



Mix B. 43. 7

PSICOSIS PUERPERAL



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

Artículo 162 del R. de la E.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSE T. BACA
2. » » EUFEMIO URALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSE PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOURD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDARIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ÁRAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » GREGORIO ÁRAOZ ALFARO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

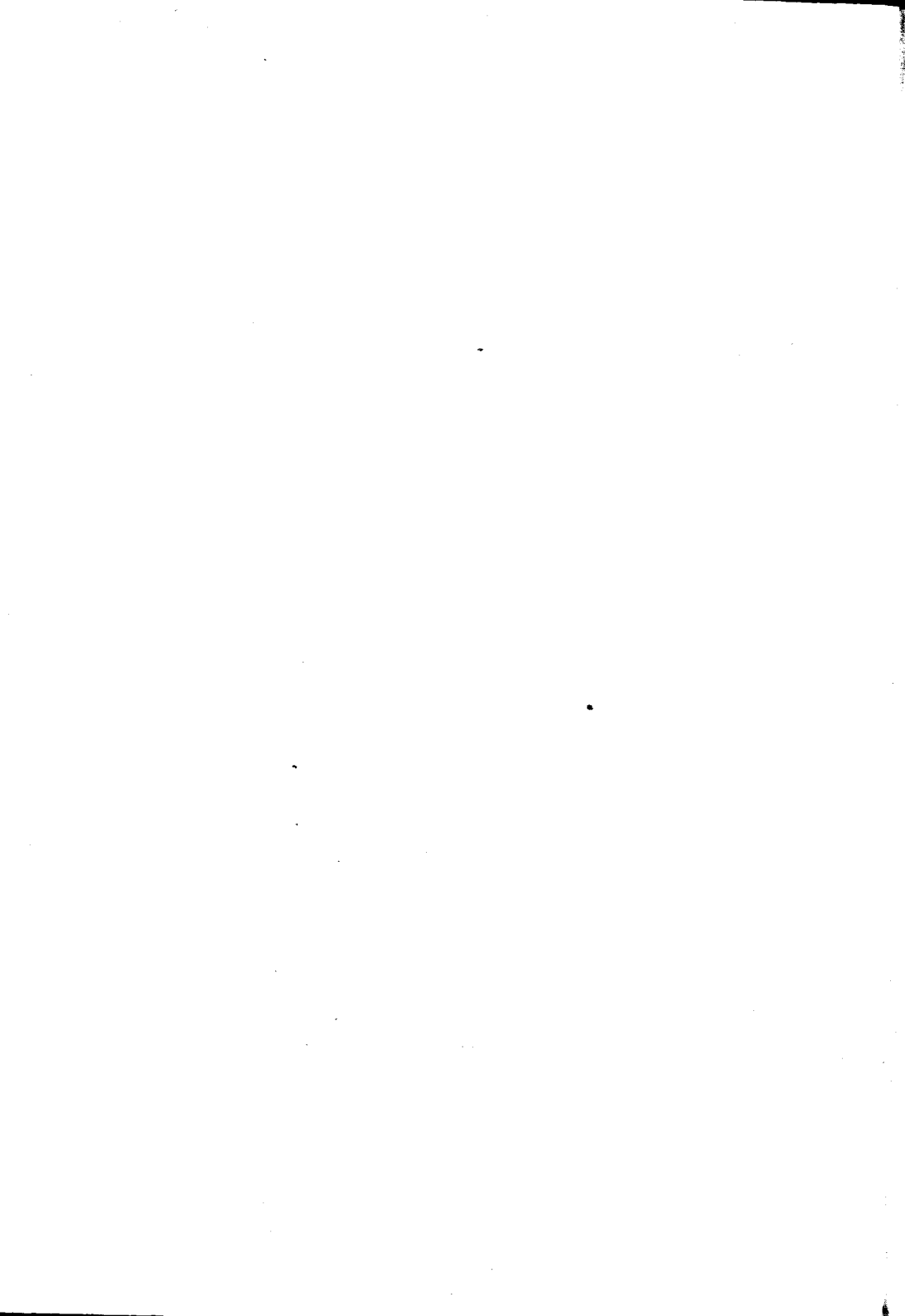
DR. PEDRO LACAYERA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZPERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMAGO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAYERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA Consejo directivo
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

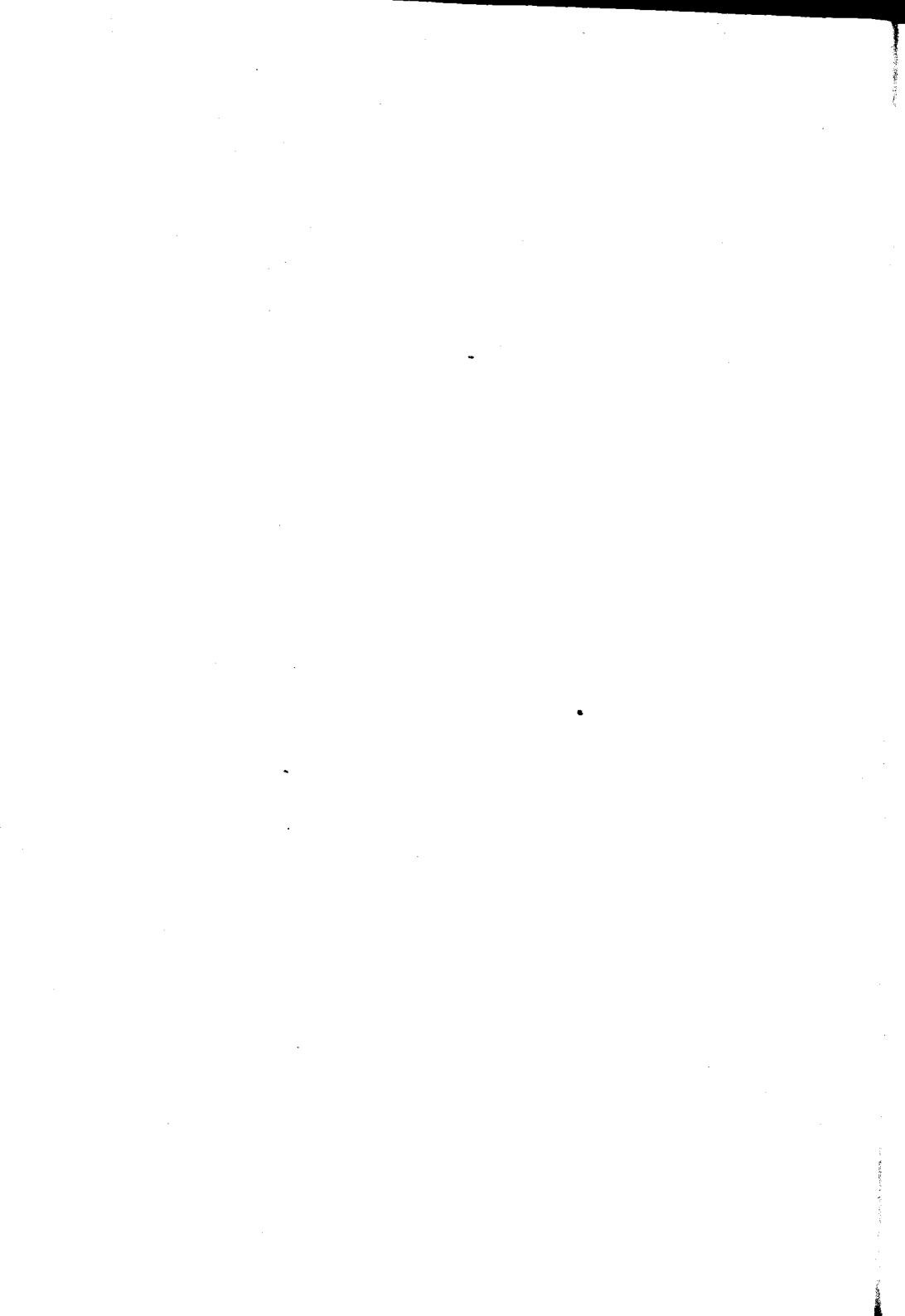
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

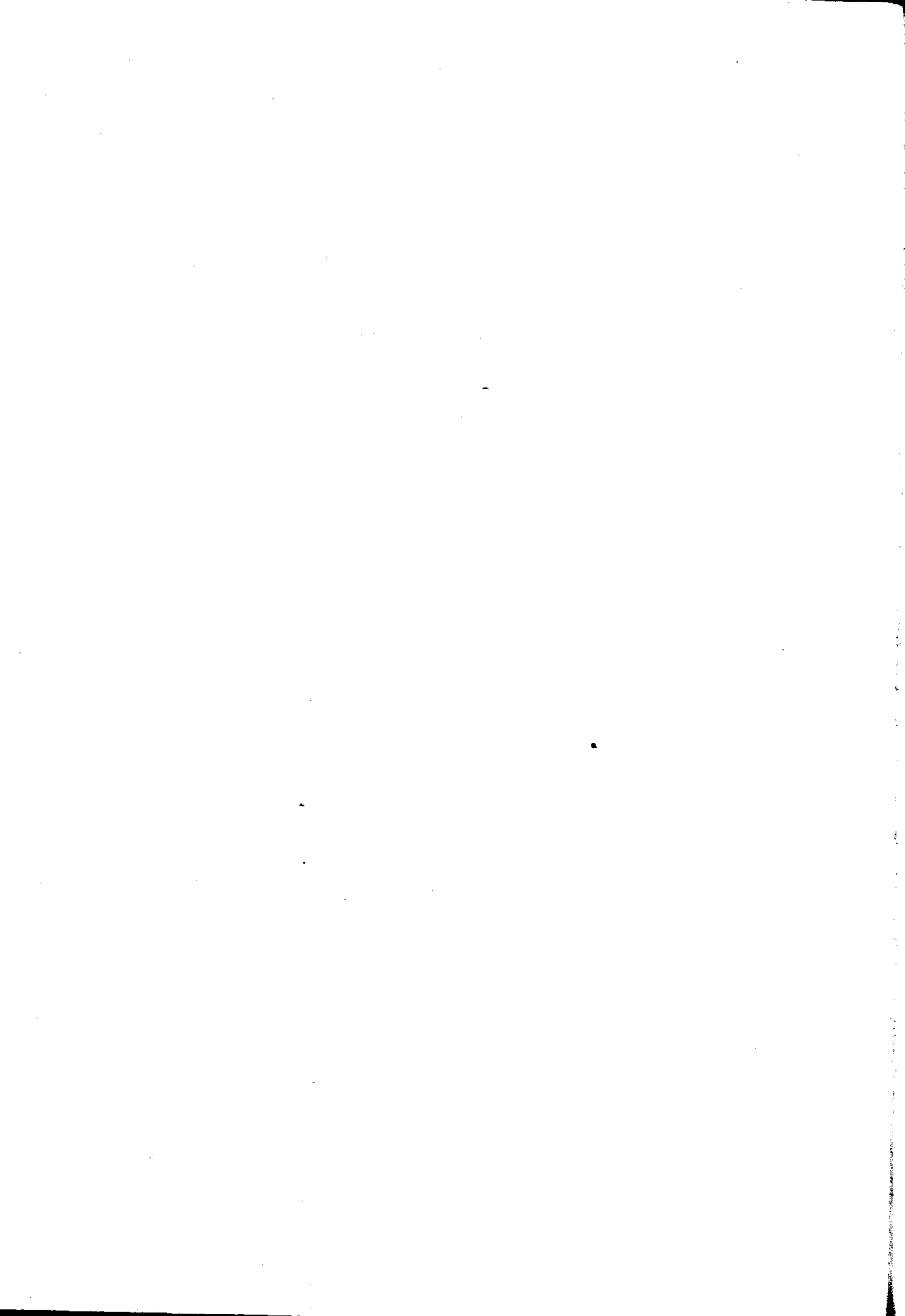
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASTO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
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
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

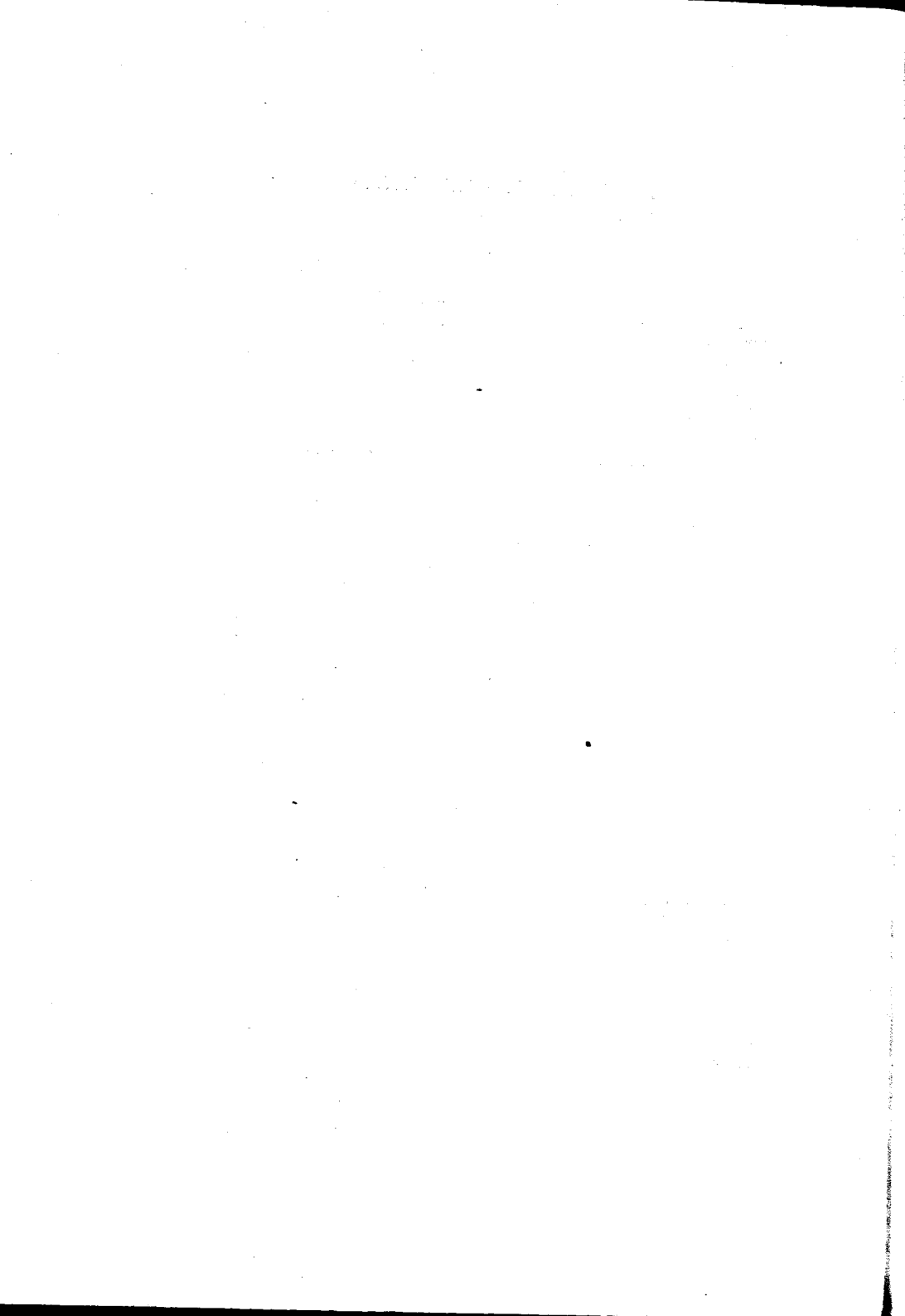


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" ENRIQUE ZARATE (en ejerc.)
Clinica Neurológica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Quirúrgica.....	" MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	" JOSÉ T. BORDA
	" ANTONIO F. PIÑERO
	" FRANCISCO LLOBET
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA





ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....
Botánica y Mineralogía.....
Química inorgánica aplicada.....
Química orgánica aplicada.....
Farmacognosia y posología razonadas..
Física Farmacéutica.....
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
Farmacognosia y posología razonadas....
Física farmacéutica.....
Química orgánica.....
Química analítica.....
Química inorgánica.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
* ADOLFO MUJICA
* MIGUEL PUIGGARI
* FRANCISCO C. BARRAZA
SR. JUAN A. DOMINGUEZ
DR. JULIO J. GATTI

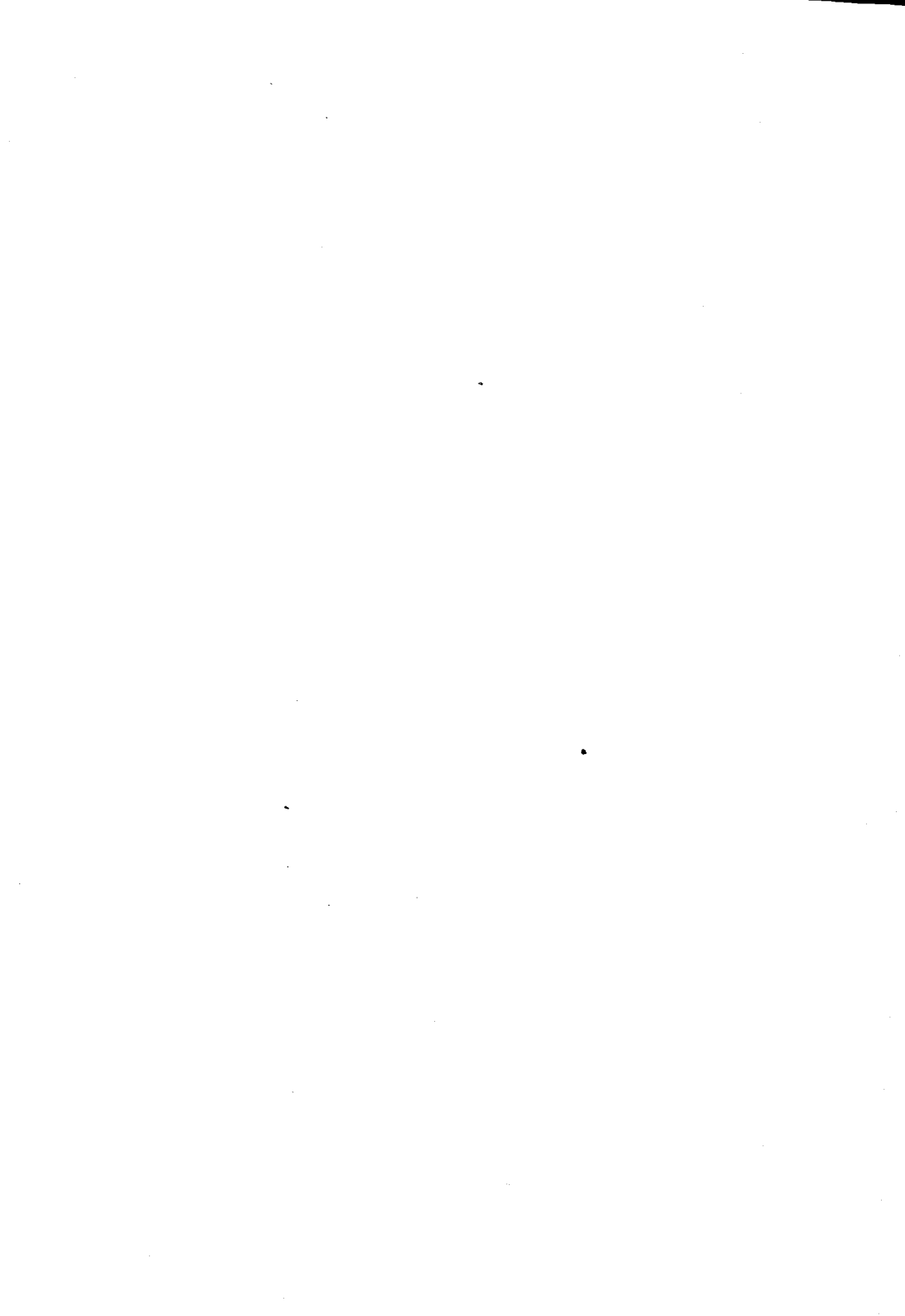
* FRANCISCO P. LAVALLE
* J. MANUEL IRIZAR

* FRANCISCO P. LAVALLE

* RICARDO SCHATZ

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
.. PASCUAL CORTI
.. OSCAR MIALOCK (en ejere.)
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
DR. JUAN A. SANCHEZ
.. ANGEL SABATINI



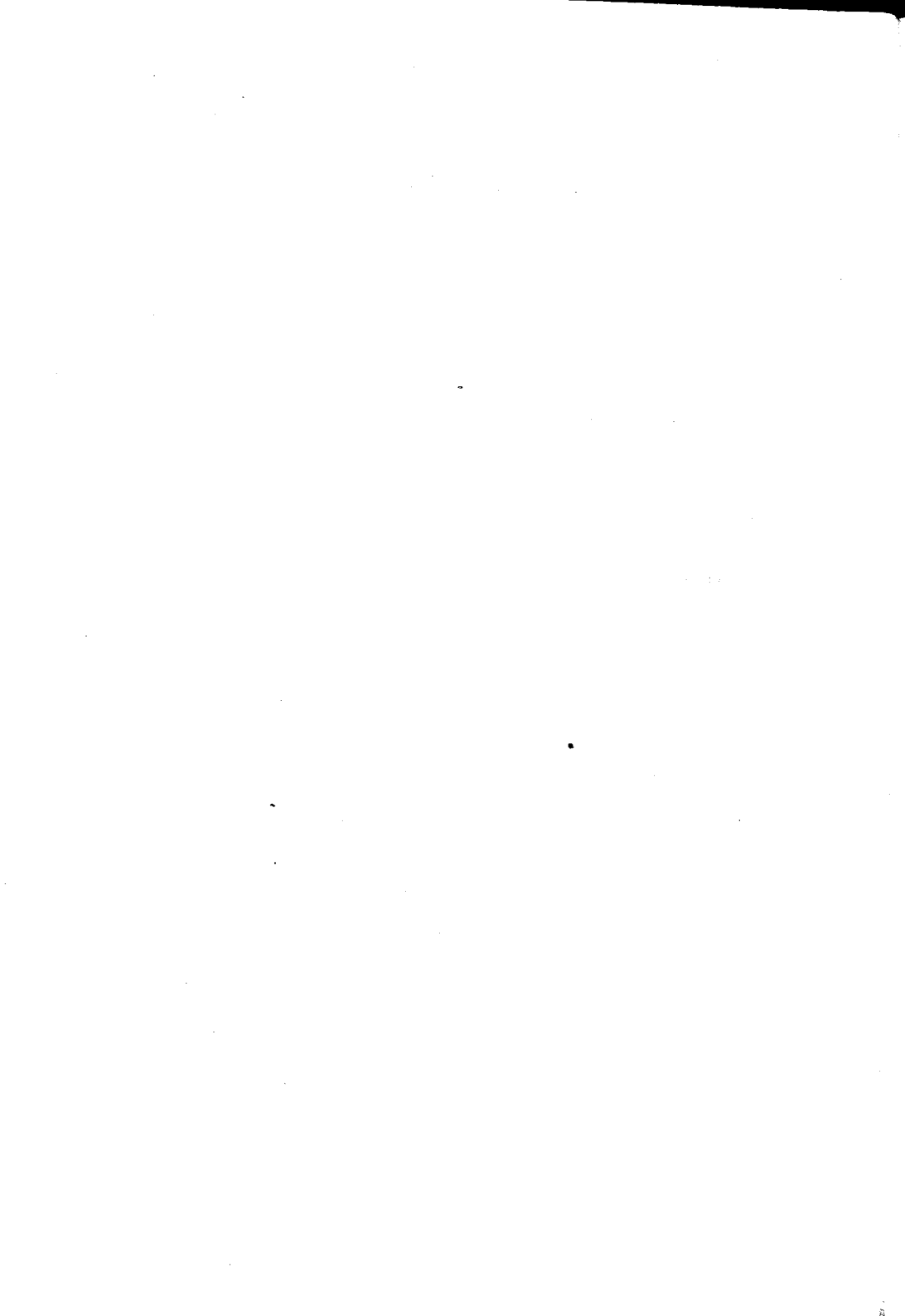
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

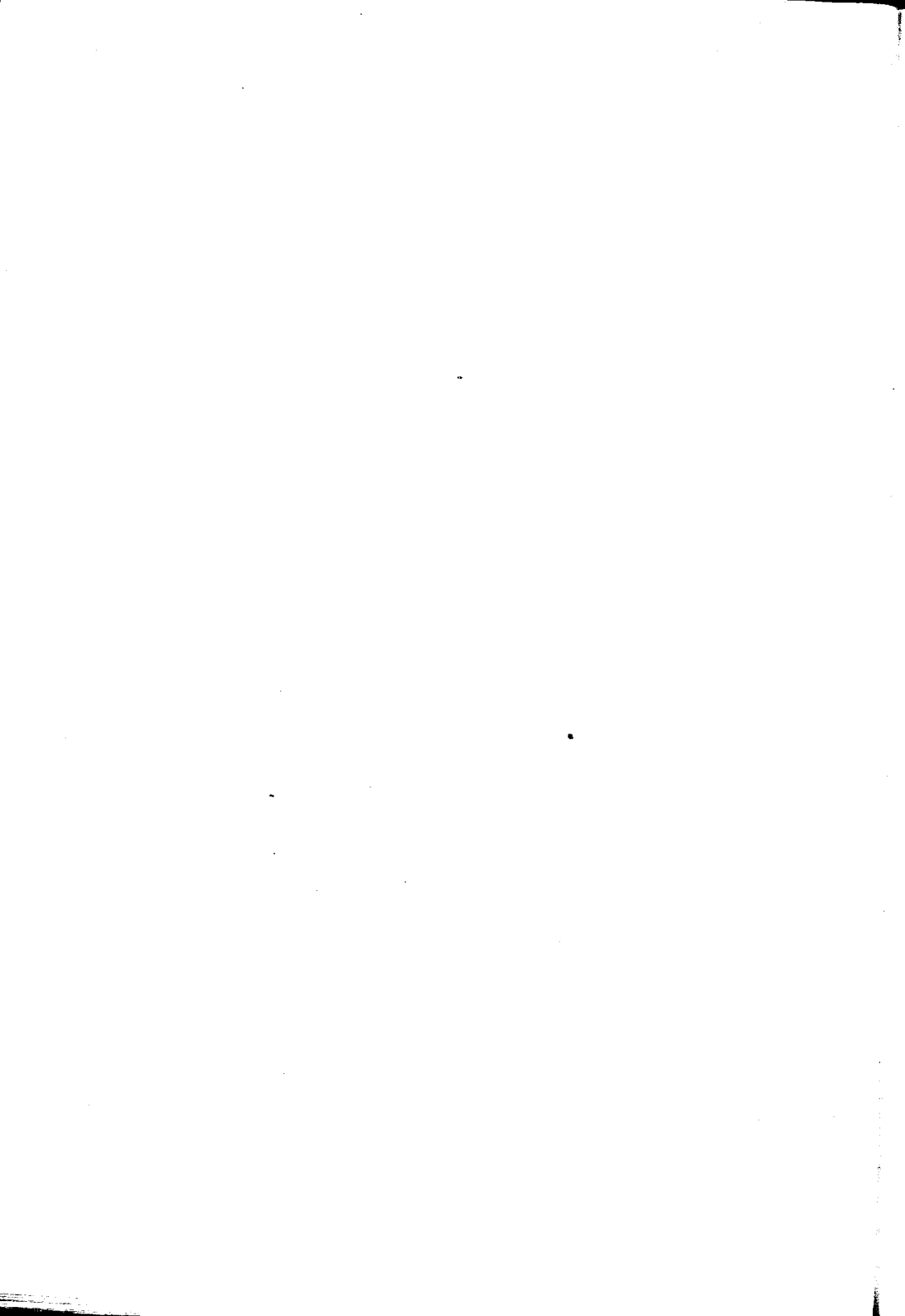
Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	* LEON PEREYRA
3er. año.....	* N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



Padrino de tesis :

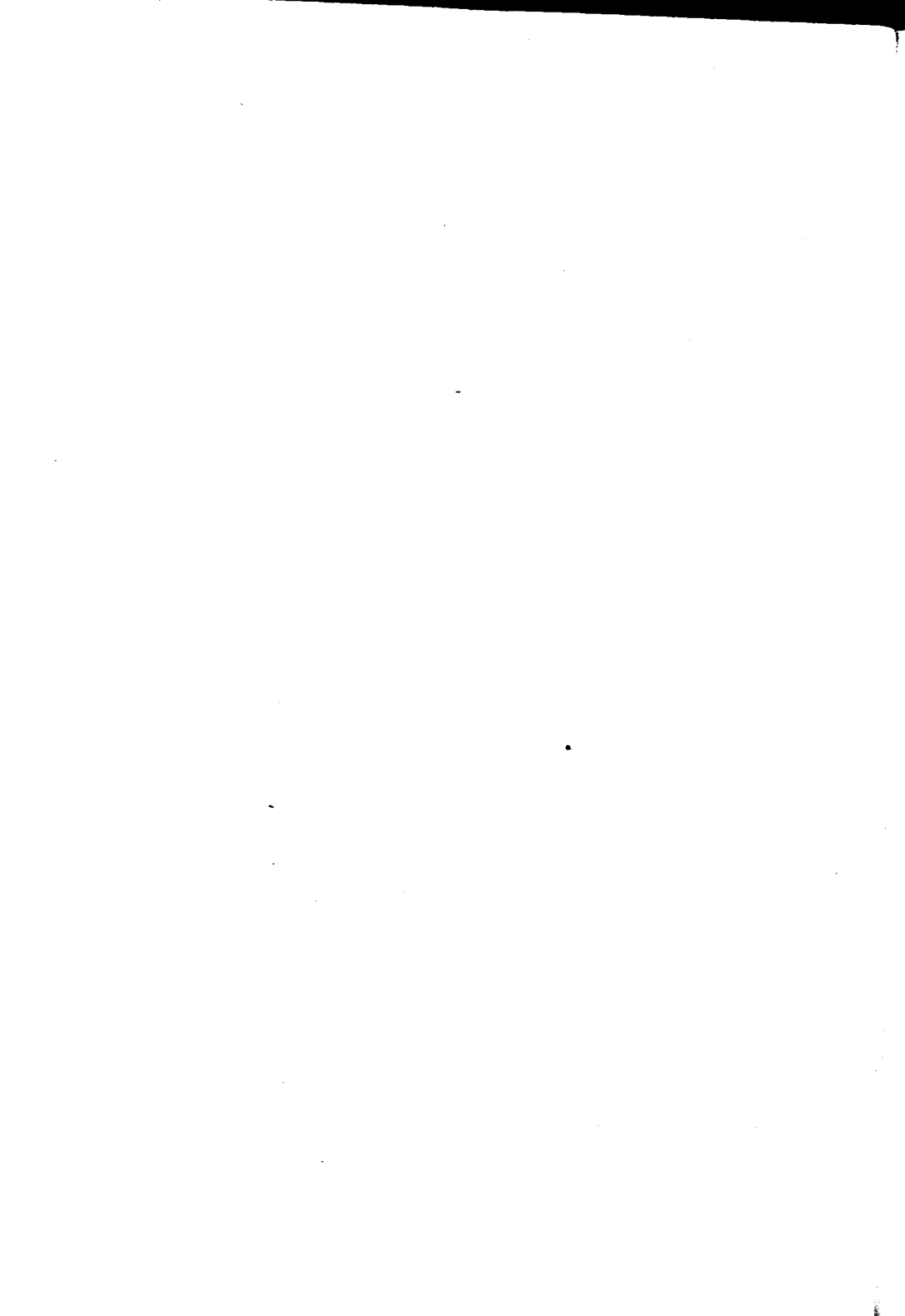
DOCTOR AUGUSTO OSORIO

Director del Instituto Frenopático

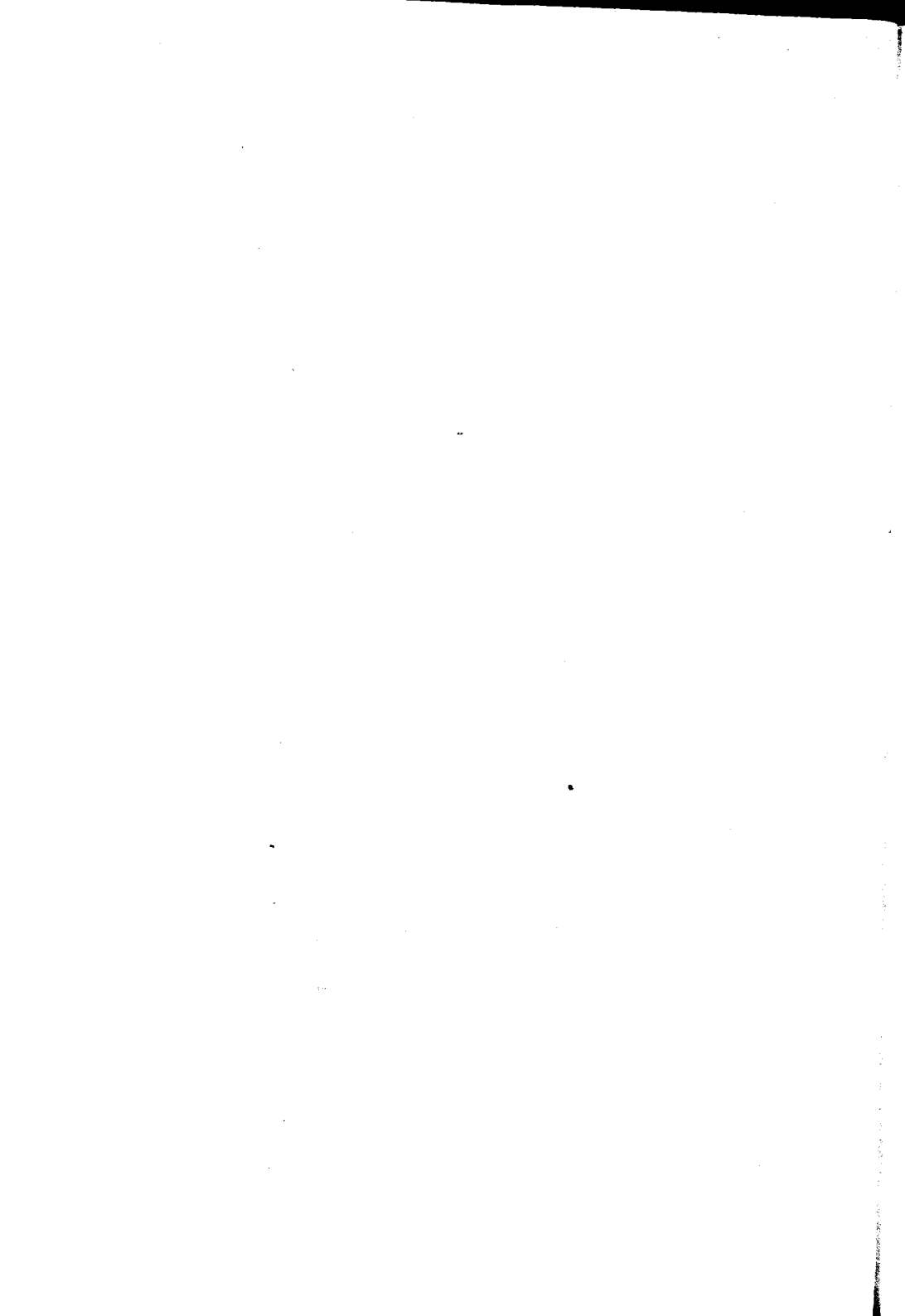


A LA MEMORIA DE MI HERMANO:

JUAN RICARDO



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS

A LOS MIOS Y AMIGOS



A LOS DOCTORES :

LUIS E. PAGLIERI

y

DON CARLOS ZERBINI

Gratitud y cariño



A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

DR. CARLOS V. ZERBINI

Y

HORACIO TITO ARGERICH

Mi mayor estima



Señores Concejeros :

Señores Académicos :

Señores Profesores :

Es compenetrado del verdadero simbolismo de este acto y lleno de emoción, que llego hasta vosotros para que juzguéis este trabajo que versa sobre un capítulo de Patología mental.

Quiero en este momento dejar constancia del cariño que siento por esta casa ; fué bajo el calor familiar de su techo donde se cobijaron mis entusiasmos y energías de estudiante y donde mis maestros iluminaron mi senda con sus lecciones y me guiaron con su ejemplo.

Al doctor Augusto Osorio, que me acompaña como padrino, mis más francas expresiones de afecto y agradecimiento.

A los doctores Miguel Dezarlo e Isidoro Echeverría, que me prodigaron las primeras enseñanzas prácticas ; mi reconocimiento y estima.

A los doctores Alfredo Lalanne, Raul Pini y para los que conmigo conocieron las rudezas y alegrías de la jornada, para mis compañeros de internado del Hospital Italiano é Instituto Frenopático, al unísono de cuyos corazones se agitó blandamente el mío en las horas apacibles de la amistad; la seguridad de mi cariño.

INTRODUCCIÓN

Las perturbaciones psíquicas, determinadas por procesos fisiológicos o trastornos funcionales sufridos en órganos más o menos alejados que repercuten sobre el cerebro, constituyen las llamadas locuras o psicosis simpáticas, asociadas o reflejadas.

Estas alteraciones mentales que no encuadran en descripciones clínicas clásicas, por lo variables e irregulares en sus formas y evoluciones, comprenden desde los simples trastornos morales y del entendimiento casi inadvertidos, hasta los estados de franca alienación mental.

Si bien hay que reconocer en estas enfermedades, que el sistema nervioso es un factor potente y activo y considerando que, la locura cardíaca en sus oscilaciones bruscas, intermitentes o remitentes

con concepciones delirantes variadas, no sea ocasionada por el reflejo de la afección valvular, sino por trastornos circulatorios en la intimidad del cerebro ; que la locura de los tuberculosos en sus diversas manifestaciones de depresión, hipocondría o euforia sea determinada por el estado de agotamiento o diátesis orgánica como en otros delirios infecciosos ; o que la locura brightica en sus diferentes formas clínicas, de estados demenciales y alucinatorios con ideas de erotismo y persecución, sea producida por el tóxico que inhibe y lesiona al cerebro ; hay que admitir como consecuencia de una acción refleja, como una relación misteriosa entre los órganos, esas psicopatías provocadas por estados o condiciones normales o morbosas de otros órganos, que obran como causas predisponentes, ocasionales o determinantes.

Esta reciprocidad de las funciones orgánicas no puede considerarse como ilusoria, dada las numerosas observaciones en que se opera el restablecimiento de las funciones cerebrales, después de curado el órgano enfermo que suscitó el desequilibrio mental.

Bazin cita el caso de una mujer demónomana, delirante, alucinada, en la que constata una metritis que cura por tratamiento indicado y la locura desaparece. Lallemand ha curado vesanías mejorando la espermatorrea por cauterizaciones del verumontanum. Picqué presenta dos casos de corea, caracterizados por una inestabilidad motriz e intelectual con melancolía y mutismo, que comienzan en los últimos meses del embarazo y que desaparecen con el parto.

No es extraño observar con frecuencia, desórdenes más o menos profundos en la inteligencia y los sentimientos de los que padecen afecciones de la vejiga, conductos urinarios y gastro-intestinales; la litiasis vesical o renal, la retenciones de orina, las cistitis, el embarazo gástrico, la hiperclorhidría, sobre todo la dispepsia, la constipación, la helmintiasis, determinan estados depresivos, hipocondríacos, tristezas intensas y persistentes que suelen llegar a la locura, modificaciones en el carácter con tendencias a la irascibilidad, asociadas a una oscuridad o entorpecimiento cerebral que se traduce por falta de memoria y disminución de la inventiva.

« Las afecciones intestinales, decía Esquiról, tienen una acción potente sobre el desenvolvimiento de la alienación » y consideraba que la melancolía era determinada por ptosis intestinales o desplazamiento del colon transverso ; Bayle en su tesis, manifiesta que la entefitis y gastro-enteritis pueden traer por simpatía desórdenes cerebrales.

Esta reflectividad que se observa en la economía, de los órganos para el sistema nervioso, se acentúan en los órganos genitales porque existe con el cerebro una simpatía íntima, una relación manifiesta, un dominio tal de unos sobre los otros como dice Ball, que por los cambios parejos que sufren en la evolución orgánica, pueden encontrarse caracteres propios en cada una de las distintas fases porque pasan las funciones genitales.

La aparición de la facultad procreante o de las primeras producciones de espermatozoides en el hombre y de evolución en la mujer, discierne el comienzo de la pubertad y con ella se esboza el individuo responsable, las concepciones e ideas se amplian a la par que la madurez física y psíquica comienzan a determinarse ; es la época crítica de la vida humana la más peligrosa y expuesta a que

se rompa el equilibrio orgánico, por la inestabilidad que guarda en esa fase evolutiva en que se define el hombre. Y como dice Ball «apenas aparecen los atributos sexuales, se opera un cambio grande en su físico y en su psiquis, la fisonomía y la voz se transforman, las fuerzas se desenvuelven, en la inteligencia se producen movimientos; el niño no existe, es la adolescencia que empieza y sus caprichos y sus gustos sufren una metamorfosis por la invasión de instintos nuevos».

Si bien la pubertad se acompaña frecuentemente de alteraciones del carácter, tendencias impulsivas, ideas bizarras y eróticas, producto de las alternativas del espíritu, es indudable que las modificaciones de los órganos genitales determinan desórdenes cerebrales que afectan, en esta edad, el desarrollo ulterior de las facultades intelectuales.

Las perturbaciones mentales que coinciden con las primeras menstruaciones, adquieren proporciones de verdaderas locuras, que no parecen tener otra patogenia que impresiones transmitidas al cerebro, ocasionadas por la irritación del órgano congestionado.

La vida genital está tan íntimamente ligada a

la vida cerebral, dice Regis, que no hay una sola afección del aparato genital, que no pueda a la larga repercutir sobre el cerebro y traer la alienación mental.

Tanto el onanismo y las pérdidas seminales, las enfermedades del útero y las diversas afecciones del aparato genital de ambos sexos, perturban más o menos intensamente la mentalidad de los que la sufren.

La influencia del onanismo sobre la psiquis, reviste más seriedad en aquellos que lo practican por impulsiones irresistibles que obedecen a estados maníacos en fondo neuropático, que en otros en que las congestiones pelvianas y otras causas lo provocan; las pérdidas seminales tienen acción manifiesta sobre el cerebro y si bien en sus comienzos promueven simpáticamente estados mórbidos indefinidos y rudimentarios, hay que convenir, que esas pérdidas sean o no provocadas pero frecuentes, preparan terreno para que, por agotamiento o debilidad orgánica se inicien psicopatías que llegan a la demencia.

La menstruación y la menopausia rompen frecuentemente el equilibrio mental de la mujer ner-

viosa o degenerada hereditaria. Las mujeres predispuestas especialmente, sufren con la primera menstruación, o cada vez que están menstruadas, cambio en su carácter y sentimientos, pecando de caprichosas, coprolálicas, pendencieras, o estados de excitaciones o depresiones, que revelan una tendencia a la locuacidad y al movimiento acompañada de accesos de ninfomanía o una apatía en que se suprime temporariamente sus instintos y pasiones.

La menstruación ha sido considerada por Nacke como factor ocasional y Gilbert y Ballet no dudan de la influencia que pueda tener sobre las facultades mentales en una predispuesta. Estos accidentes que trae la menstruación en la mujer neuropata se repiten en los casos de amenorrea, dismenorrea, prolapso uterino y otras enfermedades, como resultante por acto reflejo o simpático, de los estados anormales del útero.

La mujer durante el estado puerperal, sufre trastornos mentales cuya intensidad y pronóstico están en relación directa con el factor predisposición neuropática, aunque existen perturbaciones más o menos leves en mujeres sin tara psicopática.

Si bien Kowalensky comprende bajo la significación amplia de estado puerperal, el período menstrual, la gestación, el parto, el aborto, el período consecutivo al parto y la lactancia; Marmoret lo define como el estado fisiológico que comienza en el momento de la impregnación, que continúa durante el embarazo, parturición y destete.

Aceptando esta definición nosotros comprendemos bajo la designación de Psicosis Puerperales, de acuerdo con Gilbert y Ballet todos los trastornos mentales sobrevenidos por el embarazo, parto y lactancia.

No se englobarán en éstas psicosis las alteraciones preexistentes a la fecundación, ni aunque el estado puerperal intensifique o acelere la forma y evolución de esos trastornos. •

HISTORIA

Con Hipócrates comienza una nueva era en la medicina mental, desprestigiando con sus ideas el poderío de las sectas religiosas de Grecia, especie de sacerdotes médicos que pregonaban y difundían por todas partes, la creencia de que la locura era el castigo de divinidades malditas u ofendidas y se monopolizaban la curación de ella por medio de ofrendas costosas, sacrificios personales de los creyentes y ceremonias religiosas en las que se obligaba a la divinidad endiablada dejar el cuerpo del paciente.

Hipócrates concibió y catalogó las perturbaciones mentales, no considerándolas obra de divinidades sino afecciones orgánicas, como consta según Regis, en el libro de Epidemias y Afecciones donde

habla de casos observados con fiebre y delirio, atribuyendo a esos trastornos psíquicos un origen sanguíneo, sea porque la sangre al mezclarse con la bilis produce fiebre o sea por desplazamiento a otros órganos de las secreciones no evacuadas, y basándose en esto atribuía como causa de locura puerperal la localización de los loquios en el cerebro.

Areteo que supuso la correlación íntima de los órganos en la economía, catalogó la psicosis puerperal entre las locuras simpáticas y más tarde Galeno, el célebre médico que arrojó nuevas ideas sobre la locura y que repercutieron en siglos después, concibió las locuras idiopáticas y simpáticas incluyendo en éstas últimas la psicosis puerperal, reconociendo la importancia de la inflamación mamaria cuando decía: «la sangre más quemante se acumula hacia las mamas y no se puede convertir en leche y en razón de las conexiones que existen entre las mamas y el cerebro, los vapores más quemantes suben hasta el cerebro y la manía puede sobrevenir».

En la Edad Media, parece recobrar su apogeo las antiguas creencias, que luchan con las ideas bien encaminadas de Areteo y Galeno, hasta que a fines del siglo XVIII la teoría simpática, desechada y

modificada, surge nuevamente apoyándose en perturbaciones orgánicas bien manifiestas.

Sauvajes piensa que la leche acumulada en el cerebro produce la manía o melancolía ; Syndenahm que observa por primera vez esta psicosis en una parturienta, sobrevinida después de un abceso de las masas, cree que la leche impedida bruscamente a salir de sus emunctorios, es llevada por la sangre y esparcida por el organismo produciendo trastornos más o menos graves según el sitio en que se acumule.

Las secreciones suspendidas brusca o lentamente eran consideradas entonces como único factor de las locuras, apoyando esta teoría en épocas más cercanas ; Lebret, que observa esta psicosis cuando los loquios son escasos o las glándulas mamarias no se ingurgitan ; Zimmerman, que refiere varios ejemplos de manía o melancolía después de la supresión de los loquios o de la leche ; Doublet y Puzos, que atribuyen un rol importante al transporte de las secreciones al cerebro y llegan a creer en la distensión de las fibras cerebrales por los líquidos allí depositados y otros, que atribuyen a estados congestivos

del cerebro, acaecidos como reflejo de la interrupción de evacuaciones normales.

Más tarde Esquirol secundado por Marcé y Magnan crea la teoría hereditaria y declara que la psicosis puerperal sólo estalla en terrenos predispuestos ; Marcé que ha observado enfermas de esa clase en ramas colaterales y ascendentes de una misma familia, considera que la herencia o predisposición neuropática, desempeña un papel importante en estos trastornos psíquicos, pero atribuye a causas predisponentes (edad, infecciones anteriores, agotamiento orgánico) y determinante (emociones, hemorragias, parto difícil) la declaración de trastornos cerebrales.

Olshausem admite las causas determinantes y hace notar que la psicosis puerperal es más frecuente en las primíparas, porque las emociones y sufrimientos físicos son más intensos que en las múltiparas.

En estos últimos tiempos las teorías de las infecciones o intoxicaciones encuentran numerosos defensores. Meynert, Hoche y Joffroy sostienen que la infección puerperal es la causa de la locura, pero todos reconocen el factor degeneración o herencia neuropática.

Gilbert y Ballet conciliando ideas dicen : « Actualmente otra opinión ha buscado hacerse lugar, la psicosis puerperal no sería simplemente una psicosis vulgar, aquellas de los degenerados o hereditarios, sino sobrevinida por envenenamientos especiales debidos a auto-intoxicaciones o infecciones ».

Olshausem las divide en tres grupos : infecciosas, tóxicas e idiopáticas. Weigandt y Roubinowicht creen que el embarazo no tiene acción directa sobre esta psicosis, porque han observado que no hay diferencias con las producidas por agotamiento o auto-intoxicaciones.

Cada una de las diversas opiniones emitidas no explican por sí solas, el origen de la psicosis puerperal y hoy, las teorías infecciosas, tóxicas y hereditarias parecen aliarse para asumir en conjunto la responsabilidad etiológica.

Es indudable que el exclusivismo no cuadra en este medio de hipótesis más o menos fundadas en observaciones personales, y sin disminuir la acción que pueda tener la degeneración hereditaria, el mal funcionamiento de las glándulas secretoras, hay que

tener en cuenta los accidentes agudos sub-agudos o crónicos ya infecciosos o tóxicos en la génesis de la locura puerperal.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Sin comentar las antiguas teorías sobre el origen de la psicosis puerperal, ya bosquejadas en el capítulo precedente, nos ocuparemos en éste, de las discusiones que han ocasionado las diversas opiniones vertidas para explicar su génesis.

La herencia psicopática concebida por Esquirol, es considerada hoy, como causa predisponente única y esencial. Marcé y Georget reconocen la influencia preponderante de la herencia entre las causas predisponentes. Magnan sostiene con una estadística elevada que la degeneración mental no debe considerarse como causa accidental, sinó como causa necesaria e indispensable para que se produzcan esos desórdenes cerebrales.

El concepto del fenómeno biológico de la herencia, en virtud del cual según La Gendre, se ope-

ra la trasmisión al ser procreado de los caracteres y atributos del ser procreador, si bien rige más o menos estrictamente respecto a la herencia fisiológica no se cumple, sino con variantes acentuadas, en la herencia mórbida sea física o psicológica.

La transferencia de las anomalías psicológicas es incontestable, máxime si se acepta que toda enfermedad mental tiene una causa orgánica; pero es indudable que muchas neuropatías se transmiten transformándose, naciendo histéricos o epilépticos de ascendientes afectados de delirios o demencias. Otras veces estas psicopatías, lejos de transformarse en otras semejantes, suelen dar descendientes con ligeras irregularidades de carácter e instintos como únicas manifestaciones morbosas.

Esos organismos, productos de progenitores neuropatas en que las aptitudes y disposiciones morales e intelectuales revelan una aparente normalidad, llevan en sí la predisposición neuropática, ese estado anómalo latente en que el individuo conserva una inestabilidad nerviosa, una circunstancia y sensibilidad particular que la economía prepara, para que en épocas críticas de la evolución orgánica causas ocasionales fútiles, sean accesibles de enfermar ese

organismo y evocar en una u otra forma la transmisión de sus ascendientes.

«Los candidatos a la locura dice Moreau, llevan desde su tierna edad un sello particular que no engaña a ojos ejercitados».

No se quiere decir con todo esto que los estados anormales más o menos manifiestos sea la regla o el destino a que están sentenciados los descendientes neuropatas, pues existen numerosos miembros de familia taradas que son perfectamente sanos de espíritu. Los elementos propios o adquiridos en el ambiente en que viven, pueden disminuir el peligro indudable que a la enfermedad tienen estos individuos, y como dice Cabred «la mujer trae ya al nacer una predisposición a sufrir ciertas neurosis que es dominada por la educación y el poder intelectual innato que posea».

Todos los autores sostienen el factor predisposición neuropática y las causas ocasionales en la etiología de la psicosis puerperal, pero se han observado tantas formas y casos diversos, que han admitido como causas determinantes todas las influencias posibles. Se ha dicho que el frío, la irritabilidad nerviosa, el insomnio, las irregularidades

del régimen alimenticio e higiénico, los dolores físicos y causas morales, son los suficientes para provocar trastornos mentales en la mujer puérpera.

Si las influencias morales, especialmente las emociones fuertes, persistentes y sobre todo desagradables, contribuyen a la explosión de anormalidades mentales en las predispuestas, dada su emotividad exagerada y la debilidad de sus reacciones volitivas que ya existen en la mujer normal, adquieren una importancia etiológica considerable en el estado puerperal, donde las alternativas del ánimo son más intensas y variadas.

Parant sostiene que si se cree que, un enfriamiento, un parto laborioso, una emoción muy viva y otros accidentes del mismo género, puedan solos ocasionar la locura, es mirar las cosas de una manera exageradamente superficial.

«La degeneración mental dice Dupoy Roger, es el terreno obligatorio sobre el cual debe evolucionar la afección», y aunque Toulouse piense que «la puerperalidad no es sinó una causa banal para delirar», y De Gorsky declare que «la psicosis puerperal no es sinó un aspecto de la degeneración mental», no se debe dar a la predisposición un concepto

tan absoluto que implicaría una negación de la locura puerperal.

Joffroy que considera la infección puerperal como factor ocasional de suma importancia, reconoce la degeneración mental como necesaria para que se produzcan estas psicosis cuando dice : «El conjunto de defectos orgánicos hereditarios o adquiridos, que crea aptitudes mórbidas nuevas y vuelve de esta manera patógenas, causas que solas, serían sin fuerza, sin efecto y quedarían estériles frente de un organismo normal »...

Campbell Clark que sostiene la teoría infecciosa con una estadística de setenta y ocho por ciento, considera que la locura puede sobrevenir en el estado puerperal mediante dos condiciones que él denomina central y periférica ; primera, una inestabilidad del sistema nervioso central que puede considerarse como predisposición y la segunda una perturbación cualquiera accidental o prolongada del organismo que repercute sobre los centros nerviosos y activa el desequilibrio de esa inestabilidad.

Ya hemos dicho que se han considerado como causas determinantes, condiciones, estados y fenómenos fisiológicos o patológicos que hayan coincidido en su aparición con esta afección cerebral.

La influencia que pueda tener la supresión, o suspensión fisiológica o patológica de las secreciones orgánicas, es reconocida como causa tóxica. Bouchart considera que en el organismo, dada las combustiones que se producen en estado normal o morbo, se elaboran productos de desasimilación que son verdaderos venenos; y el organismo previniéndose de esos venenos que pueden lesionarlo los elimina, de ahí que suspendidas las secreciones encargadas de eliminarlos, ellos causen intoxicaciones más o menos graves.

Pinard ha encontrado en la mujer embarazada un cierto número de fenómenos mórbidos producidos por auto-intoxicaciones originadas por la eliminación deficiente de los productos excrementicios contenidos en la sangre. Olshausem ha observado psicosis puerperales después de ataques de eclampsia y por albuminuria gravídica.

La infección desempeña un rol importante como causa ocasional de estas psicosis; Joffroy ha

encontrado casi siempre la infección en las locuras puerperales; Toulouse dice que cualquiera que sea el asiento y naturaleza de toda afección microbiana puede ser acompañada de perturbaciones mentales; Gilbert, Ballet y Campbell Clark admiten las infecciones agudas o crónicas de órganos maternos como causas determinantes esenciales.

Las auto-intoxicaciones ejercen su influencia en el período de gestación; la ausencia de reglas durante el embarazo constituyen una retención de secreciones que exigen, como dice Le Masson, una integridad absoluta de los otros emunctorios.

Las intoxicaciones se producen por dos causas, la insuficiencia de defensa orgánica y el aumento de venenos. Durante la gestación las glándulas sufren una hiperfunción, el intestino entra en un estado de inercia que elabora toxinas, la ventilación pulmonar disminuye, las energías del músculo cardíaco aumentan, otros órganos se vuelven insuficientes; por una parte la hipertoxenia y por otra el equilibrio inestable de los órganos de defensa, colocan a la mujer en un estado de poca resistencia a las auto-intoxicaciones e infecciones.

Todas estas influencias y la mala alimentación, las hemorragias, la lactancia, concluyen por dejar a la mujer en un estado de debilidad orgánica o agotamiento que ha sido imputado también como causa determinante para engendrar de acuerdo con el factor degeneración, psicosis diversas.

Castin reconoce todas estas influencias como probables de reproducir la locura y las cataloga como causa principal en diferentes períodos puerperales; así, atribuye a los auto-intoxicaciones las psicosis producida durante el embarazo, a las infecciones los trastornos acaecidos en el parto y al agotamiento y la anemia las perturbaciones delirantes sobrevenidas en la lactancia.

Gilbert y Ballet dividen las causas influyentes en varios grupos dándoles a una más importancia que a otras: 1° Admite la predisposición o herencia neuropática y la causa ocasional el estado puerperal, como podría haber sido cualquier otra. 2° Auto-intoxicaciones por mal funcionamiento de las glándulas u otros órganos. 3° Infecciones agudas o prolongadas. 4° Agotamiento.

Kowalensky piensa que la influencia del embarazo sobre el estado mental debe imputarse a las

siguientes causas : 1° Acción refleja de los órganos genitales modificados, sobre el sistema nervioso central ; 2° influencia mecánica ejercida sobre la vejiga, recto, tubo digestivo, bazo, hígado, riñones, pulmones, corazón, vasos, etc. ; 3° la función modificada de todos esos órganos ; 4° la disminución de los medios nutritivos del organismo acompañada de mayor necesidad ; 5° eliminación defectuosa de productos de la metamorfosis regresiva del organismo de la mujer y del organismo del embrión ; 6° alteración consecutiva de las funciones nerviosas centrales o periféricas, por manifestaciones parciales como el dolor ; 7° toda una serie de acciones psíquicas desfavorables.

Todas estas condiciones que revisten mayor o menor gravedad por separadas, no es extraño que produzcan una inestabilidad del sistema nervioso central y engendren la locura cuando obran juntas.

Cantón e Ingegnieros reducen las causas influyentes y las agrupan en tres divisiones : 1° influencia refleja con punto de excitación en el útero, órganos sexuales y órganos vecinos ; 2° influencias tóxicas por trastornos de la nutrición ; 3° influencias

puramente psíquicas que actúan sobre embarazadas ya predisuestas por antecedentes neuropáticos.

* * *

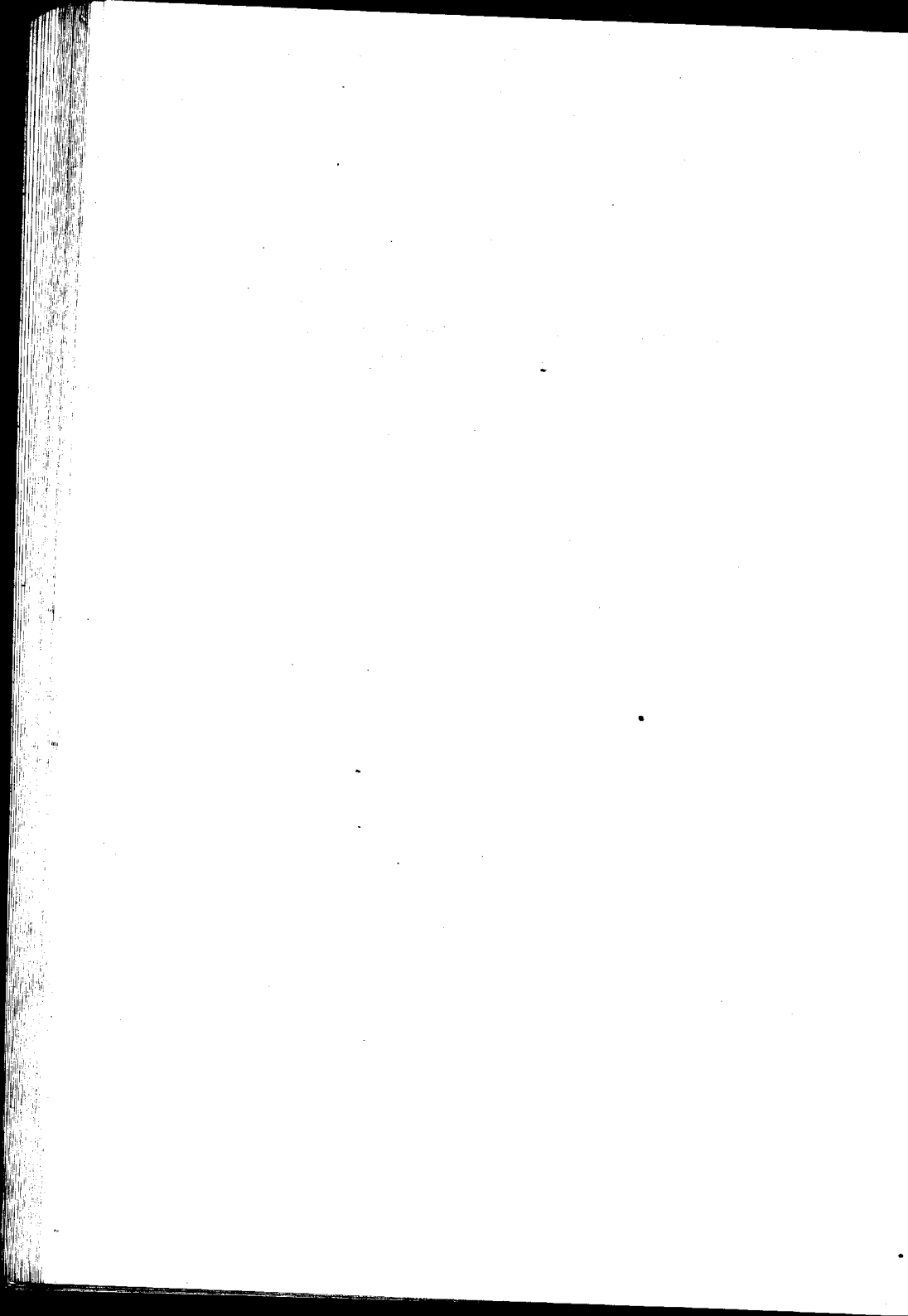
La locura puerperal con su iniciación insidiosa o brusca sus evoluciones o estados delirantes variados semejantes a las psicosis por intoxicaciones exógenas o enfermedades febriles, no constituyen una entidad mórbida definida, más si se agrega a esto la importancia relativa y dudosa de los agentes etiológicos y en particular los determinantes.

La predisposición neuropática, congénita o adquirida por una nutrición mezquina o accidentes cerebrales y meníngeos sufridos en los primeros años, es el factor inseparable de las locuras puerperales, llegándose aseverar que sin él no hay psicosis. Los centros nerviosos por la menor resistencia con que los sella la degeneración hereditaria o antecedentes neuropáticos, son los que flaquean y se pronuncian primero ante la invasión de causas extrañas que tienden a lesionar uno u otro sistema orgánico.

La patogenia de esta enfermedad es muy difícil de explicar; la teoría refleja que supone sensacio-

nes transmitidas al cerebro que llegan transformadas y exaltan o deprimen las funciones cerebrales, tiene pocos partidarios ; las auto-intoxicaciones y las infecciones, dominan hoy el cuadro etiológico ocasional, pretendiendo que los tóxicos o toxinas alteran el protoplasma de las células cerebrales y por lo tanto sus funciones.

El embarazo no tiene una influencia directa sobre los desórdenes cerebrales producidos durante el estado puerperal, pero hay que convenir, que en la gestación la hiper-excitabilidad nerviosa de la mujer embarazada y los trastornos mecánicos o fisiológicos de las vísceras, colocan a la predispuesta neuropática en un peligro constante.



FORMAS CLÍNICAS

Los síntomas de la locura puerperal no tienen ninguna característica que los diferencie de otros estados de alienación, ni rasgos comunes que los permita encuadrar en una descripción concluyente, sin embargo, cuando los desórdenes mentales llegan a tener carácter de locuras confirmadas, revisten con frecuencia formas clínicas muy semejantes a la manía, melancolía o confusión mental.

Ballet considera el estado puerperal como estado preparatorio para que despierten por la influencia de los auto-intoxicaciones, psicosis que permanecían latentes, de ahí, que él las estudie bajo el nombre amplio de Psicosis Puerperales, para englobar todas las formas clínicas que se presentan.

Todas las formas de manía y melancolía se pueden manifestar en el período puerperal. Hay psi-

cosis puerperales dice Toulouse, que comienzan con una exaltación de facultades mentales, una manía franca, que alterna en su evolución con estados melancólicos y estuporosos en una misma enferma.

Algunos creen encontrar en las manía y melancolías ligadas al estado puerperal, caracteres que las diferencian de la manía o melancolía común; Ball dice que es un hecho remarcable la tendencia a la obscenidad y el erotismo que acompaña al delirio puerperal. Foville no acepta la importancia que se les da a esas manifestaciones y Marcé considera la manía puerperal como una manía común, que se desarrolla en esas circunstancias especiales de la mujer y niega el valor y la frecuencia que las manifestaciones eróticas puedan tener en estos estados mórbidos.

Sophie Guinsbourg opina en su tesis, que las causas ocasionales y predisponentes influyen en la forma clínica de la psicosis; las infecciones dice, traen la confusión mental, mientras que la manía y melancolía se producen en los que poseen una herencia neuropática confirmada, sea cual fuere la causa determinante. Otros atribuyen a condiciones naturales del individuo el desarrollo de una u otra.

forma clínica, la manía para los expansivos y excitables, la melancolía para los tímidos, reservados y escrupulosos.

Marcé ha observado más manías en las primizas y De Gorsky dice que las melancolías son más frecuentes que las manías entre los desórdenes mentales sobrevenidos en el estado puerperal.

* * *

Los estados de exaltación y depresión mental constituyen las formas de enfermedad llamadas manía y melancolía.

La melancolía caracterizada por una concentración del espíritu sobre un sentimiento triste, sobre la existencia mórbida de una emoción penosa que domina al paciente y le suprime sus reacciones volitivas; y la manía que se particulariza por una exteriorización espontánea, incesante y desordenada de las actividades psíquicas que se propaga a los movimientos.

A la melancolía bien manifiesta precede un período prodrómico que es infaltable en las mujeres embarazadas y se traduce por trastornos gastro-in-

testinales y un malestar orgánico general, asociado a ideas obcecantes, fobias, desagrado por todo lo que le rodea aún por las cosas que antes armonizaban con su espíritu y preocupaciones intensas por causas pueriles, que sus facultades intelectuales debilitadas, no aciertan a resolverlas y engendran como única solución ideas de eliminación : el suicidio.

La emoción penosa y depresiva de los melancólicos consiste en un sentimiento vago de ansiedad, de abatimiento y de tristeza que se disocia en ideas concretas y delirantes de dolor físico, de ruina, humildad, e impotencia que reflejan un malestar moral intenso, trastornos psíquico esencial de la melancolía. Otras veces ideas de culpabilidad y de persecución suscitan estados de agitación que responden a momentos impulsivos llamados raptus melancólicos que pueden llegar al suicidio u homicidio.

Todas estas fantasías e ideas falsas que crean esas cabezas enfermas, originan razonamientos que implican un trabajo intelectual continuo y exagerado, hasta que por fatiga o agotamiento cerebral aparecen épocas de inhibición psíquica que conducen al estupor, donde todo se concentra a su dolor

moral extremo, secundado por un mutismo y negativismo absoluto

Las reacciones morales hacia todo lo exterior son debilitadas o aumentadas y estas dos formas coinciden o alternan en una misma enferma unas veces permaneciendo apáticas, indiferentes ante lo más querido, y otras la afectividad se exalta y viven llenas de temores y aprehensiones por la vida de sus parientes y amigos.

Las alucinaciones acompañan casi siempre a la melancolía. La voluntad está adormecida; la inteligencia funciona con pereza; la sensibilidad abolida y el sueño perturbado.

*
* *

La excitación maníaca es constantemente precedida por síntomas de otra enfermedad mental constituyendo un período de incubación que se manifiesta por fatiga, sufrimiento vago, malestar general, perturbaciones orgánicas y nerviosas, tales como anorexia, bulimia, constipación, palpitaciones, supresión de reglas, eretismo genital, o cefalalgias, insomnios, sueños agitados, neuralgias, a veces verdaderas de-

presiones melancólicas y cambios en sus sentimientos; hábitos y tendencias, especialmente dipsómanas, que contribuyen a definir ese estado oscilante del espíritu llevándolo a la agitación.

Este estado es de corta duración y el paciente pasa después por una aparente normalidad, en que el sentimiento de malestar y de enfermedad han desaparecido; la euforia se manifiesta y con ella aparece una movilidad extrema del carácter, todas fases de excitación que alternan con los estados normales hasta que los trastornos psíquicos se hacen persistentes y continuados.

«La manía dice Ball se caracteriza por un hablar incesante, incoherente, mezclado con injuras y concepciones delirantes donde se ven trazos de persecución o ambiciones, pero son tan fugaces y banales que no merecen denominación especial».

El carácter, los instintos y pasiones están a merced de la excitación general que también exalta las facultades intelectuales; las ideas pasan rápidamente sin fijarse en el espíritu y toda esa hiperproducción de actividades psíquicas, sin el contralor de la voluntad, se exteriorizan en la misma forma, desordenadas, incoherentes, confusas. A estas

manifestaciones corresponden una exaltación análoga de los actos que se traduce en una necesidad perpetua al movimiento.

En estas psicosis también existen impulsiones espontáneas, bizarras, destructoras que son productos del automatismo cerebral, que sin freno que lo retenga, tiende a ejecutar todo lo que se imagina.

Las alucinaciones no son frecuentes, pero las ilusiones existen casi siempre en la manía. Un delirio de grandeza muy móvil, acompaña por lo regular estos desórdenes mentales.

Hay insomnios, la agitación sigue en la noche, la sensibilidad disminuída, la fuerza muscular aumentada y las funciones orgánicas sufren la consecuencia de estas excitaciones.

* * *

La confusión es el síndrome ocasionado por el debilitamiento de la atención, la insuficiencia de las percepciones, el retardo y desorden de la asociación de ideas voluntarias, la falta de voluntad y una conciencia adormecida.

Ideas delirantes de grandezas, persecuciones o melancólicas y alucinaciones o ilusiones agradables o penosas, se agregan comúnmente a este estado psíquico.

No hay noción de lugar ni de tiempo, sus reacciones son lentas, indecisas y sus movimientos perezosos y torpes ; sin embargo se cumplen correctamente algunos actos fáciles de ejecutar y con plena conciencia. En unas formas predomina el delirio, en otras, los trastornos psico-motores, las alucinaciones e ilusiones particularizan el estado.

SÍNTOMAS

Aunque se reconoce que la locura puerperal adquiere las formas de manía, melancolía o confusión mental, muchos alienistas para facilitar su estudio, han considerado diferentes variedades de psicosis teniendo en cuenta la época del estado puerperal en que ellas aparecen o se desenvuelven; siguiendo a Gilbert, Ballet, Castin y otros, estudiaremos como variedades de psicosis puerperal, los desórdenes psíquicos aparecidos durante el embarazo, el parto y la lactancia.

En cualquiera de estos tres períodos, la manía, la melancolía y la confusión mental pueden desarrollarse, predominando en cada uno de ellos una u otra forma clínica.

Las psicosis puerperales son más frecuentes en las parturientas, que en las épocas de embarazo y

lactancia. Esquirol decía que el peligro de perder la razón, disminuye a medida que la mujer se aleja de la época del parto. La melancolía o estados semejantes es lo que más se observa entre estas psicosis, siendo la confusión mental la más rara de las tres formas clínicas mencionadas.

Designaremos, locuras o psicosis del embarazo, del parto y de la lactancia, las perturbaciones psíquicas que aparecen en cada una de esas épocas del estado puerperal, señalando en las líneas siguientes algunos síntomas propios de esos períodos.

LOCURA DEL EMBARAZO

« Los trastornos sufridos en la época del embarazo son más benignos que en los otros períodos del estado puerperal y aunque suelen revestir formas de locuras confirmadas, es lo más común, que se manifiesten ligeras alteraciones intelectuales y morales que no tienen el carácter de alienación, pero que, según Ball tienen su influencia sobre la evolución del feto.

Son ellos, caprichos semejantes a aquellos de

la histeria, deseos, ansias y exigencias extravagantes o perversiones del gusto y del olfato, consistentes en querer alimentarse o gustar, carbón, tierra, arena y otras substancias repugnantes, o considerar agradables olores que ellas mismas en otras épocas rechazaban.

Acompañan a estas perturbaciones leves y pasajeras llamadas vulgarmente antojos, otras alteraciones que constituyen desórdenes más serios, tales como cambios en su carácter y sentimientos. Vuélvense apacibles las que no lo eran o las dóciles adquieren una impresionabilidad colérica que se resume en una irascibilidad extrema que las hace insoportables ; dicen frases deshonestas y ejecutan actos repudiables que están en desacuerdo con su cultura.

El intelecto parece adormecido y en otras una serie de ideas nuevas y una imaginación fecunda supone la exaltación del pensamiento. Otras veces se apoderan de ellas tendencias clepto-pirómanas irresistibles, que ejecutan si no se les vigila.

Guizlain ha observado locuras preexistentes al embarazo que han mejorado con la concepción y mujeres que sólo eran soportables por su carácter

en el estado puerperal, sin embargo, es lo general, que el embarazo influya desfavorablemente sobre los trastornos mentales que existen antes de la gestación.

No es extraño observar en este período, la iniciación de formas mentales definidas que desaparecen con el parto o evolucionan aún después de eliminado el producto de la concepción. Generalmente esta psicosis se inician en los tres meses últimos del embarazo.

LOCURA DEL PARTO

Ball y Regis han comprendido bajo la designación de locura del parto y locura puerperal propiamente dicha, los trastornos mentales acontecidos durante el trabajo del parto, y en el período que sigue al parto hasta la desaparición de los loquios.

Basándonos en que estas alteraciones de la mente son raras durante el parto y si existen son pasajeras o continúan evolucionando en un período más o menos largo, creemos que no cuadra la admisión del estado puerperal propiamente dicho,

porque los dos constituyen un período tan corto que se presta a confusiones, considerando más adecuada la división de Gilbert y Ballet que comprende como una variedad de psicosis y bajo el nombre de psicosis del parto, todos los desórdenes sobrevenidos en el parto y durante toda la época consecutiva hasta el retorno de la menstruación.

Todos los trastornos psíquicos producidos en este período, excluyendo la influencia que ejerce la degeneración neuropática, tienen por causa ocasional y especialmente durante el parto; el trabajo difícil y prolongado, complicaciones eclámpticas y condiciones morales, observando como perturbaciones propias de este período, verdaderos estados de agitación física, accesos de furor por el dolor que experimentan, delirios transitorios de forma maníaca o impulsiones espontáneas con tendencias al infanticidio, ocasionadas todas, por la sobre-excitación del sistema nervioso que desaparece muchas veces con la expulsión del feto.

Las infecciones tienen preponderancia ocasional en los trastornos acaecidos después del parto. Ellos revisten más gravedad que en los anteriores porque

las alteraciones son más intensas y siempre evolucionan en un tiempo largo con peligro de hacerse crónicas, y si bien algunas locuras cesan cuando cura la infección y el estado general de la paciente mejora, otras siguen evolucionando independientemente.

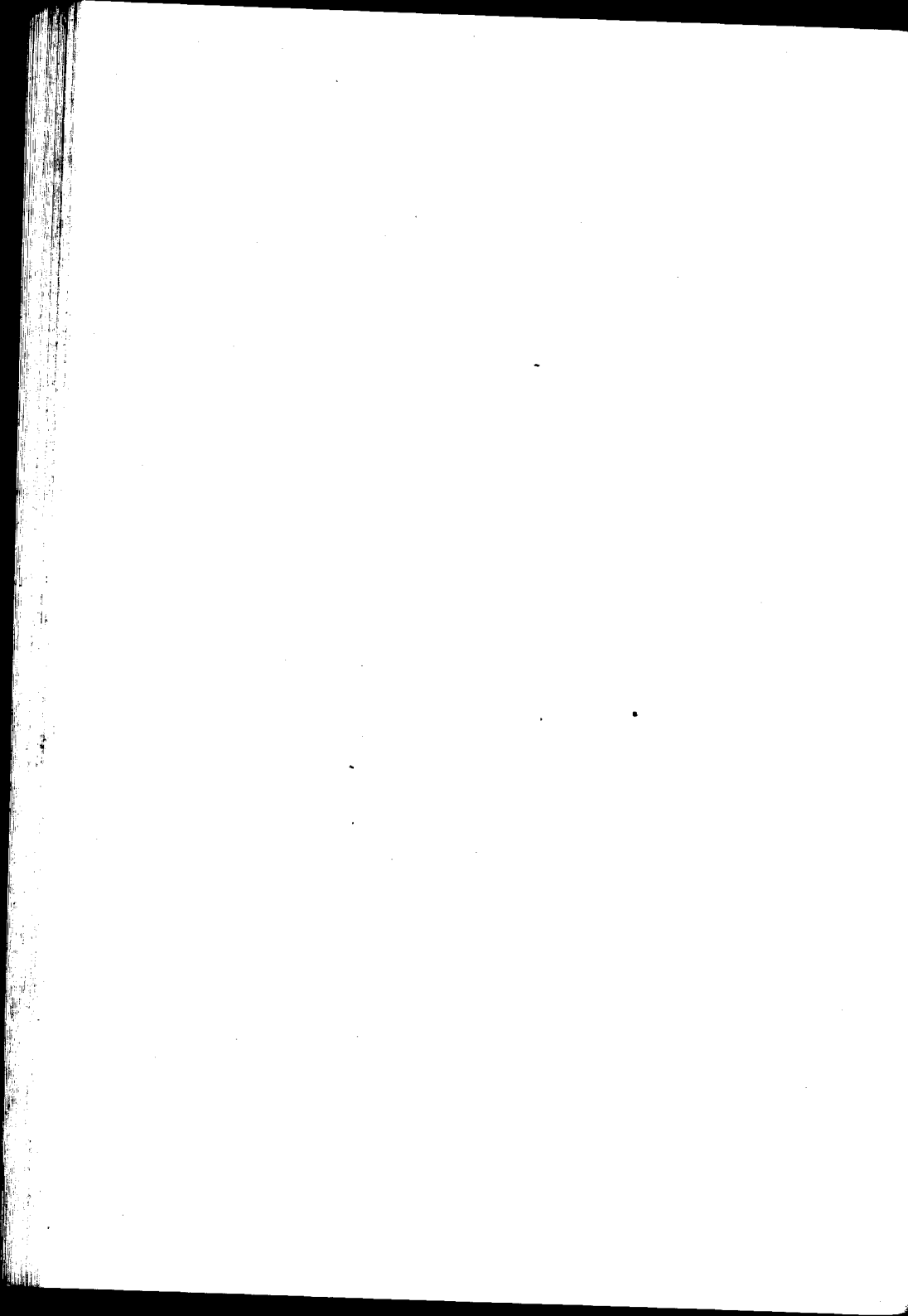
Las formas de manía y melancolía aguda se manifiestan aquí, con toda la sintomatología que caracteriza la manía y melancolía común, predominando una perversión de los sentimientos afectivos. sobre todo la aversión por sus parientes más cercanos y aún por el nacido; las manifestaciones eróticas y obscenas suelen presentarse exageradas, pero no por eso, particularizan los estados morbosos como han pretendido algunos autores.

Estas psicosis se producen en la primer semana o en el segundo septenario y excepcionalmente después del primer mes del parto. Sin embargo la aparición de las reglas puede ocasionar ligeros trastornos, desórdenes pasajeros en las ideas y a veces el comienzo de verdaderas locuras, o la causa para que se atenúen o cesen psicosis sobrevenidos desde la época del embarazo.

LOCURA DE LA LACTANCIA

El amamantamiento coloca a la mujer en un estado de anemia y de debilidad orgánica, que fuera de las condiciones etiológicas generales, puede ser la causa para que se produzcan trastornos mentales.

La depresión melancólica y la confusión mental son las formas clínicas más frecuentes en este período. Esta psicosis aparecen por lo general, en el segundo o tercer mes de la lactancia y son de pronósticos benigno aunque de evolución larga, porque la condición esencial es fortalecer ese organismo cuyo estado de agotamiento ha contribuido para que se produjera la locura.



DIAGNÓSTICO EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Ya hemos dicho que diversos estados mentales definidos pueden aparecer en el período puerperal, constituyendo psicosis semejantes a las alcohólicas, epilépticas, histéricas, paralíticas y otras. Habrá que buscar entonces si la afección es sintomática de otros estados mórbidos o fisiológicos o si son psicosis esenciales o idiopáticas.

Los conmemorativos y el examen físico del enfermo será la base para diferenciar la psicosis puerperales de otros estados parecidos y de las locuras que constituyen estados mentales autónomos y sin causa ocasional conocida.

La locura epiléptica podrá diferenciarse por el ataque convulsivo, pero cuando no hay ataques y solo existen en su lugar equivalentes epilépticos se

hace difícil reconocerla y entonces habrá que tener en cuenta las heridas, cicatrices, contusiones y las repeticiones de esos estados maniacos o melancólicos delirantes en tiempo más o menos breve.

El ataque de la histeria tan particular, y las convulsiones de los coréicos, bastarán para no confundir la locura histérica y coréica con la psicosis puerperal. La parálisis general tiene prodromos y síntomas particulares que facilitan el diagnóstico de los estados maniacos y melancólicos ligados a la locura paralítica.

El aliento, la dilatación de los vasos sub-cutáneos, los sudores profusos y el temblor de las manos en los alcohólicos, son antecedentes útiles para no confundir sus estados de excitación y depresión tan alucinados, con otros análogos aparecidos en el estado puerperal, que no tienen la intensidad ni las expresiones de terror como en la locura alcohólica.

Las depresiones melancólicas acompañadas de infección puerperal, pueden confundirse en sus comienzos con la fiebre tifoidea, pero la marcha de la temperatura y el carácter móvil del delirio en la septicemia, bastarán para elucidar el diagnóstico.

Las melancolías puerperales con delirio de persecución, religioso, etc., pueden hacer pensar en delirios sistematizados, pero la inestabilidad de sus concepciones delirantes y de las alucinaciones, la tendencia al suicidio y la inercia orgánica y psíquica, confirmarán el desequilibrio puerperal.

En cuanto al diagnóstico causal de la locura hay que buscarlo en los órganos maternos y se encontrarán, casi siempre como decía Idanof, lesiones inflamatorias o infecciosas que pueden explicar la aparición de las anormalidades mentales sobrevenidas.

Estas psicosis comienza insidiosamente y llegan a los estados de alienación bien determinados, siempre que las causas influyentes desapareciendo, sea por la expulsión del feto, la reaparición de las reglas o la curación de las infecciones, no interrumpan el desarrollo de la psicopatías que se inician. Ya se ha dicho que muchas veces la causa ocasional desaparece y la psicosis sigue evolucionando.

La evolución es tan variada como la sintomatología; depresiones y excitaciones alternan con diversas reacciones mórbidas de las actividades físicas y mentales en el curso de la enfermedad.

La manía dura menos tiempo que la melancolía cuya duración es aproximadamente de seis meses. Para cada psicosis la duración depende del tratamiento más o menos oportuno y del factor degeneración neuropática.

La curación y la cronicidad son los caminos a seguir de las psicosis puerperales; los casos de muerte son debidos a alguna enfermedad aguda, casi siempre pulmonar. En la confusión mental la curación es la regla, no así en las melancolías puerperales que son de pronósticos menos favorables y que Marcé les reconoce una tendencia a la cronicidad.

La curación se hace de una manera brusca, por oscilaciones o disminución progresiva de los desórdenes mentales; cuando las concepciones delirantes y las alucinaciones se vuelven permanentes, estables, sistematizadas, el pasaje a la cronicidad se confirma.

La recidiva de estos desequilibrios mentales, es lo general en nuevos embarazos y el pronóstico, sea cual fuere la forma clínica, reviste más seriedad que en los primeros accesos.

TRATAMIENTO

Habrá que tener en cuenta la causa ocasional en el tratamiento de la psicosis puerperal, puesto que, sobre la degeneración mental hay poco o nada que hacerle.

El tratamiento de las infecciones tiene influencia manifiesta sobre la marcha de la psicosis. Los purgantes repetidos, salinos o drásticos y la anti-sepsia gastro-intestinal están muy indicados, especialmente en el período prodrómico, para combatir los fenómenos de auto-intoxicaciones, debiendo tenerse en cuenta los inconvenientes que puede reportar este tratamiento en el período de embarazo.

El tratamiento moral acompañado de hidrotterapia tibia y clinoterapia puede ser beneficioso en el comienzo de la enfermedad y en su declinación.

En el período de enajenación franca, la hospitalización es necesaria para seguridad personal del enfermo y bajo el punto de vista moral. El aislamiento es favorable y benéfico para el enfermo mental, porque evita las emociones que puedan excitarlo.

En los estados de excitación se emplean los sedantes nerviosos; contra el insomnio los hinópticos. La hidroterapia tibia o caliente en forma de baños de inmersión durante dos, cuatro y más horas; los baños de sábanas de muchas horas y la clinoterapia prolongada tienen acción sedante.

En los estados depresivos, calmantes, hinópticos, clino-hidroterapia, purgantes, fricciones secas. La alimentación abundante sujetándose a un régimen lacto-vegetariano y en los casos de sitiofobia la alimentación por sonda.

Observaciones Clínicas

OBSERVACION I

M. M. de A., de 34 años, inglesa, casada, ingresa al Instituto Frenopático el día 20 de mayo de 1913.

No se conocen antecedentes hereditarios, sólo se sabe que el padre fué alcoholista. Ha sido siempre de carácter enérgico y decidido, de temperamento nervioso y excitable. Las primeras manifestaciones mentales morbosas coinciden con un aborto que tuvo a los diez y nueve años.

A los veintidós años tiene una hija después de un parto difícil en el cual hubo que aplicar forceps. De nuevo aparecieron trastornos cerebrales; estaba irascible, conversadora, quería separarse de su marido alegando odio hacia él; ideas raras de ambición y orgullo dominaban su espíritu, no cuidaba su niño a quien no amamantaba por falta de leche.

La excitación maníaca parece haber recidivado en este parto y después de tres meses de hospitalización egresa muy mejorada.

A los veinticuatro años tiene otra hija y seis años más tarde un varón, sin que se hayan observado trastornos mentales.

Estado actual — Hace un mes estando embarazada se le notaron síntomas de excitación nerviosa; el insomnio apareció primero pasando las noches sobresaltada; su agitación motriz hacía difícil mantenerla en cama o quieta. Llorosa a veces alternaba sus susceptibilidades con momentos de cólera. Estas manifestaciones morbosas adquirieron forma más intensa y entonces sus parientes la traen a Buenos Aires, donde a los diez días de sus primeras manifestaciones tiene un parto que se hizo de nalga.

Después del parto durmió muchas horas y despertó tranquila; por su conversación y sus actos parecía que todo había vuelto a la normalidad, existiendo solamente una pereza en sus reacciones voluntarias o provocadas. Al tercer día se nota que está conversadora, algo incoherente, soliloquia a ve-

ces y quiere levantarse ; no amamanta porque sus glándulas se reducen día a día.

A los diez días se declara una tendencia a romper sus vestidos y la ropa de cama, se enoja cuando no se le atiende sus conversaciones tan llenas de divagaciones como en detalles, no quiere que se le interrumpa con preguntas cuando habla y aborda temas en que se observa que sus ideas no son estables.

Ingresa al Instituto Frenopático excitada, presentando los mismos detalles en sus ideas y conversación.

Es una mujer alta, aunque delgada es vigorosa, tiene frente ancha, paladar ojival, sus mamas chicas, reducidas, su abdomen doloroso a la presión en el hipogastrio ; los reflejos palpedrales y faringios están abolidos ; ligero temblor fibrilar en masa de la lengua y los dedos.

Desde el comienzo de su examen se muestra muy familiar con su interlocutor, pregunta por sus hijos y manifiesta deseos de verlos. Se somete con docilidad al examen médico y tiene la mejor voluntad para proporcionar datos de sus enfermedades anteriores que recuerda con detalle. Contesta

a lo que se le pregunta con tantos detalles que se desvía a otros asuntos que sigue relatando y es necesario observarle para que vuelva a lo que se conversaba ; su atención muy móvil, cualquier ruido o persona que pasa la distrae y tiene que cerciorarse de lo que ha ocurrido o quien ha pasado para seguir su conversación.

Recuerda hechos de su infancia, accidentes de colegios, y cosas de muchos años atrás que demuestran tener su memoria conservada o exaltada. Sus ideas móviles como sus actos ; recoge cuanto encuentra en el suelo y lo guarda dándole importancia histórica o artística.

Tiene momentos de bondad para sus enfermeras y otros días amanece contradictoria, amenazante, bastando pretextos fútiles para encolerizarla. Las manifestaciones eróticas se revelan ocasionando contactos que simula casuales.

Se da cuenta de su situación y se manifiesta eufórica. La agitación motriz es débil, acentuándose en algunos días ; no duerme, se alimenta mucho, algunos días habla continuamente acompañando sus palabras con ademanes y gestos exagerados.

Junio 10 : está menos agitada, pero logorreica, muy erótica, su sueño sigue irregular ; hace gala de ser una mujer muy culta y se mide en sus modales.

Junio 30 : los hinópticos consiguen hacerla dormir bastante tranquila ; ella se siente más eurófica ; habla mal de su marido diciendo que es muy nervioso y que a veces ha querido pegarle ; se siente fastidiada por la presencia de la enfermera a quien trata con crueldad. Habla mucho y aborda temas que los deja trancos para comenzar otros.

Julio 24 : en estos días su excitación motriz y psíquica están muy atenuadas ; habla coherentemente y parece mejorada.

Agosto 6 : vuelve estar excitada como en los primeros días ; duerme poco y se alimenta menos que antes.

Septiembre 10 : está algo más tranquila, su sueño se ha regularizado, conversa discretamente, su agitación motriz no ha disminuído mucho, notándose que tiene tendencia al movimiento, a hacer algo ; toca el piano, camina de un lado a otro, quiere ayudarle a las enfermeras en sus quehaceres.

Octubre 16 : en todo este tiempo se observa que su excitación psíquica y motriz se han atenuado ; está más coherente, conversa lo necesario, muy dócil acata todas las órdenes y manifiesta estar mejor y deseos de salir.

Noviembre 25 : la evolución ha sido lenta, pero día a día se ha notado su mejoría después de su último acceso de excitación ; está razonadora, consciente de lo que habla y hace.

Egresada francamente mejorada el día 8 de diciembre de 1913.

Diagnóstico -- Excitación maníaca puerperal.

Tratamiento — Sedantes, hipnóticos, clino e hidroterapia.

OBSERVACION II

M. P. de A., de 27 años, casada, italiana, ingresa al Instituto Frenopático el día 14 de abril de 1913.

No se conocen antecedentes hereditarios. Ella ha sido una mujer inteligente, activa, de carácter apacible y contemporizador; sufre por primera vez trastornos mentales.

Hace trece meses y medio ha tenido su primer hijo, después de un parto feliz, habiendo sufrido mucho orgánicamente durante el embarazo por vómitos frecuentes que la postraban y que junto al régimen lácteo que se le había prescrito por albuminuria hacían deficiente su alimentación.

Siendo madre se ha vuelto muy temerosa, susceptible, retraída, concretándose al cuidado de su

hijo a quien ha amamantado hasta estos últimos días.

Ingres a al Establecimiento porque su familia le nota síntomas de perturbación mental ; ideas raras, tristezas intensas, pérdida del apetito y del sueño.

Presenta un aspecto enfermizo por su palidez. Ingres a desorientada, temerosa y desconfiada de todo, observa una actitud de tristeza y ansiedad ; no es posible conseguir que hable y en los primeros días duerme poco y no quiere alimentarse.

Su pulso pequeño y frecuente, la respiración acelerada, su lengua saburral, sus pupilas grandes y perezosas en sus reacciones, el reflejo palpedral abolido, el faríngeo disminuído ; sus conjuntivas y mucosas pálidas, revelan anemia, sus mamas segregan leche. Se resiste al examen médico por razones de pudor.

Después de quince días se muestra más lúcida, es posible conseguir que conteste a las preguntas aunque con retardo, no sabe donde está, ni quienes son los que le rodeas, ni cuanto tiempo hace que ingresó ; no está segura de lo que dice y teme equivocarse. No se quiere alimentar y es necesario hacerlo por sonda ante la sitiofobia persistente.

Al mes de su ingreso está mejor ; conoce a todos se da cuenta que está en un Sanatorio, que está enferma, conversa a preguntas con quienes le rodean y les ruega que le expliquen su situación ; la memoria le falla a cada momento, incurriendo en nuevas preguntas que ya han sido contestadas ; cuando se le habla mucho no comprende y pregunta si se le ha observado algo o qué ha querido decir su interlocutor. Duerme mejor, está muy dócil obedeciendo todo lo que se le ordena y se alimenta sola y abundantemente.

Después de un mes se nota una franca mejoría, reconoce haber estado mal de la cabeza, recuerda todo lo que ha pasado y desea salir. Vé con frecuencia a los suyos a quienes los recibe con alegría. La seguridad en sus hechos y palabras se ha confirmado ; no existe retardo en sus contestaciones y en su memoria no se notan fallas.

Egresada del Establecimiento en este estado de mejoría por deseos de su familia.

Diagnóstico -- Confusión mental puerperal.

Tratamiento — Hipnóticos, clino e hidroterapia.

OBSERVACION III

C. Y. de L., de 27 años, casada, nacionalidad argentina, ingresa al Instituto Frenopático el día 3 de febrero de 1914.

La madre ha sido muy nerviosa e irascible, fué suicida. Un hermano padeció de epilepsia. Ha sufrido en la infancia de sarampión y escarlatina, después no ha tenido otra enfermedad hasta la actual; ha sido una persona triste, retraída, susceptible, impresionable, irresoluta y pesimista.

Las menstruaciones han influido casi siempre de manera desfavorables sobre su psiquis y su organismo, acentuándose las cualidades de su carácter expresada más arriba y debiendo guardar cama en cada período menstrual porque la postraba.

Estado actual — Hace quince días ha dado a luz un varón después de un parto por atonía uterina en que hubo que aplicar forceps; ha sufrido desgarraduras de la mucosa vaginal y del periné. Al día siguiente ha tenido unas décimas de temperatura y al tercer día 38°; este movimiento febril desapareció a los cinco días del parto.

Después del parto ha tenido accesos de verdadera depresión psíquica, ha llorado mucho sin saber explicar la causa de su llanto, hablaba poco, no pedía nada de lo que le hiciera falta, siendo necesario ofrecerle todo, estaba indiferente a todo lo que le rodeaba. Se ha afligido mucho por el recién nacido temiendo que se enfermara, aunque el niño estaba bien.

Ha sufrido cefaleas y pérdida del apetito; su sueño era irregular.

Es una mujer de talla mediana, delgada, demuestra más edad de la que tiene; observa una actitud triste, con la cabeza baja, llorosa, asustada, hace sus movimientos lentamente. Cuando alguien se le acerca no cambia su actitud, permanece con el mentón en el pecho y las manos entrecruzadas.

pero responde a las preguntas después de interrogarla varias veces.

Su estado mental es más o menos el mismo que antes de entrar; su aflicción por el niño se hace obcecante, manifiesta que prefiere morir antes que su niño se enferme por falta de cuidado, otras veces dice que el niño está grave o muerto y que se le oculta.

Sus contestaciones son en monosílabos y en voz baja; su dolor moral lo expresa llevándose las manos al pecho y llorando. No duerme sino con hinópticos, no quiere alimentarse.

Febrero 22: aunque contesta mejor y está más dócil, su estado no ha cambiado.

Marzo 10: las ideas de afección persisten aún, se le ha tenido que alimentar por sonda y no concilia el sueño sin medicamento.

Abril 1º: se nota una ligera reacción de mejoría, se alimenta mucho, duerme a veces sin hinópticos, no se resiste ir al baño y habla más.

Mayo 10: se le ha visto por los jardines caminando muy pensativa, pero su atención conservada, sus modales correctos, su palabra más fácil indican que una mejoría se inicia.

Junio 15: está tranquila, se ocupa en tejer; su semblante ha cambiado, responde bien a las preguntas y se muestra más lúcida, razonadora y consciente. Reconoce haber estado enferma y sentirse bien actualmente después de un mes más de hospitalizada egresa mejorada.

Diagnóstico -- Melancolía puerperal.

Tratamiento — Aislamiento, hipnóticos, clino e hidroterapia.



Buenos Aires, Octubre 10 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Domingo Cabred, al profesor suplente en ejercicio doctor Arturo Enríquez y al profesor suplente doctor Juan C. Risso Domínguez, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Octubre 22 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 2886 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.

30743

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Pronóstico de la locura puerperal.

D. Cabred.

II

Psicosis puerperal tardía, apirética.

A. R. Enríquez.

III

¿Modifica el embarazo la predisposición neuropática ?

J. C. Risso Domínguez.

