 6, y entre nosotros 1 por cada 9, merece preocupar la atención sobre todo al encontrarse aun tan poco estudiados.

## ETIOLOGÍA

Si hay algún punto oscuro en el estudio de esta vesania, es el conocimiento de la causa que la da origen, aunque muchas veces haya que atribuirle a tantas distintas, y algunas de una significación tan poco importante que tal vez sea incapaz de producir las perturbaciones de que es objeto el *Delirio de las persecuciones*. Hay, sin embargo, que servirse de ellas dándoles el valor que les corresponde, obrando como causas ocasionales en un terreno preparado de antemano por la naturaleza.

No implica esto la negación completa de la posible aparición de la locura por cualquiera de sus manifestaciones o formas en individuos libres de predisposición patológica aparente, y aunque los casos son muchos, disminuyen más a medida que los medios de investigación son más perfectos.

Entran de consiguiente, entre las causas del *Delirio de las persecuciones* todas aquellas comunes a las demás formas, algunas más determinantes que otras.

Una de las probadas más ciertas, incluso para la forma de que me ocupó, y reconocida por los autores, es la Herencia, y para algunos considera única con exclusión de toda otra; si muchas veces escapa a la observación, depende en gran parte de la misma familia del enfermo si la tiene, que trata de ocultar siempre un estado patológico de esta naturaleza, aunque sea en sus más remotos ascendientes. Aquí tenemos a cada paso oportunidad de observarlo, mucho más, si se nota que la gran mayoría de extranjeros asilados en este Hospicio, no proporcionan dato ninguno que encamine por lo menos a averiguar la causa; nuestra estadística respecto a este punto, nada puede decidir, y aun las extranjeras adolecen del mismo defecto, notado por sus autores refiriéndose a la locura en general; para el *Delirio de persecuciones*, en particular estamos en la misma incertidumbre o tal vez más.

Sin embargo, es dato observado que algunos perseguidos han tenido entre sus ascendientes, alienados, otros son hijos de suicidas, otros con hermanos atacados de alguna neurosis, etc., etc., y aunque sin cifra que sancione lo fatal de la herencia, nos vemos obligados a considerarla como tal, aunque es de notarse el raro fenómeno de que no es forzoso el *Delirio de persecuciones* en el ascendiente, para que esta forma sea el triste legado que traiga al mundo el que hereda la modalidad patológica. Entre los casos que he visto, hay en este Hospicio un perseguido, padre de 3 hijos, uno de ellos es idiota.

La Herencia puede ser directa o colateral; la primera proviene de los padres y asume mayor gravedad que la segunda. Puede provenir o simplemente del padre, de la madre o de ambos a la vez; el orden correlativo de gravedad puede establecerse del modo siguiente: 1° Cuando es hijo de padre y madre alienados, 2° cuando la madre es alienada y 3° el padre alienado.

El predominio de la influencia de la madre, está perfectamente demostrado por la estadística y agravará siempre más el pronóstico cuando la herencia venga por esta rama. Baillarguer ha demostrado que en 453 casos de locura hereditaria, la influencia materna estaba representada en 271 casos, mientras que por la parte paterna solo 182, y saca estas consecuencias: "1° La locura de la madre con relación a la herencia, es más grave que la del padre, no solamente por la frecuencia de transmisibilidad, sino porque se propaga a mayor número de hijos. 2° La transmisibilidad de la locura de la madre, es más de temerse por las niñas que por los varones; la del padre, al contrario, más por los varones que por las niñas".

Estas conclusiones son generalmente aceptadas, y es de notar que están menos expuestos los hijos que han nacido antes de la franca manifestación del estado vesánico de los padres, y aunque en uno y otro caso la profilaxis es un poderoso recurso, por lo menos para alejar la manifestación del descendiente, se comprende lo heroico del resultado en el primer caso, teniendo además en cuenta que esta enfermedad salta también algunas generaciones.

Respecto a la herencia de la misma forma en los perseguidos, no puede aún darse dato cierto, porque las estadísticas faltan; pero ante el ejemplo de otras, que es así como



se transmiten en muchos casos, puede inducirnos a creer que esta cifra predomine, punto es este que espera aun solución, como el *Delirio comunicado a dos o más personas*, nueva forma que trata de estudiar Legrand du Saulle y cuenta ya entre los casos clínicos algunos de perseguidos.

La herencia indirecta o colateral, sin tener la gravedad de la primera, comprende en sus detalles lo que he dicho más arriba y repito: el ascendiente lega la predisposición y no forzosamente la forma;

por lo que toca a la seguridad de transmisibilidad, puede establecerse en razón inversa al grado de parentesco, y felizmente lo que se mira como capricho de la naturaleza, no dependiendo tal vez de otra cosa sino de la receptividad especial de cada economía, no ataca a todos por igual, por consiguiente, en una numerosa familia, puede ser muy reducido el número de alienados, llegando los otros a los últimos períodos de la vida sin manifestación.

Como datos generales, es creencia de los autores, que aquellas formas de carácter crónico son más fácilmente transmisibles; debiera colocarse en este número a los perseguidos idiopáticos.

El trato común con las familias, el conocimiento íntimo de sus costumbres no dejaría ante el clínico experimentado de revelar alguna predisposición que permanece ignorada para no tomarse en cuenta por ser un dato lejano o de ninguna importancia vulgar, mas se comprende la dificultad que rodean estas circunstancias especiales.

Ahora enumeraré la serie de otras causas consideradas por los autores y algunas observadas aquí capaces de producir el *Delirio de las persecuciones*, transitorio unas veces, y en otras, minando un terreno ya preparado, no hacen sino despertar el estado patológico que hasta entonces ha permanecido latente.

El alcohol, la sífilis, la tuberculosis, la *tabes dorsalis*; los disgustos prolongados, las luchas morales, los reveses de la fortuna, la falta de trabajo, las decepciones, los celos, la angustia que resulta de un proceso, la prisión, las privaciones, la miseria, la alimentación insuficiente, el insomnio rebelde, las violencias ejercidas sobre el cráneo, toda enfermedad capaz de debilitar la economía, el exceso de trabajo intelectual, el hábito de representarse mentalmente ciertas concepciones, el temor de ser alienado, la imitación, los acontecimientos políticos, los sustos, la educación viciosa y precoz, las pérdidas seminales, el onanismo, las persecuciones infantiles, el abandono, la condición de hijo natural, ciertas profesiones y otras, que obrando por si o asociadas nos sirven para explicar algunos fenómenos, pero no para darnos la clave del proceso patológico pasado en el enfermo.

Los cuadros adjuntos, que comprenden los 144 perseguidos desde el año 1880 hasta el 1883 inclusive, nos proporcionan en números algunos datos con respecto al estado civil, la edad y las profesiones:

#### Estado civil

Solteros .....	89
Casados .....	50
Viudos.....	5
<b>Suma.....</b>	<b>144</b>

#### Estadística de las edades

Años	
De 10 a 20 .....	4
21 a 30 .....	38
31 a 40 .....	61
41 a 50 .....	26
51 a 60 .....	11
61 a 70 .....	4
<b>Suma.....</b>	<b>144</b>

#### Profesiones

Ninguna.....	3
Jornalero .....	48
Changador .....	1
Zapatero.....	11
Quintero .....	4
Cigarrero .....	3
Comercio .....	11
Albañil .....	2
Sastre .....	3
Marmolero .....	2
Estanciero .....	2
Barbero .....	4
Empleado .....	5
Relojero .....	2
Ovejero .....	6
Marino .....	8
Cochero .....	1
Militar .....	5
Cocinero .....	4
Dependiente .....	4
Escribano .....	1
Carpintero .....	2
Platero.....	1
Licorista .....	1
Ingeniero .....	1
Curtidor.....	1
Propietario .....	1
Músico .....	3
Mecánico .....	1
Yesero.....	1
Estudiante.....	2
<b>Suma.....</b>	<b>144</b>

#### SINTOMATOLOGÍA

Difícil es, en su principio, clasificar el *Delirio de las persecuciones* por sus síntomas, tanto más, cuanto que presenta un modo muy variado de manifestarse según los individuos.

Si permanece en unos por mucho tiempo de una manera insidiosa, durando varios meses y aun años, en otros, es tan rápida la aparición de los síntomas característicos, que en pocos días se encuentra la enfermedad confirmada; debo hacer notar, que este modo de presentarse, es sumamente raro a pesar de que en la práctica, muchas veces es así como se recogen los datos; los primeros fenómenos han pasado desapercibidos para los allegados del paciente; ya porque este mismo haya tratado de ocultarlos, o porque la escasa importancia de ellos,

llama poco la atención; solo el enfermo nota novedades, pero no las manifiesta, y entre estos pródromos habrá algunos síntomas que solo un ojo muy práctico podría colocarlo en el cuadro de tal o cual vesania.

Pasa con las afecciones mentales, como con casi todos los estados mórbidos; "por ejemplo, un decaimiento general, escalofríos pasajeros, fiebre, etc., son síntomas precursores de una enfermedad; pero ante este principio el médico está a la expectativa para el diagnóstico, hasta que nuevos fenómenos obligan a colocar en este o en aquel cuadro nosológico el padecimiento que se observa: poco más o menos, pasa lo mismo en patología mental con diferencia de tiempo, porque, como dice Luys: las semanas en otras enfermedades, equivalen a meses en las mentales.

No pocos son los inconvenientes con que se tropieza al querer remontarse en lo posible al principio de la enfermedad; y eso solo puede hacerse aquí con un reducido número de casos de la campaña, porque no podemos contar con ninguno de la campaña, de donde, por lo general, se remite al loco sin datos de ninguna especie, y muchas veces ni quien los pueda proporcionar, sino de una manera muy vaga. He tenido la fortuna de obtener los de algunos enfermos hasta en sus detalles más insignificantes, los que me han servido de base para el estudio.

Lo primero que se ha podido notar, ateniéndonos a las referencias, es un cambio de carácter en el individuo, tristeza y despreocupación en ciertos momentos, un estado especial del organismo extraño para el paciente, que no es accesible a descripción ni por parte del mismo que lo experimenta, cefalalgia; buscan la soledad, pero aun toleran algunas distracciones que les proporcionan los suyos, sin que pueda notarse natural satisfacción; sus paseos favoritos de antes, no los hacen ya sino conducidos a ellos; este estado dura algunos días y pasa, para volver más tarde y a cada repetición, presentando alguna novedad que ellos notan gradualmente, por lo que empieza la preocupación que constituirá más tarde el objeto de su delirio.

Durante este periodo, que podríamos llamar de *incubación* el individuo es actor pasivo de casi todos los fenómenos que experimenta, porque no trata de explicárselos y, como he dicho antes, tiende a disimularlos, hasta que se presentan nuevas manifestaciones con las que cambia su modo de ser. Cosa digna de llamar la atención es que, no son los acontecimientos juzgados por unos capaces de perturbar cualquier cerebro, los que al principio conmueven la imaginación de un predisuesto; no son la pérdida de una fortuna, por ejemplo, de una persona querida, de un buen estado social, etc., sino, por el contrario, insignificancias, como el mal arreglo de un mueble, una pieza de ropa colocada en un punto cualquiera, una mirada, un ruido que interpreta a su modo, empezando a parar su atención en tales nimiedades, aunque grandes acontecimientos sean a veces causa ocasional de esta forma de locura.

Llevados a la sociedad con el objeto de proporcionarles alguna distracción, les sirve tal vez de violencia, donde todas las miradas se dirigen a él, donde ve en la disposición de los objetos, medios de mofa que poco tar-

da en manifestarlo a ciertas personas, porque no tiene aun valor suficiente de afrontar una situación que no se explica; busca en vano una razón que le dé cuenta de lo que le pasa, y si alguno trata de probarle su error, lo convence; pero menos tarda en ver la repetición de un acto hostil en una persona completamente desconocida.

Todas son novedades que no encuentran natural con el medio donde vive, ni con respecto a su propio cuerpo, puesto que no siente modificación alguna, y, sin embargo, padece continuamente; de aquí que atribuya a maquinaciones ocultas la causa de su padecer, alguno que le desea mal sin causa alguna, es el que goza haciéndolo sufrir; soporta, hasta que su ira se desata, y tendremos oportunidad de verlo, de perseguido transformado en perseguidor, haciendo correr riesgos a los suyos como a los que lo rodean.

Los meses y aun los años trascurren desempeñando sus ocupaciones habituales, pero preocupados con sus supuestos enemigos a quienes denuncian a la autoridad, buscando la justicia que no puede hacerse por sí; con blasfemos, magnetizadores, espiritistas y tantos otros medios ocultos a cual más extravagantes, usados contra él, con el mismo propósito. En un periodo más avanzado de la enfermedad, se consiguen datos propios suministrados por los mismos perseguidos; reminiscencias del pasado que se remontan a las primeras manifestaciones; interrogados en este sentido, más de uno me ha contestado siempre lo mismo, dicen: "He sido objeto de mil insultos, las personas se alejaban de mi sin saber el porqué; no he hecho mal a nadie, tratando siempre de evitar disgustos y a pesar de eso, siempre se ha tratado de hacerme mal; desoyendo la autoridad mis quejas que en nada ha puesto remedio; se me manda a esta casa porque a alguno le conviene". De este modo piensan, y por no agravar su desgracia se resignan a soportar el papel de víctima, hasta que nuevas complicaciones lo impulsan a hacerse justicia por propia mano.

La desconfianza se va extendiendo ya hasta con las personas más allegadas a él, y en su misma casa, toma sus precauciones para no ser sorprendido principalmente por la noche, durante el sueño; todo lo prevé, trata de asegurar las puertas, y busca después algo oculto dentro los muebles y principalmente bajo la cama, sitio de elección de sus perseguidores, evitando de este modo, ser violados y mil otras cosas indignas de ser consignadas, hijas todas de las más raras perturbaciones del sentido genésico. Otros creen que tratan de asesinarlos, habiéndose hecho algunas tentativas que han sido infructuosas, y ostentan un casual rasguño como herida en la pelea; de aquí que estos alienados casi siempre estén provistos de buenas armas que ni para dormirse se desprenden de ellas.

Como razona bien, en cualquier terreno que no se trate de sus persecuciones, las familias atribuyen aquellas novedades a algo pasajero que combaten tratando de disuadir al paciente, sin creer nunca que se trata de un presunto loco, hasta que se presentan nuevos fenómenos como alucinaciones, ilusiones y como consecuencia, insomnio, lo que induce a llamar un médico que diagnostica o no una vesania, se emprende un tratamiento que dura algunos meses con los inconvenientes y peli-

gros que corren el paciente y sus allegados, hasta que es remitido al Hospicio, en el segundo período de la enfermedad, si podríamos expresarnos así, o en el período de las alucinaciones y sistematización del delirio.

Al principio, cuando las primeras modificaciones tienden a perturbar la inteligencia del individuo, no pierde completamente la conciencia ni aun de ciertos fenómenos anormales, y así como algunos se guardan en reserva las modificaciones que experimentan, otros son mortificados por una ruda indecisión que los lleva hasta discutir con si mismo las ideas extrañas que perturban su mente, y esta misma lucha, sostenida de continuo con ideas de un orden verdaderamente psicopático, lo llevan al terreno de una falsa idea, de una concepción falsa, que razonando sus consecuencias, es llevado insensiblemente al delirio.

Presencia del delirio consecutivo a las alucinaciones e ilusiones de este segundo período, si así podríamos llamarle; su voluntad y determinaciones son el juguete de los dictados más raros de su inteligencia extraviada; la voluntad ha perdido el dominio natural de sus acciones, y sus actos corresponden a las percepciones ficticias creadas por el trabajo de un cerebro enfermo.

Los síntomas dominantes están constituidos por alucinaciones de los diversos sentidos; siendo las del oído, las que ocupan un lugar preferente y las que más le preocupan por su carácter y el misterio de que están rodeadas. Oye que lo llaman, o le dirigen una sola palabra que toma e interpreta, monosílabos o fragmentos de oración, ruidos extraños o conocidos que antes no habrían llamado su atención como el que produce una puerta al abrirse, los pasos de un transeúnte, los silbidos de una locomotora, etc., son todos insultos que se dirigen a su persona, sin que jamás las hubiera imaginado, por la calle se le habla en voz baja mandándole que haga tal o cual cosa, y principalmente por la noche, parece la oportunidad más propicia para sus perseguidores: se dirige entonces a la ventana u observa la azotea, sitio de donde parten las voces, con el objeto de descubrir al cobarde que se oculta, sin conseguir nada y tanto más contrariado puesto que muchas veces son conocidos los que lo insultan en su propio idioma, y si conoce varios, en todos ellos.

Le hablan de sus asuntos particulares aunque estos sean los más reservados, tachan su conducta aunque sea ejemplar; con la particularidad que siempre es de una manera hostil y ofensiva que se le dirige la palabra. Es imposible alcanzar a comprender la desesperación de un honrado comerciante que se oiga decir continuamente que es un ladrón, que ha quebrado, arruinado a uno y otros en provecho propio; de un padre a quien se le recrimine el haber deshonorado a sus hijas, del que se burlan diciéndole impotente y otros calificativos más vergonzosos, que le inducen a producirse distintas mutilaciones de los órganos genitales; del que es asediado por la noche ocupándose de su persona con conversaciones subversivas que oye en las habitaciones de al lado, en la calle o azoteas, lo que le impide entregarse al sueño, por levantarse a cada momento en busca de sus enemigos que no encuentra, sufriendo por aquel accidente, muy común y duradero, las consecuencias de una vigilia tan prolongada, preocupado de continuo con sus ideas delirantes.

Al mandato de las voces, obedece, tomando determinaciones que no concuerdan hasta cierto punto con su modo de ser; un pusilánime vuelve sobre sus pasos cuando oye que tal cosa se le ordena, y en otro orden de ideas, mata con la mayor sangre fría si a tal extremo le conduce su alucinación. No pide explicaciones, no trata de ver quien lo manda, sino ejecuta ciegamente; se supone que pretenden asesinarlo una voz le dice que es necesario se presente a la policía con el objeto de salvarse, y sin vacilar lo hace, formulando allí todos los detalles de su persecución para ponerse a salvo de sus enemigos y cuando no hay este mandato, ellos mismos toman sus determinaciones; impotente para luchar en el medio en que se encuentra, con tantos enemigos, desea escapar a su acción, ya sea cambiando de barrio en una misma ciudad, o emprendiendo viajes a distancias más o menos lejanas, lo que les proporciona algún alivio temporario; y digo así, porque no tardan en repetirse nuevamente las escenas con todos sus detalles. Entre los varios casos que he visto, citaré el de un español, casado en su patria y separado de su mitad por infiel, según su propia expresión; complotada con un agente de la autoridad se proponía hacerlo arrestar con el objeto de tener completa libertad con su secuestro; para escapar a este plan decide venirse a América, lo que efectúa, habiendo llegado a Montevideo hará próximamente dos años; allí se ocupó de sus trabajos profesionales ganando tranquilamente la vida, cuando oye un día la voz de su mujer satisfecha del hallazgo, insultándolo y siempre en connivencia con la autoridad para apoderarse de él; se embarca y va al Rosario donde pasa algún tiempo, hasta que nuevamente aparece su perseguidora, de quien trata siempre de huir por lo que se viene a Buenos Aires, aquí trabaja de zapatero, pero preocupado con ella, al hacerse la reflexión que si desde España había podido encontrarlo, más fácilmente lo haría aquí; sin embargo, pasó sin novedad hasta que una enfermedad intercurrente lo obligó a asistir en el hospital San Roque; sus facultades estaban aparentemente bien, pero más tarde los insultos y llamados se repiten, perturbando nuevamente la tranquilidad de este infeliz que es remitido al Hospicio, donde me cuenta toda su historia.

“Tan cansado estoy de mi vida, me dice, que deseo me mate antes de pasar por tantos martirios y si no puedo librarme de esa atrevida mujer, que hasta al hospital ha ido por insultarme o a hacer envenenar mi comida, aunque en mí ya no tiene acción veneno alguno, por la cantidad que se me ha hecho tomar; la he oído conversar con las hermanas de caridad en ese sentido” (textual).

Al interrogarlo si ha visto su mujer desde su venida de España, me ha contestado siempre negativamente; me insultaba, dice, ocultándose; tampoco he tratado de verla.

Este asilado pasaba aquí últimamente una vida tranquila, debida tal vez al régimen interno del establecimiento y por el tratamiento empleado; desempeñaba prolijamente sus ocupaciones consiguiendo el alta.

No me atrevería afirmar que no se produjera una recidiva.

La persistencia de las mismas alucinaciones en este enfermo, es común en todos los perseguidos, constituyendo para Laségue, una ley constante; y a propósito

dice: "Independiente de la época en que se declaren, las alucinaciones obedecen a la ley que he indicado; manteniéndose siempre en las sensaciones auditivas. No dejo de llamar bien la atención de este carácter, que conceptúo como patognomónico".

Efectivamente, se nota ese carácter especial en los perseguidos, cuando se sigue la marcha de la enfermedad y se les interroga en distintas épocas; alrededor de una misma idea desarrollan su delirio, pueden presentárseles varias cuestiones, las que tratará admirablemente siempre que no se toque su lado vulnerable al que por otra parte, caen ellos mismos muy fácilmente en el curso de una conversación; de aquí el hábil concejo del célebre profesor Ball: suspender el interrogatorio, cuando la conversación haya tomado cierto giro, de seguro que poco tarda el perseguido para entrar de lleno en su delirio, haciendo tema de la conversación sus alucinaciones, cuando no es uno de esos tan convencidos y familiarizados con sus ideas delirantes que demuestran la mayor extrañeza al dirigiérseles ciertas preguntas relativas a su nombre, profesión, patria, que individuo es él, etc.; lo suponen sabedor de todo lo que le pasa; "no tengo necesidad de contestar nada –dicen- Ud. bien lo sabe, lea los diarios o hable con cualquiera, que todos me conocen", habla, y una sonrisa maliciosa muestra al hombre desconfiado, que realmente cree se esté impuesto de todo lo que se le pregunta; además es característico el modo de expresarse, con la actitud reservada que guarda; no es por ejemplo, el paralítico afectado de delirio de grandezas, dice lo mismo que aquel, pero guarda otra actitud haciendo ver la satisfacción de su importancia.

Creo que las alucinaciones del oído son las más comunes, y caracterizan la forma de locura que me ocupa, sin embargo, no considero con tan poca importancia otras como por ejemplo, las de la vista, complicando aquellas, por haberlas observado en algunos casos, principalmente en uno de un modo tan notable, que me induce a no aceptar de una manera tan concluyente lo que afirma Laségue cuando dice: "No solamente el alienado perseguido es incapaz de crear alucinaciones visuales cuanto que no se sirve de la vista de un modo racional y legítimo". Más adelante agrega: "Basta que un enfermo acuse visiones para que yo no dude en afirmar que pertenece a otra clase de delirantes". Y Legrand du Saulle mismo, admitiendo en algunos casos de perseguidos, alucinaciones visuales, dice: "Persisto en creer, que toda vez que un perseguido tenga alucinaciones de la vista, se explican por hábitos alcohólicos anteriores".

Ante la autoridad indiscutible de estos dos especialistas, puede creerse aventurada mi duda, y aun que un solo caso aquí observado no pueda hacer peso en contra, me induce sin embargo, a considerarlo como una excepción para no ser tan exclusivista, tanto más, cuanto que al individuo a quien me refiero, tengo datos muy ciertos de que nunca ha sido bebedor. Es el caso de alucinaciones visuales más típico que yo haya visto en el Hospicio; pero particular por la falta de persistencia, solo han durado próximamente un mes con manifestaciones diarias, para desaparecer por completo no presentándose hasta ahora que ha pasado ya algún tiempo, por lo que creo podrían entrar en el número de esos síntomas móviles,

si así puede llamárseles, que complican muchas veces la idea fundamental del delirio o lo acompañan para confirmarlo. Digno será de observar, si en su marcha crónica este enfermo presenta nuevamente alucinaciones de esta naturaleza, por otra parte, tan diferentes a los raros casos citados por Laségue, que solo han visto sus histéricas, haces luminosos, mientras que nuestro enfermo, ha sido testigo de las más caprichosas escenas por personas de su familia y relación.

Lo que más importancia le da para mí a esta complicación, es el haber sido siempre las mismas personas las que veía, idénticos actos los que ejecutaban con muy pocos cambios en sus detalles, dejando vislumbrar siempre esa tendencia unitaria, permítaseme la frase, tan propia del *Delirio de las persecuciones*.

Es común encontrar entre estos desgraciados, muchos que además de sus alucinaciones del oído persistentes, tienen, por ejemplo, la idea de ser envenenados, os prueba a su modo los medios que se ponen en práctica, de la manera más razonada y con la más pura lógica; pero que peca por su base, una falsa idea, me ha llamado la atención, que estos raciocinios son hechos por todos los perseguidos, pero diferenciándose en cada uno de ellos, según su grado de instrucción; porque precisamente echan mano de sus conocimientos para probar lo que sostienen; de ahí que haya tenido oportunidad de oír, entre otros, a un señor asilado en este Hospicio, la narración completa de como se había envenenado el azúcar y la demás comida que se le servía, dándome estas sustancias para analizarlas, en la seguridad que encontraría los elementos tóxicos por él enumerados, indicándome al mismo tiempo, procedimientos analíticos perfectos, demostrando conocimientos poco vulgares en química e historia natural, sin embargo, puestos en práctica para sostener una ilusión. Cuando estas ideas de envenenamiento dominan, algunos se abstienen de tomar alimentos preparados por cualquier mano, tratan de proporcionárselos por sí mismos, eligiendo entre aquellos que suponen menos fácil de ser envenenados; de allí que los huevos cocidos por ellos mismos sea su plato preferido y constituya su alimentación diaria, mientras no son secuestrados, y cuando se permiten alguna variedad, compran frutas u otros comestibles cuidando bien de no hacerlo dos veces en el mismo sitio, recorriendo grandes distancias con el objeto de no ser conocidos por el vendedor. Desgraciadamente hay en la sociedad muchos de estos, que bajo el epíteto de *excéntricos*, no son sino verdaderos perseguidos. Otros notan continuamente olores desagradables atribuyéndolos a gases de distinta naturaleza, que se hacen penetrar a su habitación, ya sea por la ventana, puerta, boca llave y aún al través de la pared motivando la gran inquietud que guardan, tanto más por ser alucinaciones ligadas a otras distintas que complican su delirio.

Si las alucinaciones auditivas deprimen la moral del paciente, no sucede menos cuando dominan en ciertos periodos las ideas de envenenamiento, no porque tema la muerte, que por otra parte busca, sino por el padecer horrible de sus efectos una vez ingerido el tóxico, no disponiendo de los contra venenos poderosos que poseen todos sus compañeros para neutralizarlos.



Imposible es convencerlo de lo contrario, por lo que lleva una vida miserable en detrimento de su propia existencia; su nutrición se reciente habiendo necesidad de emplear por un tiempo la alimentación forzada, único medio de librarlo de una muerte segura, hasta que estas ideas pasan para recuperar nuevamente la vida de perseguido, libre de esta complicación o reemplazada por otra de distinta naturaleza.

Los perseguidos de que me he ocupado son verdaderos sistematizadores, agrupan alrededor de una idea, siempre la misma, una serie de raciocinios nacidos de la interpretación dada por sí a sus alucinaciones, que es lógica con su modo de pensar, y guía de sus acciones. Guardan una actitud especial que varía principalmente con el carácter de las ideas delirantes, siendo por lo general, expansivos. Su parada imponente, su rostro inyectado y un mirar penetrante, en cuyos ojos puede leerse la ira, y en su fácil palabra, la firmeza y convicción de lo que sostienen; nada ocultan, mucho menos a aquellas personas de antemano designadas como sus perseguidoras, a las que continuamente escriben cartas de amenaza e insultos, o emprendiéndola con cualesquiera que se presente, si no ha meditado su venganza. Las objeciones en este estado son de mala práctica, porque se excita más al paciente y nunca se le hará convencer de lo contrario, ha formado ya su círculo de ideas ante el cual toda arma es impotente.

A esta faz del *Delirio de las persecuciones*, por otra parte la más común, es la que pertenece a los llamados *perseguidos activos*, para separarlos de otra algo diferente, los *perseguidos pasivos*, cuya actitud es muy distinta; este no es el alucinado que discute con los extraños sus ideas delirantes, sino consigo mismo; siendo sus determinaciones momentáneas, como despertados del letargo en que están sumidos por un mundo de ideas tristes, que han ejercido tal influencia en su moral, que impotentes para su defensa, se resignan a soportar como víctimas, hasta cuando la desesperación los induce a salir de esa inmovilidad, para cometer algún acto extremo poniendo fin a tan largo padecer; por lo general recurren al suicidio o tomando sin premeditación una arma, matan al supuesto enemigo, tal vez un ser querido, encontrando en ese crimen satisfecho lo que hace tiempo venían madurando.

Si hay algunos locos peligrosos son éstos, y muchas víctimas de sus manos cuenta la historia de estos enfermos; las puñaladas más atroces, o cuando se valen de hachas, armas de fuego u otras, producen heridas de tal naturaleza y gravedad, por lo que rara vez escapa de la muerte, la víctima del perseguido vengado.

La poca importancia y la rara aparición de alucinaciones en otros sentidos, hacen que no me ocupe de ellas, aunque para terminar, llamo la atención sobre algunas alteraciones que experimentan los perseguidos por parte del sentido genésico.

Desde luego se nota que en varias formas de locura los órganos genitales sean causa de perturbaciones tales, conduciendo a alienados de uno y otro sexo a producir escenas las más depravadas que contrastan de un modo notable con los antecedentes morales del sujeto. He notado que en varios perseguidos, durante su enfermedad, no son extrañas estas ideas de la manera más opuesta en

cada uno, a punto de constituir serias preocupaciones cuando corresponden a ciertas alucinaciones o desesperando una vehemente excitación en otros.

¡Triste condición la del pobre orate entregado en brazos de la desesperación, cuando no hay razones ni lógica posible que lo convenza del error!

Quiero indicar, además, en este trabajo, una particularidad con respecto a la marcha de esta vesania. Me refiero a la modificación, importante por cierto, complicándose con algunas formas de locura que la reemplazan por un tiempo y durante un periodo más o menos largo, para volver muchas veces a su primitivo estado. He tenido oportunidad de observar varios casos; entre los más notables, el de un oficial de nuestro ejército, verdadero tipo del perseguido; ha pasado durante más de un mes en un estado de melancolía con estupor; se le cambió el tratamiento empleando la morfina en inyecciones hipodérmicas, y hoy le tenemos nuevamente con todo el cuadro del *Delirio de las persecuciones*, designando su enemigo; aunque no con nombre propio, y siendo, por consiguiente, un loco peligroso, tanto más, cuanto que tiene el antecedente de haber dado muerte a un compañero suyo por creerlo su perseguidor; ejemplos análogos podría citar.

Llamo la atención sobre estos cambios, que pueden hacernos concebir esperanzas de curación. Si la forma intercurrente cura, no manifestando el enfermo las primitivas alteraciones, el pronóstico será muy favorable; mas, si vuelve, todo se habrá perdido y marchará fatalmente al estado crónico.

La práctica me ha dado la triste sanción de lo que asevero, pues ninguno de los casos en que he observado los cambios a que hago referencia, se ha salvado de esa ley ineludible.

Señores: con justicia debiera seguir aquí un capítulo sobre *Anatomía Patológica*; mas, debo confesarlo, en las obras que he consultado nada encuentro al respecto, lo que me hace suponer que no se hayan hecho aún estudios de importancia sobre este punto; y en las autopsias practicadas en este Hospicio, no nos es dado dedicarnos a ello, por carecer de un gabinete de histología y de aparatos indispensables para esta clase de investigaciones.

Además, para hacer un trabajo provechoso y de la importancia del que me ocupa, sería necesario, no un año ni dos, sino una larga práctica que no poseo, lo que justifica por ahora mi silencio ante tema tan oscuro e interesante.

## DIAGNÓSTICO

El *Delirio de las persecuciones*, cuando es protopático, tiene ante el clínico sus síntomas tan fijos y constantes, que hace casi imposible confundirlo, ya sea con los casos en que es simplemente sintomático, o con otras formas de vesanias que dan una aptitud al paciente semejante a la que guardan ciertos perseguidos en algunos de los periodos de su enfermedad.

Hemos dividido a los perseguidos en dos grandes clases, a las que pueden relacionarse modalidades distintas de manifestación, constituyendo sin embargo, siempre la citada forma de que me ocupo; me refiero a los perseguidos activos y pasivos; los unos locuaces, inquietos;



por el contrario, los otros retraídos y taciturnos, teniendo algunos puntos de semejanza con otras formas de locura que al marcar los síntomas más culminantes trataré de diferenciarlas.

Es indudable que ante la presencia de un loco no se pueda siempre hacer un diagnóstico preciso de la forma a que pertenece, si no está en ese período en que todos los síntomas la pongan en evidencia, o tomándolo, como dice Laségue: en el período de *floración*; en su principio, se hacen necesarios elementos para separarlos de los que se asemejan, y solo se podrá obtener mediante una observación más o menos larga en un departamento especial anexo al manicomio y del que dispondrá el nuestro en construcción.

Al tratar del diagnóstico, no quiero dejar pasar por alto uno de los elementos tal vez más importantes para establecerlo, y que muchas veces basta por sí solo para formularlo; me refiero a los escritos de estos enfermos; desgraciadamente no dispongo sino de unos conseguidos con suma dificultad, atribuyendo esto más que todo a la falta de una biblioteca en el establecimiento, donde el perseguido, desconfiado por condición, pueda entregarse en los momentos que se suponga no vigilado, a la confección de cartas, notas, etc., que una vez secuestradas, se puedan ver en esos documentos estereotipadas sus ideas delirantes. He tratado de hacerlo con algunos; pero confieso que mis esfuerzos han sido estériles, pues ha podido más la desconfianza en los perseguidos a quienes he puesto a prueba que mi vigilancia para conseguirlo; no dudo pueda esto obtenerse fácilmente con las comodidades que proporcionará el nuevo establecimiento, y entonces, el hábil Director podrá formar un archivo interesante.

Es común observar en el alcoholismo sub-agudo principalmente, un *Delirio de persecuciones* sintomático, que se diferencia del que me ocupa por la movilidad en las ideas delirantes; no son solamente algunas personas conocidas o desconocidas las que puñal en mano lo persiguen con el fin de asesinarlo o hacerle cualquier intimación, sino distintos animales que él ve perfectamente y trata horroizado de apartarlos.

Dominan más las alucinaciones de la vista que las del oído en estos casos, por eso los enfermos andan en las galerías o en los patios, vociferando y accionando cuando tratan de defenderse y van en pos del objeto de su alucinación a punto de permanecer muchas veces indiferentes con las personas u objetos que lo rodean; interrogados en este instante, dan cuenta de lo que les pasa y señalan a sus perseguidores.

El verdadero perseguido al sistematizar su delirio, tiene su idea fija siempre, independiente del tiempo de que esta date; por el contrario, el otro está, puede decirse, al día, por estar bajo el dominio de nuevas sensaciones; últimamente, lo más importante para el diagnóstico son los antecedentes del sujeto, sus hábitos alcohólicos anteriores darán la clave de este delirio, curable una vez removida la causa, de la cual no es sino un epifenómeno.

Podría confundirse con algunos casos de locura parálitica; pero sus alucinaciones, llevando el sello característico de las grandezas, pecan por una falsedad y exageración nunca usada por los perseguidos idiopáticos, los que sostienen siempre su idea y no la abandonan tan fácilmente

como el paralítico, que cambia inmediatamente de parecer ante una objeción o pregunta hecha con oportunidad.

Me parece que Falret, separa perfectamente estas dos formas, cuando dice: "Durante el período de sistematización, el alienado que no es paralítico (haciendo referencia al perseguido) combina con arte los elementos de su delirio, prevé las objeciones que se le pueden hacer, explica, justifica ciertas contradicciones en que cae, se entrega, en una palabra, a un trabajo lógico de coordinación, para transformar sus concepciones plausibles ante sí y hasta cierto punto, ante los extraños".

Ambos enfermos son inquietos, tratan de obtener su libertad una vez secuestrados; pero los medios usados son muy diferentes; mientras que el paralítico no da razones que justifiquen su proceder, el perseguido, por el contrario, agrupa argumentos lógicos tendentes a probar la arbitrariedad que se comete al detenerlo; demostrando con esto, la poca alterabilidad de sus facultades intelectuales, y por sus recuerdos, la memoria no muy fiel en los paralíticos.

Es indudable que en algunos casos podría confundirse el perseguido pasivo con una locura paralítica, cuando empieza bajo una forma de melancolía con estupor, en cuyo caso, para diferenciarla, habría que someter al enfermo a una observación de algunos días y con los datos conmemorativos que indiquen el principio y marcha de la vesania.

Otros síntomas, como el temblor muscular, la dificultad en la emisión de la palabra comprendiendo sus distintos grados y la diferente dilatibilidad de las papilas principalmente, que si no constituye un signo patognomónico, es muy constante, nos inclinarán siempre por una forma paralítica, aunque haya ideas de persecución, no siendo en estos casos sino un simple síntoma.

Cuando el perseguido, asediado por sus alucinaciones, trata de oponerse a sus enemigos, ya por los insultos, ya porque lo tratan de envenenar, asesinar, etc., se deja llevar por sus instintos, para ejecutar el dictado de su razón extraviada, tiene accesos de furor durante los cuales pelea, rompe, vocifera, síntomas todos que unidos al insomnio que los acompaña, representa el cuadro que podría hacerlo confundir con un maníaco agudo; pero puede diferenciarse por la forma del delirio; en el maníaco reina la mayor discordancia en las ideas, no es apto para coordinar un pensamiento y los tópicos más desemejantes son debatidos sin que al fin diga nada; el perseguido, por el contrario, siempre es consecuente con su idea o sus ideas dominantes y precisamente en este período, es cuando sería más difícil confundirlo con otra forma; es lógico y hay raciocinio con relación a su falsa idea.

Puede confundirse con la lipemania, sobre todo, en aquellos casos en que el perseguido entregado a tristes reflexiones, adopta una actitud parecida; pero la generalización del delirio en aquel, la alteración de sus funciones orgánicas que repercuten en sus manifestaciones externas, el abatimiento profundo pintado en su rostro, el cambio pigmentario de su piel, más el temor y contrariedad que manifiesta cuando se le dirige la palabra, lo diferencian del perseguido por lo circunscrito de su delirio, falta de las otras manifestaciones, y cuando se le conversa, o no contesta por creerse delante de un envia-

do de sus perseguidores o si lo hace, se vale de subterfugios, palabras con doble sentido, que un interrogatorio

bien dirigido no tarda en hacerlo entrar por sí solo en el terreno de sus alucinaciones.

### CUADRO ESTADÍSTICO 1880/83

MESES	Entradas	Perseguidos	Prop. por % y fugados	Curados	Mejorados	Salidos	Fallecidos	Crónicos
<b>Año 1880</b>								
Enero	34	5	14.7	1	2	2	-	-
Febrero	27	2	7.4	-	2	-	-	-
Marzo	24	3	12.5	2	-	-	1	-
Abril	15	4	26.6	-	1	2	-	1
Mayo	18	4	22.2	-	-	3	1	-
Junio	13	-	-	-	-	-	-	-
Julio	18	2	11.1	-	-	1	1	-
Agosto	33	4	12.1	3	1	-	-	-
Septiembre	30	2	6.6	-	-	1	1	-
Octubre	30	1	3.1	1	-	-	-	-
Noviembre	30	4	13.3	1	-	2	1	-
Diciembre	22	1	4.5	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>32</b>	<b>10.5%</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>Año 1881</b>								
Enero	33	51	5.1	2	2	-	-	1
Febrero	27	2	7.4	1	-	1	-	-
Marzo	25	2	8	-	1	-	1	-
Abril	15	-	-	-	-	-	-	-
Mayo	15	5	33.3	-	1	3	-	1
Junio	16	1	6.3	-	-	1	-	-
Julio	16	1	6.3	1	-	-	-	-
Agosto	25	1	4	1	-	-	-	-
Septiembre	25	2	8	-	1	-	-	1
Octubre	33	3	9	1	-	2	-	-
Noviembre	33	4	12.1	3	-	1	-	-
Diciembre	30	4	13.3	2	-	2	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>293</b>	<b>30</b>	<b>10.2%</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>AÑO 1882</b>								
Enero	25	1	4	-	-	-	-	1
Febrero	19	4	21.5	2	-	-	-	2
Marzo	19	-	-	-	-	-	-	-
Abril	12	1	8.3	-	-	-	1	-
Mayo	22	4	18.2	-	2	-	1	1
Junio	18	6	33.3	1	1	3	1	-
Julio	13	2	15.3	1	-	-	-	1
Agosto	21	5	23.8	-	-	1	-	4
Septiembre	23	3	13.4	2	-	-	-	1
Octubre	27	3	11.1	-	-	3	-	-
Noviembre	20	2	10	-	-	1	-	1
Diciembre	26	6	23.7	3	-	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>37</b>	<b>15.1%</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
<b>AÑO 1883</b>								
Enero	25	3	12	-	-	-	-	3
Febrero	26	5	19.2	-	2	-	-	3
Marzo	29	2	6.8	1	1	-	-	-
Abril	20	-	-	-	-	-	-	-
Mayo	25	4	16	2	1	-	-	1
Junio	21	1	4.7	-	-	-	-	1
Julio	17	2	11.7	2	-	-	-	-
Agosto	22	4	18.2	1	-	1	-	2
Septiembre	73	4	5.4	-	-	-	-	4
Octubre	33	2	6	1	1	-	-	-
Noviembre	60	10	16.6	2	-	-	-	8
Diciembre	33	8	24.2	2	1	1	-	4
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>45</b>	<b>11.7%</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>26</b>

Estos cuadros representan el movimiento de los atacados de *Delirio de las persecuciones* durante cuatro años; por ellos se ve la proporción de estos alienados con el total de entradas, el número de curados, mejorados, salidos y fugados alienados, fallecidos y los que han pasado en la casa al estado crónico.

La proporción de curados figura con esas cifras: 1º - por estar comprendidos algunos perseguidos de causa alcohólica, y 2º - algunos de esos casos que he hecho notar, saliendo en apariencia curados, por haber permanecido durante un tiempo así en la casa; pero cuentan entre estos, varios que han vuelto nuevamente y, o han muerto o han pasado al estado crónico.

### PRONÓSTICO Y TERMINACIÓN

El pronóstico es muy grave, ya porque el enfermo no se rehabilita completamente de todas sus facultades, o por la cronicidad tan común que hace termine casi siempre por una *demencia* con alter nativas de mejoría.

Comprendo que mi práctica es sumamente exigua para autorizarme a lanzar un pronóstico con la gravedad del presente, aunque lo baso en la observación de los casos que aquí existen; si además agrego que a los enfermos dados de alta, no hemos podido seguirlos para observar la marcha de su estado vesánico, o por salir del país y entrar a otros manicomios y solo se sabe de ellos cuando vuelven nuevamente al Hospicio o aparece de tiempo en tiempo la noticia de un suicida loco, que buscando en los libros de entrada, los hemos encontrado la mayor parte de las veces con la clasificación: *Delirio (le las persecuciones)*, a contar recién desde el año 1876, época en que recién se encuentran clasificados todos los locos; por estos motivos tomo la autoridad de un alienista como Luys, trascribiendo el triste resultado de los 130 alucinados en los que ha podido seguir paso a paso la marcha de la enfermedad y de Legrand du Saulle para el *Delirio de las persecuciones*, comparar con los años que he podido observar aunque tenga el triste resultado de una cifra igualmente desfavorable a la curación.

Respeto el juicio del Dr. Meléndez, sobre el pronóstico de este delirio considerándolo curable cuando se pudiera tomar al insano en su principio; he hecho notar las dificultades que para esto hay, y sobre todo, ¿cómo nos pondríamos a salvo del error de diagnóstico tan fácil de incurrir en el período prodrómico?

Puedo asegurar que todos los perseguidos que he visto en el Hospicio, han sido traídos en el segundo período por lo menos, habiendo sufrido ya sus facultades trastornos de tal naturaleza, que el enfermo queda apto para nuevos ataques pasado más o menos tiempo, y de este modo llega a la *demencia*, fatal terminación del *Delirio de las persecuciones* idiopático de carácter franco y confirmado.

Luys, hablando de los alucinados, dice: "He encontrado gran número asediados por persecuciones, que bajo la influencia del aislamiento y de un tratamiento apropiado, podían fácilmente ser considerados como curados en el momento de su salida. Pero siguiendo estos

enfermos en el seno de sus familias, he aprendido muchas veces que si el proceso alucinatorio se había extinguido, era a expensas de la energía del espíritu y que la calma aparente de los enfermos no era otra cosa que un estado de demencia desconocida".

Los perseguidos son en su inmensa mayoría, alucinados y estas las causas de su delirio; cuando se ha sistematizado, el enfermo se encuentra en el caso de los que fatalmente llegarán al período de *demencia* como terminación, aunque el tiempo en que esta se confirme puede variar por infinidad de causas dependientes del individuo y del medio donde se lo coloque.

Al tratar el pronóstico de las alucinaciones, Luys con-signa una estadística que le es propia; cuyo resultado por si solo es suficiente para demostrar su gravedad; dice "De una manera general puede juzgarse la gravedad del pronóstico de un modo aproximativo por los datos siguientes: sobre 130 enfermos que he podido observar y seguir durante muchos años, al cabo de tres de aislamiento término medio, no he encontrado solo veinte que hayan podido volver al seno de la familia, y ser considerados provisoriamente como curados. Sobre estos veinte enfermos, las recaídas han tenido lugar en quince; en un período de tres a cuatro años, los otros cinco han sido perdidos de vista; en cuanto a los ciento diez restantes, han pasado insensiblemente a una demencia incurable".

Las ideas de Legrand du Saulle respecto al pronóstico del *Delirio de las persecuciones* son las mismas, poco más o menos, que las expuestas más arriba por arrojar una cifra igualmente desfavorable, de 20% de curación, consecuentes con ellas fija un pronóstico grave para aquellos casos en que entra el elemento *persecución*, y sobre cuya forma, el juicio del médico será reservado siempre; en atención al triste término en que van a parar estos enfermos pasado cierto tiempo del principio de sus manifestaciones, nada nos habla de los veinte que conceptúa curados y para los casos en los cuales puede esperarse la curación, indica un término de seis semanas a seis meses de tratamiento pasada cuya época, entra en el cuadro de los casos incurables; si persisten lo mismo sus concepciones delirantes.

El estado de excitación o depresión se modifica con el tiempo, y parece que el individuo se habitúa hasta cierto punto con sus alucinaciones, por lo que no da señales de ellas, y pasa así días y semanas hasta que de improviso estalla nuevamente su delirio; así, insensiblemente, llega a su terminación.

Hay otros casos en apariencia más benignos; pero que entrañan en sí consecuencias fatales; un ataque de *Delirio de persecuciones* franco, puede terminar en una o dos semanas, pero ante esta mejoría tan rápida, siempre hay que desconfiar ya que el enfermo, en apariencia curado, disimula sus alucinaciones y no es menos peligroso que cualquier otro perseguido restituido insano a la sociedad.

Cuando las intermitencias son duraderas, pueden entregarse de nuevo a sus ocupaciones y son los casos a que se refiere Luys, no faltando en el Hospicio de estos enfermos que obtienen su alta, calmados por la ausen-

cia de tenacidad en sus alucinaciones, o por suspensión completa de algún tiempo, queda lugar a un delirio tan circunscrito en sus manifestaciones presentándose el caso con toda la apariencia de curado; efectivamente, hay una mejoría muy notable; pero no resiste a un interrogatorio severo.

Vuelto de nuevo a la sociedad, se entrega como he dicho, a sus ocupaciones habituales o a otras capaces de distraer su imaginación, ya por la labor física o intelectual si a ello es guiado por el hábito, y aunque sus trabajos pueden tener un valor relativo, constituyen, sin embargo, una de las causas probadas capaz de retardar el período de demencia, influyendo otras dependientes del sujeto como ser su poder voluntario, su método de vida, su estado, la edad, herencia patológica, etc., etc.

Así pasan dos, tres, cuatro años en una vida llena de inconvenientes hasta que por alguna querrela o algún crimen cometido es preso por la autoridad y el médico de policía reconoce un alienado; se secuestra nuevamente; otros pasan menos tiempo, me refiero a los que se fugan alienados o a los

llevados por las familias antes del tiempo oportuno desoyendo los consejos del médico y por la inveterada creencia de que están curados porque conversan bien, esto sucede muy a menudo, y los enfermos razonan efectivamente, pero fuera de la acción de su delirio. Son llevados, como digo, y o se les hace viajar, lo que no es muchas veces conveniente, o cuando no puede ser soportado mas en la casa se le trae nuevamente al Hospicio en peores condiciones, como es natural, de cuando salió.

## TRATAMIENTO

Dada la gravedad del pronóstico, ¿el tratamiento es digno de consideración? Indudablemente, y comprende cuestiones de orden muy distinto relacionándose con la sociedad por una parte, con el sujeto mismo por otra, y si por hoy no disponemos de una terapéutica que triunfe ante muchas formas de locura incluida la que me ocupa, no debemos desesperar y concebir para tiempos más propicios de adelante y conocimiento íntimo si es posible de la vesania, para obtener los resultados que ya se palpan en otras como la melancolía, por ejemplo, desde que se emplea la morfina por tratamiento y aun la locura parálitica, tenida hasta Voisin, como fatalmente invasora hasta producir la muerte.

Es de esperar la suerte del perseguido sea otra que la de hasta hoy, teniendo en cuenta por la vía del progreso que han entrado el estudio clínico y anátomo-patológico de las enfermedades mentales y nerviosas, y entre nosotros, aprovechados para ponerlos en práctica con resultado satisfactorio cuando desaparezca la tradición errónea de lo que es una casa de locos, destinada para curarlos y no un refugio de enfermos incurables.

No debe culparse siempre a la enfermedad ni menos al tratamiento, la estadística desfavorable de muchas vesanias; teniendo la que me ocupa el triste privilegio de ocupar un sitio entre los más desfavorables; sino a los individuos que rodean al sujeto; desgraciadamente

muchas veces la tradición puede más que el raciocinio, y ante la esperanza, siempre halagadora, de un pronto restablecimiento se mantiene al enfermo en la época precisa de obtener algún resultado favorable, colocado en condiciones especiales a los que puede ofrecer un manicomio bien dirigido y bajo un régimen apropiado.

Uno de los medios más eficaces y reconocido por todos los autores, no solo para ésta sino todas las vesanias, es el *aislamiento*; bastando por si solo para curar algunas formas de locura, y como ha dicho Albert Lemoine: "El hogar, la presencia de los suyos, sus caricias, todas estas cosas que sería absurdo y bárbaro negar a otros enfermos, son lo más a menudo perjudiciales al loco. Dejarlo en su casa rodeado de los suyos y de todos los objetos que tiene el hábito de ver y manejar, es dejarlo en el medio donde su locura ha nacido, donde se fortifica cada día, donde tiene menos probabilidades de ser curado".

En los perseguidos a la par de ser una ventaja es una necesidad la secuestación en una casa especial, donde se le pueda sujetar a un tratamiento imposible entre los suyos, evitando también crímenes que cometerá en este periodo de su vesania, por inexperiencia de los que lo rodean y él impulsado por el dictamen de sus ideas delirantes.

En su casa puede decirse, es dueño de sus acciones, y difícilmente se le niega lo que desea, cambia la situación en un manicomio, donde debe sujetarse a prescripciones dadas, aunque cierto es, que esta clase de locos, son los más difíciles mantener en sus primeros tiempos de secuestación, y mucho menos hacerlos entrar por la vía de un tratamiento siempre rechazado y ve en quien se lo prescribe, no el propósito de obtener la curación de su enfermedad, que por otra parte él no reconoce, sino, lo agrega al número de sus tantos enemigos; circunstancia especial para el médico alienista, impotente con su raciocinio, para convencerlo de lo contrario y obteniendo, por lo general, en recompensa, no un amigo sino un verdadero enemigo mientras dura su estado vesánico.

Estas primeras modificaciones sufren, con el tiempo de permanencia en la casa, sus alternativas en relación con la marcha de los fenómenos alucinatorios; ante todo, la primera modificación depende exclusivamente del cambio de medio; apartado del bullicio, libre de las discusiones de propios y extraños, encuentra en su retiro amigos, colegas y empleados prontos a oír con calma el relato de su vida y sufrimientos, lo que le proporciona la satisfacción de que haya seres a quienes confiar sus penas, en cambio del furor y agitación por quien se las discute.

Por la descripción hecha de los perseguidos, se deduce que lo expuesto comprende a una parte de ellos solamente, y aquellos que entran en un periodo de agitación, previo tratamiento de algunos días, pueden formar parte de los anteriores, observándose que mucho más tiempo tardan los perseguidos pasivos, los que abstraídos por completo en sus ideas, buscan en la soledad el medio de ponerse a salvo de sus enemigos, aunque pasan por su imaginación los cuadros más sombríos.

La aparente dificultad con que se tropieza para con-



ducir estos enfermos al manicomio, se salva valiéndose precisamente de las ideas capitales que encierra su delirio; al obrar de acuerdo con ellas, el perseguido más desconfiado se entrega, y solo llega a conocer el engaño cuando se encuentra en la casa, por ejemplo, se trata de un individuo que por sus alucinaciones auditivas prevé la trama de un crimen por cometerse con su persona, de otro que tratan de envenenarlo, de otro con ideas mixtas, se da alguna cuenta de su estado y comprende que no es normal; en fin, la serie variada de ideas dominantes, que debido a la habilidad del encargado de la secuestación, interpretándolas, indicará al enfermo la medida a tomar; así al primero se le hace comprender la necesidad de un interrogatorio verbal ante el Jefe de policía o cualquiera autoridad para que conocidos los hechos denunciados, se facilite la pesquisa; difícilmente no accede, y el informe *in voce* lo da en la casa de orates; para el presunto envenenado, la necesidad que hay de hacer un análisis de sus deyecciones y dar datos sobre el hecho; del que conoce su estado anormal, la necesidad de pasar unos días de campo en una casa de recreo destinada al efecto; en fin, como he dicho, puede más la inventiva del individuo encargado del enfermo, que las reglas que pueda dar; teniendo todos estos pormenores su importancia, aunque no se considere sino bajo el punto de vista humanitario, remplazando la violencia por el engaño.

El aislamiento, o mejor, la secuestación de ciertos perseguidos en un manicomio, es además una conveniencia social, apartando de su seno al individuo peligroso por sus actos e irresponsable por su estado vesánico. Parchappe, se expresa en estos términos: "No es sino coartando la libertad de acción del alienado peligroso, como puede prevenirse o impedir que abuse de ella. De aquí el derecho y el deber para la sociedad de intervenir en la vida del alienado peligroso, y aun apoderarse de su persona para colocarlo en condiciones especiales de vigilancia e impedimento de obrar. El interés de la seguridad pública es el primero que se ha tratado de satisfacer".

Indudablemente, la gran mayoría de perseguidos se encuentran en las condiciones de alienados peligrosos y perturbadores del orden público.

La calumnia, el insulto ya sea de palabra o por escrito, la complicidad de ciertas personas en un misterioso crimen que su mente enferma crea, y que pone en conocimiento de la autoridad, ligando hechos de una manera admirable, y una serie de actos de naturaleza análoga coincidiendo con el periodo de no sistematización del delirio, serían motivos suficientes para autorizar la secuestación del individuo que no es responsable moralmente, ni ante la ley penal. Con mayor razón, al que ha designado su víctima, sistematizando su delirio y convertido en perseguidor, hará pagar tarde o temprano con la vida a su supuesto enemigo, venciendo por su parte los mayores sacrificios, con el objeto de perpetrar su crimen, pensado y madurado con mucha anticipación.

La obra de Legrand du Saulle sobre el *Delirio de las persecuciones*, consigna una cantidad de historias referentes a estos casos, habiendo dado lugar a notables y

luminosos informes médico-legales, para probar la irresponsabilidad del criminal, aconsejando la secuestación del enfermo para dejar libre a la sociedad de una amenaza continua. En estos casos no hay duda, y el derecho de propia conservación está sobre los sentimientos de familia é intereses particulares del enfermo.

Se presenta una cuestión no muy fácil de resolver siempre, y es: ¿Cuándo y que tiempo debe secuestrarse al perseguido? Lo delicado de este asunto aconseja el informe de peritos, de preferencia médicos alienistas, familiarizados por su especialidad con estas enfermedades, y en los que se debe suponer conocimientos más maduros para ponerlos en aptitud de hacer frustrar crímenes seguros o salvar al inocente.

¿Cuántas veces los perseguidos de apariencia más tranquila son los más peligrosos y algunos considerados curados, una imprudencia darles libertad! No es el estado de excitación en el perseguido, lo que siempre pueda inducirle a designios siniestros; por el contrario, en el silencio está oculta la trama de su plan, que un ojo experimentado y clínico puede prever muchas veces, aunque más no sea, en un acto insignificante.

Respecto al tiempo que debe durar la interdicción del perseguido que haya cometido un crimen, nada dicen nuestras leyes, y queda comprendido en la generalidad de los alienados criminales; cuando a juicio del médico-director del establecimiento, el insano esté curado se le dará la libertad o se le restituirá a su punto de procedencia. Conceptúo defectuoso este proceder, aunque no desconozca la competencia del médico al frente del establecimiento; tratándose de perseguidos de esta naturaleza, cuya curación para mí es dudosa, deberían intervenir también los médicos que certificaron la insania para ser secuestrado, ú otros nombrados *ad hoc*, que informando con el director, den la sanción del estado fisiológico, evitando así errores que pudieran cometerse por uno solo.

Si difícil es marcar la frontera entre la razón y la locura, cuánto más no es fijar cuando ésta ha desaparecido.

Aubanel, en Francia, ha sostenido que todo alienado homicida no curaría, y aunque así fuera, el interés social aconsejaba la secuestación a perpetuidad en una casa de alienados, se ha puesto en práctica esta teoría por algún tiempo, hasta la promulgación de la *ley del 30 de Junio de 1838*, que se opone, hasta cierto punto, a aquella práctica; pero que no resuelve nada con respecto al punto especial de que me ocupo; dice así el art. 13: "Toda persona colocada en un establecimiento de alienados, cesará su detención tan pronto como los médicos del establecimiento declaren que la curación se ha obtenido. Si se trata de un menor etc., etc."

Nada dice, como se ve, del alienado homicida, ni se refiere a tal o cual forma de locura, modificaciones necesarias y exigidas por los progresos en el estudio de las frenopatías.

Legrand du Saulle, no simpatiza con la teoría de Aubanel por absoluta, aunque ve que la *ley del 30 de Junio* es susceptible de algunas modificaciones que completen la gran obra. Cita algunos ejemplos de casos prácticos en pro y en contra de aquella teoría, entre ellos la historia



notable de un caso que prueba hasta donde deben llevarse las precauciones con el individuo puesto en libertad: me permitiré citar aquí los pasajes mas interesantes: "En uno de los departamentos del Este, Teodoro D. edad 26 años, inteligente, de buena conducta y de un carácter apacible, asesinó un día a dos hombres, sin premeditación, motivos ni causa aparente. El autor de este inexplicable crimen parece haber obrado bajo la influencia de un acceso transitorio de locura y fue secuestrado en un asilo público de alienados.

Llegó muy calmado y razonable. Pasado cierto tiempo el estado mental de T. era excelente y el médico del asilo pidió su salida. El prefecto la rehusó. Nuevas tentativas fueron hechas durante cinco años y el prefecto rehusó siempre. Teodoro se dirigió al Ministerio del Interior en estos términos: "Si he sido alienado, estoy curado y se viola la ley deteniéndome aquí; si no he sido loco que se me juzgue y se me condene". El Ministerio envió un médico alienista y el informe fue favorable al estado mental de T. por lo que se libró orden de ponerlo en libertad. No pudiendo residir en un departamento donde había adquirido tan triste notoriedad llegó a Paris donde la Prefectura de policía le puso en conocimiento lo siguiente: "Estáis libre, pero habéis cometido actos tan horribles que, en el interés del orden público y de la seguridad de las personas, la administración debe velar porque nuevas desgracias no se produzcan, etc. Una condición se os impone, que uno de los médicos del servicio de alienados constatará todos los meses vuestro estado mental".

Legrand dn Saulle fue encargado del reconocimiento mensual, y en 18 meses pasó 18 informes a la administración demostrando una calma perfecta y una razón irrefragable. A pedido de T. fue dispensado de presentarse en lo sucesivo.

Nada se supo después del enfermo.

Sigue: "... una cosa ha llamado mi atención y la he mencionado dos o tres veces en mis informes; quiero hablar de la falta de todo arrepentimiento y de la falta absoluta de solicitud por las familias de las dos víctimas. Entre otros concejos que le daba le hablé en estos términos: Olvida Ud. que tiene dos familias de adopción. ¿El hombre honesto que involuntariamente ha hecho mal a otro no debo repararlo? El pan que ganáis pertenece por mitad a las viudas e hijos de los dos hombres a quienes habéis dado muerte, No he conseguido sino provocar una ligera sonrisa". Aquí concluye el autor diciendo: "nunca he visto un caso semejante", y por las últimas consideraciones hechas, da lugar a la duda si está o no definitivamente curado.

La práctica seguida entre nosotros, como he dicho, deja mucho que desear y ante cada caso, que es una lección, se nota el vacío de nuestros Códigos que aún en este siglo, comprende bajo el título de "Los Dementes" a todos los alienados; y la falta de una legislación especial sobre la materia, reclamada por el aumento considerable de alienados debido a causas diversas.

Me he apartado un poco de la mente de mi trabajo, mas ha sido guiado solo por el deseo de llamar la aten-

ción, indicando uno de los tantos puntos interesantes para el estudio entre nosotros, que de poco tiempo a esta parte apreciamos la importancia de las enfermedades mentales.

Las indicaciones terapéuticas varían en cada caso, reduciéndonos por hoy a hacer un tratamiento sintomático, procurando restablecer la calma en el agitado y acallar en lo posible la turbulencia de las alucinaciones, reparando al mismo tiempo, con un tratamiento apropiado, las modificaciones que por lo general sufre la economía.

En aquellos de causa apreciable ya sea tóxica o diatéctica, será contra ésta que se dirigirá el tratamiento y son, por lo general, de los que se obtiene algunas curaciones que hacen peso en favor de la estadística.

La *Hidroterapia* tiene su doble aplicación, bajo la forma de baños tibios y duchas a la temperatura ordinaria; llenando en cada caso su indicación especial; es sabido el poder sedante de los baños tibios pudiendo variar la temperatura entre 30° y 40° grados propinándoles del modo siguiente: en este Hospicio hay un Departamento especial, que contiene las bañaderas construidas sólidamente, y a las que llega el agua por tres tubos distintos; el uno la vierte a la temperatura ordinaria, otro da la caliente y el tercero, situado en la parte superior en el muro, suministra un chorro continuo de agua fría que cae sobre la cabeza del enfermo, la que está cubierta de un gorro con objeto de obtener una refrigeración uniforme y salvar el inconveniente que traería el choque directo de aquel, sobre el cráneo al descubierto por el tiempo que dura cada baño, con esta refrigeración se evitan las congestiones cerebrales que pueden hasta causar la muerte.

Los tipos agitados, llamados por lo común furiosos, y cuyo estado general no indique profundo deterioro de su economía, como sucede en algunos perseguidos con *afagia*, son en los que están indicados estos baños, que con otros coadyuvantes, como la oscuridad, el hidrato de cloral a la dosis de 2, 4 y 6 gramos en las 24 horas, las sales de potasio, y en algunos casos los preparados del opio, se obtiene a los pocos días de tratamiento una calma muy notable.

Como estos enfermos he dicho, entran en el número de los furiosos, se han usado y se usan aun hoy, medios de represión abolidos por completo entre nosotros; por ejemplo, se les sujeta en los baños con una fuerte tela de lona que lo mantenga sumergido y perforada a la altura del cuello para dar paso a la cabeza; si bien tiene sus ventajas, no son compensadas por sus inconvenientes; el peligro de los perseguidos en este caso es que traten de suicidarse ahogándose, cosa que no evita la lona, y lejos de eso, les proporciona el medio de ahorcarse; aquí nunca se ha hecho uso de esa practica, pero la resolución estoica del perseguido, me hace concebir como podría quitarse la vida. Reemplazados esos medios por la vigilancia de enfermeros o individuos cuerdos que permanezcan al lado del enfermo la hora y media, 2 o 3 horas que dure el baño, todo movimiento sospechoso es inmediatamente reprimido.

Al sacarle del baño, se le pasa a una habitación oscura en la que solamente hay una cama, y si el caso lo exige, por sus tendencias manifiestas al suicidio, un guardián se constituye el vigilante de sus movimientos; esto por el día; por la noche, es conveniente sean colocados en salones comunes donde la vigilancia pueda extenderse a más enfermos. A este respecto son necesarias algunas modificaciones ya pensadas por el Dr. Meléndez, que se pondrán en práctica uno vez concluido el ensanche del Hospicio; por ahora, dadas las comodidades escasas de que disponemos, y lo poco numeroso del personal, pocos son sin embargo, los suicidios aquí ocurridos, habiendo sido muchas las tentativas; y aunque la triste historia de perseguidos ocurridos en algunos manicomios prueba la insuficiencia del que vigila su sueño, nos vemos en la precisión algunas veces, de usar el *chaleco de fuerza* por la noche, que si bien tratamos de abolirlo, ha salvado la vida de algunos casos, no pudiendo reemplazarlo por otro medio, hasta que no se disponga de los *cuartos forrados con cautchouc*, nuevo adelanto de que dispondrá el manicomio en construcción. La temperatura de estos, debiendo variar según las necesidades, puesto que los enfermos estarán adentro completamente desprovistos de ropa, cama, etc. se obtendrá por medio de estufas dispuestas convenientemente, y el grado de calor se apreciará por termómetros colocados al efecto.

Muy común es la tendencia al suicidio en ciertos perseguidos, por lo que reclaman una atención especial; en estas casas tratan por lo general, de ahorcarse por ser el medio más a su alcance para cumplir su determinación, los hemos sorprendido con todos los preparativos para suspenderse del techo o de los hierros de la ventana, sirviéndose de las sábanas, o tratando de estrangularse en la cama, con estos antecedentes se ve cuántas precauciones hay que tomar, registrarlos prolijamente, sobre todo por la noche, sacándole lo que pudiera servir para su objeto y si la determinación llegara hasta manifestarla, no hay otro medio, sino hacerle pasar la noche enchalecado, único por ahora capaz de evitar un percance.

Los *baños de ducha*, además de llenar las prescripciones de la higiene tienen su aplicación en los casos particulares, y como tónicos, cuando esté indicada esta medicación.

La *afagia*, común en los perseguidos, obedeciendo a distintas causas, ya sea por alucinaciones externas o internas, reclama un tratamiento enérgico y constante por comprometer seriamente la vida del enfermo; hemos tenido oportunidad de ver algunos con este síntoma traídos en un estado de inanición tal, que nos ha hecho dudar al principio del éxito, habiendo sido siempre felizmente satisfactorio; la *afagia* confirma más, hasta donde llega la resolución del perseguido, creo que dejando la alimentación encargada a su voluntad, la muerte sería irremediable. Hay necesidad imperiosa de emplear la *alimentación forzada*, y hemos usado tres métodos ya separados o conjuntamente dos o los tres; me refiero a la *alimentación por la boca, la nariz o el ano* y pronto se ensayará la inmersión del enfermo en un *baño alimenticio*.

El procedimiento por la boca, es el siguiente: se le

pone al individuo un chaleco de fuerza no muy apretado, para librarnos de los esfuerzos con los miembros superiores que impedirían la operación, luego se le hace sentar en una silla especial de construcción sólida y de respaldo alto para poder fijar la cabeza; se la inclina sobre algún mueble o la misma cama, así los pies del orate no tienen ningún punto de apoyo, lo que hace sus esfuerzos inútiles; en esta posición, un ayudante tiene la cabeza, se le pone en la boca un aparato de madera de forma triangular, provisto de un canal en el centro, llenando dos objetos a la vez: tener separados los arcos dentarios y evitar los inconvenientes que traerían la sección de la sonda en algún movimiento brusco. Se toma la sonda esofágica como una pluma de escribir y previamente untada con un cuerpo graso en su extremidad, se desliza por el canal del aparato; este cateterismo se hace como en el procedimiento ordinario pudiendo salvarse el inconveniente de que la lengua haya sido empujada por el aparato, en cuyo caso algunos movimientos podrían librarla, y si no, puede introducirse el dedo índice por el canal y bajarla para que dé paso a la sonda.

Este procedimiento no puede siempre llevarse a cabo, por encontrarnos con sujetos que presentan suma dificultad para abrirles la boca, exponiéndolos por medios violentos o lastimarles los labios o encías y en muchos casos a la fractura de uno o más dientes; por otra parte, los aparatos de que disponemos hoy son tan imperfectos, haciéndose necesario y conveniente sea reemplazado por el que paso a describir.

Para la introducción por la nariz se manipula como sigue: previo los preparativos anteriores, se examinan las fosas nasales si presentan algunas anomalías; sabido es que el vómer muchas veces está más inclinado hacia un lado que a otro; se elige entonces el más libre o cualquiera, si no hay inconveniente; se toma la sonda cuyo calibre en este caso es de 0,005 milímetros, también como pluma para escribir a unos 0,06 centímetros de la extremidad libre, se unta con un cuerpo graso y se le da una pequeña corvadura hacia abajo, fija la cabeza del enfermo, se apoya el dedo meñique sobre la barba, con el objeto de poder seguir los movimientos de aquella; se le presenta la extremidad de la sonda de abajo arriba y cuando se haya introducido un centímetro, se irá llevando hacia la horizontal avanzando siempre; cuando llega a la pared posterior se detiene, entonces se le imprime un movimiento de báscula levantando a la vez algo hasta que desliza rozando la pared posterior de la faringe, suavemente se empuja, y aquí ya se encuentra facilitado el progreso por los movimientos reflejos de deglución que llevan por si solos la sonda. Entre los inconvenientes, el más serio, sería la introducción en la laringe; pero los síntomas de asfixia y la tos nos indicarían inmediatamente el falso trayecto, habría que levantar la sonda y hacer nuevas tentativas. Esta operación está tan exenta de inconvenientes teniendo un poco de cuidado, que puedo decir, la he practicado más de cien veces, sin haber tenido nunca ningún percance. Cuando se ha llegado al estómago, se inyecta la sustancia lo mismo que por la boca. Sería de desear que dispusiéramos

de un aparato que salve los inconvenientes de la jeringa común; la *bomba aspirante-impelente de Kusmaul*, llena perfectamente el objeto.

Por *el ano*, o se ponen enemas alimenticios, o se introduce un tubo más largo adaptado por la otra extremidad a un depósito colocado a cierta altura, que contenga la sustancia alimenticia; en razón de la altura, la columna líquida por presión penetra en el intestino, pudiendo hacer esta inyección intermitente, por medio de una llave que corte a voluntad la comunicación con el depósito.

Las sustancias que se emplean tienen que ser líquidas o semisólidas, suspendidas de tal modo que no obstruyan las sondas; empleamos la leche, el caldo, candiales, papillas de sémola, chuño y últimamente la carne en polvo, vinos distintos según los casos y muchas veces nos hemos valido de algunos de estos procedimientos para llevar a cabo una medicación.

La temperatura de las sustancias, conviene en la mayor parte de casos sea la ordinaria; respecto a la cantidad puede darse:

Leche: 500 gramos  
 Caldo: 500 gramos  
 Huevos: 4  
 Sémola: 60 gramos  
 Carne en polvo: 120 gramos  
 Vino 160 gramos

En las 24 horas, pudiendo hacerse 3 a 4 veces el catterismo.

Una de las condiciones esenciales para el éxito, es la constancia, tratando a la vez de persuadir al enfermo que debe comer sin necesidad de la sonda, la paciencia por parte del operador evitará muchos inconvenientes que son pequeños detalles de la práctica, y no se prestan a descripción. Los perseguidos comen por sí, pasado cierto tiempo de una alimentación forzada, que los libra de la muerte; la duración de este tratamiento varía con los individuos, y por los casos de aquí, puedo fijar de unos días a mes y medio que ha sido el de más duración que haya observado, me refiero solamente a los perseguidos.

Las alucinaciones, principalmente del oído, tan comunes, no suministran indicación especial y nos reducimos solamente a calmar sus efectos por los medios que he tratado anteriormente; ante todo, cuando se observan fenómenos precursores de excitación, conviene separarlos inmediatamente del radio donde se encuentran y aislarlos por completo de los demás. Se procura hacerle conciliar el sueño, valiéndonos del *opio* y sus *compuestos* solo o asociado al *hidrato de cloral*, cuya acción combinada es más duradera; por lo demás, el empleo del Haschich, Belladona, Tártaro emético y otros, no dan el resultado que se espera. Los *purgantes salinos* están indicados y se administrarán mientras sea posible antes que la borrasca estalle.

Los *cáusticos a la nuca*, tienen su indicación en algunos casos; parece que por el dolor distraen en algo la

imaginación del paciente que lo obliga a no estar siempre abstraído en su delirio.

En los periodos de calma, conviene el ejercicio, ya sea físico, ocupándose en algunos talleres, muy incompletos ahora; pero la comodidad de la nueva construcción los proporcionará mejores, o en trabajos agrícolas y de jardinería que tan benéficos resultados se consiguen con todos los locos en general que puedan emplearse en esta clase de ejercicios; ya sea intelectualmente, por lo que es de necesidad indispensable una biblioteca en estos establecimientos, tanto más, cuanto que he dicho más arriba, este medio retarda el periodo de demencia.

Necesario es también proporcionar distracciones que haga más llevadera la vida del secuestrado, cuando su estado mental pase por ese periodo de transición, si podemos llamar así, o cuando ha pasado el periodo agudo de sus alucinaciones para entrar en una calma relativa, y si en esta forma de locura son necesarios ¿cuánto no podrá decirse de aquellos que favorecidos por una estadística más halagadora, pudiéramos proporcionarles comodidades de reconocido éxito en el tratamiento?

Es de felicitarse que el Dr. Meléndez, inspirado en los adelantos de la patología mental por estar al día, pondrá en práctica sus conocimientos una vez concluido el cómodo edificio de que en adelante dispondrán los alienados y sabrá llenar este vacío notado desde tanto tiempo.

Un tratamiento cuya eficacia es incontestable en algunas vesanias, tiene una aplicación muy reducida en los perseguidos. Afrontar la situación y combatirla por medio de la razón y el convencimiento, se obtiene por lo general un resultado negativo, convencer al perseguido que no oye sus alucinaciones, que sus supuestos enemigos son por el contrario buenos amigos, que todos los fenómenos que le dicta su razón, son estados anormales que obedecen a una enfermedad pasajera; es prevenirlo en contra de uno mismo, incitarlo más a que trabaje su imaginación en buscar argumentos cuando se encuentra en un círculo del que no puede salir; si bien algunas veces, se obtiene algo, al día siguiente está todo perdido, ha reflexionado, volviendo a sus primitivas ideas

Por otra parte, si alguna vez hay que ganarse la confianza del enfermo para el estudio, se le admitirán sus ideas sin discutir, y una vez formada opinión, aconseja un gran práctico, que el médico no discutirá con el perseguido.

“El médico -dice- debe afirmar o negar un hecho, jamás dejar degenerar las discusiones hasta la familiaridad y conservar siempre la superioridad que posee todo hombre razonable, sobre cualquiera que delira”.

He tenido oportunidad de hablar con muchos perseguidos y emplear el tratamiento moral, pero solo recuerdo haber obtenido algún resultado en aquellos de causa manifestamente alcohólica; aceptan los raciocinios y confiesan que todo lo que ha pasado, habrán sido perturbaciones de su mente, sirviéndonos esto a la vez de indicio de curación; en otros perseguidos, cuando más, llega la duda, que no tarda en ser suplantada por el convencimiento de sus raciocinios anteriores.

## CASOS PRÁCTICOS

### OBSERVACION I

A. H., Suizo-alemán, 42 años de edad, casado, profesión comerciante; entró a este Hospicio en Febrero de 1883. De temperamento nervioso, encontrándose su constitución algo debilitada, de talla mediana, presenta su cráneo una particularidad muy marcada, en su parte posterior; el borde superior del occipital sobresale como un centímetro del nivel donde se unen los dos ángulos postero-superiores de los parietales con aquel hueso.

No se poseen datos ciertos de antecedentes patológicos por parte de sus padres; dice que siempre han sido sanos; por lo que a él toca, no recuerda haber tenido enfermedad grave de ninguna especie, no ha recibido contusión alguna, ni tampoco ha tenido hábitos viciosos. Ha sido siempre de un carácter reservado y taciturno, dedicándose a sus negocios a pesar de la poca suerte que ha tenido en ellos y dejándolos más tarde para ocupar puestos importantes en casas fuertes de esta plaza; poseyendo una buena educación.

Los antecedentes de su estado dados por la familia aquí, son los siguientes: hacía ya 5 o 6 meses, había cambiado completamente su modo de ser, al concluir sus horas de oficina, iba a su casa para no salir hasta el día siguiente, se alimentaba muy poco y por la noche antes de acostarse, recorría toda la casa asegurando las puertas; increpaba a su esposa por que la suponía la causa de que los vecinos hablaran de él; estos fenómenos fueron acentuándose más y más; no siendo otra cosa sino la invasión de las alucinaciones auditivas, a punto de llevar a aquella hasta el balcón, para que oyera con él, lo que se le decía; era objeto de los más raros insultos y en la calle por el día, o en la casa donde estaba empleado, se repetían las mismas escenas. Se le sujetó a un tratamiento tónico-reconstituyente, más los fenómenos alucinatorios lejos de calmarse aumentaban; se levantaba por la noche en busca de sus insultadores, en la azotea, balcón, o en la calle; fue haciéndose difícil mantenerlo con raciocinios, hasta que intentó producirse mutilaciones con un cortaplumas, siendo en este estado remitido al Hospicio.

Durante los primeros días protestaba por su secuestro, haciendo cómplices de ella a su esposa y otras personas que nombraba, esperando con anhelo una oportunidad para evadirse; los sentimientos afectivos estaban completamente perdidos y siempre que conversábamos con él nos hablaba de sus enemigos, oyéndolos aun en esta casa.

Se emprendió el tratamiento administrándole un purgante salino, baños tibios, reclusión e hidrato de cloral por la noche; al mes, aproximadamente, estaba ya muy calmado, pero siempre persistían las alucinaciones aunque no de un modo tan tenaz, se le permitió la visita de los suyos, a quienes pedía encarecidamente lo sacaran. Así pasó hasta el mes de Mayo, habiendo un día burlado la vigilancia del guardián emprendió la fuga, repitiendo esto mismo varios días seguidos.

Su delirio era siempre idéntico, lo insultaban las mismas personas, y para librarse de tan largo padecer, ya que no había podido escapar, buscó en el suicidio su único remedio.

Esperó la noche, y a la hora que suponía todos durmieran, comenzó su tarea preparando con jirones de las sábanas todo lo necesario para ahorcarse; como el sereno me diera aviso de oír ruido en el cuarto que ocupaba nuestro enfermo, nos trasladamos a él, llegando en momentos que concluía los preparativos pare suspenderse de los hierros de la ventana por medio de un lazo hábilmente colocado.

Me confesó llanamente su determinación, y procedí inmediatamente a llenar las prescripciones del caso, he descrito en el tratamiento cuales son estas.

Como a los 25 días, estas ideas habían pasado y cuando se le hablaba algo al respecto, trató siempre de cambiar la conversación.

Pasó bajo una calma aparente hasta fines del mes de Junio en que nuevas alucinaciones complicaron las anteriores, presentando el cuadro más completo de los de la vista que haya observado.

Se aproximaba a las ventanas y dirigiendo su mirada a la quinta nos describía las más raras escenas, siendo siempre actores las mismas personas que antes lo insultaban. Fue invitado varias veces para llevarnos al sitio de estos sucesos y nunca encontramos a nadie; sin embargo, no se convencía de lo contrario y al pedirle explicaciones, nos decía oír voces en distintos puntos adonde nos conducía, y a pesar de no hallar su procedencia; solo se explicaba él el fenómeno, diciendo que se ocultaban. Así pasábamos largas horas y cuando entrábamos de nuevo al Hospicio, los mismos hechos se repetían; estas visiones duraron como mes y medio desapareciendo para no volver hasta ahora.

Esta complicación es importante, sobre todo, si se tiene en cuenta que los autores la niegan. Me preocupé de sus datos anamnésticos para encontrar alguna causa alcohólica, pero todo fue en vano, pues todos los miembros de su familia interesados en dármeles a conocer me han asegurado que en más de 11 años que le conocen jamás bebió.

Como he dicho, estas alucinaciones pasaron repitiéndose de vez en cuando algunas del oído, pero había ya sistematizado su delirio y ante nada retrocedía. Pidió ocuparse en algo y ayudaba a trabajar en los libros de la casa, desempeñándose perfectamente.

H. no estaba curado, pero fueron tan reiterados los pedidos de la familia que se le dio el alta condicionalmente; he sabido que piensan secuestrarlo otra vez.

### OBSERVACIÓN II

N. N. Español 34 años de edad, soltero, entró a este Hospicio en Noviembre de 1883.

Encontrábase aún en España el año 1876 cuando en compañía de un amigo decidió hacer un viaje a América, país que no conocía, aunque había oído hablar muy favorablemente en el sentido de poderse ganar la vida có-



modamente y aun poder labrar en poco tiempo una modesta fortuna, ante este porvenir compran en sociedad algunas mercancías con el objeto de poder cubrir los gastos de viaje con la ganancia aquí obtenida. Una vez en este puerto tocaron con dificultades en el desembarco, derechos etc., pero nada hubiera sido esto, sino que, por motivos particulares, tuvieron muchos inconvenientes para la venta; por lo que quedaron en algo defraudadas sus esperanzas; sin embargo, emprendió la carrera del comercio. La amistad de algunos compatriotas facilitaron sus deseos empleándolo aquí, pero sus aspiraciones eran más, y se fue al campo de donde volvió al poco tiempo para ocuparse nuevamente en la ciudad, por no poder habituarse a las costumbres de nuestros campesinos. Disponiendo en esta época de un pequeño resto de su negocio primitivo, buscó una colocación en una casa de comercio, en la cual tuvo altercados con otro dependiente, aunque el dueño le dispensaba mucho crédito y confianza, sin embargo decidió salir de allí y se ocupó al poco tiempo en una gran tienda, en donde permaneció cinco días, motivando su salida un desagrado con el jefe de su repartición; está un mes fuera, hasta que vuelve nuevamente a la casa donde trabaja tres meses seguidos y por nuevos disgustos es llevado de allí a la policía. ¿Cómo ha pasado todo esto? y ¿por qué se encuentra en el Hospicio? se deduce por la serie de acontecimientos acaecidos últimamente; cuando entró a su última ocupación, trataba de desempeñar lo más cumplidamente sus obligaciones, con el objeto de adquirir méritos para con sus superiores, pero, tal vez la preocupación del principio por no haber podido llevar a cabo el plan que traía ya trazado de su patria (no hay otros antecedentes) empezó a perturbarse su mente, y entre sus compañeros de tarea nota actos que le son completamente extraños a la par que desagradables; complotados trataban siempre de hacerlo quedar en ridículo con actos y gestos indirectos que comprendía eran dirigidos a él, pero siempre ha tratado de no darse por aludido, hasta que sorprende a dos que en voz baja hablaban de su persona denigrándola en todo sentido, como también a su familia, trata de pedir explicaciones, y las cosas continúan tanto más hasta el punto de hacerlo vigilar en todas partes, siguiendo sus pasos aun en su propia casa; dormía fuera de la tienda experimentando todos los días la contrariedad de ser seguido por diferentes personas hasta la misma puerta de su habitación, donde relataba a su compañero de cuarto lo que le pasaba, oyendo además por la noche que se hablaba de él en los corredores y habitaciones de al lado, sin embargo, ninguna determinación había tomado hasta que se resuelve dirigir una carta a un Comisario de sección anunciándole lo que le pasa. Es citado y en presencia de un médico no tardan en reconocer a un *perseguido* y se remite al departamento central.

N. estaba ya en el 2do. Periodo de su enfermedad, con su delirio sistematizado acompañado de alucinaciones del oído que él hasta hoy repite, ha oído y oye aun que se le insulta de la manera más vil, habiendo querido valerse de la autoridad para librarse de sus perseguidores.

Débil ya, indudablemente por falta de alimentación

anterior, por suponer se tratara de envenenarlo, pasó muy mala noche en el departamento donde el dictado de sus alucinaciones le hacen suponer se tratará de asesinarlo, toma entonces una tijera que llevaba consigo y se infiere una cantidad de heridas en la frente y brazos por lo que fue remitido al día siguiente al Hospital Buenos Aires para su asistencia. Allí su delirio y alucinaciones estaban en su período más agudo, oía insultos pero callaba, veía en cada uno de los enfermos un enemigo soportando esa lucha 20 días, hasta que escribe al cónsul español pidiendo ser sacado de allí y llevado donde hubiera españoles puramente, llenados los trámites del caso es llevado al Hospital Español, y de allí conducido a este Hospicio el día 13 de Noviembre de 1883, a los 40 días de encontrarse en aquel Hospital.

La debilidad era extrema en N. a punto de no poder ni sentarse en la cama, negativa absoluta a tomar ningún alimento por temor de ser envenenado; habiéndosele instituido como tratamiento la alimentación forzada por la nariz, llevando a su estómago no solo alimentos, sino los tónicos reconstituyentes que necesitaba su economía, además de una ducha fría todas las mañanas, hasta que a los 25 días, pudo levantarse, alimentándose por sí solo, pasando en compañía con los otros orates de su sección.

*Estado actual-* Su constitución completamente restablecida; sus facultades mentales siempre perturbadas es presa continuamente de alucinaciones del oído; se le insulta como a toda su familia, pide continuamente la libertad y por la noche repite siempre con sus compañeros los mismos temas, haciendo tremendos cargos a los representantes de España, en ésta, y en sus incoherentes escritos no firma, por temor de ser descubierto de sus perseguidores. Designa siempre a las mismas personas a las que considera causa de su desgracia, y conserva en su poder unas cajas de fósforos, viendo en las figuras miembros de su familia hechos fotografiar por aquellos, insultos que vengará cuando salga.

Si bien es cierto se encuentra ahora relativamente bien, tiene sus exacerbaciones durante las cuales hay que usar medios enérgicos, aislándolo de los demás, y tomando todas las precauciones para evitar cometa un homicidio o se suicide.

Se le ha administrado el haschich, la belladona, el opio en distintas formas, mas hasta hoy no se han obtenido los resultados que se desean.

### OBSERVACIÓN III

N. N. Francés, 45 años, casado, marinero, entró a este Hospicio bajo un ataque de *alcoholismo agudo*.

*Antecedentes.-* Como datos suministrados por la familia, éste enfermo desciende de padre bebedor consuetudinario y ha muerto ya a una edad algo avanzada; de la madre no he podido obtener datos.

N. hombre trabajador, de constitución fuerte, ha heredado de su padre el hábito de las libaciones alcohólicas, siendo también un bebedor por confesión propia.

Hace cuatro años tuvo un ataque de alcoholismo del



que fue asistido y mejoró, mas pasado poco tiempo se entregó de nuevo a sus antiguos vicios y ya complicado con el cuadro característico de, alucinaciones de la vista acompañadas también de auditivas.

Se le insultaba, reconociendo por las voces a dos amigos connacionales, lo denigraban ante su esposa, levantándole diversas calumnias, de las que dudó al principio constituyendo más tarde la única idea de su delirio. Muchos sufrimientos hizo pasar a aquella y él cansado ya, decidió quitarse la vida infiriéndose una herida en la región precordial, felizmente el arma tropezó con la quinta costilla produciéndose una herida de poca gravedad, no penetrante. Fue remitido en este estado al Hospicio.

*Estado actual.*- Instituido el tratamiento, han pasado los fenómenos del alcoholismo, mas siempre acusa alucinaciones mixtas, ahora más del oído, siempre oye que lo insultan y aquí ha visto a sus perseguidores que le presentaban varias fantasmas mofándose de su estado.

Lo interrogué si se vengaría de los que lo insultaban, y si creía verdaderamente que tales insultos fueran reales y no fenómenos de su enfermedad, que ha reconocido; varias veces ha tenido momentos de duda y luego confiesa que ha preferido suicidarse antes de padecer más.

Raciocina bien y discute sus alucinaciones; ha recuperado los sentimientos afectivos antes perdidos, se le permite la visita de los suyos experimentando de su parte gran satisfacción.

Si bien no está aún curado se nota una mejoría muy notable, y si las alucinaciones no toman más cuerpo, mucho hay que esperar del tratamiento.

Este es uno de los casos más marcados de Delirio de las persecuciones sintomático y aunque el pronóstico se agrava siempre que entre el elemento persecución, no asume en este caso la gravedad del idiopático. ■

Vº. Bº. MANUEL BLANCAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# LA IMAGINACIÓN Y LAS PASIONES COMO CAUSAS DE ENFERMEDADES

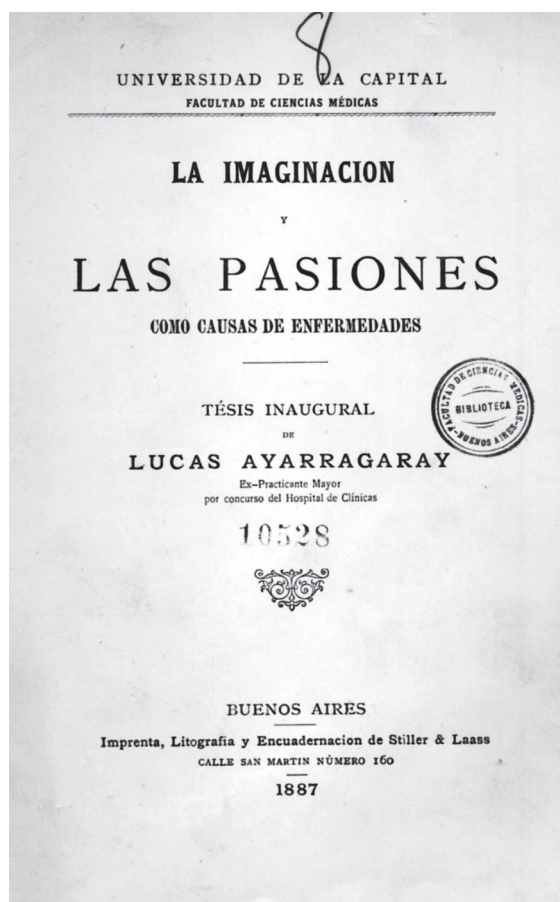
Tesis  
de  
**LUCAS AYARRAGARAY**

Padrino de la Tesis

**Doctor Don MANUEL ARAUZ**

**1887**

IMPRESA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE STILLER LAAS, SAN MARTÍN 160



## SEÑORES ACADÉMICOS:

Vamos a tratar de las modificaciones que sufre el ser físico en presencia de los cambios que se producen en el ser moral. Pero antes de entrar en materia deseamos deslindar algunas de sus modalidades para apreciar mejor los trastornos que originan.

El hombre con sus facultades en un justo medio, es un ser ficticio y apenas concebible. Peca siempre por exceso en el sentido de la abundancia o la carencia. El desequilibrio parece una necesidad impuesta tanto a la naturaleza moral como a la naturaleza física para favorecer por esa causa el movimiento de la vida que en el caso contrario no encontraría en sí, sollicitaciones suficientes para su actividad.

Al lado de una facultad esplendorosamente desarrollada se encuentran siempre grandes vacíos, y esquemáticamente podríamos imaginarnos el cerebro como un terreno accidentado donde se ve el valle al pie de la colina. Con razón se ha dicho que solo existen genios parciales.

De semejante desequilibrio de espíritu nacen las tendencias geniales, los impulsos intemperantes que, una vez pronunciados, exaltan los deseos hasta la ambición, el desasosiego hasta el temor, el desagrado hasta la cólera, y el instinto hasta la brutalidad.

Estos sacudimientos morales no pueden quedar circunscriptos a la esfera intelectual; ellos salvan esos lími-

tes, repercuten por todo el cuerpo, aún en sus departamentos más lejanos, y el organismo todo, según una feliz expresión, se convierte en un instrumento psíquico.

Combates son estos que constituyen por entero la historia de la vida humana y desde muy antiguo se ha comprendido así cuando se ha dicho: *Militia est vita hominis super terram*<sup>1</sup>.

Las inquietudes que aquejan la vida moderna por las exigencias que ha creado el progreso en el cumplimiento del destino individual y colectivo, producen día a día una verdadera desvinculación entre el sistema nervioso y demás aparatos de la economía, por la recíproca de aquella conocida ley fisiológica que augura la atrofia para el órgano que no funciona. Es excesivo por demás el trabajo del primero agobiado por el peso de mil preocupaciones y estímulos que lo inducen a desplegar una actividad casi mórbida.

Asombra el incremento que han tomado en la edad presente, la parálisis general, la histeria, la manía del suicidio, la hipocondría y otras manifestaciones, por las cuales se revelan los trastornos que estudiamos. Existencias numerosas hay que se consumen por falta de tranquilidad y de contento, por verdaderas hemorragias de sensibilidad.

Estas influencias devastadoras se ejercitan sobre todo en las altas clases sociales, en individuos perseguidos por la calumnia, la ambición o preocupados por la realización de un alto ideal.

Si siempre fuera dado levantar el velo que ocultan las decepciones que se guardan, los rencores que se concentran, las envidias que desesperan, se tendría el hilo de muchas afecciones crónicas, incurables, que minan paulatinamente organismos admirablemente dotados.

¡Cuántos hombres se ven en el mundo, de aspecto enfermizo, pálidos, enclenques y envejecidos antes de tiempo, que conservan en sus fisonomías huellas profundas labradas por el dolor, la desesperación o la tristeza!

Las personas muy dadas a los trabajos intelectuales, a la composición literaria, o que actúan de los primeros en las luchas violentas de la política, pocas veces ofrecen una salud floreciente, y se recuerda al contemplarlos la expresión del personaje de una tragedia clásica que exclama en casos semejantes: « El piensa demasiado ».

A nadie se oculta, y es de observación diaria, el hecho de la disminución de la absorción y asimilación en los ánimos tristes. La melancolía y las pasiones depresivas hacen el papel de verdaderos expropiativos, porque detienen los procesos nutritivos y hasta ciegan las fuentes de la vida. Hay personas de carácter en extremo sensibles y que reaccionan con violencia a los estímulos recibidos, que una impresión moral deprimente y que persiste por algún tiempo, deja surcos indelebles en su ser. Se ponen apáticas y débiles, el corazón late con desaliento manifiesto, los alimentos permanecen largo tiempo en

el estómago, las digestiones son tardías, las secreciones disminuyen, el calor animal desciende como en algunos alienados melancólicos, y el tejido grasoso se funde poco a poco hasta producir la demacración.

Sucede lo contrario en las personas de carácter alegre y franco que se escudan en él para soportar con abnegación los reveses de fortuna. Gozan de una envidiable plenitud funcional y atraen por la vivacidad de la mirada y la energía de su naturaleza.

En los alienados, cuando el anonadamiento intelectual llega a su maximum y el espíritu se oculta en las sombras de la brutalidad animal, las funciones sin sufrir ya sus inquietudes, se desenvuelven con una lozanía juvenil.

Los ciegos que viven sumidos en abstracciones melancólicas, que no reciben por sus ojos las impresiones variadas y bonancibles de la naturaleza, y que con frecuencia se entregan a un examen analítico de su pasado y de su porvenir, languidecen y se degradan físicamente como la planta encerrada en un gabinete sin recibir la influencia vivificante de la luz.

Las distintas modalidades del espíritu constituyen, pues, para el organismo el medio interno, la atmósfera moral que le impregna y le transforma, y que como las condiciones atmosféricas externas actúan por fuerzas vivas o inmanentes.

Todo cambio de clima produce en el cuerpo desórdenes diversos que se suceden hasta darle la aptitud necesaria de resistencia; los cambios del espíritu ejercitan influencias análogas.

Posible es que dándose cuenta de la simpatía que existe entre el ser moral y material, dijera un filósofo que era el hombre el autor de casi todas sus enfermedades.

De manera que las impresiones vengan de fuera o dentro a despertar ideas en el *sensorium*, se reflejan inmediatamente por las vías nerviosas, y el organismo todo asiste y ayuda a la concepción por fenómenos múltiples recibiendo sus efectos tónicos o depresivos.

Estos hechos curiosos no han escapado a la observación, y pocas ideas han sido tan extendidas en la masa del vulgo y los literatos para servir de tema a leyendas y romances, y en esta como en muchas otras materias, el instinto popular se ha adelantado a la investigación científica. Tampoco para los antiguos habían pasado desapercibidos estos fenómenos, que quizás exageraban. Ellos creían que el predominio del bazo, del hígado, del corazón, hacían los caracteres joviales, irascibles o tiernos.

En nuestros días ningún médico ¡lustrado, ningún clínico, niega la influencia de las emociones, y las miserias morales se buscan con especial cuidado en el interrogatorio de los enfermos para deducir el diagnóstico e instituir el tratamiento.

Si penetramos aún más a fondo estas cuestiones, veremos que no hay nada de fatal o preestablecido, por-

1- N. del E.: *Militia est vita hominis super terram* (La vida del hombre sobre la tierra es lucha). Esta frase es parte del primer versículo del capítulo 7 del Libro de Job, en la versión bíblica conocida como Vulgata; traducción de la Biblia hebrea y griega al latín, realizada a finales del siglo IV, (en el 382 d.C.) por Jerónimo de Estridón. La versión toma su nombre de la frase *vulgata editio* (edición divulgada), y se escribió en un latín corriente en contraposición con el latín clásico de Cicerón.

que entro la causa y el efecto está el medio humano que deben atravesar con sus condiciones de herencia, idiosincrasias e inmunidades. Y en estos estudios como en todos los que se refieren a las ciencias especulativas, jamás hará carrera ninguna teoría exclusivista. Muy cierto es que el terror y las emociones tiernas actúan sobre el corazón, la vergüenza sobre los capilares del rostro, la tristeza sobre los órganos digestivos y la secreción lagrimal, pero no es posible aferrarse a estas consecuencias porque el hombre las modifica según su admisibilidad.

En el ejercicio de las distintas profesiones podemos encontrar algunos datos ilustrativos para el asunto que estudiamos.

Madden ha tratado de determinar la longevidad en algunas clases de autores. Coloca a los filósofos en primera línea. Ellos viven generalmente retirados de la lucha humana, entregados a creaciones especulativas y al estudio de las verdades abstractas y rechazan las seducciones peligrosas de las grandezas humanas. Los poetas, aquejados por las inquietudes que producen las aspiraciones hacia una vida superior, deben ser colocados en los extremos últimos de la serie. Los naturalistas suelen llegar a la longevidad bíblica; su inteligencia en comercio continuo con la naturaleza, toma de ella algo de la tranquilidad de un destino preestablecido y el contento que emana de las fuentes de la observación.

Los eclesiásticos con poquísimas atenciones mundanas, solo pagan a la muerte de tarde en tarde su tributo. Los médicos, los abogados, los artistas, son también precariamente dotados de longevidad.

Según Casper alcanzan la edad de 70 años, entre 100, 42 teólogos, 29 abogados, 27 artistas, 25 médicos.

Paulier consigna las cifras abajo apuntadas en una estadística con objeto de averiguar el grado de frecuencia de la enajenación mental en distintas profesiones; 139 por 1000 en las liberales, mientras los militares y marinos arrojan 51 y los comerciantes 50.

No pretendemos limitar al solo juego de las emociones las causas por demás complejas a las cuales se debe atribuir la mortalidad en estos casos, pero no es posible desconocer el inmenso influjo que ellas tienen.

Las influencias morales que han predominado en distintas épocas, han modelado los tipos mórbidos y creado verdaderas constituciones médicas. Así en la Edad Media, cuanto tanto poder tenía la religión en las masas, agobiadas por el peso de los terrores de ultra-tumba, de los maleficios satánicos y otras leyendas semejantes, se veían verdaderas epidemias de poseídos y a los cuales se les trataba por el exorcismo. Los convulsionarios de San Medard y de San Güy y las numerosas apariciones celestes por alucinaciones de diversos sentidos, eran producto de la misma etiología.

Estudios sociológicos de gran interés práctico podrían hacerse en las épocas de grandes convulsiones revolucionarias y en las horas de terror de las tiranías, para investigar el aumento producido en los ataques nerviosos, abortos, enfermedades del estómago y del hígado. Las naturalezas predisuestas por la herencia y el tem-

peramento son sacudidas y violentadas en tales circunstancias, y explican esas aberraciones contra la sociedad, esos extravíos políticos y religiosos y el ensañamiento contra las tradiciones más sagradas y los afectos más santos. Son verdaderos síntomas de estados mórbidos, originados por causas que pesan sobre la colectividad. Es entonces que los espíritus débiles, faltos de equilibrio, y agitados por excesos pasionales y odios políticos, se descarrian y llegan a los límites de la enajenación mental.

El éxtasis, la catalepsia, tan frecuente en la Edad Media, hoy casi se observa exclusivamente en ciertas órdenes religiosas, absorbidas por contemplaciones celestes y divinas.

Ya en Inglaterra se han levantado estadísticas diferenciales sobre el predominio de tal o cual enfermedad entre las numerosas deducciones obtenidas resulta, por ejemplo, que las enfermedades gastrointestinales, son mas frecuentes en las ciudades donde existen universidades y donde hay un mayor número de individuos que se dedican a trabajos intelectuales. Es innegable que la civilización y el progreso a medida que aumentan, hacen la vida mas azarosa y difícil y acrecientan el número de afecciones.

Sin negar las múltiples causas que las engendran, no es posible dudar la gran influencia que las agitaciones del espíritu tienen para originarlas o para predisponer a su adquisición.

No queremos cerrar este capítulo sin hablar antes de la opinión que tenemos de las pasiones, aunque sin entrar por eso en discusiones que no son de nuestro resorte.

Las pasiones, emociones, afectos y otras numerosas fases del alma en la esfera del sentimiento, difíciles son de deslindar, y más difíciles aún de definir, si tenemos en cuenta los numerosos puntos de contacto y las gradaciones insensibles por medio de las cuales evolucionan y se vinculan entre sí.

Si penetramos en la esencia de cada una de ellas, se nota una gran similitud en su textura íntima, puesto que consisten en solicitudes más o menos vivaces, que impulsan la naturaleza hacia actividades exageradas y fuera del orden fisiológico. Es una sacudida impresa a los instintos, es un desorden impetuoso de sentimientos y una exaltación mórbida de las facultades, provocadas por estímulos físicos o psíquicos. Estas impresiones se transmiten a la economía toda siguiendo las vías que les ofrecen los nervios, y poseen el triste privilegio de quebrantar el cuerpo y el alma.

Interminables controversias se han elevado también, con objeto de averiguar el origen de las pasiones. La teoría que tiene mayor fondo de verdad y que mas acorde está con los estudios de la fisiología moderna, es la basada en la necesidad, aviso que dejan oír los órganos para exigir el cumplimiento de su destino. Algunos utopistas al proclamar la supresión de ellas, han probado con ese solo hecho desconocer la naturaleza del hombre, porque las pasiones son los verdaderos motores de la vida. Conducidas por la sabiduría y la prudencia, exaltan las facultades hasta las fronteras del genio y



los afectos hasta el sacrificio de los instintos.

En todo arranque emocional hay una perturbación nerviosa, pero esto no quiere decir que las pasiones estén en el cerebro, en la médula o en el gran simpático.

Ellas están en todas las partes vivientes, aún cuando necesitan como todo acto funcional, de una elaboración nerviosa necesaria para pasar de la virtualidad al hecho.

¿Se localizan en sus resultados? Menos aun. Pues si tal órgano sufre con predilección el choque de tal emoción, suelen a menudo invadir regiones distintas según su clase y su fuerza, según el estado de cada uno de ellos, según la organización que atacan y las conexiones íntimas o indiferentes que unen tal región del centro cerebro-espinal con un órgano dado.

Hay, pues, un cambio continuo de impresiones entre todas las esferas orgánicas y morales, y en el consorcio de la vida el sistema nervioso echa sus redes para salvar los abismos que los filósofos han abierto entre el funcionamiento del espíritu y del cuerpo.

Lástima grande es que estos estudios estén todavía en un periodo embrionario, quizás por la creencia demasiado extendida que solo deben ocupar a los talentos teóricos. Pero las influencias de la parte moral sobre la material, y viceversa, se observan a cada paso, y para probar lo último, a pesar que mucho nos podríamos extender, solo haremos resaltar las modalidades que los temperamentos imprimen al carácter.

El bilioso tiene movimientos rápidos y firmes, busca la fama ruidosa, es juguete de deseos encontrados, colérico y vehemente, despliega una actividad ardorosa cuando le mueve la pasión. El linfático es displicente, frío y calculador; los que poseen el temperamento sanguíneo son joviales, francos y audaces, su concepción es rápida y versátiles en sus cariños. En los nerviosos se encuentran los caracteres impresionables y desiguales. Capaces de una gran actividad, caen pronto en el desaliento. Son más aptos para las altas especulaciones del espíritu que para la perseverancia que exige el trabajo vulgar.

## IDEAS GENERALES

El hombre está constantemente sometido a los estímulos derivados del mundo exterior e interior; su sensibilidad reacciona a todas las influencias físicas y morales, y su organización y su vida siguen el empuje de esas corrientes. Hemos visto ya que el espíritu tiene flujos y reflujos como el mar, y que las funciones se hacen eco de esos trastornos.

No es posible esquivar las acciones recíprocas de los medios, porque la reacción que provocan es el sello de toda existencia. La indiferencia y el mutismo es don de los cuerpos inertes, y solo en las esferas de la vitalidad es donde al estímulo sigue al acto, y todo ser responde a él según la sensibilidad preestablecida.

La fuerza nerviosa se engendra por numerosas fuerzas incidentes. Los contactos mecánicos producen en nosotros sensaciones de presión, de dolor, de frío, de calor, etc. Es decir, nada mas que adiciones o sustracciones de

movimientos moleculares. Estos desórdenes nerviosos periféricos, se transmiten al *sensorium* donde despiertan sensaciones armónicas, son apreciadas o no, y dan resultados a trabajos psíquicos y funcionales. A estos cambios producidos por causas externas y extra vitales hay que aunar los originados por fuerzas internas.

Una vez sentados estas premisas sigamos pues. Las emociones (fuerzas internas) modifican estos diversos órdenes y rompen el equilibrio normal de los factores. El sistema nervioso que ejerce un dominio ilimitado en el organismo, le modifica y trata de adaptarle a su nueva modalidad, y la mayor parte de sus elementos se hacen responsables de sus vaivenes. Los órganos entonces, sacudidos por su influencia y desviados de su estado fisiológico, hacen pasar esos fenómenos nerviosos del estado latente a la manifestación sintomática.

La relación entre los seres vivientes y el medio no puede ser del todo antagónica, y la armonización de ellos es el único estado que asegura la vida.

Y esta palabra medio, lo diremos una vez por todas, no se extiende solamente alas condiciones exteriores, sino también a las internas dimanadas del espíritu.

Conseguida la adaptación por vicisitudes sucesivas cuando la correspondencia se establece entre el ser y el medio, la vida es floreciente o no, según el paralelismo. Así se ha dicho con gran verdad que la plenitud de vida está en relación con la plenitud de correspondencia. Y ella no es perfecta mientras la armonía no lo es. En las grandes perturbaciones pasionales el desquicio orgánico puede verificarse, y aun la muerte, si la irritación operada en el *sensorium* ha sido tan pronunciada, que los órganos no hayan podido darse cuenta de él y armonizar sus funciones con él.

La reacción operada entonces en los centros psíquicos no encuentra materiales de subsistencia; el maridaje funcional rompe los vínculos que constituyen la unidad vital, y el organismo ya no encuentra en sí elementos suficientes para producir el equilibrio en la alta esfera en que se opera la revolución emocional.

Pero estos críticos períodos no llegan siempre a un grado tan insólito; pueden ejercitarse en menor escala y asistir y secundar sus propósitos todas las funciones y responder al estímulo recibido.

Cuando el entusiasmo exalta la imaginación o se traspasan los límites de la vida vulgar, cuando una emoción intensa o el trabajo literario conmueven el alma, se nota elevada la temperatura normal, casi desenfrenado el corazón, late y se agita, la fisonomía toma una expresión vivaz, la mirada brilla y las combustiones aumentan. Es el organismo entero que llamado momentáneamente a un destino superior en la espiritualidad de un acto, se afana por suministrar al cerebro una sangre mas rica, una alimentación mas abundante y una circulación mas rápida. Es la correspondencia cumplida a expensas de todas, las funciones y que acompañan a una concepción elevada.

Diremos, pues, que por una ley fisiológica, estamos formados para la vulgaridad funcional, y siempre que un

estado psíquico ultrapasa los límites normales, la perturbación emocional repercute con violencia en la esfera material, y el exceso de trabajo se manifiesta de mil maneras: ya por una cefalalgia después de la creación intelectual, ya por la hipertrofia del corazón, a consecuencia de inquietudes y malestares continuo, o ya por la dispepsia cuando se vive bajo el peso de un pesar profundo.

Ahora bien: si tenemos en cuenta que las funciones solo pueden sostenerse a expensas del gasto nervioso, podemos darnos cuenta del consumo enorme que se produce para el sostenimiento de una existencia apasionada. Por otra parte, los órganos mismos se fatigan, llamados sin cesar a una labor excesiva que está por encima de sus fuerzas vitales; además, el sistema nervioso se distrae, y sacado de quicio, abandona casi sus tareas normales y todo se reúne para alterar la salud.

No hay que olvidar tampoco que todo gasto necesita una reparación inmediata, y las funciones fatigadas do suyo en las naturalezas apasionadas, no son muy aptas para cumplir destinos casi imprevistos. En esas circunstancias poco a poco se degrada la salud y se debilita la constitución, como sucedería en un enfermo atacado de una larga y persistente supuración, o en un monstruo que tuviera que atender a la subsistencia de órganos supernumerarios.

Las funciones tienen sus límites pues, y los estímulos demasiado intensos las pervierten o anonadan. Cuando una idea pasional trabaja el espíritu de continuo, concluye por relajarle, como la cuerda siempre tensa en el arco. Si las pasiones son los móviles mas o menos fisiológicos que nos inducen a obrar, no deben gravitar con todo su peso, ni estallar con todo su furor. Si el sonido es el estímulo natural del nervio auditivo y la luz de la retina, jamás deben llegar al estruendo ni a la vivacidad del sol mirado de frente.

Si estas consecuencias producen en un organismo sano, fácil es comprender los males y afecciones nuevas de que serán causa inagotable en un cuerpo enfermo. Entonces existe menos fortaleza vital y es más difícil la armonía, o mejor dicho, la correspondencia entre él y el *sensorium*.

En los convalecientes se pueden observar a menudo los trastornos que se operan por la menor emoción. Una sorpresa, una noticia inesperada, los sume en el síncope; una alarma inusitada produce en ellos deposiciones abundantes y acuosas. Son sensibles a las ofensas, cariñosos e ingenuos como los niños, y fácilmente vierten lágrimas si se creen cuidados con poca solicitud.

Pero no todos los desórdenes emanan del juego de las pasiones; basta, como dice Hunter, la idea de una sensación para que pueda ser considerada como la sensación misma. Estos diversos estados dependen sobre todo del predominio de la imaginación- por un verdadero examen o análisis subjetivo. Ella se apodera de los dolores ficticios para darles forma real e inscribirlos en el catálogo de sus males.

Delante de personas delicadas y nerviosas no es posible hablar por mucho tiempo con detalles de una en-

fermedad o dolor, sin que sientan el mal con mayor o menor intensidad.

Hay un hecho vulgar y de observación diaria. Cuando se permanece en una habitación sombría donde penetra un rayo de sol, se ven mil corpúsculos casi imperceptibles flotar en la atmósfera. Pues bien, basta pensar que todas esas sustancias extrañas van a penetrar al pulmón por medio de la respiración para que se produzca un verdadero espasmo laríngeo, una repugnancia invencible y sea seriamente comprometida la función.

¿Cómo explicar estos curiosos fenómenos? ¿Cuál es el mecanismo íntimo que hace segregar las glándulas salivares cuando falta todo estímulo, al solo recuerdo de una comida opípara?

Estas sensaciones son originadas por verdaderos auto-hipnotismos, y en esos casos una sensación ideal destruye y suplanta a una real. Hay, pues, una impresión ficticia que se yuxtapone a otra y se radica en el cerebro provocando corrientes nerviosas centrífugas. Estas sensaciones ideales tienden a exteriorizarse y localizarse.

¿Cuántas veces se observa en los operados de un miembro, de la pierna por ejemplo, acusar dolores en el pie, siendo que no le poseen? Ahí se ha producido un acto psíquico consecutivo en el cerebro, que se exterioriza buscando para hacerlo las vías nerviosas que están en mayor conexión con el paraje estimulado. De idéntica manera un golpe recibido en el codo sobre el nervio cubital, no se siente en ese punto sino en la terminación de él, en la mano.

El profesor Gregory se ha ocupado mucho de las sensaciones que sufren los hipnotizados. Se les sugiere la idea de una alta temperatura, sudan y se sofocan; se les advierte que hay frío, tiemblan y se abotonan las ropas.

El Dr. Tuke, al ocuparse de la materia que tratamos, se pregunta si las sensaciones ficticias que se experimentan en estas circunstancias y debidas a estados especiales de la imaginación, producen en el cerebro modalidades análogas a las que acompañan a las sensaciones objetivas reales y si van a impresionar las mismas localidades cerebrales.

Es casi seguro que así sucede, pues en ambos casos la esencia del fenómeno es la misma. Si en el primero el origen es periférico, en el segundo es central; se suprime uno de los factores de la serie y el acto empieza por donde debía concluir. Nada de esto es sorprendente; admitido lo anterior se comprende en seguida el ciclo funcional. El cerebro ha sido modificado; el organismo ya no puede permanecer indiferente y la función debe ser provocada según el origen y la región impresionada.

Santa Teresa, con tanta frecuencia presa del éxtasis, ha escrito estas palabras: «Conozco personas de un espíritu tan débil que se imaginan ver todo lo que piensan...»

Goethe, el célebre poeta alemán, podía tener visiones voluntarias, y cualquier naturaleza sin dotes tan poderosas, cuando un deseo vivaz la agujijonea u otro motivo que interese sus facultades, puede ser víctima de esas alucinaciones.

Galton ha hecho estudios curiosos sobre ciertas personas que tienen la rara facultad de representarse ima-

ginariamente números u otros objetos, y que en ello consiste el secreto de sus habilidades para hacer largas sumas y otras operaciones de aritmética.

## LA IMAGINACIÓN

En la última parte del capítulo anterior, hemos expuesto algunas ideas con el objeto de explicar más o menos satisfactoriamente los fenómenos variados que pueden sobrevenir en el organismo por efecto de la imaginación.

Vamos a hacer de ellos una ligera reseña para entrar de lleno en las pasiones que constituyen el principal objeto del presente trabajo.

Si se reconcentra la atención en un órgano cualquiera, se sienten sensaciones diversas que en el estado normal del ánimo, pasarían desapercibidas, porque se ejecutan en una de las esferas de la animalidad casi del todo independiente del *sensorium*.

Aquel que fija su pensamiento sobre los órganos digestivos, percibe paulatinamente en la región epigástrica algo como un peso extraño en el estómago, ciertos movimientos casi larvados y asiste idealmente al funcionamiento de la víscera. En el corazón sucede algo semejante, pues se siente la impresión de sus latidos. Idéntica cosa se pasa en un dedo, por ejemplo, si se le mira por algún tiempo y se cuida que la imaginación no se distraiga. Se despiertan entonces dolores vagos y apenas perceptibles, isócronos con las pulsaciones arteriales.

Las personas timoratas que cuidan demasiado de su salud, concluyen por sufrir algo en ciertos órganos u otras partes del cuerpo. Son estas verdaderas sensaciones centrales que se exteriorizan para localizarse según la región de la corteza cerebral impresionada, y seguir las ramas nerviosas que más directamente están en conexión con ella.

Es difícil describir con detalles minuciosos una afección en presencia de semejantes sujetos sin que sientan uno u otro de los síntomas que se mencionan.

Montaigne conocía ya esta simpatía mórbida, al decir que no podía ver una herida o una úlcera, sin sentir inmediatamente en su cuerpo dolores en parajes idénticos a los atacados en el paciente.

Estas hiperestesias debidas al juego de la imaginación se observan igualmente en las personas impresionables que van a ser operadas sin anestesia previa. Sienten los dolores de la incisión una vez que el cirujano ha aproximado el cuchillo al miembro lesionado sin herirle aun. La impresión central se adelanta, se apresura en su manifestación a la impresión periférica que debía producir el dolor.

Innumerables controversias se han elevado entre los autores, con objeto de explicar la prioridad patogénica del cerebro o tubo digestivo al tratar de la hipocondría.

No es posible negar que esa afección se inicia muchas veces por trastornos gástricos, que abren la escena patológica; pero existen individuos en los cuales la preocupación, una cierta predisposición del carácter o la imagi-

nación mas o menos desarreglada, es la causa exclusiva del mal. El es en esos casos despertado por un desorden cerebral, que conduce a los enfermos a falsas y erróneas deducciones intelectuales, basadas en las sensaciones que creen o que verdaderamente perciben. Se reconcentra la atención en los fenómenos de la vida vegetativa.

Apoyamos esta teoría fundados en un hecho práctico de gran trascendencia cuando la trompa de Eustaquio permanece abierta por una causa cualquiera y se perciben los ruidos del corazón, el roce del aire en los bronquios, es arrastrado el sujeto a pensar en el porvenir de su existencia animal, se estudia a cada instante y concluye por entrar en un período de examen y análisis subjetivo que con rapidez le precipita en la enfermedad.

Víctima de una idea fija al rededor de la cual afluye su intelectualidad, termina por dar una dirección viciosa a sus sensibilidades y sus fruiciones todas producen en él sensaciones extrañas o dolorosas.

Lo contrario sucede si se reconcentra la inteligencia en la composición literaria o se inflama por el entusiasmo.

Hay en esas circunstancias una verdadera anestesia de los sentidos y las pequeñas incomodidad des físicas disminuyen o se borran. Cuando una idea cualquiera o una lectura agradable absorben nuestra mente, nos aislamos, nos replegamos en nosotros y el bullicio que nos rodea no es escuchado, ni los órganos dejan sentir sus exigencias.

En los raptos que preceden a las grandes concepciones, la fuerza nerviosa difundida en las regiones más apartadas del cuerpo, se concentra en el cerebro para servir de cuna a la idea.

En esos momentos las funciones están casi aletargadas, se llega a las fronteras del éxtasis, y un solemne recogimiento de la materia espera el advenimiento intelectual.

Bien conocida es la historia de Arquímedes que embebido en la solución de un problema, no oyó, ni vio al soldado romano que le intimaba rendición.

Estas especies de anestias son muy comunes en todas las circunstancias de la vida emocional, y la historia nos presenta numerosos ejemplos, desde el soldado oscuro que no siente la herida inferida en el calor de la pelea, hasta los mártires que tranquilamente sentían calcinar sus miembros y morían exclamando: «soy cristiano».

No olvido la impresión profunda que hizo en mi ánimo el hecho siguiente observado en la sala 8 del Hospital de Clínicas. Existían allí varios enfermos de cáncer, torturados por dolores horribles, y que aumentaban por la noche sobre todo. A esa hora solía ir el practicante de guardia para propinarles una inyección de morfina. Pero teniendo en cuenta el módico do Sala los efectos desastrosos de esta droga cuando se abusa de ella, ordenó con las reservas necesarias, que solo se les diera de agua destilada sin que los interesados se apercibieran del cambio. Pues bien, aquellos infelices sentían los mismos efectos anestésicos o hipnóticos de la morfina, y dormían profundamente. Cuando descubrieron el engaño fue necesari-

rio volver a hacer uso del medicamento porque ningún efecto producía el agua pura, como es lógico suponer.

¡Cuántos sujetos que sufren atroces dolores de muelas las sienten desaparecer como por arte de magia al ver al dentista sacar sus tenazas y sus garfios! ¡Cuántos enfermos de neuralgias diversas, no se encuentran perfectamente en presencia de la aguja enrojecida del termo-cauterio!

Un enfermo cualquiera en medio de una sociedad de amigos y mientras oye una conversación agradable, ve sus dolores disminuir y sus incomodidades atenuarse.

Gratiolet cuenta de un estudiante de derecho que asistía por primera vez a una operación (extirpación de un pequeño tumor en la oreja) que sintió tan vivos dolores en la suya que por largo rato se quejó de ellos.

Si mal no recuerdo, es Gregory quien habla de un individuo tan nervioso e impresionable que le bastaba ver una copa con aceite de ricino para ser atacado de vómitos violentos.

También se dice de Frank que estudiando las enfermedades del corazón, tuvo fuertes dolores y palpitaciones que no pasaron hasta que terminó su tarea.

Es tan frecuente esta afección en circunstancias análogas que se llama habitualmente enfermedad del corazón de los estudiantes.

El estado psíquico que estudiamos puede dar a la corteza de los hemisferios cerebrales una modalidad tal que se perciban sensaciones sin objeto, o ser mal apreciadas, para dar lugar a sensaciones erróneas. Todos los sentidos están igualmente sujetos a la imaginación, y a menudo van aparejados los fenómenos para hacer más completa las ficciones, hasta ser difícil al que es víctima de semejantes alucinaciones momentáneas, deslindar lo real de lo falso.

Las personas crédulas, fanáticas y débiles, las jóvenes preocupadas con lecturas que exaltan el sentimentalismo y los niños conmovidos por cuentos fantásticos y terroríficos, son los candidatos obligados de estos pasajeros trastornos del espíritu.

Las visiones que con frecuencia alarman a los adolescentes cuando permanecen en una habitación a oscuras, por ejemplo, y si una circunstancia incidental excita la fantasía, llegan entonces a percibir un cúmulo de sensaciones que se coordinan para encaminar al pensamiento a las más ilógicas deducciones.

El que espera con impaciencia a una persona, cree escuchar a cada instante el ruido de sus pasos. ¿En esos momentos toda sensación auditiva tiende a excitar en el cerebro la misma región, o tan hiperestesiadas se hallan las células de donde nace el nervio, que apagan, que suplantando toda otra?

Por otra parte, todo sujeto que dirige con insistencia su atención hacia sensaciones especiales las aprecia mejor que cualquier otro en condiciones desemejantes, por el acrecentamiento que sufre la impresionabilidad del *sensorium* bajo el influjo de un pensamiento predominante.

Esto nos conduce a asegurar que las ideas que nacen bajo las influencias de la imaginación, como las evoca-

ciones de la memoria, se forman en las mismas células nerviosas que las provocadas por estímulos externos. Estas sensaciones subjetivas y objetivas son tan precisas, tan netas a veces, que nada las diferencian entre sí.

Este exclusivismo de los sentidos en ciertos estados del alma, para apreciar solo las impresiones que están en correlación con la preocupación principal, con el pensamiento predominante, se observa con claridad en los hipnotizados que solo escuchan la voz que les sugiere el experimentador, como lo ha probado Simpson.

Nos explica igualmente los numerosos hechos que consigna la historia de visiones celestes y voces divinas que han oído muchas personas en un raptó de entusiasmo, de fe religiosa o de patriotismo.

La influencia de la imaginación en las glándulas es bien evidente. La saliva afluye abundante a la boca al solo recuerdo de un manjar agradable. La mucosa estomacal, como lo prueban los experimentos de Beaumont, se enrojece por el aflujo de sangre y el jugo gástrico aumenta como si estuviera el bolo alimenticio en contacto con ella.

Piorry narra, según Tuck, la historia de una dama que amamantaba a su hijo y que cada vez que le oía llorar sentía sus senos llenarse de leche.

El ejercicio mental aumenta la cantidad de orina. Byasson calcula el acrecentamiento de 1157 gramos a 1320. Sucede lo mismo con la cantidad de urea, fosfatos y ácido fosfórico.

## INFLUENCIAS PASIONALES

¿Porqué en las distintas emociones se perturba el trabajo de los órganos? Ya lo hemos indicado.

Toda pasión despierta una reacción y las vísceras en armonía con el sistema nervioso en la vida normal, aspiran siempre al paralelismo y la correspondencia con él.

Cuando una influencia de esta naturaleza conmueve el *sensorium*, busca el auxilio de los órganos para la función más activa que debe cumplir. El corazón que es un centinela avanzado en estas circunstancias, redobla el número de sus latidos para enviar al cerebro que trabaja mayor cantidad de sangre, y la respiración duplica casi sus esfuerzos para oxigenar más.

La armonía se establece o no, según las condiciones de los aparatos y la intensidad del choque psíquico.

Fácil es comprender los desórdenes variados que pueden desprenderse de semejante causa, tanto más fecunda cuanto más viciada está la economía y los centros nerviosos más distantes del cambio que producirá la emoción.

Es práctica diaria antes de transmitir una mala nueva, hacerlo metódicamente para dar al ser físico el tiempo suficiente de buscar el equilibrio con el desorden nervioso que se producirá a su conocimiento.

En cualquier acto apasionado hay mayor cantidad de sangre en el cerebro. Esto sucede naturalmente en todo órgano que trabaja con exceso. Mosso cuenta de una mujer con caries sifilítica en la calota craneana y en la cual podían hacerse curiosas observaciones.



Provisto de un aparato especial hizo en ella diversas experimentaciones. La circulación cerebral era tranquila cuando estaba distraída, pero cuando se la provocaba a pensar por medio de un estímulo cualquiera, la cantidad de sangre aumentaba hasta el punto de verse a la masa encefálica hacer casi hernia al través del agujero.

Narra también la historia de otro joven en condiciones patológicas análogas, que durante el sueño se producían intermitencias en las dilataciones y contracciones del cerebro originadas por las variaciones circulatorias. Eran esos fenómenos, reflejos causados por ensueños pasajeros, ondas sanguíneas que llegaban impulsadas por ideas somnolientas.

Las emociones más sutiles imprimían al trazado gráfico cambios diversos y la superficie encefálica se enrojecía o anemiaba más o menos, según la altura a la cual llegaba la impresión en la pauta psíquica.

No podía suceder con el cerebro otra cosa distinta que lo que pasa en los demás órganos. Si segrega una glándula, hay más sangre en ella que en el estado normal, si se contrae un músculo, hay también un aumento correlativo en la circulación.

Si un órgano bien conformado puede por mucho tiempo sostener estos trabajos excesivos, fuera casi de su función fisiológica, cuando la textura está alterada por la edad, la herencia, o las enfermedades, se comprenden con facilidad los trastornos que entonces se producen.

Un corazón sano, por ejemplo, puede ser sacudido por borrascas morales de todo género y rara vez sucumbirá en la lucha. El encontrará en la tonicidad de su tejido un medio siempre fácil de cumplir su misión. Pero si está atacado de una atrofia o degeneración grasosa, si sus válvulas son insuficientes o están sus orificios estrechados, el síncope o la muerte cerrarán la escena, como sucede a consecuencia de la cloroformización en condiciones análogas y en el período de estímulo. Puede también destruirse la compensación y hacer rápidos progresos la asistolia.

En un cerebro bien conformado el sacudimiento pasional no dejará rastros si sus arterias conservan la elasticidad normal o si un vicio original no le colocan en condiciones de receptividad. Pero si las arterias están degeneradas, si el temperamento es sensiblemente mórbido y existen condiciones hereditarias, la ruptura de los vasos podrá ser consecutiva o la enajenación mental desenvolverse.

Ya una mujer ilustre que conocía lo que en estos casos influye la predisposición, Madame Dupin, decía a Bretonneau: «En verdad, doctor, que aquellos que pierden el juicio pierden a la verdad poca cosa.»

Todos los trastornos orgánicos que acompañan a las pasiones y que vamos a estudiar ligeramente en los capítulos que siguen, no desaparecen de una manera súbita una vez que la causase ha extinguido.

Semejantes manifestaciones no se detienen con facilidad, y aun cuando la razón haya recogido su cetro después del naufragio moral, se dejan sentir todavía sus efectos perniciosos.

La modalidad que se ha impreso a la función cerebral sigue hasta cierto punto un ciclo definido y sus trastornos aun repercuten en las distintas esferas físicas, como las olas del mar, según la expresión de un autor, llegan con violencia a la playa después de extinguida la tempestad.

## EL TERROR

Emoción bien común es la que nos ocupa y que violentando el análisis podríamos definir como la pasión del instinto de conservación, porque con generalidad nace en presenciado algún peligro que amenaza la vida en sus distintas condiciones de sostenimiento.

Su ataque es con frecuencia súbito e inesperado y violentos los trastornos que efectúa. Se generaliza con rapidez, perturba las funciones, y aun puede anonadarlas por completo. Produce ya una enfermedad dada, inicia tal o cual órgano en la vida mórbida, o son sus resultados pasajeros y apenas apreciables.

Sucede con el terror como con todas las pasiones; que sus resultados varían según la impresionabilidad del individuo.

Las personas de imaginación débil, de concepciones lentas y reacción perezosa, apenas sienten el choque moral y con dificultad ultrapasan los límites de la apatía que les fija el temperamento.

Las mujeres, los niños y los adultos, que ofrecen caracteres opuestos a los que acabamos de deslindar, aquellos a quienes todo agita, son los designados con especialidad para ser víctimas del terror.

Lunier se ha preocupado de levantar estadísticas del número de alienados, que han ingresado en los asilos del Departamento del Sena desde el 1° de Julio de 1870 al 31 de Diciembre del 71, y cuyo origen podría referirse con especialidad a las múltiples causas emocionales a que dan nacimiento las épocas de guerra. Ha notado un aumento de 1700 y tantos casos sobre los años anteriores y transcurridos en las bonanzas de la paz.

No participamos de la opinión de Esquirol, cuando dice que la sociedad está constituida de tal manera que las pasiones se excluyen mutuamente cuando alguna de ellas predomina sobre las otras en épocas anormales, de manera que tienden a hacerse equilibrio y a ejercitarse casi en igual número en todos los tiempos. Ni la estadística, ni la razón prestan su apoyo a esta doctrina.

Por extraño que parezca, Lunier apunta que no son los sujetos de antecedentes hereditarios los más predisuestos, para sentir los efectos de las pasiones extremas en las circunstancias que examinamos. Así en un total de 247 casos en 59 había antecedentes que justificaban el trastorno psíquico, mientras que en 188, ellos no existían en la historia mórbida de varias generaciones.

En una cifra de 905 alienados entresaca Lunier, 147 hombres y 45 mujeres que habían perdido la razón por el temor de la guerra, de ser soldado, de marchar hacia el enemigo, por las alarmas de perder una posición adquirida, por miedo al pillaje y por encuentros con soldados

alemanes que permanecían de guarnición en las ciudades rendidas 6 sitiadas.

A ningún criterio ilustrado pueden sorprender estos datos que arroja la estadística citada, si se tiene presente el número inmenso de individuos llamados a tomar las armas después de haber estado habituados a la tranquilidad del hogar y a la satisfacción del trabajo, asegurado por una paz relativamente prolongada. Por más que se enaltezca la virilidad de tal o cual raza, de tal o cual pueblo, es casi imposible la abnegación en los hombres irreflexivos o timoratos, en el sujeto impresionable, o en aquel que atiende una familia numerosa y se aleja de su seno para correr todos los azares de la lucha.

Es entonces que bajo el peso del terror y de las inquietudes que rodean a estas distintas circunstancias, estallan los síntomas mórbidos.

Los terrores que son muy súbitos, casi inesperados, producen a veces la melancolía con estupor como ha sucedido durante una batalla o un bombardeo, o por el contrario, la manía aguda, con accesos de furia, como aconteció últimamente en la catástrofe de la Opera Cómica de París, donde algunos sujetos se enloquecieron, habiendo uno de ellos que arrojaba de lo alto de los palcos todo lo que le venía a la mano.

Si parece que existen ciertas relaciones entre la causa y la forma de locura, esto no es constante y una misma influencia que gravita sobre una colectividad origina manifestaciones múltiples según predisposiciones o receptividades que escapan a todo análisis.

Trastornos son estos que no siempre se manifiestan instantáneamente en el individuo atacado; suele haber una tregua para la aparición; el equilibrio cerebral no ha sido roto, pero la agitación producida repercute en ciertos casos de un modo especial. Así Esquirol ha observado algunas damas embarazadas en distintas épocas revolucionarias, que habían dado a luz niños que la causa mas ligera los hacía alienados.

Y ya que a este punto llegamos, estudiaremos los desórdenes que el terror puede producir en las mujeres en cinta y el alcance que esa misma causa tiene en la salud próxima o futura del niño.

En el momento de las contracciones uterinas, una vez rota por ejemplo la bolsa de las aguas, cesa el trabajo del órgano y los dolores que le acompañan, por causas morales de carácter violento.

Muchas veces hemos observado en la clínica del Hospital de mujeres, suspenderse el parto que se había inaugurado bajo los mejores auspicios por la presencia inesperada de los estudiantes. En esos casos las contracciones cesaban, los dolores desaparecían, todos los fenómenos que acompañan a ese período de la expulsión se anonadaban y el útero relajado caía en la inercia

La aparición insólita del médico o de alguna persona extraña produce idénticos resultados.

Hubert recuerda una dama inglesa en la cual se suspendían siempre los dolores en su presencia.

Narra también el hecho de una mujer que en el período expulsivo, atiende la relación que hace una coma-

dre de un incendio que acaba de estallar en la vecindad. En el instante mismo sobreviene un desfallecimiento, después escalofríos, y se suspende por completo el trabajo sin volver a despertarse.

Llamado Smellie en consulta tuvo necesidad de aplicar el fórceps. Hay en todos estos casos una falta de incitación nerviosa por una especie de sideración en los centros motores de la médula.

Una vez finalizado el parto, en el momento del alumbramiento estas causas producen resultados más graves.

Desprendida la placenta, bajo una influencia moral, es detenido el impulso nervioso del plexo hipogástrico, y la capa media del útero que por su contracción cohibe la hemorragia, una vez paralizada, fluye la sangre en abundancia.

Durante el embarazo y especialmente en los días que siguen al parto, se encuentra la paciente en un estado tal de susceptibilidad, que el temor más o menos exagerado causa grandes trastornos en su organismo y hasta produce la muerte súbita.

Danilo refiere la historia de una campesina, ignorante y fanática, que después de haber interpretado varios presagios lúgubres para el día de su parto, consultó a una adivina quien le aseguró que sería feliz si daba a luz una niña. Parió normalmente un varón, y conocidos por los deudos los hechos anteriores ocultaron el sexo del niño. Pero una vecina imprudente que ignoraba la consigna la felicitó por haber tenido un hijo. Recuerda entonces el horóscopo de la adivina y un terror inmenso se apodera de ella, muriendo casi en el acto.

Hubert consigna en su obra algunos párrafos de un artículo de Hervieux, publicado en la *Gazette des Hôpitaux* donde dice «que una mujer que acaba de parir y exenta de toda complicación, si recibe la visita de uno de sus parientes o de un sujeto que le reprocha con dureza su conducta pasada con recriminaciones intempestivas, puede en la tarde misma ser atacada de escalofríos, y a datar de ese momento se desarrolla todo el cuadro de los síntomas de una flebitis uterina, de una peritonitis o de cualquiera de las enfermedades propias del estado puerperal».

Todos sabemos que los loquios pueden suspenderse por uno, dos o más días en circunstancias y por causas semejantes a las que acabamos de estudiar; suspensión que puede pasar casi desapercibida en una mujer en perfecto estado de salud, pero que da lugar a síntomas febriles más o menos pronunciados en otras condiciones desfavorables.

Queremos también consignar un hecho de alta trascendencia práctica y cuyo desconocimiento produce innumerables víctimas y dolores en el seno de las familias. Sabemos que en los primeros meses de la vida el niño no recibe otro alimento que la leche materna.

Después de haber permanecido en el útero como un parásito viviendo de la vida de la madre y haciéndose hasta cierto punto responsable de los trastornos físicos y morales que perturbaron el organismo que le concibió,

continúa aun después de nacer como tributario para recibir indirectamente sus influencias.

Su existencia dependiente de la existencia materna, sigue muy de cerca todas las contingencias de su destino y se apropia y hace suyo gran número de sus males.

Así en el período de la lactancia las emociones terro-ríficas tienen una acción manifiesta en la composición de la leche.

Es cierto que no son siempre apreciables sus alteraciones químicas por medio del análisis, pero las diarreas y las afecciones del tubo digestivo que aparecen en esas circunstancias, llenan este vacío y disipan toda duda. Becquerel ha comprobado, sin embargo, en un caso un aumento en la proporción de agua. Y no podía ser de otra manera si tenemos en cuenta las estrechas relaciones que el estado del espíritu tiene con esta función.

Cuando la madre aproxima el niño a su pecho, siente el contacto de su labio y el cariño embarga su alma, afluye a la glándula la leche más abundante, más rica, más nutritiva, como si allí se reconcentrara la vida para transmitirla a su hijo. Cosa bien distinta sucede en la lactancia mercenaria y cuando el afecto no mueve el corazón.

Si después de violentas emociones de terror se amamanta un niño, pueden producirse hasta muertes repentinas, y Sous trae a este respecto numerosas observaciones. Es prudente y sabio, pues, no amamantarlo en los primeros momentos hasta tanto que la tranquilidad haya reemplazado a la agitación del espíritu.

Si tenemos presentes estos hechos con facilidad se comprende la acción perniciosa que tendrán en la salud y la mortalidad infantil, las épocas que preceden y siguen a las luchas políticas y convulsiones revolucionarias. Seguros estamos que si revisáramos la estadística de nuestro país en estas circunstancias, encontraríamos un aumento considerable en la mortalidad. Cifras son estas que consignaríamos en nuestro trabajo, si quisiéramos darle una extensión que no entra en nuestro plan, y que harían enrojecer a nuestros partidos políticos.

¡Cuánta resistencia orgánica pierde el enfermo, cuando abandona por primera vez su hogar humilde, para pedir un alivio a sus males físicos, en un establecimiento hospitalario! Entran temblorosos a sus salas y miran en torno con temor al sentir el frío moral que allí reina, y que no puede entibiar la caridad con todos sus desvelos. Permanecen en continuos sobresaltos por la suerte propia y extraña que pesa sobre todos los pacientes, por esa mancomunidad de destino que se establece entre los que están guarecidos bajo el mismo techo.

Ven y comentan las enfermedades de sus compañeros, asisten inmóviles desde sus lechos a su agonía, y contemplan mas tardo sus cadáveres rígidos cubiertos por una tela blanca.

Cierto es que el problema es más complejo, y no podríamos, sin falta grave de criterio, referir solo al terror la marcha rápida que muchas veces asumen las afecciones en los enfermos de hospital, afecciones que han seguido un ciclo más o menos lento y regular antes de ingresar a él.

Pero también debemos admitir que no es posible de ninguna manera, sustraer el espíritu a las escenas desagradables del medio, y esas influencias morales nos dan en el clavo de muchas enfermedades que se agravan por la resistencia que ellas quitan al organismo.

Asimismo no se explican las complicaciones nerviosas que suelen atacar con especialidad a las mujeres alojadas en un mismo pabellón.

Durante el tiempo que fuimos practicantes del Hospital de Clínicas, hemos podido darnos cuenta de estos fenómenos.

Al siguiente día de un fallecimiento, la mayor parte de los enfermos se muestran inquietos, preocupados por su porvenir, miran el médico que los examina, con cara ansiosa o investigadora, y hacen deducciones alarmantes del menor signo o palabras.

Y no es esto todo. Muchos han pasado la noche agitados y en continuo insomnio; están inapetentes, desalentados, apáticos, con trastornos digestivos y hasta presentando síntomas nuevos o una agravación de la enfermedad.

Es especialmente en las enfermas donde se observan los hechos más relevantes, debidos a su sensibilidad más exquisita y a su reacción más viva.

Se quejan de dolores múltiples y trastornos nerviosos variados que pueden llegar hasta el desfallecimiento. Cuántas veces es incomodado el practicante de servicio a altas horas de la noche, y tiene necesidad de pasar de lecho en lecho calmando a unas, alentando a otras y suministrando drogas a muchas!

El miedo no solo tiene el poder de agravar las afecciones, sino que puede originarlas y es una causa fecunda de enfermedades. Las convulsiones y la epilepsia misma, pueden nacer bajo su influencia.

Henoch, entre ejemplos numerosos, trae el caso de un niño, que al mamar en el seno materno, mordió el pezón como Hércules a Juno, arrancando a la madre un grito estruendoso. Aterrorizado el niño fue inmediatamente atacado de convulsiones violentas, que se repitieron con insistencia.

Un médico, según Chomel, después de haber hecho la autopsia de un hombre que había muerto rabioso, tuvo tal miedo de ser infestado por el virus, que sintió a los pocos días todos los síntomas de la enfermedad.

Desapareció el apetito y el sueño, tenía disfagia y vagaba desesperado por las calles.

Estos fenómenos nerviosos se han observado con frecuencia en las personas impresionables, a tal punto que muchos autores los han confundido con la hidrofobia verdadera y citan ejemplos curiosos que no nos detendremos en su enumeración.

Trousseau habla de un sujeto de 36 años de edad, que durmiendo en la misma alcoba de su mujer que era epiléptica, fue despertado de un modo insólito por los gritos de su esposa, víctima de un ataque. Aterrorizado y sorprendido, no pudo soportar el choque nervioso y tuvo esa misma noche una furiosa convulsión epileptiforme.

Marshall Hall en sus «Observaciones médicas» ase-

gura que la epilepsia causada por el terror, es de todas las más difícil de curar.

La histeria, la corea y la parálisis agitante deben ser incluidas en las enfermedades que pueden tener semejante etiología.

Todd narra el incidente acontecido a un niño de pocos años de edad, que asustado por su hermana vestida de fantasma, sufrió desde ese día de corea que duró algunos meses.

Hemos observado hace poco en una joven, que después de oír la descripción de muertes recientes producidas por el cólera, sintió trastornos digestivos y se alarmó de tal modo que tuvo algunas convulsiones histéricas con un acceso franco de risa sardónica.

En los momentos aciagos por los que puede atravesar la salud pública o la seguridad de las naciones, en las epidemias y en las guerras, vidas numerosas son arrebatadas a la sociedad por el terror que hace verdaderos estragos en los sujetos de espíritu débil y carácter apocado.

Si fuera posible en esas circunstancias levantar estadísticas sabiamente confeccionadas, y si se pudiera dar siempre con la verdadera etiología mórbida, muchas defunciones serían sustraídas a las influencias epidémicas.

Para nadie constituyo una duda ya, y desde Larrey en la campaña de Rusia y hasta en la guerra franco prusiana se ha comprobado, que los heridos tienen menos resistencia en los ejércitos vencidos que en los triunfantes.

Innumerables soldados mueren con lesiones relativamente leves en los campos de batalla, cuando se ven abandonados por sus compañeros en derrota y quedan entregados a las furias de la victoria.

Son tan numerosos los efectos del terror que muchos de ellos los describiremos en el capítulo titulado «La Cólera» por la correlación que guardan con ambas emociones.

Los músculos lisos pueden ser excitados por el miedo y so observa entonces la carne de gallina, por la contracción de las fibras del dermis; la diarrea y expulsión de orinas por aumento de los movimientos peristálticos y trastornos secretorios.

La erección de los cabellos acompaña a menudo estos grados extremos del terror.

Los músculos voluntarios son excitados, como lo prueba la fuga rápida para huir de un peligro y los esfuerzos considerables desplegados con objeto de desasirse de las manos que nos sujetan o pretenden hacerlo en casos análogos.

Darwin o Mantegazza, uno de los dos, cree que en estos casos son sobretodo los flexores los que más funcionan, y toma como ejemplo al individuo que escapa a una amenaza inminente, y forma al correr un arco hacia adelante, como ofreciendo instintivamente al enemigo un menor blanco.

Otras veces en lugar de haber hiperquinesias, origina el terror súbito y excesivo, verdaderas parálisis, y hechos numerosos nos ofrece la experiencia diaria de personas que bajo semejante causa no pueden dar un paso y permanecen inmóviles como estatuas. Esta parálisis puede

atacar las cuerdas vocales y ser la articulación de las palabras, como sucede a los oradores noveles, imposible o poco menos.

Mosso cita ejemplos de individuos que para siempre perdieron la facultad del lenguaje. Otros, según el mismo autor, han quedado ciegos o les ha sido imposible conciliar el sueño cayendo en la manía aguda.

Hemos visto ya los numerosos trastornos que experimenta el útero por el terror. Las contracciones en vez de caer en la inercia, pueden ser excitadas y el aborto producirse.

Según Jolly en 1793 durante la dominación tiránica de Carner en Nantes, la mayor parte de las mujeres abortaban.

La menstruación se suspende también y esto es tan común que creemos innecesario citar ejemplos.

Hemos pedido algunos datos a este respecto a una persona que hace muchos años está radicada en el Paraguay, y aun cuando extraña a la medicina su palabra nos merece fe.

Nos asegura que durante la guerra de la Triple Alianza, la mayor parte de las mujeres del país no reglaban o lo hacían con irregularidad.

Entra por mucho en esto, a no dudarlo, la falta de alimentación abundante y sustancial, pero no es posible eliminar las influencias morales que desde la tristeza hasta el terror pesaban sobre aquel pueblo entonces tan desvalido.

Mucho se ha discutido sobre el cambio de coloración de los cabellos. Haller niega rotundamente que un gran terror ú otra emoción violenta pueda producir semejante trastorno. Bichat, menos escéptico y cuya autoridad científica no es posible desconocer, afirma que cinco o seis personas, y entre ellas una de su familia, volvieron canas en pocas horas. Montesquieu según confesión propia, asegura que en una noche blanquearon sus cabellos. María Antonieta los vio convertirse repentinamente en color gris. Varios autores han observado hechos semejantes durante las alternativas de las afecciones mentales.

¿Por qué el terror y otras impresiones análogas producen este fenómeno? Los estudios de Brown-Sequard han probado que llegada la edad en que empieza el cambio de tinte en el sistema piloso, basta muchas veces menos de un día, para que se llene su interior de partículas de aire que al reflejar la luz le imprimen una coloración característica.

Otros autores creen que es debido a un trastorno en la incitación nerviosa, trastorno que trae consecutivamente una mala distribución de pigmento. Teoría es esta que no está del todo desprovista de valor práctico.

Sabemos que existen algunos animales, como el camaleón, que cambian de color a voluntad. Pouchet ha experimentado en un pez, el rombo. Ha seccionado en él algunas fibras nerviosas, le ha introducido en un aquarium, y visto todo su cuerpo palidecer menos los puntos que recibían la influencia de los centros cerebro-espinal.



## LA CÓLERA

Puede en muchas de sus partes considerarse este capítulo como una continuación y un complemento del anterior, porque estas dos emociones eminentemente activas en su producción y efectos, tienen sobre muchas vísceras repercusiones análogas. Es difícil, por otra parte, limitar y circunscribir los resultados de ellas, menos en los casos en que se trata de un sujeto enfermo en el cual es el aparato lesionado el primero y que con más intensidad percibe el sacudimiento moral.

El temperamento desempeña también una misión considerable en la manifestación de los fenómenos mórbidos. Así un acceso de cólera en un bilioso será seguido de cólicos más o menos violentos o ictericia, en un nervioso se traducirá por convulsiones y trastornos intelectuales; en un sanguíneo por hemorragias o congestiones.

Horacio decía de la cólera: ira, *furor brevis*. Séneca la define como una emoción que voluntariamente y por elección nos inclina a la venganza.

Es la pasión de los organismos débiles, de las naturalezas enclenques, de los temperamentos nerviosos; es una necesidad de reacción impetuosa causada por provocaciones a nuestra sensibilidad.

Los grados son diversos y abarcan desde la impaciencia hasta el furor y el rencor, cólera crónica como se le ha definido.

Al principio del ataque la sangre afluye a las partes periféricas y el rostro se enrojece, enrojecimiento más pronunciado en la conjuntiva bulbar, lo que da a la mirada una fiera aterradora. Se perciben las pulsaciones desordenadas y briosas de las venas yugulares que se agitan como cuerdas tensas puestas en vibración; al mismo tiempo el corazón late con violencia y golpea las paredes torácicas como si quisiera anunciar su presencia. La respiración se desordena y el pecho se expande con amplitud. Los músculos se contraen con fuerza, los movimientos son vivos, la voz ronca y a veces entrecortada. Cuando el acceso llega a su máximo, los capilares se contraen, una palidez mortal cubre la fisonomía, aparece un sudor frío y los miembros y aun el tronco se agitan temblorosos.

¿Cuál es la causa esencial del enrojecimiento en el primer período de la cólera y de la palidez en el último? ¿Cómo explicar la cólera roja y la blanca? Sabemos desde los estudios de Claude Bernard, Segros, etc., la acción vasomotora del gran simpático. Si se secciona uno de sus ramos nerviosos todos los músculos lisos, y con especialidad los de los vasos, se paralizan; se dilatan entonces y permiten a la sangre afluir con libertad y producir la hiperemia. Si se excita el cabo periférico cortado, se produce un fenómeno inverso, hay contracción y por lo tanto anemia local. Estos solos elementos bastan para fundar una teoría, pues no alcanzamos a comprender que el choque pasional empiece por paralizar los centros motores para excitarlos en seguida. Semejante evolución no sería lógica y se pondría en oposición con aquella ley elemental de fisiología que todo estímulo es seguido de anodamiento.

Pero si admitimos la existencia de los vasodilatadores y vasoconstrictores, el enrojecimiento se explicaría por la excitación de los primeros. Pero aumentando el movimiento pasional entrarían en juego los vasos constrictores, su acción llegaría a predominar y paralizarían a sus congéneres por interferencia nerviosa.

Duval se pregunta si no es más lógico, en lugar de admitir como algunos autores que la cólera es paralizante en sus grados débiles y excitante cuando llega al paroxismo, no sería mejor ver al principio una excitación más débil, clónica, de donde peristaltismo e hiperemia, y en el segundo excitación violenta, tetánica, de donde contracción de los vasos, anemia.

Siendo el corazón un centro de reflexión psíquica, debemos antes de estudiar los desórdenes que sobre él producen las emociones, hablar de una vez por todas de su inervación. Los nervios emergen, unos de los ganglios cervicales del gran simpático, los otros del neumogástrico, del izquierdo sobretudo; posee también los ganglios automotores; además, el nervio de Cyon por el cual se convierte en un centro de donde parten impresiones que van a repercutir sobre el aparato circulatorio periférico.

Pero los neumogástricos y el simpático inervan el corazón transmitiéndole las influencias nacidas en la médula por intermedio del tercer ganglio cervical, la acción aceleradora; del bulbo raquídeo por el neumogástrico, la acción moderada. El uno le impulsa, el otro le refrena.

En un acceso de cólera los tumultuosos latidos cardíacos son producidos por la irritación del simpático. Si la pasión llega a un grado sumo de violencia, la fatiga excesiva paralizaría ese nervio y el órgano con él, produciéndose la muerte por síncope.

El temperamento de Hunter era tan irritable, que conociendo su defecto y la acción nociva de esta emoción sobre la víscera, decía: «Mi vida está a merced del primer advenedizo que quiera hacerme encolerizar.»

Un órgano tan esencial para la existencia no puede ser perturbado, ya por influencia nerviosa directa, ya por un espasmo tónico sin producir maléficos resultados. «No es inverosímil, dice el profesor Gáidner, que se relacionen los espasmos dolorosos a una tendencia a la detención súbita de los movimientos del corazón, bien por una parálisis real que sobrevenga, sea por consecuencia de una irritación nerviosa inhibitoria de los pneumogástricos, de los ganglios auto-motores.»

El síncope y la muerte súbita es frecuente en los cardíacos, cuyo órgano con dificultad puede soportar el empuje de una pasión tumultuosa.

Richardson y Peacock, según Tuke, aseguran haber observado a menudo, y sobre todo en mujeres, palpitations nerviosas, hipertrofias y otras afecciones por causas morales vivas. Un corazón degenerado puede hasta romperse en estas circunstancias. Se narran casos de individuos fallecidos repentinamente por rupturas de aneurismas, y de ancianos y alcoholistas muertos por hemorragias cerebrales debidas a la falta de resistencia de los vasos alterados en su textura íntima e imposibilitados para recibir el oleaje abundante de sangre que

el centro circulatorio envía en esos casos, agitado por la cólera o el terror.

El doctor Hunter, que padecía de *angina pectoris*, murió a consecuencia de un acceso de cólera. En la autopsia se hallaron placas ateromatosas en el cayado de la aorta y válvulas mitrales. Las cavidades eran pequeñas, como contraídas por el espasmo.

Los variados desórdenes que en la pasión que estudiamos se producen, aclaran hechos numerosos.

Recordamos de un enfermo a quien asistimos en el Consultorio de ojos, que allí se presentó con una equimosis en la conjuntiva después de un gran desagrado. Era un niño de quince años, y si no tuvo consecuencias más serias y numerosas lo atribuimos al buen estado de los vasos, propio de la edad.

Descuret habla de una mujer de 64 años de edad, que después de un transporte de cólera, fué atacada de accesos de tos con esputos sanguinolentos abundantes debidos ú una ruptura de las arterias pulmonares. Esta pasión como todas sus congéneres, es muchas veces causa de convulsiones musculares, localizadas a veces y otras generalizadas y asumiendo el carácter epileptiforme. La rigidez y el espasmo de los maseteros nos explican las feroces heridas que en estos casos se pueden inferir con los dientes.

Algunos autores atribuyen estos fenómenos a un trastorno del aparato sensoriomotor de la médula oblongada. Sabemos los estudios emprendidos a este respecto por Schroeder Van der Kolk, con objeto de localizar la patogenia de la epilepsia. Ha excitado experimentalmente la médula oblongada y reproducido todos sus síntomas.

Las autopsias han demostrado también en muchos casos una congestión de esta parte. En los ataques de cólera, terror, etc., ella sería irritada e hiperemiada, y según el grado a que llegara el desorden so irían acentuando poco a poco las manifestaciones para llegar desde el temblor simple de los miembros hasta la epilepsia verdadera.

Para probar esto hemos narrado numerosos ejemplos en el capítulo anterior que no repetiremos.

Se citan casos también de parálisis debidas a emociones vivas y el Dr. Bastían los explica por una anemia local en ciertos departamentos cerebrales o medulares, debida al espasmo de las arterias, teoría análoga a la que sostiene Duval para explicar la cólera blanca.

Si tenemos en cuenta los vértigos, los ruidos de oído etc., que el furor despierta, no es difícil que algunos casos de paraplejía, sean debidos a congestiones cerebrales, hecho que nos parece tanto más racional, cuando Bastían al hablar de esta materia asegura que desaparecen con rapidez.

Es tan directa la acción de esta pasión sobre el hígado que muchos autores la colocan en la primera línea de la etiología al ocuparse de la hepatitis, de la atrofia amarilla aguda y de la ictericia esencial y pasajera.

Mientras el terror suprime casi la secreción salivar, la cólera no solo la aumenta sino que parece alterar sus propiedades.

Dejando al autor de un artículo publicado en la revis-

ta *The Lancet* del 14 de Julio de 1876, toda la responsabilidad, narraremos el hecho por él consignado. Un niño fue mordido por otro en un arranque furioso. Mientras el heridor no presentó ningún fenómeno, la víctima murió con síntomas análogos a los de la hidrofobia.

Los trastornos no se limitan a lo que hemos enumerado; puede suspender los loquios, la secreción láctea o producir el aborto, la supresión de las reglas y la manía aguda.

La historia nos ofrece también tristes ejemplos de muertes celebres bajo el influjo de esta pasión vergonzosa. Sila, Valentiniano e Isabel de Baviera. Se dice que el fatídico Marat tenía el pulso febril.

## TRISTEZA - NOSTALGIA

Son tan numerosas las contrariedades de la vida que cada año que trascurro va al pasar dejando en el fondo del carácter alguna ruda experiencia que fatalmente nos inclina a la reflexión.

A medida que se avanza en edad y de la indigencia intelectual de la infancia, se pasa a la juventud borrasca o a la madurez del juicio del adulto, se entra paulatinamente en la gravedad, vía meditación se impone como una ley al ánimo fatigado.

En verdad que son cortas las alegrías y amargos los recuerdos que dejan en pos de sí; que los dolores son más prolongados y numerosos que las horas de placer; que la vida moderna con exigencias múltiples crea mil necesidades difíciles, y que el recargo intelectual es inmenso y los afanes del espíritu ilustrado más inmensos todavía.

La tristeza es la pasión de las inteligencias cultas, que desarrolladas por el estudio se engolfan en la solución de los variados problemas que ofrecen a la mente la observación de la naturaleza y el estudio de las ciencias y del destino humano.

Semejante estado del carácter se pronuncia poca a poca y con especialidad en los seres enclenques y en los temperamentos nerviosos. Conduce al aislamiento y a la reserva, y suele manifestarse por hermosas concepciones literarias en los albores del genio.

Esta pasión en su desarrollo progresivo y cuando se hace intensa, constituye por sí una verdadera enfermedad, acompañada de síntomas numerosos y llamada comúnmente melancolía.

No se la debe confundir con la lipemanía, pues los que padecen la afección moral que nos ocupa, tienen uso pleno de las facultades, conocen su estado adquirido por un cúmulo de deducciones lógicas, sacadas del estudio de las miserias propias y extrañas y constituyendo a menudo la desesperación de una gran alma.

Es cierto también que en muchos casos viene a inaugurar el primer período de la lipemanía, cuando ideas depresivas trabajan por mucho tiempo un cerebro poco equilibrado, y es entonces imposible deslindar estas afecciones que forman una gradación natural en un proceso mórbido.

Pero nosotros excluimos esos casos y deseamos hablar solo de la tristeza suma, llevada a sus últimos límites.

Mal es este que se observa en las clases más elevadas de la sociedad, en individuos que por su jerarquía y su talento, son llamados a actuar en la vida tumultuosa de los negocios, de la política y del mando, y que tienen que correr las inseguridades de una posición obtenida por el azar y soportar los ataques de la rivalidad.

Las aspiraciones literarias y científicas defraudadas, el deseo del brillo y de la gloria no saciado, causan a menudo tal trastorno en el carácter que fatalmente le sume en el pesar.

Cuando la tristeza es profunda y súbita puede producir un abatimiento mental que llega hasta debilitar las facultades, como sucedió a Newton, cuando por ignorancia de una criada que arreglaba su escritorio, arrojó a la estufa varios apuntes importantes que resumían largos trabajos y estudios.

En el melancólico la apatía funcional es la regla; esta afección, según Bourdet, es una vaga enfermedad del sistema nervioso, que a pesar de las dificultades que ofrece su localización cree que se inicia en el cerebro.

El estómago es uno de los órganos más directamente lesionados. Sabemos desde los estudios de Beaumont hechos en un individuo con una fístula gástrica, los desórdenes que las emociones producen en la secreción de los jugos digestivos. La preocupación, la tristeza y otros estados análogos, son causas que la hacen disminuir. Y bien podemos atribuir a estos trastornos las malas digestiones producidas en los sujetos melancólicos, pues tenemos la firme creencia que la distracción de fuerza nerviosa en las emociones perjudica el funcionamiento de esta víscera. Teniendo esto presente podemos decir

que tanto se digiere con el cerebro como con el estómago.

Por este motivo son tan comunes las dispepsias temporales o definitivas que aquejan a menudo a individuos que por la clase de ocupación a que se dedican están sujetos a disgustos frecuentes.

El corazón sufre también en estos casos. En él repercuten todos los estados del ánimo y se hace centro de reflejos psíquicos para desalentarse en la tristeza, fenómeno que explica Peter, en un clásico aforismo, al decir que todo corazón físico está doblado por un corazón moral.

Los latidos son en el melancólico débiles e irregulares, lo que explica con claridad el descenso que puede observarse en la temperatura periférica.

Las secreciones disminuyen y las fuerzas musculares pierden gran parte de su potencia y de su energía por la debilidad del influjo nervioso. Estado bien apreciable por la actitud que asumen al marchar, con los brazos caídos, el paso inseguro y la frente inclinada.

Todos estos desórdenes van acompañados de perturbaciones nutritivas que se revelan por la palidez, el adelgazamiento y la demacración. Dependen, a no dudarlo, de una menor absorción, de una menor asimilación, de la inapetencia y de la dispepsia.

Hemos observado asimismo, que la mayor parte de

las personas que están bajo la influencia persistente de una idea depresiva, son constipados, lo cual atribuimos a una atonía intestinal.

Los melancólicos padecen también de variadas visceralgias; ya son dolores localizados en la región epigástrica, ya neuralgias en el trigémino o frecuentes hemicráneas que los atormentan.

A este cuadro desconsolador se agrega en la mayor parte de ellos desórdenes en el sueño, interrumpido y agitado por insomnios.

La tristeza postra de tal manera el cuerpo que le despoja de la fortaleza necesaria para el ejercicio regular de ciertas funciones. El sentimiento erótico permanece casi apagado y los deseos apenas acosan a estas naturalezas desgraciadas. Ciertas personas excesivamente sensibles, cuando los abate esta pasión sufren una impotencia temporal y quedan mientras están bajo su influencia inhabilitados para el comercio sexual.

Cuando la tristeza es intensa y prolongada suele producir un verdadero cambio en el carácter, que se vuelve hosco, irascible y violento; tampoco escapan las facultades intelectuales que disminuyen y se oscurecen.

El profesor Ball ha publicado en un número de la revista científica, titulada *L'encephale*, un notable trabajo sobre una afección mental que se observa con frecuencia grande, y que sin embargo no ha recibido ninguna designación especial por los alienistas, y que la llama torpeza del entendimiento.

Ella se produce a menudo por el pesar prolongado, por las decepciones y el abatimiento que acompañan a una brillante posición social, política o pecuniaria, que se pierde.

Se comprende la frecuencia de semejante enfermedad, si tenemos presente las numerosas causas semejantes a las mencionadas que día a día se acumulan en los grandes centros de población, donde es necesario desplegar una gran suma de habilidad y de talento, para llegar, abatiendo la competencia, a los puestos elevados.

El apego que muestra entonces el hombre por una posición legítimamente adquirida, las facilidades que le presenta para recorrer los caminos del placer, y la adulación que halaga su vanidad y su orgullo, son incentivos suficientes para cobrar cariño a un estado tal.

Nada más terrible en la vida que descender una vez que se ha gozado de las satisfacciones de las alturas, y ver que se desvanecen al caer en la desgracia todos los agasajos que le rodearon un día.

Causas son éstas que nos explican los hechos de talentos ayer robustos, debilitados casi súbitamente, y las esperanzas defraudadas que se fundaron en espíritus jóvenes que vienen a la vida llenos de promesas.

Pero dejemos estas digresiones para ocuparnos de los síntomas de la enfermedad descrita por Ball.

Entre los fenómenos que acompañan a tal estado, se nota debilidad en la memoria, postración en la inteligencia y laxitud en el juicio.

El espíritu es tardo y perezoso, son acometidos de debilidad en la voluntad y apenas se atreven a emprender

o a ejecutar una acción. Sobre semejante naufragio intelectual, se cierne la melancolía que se refleja sobre toda la individualidad moral.

Semejante estado no puede, bajo ningún concepto, confundirse con la lipemania, pues en la torpeza intelectual no existe la concepción delirante ni las ideas fijas, ni los sentidos están perturbados por alucinaciones, y faltan las impulsiones mórbidas.

Por otra parte, la tristeza que motiva esta afección, es justificada, es lógica.

Son pobres víctimas que han caído en las sombras de la estupidez, donde se ha replegado su espíritu, arrastrados por las preocupaciones e inquietudes que trae consigo la desgracia. La evolución del proceso que estudiamos es lenta y gradual, puede durar varios meses y aún años, y en ese lapso de tiempo van poco a poco apagándose las luces del espíritu. Esta afección puede curar, pero queda siempre un resabio caracterizado por el descenso de la inteligencia.

La histeria es frecuentemente ocasionada por las decepciones que experimentan ciertas mujeres al no encontrar en el matrimonio contraído las esperanzas que en él cifraron. Jacoud, en un hermoso artículo sobre esta materia, da la importancia debida a esta clase de etiología.

Peter enumera entre las causas más patentes de la tuberculosis adquirida, los disgustos, los pensamientos tristes y los terrores religiosos. Según él, la tuberculosis no consiste sino en la expresión material de la decadencia del ser físico, decadencia que puede ser adquirida por desórdenes en la nutrición.

Laënnec no conocía para explicar la tuberculosis causas más certeras que las pasiones tristes, y cita el ejemplo de una comunidad de religiosas que en zozobra constante por el destino de ultratumba, fue devastada por la tisis, a tal extremo de renovarse tres veces en el período de diez años.

Peter tiene la misma creencia y explica el origen de la tuberculosis en estos casos por la falta de apetito, los desórdenes digestivos y la insuficiente asimilación. Sabemos también que la mayor parte de los alienados melancólicos mueren de esta afección.

No se limitan a estos los trastornos de la emoción que examinamos. Agrava por sí, como otros estados de ánimo semejantes, el pronóstico de las enfermedades. Así se ven individuos que víctimas del desaliento son postrados por males relativamente pasajeros, y que en circunstancias diversas evolucionarían con rapidez hacia la curación.

¿Es posible morir de tristeza? Es verdad que esta pasión despierta numerosas enfermedades que de un modo consecutivo pueden traer un fin fatal. Lo que anteriormente hemos expuesto, apoya esta aseveración.

Pero la muerte aguda, casi súbita, como la produce el terror o la cólera, es más difícil de admitir; sin embargo, mencionaremos una anécdota que consigna el Dr. Tuke: un jefe de estación de los caminos de hierro de Italia, fue un día despertado por varias personas que le dieron el aviso que su estación había sido robada. La responsabilidad recaída sobre él y los grandes trastornos que ese hecho traía para su destino, le sumieron en una tristeza profunda de la cual nada consiguió levantarlo. Cayó inmediatamente enfermo y murió a las veinticuatro horas. Los síntomas fueron los siguientes: postración extrema, desórdenes digestivos, vómitos frecuentes, pulso débil, voz cavernosa; no perdió el conocimiento. El Dr. Loura, profesor de la Universidad de Turin, diagnosticó diciendo, que había muerto de tristeza. La Facultad de Boloña ratificó ese diagnóstico, y el gobierno acordó a la viuda una pensión para premiar así la alta idea que aquel hombre humilde tenía de su deber.

La tristeza asume también otra forma llamada nostalgia o mal del país. Este estado se observa en los individuos que por causas distintas se ven obligados a permanecer alejados del lugar donde nacieron. Está caracterizado por el deseo del retorno lleno de ideas melancólicas. En los ejércitos suele hacer esta pasión verdaderos estragos, así como en los estudiantes que se ausentan de su ciudad natal.

Se ha notado que esta emoción es más viva en los habitantes de los países agrestes, allí donde el clima y la producción son más ingratos, sentimiento tan desarrollado en los montañeses que les hace preferir las pobreza del terruño a las riquezas de las capitales.

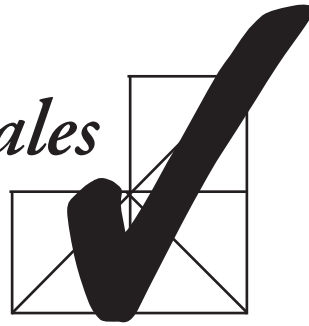
En la antigüedad era la nostalgia más pronunciada que en los tiempos modernos donde el ostracismo era un castigo tan terrible como la pena de muerte.

El individuo víctima de la nostalgia se muestra huraño, no se aviene con las costumbres del nuevo país que habita, pierde el apetito, se siente débil, triste e inútil para el trabajo. Poco a poco hace progresos el mal; se enciende una fiebre lenta, el rostro se marchita, se demacra, la respiración disminuye, y si el proceso sigue y escapan a una enfermedad intercurrente mueren en el marasmo.

En los ejércitos se la ha visto reinar de un modo epidémico y acompañar a la disentería, al escorbuto y al tifus. ■



# Lecturas y señales



## El hijo judío

Daniel Matusevich



Daniel Guebel  
Literatura Random  
House, 2018

*“Envejecer es cruzar un mar de humillaciones cada día, es mirar a la víctima de lejos, con una perspectiva que en lugar de disminuir los detalles los agranda. Envejecer es no poder olvidar lo que se olvida. Nunca pienso que soy vieja ahora que soy vieja”*

Silvina Ocampo

Para este comentario hemos seleccionado una novela que retrata la relación entre un padre y su hijo; esta temática es casi un género en sí mismo y son varios los escritores que han dado algunas de sus mejores obras intentando plasmar ese mundo: una lista inevitablemente incompleta incluye a Shakespeare, Auster, Ford, Piñeiro, Mc Carty, Giralte Torrente, Kafka y Roth.

Son precisamente estos dos últimos las referencias que toma Guebel para decodificar por escrito la relación con su padre; Hermann Kafka y Herman Roth (simetría de nombres) sobrevuelan el texto de manera bastante explícita. El primero educando y atribulando a Guebel niño y el segundo teniendo que ser cuidado y acompañado por Guebel adulto.

La riqueza de la novela se sostiene en la tensión que se establece entre estos dos momentos de la vida y de la relación padre-hijo; un hijo rechazado y desvalorizado sistemáticamente se hace cargo de un padre enfermo que está perdiendo el control de su vida (“...voy a ver a mi padre a la clínica donde está internado. No a causa de su cáncer de próstata, que a su edad avanza lentamente, sino por quistes en la vejiga... a poco de cumplir los ochenta sufrió un sangrado intestinal que le provocó la baja de presión y la descompensación de oxígeno en el cerebro que derivó en el accidente cerebrovascular que lo dejó con retardo en la expresión y la comprensión”).

El texto, una verdadera bitácora del deterioro, relata de manera minuciosa, en breves fragmentos como imágenes, diferentes momentos de encuentros y mayoría de desencuentros, descartando la secuencia temporal para privilegiar las asociaciones y las emociones. El hijo

ya viejo tiene que hacerse cargo de un padre anciano y enfermo, recorriendo juntos un camino de ambivalencia (“Hace unos meses vi unas viejas fotos en blanco y negro que sacó mi tío Alberto: mi padre y yo corremos por un parque, mi padre me sostiene y yo estoy sentado sobre el capot de nuestro Peugeot 403, reímos. Mi madre usa anteojos con lentejuelas y perlas falsas y sonrío. ¿Qué cuento siniestro estoy contando, entonces?”).

Como ya hemos escrito en otras ocasiones los manuales de entrenamiento para cuidadores de “adultos mayores” que disponemos y los textos de psiquiatría o psicología (“Su majestad el niño grande y tiránico ha cedido paso al adulto mayor, que es la forma benévola y empresarial de referirse a los viejos”) están muy lejos de poder reflejar la complicación que implica acompañar y envejecer al mismo tiempo. En cambio, Daniel Guebel consigue transmitirlo de manera impecable en menos de 180 páginas: es por lo que creemos que las nuevas semiologías, las que nos permitirán capturar la complejidad de estos tiempos, serán narrativas o no serán nada.

Nos explicamos un poco más: los relatos, de los profesionales, de las personas que sufren, historias como la que estamos reseñando en esta ocasión pueden transformarse en la manera de comenzar a redefinir las enfermedades psiquiátricas, tanto en su descripción como en su comprensión. La repetición Talmúdica y acrítica de fórmulas que ya era necesario cuestionar cincuenta años atrás no puede ser el camino, tampoco puede serlo

maquillarlas con algunos ingredientes para hacerlas lucir “modernas”: palabras como *género*, *comunitario*, *identidad*, etc., se vacían de sentido cuando son utilizadas para sostener nostálgicamente teorías que la muerte de los Grandes Relatos se encargó de enterrar.

Creemos que esta es una de las claves posibles para acercarse al texto de Guebel: leerlo como un manual para cuidadores familiares de personas que están atravesando envejecimientos con enfermedad (“Ahora, padres viejos, los trato mejor de lo que ustedes me trataron cuando niño... El sangrado se interrumpe y vuelve a su casa. Voy a visitarlo en la semana, con varios pretextos. Él está sentado, con la mirada perdida. Le pregunto qué le pasa: “No hay nada”, dice. Y después: “Estoy viejo”). La propuesta puede inscribirse en una forma de analizar los envejecimientos propios y ajenos desde una posición diferente, podríamos decir desde adentro. Por supuesto que leerlo solo por el placer de la lectura es otra gran opción; como siempre, dejamos en manos de nuestros improbables lectores la decisión.

*“‘Rayo’, me dice. ‘¿Estas rayado?’, le digo. ‘Sí’. ‘¿Qué te pasa papá?’. Inclina la cabeza, alza las manos y las mueve como si se tratara de hacer girar tornillos, o más bien bulones, para que le atraviesen la osatura del cráneo y le ajusten las volutas del cerebro. Después estira el dedo índice de la mano derecha y hace el gesto de disparar. ‘¿Querés morir?’. ‘Sí’. ‘¿Querés matarte?’. ‘Sí.’” ■*