



Año 1917

Núm. 3361

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

===== **Concepto actual** =====
y
Diagnóstico de la Demencia precoz

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PASTOR E. SCHNEIDER

Ex-practicante mayor y menor del Hospital Nacional de Alienadas
Ex-practicante mayor y menor de la Asistencia Pública, (Casa central)
Ex-practicante menor interno y externo del Hospital Rawson
Ex-practicante del Instituto «Jenner»



“LAS CIENCIAS”

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

===== Concepto actual =====

y

Diagnóstico de la Demencia precoz

Año 1917

Núm. 3361

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

===== **Concepto actual** =====
y
Diagnóstico de la Demencia precoz

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PASTOR E. SCHNEIDER

Ex-practicante mayor y menor del Hospital Nacional de Alienados
Ex-practicante mayor y menor de la Asistencia Pública, (Casa central)
Ex-practicante menor interno y externo del Hospital Rawson
Ex-practicante del Instituto «Jenner»

“LAS CIENCIAS”
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 • BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

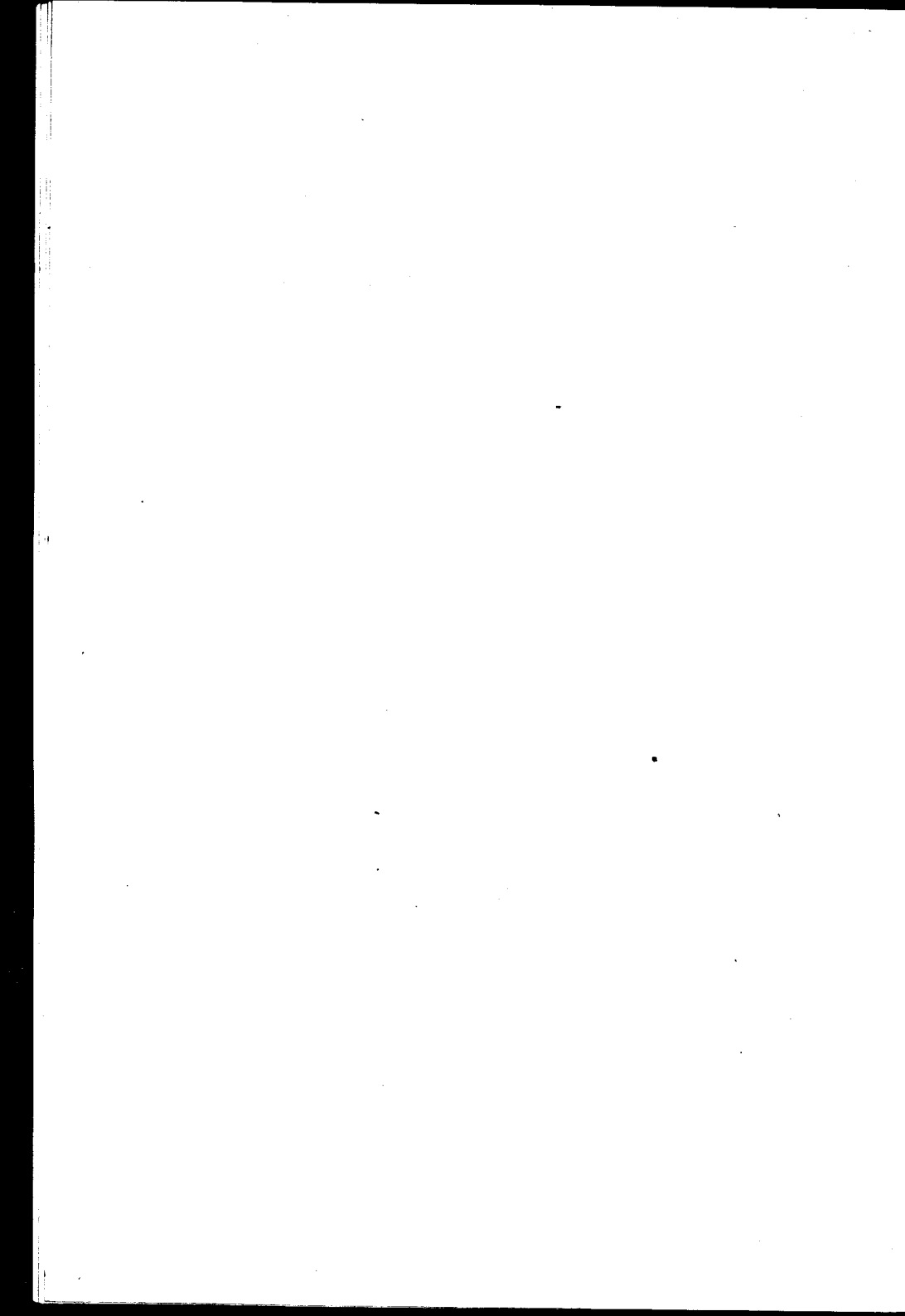
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GUENES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO
24. " " PEDRO BENEDIT

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

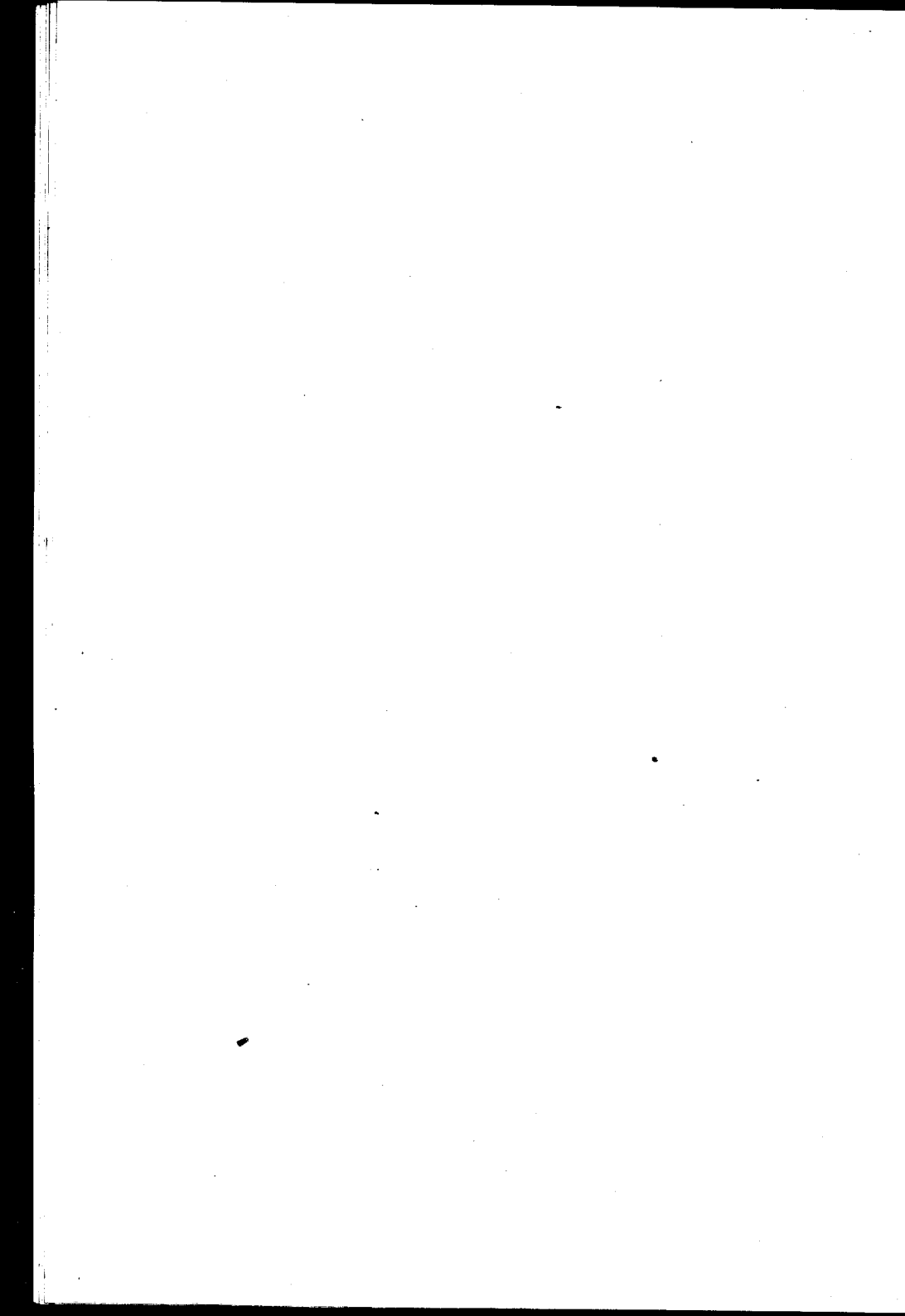
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EUFEMIO URALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARÍ
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VIÑAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

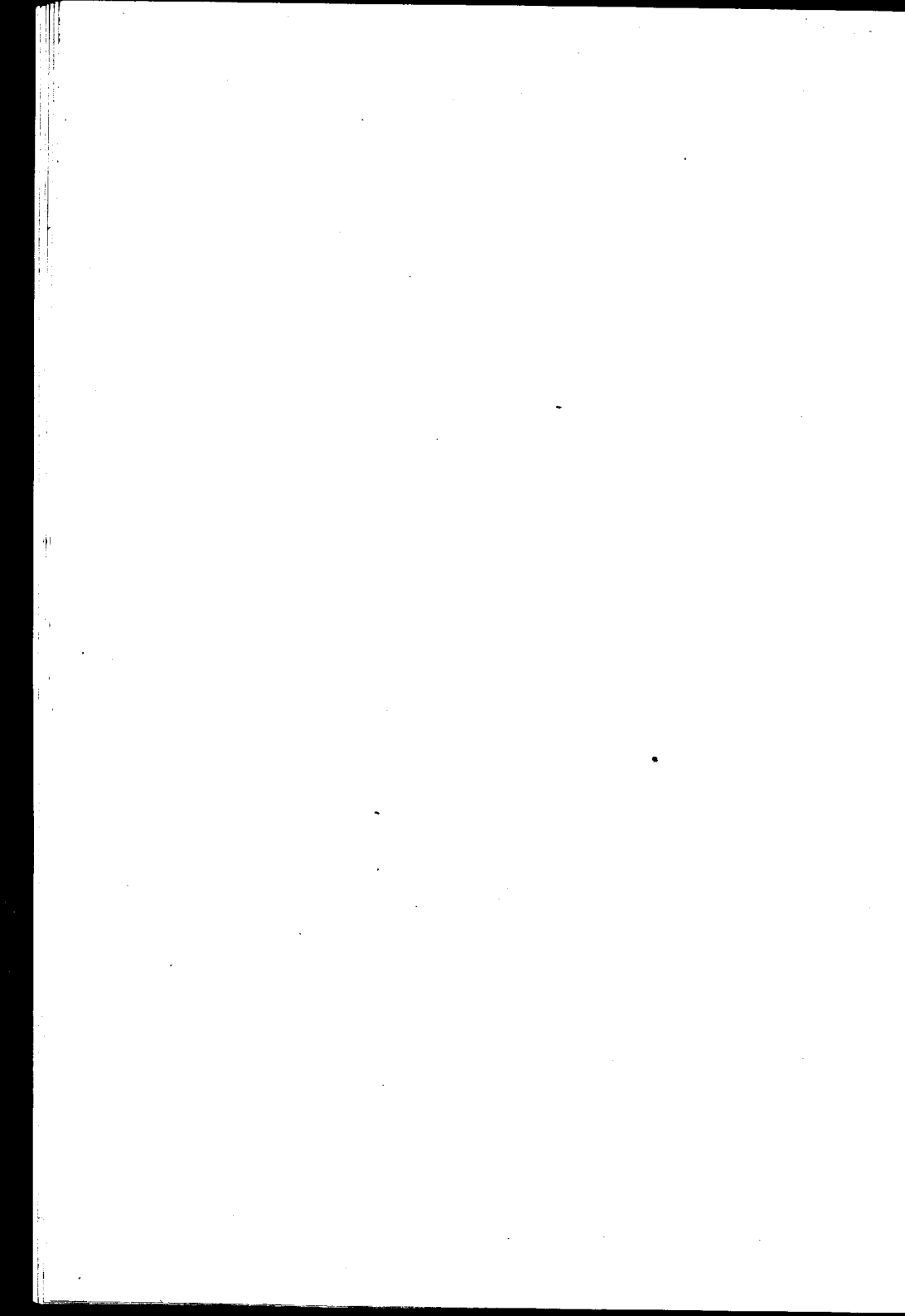
DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

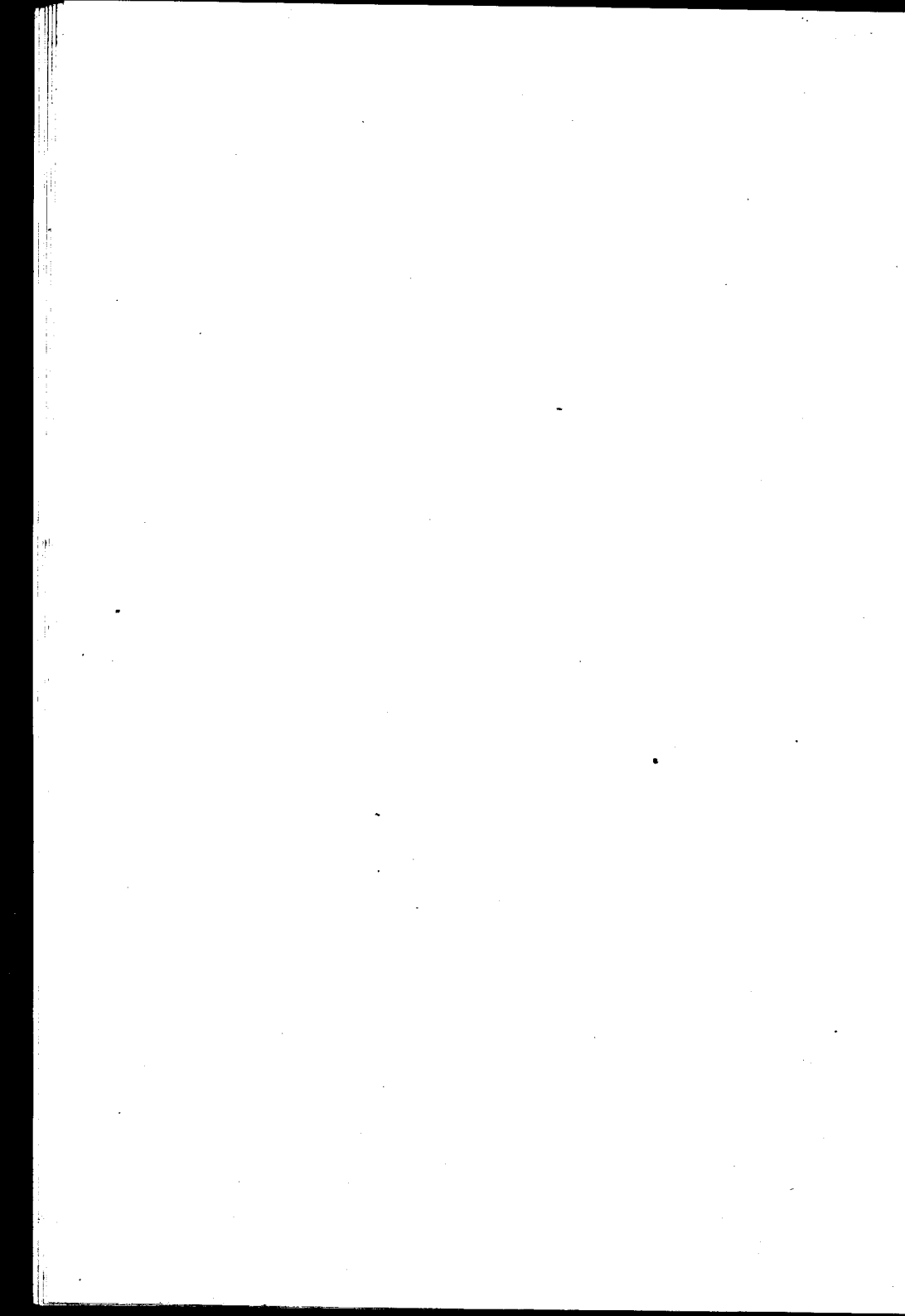
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	" LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	" RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	" R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	" JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	" PEDRO BELOU
Histología	" RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	" ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	" HORACIO G. PISERO
Bacteriología	" CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	" PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	" RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos ... }	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
	" DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	" AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	" TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	" DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	" LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	" BALDOMERO SOMMER
" Génito-urinarias	" PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	" JUAN B. SESORANS
Clínica Epidemiológica	" JOSÉ PENNA
" Oto-rino-laringológica	" EDUARDO OREJERO
Patología Interna	" MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	" ENRIQUE B. DEMARIA
" Médica	" LUIS GEMES
" Médica	" LUIS AGOTE
" Médica	" IGNACIO ALLENDE
" Médica	" ABEL AYERZA
" Quirúrgica	" PASCUAL PALMA
" Quirúrgica	" DIOGENES DECOUD
" Quirúrgica	" ANTONIO C. GANDOLFO
	" MARCELO T. VISAS
" Neurológica	" JOSÉ A. ESTEVES
" Psiquiátrica	" DOMINGO CABRED
" Obstétrica	" ENRIQUE ZARATE
" Obstétrica	" SAMUEL MOLINA
" Pediatría	" ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	" DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	" ENRIQUE BAZTERRICA



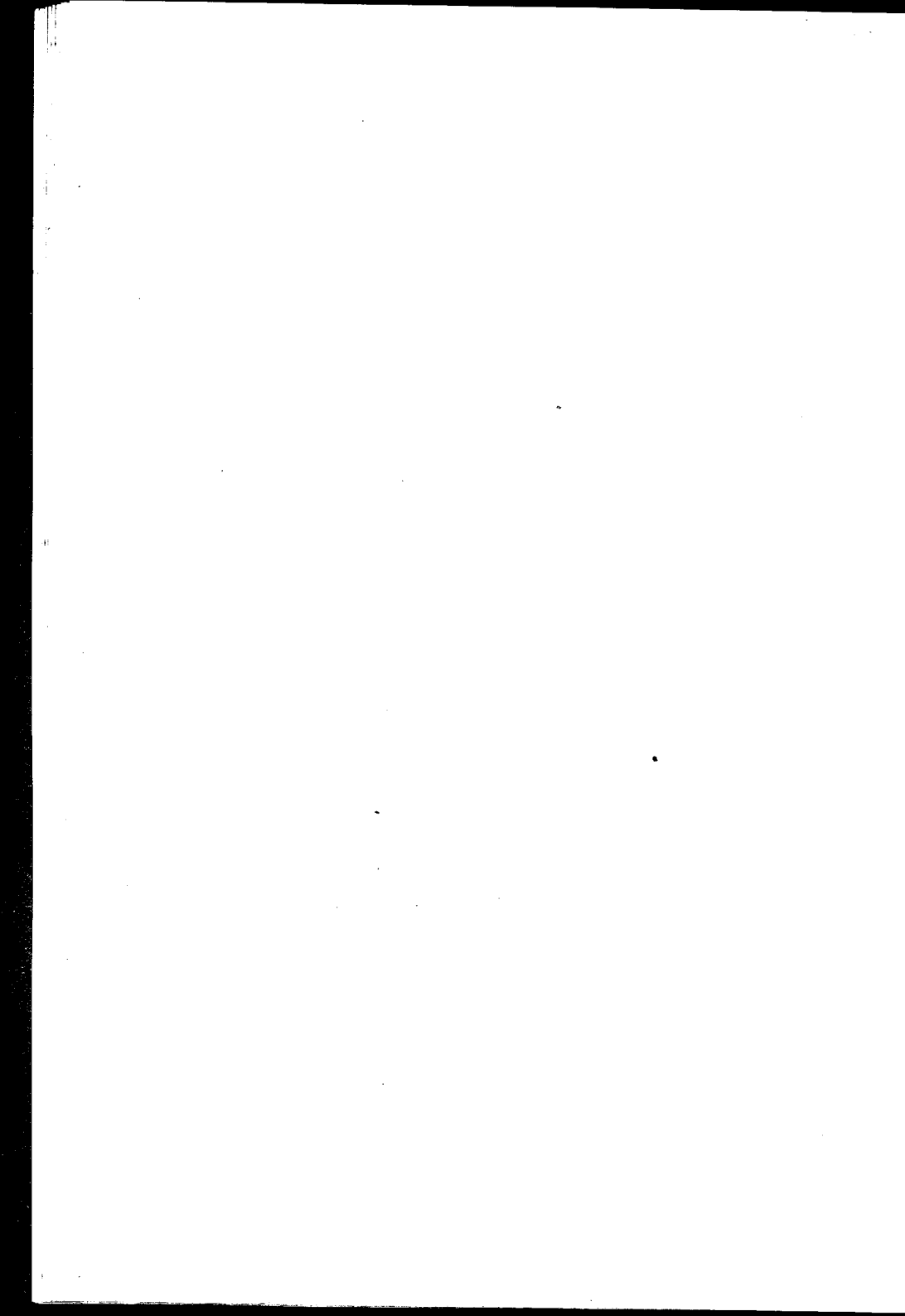
ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	{ „ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Géntto urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	{ „ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	{ „ ANTONIO F. FISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	{ „ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO GALLI
Bacteriología	" JUAN JOSE CIRIO
Química Biológica	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" BERNARDO HOUSSAY
Semeiología y ejercicios clínicos	" RODOLFO RIVAROLA
Anatomía Topológica	" SALVADOR MAZZA
Anatomía Topográfica	" BENJAMIN GALARCE
Materia Médica y Terapia	" FELIPE JUSTO
Medicina Operatoria	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Clinica Dermato-sifilográfica	" ALFREDO VITON
" Epidemiológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
" Oftalmológica	" ANGEL H. ROFFO
" Oto-rino-laringológica	" ANGEL F. SAN MARTIN
Patología Interna	" JOSE MORENO
Clinica Quirúrgica	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
" Médica	" CARLOS IBERUTSON
" Pediátrica	" FRANCISCO P. CASTRO
" Ginecológica	" CASTELFORT LUGONES
" Obstétrica	" ENRIQUE M. OLIVIERI
Medicina Legal	" ALEJANDRO CEBALLOS
Clinica Psiquiátrica	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALINA
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" ADOLFO NOCETTI
	" RAUL ARGANARAZ
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBIRINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" PEDRO LAROTI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHIUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JORGE LEYRO DIAZ
	" ANTONIO F. CELESIA
	" TOMAS B. KENNY
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO DIAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEN
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN B. GOYENA
	" JUAN JACORO SPANGENBERG
	" TULLIO MARTINI
	" CANDIDO PATINO MAYER
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" JULIO IRIARNE
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASFOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOSUE BERTI
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
	" AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico „ MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica „ FANOR VELARDE

Puericultura „ UBALDO FERNANDEZ



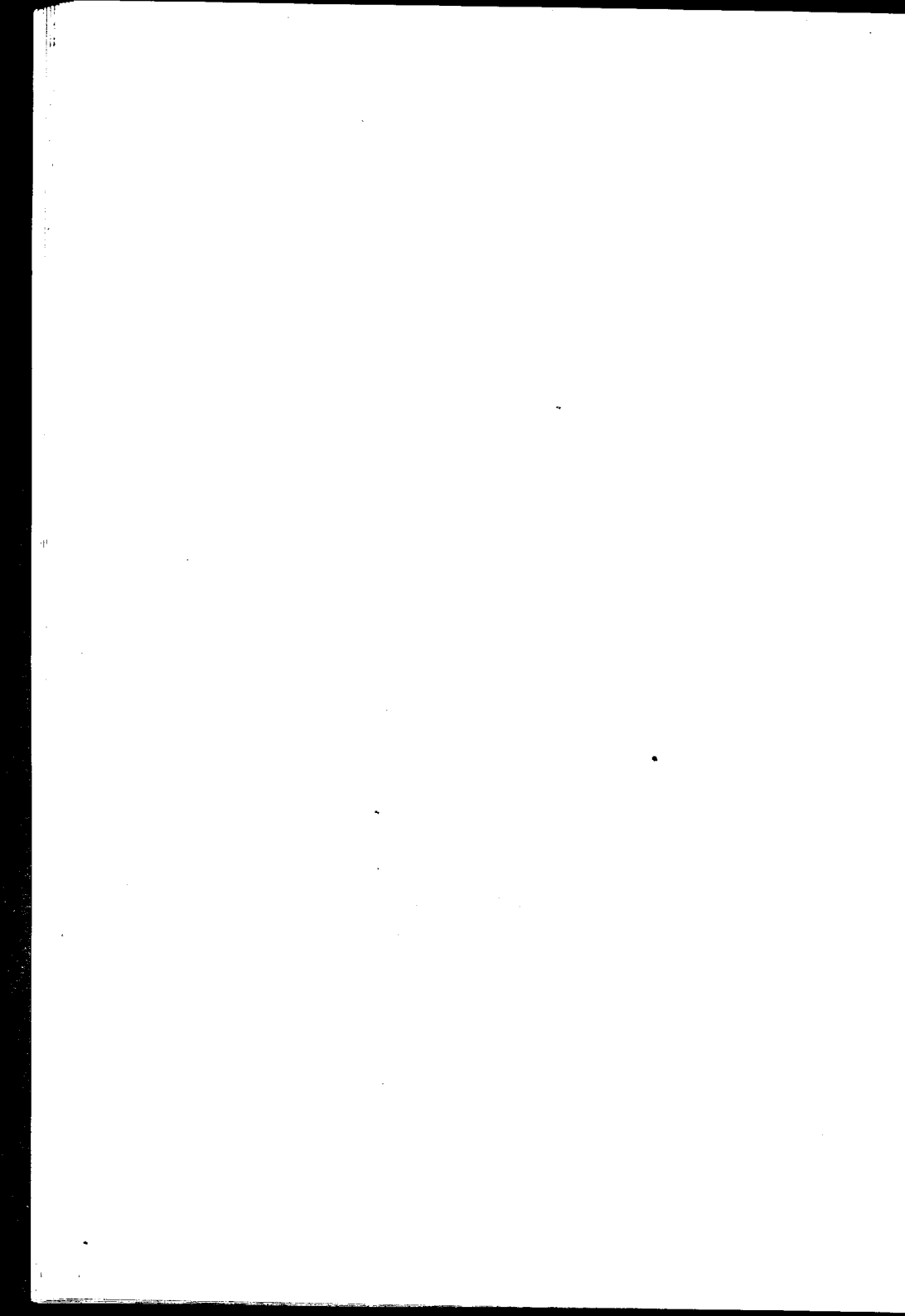
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	" JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica...	" MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	" ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	" FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	" J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	" RICARDO SCHATZ
Química analítica general	" FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)...	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica...	" ANGEL SABATINI
	" EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	" PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	DR. PEDRO J. MESIGOS
	" LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	SR. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	DR. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	—
Química analítica aplicada (Medicamentos)	DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer.)
Química biológica	" PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	DR. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	" JUAN B. SENORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



Padrino de tesis:

Profesor Dr. JOSE A. ESTEVES

Miembro de la Academia de Medicina
Profesor titular de Clínica Neurológica
Director del Hospital Nacional de Alienadas



A MIS PADRES

Homenaje



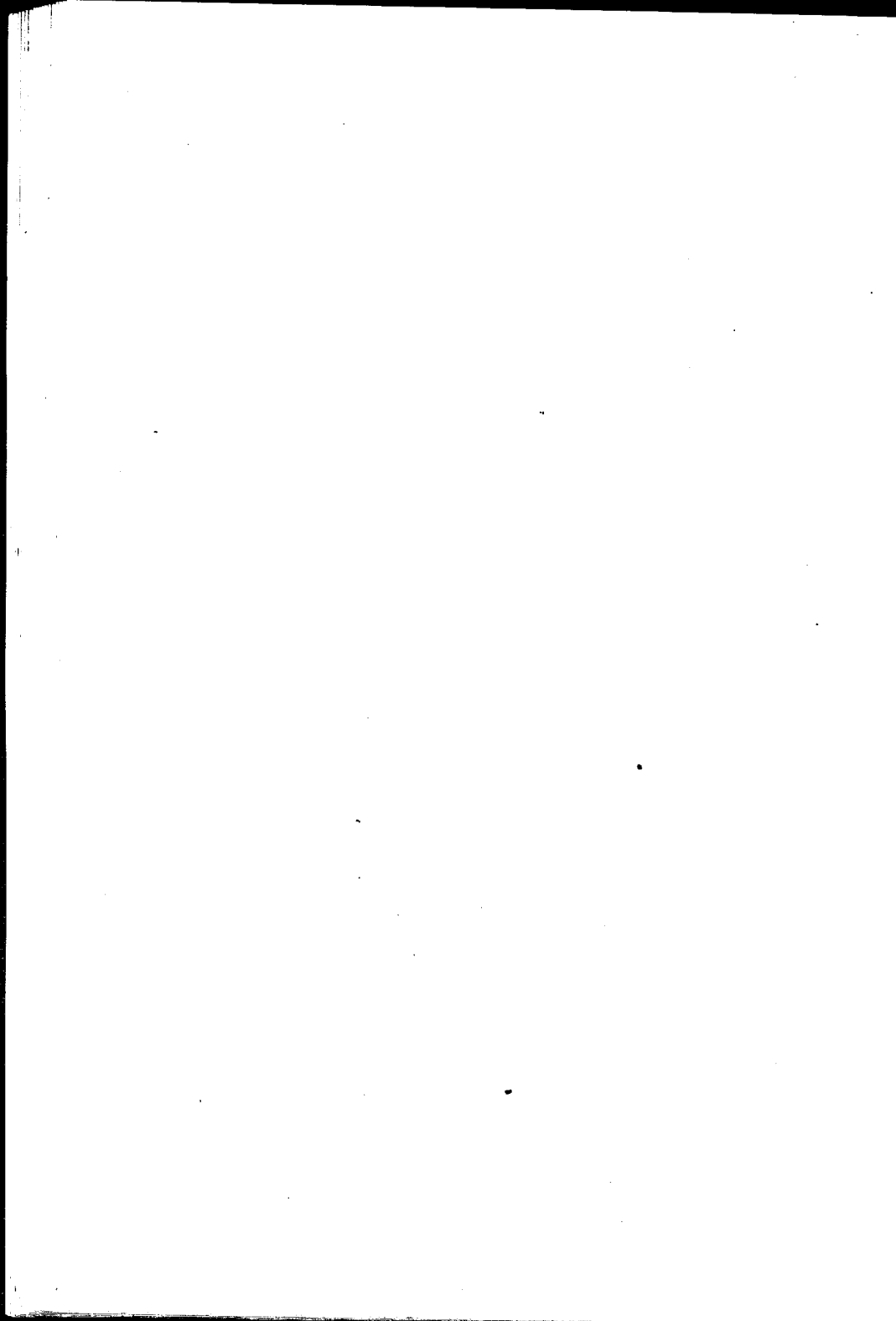
A MIS HERMANOS

A MI PROMETIDA

SEÑORITA AIDA MACERA

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Con este modesto trabajo que presento a vuestra consideración, queda terminada mi vida de estudiante, y me veo de pronto desligado de la tutela sabia y cariñosa ejercida hasta ahora por la Facultad.

Al ingresar a ella, traía como todos el bagaje de ilusiones hermosas, el ansia de saber, los augurios de un brillante porvenir, pero una ofuscación de mi criterio hízome ver árido el camino recto que conduce al logro del ideal soñado, perdí la brújula y arrojé el lastre de buenos consejos y mejores ejemplos y con una inconciencia que no justificaban mis años juveniles, tomé por sendas extraviadas que sólo podían conducirme al desengaño y a la derrota.

Por eso tuvo la vida para mí otras enseñanzas y logré adquirir asaz duramente experiencias insospechadas. En vez de los afanes del

estudioso, los placeres, la holganza, el *je m'enfi-*
che; la satisfacción del deber cumplido reempla-
zada por el falaz espejismo de una vida despre-
ocupada y la fe del convencido por el amargo
excepcionismo del que se ve fracasar.

Y bien, he vuelto; no lo hube perdido todo;
los escollos abrieron rumbos en la nave y retar-
daron el viaje, pero no impidieron que llegara
a su destino.

Habiendo hecho por varios años sin solu-
ción de continuidad una vida de hospital, me he
formado junto a maestros distinguidos y desin-
teresados, y si un tiempo las veladas del estudio
no ardieron en mis ojos, en cambio éstos nutrié-
ronse de enseñanzas en ese manantial precioso
cual ninguno: el lecho del enfermo.

Esas enseñanzas y esos maestros, presen-
tes estarán siempre en mi espíritu. No conozco
la ingratitud y en el jardín de mi alma siempre
hay flores frescas para los que me hicieron bien.

Estando tan cerca de los que sufren me en-
cariñé con ellos sin esfuerzo, y es por eso dis-
culpable que abrigue la convicción íntima de que
en el desempeño de mi nueva misión seré hu-
mano, seré noble.

¡Vida de estudiante! Al alejarme de ella pienso con tristeza en algo encantador que pasó para siempre. Evoco el pasado y surgen al conjuro miles de cosas que fueron mi delicia y que serán siempre lo más puro y gentil del montón de mis recuerdos. Acuden a mi mente los compañeros queridos con quienes me ligaban la similitud de ideas, el lazo fuerte de los afectos, la comunidad de entusiasmos, de anhelos y, en fin, la vida, derrochando a manos llenas lo más precioso que ella tiene: la juventud.

Con ellos he pasado mis mejores años; he sido buen compañero, lo digo sin que se presumiera jactancia, y he sabido conquistar simpatías, ellos lo han sido mejores, fueron tónicos inapreciables de mi espíritu. Para todos un lugar predilecto en mi corazón.

Para el profesor doctor José A. Esteves, maestro distinguido y caballero ejemplar, guardo una deuda insalvable de gratitud. Su acción personal tan constante como desinteresada, tuvo en mí una influencia decisiva. Uno a sus múltiples gentilezas el honor de apadrinarme en esta tesis.

A la memoria del malogrado doctor Mario Acevedo, mi primer maestro en medicina, la siempreviva de mi afecto.

A los profesores doctores Domingo S. Cavia y Horacio G. Piñero y a los doctores Joaquín Rubiera, José A. Gorostiaga y Erardo Reinecke, de quienes fui practicante, mi reconocimiento por sus sabias enseñanzas y sus múltiples bondades.

Al doctor Carlos Edo, jefe del S. M. P. de la Asistencia Pública, así como a los demás médicos de la repartición, mi gratitud y cariño por sus gentilezas. Igual cosa puedo decir de los médicos de sala del Hospital Nacional de Alienadas.

A los doctores Luis Esteves Balado, Italo D. Chiama, Pedro Molinas, Arturo Estrella Orrego y Emilio Luxardo, a quienes he podido apreciar cumplidamente y pulsar sus sentimientos de sincera amistad hacia mi, dedico estas líneas henchido de emoción; soy y seré para ellos un grande y fiel amigo.

Y por fin, a mis ex compañeros de internado en el Hospital Nacional de Alienadas y de guardia en la Asistencia Pública, camaradas inolvidables, a ellos mi fraternal abrazo y su recuerdo indeleble en mi cerebro y mi corazón.

CAPITULO I

HISTORIA Y CONCEPTO ACTUAL

Al ocuparme en este trabajo de la demencia precoz, esa entidad mórbida que ocupa tan señalado lugar en psiquiatría y cuyo cuadro clínico de vastísimas proporciones, ofrece amplio campo a todos los estudios, me concretaré solamente al concepto que actualmente nos merece y para lo cual será menester que haga una ligera reseña histórica y entraré a ocuparme más adelante del diagnóstico de la enfermedad, para el cual es necesario hacer un análisis detenido de los síntomas y de las formas clínicas.

La demencia precoz es un proceso de desorganización mental, de evolución crónica, pero irregular, con alternativas, ya sean éstas remi-

siones más o menos duraderas o crisis también agudas de empeoramiento.

Actúa sobre sujetos predispuestos y en su mayoría jóvenes. La curación completa es posible, pero muy rara. Por lo común, los enfermos, después de un episodio ruidoso, caen en un estado de tranquila deficiencia mental, caracterizada por disociación más que por verdaderas lagunas psíquicas. El primer cimiento de la demencia precoz fué la hebefrenia (de Hebe, diosa de la pubertad), aislada por Hecker en 1871, quien la caracterizó como una enfermedad que comienza entre los 16 y los 20 años, que pasa sin reglas fijas por fases de melancolía, manía y confusión y que luego cae en demencia, pero que deja entrever en todas sus manifestaciones un no se qué de pueril, de frívolo, de no natural, casi de simulado. Pretendióse en un principio que se trataba de una psicosis independiente, pero luego ha quedado en psiquiatría como una variedad de la demencia precoz.

Tres años más tarde, en 1874, Kahlbaum introduce entre las enfermedades mentales una nueva entidad, que es en realidad nada más que un síndrome: la catatonía.

Antes de esa época la catatonía había pasado como una variedad de estupor, confundida

con la melancolía. Kahlbaum después de estudiar minuciosamente todo el cuadro clínico de la catatonía y basado en las complicaciones motoras observadas en ella, trató de colocarla como una enfermedad fronteriza de la parálisis general progresiva.

Algunos otros autores, entre ellos Ségla, Chasslin, establecieron que la catatonía era ante todo un síndrome y que podía también encontrarse en varias enfermedades independientes y bien caracterizadas.

Es Kraepelin quien tuvo la concepción de agruparlas como una sola entidad, realizando la aspiración de comprender en el diagnóstico, no el síndrome psicológico, sino la enfermedad misma, es decir, un proceso morboso de evolución bien determinada.

De acuerdo con ese pensamiento Kraepelin no vaciló en agrupar bajo el mismo nombre, síntomas los más diferentes cuando tienen una patogenia común y constituyen una psicopatía crónica que sigue la línea de una evolución continua y fatal.

Así dió nacimiento Kraepelin a la demencia precoz, y análogo pensamiento dió origen a la psicosis maniaco depresiva.

Como he dicho, el primer núcleo de demen-

cia precoz fué constituido por la hebefrenia y la catatonía, psicosis ambas juveniles, estrechamente afines, no siempre bien distintas y a las cuales Kraepelin reconoció ser la fuente principal sino exclusiva de la demencia considerada hasta entonces por secundaria.

Estos estados demenciales eran antes considerados no ya como la fase última y prevista de un proceso morboso con caracteres propios, sino como un factor que por circunstancias favorables podría instalarse sobre las más variadas de las psiconeurosis por lo regular curables, no excluidas la manía y la melancolía. Según Kraepelin, la caída en demencia es ya implícito en la demencia precoz desde el comienzo y es el epílogo de una psicosis particular que conduce rápidamente y por fuerza propia a una decadencia irreparable del intelecto.

A estas dos formas de demencia precoz, la hebefrénica y la catatónica, Kraepelin no tardó en agregar una tercera, la paranoide, que surge insólitamente después de la pubertad y se manifiesta con alucinaciones, delirio fátauo, paradojal, absurdo, involutivo, con perversión de los afectos y de la conducta, con íntima incoherencia y disociación profunda. Este nuevo núcleo de dementes precoces atrajo hacia su órbita muchísi-

mos casos de paranoia primitiva que ya el mismo Kraepelin había separado de la variedad clásica de paranoia combinatoria, como una forma particular e incorrecta de paranoia fantástica, caracterizada por la extravagancia e incoherencia de delirio.

Los pretendidos casos de paranoia secundaria y otras formas del delirio crónico malamente sistematizado que se consideraban como complicaciones tardías y estables de las psicosis funcionales, como forma terminal análoga a la demencia secundaria, fueron absorbidos también en la demencia paranoide. Además de éstos, se englobaron multitud de síndromes correspondientes a otras entidades mórbidas.

Como las tres formas de demencia precoz eran tan numerosas, tan semejantes los síntomas y de evolución tan esencial, hizo pensar en un substracto orgánico común, en un disturbio del intercambio material, en una autointoxicación tal vez de origen sexual.

Sobre esta base clínica y con el apoyo de estudios histo-patológicos fructuosos, la demencia precoz vino a salir así del campo de la psicosis funcional simple, sine materia, para entrar en el de las encefalopatías primitivas.

Las innovaciones de Kraepelin, encontraron

adhesiones entusiastas, puesto que las tan discutidas «psicosis simples» habían encontrado un ordenamiento racional en la categoría clínica sólidamente apoyada sobre el criterio objetivo. Los caracteres diferenciales que convienen al casi tipo, malgrado su clara simplicidad, se demostraron bien pronto insuficientes para establecer los confines de la demencia precoz y de la psicosis maniaco depresiva, sea recíprocamente, sea respecto a las otras formas de psicosis y los esfuerzos de Kraepelin y sus numerosos discípulos que van haciendo en ese sentido, no hacen más que poner las fallas al descubierto. Puede esperarse que cuando estemos mejor enterados sobre la naturaleza y el mecanismo de los procesos degenerativos, cuando sea más profundizado y con mayor fortuna el análisis somático de las enfermedades mentales, se encuentren criterios de distinción más decisivos, de modo que se pueda prescindir de las diferencias psicológicas o, por lo menos, que cesará de depender el diagnóstico de la débil columna de la psicología.

Es de esperar que la era feliz llegue pronto; el método sero-diagnóstico de Abderhalden, ¿será un arranque hacia este objetivo ideal?

La demencia precoz alargó sus dominios hacia la infancia y hacia la vejez. Los casos de la

infancia de demencia grave y curso rapidísimo que anteriormente eran confundidos con la detención de desarrollo fueron clasificados como una variedad: la demencia precocísima de De Sanctis.

La edad crítica y senil dió variedades catatónicas y paranoides, siempre menos típicas, pero gradualmente confinantes con las más características de la edad media. A los síntomas rudimentarios de catatonía, al amaneramiento, a las alucinaciones, a la incoherencia del pensamiento y de la conducta, se les daba un valor diagnóstico decisivo, bastaba una respuesta incoherente, una actitud vacilante, un aspecto atónico, una manifestación de negativismo, una palabra o un ademán estereotipado, para inducir al diagnóstico de la demencia precoz.

De esa manera se comprende que desde 1896 a 1901, este diagnóstico adoleció de una frecuencia tal que hubo de llegar a la exorbitante proporción de más del 50 por ciento de las enfermedades mentales (según cifras admitidas por el mismo Kraepelin). Pero, con ensancharse el cuadro morboso decae el valor del criterio diagnóstico. La caída en demencia pierde su significado característico. La forma abortiva con de-



bilitamiento leve, apenas esbozado, fué observada con frecuencia creciente.

Se veían muchos casos de iniciación borrascosa y que parecían ejemplos típicos de demencia precoz, que volvían rápidamente a la curación. Es que se trataba simplemente de episodios delirantes en tipos degenerados. Igual cosa podría decirse de la forma más juvenil, y por otra parte, entre las formas más tardías podía hablarse de delirio crónico más que demencia, en el sentido estricto.

El diagnóstico en la iniciación de la enfermedad se constituyó en muy difícil y aún casi imposible, sobre todo cuando las formas se veían complicadas con oscilaciones frecuentes e inexplicables de la afectividad y que no se distinguían en nada de la psicosis maniaco depresiva. Para decidir en favor de uno u otro diagnóstico eran necesarios años de observación y aún así muchas veces eran insuficientes.

Pero donde se palparon hasta la evidencia las fallas del criterio de Kraepelin, fué en el abuso de confianza que se cometió con el diagnóstico de la forma paranoidea de la demencia precoz, que siendo la más vasta de las variedades, abarcó muchísimas entidades autónomas, entre ellas diversas formas del delirio crónico de Mag-

nan, los episodios delirantes de los degenerados, la psicosis involutiva, etc.

Surge un movimiento de reacción contra esta usurpación, y lo encabezan los autores franceses, que no pueden admitir que la demencia precoz ensanche injustificadamente sus dominios a costa de otros procesos netamente definidos. Y el ataque más recio fué para la demencia paranoide. Ballet, Regis, Serieux, entre otros, excluyeron y con muchísima razón la psicosis sistematizada progresiva, enfermedad tan bien perfilada, tan definida, con síntomas tan claros que no podía, a menos que obrar con ofuscación de criterio, englobarse en la demencia paranoide. A este respecto citaremos la autorizada opinión de Ballet, quien dice: «Nosotros continuaremos pensando con todos los observadores franceses, que la demencia precoz y los delirios sistematizados en su conjunto deben ser separados en las clasificaciones, tan netamente como ellos se distinguen en clínica, y que la denominación de demencia paranoide debe ser limitada a ciertos casos de demencia precoz que empiezan por una faz de delirio vagamente sistematizado».

Otro tanto puede decirse con respecto a la psicosis de los degenerados; esos episodios delirantes que aparecen de pronto, y que curan rá-

pidamente para volver a repetir en períodos más o menos alejados, ellos caen pocas veces en la demencia y sólo después de varios y frecuentes accesos. Al respecto me permitiré citar nuevamente a Ballet, que en un párrafo que también reproducen los doctores Cabred y Borda en su notable trabajo, dice: «si aparece la demencia en los delirios sistematizados de los degenerados es muchas veces después de varios accesos y es más propio aplicarle la antigua designación de demencia vesánica secundaria y reservar el de demencia paranoide para esas demencias que se han iniciado con un delirio polimorfo o un delirio muy vagamente sistematizado».

Estas consideraciones de los autores franceses son decisivas; entre nosotros hay que citar a los profesores Cabred y Borda, que tan bien han estudiado la demencia precoz y que en el trabajo publicado en la Revista de la Sociedad Médica Argentina, consignan en una de las conclusiones: «La división de la demencia precoz en cuatro grupos responde a los hechos clínicos, no obstante los numerosos estados de transición que pueden presentarse. *Creemos como afirman algunos autores, que en la forma paranoide deben excluirse los delirios bien sistemati-*

zados y no tener en cuenta sino los estados polimorfos y los de sistematización muy vaga».

Yo agregaría que «esos estados polimorfos» mientras pertenezcan a episodios delirantes en los degenerados, no deben ser englobados en la demencia paranoide, pues estamos habituados a ver con inusitada frecuencia casos de esos cuyo cuadro clínico presenta delirios polimorfos e incoherencias, y terminan por la curación a veces muy rápida.

La crisis del primitivo concepto de Kraepelin, ha sido reconocida por este mismo, quien se ha mostrado dispuesto a restringir en mucho la demencia paranoide. Es así que los casos de demencia precoz que en la clínica de Heidelberg superaron en 1901 al 50 por ciento de las enfermedades mentales, en 1907 bajaron al 20 por ciento, lo cual significa que el 60 por ciento de los diagnósticos de demencia precoz formulados seis años antes lo eran por error, que la demencia precoz había superado en mucho lo justo.

Estas variaciones del concepto de la demencia precoz han sido reflejadas en las estadísticas de la mayor parte de los establecimientos de alienados, cuyas cifras han sufrido año tras año evidente disminución en lo que respecta al porcentaje de casos correspondiente a esta enfermedad.

Todas las restricciones enunciadas rinden más homogéneo el residuo clínico de la demencia precoz, que todavía está en pie y no merece ser abatido.

CAPITULO II

SÍNTOMAS

La disociación psíquica, proceso fundamental de la demencia precoz, abarca el mecanismo del pensamiento, de los afectos y de los actos, pero sobre todo es manifiesta en la conducta. En la anormalidad de la conducta se suman todas las excitaciones y los arrestos que turban el mecanismo intrínseco de las acciones voluntarias y todas las consecuencias indirectas de la incoherencia ideativa, de los disturbios afectivos, de los desórdenes sensoriales. Por eso el síntoma más impresionante y complejo de la demencia precoz es la *anormalidad de la conducta*.

Cualquiera que sea la variedad clínica a que pertenezca el demente precoz, revela su desorden psíquico, no sólo por lo que piensa y dice, sino muy especialmente por lo que hace. La perversión de la actividad voluntaria se manifiesta

de varias maneras, entre las cuales hay variadas manifestaciones de automatismo morboso ya aisladas, ya repetidas, y de las cuales es frecuente que los enfermos tengan conciencia y recuerdo.

La *sugestibilidad* o *pasividad* del enfermo es una de las más características; la definiremos con Deny y Roy como «una tendencia general permanente o transitoria a adoptar toda solici-tación venida del exterior y de cualquier natu-raleza que ella sea». Esta manifestación abarca entre otras a: la *abulia* que expresa la *apatía*. Esta pasividad en su forma más simple se revela especialmente en la adaptación al manicomio. Muchos entre los dementes precoces, especial-mente aquellos de antigua data, salvo alguna bi-zarria habitual de gestos de lenguaje, son dóciles, adaptables, fáciles de manejar sin oponer resis-tencias y carentes de toda iniciativa. Otros pa-san el tiempo en una inacción absoluta, indife-rentes a todo lo que les rodea, incapaces de la iniciativa necesaria para pasar del sol a la som-bra, para satisfacer correctamente una necesidad corporal, para vestirse, para comer, para ponerse al lecho. La inmovilidad raya al colmo en la ca-talepsia que suprime todo movimiento espontá-neo y toda reacción defensiva a las actitudes y posiciones más raras, incómodas y forzadas que

se le dan al sujeto, el cual al conservar indefinidamente esa posición (flexibilidad cerea), pone de manifiesto una resistencia a la fatiga muy superior a la normal. Otro signo de pasividad es la *ecoprasia*, que es imitación automática de los actos que se ven cumplir; en el desierto volitivo del enfermo, basta la representación sugerida por la vista para que el acto correspondiente se cumpla de un modo automático fuera de toda participación de la voluntad.

Se puede provocar este síntoma poniéndose de frente al enfermo y efectuando amplios gestos o actitudes que el enfermo repite como una imagen especular. Fenómeno análogo a la *ecolalia*, que es la repetición como un eco de la última palabra oída proferir a otra persona.

Ciertos enfermos obedecen análogamente a toda representación activa que pase por su mente y a toda aulcinación que les sugiera actos (alucinación imperativa). De ese modo se encuentra la explicación de los soliloquios interminables en muchos enfermos y en que dicen o gritan cuanta idea pasa por su mente e interpretables como una especie de ecolalia interna por la cual toda representación verbal se traduce por palabra hablada.

En la *catatonía* se representan algunos ele-

mentos de pasividad, pero en un fondo de tendencia activa y antagonista que por contraste conduce igualmente a la inmovilidad, pero una especie de inmovilidad rígida, activa, espástica.

Como obedeciendo a una orden interna, irresistible, los catatónicos se quedan inmóviles en posiciones estatuarias, permaneciendo fijos en ellas, aunque sean las más incómodas e insensatas, los gestos que adoptan por bien extraños que sean, no los cambian jamás.

Silenciosos, no responden a ninguna pregunta, y si algunos dicen una frase es siempre la misma, repetida por meses y por años. De estas posturas rígidas no salen los enfermos sino con mucha dificultad, pues oponen viva resistencia a toda coerción que los obligue a cambiar de posición o a moverse.

En los catatónicos se manifiesta del modo más acentuado el fenómeno del *negativismo*, que es una resistencia tenaz frente a todo estímulo exterior.

Acostados en sus lechos estos enfermos se esconden bajo las sábanas al aproximarse el médico y resisten desesperadamente si se trata de descubrirlos; rehusan el alimento, y cuando se los quiere administrar la enfermera, apretan las

mandíbulas, aunque luego coman espontáneamente cuando se ven solos.

El exceso de reacción antagonista es suscitado también por pensamientos autónomos, espontáneos, del enfermo, que de este modo viene a obrar de un modo insensato e irracional contra sus propios deseos. Es así que contraría hasta los estímulos de sus propias funciones orgánicas, de modo que el enfermo no come aunque tenga hambre, retiene forzosamente la orina y las heces fecales. No escupe la saliva, sino que la deja fluir entre los labios o la acumula para dejarla escapar después de un solo golpe. Dejan colar el muco nasal sobre los labios y el lecho se inunda de sus propios excrementos.

Tanto la catatonía como la catalepsia conducen a la inacción más absoluta, contraria a los intereses más elementales y a la misma defensa orgánica. A estos síndromes se une también el *mutismo*, que dura meses y años, ora absoluto, ora con alguna fugaz interrupción o con excepciones sistemáticas para alguna frase, alguna palabra, quizá un monosílabo.

Si es insensata la inacción del demente precoz, no menos insensatos son sus actos, de los cuales ellos mismos no se dan cuenta, no saben el motivo. La voluntad se ha desviado de la ra-

zón y obra por cuenta propia o es servida por pensamientos incoherentes o sentimientos bruscos y sin motivo, perdiendo así todas las características de la actividad volitiva para asumir la de los impulsos.

Los *impulsos* de los dementes precoces asumen formas infinitas; desde la más indiferente e insignificante hasta las más graves y peligrosas.

La disociación del pensamiento impidiendo toda discusión y toda síntesis personal de los motivos y contra motivos, hace que toda representación activa que pase por la mente del enfermo surgiendo obscuramente sin contralor alguno, se traduzca inmediatamente en actos privados de toda oportunidad, de todo sentido, aunque sean también manifiestamente perjudiciales a los intereses elementales del enfermo.

Estas imágenes de actos se asocian a las alucinaciones y pseudo alucinaciones verbales en forma imperativa, que las precisan, las concretan y las refuerzan. Otras veces el primitivo germen del acto impulsivo reside en emociones imprevistas, que no son provocadas por un hecho exterior, sino directamente por el proceso mórbido.

Las expresiones mímicas de los dementes precoces son bastante ricas en manifestaciones

impulsivas. Muy frecuente son las risas inmotivadas, sin sentido, absurdas, como, por ejemplo, al recibir una noticia desagradable; menos común es el llanto inmotivado. Ciertos enfermos se abandonan a juegos pueriles, aunque estén solos se golpean la boca en son de burla a alguien, sacan la lengua, emiten sonidos inarticulados, gesticulan de modo extraño, gritan como despavoridos. Otros impulsos frecuentes son los actos ofensivos, sin cólera, sin premeditación, de repente, rápidamente se lanzan contra un vecino y lo golpean o le tironean de los cabellos y quedan luego impasibles.

También frecuente son los impulsos verbales: incoherencias, soliloquios, repetición automática de palabras sin sentido. Entré los impulsos de los dementes precoces entran las *tendencias a la fuga*, inconsultas, sin aviso, sin dinero, sin cólera, sin la menor precaución; si son descubiertos se dejan conducir tranquilamente a su casa y dan las explicaciones más absurdas y pueriles sobre el acto que acaban de efectuar.

Entre todos los impulsos tienen la mayor importancia los que se traducen por violencia grave, para los demás o para sí. Estos impulsos son imprevistos; en la tranquilidad más absoluta, en ausencia de emociones o de delirio, en

la misma inmovilidad catatónica, pueden presentarse.

A estos impulsos son imputables todos los delitos de los dementes precoces, o por una idea delirante, o por una tendencia activa surgida de improviso, los dementes precoces pueden cometer los mayores delitos friamente, sin emoción, sin arrepentimiento, sin pretextos y que ellos justifican con argumentos los más ridículos e insensatos. Por causas también nimias, por impulsos inmotivados y momentáneos, los dementes precoces pueden también mutilarse, herirse, cometer las más graves tentativas de suicidio. Entre las mutilaciones las más frecuentes son la de los órganos genitales. El suicidio es más frecuente en el período inicial, pero es posible en todo el curso. Estas tentativas de suicidio son generalmente a sangre fría y debidas a la influencia de ideas delirantes momentáneas y absurdas.

Otros impulsos se reconocen en funciones instintivas que han perdido todo freno: atentados contra el pudor, actos contra natura, efectuados o pretendidos efectuar sobre cualquier persona que se les ocurre, tentativas de incesto, masturbaciones frecuentes y ante público; voracidad sin

límites, hay quienes ingieren trapos, papeles, toda clase de basuras.

Los impulsos *motores*, multiplicándose y desencadenándose tempestuosamente, determinan un estado de agitación insensata que tiene los caracteres de una violencia ciega y no de una cólera motivada. Los enfermos vociferan, se destrozan los vestidos, dan vueltas furiosamente, alrededor de la sala, tratan de romper todo, embisten a cualquiera, ensucian los muros y aún a sí mismos con orina y materias fecales. Podría pensarse que estos actos son siempre confusos e inconcientes, pero no obstante, muchos enfermos se dan cuenta de lo que hacen, pero son incapaces de refrenar esas violencias a que van asistiendo ellos mismos como espectadores. No todos los impulsos de los dementes precoces son manifestaciones aisladas de una tendencia momentánea y fugaz; hay algunos que repitiéndose con insistencia vienen a constituir una verdadera *estereotipía*. Algunos enfermos pasean interminables viajes de ida y vuelta por trechos breves como si fueran fieras en su jaula. Otros, durante años se arrancan metódicamente los cabellos y la barba; otros, repiten hasta lo infinito ciertos movimientos, por ejemplo, arrodillarse, saludar a objetos inanimados, recoger objetos de valor nulo

o inmundicias (movimientos sistematizados). Ciertos movimientos extraños pueden interpretarse como deformaciones de actos significativos: signos de la cruz, gestos de imprecación, de conjuro, etc. Otra clase de movimientos, como actos de deglución, choque de la lengua contra el paladar, rechinamiento de dientes, gesticulaciones inexpresivas y uniformes, frotamientos habituales especialmente sobre el rostro o las manos y que suelen determinar inflamaciones o callosidades por obrar siempre sobre el mismo punto.

Más frecuentes y obstinadas suelen ser las repeticiones verbales, de frases inconexas y palabras nuevas y privadas de significado.

La tendencia a los impulsos y a la estereotipia se infiltra también en todos los actos sensatos, interrumpiéndolos y deformando la ejecución y dando margen al *amaneramiento* en la mímica, en el gesto, en los actos comunes de la vida, en la escritura, etc. El enfermo asume expresiones fisonómicas extravagantes, ridículas, en desacuerdo con su estado de ánimo y acusando elementos contradictorios. Al hablar, alteran metódicamente el tono de la voz, pronuncian con los dientes apretados, con inflexiones sibilantes o modificando sistemáticamente la fonética de las palabras.

Estas modificaciones se constatan en la *escritura*, que suele estar subordinada a infinidad de absurdos caligráficos y ortográficos, con letras inútiles y excesivas que se intercalan, con repetición de las mismas letras cuatro o cinco veces seguidas, en fin, con bazarrias gráficas de todo género.

El *lenguaje* de los dementes precoces está plagado de *neologismos*, ora resultantes de deformaciones progresivas de las palabras comunes o nuevos giros de palabra que sirven para expresar conceptos singulares, sensaciones inexplicables. Es así que viene a formarse una jerga muy propia (*neolalia*) o un falso lenguaje desprovisto de todo sentido (*pseudolalia*). Ese fenómeno se reproduce fielmente en la escritura.

La vida afectiva de los dementes precoces presenta aberraciones análogas a las de la voluntad. Hemos mencionado la apatía. En los catatónicos se puede observar con fidelidad la desaparición de la reacción afectiva; las necesidades no son sentidas, los estímulos dolorosos no suscitan ningún resentimiento, las amenazas y ofensas no provocan ninguna reacción emotiva.

La nulidad de los afectos se manifiesta también por la pérdida de toda inclinación por las personas de la familia, por los amigos, por la

desaparición absoluta de toda aspiración ideal. El amor propio, la compasión, el pudor, se debilitan grandemente y aún hasta el instinto de conservación. Ellos no tienen reparo en confesarse masturbadores y aún en efectuar actos obscenos ante público. Si son ofendidos no piensan en reaccionar, si calumniados en justificarse. No conocen la dignidad ni el valor, no se disgustan si son objeto de la atención curiosa de los observadores.

Suele presentarse en el campo de los afectos, vivas crisis emotivas que no corresponden a ningún motivo aparente. Los enfermos son presa de accesos de alegría o de tristeza en una forma injustificada.

En el terreno ideativo encontramos en los dementes precoces un desarreglo análogo al de la conducta y de los afectos.

Podemos observar desórdenes que obstaculizan y aún tienden a suprimir el desenvolvimiento del pensamiento asociativo, disociaciones que producen ideas desligadas, fugaces, insensatas; hay marcada *incoherencia* ideativa y una acentuada pobreza mental.

En ciertos enfermos inertes y taciturnos se nota una profunda vacuidad ideativa paralela a la aridez de los afectos y a la inercia de la vo-

luntad. En otros casos las ideas surgen como a saltos, son detenidas, desviadas, sin relación evidente con el acto que las provoca.

Estas anormalidades ideativas y los obstáculos asociativos son puestos de manifiesto en el interrogatorio. Con frecuencia, a una pregunta clara y simple el enfermo responde de un modo evasivo, contradictorio o ilógico. Parece en algunos casos que el enfermo pretendiera simular la locura, que quisiera substraerse al interrogatorio o poner en situación desairada a su interlocutor.

El enfermo no presta interés a las preguntas, su asociación no sigue una vía directa, sino que se desvía por otros senderos. La respuesta depende muchas veces de una impresión externa a la cual vuelve el enfermo su atención o de ideas que surgen y se repiten en su mente en cualquier momento.

El colmo de la incoherencia en el pensamiento y en el lenguaje es propio de los estados terminales de la demencia precoz. Después de haber pasado períodos borrascosos, el enfermo se torna ordenado, tranquilo, capaz de efectuar algunos trabajos, pero extremadamente incoherente en el lenguaje. Entonces los enfermos suelen estar bien orientados, reconocen personas y lu-

gares, a las preguntas, muy simples responden con exactitud, pero una vez en disposición de hablar, adoptan un aspecto solemne o cómico y van desarrollando una serie interminable de desatinos.

Un síntoma de la disociación ideativa que se revela con claridad sobre todo en la forma paranoide, es la llamada *pseudo alucinación* o *alucinación psíquica* de Baillarger, que es una imagen representativa surgida en la conciencia del enfermo aún en sistemática oposición al pensamiento del mismo, el cual la interpreta como un fenómeno artificial y malicioso que parece impuesto por otra personalidad por medios misteriosos y sobrenaturales. El contenido de esta pseudo-alucinación es casi siempre de índole activa, motora. A veces consiste en un consejo, una orden, una recomendación de que efectúe o no determinado acto. También estas voces internas comentan los actos del enfermo, expresan juicios sobre su persona, su capacidad, etc. Las pseudó-alucinaciones verbales se asocian a veces a la parestesia somática y visceral y entonces impelen al enfermo a localizar la personalidad extraña que habla de él, en las más variadas partes del cuerpo, especialmente en las vísceras.

La disociación psíquica entra también en juego en la génesis de las *alucinaciones*, frecuentísimas en todas las formas de la demencia precoz. No hay sentido que escape a las alucinaciones. La vista, el gusto, el olfato, se encuentran muchas veces atacadas de alucinaciones persistentes. Pero, por sobre todas las otras, se encuentran dos clases de alucinaciones con carácter preponderante: las *alucinaciones somáticas* y las *alucinaciones auditivo verbales*. Casi no hay ejemplos de dementes precoces en los cuales no esté perturbada la cenestesia, la sensibilidad cutánea, la visceral. Especialmente al comienzo de la enfermedad son frecuentísimas las sensaciones de malestar interno, de debilidad, de dificultad en la respiración.

Pronto los enfermos se sienten recorridos por corrientes eléctricas, sensaciones de quemaduras, se notan alargados o achicados, magros, secos; sienten en sus órganos internos movimientos que parecen fueran provocados por la permanencia de un animal, se notan transformados, cambiados de sexo, etc.

Muy interesantes y frecuentes son las alucinaciones sexuales. Los enfermos dicen ser objeto de manipulaciones obscenas y violentas, sentir contactos voluptuosos. Las mujeres se creen

desfloradas y embarazadas, los hombres dicen ser víctimas de masturbaciones y atentados contra natura.

Las alucinaciones auditivas aparecen al poco tiempo de iniciada la enfermedad. Al principio son rumores vagos o sonidos imprecisos, luego van tomando el aspecto de palabras, ya vecinas, ya lejanas, voces de personas desconocidas y aún de algunas bien determinadas. Estas voces alucinatorias, injurian, amonestan, amenazan, dan consejos y órdenes. A veces las voces son de varias personas. Las alucinaciones de los dementes precoces corren parejas con la clase de delirio que acompañan a la evolución de la enfermedad.

Muy frecuente es el *delirio hipocondriaco*, sobre todo al comienzo de la enfermedad y cualquiera que sea la forma clínica. Como este delirio se acompaña de sensaciones anormales, impresionna por su contraste con la apatía del enfermo, en el que no se traduce emoción alguna y nada más que en algunas afirmaciones petulantés y que hacen pensar que este delirio se resiente de la fatuidad, estolidez y automatismo dominantes en los dementes precoces.

Más frecuente es el *delirio de persecuciones*. Este es vago al principio y poco a poco va

concretándose. Suele ir acompañado de un delirio megalómano. El enfermo no reacciona contra estas persecuciones que dice temer, y si lo hace es valiéndose de expedientes pueriles. Cuando va acompañado de alucinaciones somáticas, viscerales, cenestésicas, asume la forma particular de persecución con medios físicos; los perseguidores se valen de la electricidad, de los rayos X, de la física, la química, de máquinas imaginarias para torturar a los hombres y aún haciéndoles «el daño» (ese fantasma surgido de la ignorancia popular).

Cuando están acentuadas las alucinaciones en la esfera sexual, el delirio de persecución asume particularmente y sobre todo en la mujer la forma de persecución sexual. Las enfermas se creen deshonradas por presuntos enamorados, expuestas a la violencia y aún desfloradas y embarazadas por telepatía.

En ciertos síndromes a tipo depresivo que semejan a la melancolía, se pueden observar delirios de *autoculpabilidad* y de *ruina*. Pero es característico de la demencia precoz un delirio de culpabilidad sin pena o con expresiones puramente verbales de arrepentimiento.

Preséntase también el *delirio de grandeza*, más frecuente en los estados terminales de la

enfermedad; pero los delirios megalómanos de los dementes precoces son absurdos, ridículos, incoherentes y en flagrante contradicción con el modo de pensar fútil de los enfermos, con sus hábitos y acciones, que pueden ser serviles, humillantes, tratándose de sujetos que se creen potentados, reyes, sabios, elevados personajes, etc.

Es digno de hacer notar que exceptuando la influencia perniciosa que ejercen los trastornos del pensamiento y las alucinaciones, los sentidos suelen quedar relativamente conservados en los dementes precoces. Es así que muchos enfermos, especialmente los catatónicos, cuyos sentidos han permanecido embotados por meses y años, los recobran de improviso, pueden orientarse y aún vivir una vida más o menos regular, dedicándose a ocupaciones elementales, adaptarse al ambiente y a la disciplina y entre tanto el proceso morboso proseguir su evolución. No obstante, también se registran casos de una confusión tan grande que semeja a los estados tóxicos.

Es más difícil establecer las condiciones de la *memoria* en los dementes precoces; por efectos de la notable disociación psíquica parecería que la memoria hubiera sufrido profundamente. Pero se ven con sorpresa muchos casos de rein-

tegración total de esa facultad. De modo pues, que la amnesia estable es discutible, si bien hay casos graves en que la pérdida de la memoria es total.

Al conjunto ya enunciado de síntomas psíquicos, puede agregarse una diversidad de síntomas somáticos que tienen una importancia menores, pero que no son nada despreciables. Estos síntomas no son constantes ni comunes a todos los dementes precoces. Para enunciarlos a la ligera voy a resumirlos del siguiente modo:

1º Desórdenes en la reflectividad muscular y tendinosa. Hiperexcitabilidad idio muscular; más acentuada en el hombre que en la mujer.

2º Disturbios de la reflectividad pupilar. Los reflejos pupilares a la luz y a la acomodación están disminuídos, es así que lo comprobaron Serieux y Masselon en el 78 por ciento de los casos y que yo he tenido ocasión de ver en muchísimas enfermas durante mi internado en el Hospital Nacional de Alienadas. Midriasis casi constante. Con frecuencia desigualdad pupilar que puede ser constante o transitoria.

3º Disturbios de la reflectividad vaso motora. Trastornos de la circulación: edema y ciano-

sis de las extremidades. Se constata un acentuado *dermografismo*, que si algunos autores le conceden escaso valor, hay otros como Kraepelin, Trepstat, etc., que lo denuncian como constante. Yo he podido constatarlo en casi el 50 por ciento, pues de 68 enfermas del Hospital Nacional de Alienadas he podido encontrarlo en 33 de ellas.

4° Alteraciones de la reflectividad táctil y dolorosa. Hipoestesia y a veces analgesia, más particularmente en la forma catatónica.

5° Aumento de las secreciones sudoral y salivar.

6° Disminución de la orina y aún anuria en los catatónicos.

7° Perturbaciones en las funciones sexuales. Los enfermos suelen entregarse desaforadamente al onanismo; este abuso se comete especialmente al comienzo de la enfermedad y luego cesa como si le sucediera un adormecimiento de la actividad sexual. En las mujeres es muy frecuente la amenorrea.

8° El estado nutritivo sufre modificaciones muy sensibles. Al comienzo de la enfermedad, especialmente si los enfermos son excitados, insomnes, marturbadores, hay un estado de demacración considerable. Otras veces esta demacra-

ción se manifiesta sin razón aparente y a pesar de una alimentación sana y abundante. Manifestaciones caquéticas pueden verse en los períodos terminales. Hay muchos casos en que se nota un rápido aumento de peso, llegando hasta la obesidad, es un mal signo, pues coincide con una decadencia de sus facultades.

9° La temperatura puede ofrecer variaciones. En los catatónicos graves puede llegar a una hipotermia alarmante. La hipertermia se observa en los enfermos con accesos de excitación.

10. La reacción de Abderhalden es positiva en la demencia precoz. No podemos aún formar un criterio exacto sobre este punto, pues requiere aún una amplia observación y estudios, pues los resultados hasta ahora han sido dudosos y contradictorios.

A este respecto me es grato consignar que en nuestro Hospital Nacional de Alienadas, se han hecho y se siguen haciendo trabajos apreciables en ese sentido y cuyos resultados si fuesen concluyentes nos darían un eficaz medio de diagnóstico. Ya el año próximo pasado, en el Congreso Médico Pan-Americano, el profesor Cristofredo Jakob y mi distinguido compañero señor Ernesto Zavala Ortiz, presentaron un brillante trabajo sobre este tema, trabajo en que se puso de re-

lieve la inconstancia de la reacción de Abderhalden positiva en enfermas realmente dementes y aparecer este signo en otras enfermas cuyos procesos morbosos eran diametralmente distintos.

Debemos, sin embargo, pensar, que se está sobre una buena vía y que es dable entonces esperar resultados más halagadores.

CAPITULO III

FORMAS CLINICAS

Las tres formas de demencia precoz de Kraepelin, ya clásicas y tan típicas, no encierran, sin embargo, todo el cuadro de la enfermedad; a las formas hebefrénica, catatónica y paranoide, algunos autores como Weygandt y Serieux añaden otra: la forma simple, que se encuentra ampliamente justificada, pues son muchos los casos que encuadran en la descripción que de esa forma se hace.

FORMA SIMPLE

Al describir esta forma creo conveniente reproducir aquí lo que sobre ella han consignado luminosamente los profesores Cabred y Borda en su trabajo ya citado.

«En la forma simple de demencia precoz la afección se desarrolla en general de un modo tan silencioso al principio, que la familia suele descuidar de consultar a un médico y desde luego la hospitalización del paciente, la cual es recién llevada a cabo cuando los sujetos han experimentado un descalabro mental completo. Es por eso que no nos está dado en las más de las veces, observar la evolución completa de la enfermedad y tenemos que atenernos a los datos suministrados por los parientes del enfermo.

»Sabemos entonces que desde un tiempo más o menos largo, desde el comienzo de la pubertad generalmente, ha empezado el sujeto a cambiar de carácter, a tornarse apático e irritable, a no poder adelantar en sus estudios, a retrogradar más bien, a no desplegar aptitud por ninguna clase de trabajo, apodérándose de él una indiferencia general por todo lo que le rodea, deprimiéndose sus sentimientos y su voluntad.

»Algunas veces se sabe también que han existido algunos trastornos sensoriales fugaces, así como periodos de ligera excitación y depresión. No es extraño que el demente, ya en el apogeo de su enfermedad, cometa actos de violencia de distinto orden que obligan a sus parientes a tomar medidas decisivas, recurriendo

recién entonces a aislarlo en un establecimiento apropiado».

FORMA CATATONICA

La forma catatónica de la demencia precoz tal como fué concebida por Kahlbaum y después por Kraepelin, está constituida por estados particulares de *estupor* y de *agitación* que concluyen la inmensa mayoría de las veces en la demencia y van acompañados por muchos de los síntomas que ya he enunciado en capítulo anterior.

La demencia precoz catatónica está constituida, hemos dicho, por fases de estupor y agitación diversamente combinadas entre ellas. Ya es el estupor lo que forma el fondo de la enfermedad y entonces la agitación no sobreviene más que de tiempo en tiempo bajo forma de crisis paroxísticas pasajeras. Ya sucede lo contrario, y es la agitación lo que representa el estado habitual, no siendo entonces el estupor, nada más que un estado transitorio, una complicación. A veces se encuentra que los dos síndromes alternan con más o menos regularidad.

No obstante lo que pudiera pensarse en con-

trario, los caracteres clínicos de la catatonía, no desaparecen en las fases de agitación y aún se acentúan algunos de ellos, tales como las estereotipías de expresión y de acción y los impulsos que en esta forma adquieren la mayor intensidad.

Los tres síntomas dominantes en esta forma y que llenan el cuadro clínico, son: el *negativismo*, la *sugestibilidad* y la *estereotipía*. Al hablar de síntomas nos hemos detenido respecto a cada uno de ellos.

Vemos pues en todos los catatónicos de una manera persistente, el *negativismo* en todas sus variedades, auto y hetero negativismo y el negativismo activo. Este síndrome, particularmente en la variedad últimamente citada, en aquello en que domina la idea de contraste, suele observarse en otra clase de psicosis y neurosis, particularmente en las obsesiones y en los tics. El negativismo de los dementes precoces, puede ser en algunos casos momentáneo; después de algunos instantes el sujeto concluye por ejecutar y de un modo muy rápido lo que se le ha ordenado. Este fenómeno, según Kraepelin, sólo puede encontrarse en esta enfermedad. La *sugestibilidad* existe en los catatónicos siempre y afecta todas las formas de que ya nos hemos ocupado estudiando este síndrome en el capítulo anterior; aquí se

consignan los más curiosos fenómenos de este síntoma, la flexibilidad cética, por ejemplo.

La *estereotipía* es otro de los síntomas que no faltan jamás en los catatónicos, ya sean ellas las estereotipías de actitudes, ya las de movimientos y actos.

Las *manifestaciones delirantes* son eminentemente variables en la demencia catatónica. Lo más frecuente es que sean confusas, móviles, extremadamente variadas y surgidas fortuitamente, al azar de las asociaciones automáticas del pensamiento. Suelen ir acompañadas de alucinaciones. Sólo muy excepcionalmente se constata en esta forma la existencia de un delirio coherente, ordenado, con o sin alucinaciones, compuesto de ideas de persecución, místicas, hipochondríacas, megalómanas, etc., estereotipado en su expresión y sin acompañarse de reacciones motrices. A estas manifestaciones preponderantes de la catatonía acompañan un cortejo de síntomas, que por sernos ya conocidos no haremos aquí otra cosa que mencionarlos: *trastornos del carácter y los sentimientos*, entre los cuales se destaca netamente la *indiferencia emocional*, la *abulia*, la *incapacidad del esfuerzo mental*, *trastornos de la memoria*, *disminución de la atención espontánea*, y un síntoma cuya importancia hace

resaltar Masselon, es el *trastorno intelectual*, consistente en la *desaparición progresiva de las imágenes mentales con fijación automática de una representación determinada*, y al cual él relaciona un buen número de síntomas de la enfermedad.

FORMA HEBEFRENICA

Masselon define esta forma como compuesta «por estados de depresión y de agitación caracterizados por trastornos delirantes polimorfos, extremadamente confusos, sin tendencia a la sistematización, a base de alucinaciones o interpretaciones delirantes, y acompañadas de confusión y de imprecisión en las ideas, que lo más a menudo evolucionan hacia la demencia completa e incurable». Comienza generalmente por insomnios, cefaleas, frecuentemente tristeza, ansiedad, inquietud, fobias y obsesiones, impulsiones al suicidio, a la fuga, agresivas, etc.; después sobreviene un período de agitación o de depresión, acompañado a veces por delirio alucinatorio, por confusión mental otras, y también pasa por etapas de delirio polimorfo, impulsivo o no, muy semejante al que se observa en los degenerados. Estos delirios son vagos, impresionan por su im-

precisión, la movilidad de sus concepciones, la multiplicidad de las alucinaciones y las interpretaciones delirantes. Están constituídas por ideas pueriles, absurdas, móviles, cuyo acentuado polimorfismo abarca las más variadas manifestaciones, ya sean de persecución, místicas, de grandeza, de ruina, de enormidad, de autoculpabilidad, etcétera. La disociación psíquica es considerable. Los síntomas de sugestibilidad, negativismo y estereotipía existen, pero menos marcados que en la catatonía. Presentan también y en forma muy acentuada: las aptitudes bizarras, el lenguaje pretencioso, insólito e incoherente, la apatía, la indiferencia, la variabilidad del humor, el aspecto amanerado, la excentricidad, las risas sin motivo. Además son muy frecuentes las impulsiones a la fuga, a la violencia, al onanismo, a la erotomanía.

Pronto estas crisis paroxísticas de delirio o agitación cesan y los enfermos caen en la demencia, y abúlicos e indiferentes viven una vida estrecha y puramente instintiva.

FORMA PARANOIDE

Esta forma de la demencia precoz es la que ha provocado las más árduas discusiones, susci-

tado más críticas y la que ha pasado por las faces más diversas, siguiendo las alternativas y modificaciones del concepto de la demencia precoz.

A la amplitud dada a esta forma por Kraepelin y los autores alemanes y que en Francia sólo ha sido sostenida por Deny y Roy, ha seguido la reacción de que hablamos en otro lugar. Magnan, Seglas, Serieux, Masselon, Ballet, etcétera, campeones de esta cruzada contra el concepto de Kraepelin, han impuesto en la actualidad un criterio mucho más racional y restringido, haciendo de esta variedad de la demencia precoz hasta hace poco la más vasta de todas, una entidad de alcances limitados.

Se ha sacado del dominio de la demencia paranoide, todos los verdaderos delirios sistematizados, alucinatorios o no, el delirio de persecución hipocondríaco de la edad presenil, ciertos episodios delirantes de los degenerados y una buena parte de la melancolía titulada psicosis de involución.

Masselon la define diciendo que «la forma paranoide debe ser reservada a los casos en los cuales se observa un debilitamiento intelectual que evoluciona precozmente, acompañado de trastornos sensoriales y de concepciones delirantes,

que aunque mal sistematizados, presentan un carácter de fijeza mucho más grande que en las formas precedentes».

Lo más frecuente es que después de los prodromos habituales, la escena se abra por un acceso de confusión mental alucinatoria aguda, a veces acompañada de manifestaciones neuropáticas. Después de alternativas engañosas de remisión mezcladas con crisis delirantes agudas acompañadas de acentuadas manifestaciones de negativismo y estereotipia, entra el enfermo al estado demencial. El *delirio* de la demencia paranoide es lo más a menudo un delirio místico, erótico, de grandeza, de persecución, hipocondríaco. El *delirio* no progresa, queda fijado más que sistematizado. Las ideas son múltiples, absurdas, extravagantes y no se acompañan de reacciones ni de emociones. Las alucinaciones son frecuentes y pueden interesar todos los sentidos. El lenguaje es deshilvanado, pretencioso, declamatorio, salpicado de neologismos.

Los trastornos intelectuales son menos marcados que en las otras formas de la demencia precoz; lo mismo sucede con la sugestibilidad, el negativismo, las estereotipias.

Las crisis paroxísticas de agitación existen

y suelen ser frecuentes lo mismo que las tendencias impulsivas.

En resumen : las ya enunciadas son las principales formas que puede revestir psíquicamente la demencia precoz. Varios autores, Masselon, Regis, Paris, etc., hacen notar que estas formas no constituyen cuadros clínicos absolutos. Ellas pueden presentarse confundidas. Así se observa, por ejemplo, que la forma paranoide no es otra cosa que la forma hebefrénica o delirante, con un delirio relativamente fijo o sistemático.

Pasaré ahora a ocuparme del diagnóstico.

CAPITULO IV

DIAGNÓSTICO

Si se hace abstracción de los síntomas somáticos, inconstantes y de significado poco claro, se debe reconocer que la demencia precoz está caracterizada por un cortejo de síntomas psíquicos que pueden ser reducidos a una sola fórmula: *disociación*.

De aquí nacen las dificultades del diagnóstico preciso, pues que los fenómenos de disociación psíquica tales como se observan en la demencia precoz, pueden aparecer periódicamente o de una manera durable en varias psicosis funcionales y orgánicas y aún en forma rudimentaria y no decisiva en la vida psíquica normal. No resulta difícil diferenciar la demencia precoz de los episodios catatónicos o paranoides de la parálisis general progresiva y la sífilis cerebral, pues son bastantes para aclarar toda duda, los signos

somáticos de éstas, antecedentes y en última instancia el examen del líquido céfalo raquídeo.

Con respecto al alcoholismo crónico en un degenerado, podría suscitar dudas el diagnóstico con la demencia precoz, sobre todo cuando revisten formas paranoides persistentes. Los antecedentes alcohólicos, las alucinaciones e ilusiones por una parte, por la otra mejor acentuada la disociación psíquica, la bizarría de la conducta, el amaneramiento, etc., aclaran las dudas.

La frecuencia de accesos convulsivos al comienzo de la demencia precoz puede dar motivo a confusión con la epilepsia. Hay que tener presente que puede también existir una verdadera asociación morbosa de las dos entidades. Por otra parte, algunos epilépticos puede presentar episodios catatónicos y se puede notar una notable afinidad sintomática entre ciertas crisis de agitación catatónicas y los equivalentes psíquicos a tipo crepuscular de la epilepsia; el diagnóstico puede ser puesto en claro por datos anamnésticos precisos o por una observación prolongada.

La dificultad mayor en la delimitación y el diagnóstico diferencial surge frente a las psicosis puramente funcionales que presentan síntomas objetivos escasos y de interpretación dudosa. Aquí el criterio de Kraepelin y sus discípulos

hace algunos años y Bleuler en nuestros días encuentra ancho campo para incluir en la demencia precoz y basándose solamente en fenómenos de disociación psíquica, por vagos disturbios nerviosos, por inestabilidad del carácter o de los afectos a muchos sujetos que pasan por neurasténicos, neurópatas, degenerados. Este criterio exagerado, al cual Kraepelin mismo renunció, no puede subsistir, pues como ya hemos enunciado, hay distintas causas morbosas que pueden determinar síntomas de disociación psíquica, y aún estos síntomas pueden constatarse en determinadas circunstancias en sujetos normales.

Entre las psicosis y neurosis funcionales hay algunas que presentan puntos de contacto con la demencia precoz, pero de la cual pueden diferenciarse netamente. Ellas son: la paranoia, la histeria, la psicosis obsesiva, la neurastenia. El diagnóstico presenta dificultades grandes y aún insuperables con la confusión mental y las psicosis afectivas.

Ciertos casos de demencia precoz paranoide pueden semejar delirios sistematizados progresivos. Basta tener en cuenta que en éstos no hay disociación psíquica que la personalidad y el carácter de los sujetos adquieren una coherencia y unidad que suelen faltar aún a muchos norma-

les. En los sistematizados el delirio se alimenta con la interpretación de los acontecimientos externos y no con ideas que surgen de la imaginación del paranoideo; en éste, la parálisis de la crítica es total, en el sistematizado es sólo unilateral y sólo subordinada a la pasión dominante.

Al comienzo de la demencia precoz y si faltan la incoherencia de los actos, los delirios y las alucinaciones y sólo prevalecen la perversión del carácter y de los sentimientos, se puede sospechar una *locura moral*. Los antecedentes que aclaran y establecen que esa perversión es adquirida, si aparecen los signos de incoherencia y otros propios de la demencia precoz y que no existen en la locura moral que al fin representa una desviación de la personalidad, pero sin incoherencia, arrojan plena luz sobre el diagnóstico.

En la histeria se tienen muchos fenómenos de disociación psíquica. Y el error de confundirla con la demencia precoz suele cometerse. Pero hay signos diferenciales; en el histerismo hay lucidez, falta de incoherencia, la apatía está ausente y la afectividad está exaltada. La influencia del medio exterior es muy acentuada en los histericos, mientras que en los dementes precoces está reducida al minimum. La sugestibilidad tie-

ne un carácter psíquico en los primeros, mientras que en los segundos reviste un carácter automático.

La abundancia de sensaciones alucinatorias viscerales y somáticas en el comienzo de la demencia precoz puede hacer pensar al médico en la neurastenia. Pero se aclaran las dudas por el hecho que las ideas hipocondríacas asumen un carácter fantástico, se mezclan a ideas delirantes de otro orden y a la incoherencia de ideas, de los afectos y de la conducta, cosa que jamás se presenta en los neurasténicos.

Muy grandes son las dificultades para establecer una distinción entre la confusión mental (amencia) y la demencia precoz. La confusión mental es en el fondo un síndrome más que un proceso morboso típico. Puede presentarse también durante la evolución de la demencia precoz. Pero cuando es más difícil diferenciar ambas entidades es cuando la amencia abre la escena. Ni aún la comprobación de un estado tóxico o infeccioso puede dilucidar el punto, pues es sabido que también la demencia precoz puede iniciarse a raíz de una infección. Por lo tanto, la evolución ulterior de la enfermedad nos podrá dar la clave del diagnóstico por los signos propios de ambos procesos mórbidos.

Difícil de igual manera es el problema de establecer los límites de la demencia precoz con las psicosis afectivas. Del punto de vista sintomático, las psicosis afectivas (manía, melancolía, psicosis maniaco depresiva de Kraepelin) se caracterizan por la modificación patológica del tono afectivo que en ellas es el elemento constante e indispensable; en cambio, la demencia precoz se orienta en vez hacia la disociación psíquica que en ella no falta jamás. Si uno u otro de estos síntomas domina el cuadro, el diagnóstico no ofrecerá mayores dificultades.

Pero las dificultades existen y son a veces insuperables cuando estos síntomas fundamentales y otros particulares se mezclan íntimamente, lo cual sucede con frecuencia. En estos casos es prudente adoptar el criterio de apreciar menos la preponderancia de tal o cual síndrome en un período de la evolución y dar más importancia a su duración.

Las variaciones más típicas de manía o melancolía se manifiestan en la demencia precoz y muy especialmente en la iniciación de la enfermedad; pero el diagnóstico puede establecerse si en medio a los síntomas afectivos se destacan otros de disociación psíquica, si surgen indicios de incoherencia, de ímpetus desarrollados fría-

mente; si el supuesto melancólico exagera la expresión de sus sentimientos, es grandilocuente en sus frases, se le nota pedantería, es *poseur*, si se abandona de vez en cuando a accesos de hilaridad intempestiva. Si el presunto maniaco comete violencias friamente, sin sentido; si demuestra cinismo o manifestaciones de odio hacia sí mismo, en fin, si las perturbaciones afectivas se desvanecen y queda un fondo de incoherencia, automatismo y lo que es más sugestivo aún, si se esboza una decadencia mental. Mas no se deberá descartar el primitivo diagnóstico de manía o melancolía si a la manifiesta y continua depresión afectiva se agrega algún síntoma de catatonía o alguna alucinación terrorífica, o si el maniaco pierde su efervescencia ideativa o se detiene por algún tiempo en una fase de tranquilidad excesiva y que más tarde vuelve a su antigua excitación o a ordenarse del todo, volviendo gradualmente al estado normal.

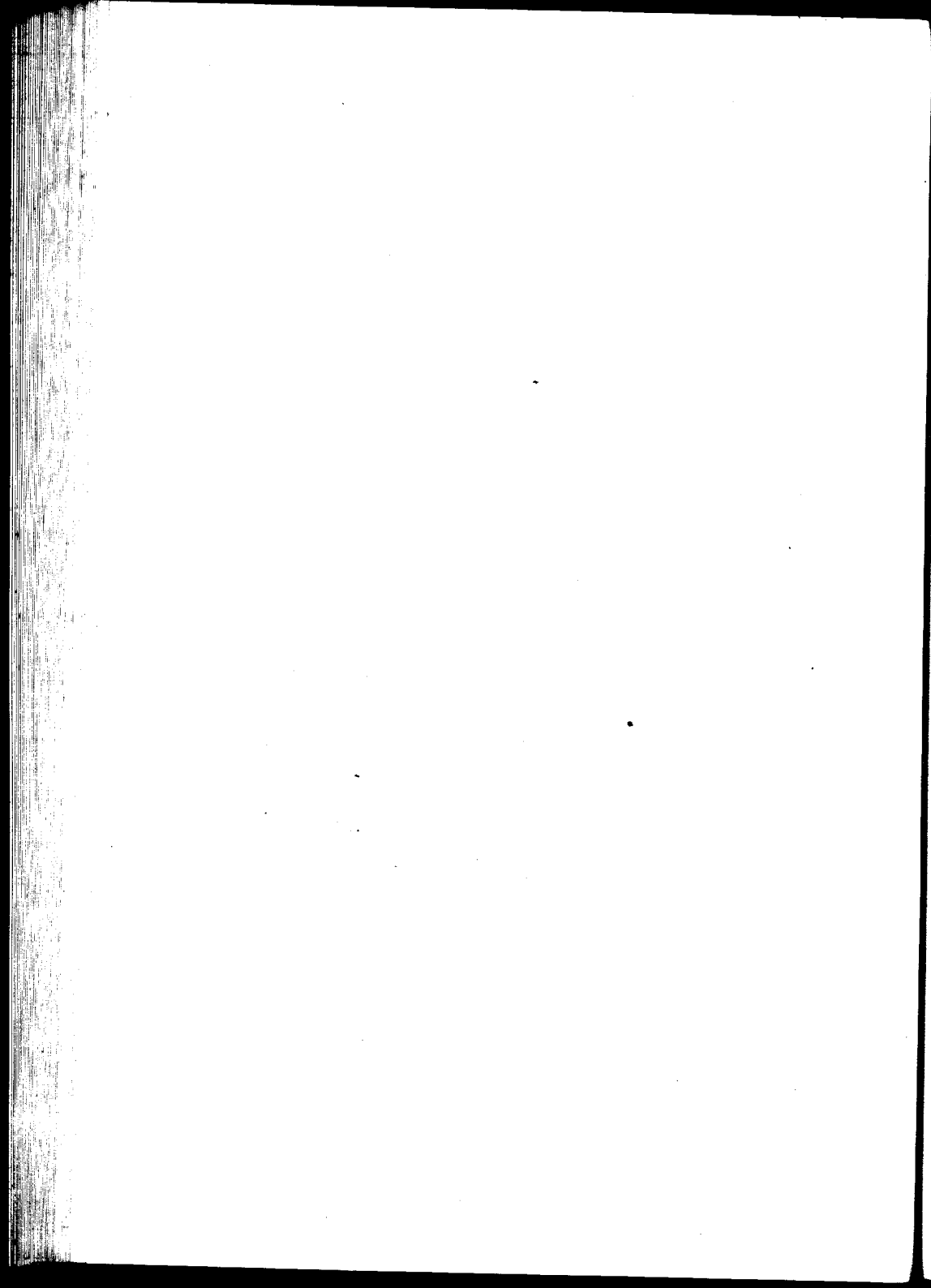
Sin embargo, suelen presentarse casos difíciles en que aparecen tan íntimamente ligados los síndromes, las irregularidades de los episodios, incoherencias muy débiles o muy pronunciadas, crisis de delirio insensato, de confusión, de alucinaciones y períodos de calma y lucidez, formando un conjunto que somete a duras prue-

bas a los alienistas que se encuentran ante enormes dificultades de diagnóstico. La solución pronta sólo se encontrará cuando el criterio pueda basarse en la constatación objetiva de los procesos morbosos y no en la falaz y fluctuante sintomatología psicológica.

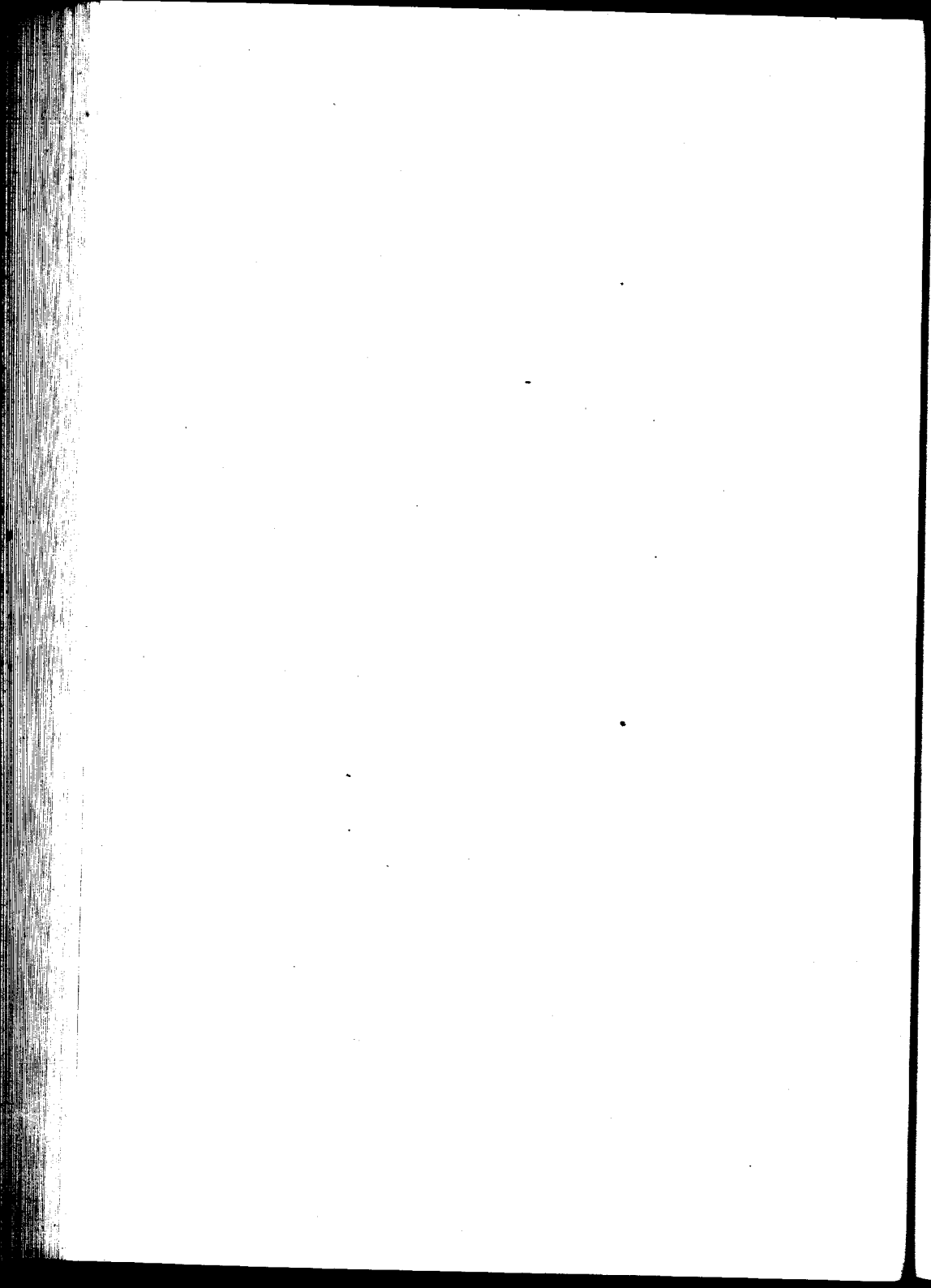
Dejaremos de lado el establecer la diferenciación de la demencia precoz con la idiocia y la imbecilidad, y me ocuparé de un diagnóstico diferencial que tiene suma importancia en medicina legal, y es con la *simulación*.

Se presentan casos de delitos cometidos en la faz inicial de la enfermedad, cuando el desorden mental sólo se manifiesta por deficiencia y perversión del sentido moral, mientras los otros síntomas característicos aparecen más tarde. Se puede sospechar la simulación en un demente precoz, tanto más fácilmente si se tiene en cuenta que en éste hay algo de amanerado en la conducta, es ostentoso, produce la impresión de que el sujeto no es sincero, que dice todo lo contrario de lo que piensa (por negativismo) y sostiene falsedades a despecho de toda verosimilitud. El juicio diagnóstico descarta toda simulación cuando se basa en todo el cuadro sintomático y no en uno o en un pequeño grupo de síntomas. Ayudan al diagnóstico las diversas formas más o menos

graves de negativismo, la estolidez de la conducta, el amaneramiento en las actitudes y en la palabra, los neologismos, las manifestaciones volubles de hipocondría, la masturbación, etc. Tienen gran valor los antecedentes del sujeto que acreditan una visible decadencia mental. Y si todo ello no basta, están ahí los síntomas somáticos entre los cuales reviste la mayor importancia el que se refiere a la ausencia de modificaciones circulatorias bajo la acción de estímulos psíquicos.



OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Magnan». — Profesor doctor Domingo S. Cavia.

Forma catatónica — Con terminación favorable.

T. M. A., argentina, soltera, de 25 años de edad. — Ingresa al Hospital Nacional de Alienadas el 18 de septiembre de 1915.

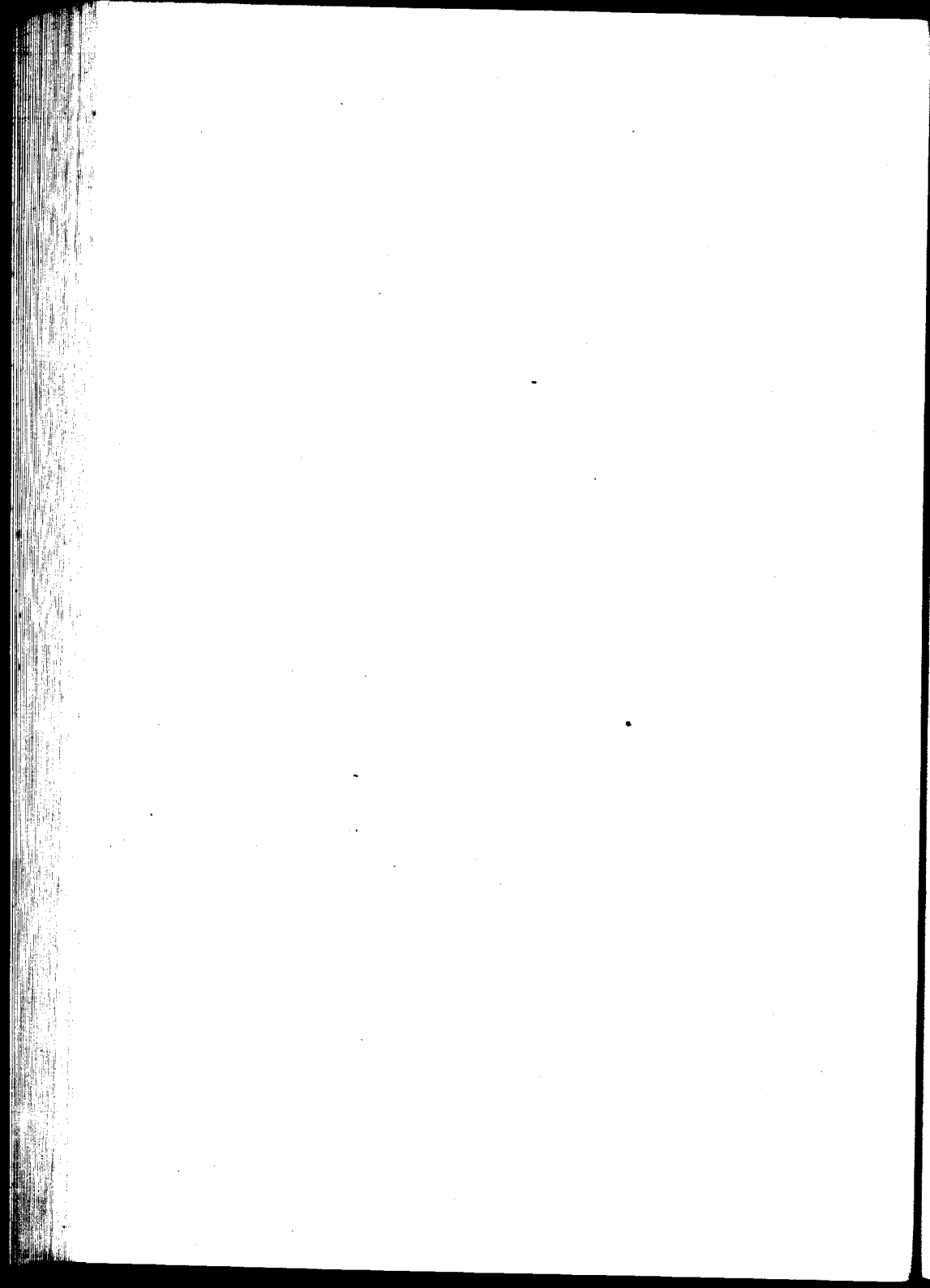
Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — Siempre fué una mujer sana, sin sufrir trastornos en la pubertad. De buen carácter, pero apática, tímida. Gustaba del trabajo, siendo una hábil modista. Un año antes de entrar al hospital, comenzó a dar muestras de anomalías en su carácter y en la conducta, abandono de su persona y sus quehaceres. Ideas místicas y melancólicas. Varios meses después (julio 1915) ya se encerró en un riguroso mu-

tismo, en la más absoluta abstracción de todo y resistiéndose a alimentarse. Así es internada en el hospital en septiembre de ese año.

Enfermedad actual — Durante dos meses de estadía en nuestra sala, el estado de T. M. es como sigue: deprimida, abúlica, indiferente al medio. No habla una palabra ni responde al interrogatorio, como tampoco presta atención aunque se le hagan excitaciones para provocarla. Obedece automáticamente algunas órdenes sencillas, como las de que se levante o se siente. Durante el examen exhala quejidos y profundos suspiros que se suceden con una periodicidad matemática. Se somete como un cuerpo elástico a diversas posiciones que se imprimen a su cuerpo, estatuarias, y en las que permanece durante mucho tiempo, aunque las posturas que se le haga adoptar sean las más violentas. Es habitual en esta enferma fijar la cabeza y la mirada en determinada posición por largo rato, durante el cual permanece inmóvil con las pupilas dilatadas, insensibles a toda excitación visual. La reacción de Abderhalden fué francamente positiva. Un mes después (octubre 30), y sin que nada lo hiciera sospechar, despierta de golpe de ese letargo en que permanecía sumida y fué del siguiente modo:

sometida a un examen por dos estudiantes comenzó por hablar brevemente y a tornarse más expansiva más tarde. Sus respuestas se hicieron explicativas y coherentes. Hasta demostró una relativa conservación de su memoria y orientación. Hasta en la escritura demostró su despertar. Con algunas vacilaciones al principio, con más seguridad después copió en forma correcta un párrafo, respondió a todas las preguntas de un cuestionario «ad-hoc» y llegó al punto de resolver algunas operaciones aritméticas sencillas. Además escribió de memoria unos conocidos versos. Esta mejoría repentina fué acentuándose en forma gradual que fué visible su retorno a la normalidad. No obstante, quedó siempre una cierta apatía, única constancia de su anterior estado. Esta remisión favorable motivó que la familia pidiera insistentemente el alta en noviembre de 1915. Seis meses después T. M. A. seguía perfectamente.



OBSERVACION II

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Pinel». — Profesor doctor Horacio G. Piñero.

Forma catatónica.

V. Z., argentina, soltera, de 22 años de edad. — Ingresó al hospital el 9 de octubre de 1915.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

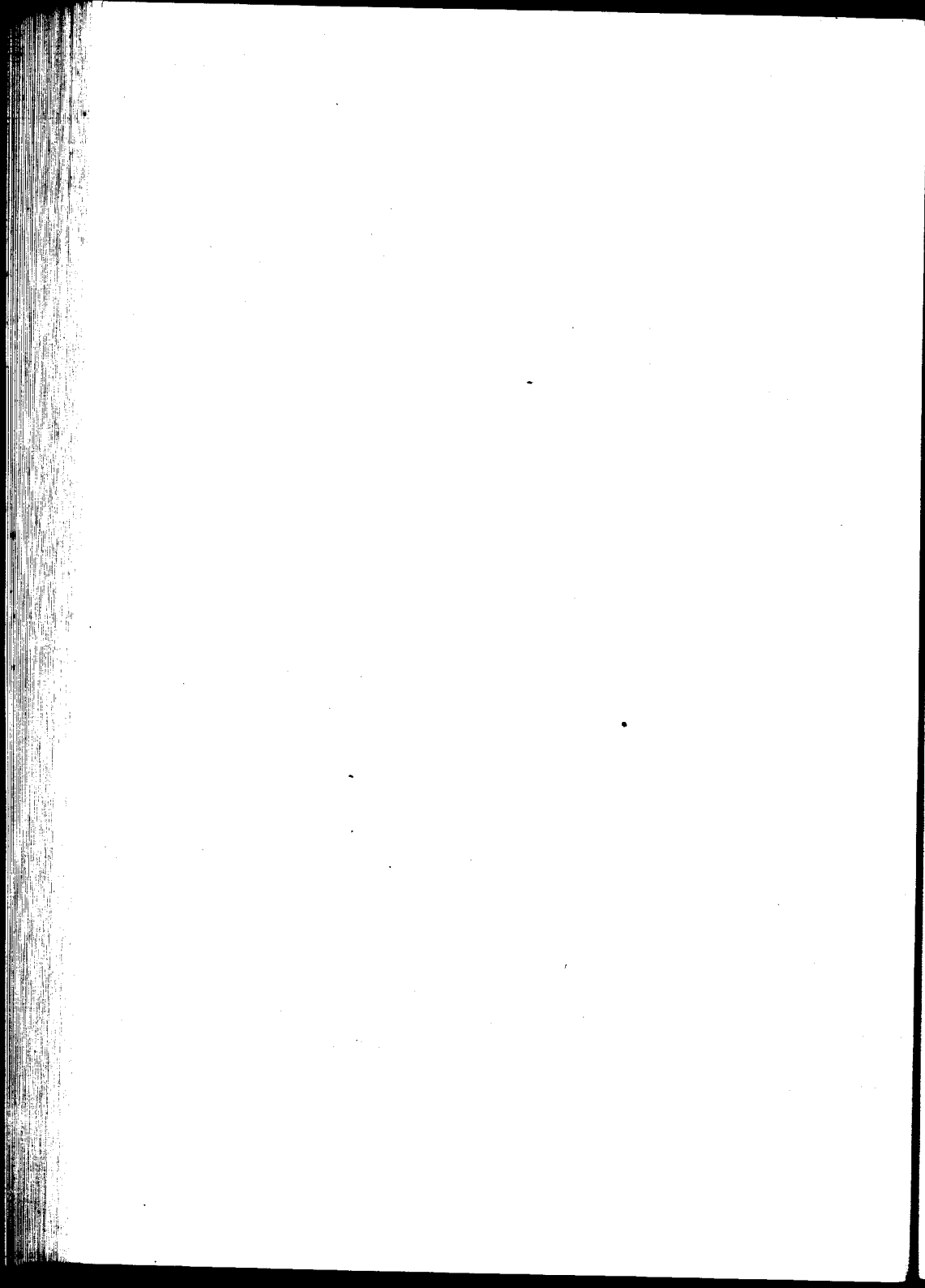
Antecedentes personales — Siempre fué una niña juiciosa, alegre, muy aplicada, con singular predilección por la lectura. Amiga de paseos, pero con moderación. Jamás ha sufrido traumatismos de orden moral o material. Siempre gozó de una salud perfecta.

Enfermedad actual — En 1915 comenzó su enfermedad por un repentino episodio de excitación psico motriz, con impulsos agresivos, que pasó pronto, dando lugar a un estado de apatía

que obligó a la familia a internarla. Cuando ingresó al hospital era una enferma que no salía de un profundo estupor, mutismo absoluto, actitudes catatónicas tan marcadas que toda posición que se le diera por incómoda o ridícula que fuera, era sostenida por tiempo indefinido. El negativismo es marcado, al querer examinarla el médico, esconde la cabeza bajo las ropas de cama y ofrece una tenaz resistencia. Lo mismo para alimentarse, no quiere percibir la comida. Siendo necesario administrarle los alimentos con sonda durante un tiempo prolongado. Estereotipías de actitudes, permanece casi todo el tiempo con la cabeza baja y con los dedos comprimiendo u ocultando los ojos. Tiene gatismo vésico-rectal. La secreción salivar es abundante. Los reflejos tendinosos exagerados. Muy disminuídos los pupilares. Hay dermatografismo. La sensibilidad muy disminuída. No hay reacción emotiva.

En este estado ha permanecido con **muy** pocas variantes hasta la actualidad. Sólo en dos ocasiones habló y sólo una breve frase. También dos o tres veces se consiguió sentarla al piano y que tocara una pieza perfectamente. Luego, siempre la misma; sus actitudes catatónicas igualmente intensas; estereotipía de movimientos o

posiciones; ahora es habitual en ella permanecer hincada todo el tiempo, ya en la cama, ya en el suelo y rozando la cara contra el piso. El negativismo y el mutismo son absolutos. Indiferencia completa para todo lo que la rodea.



OBSERVACION III

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio
«Eguía». — Doctor Julio G. Nogues.

Forma catatónica.

T. L. P., argentina, 23 años, soltera. — Ingresó al establecimiento el 13 de junio de 1917.

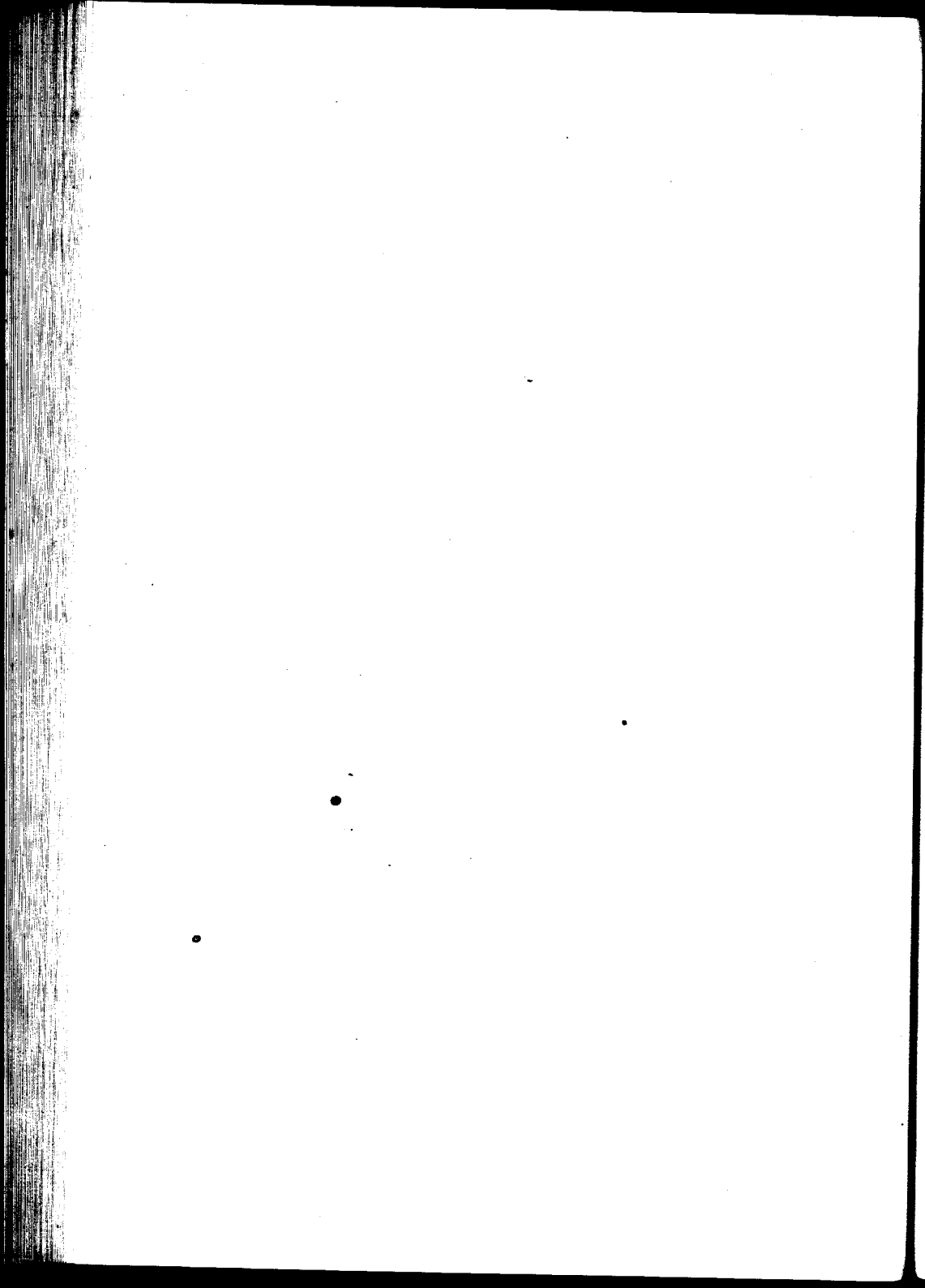
Antecedentes hereditarios — Sólo se sabe que el padre es alcoholista consuetudinario. Demás familia no hay datos de valor.

Antecedentes personales — Ha sido siempre sana, de buen carácter, algo nerviosa, pero muy cariñosa, alegre por temperamento y dedicada a los quehaceres de la casa. No ha abusado del alcohol. Hace algo más de dos años le dió un fuerte ataque de excitación psico motriz, con incoherencias y duró sólo dos días.

Enfermedad actual — Un mes antes de su

ingreso al hospital comenzó a manifestarse huraña, de carácter hosco, con rarezas en la conducta que jamás se le habían observado. Sus ideas llamaron la atención por lo extravagantes, manifestaba temores de muerte y delirios vagos de persecución. Hablaba sola con frecuencia y presentaba alucinaciones de la vista y del oído. Es internada en el hospital, donde llega muy excitada, agresiva, indisciplinada, con manifestaciones de marcado negativismo. En sus respuestas, cuando las da, se nota un fondo de incoherencia y confusión de las ideas. Deja entrever ideas vagas de carácter persecutorio e hipocondríaco. El estado físico perfectamente normal. Al cabo de unos días se opera en la enferma una evolución grande en su estado mental, modificación que persiste hasta el momento actual. Ese estado se caracteriza por el aspecto estúpido de la enferma, aspecto embotado, en el que no se traduce ninguna reacción emocional. Guarda el mutismo más absoluto, del que no sale a pesar de las más enérgicas sollicitaciones. Negativismo llevado a su expresión más acabada. Rechaza los alimentos. Tiene gatismo vésico-rectal. Si está en cama se resiste con energía a ser examinada y se aferra fuertemente a las sábanas. Sialorrea, deja escapar la saliva sobre sus ropas. Cuando

permanece de pie imprime a su cuerpo movimientos estereotipados de lateralidad. Tiene actitudes catatónicas, se puede hacer adoptar a su cuerpo posturas plásticas, estatuarias, que conserva por mucho tiempo. No es capaz de manifestar el menor deseo; la afectividad es completamente nula; las visitas de su familia no modifican ni por un instante su estado habitual. Así permanece hasta el día de hoy.



OBSERVACION IV

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Pinel». — Profesor doctor Horacio G. Piñero.

Forma hebefrénica.

G. V., argentina, de 25 años de edad, soltera. — Ingresó al establecimiento el 30 de diciembre de 1907 (procedente de la provincia de Entre Ríos).

Antecedentes hereditarios y personales — Ignorados. No tiene familia ni nadie que se interese por ella.

Enfermedad actual — Según lo que G. ha manifestado en varias ocasiones y que ha sido ratificado por una persona que la ha conocido en Gualeguay, esta enferma se desarrolló normalmente, habiendo estado en la escuela hasta la edad de catorce años; en ella aprendió los cono-

cimientos elementales que debían ser útiles para su ulterior desenvolvimiento. No sufrió trastornos físicos ni morales, viviendo feliz en su ambiente hasta la muerte de su madre. Entonces pasó a vivir en casa de unos tíos, a quienes recuerda a veces con mucho cariño. Tres años antes de su ingreso al hospital, quiso trabajar fuera de su casa y se ocupó como mucama, habiendo en ese espacio de tiempo cambiado siete veces de patrones, no porque la trataran mal, sino porque se aburría de estar mucho tiempo en la misma parte. Se ignora cuándo ni en qué forma comenzó su enfermedad. Las observaciones hechas en la sala comprueban que G. era una enferma irritable, orgullosa, despectiva, petulante, que se excitaba con frecuencia y con impulsos agresivos. Su lenguaje conservaba una relativa coherencia, no obstante su desorientación y déficit de la conciencia y de la memoria. Empleaba frecuentemente neologismos en la conversación. Las ideas delirantes eran muy vagas, sin fijeza, generalmente de naturaleza hipocondríaca y persecutorias. Las primeras eran más manifiestas, con perturbaciones cenestésicas y con alucinaciones; se quejaba continuamente de que «su corazón, su estómago, sus pulmones están descompuestos, que su razón la ha perdido, que su persona se

está *chiquitando* (neologismo habitual)». Las ideas de persecución son más vagas y fugaces, suele decir que le han «hecho daño», sin precisar como ni quienes. Las ideas delirantes no se acompañan de ninguna reacción emotiva. Es locuaz, protestadora, insociable, gusta andar sola siempre y no contrae amistad con ninguna otra asilada. Es trabajadora en los períodos tranquilos. Se excita grandemente a veces y es capaz de tener impulsos peligrosos. El negativismo es a veces muy acentuado, no así la sugestibilidad y estereotipías que apenas están esbozadas.

En 1910, comenzaron los ataques de epilepsia que nunca había tenido antes. Se acentuó entonces la decadencia mental. Sus ideas delirantes tuvieron crisis paroxífticas, las más frecuentes eran las hipocondríacas. Muy logorreica y su lenguaje está lleno siempre de neologismos, así dice, por ejemplo: «conmigo han estado *tuberculoseando*; yo debo estar *tisicada*; mi madre murió de lo mismo que yo tengo, *pisoteo a campanazos* por un *tis*». Cada vez más incoherente, más excitada, indisciplinada y autoritaria. En esta forma y aún acentuándose cada vez más ha ido pasando hasta el momento actual.

Ahora está más incoherente, desorientada, vive al día, sin actualizarse. A sus excitaciones

frecuentes ha seguido una tranquilidad relativa. Sus impulsos agresivos son menos frecuentes. Sus actitudes bizarras persisten. Altanera, orgullosa, enfática en el hablar. Se preocupa con exceso de su arreglo personal, coqueta, gusta adornarse con moños, cintas; muy exigente en el vestir. Siempre tiene ataques epilépticos, aunque con largos intervalos. Las ideas hipocondríacas suelen presentarse, dice siempre «que se le achican los *cuadriles*» o que le faltan, generalmente son subtracciones o disminuciones de órganos. Suele hablar en tercera persona. Es inafectiva, insociable y por demás pretenciosa. Sólo la preocupa el pago de los haberes a que cree tener derecho por haber trabajado todos estos años en el Pabellón; los reclama con insistencia y suele enojarse; las cuentas que hace son disparatadas. Su deseo constante es tener algún chiche nuevo con que adornar su persona. Los signos somáticos no presentan en esta enferma ninguna importancia. El debilitamiento intelectual está acentuadísimo.

OBSERVACION V

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Pinel». -- Profesor doctor Horacio G. Piñero y en el servicio «Magnan», del profesor doctor Domingo S. Cavia.

Forma hebefrénica.

V. G. de V., italiana, de 31 años de edad, casada.—Ingresó al establecimiento el 20 de octubre de 1909.

Antecedentes hereditarios — La madre vive y es sana; el padre falleció; en sus últimos cinco años estuvo alienado. No hay otros antecedentes de familia que pueden tener alguna importancia.

Antecedentes personales — Desde su infancia fué algo nerviosa, pero sin trastornos apreciables, muy sana siempre. Se casó a los 18 años de edad, siendo madre a los 2 años después. Fué

siempre una señora muy contraída a su hogar, desempeñaba perfectamente los quehaceres domésticos, y exceptuando cierta frivolidad y tendencia al lujo nunca se constató anormalidades en ella. A la edad de 27 años comenzó a sufrir ataques convulsivos, sin pérdida del conocimiento y que coincidían con sus períodos menstruales.

Enfermedad actual — En octubre de 1909 comienza su enfermedad por un acceso muy intenso de excitación psico motriz. Sitiofobia. Llantos y risas sin motivo. Incoherencias. Coprolalia. Insomnios, etc., síntomas que por lo persistentes obligaron a la familia a internarla en el hospital, cinco días después de iniciados. Ingresó excitadísima. Habla continuamente y pone de relieve la incoherencia de sus actos y de sus palabras. Agresiva con el personal. Confusa. Después de una observación detenida de unos días y va más tranquila se constata en su estado mental la existencia de ideas delirantes de carácter hipocondríaco y megalómano, inconsistentes, absurdas, muy vagas y sin fijeza alguna. Amnésica, desorientada. Con actitudes extravagantes y una petulancia ridícula en el lenguaje y en los gestos, hace cortesías exageradas que provocan hilaridad.

El estado físico es bueno, no hay anormalidades dignas de mención. Más adelante, en 1912, se acentúan las manifestaciones de disociación psíquica en esta enferma: incoherente en grado sumo, desorientada, amnésica, inafectiva aún para con la madre y el marido. No recuerda jamás a su hija; sus ideas delirantes son tan vagas que pasan muchos días sin manifestarse. Suele tener alucinaciones auditivas y verbales. En su lenguaje se nota una profusión de neologismos. Hay en sus actitudes mucho de amanerado; sus ademanes, sus cortesías y un aire protector tan exagerado como el concepto personal que de sí tiene. Se cree inteligente e ilustrada; no sabe leer, pero lo simula y ante un periódico o una revista lo pasa inventando en alta voz largos e insustanciales relatos sin hilación alguna. Lo mismo procede con la escritura, y aunque no sabe escribir, si se le pide que escriba su nombre lo hace llena de orgullo y satisfacción y traza en el papel una serie de rayas, puntos y garabatos. Para mejor describir su estado mental transcribo el informe que por pedido del juez, pasó el doctor Horacio G. Piñero con fecha de julio de 1913: «Al señor Director del Hospital Nacional de Alienadas, doctor José A. Esteves. En respuesta al pedido de informe sobre el estado men-

tal de V. G. de G., que tengo en asistencia en mi servicio, debo manifestar al señor Director que dicha enferma está afectada fundamentalmente en su mentalidad, pues si bien en 1910 cuando ingresó a este servicio, su confusión delirante de entonces pudo ocultar el aplastamiento global de su psiquis, el tiempo que ha estado a mi cargo ha demostrado la continuidad ininterrumpida de su estado demencial evidente. V. es una demente aguda, juvenil, precoz; la forma clínica de su afección es la excitación psico motriz casi habitual y su exaltación maniaca frecuente, pero sin periodicidad que pudiera atribuirse a sus funciones físicas. La historia clínica demuestra que es indiferente al medio y a los suyos y su estado permanente de satisfacción y contento hacen exuberante su personalidad en la actitud, fisonomía, gestos que acompañan con relativa solidaridad su lenguaje exagerado y abundante, la sucesión inextingible de frases sin hilación, incoherentes como su juicio y acompañados de neologismos que abundan en su precipitada e incomprendible verbigeración. Los neologismos en la verbigeración llamada neolálica en psiquiatría clínica cuando se exteriorizan como una proyección grandilocuente mórbida como en este caso, sin noción ponderada de persona, posición en la

familia y personal, cuando hay confusión de ubicación en tiempo y falta absoluta de posibilidad del menor esfuerzo mental de actualización en medio de esas exuberancias que resultan deformes en el caso ocurrente, el estado demencial se afirma y el pronóstico consiguiente se define.

V. G. de G. es una demente precoz, dentro de la clasificación de Kraepelin, y actualmente ofrece aunque ligera excitación psico motriz, verbigeración neolálica, incoherencia en sus propósitos, inafectividad e inadaptabilidad que la caracterizan.—Firmado: Horacio G. Piñero».

En 1915 pasa al servicio «Magnan» a cargo del doctor D. S. Cavia, donde se corroboran las observaciones anteriores. El estado es desde entonces hasta la fecha actual marcadamente demencial. Tiene frecuentes accesos de excitación psico motriz. Las facultades mentales en plena decadencia. La atención y la memoria muy disminuídas, desorientadas. Inafectiva completamente. Indiferente al medio. No hay ideas delirantes; sólo persiste en ella un absurdo concepto de su personalidad que deforma en absoluto. Vana, pretenciosa, extravagante. Con bazarrias de la conducta que llaman la atención del observador al primer golpe de vista. Ademanos ridículos, genuflexiones exageradas, lenguaje incoherente y

con palabras extrañas y sin sentido. Algo más dócil. Tiene algunas veces manifestaciones de negativismo, por ejemplo, se ha negado en varias ocasiones a tomar el alimento, habiendo tenido que recurrirse a la sonda para administrarlo. El estado físico no ofrece particularidad alguna.

OBSERVACION VI

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Magnan». — Profesor doctor Domingo S. Cavia.

Forma hebefrénica.

C. R., española, soltera, de 24 años de edad. — Ingresó al establecimiento el 27 de noviembre de 1914.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — Siempre fué sana, de buen carácter y costumbres, alegre, cariñosa, trabajadora. Se ocupaba como mucama.

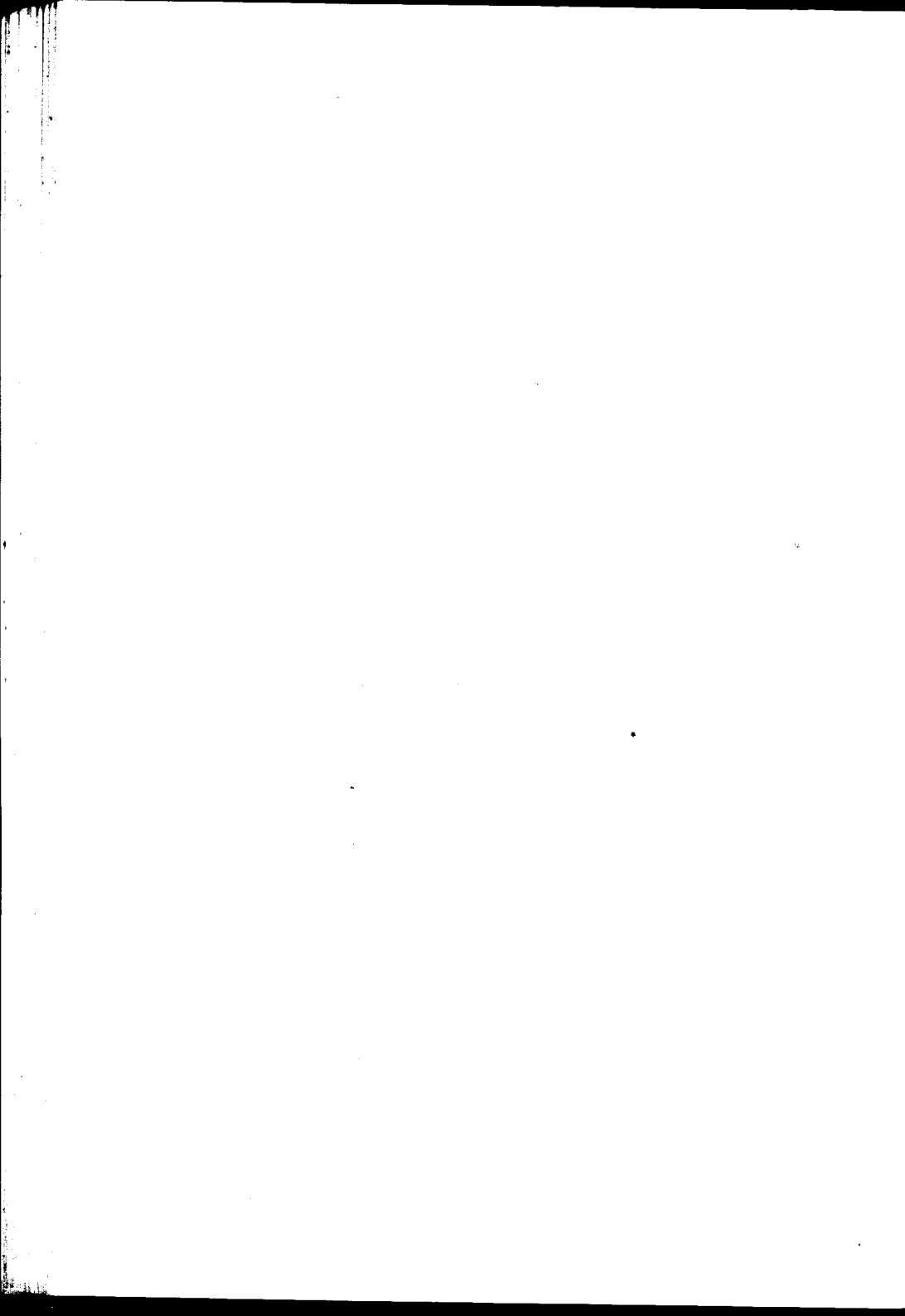
Enfermedad actual — La enfermedad comenzó cuatro meses antes de su ingreso al hospital, estallando sin causa alguna aparente. Se caracterizó por excitaciones frecuentes, ideas delirantes de persecución, indiferencia para los suyos.

Alucinaciones del oído y anormalidades grandes del carácter y la conducta. Cuando entró al hospital era irritable, agresiva, relativamente coherente, con ideas de persecución vagas, fugaces, decía que sus hermanos la odian, le hacen toda clase de males, sin explicar cómo ni por qué. Sentía voces que tampoco podía identificar ni qué era que le decían.

Más adelante, se notaron en ella cambios bruscos de carácter, pero con marcado predominio de una excitación psico motriz. Las facultades mentales pasaron por un estado confusional. La afectividad muy disminuída; a su familia la solía recibir de mal talante y llenarlos de improprios; en su lenguaje había una desmedida pedantería exteriorizada también en sus actitudes; sus frases acusaban la presencia de neologismos y las bizarrerías de la conducta se acentuaron. Las ideas delirantes muy vagas y poco persistentes y las alucinaciones cada vez menos frecuentes, aunque al último tiempo predominaron las de carácter cenestésico.

Actualmente su estado es demencial; sus facultades intelectuales han decaído asombrosamente. Es incoherente en sus palabras y en sus actos, que llevan el sello del automatismo; es más tranquila y sólo se excita por excepción;

cuando recibe la visita de su familia a quien, por otra parte, no muestra el más mínimo interés. Se nota en ella el negativismo. No hay estereotipias. Las ideas delirantes ya no existen. Habla sola y pronuncia palabras ininteligibles, y en sus soliloquios mezcla risas sonoras, intempestivas y sin motivo alguno. El déficit mental es ahora considerable.



OBSERVACION VII

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Esquirol». — Doctor Miguel A. Arana Zelis.

Forma paranoidea.

M. F. R., argentina, soltera, 16 años de edad.
— Ingresó al establecimiento el 31 de marzo de 1917.

Antecedentes hereditarios—No son muchos; sólo se sabe que la madre es alienada.

Antecedentes personales — Como ha ingresado al hospital por intermedio de la policía de Concordia y sin venir acompañada por alguien de su familia, poco se puede saber. Los datos suministrados por la policía nos indican que la joven M. F. R., estudiaba en la escuela normal de Concordia y cursaba el 2º año cuando comenzó su enfermedad; aseguran que ha tenido ideas

melancólicas, tendencias a la fuga y aún más marcadas por el suicidio; en una ocasión se arrojó al río Uruguay y en otra pretendió abrirse el vientre con una navaja.

Enfermedad actual — En abril 1º ingresa al hospital tranquila, un tanto deprimida. Accesible al interrogatorio, responde con bastante coherencia. La memoria está algo debilitada y se constata una cierta torpeza intelectual que se exterioriza en la dificultad que experimenta para reunir y coordinar sus recuerdos. Refiere haber estado el año pasado «muy enferma de un ataque de locura». Desde entonces no se ha sentido nunca bien, quejándose especialmente de no poder dormir y de unas fortísimas jaquecas que llegaron a mortificarla hasta el punto de impulsarla a suicidarse para dejar de sufrir. Tiene ideas vagas de persecución y ha tenido alucinaciones auditivas y visuales.

Abril 3: Tranquila, coherente, regularmente orientada en lugar. Atención buena y sostenida. Responde bien al interrogatorio. Memoria relativamente conservada. Afectividad nula. Presenta alucinaciones de la vista y del oído e ideas delirantes hipocondríacas muy marcadas. Dice entre otras cosas: «estuve loca, pero ahora no lo

estoy, he pasado hasta cinco meses sin dormir pensando en el cielo y en el infierno», «no puedo ver a los perros, éstos son el diablo», «ahora estoy bien a pesar de un fuego que tengo en la cabeza y de no tener corazón», «recuerdo que salía a la calle desnuda y como no sabía lo que hacía puedo hasta estar embarazada, no tengo la menstruación desde hace 7 meses» (no hay signos de embarazo). Atribuye su enfermedad mental a excesos de estudios para dar examen de 2º año de la escuela normal. De noche siente voces que la despiertan y se asusta tanto «que los alimentos de ese día se le van a los pulmones y a la cabeza». Pide que le den cloroformo y la degüellen, pues «soy una anormal, tengo mal todo mi sistema sanguíneo».

Abril 4: Como se quejara de su constipación pertinaz, se le ordena un enema y al suministrarlo se descubre un traumatismo grande en sus partes genitales. El practicante de guardia que intervino constató una desgarradura del periné desde la vulva hasta el ano, desgarrado el tabique recto-vaginal y en comunicación la vagina con el recto. Además todos los repliegues de los órganos genitales externos, la uretra, etc., estaban invadidos por un pus cremoso, amarillento, característico de la blenorragia.

Este traumatismo lo explica la enferma del modo siguiente: alrededor de un mes, antes de la fecha de su ingreso al hospital, estando desesperada por las ideas tristes que acudían a su mente, se escapó de su casa y fué encontrada en un paraje solitario por un grupo de hombres, los cuales abusando de ella la violaron, quedando desde entonces en el estado ya descrito. Más tarde rectificó esa versión e hizo intervenir a su propio padre, a quien acusa de haber abusado de ella; después del atentado, la enferma sintió el temor de quedar embarazada y para evitarlo introdujo la mano en sus partes genitales, luego un palo y así se produjo el traumatismo. Además ese era un medio de «arrojar al diablo que sentía adentro». En medio de algunas incoherencias y al acusar a su padre, dice: «él fué el primero que me tocó; antes era un ángel», «él me engañó diciendo que con eso quedaría curada, pero fué peor y he sufrido mucho». La veracidad de estas versiones es por demás muy discutible. Además fué fácil constatar que el traumatismo era obra de un instrumento cortante.

Pasada a la sala de cirugía para su curación (fué objeto de dos intervenciones por el doctor Madero), ingresó a su nueva ubicación muy excitada y permaneció durante varios días can-

tando y gritando incesantemente, levantándose a cada momento de la cama y evidenciando sus deseos de fugarse. Dejó de ser la enferma conciente y tranquila del principio, para ser incoherente; en los períodos post-operatorios se caracterizó por su negativismo y la tendencia marcadísima en ella, de contrariar la buena marcha de las intervenciones. Se mueve mucho (ha hecho tanto que se han soltado muchos puntos de sutura), y cuando se le pregunta porqué no se queda quieta, dice que lo hace a propósito, porque se quiere morir, y luego impasiblemente, sin motivo, sin la menor reacción emocional, estalla accesos de risa.

Ahora está inconciente, incoherente; su atención está disminuída, lo mismo que la memoria, en fin, sus facultades intelectuales se han debilitado rápidamente. La afectividad es nula; su lenguaje incoherente, salpicado con muchos neologismos. Negativismo. Estereotipía de vocablos. Hay indiferencia marcada para el medio exterior y se ríe siempre, a carcajadas a veces, sin motivo y con expresión estúpida. Las ideas delirantes ya son borrosas, de carácter hipocondríaco. No tiene alucinaciones. Ya no se excita como al principio. Ha caído en estado demencial.

OBSERVACION VIII

Hospital Nacional de Alienadas. — Servicio «Magnan». — Profesor doctor Domingo S. Cavia.

Demencia precoz paranoidea.

E. B., argentina, soltera, de 22 años de edad. — Ingresó al establecimiento el día 11 de julio de 1917.

Antecedentes hereditarios—Son escasos los que poseemos; pero se sabe con certeza que en su familia, entre sus ascendientes y colaterales hay muchos nerviosos.

Antecedentes personales — Ha sido siempre de un temperamento tranquilo; muy seria, poco afecta a las diversiones propias de su edad. Trabajaba como mucama en Buenos Aires.

Enfermedad actual — En los primeros días del mes de junio próximo pasado, manifestáron-

se los primeros síntomas de su enfermedad, por alteraciones en su conducta habitual, perturbaciones cenestésicas, ideas hipocondríacas, fenómenos que fueron adquiriendo cuerpo, con alucinaciones visuales y auditivas, ideas de persecución y de grandeza. Tomaba actitudes arrogantes, decía que era la marquesa de Tortona y duquesa de Barbieri, que se iba a casar con el poeta José de Maturana, que es su prometido y a quien veía todas las noches. Así fué internada en el hospital. El estado actual es como sigue: buen físico, sin nada anormal en sus órganos, sin estigmas físicos de degeneración, reflejos tendinosos exagerados, pupilas midriáticas, reaccionan a la luz y a la acomodación con cierta pereza. Hay dermatografismo. En el primer tiempo de su reclusión su aspecto era amanerado, sus ademanes y gestos tenían un sello bien visible de afectación. Enfática y rebuscada en el hablar, altanera en el proceder, egoísta, pretenciosa, insociable; al interrogatorio se presta de no muy buena voluntad, responde con desgano, es reticente y hace la impresión de estar frente a una simuladora. Coherente en sus frases, no tan coherente en sus ideas que se revelan pueriles, ilógicas, contradictorias. A ciertas vagas ideas hipocondríacas del comienzo y que coincidían con alu-

cinaciones cenestésicas, ha seguido un predominio de los delirios de grandeza y persecución que tienen cierta fijeza; pero no son propiamente sistematizadas, su conducta tan en desarmonía con sus ideas delirantes que hacen patentizar las contradicciones de E. B., cosa que ella no toma en cuenta. Dice que es de fortuna, que tiene campos y haciendas, que no sabe en qué consisten ni en cuanto avaluarlos, que es noble de nacimiento, se titula marquesa de Barbieri y de Tortona, que su padre que lleva esos títulos es uno de los mejores nobles del Piamonte. No explica el por qué siendo de fortuna y de tan rancio abolengo haya tenido que trabajar como mucama; si se insiste mucho dice: «porque sí». Lo mismo en sus afirmaciones frecuentes de que se va a casar con el poeta de Maturana, a quien dice conoció en su casa y a quien ve todas las noches en el hospital. Si se le objeta que Maturana se casó hace mucho, dice: «no importa, me voy a casar, es mi prometido»; unas veces afirma haberlo conocido hace un año, otras veces hace un mes. Después se le dijo y trató de probar que su malogrado poeta y prometido había muerto y en ella no se notó ningún signo de incredulidad, ni de dolor, ni nada. Es apática, con algunas manifestaciones de negativismo. Algunos actos llevan en

sí mismos el sello de una incoherencia acentuada. La marquesa que se queja de la comida y protesta y que se siente mal, que todo la descompone, sin embargo devora cuanto se le presenta y aún no pierde ocasión de procurarse algún alimento a hurtadillas. Es indiferente a todo, no se le conoce ningun aamistad con otras asiladas, se mantiene en un aislamiento despectivo. La estereotipía se pone de manifiesto en algunos movimientos, en ademanes. Ahora se muestra deprimida, lo contrario de antes que solía excitarse. Inafectiva. Abúlica. No demuestra la menor iniciativa ni el menor interés por nada y la afectividad está completamente ausente. A veces se le ha sorprendido en soliloquios mantenidos en voz baja y en el que sus frases demuestran una profusión de ideas en las que hay mezclados delirios variados, que son, como ya se ha dicho, vagos y poco consistentes.

La reacción de Abderhalden en esta enferma ha sido francamente positiva. La de Wassermann en la sangre y líquido céfalo-raquídeo negativa.

En este estado permanece hasta el momento actual.

PASTOR E. SCHNEIDER.

BIBLIOGRAFIA

- Cabred y Borda* — La demencia precoz. — Revista de la Sociedad Médica Argentina.
- Kegis* — Traité de Psychiatrie.
- Eallet Gilbert* — Traité des maladies mentales.
- Fassou* — Démence precoce. Etats mélancoliques au debut. — Thèse de Paris, 1910.
- Boidart* — Demence precoce. Considerations cliniques et pronostiques. — Thèse de Paris, 1906.
- Tanzi Lugaro* — Trattato delle malattie mentali, 1916.
- Terrien Emile* — Les interpretations delirantes au cours de la demence precoce. — Thèse de Paris, 1913.
- Kraepelin* — Introducción a la Clínica Psiquiátrica.
- Moissey Kobylinsky* — Contributo allo studio di

alcuni sintomi somatici nella demenza primitiva precoce.

Paris Alexander — Quelques notes sur la pathogenie probable de la demence precoce. -- Recherche di neurologia, L. Bianchi, 1913.

Masselon Rene — La demence precoce, 1904.

Eguía Fermín — La demencia precoz. — Tesis Buenos Aires, 1915.

Edinger — Enfermedades del sistema nervioso y psiquiatria.

Trepsat Louis — Etude des troubles phisiuques dans la demence precoce hebefreno-catatonique. — Thése Paris, 1905.

Monod Gustave — Les formes frustres de la demence precoce. — Thése de Paris, 1905.



Buenos Aires, Septiembre 8 de 1917

Nómbrese al señor Académico doctor Horacio G. Piñero, al profesor extraordinario doctor José T. Borda y al profesor suplente doctor Amable Jones, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.

Secretario

Buenos Aires, Septiembre 17 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3361 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Valor diagnóstico de la *verbigeración neolálica* en las psicosis.

Horacio G. Piñero.

II

Formas clínicas de la demencia precoz.

J. T. Borda.

III

¿Existe una histo-patología propia a la demencia precoz o a cada una de sus formas?

A. Jones.

30676



