3027.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

J. HÉCTOR JARA

EX-FARMACÉUTICO MAYOR POR CONCURSO DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES Y CASA DE AISLAMIENTO — EX-PRACTICANTE MAYOR POR CONCURSO DEL HOSPITAL RIVADAVIA (1894-1898).

LAS PSICÓSIS

BREVES APUNTES SOBRE SU EVOLUCIÓN

(TÉSIS INAUGURAL)

Buenos Aires

TIPO-LIT. A. PRINA Y CIA. PIEDAD 1886

1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

J. HÉCTOR JARA

EX-FARMACÉUTICO MAYOR POR CONCURSO DEL HOSPICIO DE LAS MERCEDES Y CASA DE AISLAMIENTO — EX-PRACTICANTE MAYOR POR CONCURSO DEL HOSPITAL RIVADAVIA (1894-1898).

LAS PSICÓSIS

BREVES APUNTES SOBRE SU EVOLUCIÓN

(TÉSIS INAUGURAL)

Buenos Aires

TIPO-LIT. A. PRIÑA Y CIA. PIEDAD 1886

1898

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

Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Décano

Doctor D Enrique E. del Arca

Vice - Décano

Doctor D. Pedro Mallo

Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arcá
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Canton

Académicos Honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro - Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan José Naon.
Anatomia topográfica.	»	Juvencio Z. Arce.
Histologia teórica práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general humana.	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada.	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clinicos.	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa.	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna.	»	José Penna.
Anatomia patológica.	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su Clínica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Cliníca . .	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica .	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clínica. .	»	Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Casfro
Clínica Médica	»	Gregorio N. Chaves. Luis Güemes. Abel Ayerza Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Enfermidades genito urinarias.	»	Federico Texo
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Fisica médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoologia médica.	»	Eliseo Canton.
Toxicologia.	»	Juan B. Señorans.
Erfermedades venéreas y dermatología.	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia. . . .	»	Eduardo Obejero. Martin Spuch
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica.	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras. . . .	»	Juan R. Fernandez.
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda
Dentisteria Operatoria	»	D. Leon Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomia topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histologia teorico-práctica	»	Samuel De Madrid
Fisiologia general y humana.	»	Pedro C. Coronado
Higiene pública y privada . . . , ...	Dres.	Enrique Revilla Ricardo Schatz
Patalogia general y ejercicios clinicos .	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica.	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patologia externa.	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patologia interna. . . . . ,	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomia patológica	»	Cárlos Malbran y J. Badía
Medicina operatoria.	»	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y su Clinica.	Doctor	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su Clinica. .	Dres.	Antonio P. Piñero Facundo Larguia
Enfermedades de los ojos y su Clinica	«	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clinica	»	J. A Estevez y J. Semprún
Enfermedades mentales y su Clínica . .	»	Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo Diógenes Decoud
Clínica médica.	»	Julio Mendez Ignacio Allende
Física médica	Doctor	Juan J. Galleano
Obstetricia y su Clínica respectiva . . .	»	L. F. Viale y F. Velarde
Medicina legal.	»	F. de Veyra y D. Cavia
Química aplicada á la Medicina.	»	Vacante
Farmacía práctica	»	Vacante
Laringología otología, rinología	»	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras. . .	»	Enrique Pietranera
Odontología.	»	Leon Pereyra
Toxicología.	»	Alba Carreras

PADRINO DE TÉSIS

Académico

Doctor Juan R. Fernandez

A LA MEMORIA

DE MIS

padres y de mi tia Regalada

Al Señor José L. Cáceres

HOMENAJE DE GRATITUD

Al Dr. Domingo Cabred

Señores Académicos.

Señores Profesores:

Someto á vuestra consideracion la última prueba de la Facultad nos exige como coronacion de los estudios médicos, la que versa sobre generalidades que las enfermedades mentales consideradas bajo el punto de vista de su evolucion.

Contiene ademas algunas fototipias que tienen tan solo el mérito y el interés de presentar á la vista el hábito exterior de algunos enfermos.

Antes de abordar el punto, á la medida de mis modestas fuerzas, permitaseme cumplir con el grato deber de manifestar mi inmensa gratitud hacia el académico titular D^{r}. Juan R. Fernandez por el alto honor que me dispensa al acompañarme en este acto, y hacia el Director del Hospicio de las Mercedes (de donde he sido interno durante más de tres años) y Profesor de Psiquiatría D^{r} Domingo Cabred por la distincion y el aprecio con que siempre me ha tratado y por haberme facilitado los elementos necesarios para la confección de esta tésis.

I

Idea general sobre la evolución de las psicopatías

Los padecimientos mentales ofrecen en su conjunto una sucesión de fenómenos mórbidos, dinámicos y materiales, que agrupados en fases especiales caracterizan los distintos períodos de su evolución y de su marcha. Estos períodos se desarrollan y se cumplen conforme á los principios que establecidos por la observación clínica, son semejantes á los que rigen las enfermemedades comunes y están sugetos á las mismas modificaciones impresas por los múltiples factores eticlógicos, con la fundamental difereucia de que las diversas modalidades clínicas toman el sello y el rácter peculiares de la patología especial

El conocimiento de la evolución y de la marcha de las psicósis es de una importancia incontestable, desde que sabiendo, como se presentan y el giro que tomaran en su curso se está en posesión de un elemento valioso para sentar un buen diagnóstico y de consiguiente un pronóstico acertado.

Antes de entrar al estudio de los grupos que

comprende este modesto trabajo, pasaré en rápida ojeada los caracteres de los períodos que afectan una sucesión regular.

La alienación por lo general no se declara bruscamente, sino que se anuncia por una série de cambios en las funciones morales, intelectuales y orgánicas, que reunidos constituyen el período *prodrómico* cuyo estudio tiene verdadero interés por las particularidades y los aspectos que presenta. Efectivamente, una de las fases de esta cuestión, es saber cuando y en que momento un sujeto determinado empieza á privarse de su sano juicio: árdua es la tarea de determinarlo sobre todo al principio, cuando la razón tiene aun bastante imperio para que los desórdenes ementales de las facultades psíquicas se traduzcan á los ojos del observador por un indicio mórbido Esperiméntase realmente sérias dificultades al apreciar los pequeños cambios de la personalidad fisiológica, que á título de simples excentricidades, modalidades de carácter ó rarezas, se pretenda asignarles un valor patológico cuando ellos corresponden tan solo á variaciones del tipo normal. Es que en las fronteras de la razón y la locura existen tintes de gradaciones ínsensibles que hacen imposible establecer un criterio fijo que señale la línea de transición entre la salud y la enfermedad. Morcelli dice refiriéndose á estos casos, que la razón y la locura son dos circunferencias que tienen puntos de contacto, y Maudsley admite la existencia de una zona neutra

al espresarse así: « Es, pues, muy importante re-
« conocer que existe entre la sanidad y la insania
« una especie de terreno neutro, de zona media-
« nera; es más importante todavía no limitarse á
« una constatación puramente teórica, sino estudiar
« cuidadosamente los casos equívocos de que esta
« zona está poblada. La consecuencia de seme-
« jante estudio, para nuestras juicios; aunque pa-
« rezca confundir distinciones bien establecidas y
« hacer incierto lo que antes parecía cierto, no deja
« de ser en deflnitiva de las más ventajosas. La
« experiencia diaria nos enseña que muchas perso-
« nas, sin ser locas, presentan particularidades de
« pensamiento, de sentimiento ó de carácter que
« las diferencian de las demás y las convierten en
« objeto de observación. Sucede que estas perso-
« nas llegan ó no llegan á ser alienadas, pero des-
« cienden de familias en que existe sea la locura,
« sea otra afección nerviosa; ellos tienen su tem-
« peramento nervioso particular,— una cierta neuro-
« sis y algunos un temperamento mas particular-
« mente loco—una neurosis vesánica »

De modo que ciertos estados de fluctuación del espíritu, la irritabilidad del humor, etc., admiten múltiples interpretaciones que unas veces tienen significación mínima y otras adquieren gran importancia segun que se trate de sugetos hereditarios ó de constitución neuropática.

Una vez producida la impresión morbífica, aun cuando la reacción no sea inmediata, es indudable,

que la elaboración de los pródromos dependerá del terreno en que actúe, los que dados los caracteres de su intensidad constituirán los signos precursores más ó menos próximos de la enfermedad. En la gran magoría de los casos sobrevienen notables mutaciones en las disposieiones naturales del espíritu, en la voluntad cuya dirección no es la misma, en el modo de sentir, en la manera de raciocinar, en la conducta y hasta en la espresión del físico; en otros términos: las manifestaciones de la actividad general en la esfera psíquica y en la esfera somática, contrastan con las de la vida ordinaria. Asi, un sujeto sóbrio y de costumbres bien arregladas, se torna irregular; sus deseos y sus afectos se trasforman; sus determínaciones volitivas se conducen á un cierto grado de abandono de su persona; se crée vagamente acometido de una enfermedad que no sabe precisar; busca el aislamiento y se pone triste; padece de insomnio, su memoria flaquea á veces, el poder de su atención disminuye. Del lado de las funciones orgánicas, las perturbaciones dígestivas, circulatorias y sensoriales contribuyen á integrar el cuadro de los síntoprodrómicos.

Por otra parte, hay formas de locura como son la parálisis general progresiva y los delirios sistematizados en las cuales este período reviste caracteres bien netos, claramente acentuados, que por su importancia ha sido llamado por L. du Saulle período médico-legal en la primera y por Régis

período de análisis subjetivo en la segunda. Es sabido que en la época en que aparecen los primeros indicios de la parálisis se pueden observar en el órden psíquico, ora un estado de tristes preocupaciones ó hipocondriaco, ora un estado de satisfacción no acostumbrado; unas veces domina la exaltación intelectual que se traduce bajo la forma de aventuradas empresas y proyectos atrevidos; otras en fin, los excesos genésticos y alcohólicos que impulsan al sugeto á cometer actos inconsecuentes é indecorosos, trastornos todos que dejan traslucir las primeras etapas porque pasa un cerebro que empieza á decaer. En el órden somático, los vértigos y los aturdimientos pasageros, la afasia transitoria, los ligeros accesos convulsivos, epileptiformes, apoplectiformes ocupan un lugar importante; las paresias, las parálisis incompletas y fugaces, las neuralgías de los nervios cerebrales, la jaqueca oftálmica con escotoma centelleante, la inapetencia ó el apetito desordenado, el insomnio ó la somnolencia, son otros tantos elementos muy dignos de notarse.

En los sistematizados progresivos, antes de que el delirro esté conttituido, las falsas interprataciones aparecen con las mas variadas modalidades: el enfermo busca, investiga. analiza los sucesos acaecidos no solo en el presente sino tambien en el pasado de su vida, y los interpreta erróneamente en contra de su persona. Funestos y sombrios pensamientos le preocupan, porque en todas partes vé malicia y animadversión; abriga la enfermiza con-

viccion de que adonde quiera se encuentre, en la calle, en su proprio hogar la gente se ocupa de él para hacer objeto de crítica ó de mofa. La desconfianza inmotivata se destaca formando la carateristica de casi todos sus actos.

La duracion del periodo prodrómico oscila en términos muy variables: es de pocas horas, pocos dias en la demencia aguda, en el delirio agudo; de semanas ó mas en la mania, melancolia; de meses á años en la parálisis general y en los delirios paraliciales.

Todos estos principios naórbidos, unos persistentes y otros transitorios, siguen en su marcha progresivamente creciente, tomando cada vez mas cuerpo y mas vigor, y, lo que antes parecia vago y confuso, lo que antes se tomaban por simples rarezas ó modalidades de la persona, pasan ahora á la categoria de los *hechos reales:* el periodo inicia está constituido, surgen los síntomos positivos de la locura. Sobre el modo de iniciarse los sintomas, se tiene aquirido en psiquiatria que las psicosis qne deben adoptar un tipo de evolucion crónica tienen una manera de empezar lenta, é incidiosa; mientras que en las de tipo agudo los fenomenos premonitores pueden faltar, iniciandose entón ces brúscamente con todo el aparato sintomatico propio á cada forma clinica: asi suelen empezar á veces la manía y la lipemanía. Ademas el periodo inicial no tiene duracion ni limites fijos, y de un momento para otro se estabelece el periodo de *es-*

tadio, el mas largo de todos, y que acusa con la nitidez de los sintomos llevados al mas alto gradó de su expresion, las profundas perturbaciones tanto funcionales como orgánicas. La actividad general está exaltada ó deprimida en grado vario; los trastornos del órden intelectual se manifiestan por las eoncepciones delirantes, las alucinaciones y las ilusiones; los del órden pasional se hallan representados por el egoismo, la generosidad, el temor, el arrojo, la humildad, la venganza etc. que constítuyen un verdadero delirio moral; en el orden motor están en el delirio de los instintos y de los actos que pueden ser reflejos ó impulsivos. De entre las funciones nerviosas, la sensibilidad el sueño, la motilidad; y de entre las funciones vegetativas la circulacion, la nutricion, la tumperatura, etc. ofrecen marcadas alteraciones.

La marcha de la locura a partir de este momento puede ser ya continua, como en las formas agudas (por lo comun curables), ya periódicas ó progresivas como en las crónicas, (generalmente incurables). La periodicidad propia de ciertas vesanias, consiste en la repetición de los accesos diversamente combinados y que segun la modalidad toman los nombres de alterna, intermitente, remitente, á doble forma.

Observanse tambien en el curso de estas enfermedades nuevos é importantes factores, á saber:

El *intérvale lúcido* que es una desaparicion momentanea de los sìntomos en el curso de un ac-

ceso, lo que no significa su escision ni su división en dos entidades distintas, sino simpiemente una continuacion del mismo, temporariamente suspendida. Es frecuentemente observado en los estados de manía, que al principio son de muy poca duracion, haciéndose cada vez mas largos y mas frecuentes hasta el retorno completo de la razon.

La *intermitencia* consiste en la separacion completa de dos o mas accesos por un período de tiempo, durante el cual el sujeto se halla en ejercicio pleno de sus facultades mentales. Tal es el modo de presentarse la mania y la lipemania intermitentes, así como la locura de doble forma.

La *remision* no es otra cosa que una calma, un apaciguamiento de los sintómas, una euforia si se quiere, que se observa en casi todas las formas de alienacion, pues, es raro que los accesos se desarrollen de una manera igual y continua, encontrandose por el contrario en un mismo enfermo, de un día para otro variaciones de intensidad fácilmente perceplibles. En la paralisis general y en los delirios parciales adquieren las remisiones una importancia capital.

La *exacerbacion* tambien se puede señalar y que ordinariamente coincide con las variaciones del tiempo, con la época catamenial, con una fuerte emocion, como ser la vista de un amigo ó de un pariente. Otras veces es provocada por una contradiccion, por una simple oposición á sus tendencias anormales: basta contrariar á un megalómano, re-

batiendole sus tcnaces y erróneas concepciones para verle transformado en un excitado ó en un maniaco, porque se han despertado sus alucinaciones y se ha aguzado su delirio.

Respecto á la duracion de la locura se conocen variaciones estremas; el delirio agudo y los delirios transitorios, en los cuales los síntomos se suceden con gran rapidez, duran solo unas horas ó pocos dias, y en general las formas agudas duran unas cuantas semanas, algunos meses, mientras que las crónicas tienen una duracion de muchos años y que pueden alcanzar los límites de la vida humana. Existen todavia en en Hospicio de las Mercedes varios alienados pertenecientes al antiguo asilo de San Buena Ventura (1863-1876), entre ellos un viejo megalómano caido en la demencia y que á pesar de sus treinta años de iuternado su robusta constitucion orgánica no ha sufrido gran cosa.

Cuatro son los modos como *terminan* de ordinario las psicosis: la curación, el pasage al estado crónico, la demencia y la muerte. La curación más frecuente en las agudas que en las crónicas, se debe en gran parte á la dirección del tratamiento oportuna y convenientemente instituído, sin cuyo recurso el desventurado loco abandonado á los solos esfuerzos de la naturaleza, sufriría en consecuencia las visicitudes del medio, que agravarían su estado y prolongarían su enfermedad. Los asilos para que están destinados demuestran con sus elocuentes estadísticas la influencia irrefutable de la

terapéutica. En tales condiciones, cuando lacuración ha de efectuarse, particularmente en las locuras funcionales, las manifestaciones mórbidas que han tomado considerable incremento en el período de estadio, siguen ahora una marcha progresivamente decreciente hasta llegar al ciclo de su evolución. Entonces se ven aparecer las remisiones y los períodos lùcidos más marcados y mas largos; se regulariza el sueño; reaparece la menstruación en la mujer; en la facies y en la actitud del cuerpo se van borrando la mímica y los movimientos provocados por los estímulos que les dieron origen; vuelven los sentimientos afectivos; se restablece la actividad físicomotora y el enfermo al entrar en franca convalecencia se dá cuenta exacta de su pasado patológico, conservando el recuerdo de todos aquellos sucesos de que era teatro su mente enferma.

Puede también producirse la curación después de haberse efectuado una série de oscilaciones que avanzan por grados, ó bien esta oscilación es única y con ella termina la enfermedad. Casos son éstos en que sería menester seguir la observaeión del enfermo por el temor de habérselas con una forma intermitente.

Citaré aunque más no sea de paso, los *fenómenos criticos* que eran según la doctrina de Esquirol de gran valor pronóstico para la estabilidad de la curación, fenómenos que se traducirían por abundantes sudores, por el retorno de la menstruación, por la aparición de una enteritis, por el desarrollo

de erupciones cutaneas, etc. Hoy ya carece de la importancia que se le atribuía, por qué lejos de significar siempre un buen augurio, son por el contrario de los que se encuentran con frecuencia en los casos de reagravación

Otro de los modos de terminación es el pasage á la *cronicidad*. El momento mismo en que se hace la transición es dificil de apreciar, notándose no obstante que unas veces es rápida y otros veces progresiva, lo que se reconoce no solo por el tiempo transcurrido sinó por que las concepciones deliran-tes y demás síntomas psíquicos, en lugar de modificarse en el sentido y en la forma que son propias á la curación, persisten atenuados y uniformes en su caracter de exitación ó de depresión, viéndose al mismo tiempo que el alienado entra á gozar de una salud física floreciente, pues sus fuerzas han aumentado, y sus digestiones y estado de nutrición no dejan nada que desear. Es de notarse tambien en los crónicos la coloración terrosa ó bronceada de la piel (como si hubiera sufrido una larga insolación) que á su vez se cubre de una secreción sebacea bastante abundante dando á la fisonomía nn aspecto especial. En este estado permanece durante largos años hasta que llega un momento en que sus facultades se debilitan poco á poco ó con rapidez, principalmente la memoria y la voluntad cuyo derrumbe es la característica de la demencia El demente es un ser apático y negligente sin expontaneidad intelectual, á penas si conserva restos

de su antiguo delirio y el recuerdo de los hechos más adherentes; de aquí que ellos puedan dedicarse todavía á su oficio primitivo ú otra ocupación sencilla, con más ó menos deficiencia. En un plazo no muy breve, cuando ha recorrido las últimas etapas, el demente, ha perdido la conciencia de si mismo y de todo lo que le rodea, porque ha perdido también las funciones más nobles y más elevadas del cerebro, cuyos centros y cuyos elemento han recibido el golpe rudo y fatal de la degeneración y de la atrofía. Reducido así á esta espresión es comparable á un sér de existencia puramente vegetativa que se gasta y se marchita para terminar en la caquexia ó caer víctima de una enfermedad inter currente.

La *mortalidad* en los alienados tiene proporciones más consideracles que en el hombre sano, por que la causa de la muerte no obedece tan solo á los progresos de la enfermedad mental sinó también á las múltiples influencias morbosas á que está sugeta dadas las condiciones peculiares á cada forma de locura. La clínica médica en ellos, es de suyo interesante y oscura, alguien la ha comparado á la medicina de los niños y de los ancianos, pero las dificultades con que tropieza el alienista son mayores, en ocaciones insuperables. Cuantas veces pasan desapercibidas lesiones que eran ya muy avanzadas, sin que hayan acusado la menor molestia ni el menor dolor y que solo el examen atento y el conocimiento anterior del modo de ser habitual del

enfermo durante su permanancia en el Asilo llegan á descubrirlas. El melancólico, el maniaco, el demente y el paralítico ofrecen á este respecto ejemplos notables de enfermedades incidentales, que ó bien terminan con ellos, ó bien los deja en un estado de predisposición constante á adquirir nuevas y graves complicaciones.

La muerte puede también ser debida al suicidio; los alienados que conspiran más frecuentemente contra su vida son los degenerados, melancólicos, alcoholistas con ideas de persecución, sistematizados, etc., que recurren á este medio, influenciados como se hallan por sus ideas delirantes.

Por último, el término fatal, en cierto grupo de enfermos, puede ocurrir por accidente; ejemplo el epiléptico que en el momento antes del ataque no ha sabido huir del peligro, el demente y el idiota que ingiriendo cuantas sustancias encuentran á su alcance se exponen á una asficia ó á una intoxicación.

Del punto de vista de la evolución de las lesiones anatómicas, podria decirse sin apartarse de la verdad, que á cada forma de locura debe necesariameñte corresponder un proceso material propio y coetáneo con el desarrollo y las alternativas de las anomalías psiguicas, cuyo asiento es el vasto y complicado sistema nervioso, más particularmente el cerebro.

Los conocimientos actuales sobre la anatomía patológíca de la alienación mental son relativamente pobres, y todos los autores citan casos de necropsias

practicadas en cadáveres de alienados, sin que haya sido posible hallar el menor vestigio de lesiones, siendo esto más frecuente en las locuras funcionales.

Sucede ademas como lo hacé observar muy justamente el profesor Ball que las manifestacisnes delirantes obedecen mas bien á la simple escitación que á la destrucción de materias trayendo en apoyo de sus teorias el hecho de que en los progresos de la edad se producen en todo el organismó incluso en el órgano del pensamiento cambios y desgastes celulares que conducen á la atrofia; y sin embargo no hay delirio, de consiguiente la locura, dice, debe referirse á fenómenos de irritación.

Desde luego es lógico pensar, que asi como es dificil esplicarse el acto mismo por el cual se generan las propiedades del cerebro, que en el concierto armónico de sus funciones exigen de parte de las células nerviosas cierto trabajo, asi tambien los trastornos de la voluntad, de la inteligencia y de de la sensibilidad que derivan de dicha función, deben obedecer á alteraciones moleculares que escapan á nuestra apreciación.

Son contadas las enfermedades mentales en que se encuentra bien establecida la relación entre el sintoma y la lesion: en las formas agudas unas veces son los trastornos vaso-motores, fenómenos de isquemia y de hiperemia que desaparecen con el retorno de la normalidad, y otras veces son transudaciones serosas ó hemorragías de poca importancia. En las formas crónicas por el contrario son

mas estables y mas acentuadas, que dejan marcadas en el órgano las modificaciones impresas sobre su forma, como sobre su íntima extructura. La inflamación del encéfalo y sus envolturas que favorecen sus adherencias, las alteraciones vasculares profundas, la esclorosis de los elementos, la atrofia la denegeneración etc, señalan las diversas etapas evolutivas de las enfermedades.

II.

Locuras orgánicas.

SUMARIO — Parálisis general — Principales síntomas de sus períodos — Duración — Terminación — Datos estadísticos — Observaciones — Delirio agudo — Su evolución — Observaciones — Datos estadísticos.

Parálisis general progresiva.

Los trastornos mentales, que constituyen una de las manifestaciones de esta enfermedad, pueden aparecer y desarrollarse al mismo tiempo que los trastornos paralíticos, ó lo que es mas frecuente aquellos son los primeros en hacer su aparición sin vestigio alguno de parálisis; mas raras veces se pueden observar parálisis general sin delirio.

Cuatro son los períodos que recorre la parálisis, y que marcan las distintas etapas de su evolución, á saber: 1°. Los pródromos; 2°. el inicial; 3°. el de estadio; y 4°. la terminación.

Resumiré en pocas palabras los síntomas que corresponden á cada uno de ellos, consignando los datos estadísticos pertinentes y presentando la descripción de algunos casos prácticos que merezcan interes ya sea por la variedad de la forma, ya sea por la particularidad de la marcha.

Pródromos.—Siendo la parálisis un padecimiento esencialmente crónico, su modo de empezar es á menudo lento y progresivo; raras veces surgen de golpe y alcanzan su acmé los síntomas, para constituir esas formas agudas, de curso rápido, en que el enfermo sucumbe en breve término. Existe pues una verdadera incubación del proceso mórbido que va invadiendo paulatinamente hasta que aparecen los indicios caracteristicos tanto del orden somático como del órden psiquico.

Trastornos somàticos.—El presunto paralítico tiene generalmente un aspecto particular revelado en los rasgos de su fisionomía: la expresión indiferente, la mirada vaga, la coloración pálida, los cabellos secos que parecen indicar las huellas de un profundo sufrimiento.

Por lo comun los ataques apoplectiformes son los que abren la escena del periodo prodrómico, y es frecuente recoger de los antecedentes que la familia suministra, el dato importantísimo de que el enfermo en épocas anteriores, perdía el conocimiente á consecuencia de ataques á la cabeza repetidos á largos intérvalos, pero al que no daban mayor importancia. Como consecuencia del ictus, variable en intensidad,

suelen aparecer hemiplegías pasageras, leves paresías asi como afasias poco durables y ligero embarazo en la pronunciación.

Las perturbaciones de la sensibilidad y de la motilidad consisten en anestesias, hiperestesias, neuralgias de los nervios craneales, jaquecas, espasmos, convulsiones, accesos epiléptiformes, modificaciones de los reflejos pupilar, rotuliano y cremasteriano.

El sueño tambien sabe alterarse muy al principio, observándosele irregular, sobresaltado, con pesadillas y ensueños continuados. Al mismo tiempo las funciones orgánicas y tróficas se hacen mal; se ven aparecer la dilatación del estómago, gastralgias, la constipación ó las diarreas, cólicos, perversiones ó alteraciones diversas del sentido genésico; con mucha menos frecuencia, mal perforante, caida expontánea de las uñas, modificaciones de la micción y de la orina.

Trastornos síquicos.—Los fenóménos psico-motores son los que mas generalmente revelan el principio de la enfermedad, y ellos no se presentan siempre con los mismos caracteres, sino que ofrecen un orden de aparición irregular y variable. Se debe señalar como primeros indicios la irratibilidad anormal del caracter, la invasión de un estado de tristeza que puede rayar en hipocondría, preocupaciones y presentimientos de graves males.

A esta época igualmente se refieren la fatiga intelectual, las lagunas de la esfera psíquica, cierta obnubilación de la conciencia moral en cuyas circunstancias el sujeto se muestra indiferente para to-

do aquello que concierne á sus deberes personales y á los intereses de la familia, cometiendo palpables infracciones á lás reglas elementales de educacion ó buen sentido. En oposición á este estado y alternando en ocasiones con ellos, nótase una exaltacion de la inteligencia, una actividad mental no comun que se manifiesta por una verbosidad extraordinaria y la concepcion de negocios y especulaciones desproporcionadas; se entregan á excesos alcohólicos y genésicos cometiendo actos delictuosos que al caer bajo la jurisdiccion de la justicia, promueven cuestiones delicadas y de trascendencia qne sona el resorte de la medicina legal.

La disminución de la memoria puede avanzar á todos los otros síntomas y asf se vé que hay olvido de las operaciones mentales, cálculos pue le eran familiares, groseros errores de fechas, amisiones de letras ó palabras que pueden remontar á mucho tiempo atrás. de modo que los fenómcnos dementiales que son la característica de la parálisís, empiezan ya á mostrarse en este período.

Ynicial. — La duración del estado prodromico y su transición al período inicial no es posible señalar de una manera precisa, pues los desordenes variados que pertenecen al primero avanzan por grados casi insensibles.

Como quiera que sea, la enfermedad puede estallar de los siguientes modos: 1°. Las congestiones cerebrales apenas esbozadas, ó los accesos epileptiformes que al principio eran de corta duración, se

presentan más frecuentes y más intensos seguidos de accidentes paralíticos, y se tiene la variedad *congestiva*; 2° Priman y alcanzan poco á poco ó rapidamente su acmé la debilidad intelectual y los fenómenos demenciales, sin ideas delirantes y se está en presencia de la variedad *paralítica*; 3°. Aparece un estado melancólico ó de delirio hipocondriaco con invasión de una demencía más y más acentuada, y se trata de la variedad *melancólica*; 4°. Las concepciones delirantes de grandeza y de satisfacion, con ó sin estado de escitación maníaca, caracteriza la variedad *espansiva* ó *megalómana*; 5°. Los fenómenos atáxicos y demas trastornos del tabes dorsalis dominan el cuadro de las manifestationes mórbidas, y se tiene constituída la variedad *ascendente* de Westphal ó *espinal* de Charcot; 6° porfin una variedad *galopante*.

Estadio. — Declarada la enfermedad, los fenómenos que la caracterizan pueden agruparse en dos órdenes: signos físicos y signos psíquicos. *Esfera psiquica.* Los trastornos psíquicos consisten en un debilitamiento progresivo de las facultades, sobreviniendo un descanso de nivel intelectual como dice Krafft-Ebing en que la potencia del cerebro vá decayendo hasta llegar á la demencia que forma el fondo mismo de la periencefalitis. La memoria se encuentra desde muy temprano dísmimuída y despues completamente arruinada; primero desaparecen los recuerdos recientes y más tarde se desvanecen los más antiguos y entonces el paralítico olvida los

nombes, los cálculos, los conocimientos que le eran habituales; disminuidá notablemente su atención, se torna incapaz de seguir continuadamente un trabajo mental, comete incorrecciones de juicio. La voluntad es irregularmente modificada notándose la incostancia é irresolución de sus determinaciones que concluyen en la apatía. La imaginación está al principio esaltada pero al fin se apaga. El carácter y los afectos tambien han cambiado profundamente, así se le observa facilmente irritable, pueril, grosero, indiferente, descomedido aún para con los suyos.

Ahora bien á todo este derumbe del ser psiquíco, se agregan las concepciones delirantes que pueden presentarse bajo la forma de delirio ambicioso, hipocondríaco y de escitación maníaca.

Delirio ambicioso — Las ideas de grandeza, de riquezas de satisfacción de los paralíticos tienen una fisonomía particular como si fueran vaciados en un mismo molde. siempre es la misma esaltación exagerada del sentimiento de sí mismo; la posición de dones, fortunas colosales, títulos nobiliarios estraordinarias potencias, virtudes imposibles, poderes ilimitados, ideas todas que trapasan los límites reales de la posibilidad y de la concepción. Ofrecen de particular la absurdidad y la vaguedad con que las explícan, pues lejos de ser coordenadas, son ilógicas movibles fugaces, contradictorias; el paralítico no se inmuta cuando uno se opone á sus proyectos y concepciones. La marcha que sigue este delírio es generalmente cresciente pera cuando el enfermo ha en-

trado en el último periodo se vá desvaneciendo, más es de notar que aún en sus días postrimeros el paralítico entumecído en su lecho, lleno de lesiones tróficas profundas, balbuceas palabras que reflejan los últimos fulgores de una vida al parecer satisfecha y poderosa.

Delirio hipocondríaco. — Las concepciones delirantes pueden tomar un carácter depresivo con un fondo de tristes preocupaciones, de ideas fijas que suelen llegar hasta el estado de estupor melancólico ó melancolía ansiosa. Nótese igualmente que las manifestaciones de este delirio tienen impresas un sello de semejanza y que pueden combinarse y alternar con las ideas de grandeza. Predominan las ideas de negación; se creen haber perdído los principales órganos; destruidas sus visceras, anonadada su existencia, ó reducido á sus más pequeñas proporciones. Es una tendencia á la nicromanía absurda por lo demas en sus fundamentos, que trae aparejadas consecuencias enojosas para los enfermos, pués enflaquecen rápidamente porque reusan los alimentos, haciéndose imperiosamente necesaria la alimentación forzada. No es raro verlos afectados de gangrena ó terminar su existencia por los avances de la caquesia.

Exitación maniaca.— Afectan los estados de manías grados diversos que desde la exaltación maniaca pueden alcanzar la intensidad de una locura frenética. A la exaltación maniaca corresponde cierto grado de instabilidad en los movimientos, en las ideas, se despiertan las inclinaciones á los ex-

cesos alcohólicos y sexuales, especulan, compran, marchan á veces sin tino equivocan las calles y su propio domicilio, se entregan á la kleptomania fenómenos que bajo la influencia de causas más ó menos apreciables preceden al acceso de locura furiosa. Por lo general estalla bruscamente y se tiene desarrollado el cuadro más violento de la manía aguda en que el enfermo grita, vocifera, salta, rompe todo lo que encuentra á su alcance; está en una agitación contínua y desordenada· Al mismo tiempo hay gran confusión mental, ideas ambiciosas, vértigos, ligeras congestiones, lengua trémula y ptialismo.

La excitación maniaca y su grádo más elevado, no solo puede presentarse al principio de la parálisis, sinó en cualquiera de sus fases con todas las particularidades del complejo.

Esfera fisica.—Los trastornos de la motilidad son tal vez los que adquieren en la parálisis caractéres especiales, como ser. su gran estensión, su irregularidad y su intensidad que es en extremo variable.

Dichos trastornos se ponen de manifiesto en el lenguaje, en la voz, en los músculos de la cara, de las extremidades y del aparato de la visión.

El embarazo de la palabra es uno de los signos más frecuentes y más precoces, únicos á veces del comienzo, que no debe confundirse con la excitación dependiente de un estado espasmódico pasajero del órgano. Un oído ejercitado percibe fácilmente

las alteraciones de la voz y de la palabra cuando son poco marcadas y no podrá confundirse con el tartamudeo que presenta el ébrio. Bien pronto aparece definitivamente el embarazo característico que al principio consiste en una dificultad para pronunciar ciertas palabras llamadas de prueba, como ser: ministro plenipotenciario ó artillero de artillador etc. En un grado más avanzado las palabras son precipitadas, las sílabas como si fueran medidas, hace grandes esfuerzos, incurre en repeticioncs, contrae los músculos de la cara; por fin la lengua está atáxica, su lenguaje es ininteligible por la trasposición y la mezcla de sílabas y palabras cortadas que se nota mejor haciendo leer á los enfermos Son verdaderas disartrias

El exámen del aparato visual suministra tambien muchos datos importantes del lado de los pupilas y de los músculos del ojo. La oftalmo plegia interna es la lesión principal que se denota primero por una paresia de la pupila á la luz y despues supresión completa; luego viene la paresia ó la acomodación y por último no reacciona ni á la luz ni á la acomodación; puede igualmente observarse el signo de Argyll-Rorbertson. Con menos frecuencia sobrevienen las parálisis musculares del globo y de los párpados.

El *temblor* y la *incoordinación* de los movimientso son trastornos que pueden existir aislados ó unidos en un solo enfermo. Ellos se producen con motivo de los movimientos voluntarios y afectan los múscu-

los de la cara de los lábios, de la lengua, de los miembros. El paralítico no saca de golpe la lengua, sinó que lo hace despues de varios movimientos de vaiven y una vez afuera se vé que la snperficie del órgano está erizada de ondulaciones vermiculares, movimientos vibrátiles más visibles en las partes laterales. Cuando quiere pronunciar una palabra se dibuja en las mejillas y en los labios una tremulación particular de los orbiculares y de los zigomáticos. El temblor fibrilar se constata tambien en los miembros superiores que están animados de movimientos contráctiles muy pequeños de ritmo relativamente rápido; es fácil evidenciarlo ordenando al enfermo extienda las manos y separe los dedos. Ln escritura de los paralíticos á parte de la alineación, de la abundancia de mayúsculas, de los tachados, etc., que son peculiares á estos enfermos, retratan fielmente el temblor en forma de zig-zac ó de ganchos bien marcados llegando un momento en que es imposible leer lo que ellos escriben.

Las modificaciones de la estación y de la progreción son tardías en pronunciarse empezando con un poco de torpeza, la marcha se hace más tardé tambaleante, insegura; el enfermo abre todo lo posible las piernas para tener mayor base de sustentación, camina pesadamente formando una línea sinuosa, inclina el cuerpo hácia atrás y da pasos desiguales y vacilantes. Es pues una forma de progresión que no tiene semejanza ni con la marcha atáxica ni con la del neurítico. En último grado el enfermo no

puede tenerse en pié, está animado de un temblor general que se manifiesta sobre todo cn las piernas, temblor que se manifiesta aún en la estación sentada razón por la cual es necesario sujetarlo. La parálisis en el último período ataca los músculos de la faringe de la vegiga y del recto. Los miembros superiores sufren el mismo debilitamiento como puede apreciarse con el dinamómetro ó simplemente, ordenando al enfermo apriete con sus manos las del observador indicándole emplee toda su fuerza. Finalmente las manos ya no pueden ejecutar ninguna clase de trabajos, ni escribir, ni llevar los alímentos á la boca, tal es la impotencia á que llegan que hay suministrarles los alimentos como á los niños.

Los trastornos de la sensibilidad tanto general como especial son difíciles de controlar en los paráliticos sobre todo en los grados avanzados; las alucinaciones son muy raras, la ambliopia de origen co tical puede aparecer desde el periodo prodrónico; la anosmia, la ageusia etc., se encuentran con más frecuencia en el tercer período.

Los reflejos tendinosos se exageran al principio disminuyen y desaparecen por completo á medida que progresa y se estiende el proceso de la parálisis. Los reflejos cutáneos suelen estar alterados de una manera persistente.

Entre los trastornos tióficos y de nutrición se señalan, aunque no con frecuencia, las erupciones cutáneas. el mal perforante, las atrofias musculares, las atropatías, las fracturas espontáneas de los

huesos. El decúbito y las escaras son infaltables en el periodo final.

Las funciones órgánicas se cumplen por lo general en el periodo de estadio, casi puede decirse normalmente, pués del lado de la respiración, de la digestión, de las secreciones y de las escreciones, no se nota nada de particular; y sólo con los progresos de la enfermedad se observa que el estado general sufre notablemente en la época en que los fenómenos paralíticos y demenciales han tomado gran incremento.

En el número de las *complicaciones* de mayor frecuencia que sobrevienen en el curso de la parálisis están los ataques epiléptiformes que se pueden asemejar á los de epilepsia verdadera, pero que se diferencian de ellos en que son parciales, hemilaterales, acompañados de pérdida incompleta del conocimiento, de duración prolongada, dejándo como consecuencia hemiparesias, parálisis en el dominío del facial y el hipogloso. Los ataques congestivos en particular las congestiones cerebrales son accidentes comunes, originados posiblemente por las parálisis temporarias de los nervios vaso-motores. Hay enfermos que en un año sufren ocho ó diez ataques de congestión más ó menos intensos.

Remisiones. — Suelen aparecer con frecuencia en el curso de la parálisis general, periodos de remision muy curiosos durante los cuales existe una retrocesión de los fenómenos patológicos en que los enfermos parecen haber vuelto á su estado normal-

En efecto, se disipan casi totalmente las lesiones variadas que antes presentaban viéndoseles abandonar sus concepciones delirantes, marchar con mas fiirmeza; sus ademanes y su fisonomia se componen, cesan los trastornos de la palabra, piden con insistencia volver al seno de su familia y ocuparse en el trabajo. Estas remisiones se presentan sobre todo al final del deriodo inicial; su dnracion es muy variable, las hay que duran solo un momento, algunas semanas, muchos meses, y hay algunas que duran varios años.

La importancia de este periodo á nadie escapa y bien se comprende que considerado bajo el punto de vista médico-legal y médico-clinico se presentan problemas de trascendencia como los que se refieren á la libertad del sugeto, á la rehabilitacion de sus derechos y a la responsabilidaú de sus actos. Pero nó debe olvidarse que esas remisiones denominadas completas no tienen la absoluta significación de un retorno de la salud, desde que si bien es cierto que el sujecto que atraviesa por esta fase ofrece todas las apariencias de la cordura, no obstante en el fondo se nota el contraste entre lo que era antes y lo que es hoy: queda la debilidad mental ó si se quiere un descenso de nivel intelectual.

Marcha. — Duración. — Terminacion. — Los factores que intervienen en la marcha de la paralisis general, y le imprimen caracteros especiales son múltiples de ahí que ella sea irregular y que

para cada forma y para cada variedad exista un modo de evolucion distinta. Las remisones de que se ha hecho mención, cuando son largas y mas ó menos completas contribuyen á prolongarla; la forma hipocondriaca marcha con mucha lentitud; la espansiva es mas corta; la forma galopante tiene un rápido desarrollo.

Las altas temperaturas episódicas, la aparicion precóz, de trasturnos profundos de la motilidad, los ataques repetídos etc. anunncian casi siempre un rápido y sombrío desenlace.

Sobre la duración total de la enfermedad no hay acuerdo entre los autores, asignandoles los unos Parchape, Bayle, Calmel, de un año á un año y medio; otros como Krafft-Ebing y Griesinger 4 años, Cricton-Brown de 2 á 4, Ritti y Cristian de 3 á 5. Para fijarla con exactitud seria menester remontarse al verdadero principio de la enfermedad, esto es al periodo prodrómico; pero como la anamnésis es íncompleta en la mayoria de los casos, por la falta absoluta de datos que ilustren sobre los indicios y los síntomos iniciales, se comprende que no se puede exigir una estadística rigurosa, máxime cuando á los asilos ingresan en periodos diversos á veces ya avanzados, conducidos por la Policia ó por personas estrañas é ignorantes de los antecedentes.

Los datos siguientes comprenden el número de paralíticos asistidos en el Hospicio de las Mercedes durante 5 años. Ingresaron desde 1893 á 1897,

344 de los cuales 107 mejoraron, 233 fallecieron y 4 fugaron.

Los 233 casos de fallecidos evolucionaron en el establecimiento en un término muy variable como puede verse en el siguiente cuadro:

170	casos	duraron	de	150	á	160 dias
47	»	»	»	100	»	150 »
11	»	»	»	20	»	80 »
4	»	»	»	200	»	250 »
2	»	»	»	344	dias	
2	»	»	»	457	»	
2	»	»	»	786	»	
1	caso	duró	»	4	»	

Estos datos numéricos, ponen de manifiesto que el mayor número de casos han evolueionado al rededor de 5 á 6 meses. Por otra parte, hay paraliticos cuya entrada data de 3. 4, 6 años, los que se conservan merced á los solicitos cuidados de que se les rodea y á la intervencion terapeutica oportuna

La terminacion de la parálisis está sugeta á variaciones, pero fatalmente la muerte es el término final á que llegan todos los paralíticos. Por lo demas la curacion debe ser muy excepcional desde que los autores en su mayoria niegan todo crédito á los casos tenidos por curados y atribuyen á dichos casos error de diagnóstico ó los consideran como remisiones largas y acentuadas. Sin embargo, se conocen casos de curacion definitivá sobrevenida despues de grandes supuraciones, abcesos etc.

En sus dias postrimeros el paralitico (sin complicaciones) sufre una especie de disgregacion fisica en que el marasmo, el decúbito, las escaras, la relajacion de los esfincteres, agotan las fuerzas, suprimen el movimiento, y la vida se extingue silenciosa y panlatinamente ó con ligeras convulsiones.

Las otras causas de muertes son las complicaciones, las enfermedades incidentales y los accidentes.

A continuacion se espresan las causas de muerte de los 233 casos:

Marasmo	144	Neumonia	2
Congestione cerebral	52	Peritonitis	1
Hemorragia id.	8	Congestion pulmonar	1
Cólera	3	Pleuresia	2
Gastroenteritis	5	Edema cerebral	2
Insuficicncia aortica	2	Fiébre tifoidea	2
Sincope cardiaco	2	Abceso del hígado	1
Miocarditis	1	Uremia	1
Insuficiencia mitral	1	Antrax	1
		Oclusion intestinal	1

Lo que dá para el marasmo un 62,23 0|0; para la congestion cerebral 22,41 0|0; hemorragia cerebral 3,43 0|0; Apaato dígestivo 5,43 0|0; Aparato respiratorio 2,12 0,0; Aparato circulatorio 2,39 0|0 y afecciones varias 1,14 0|0.

Obs. 1ª—*(Lám. 1) Parálisis general ascendente.—Terminación por intercurrencia.*

J. B , francés, 44 años, casado, escultor. De instrucción mediana. Entra al asilo el 13 de Setiembre de 1898.

Antecedentes hereditarios.—El alcoholismo en el padre. De sus once hijos el mayor de 17 años es estrumoso; de los 10 restantes unos nacieron muertos y otros murieron en la primera infancia.

Antecedentes personales.—Desde jóven contrajo hábitos alcohólicos y á los 26 años, sífilis. Abandonó el vicio del alcohol hará cosa de 4 años, segun los datos de la familia, al sentir las primeras manifestaciones del tabes. Estas fueron: dolores fulgurantes en las piernas que duraban de varias horas á un día; estas crísis han seguido repitiéndose con intervalos variables. Hace un año tuvo mal perforante plantar Abandona el oficio, cambia de carácter, se pone irritable y es secuestrado.

Estado actual.—Sujeto en regular estado de nutrición, presentando al exámen somático, signo de Argyll-Robertson y desigualdad pupilar, abolición del reflejo rotuliano, signo de Römber, retardo de la sensibilidad, al contacto y al dolor; marcha atáxica temblor de la lengua. Al exámen psíquico depresión de la inteligencia, gran disminución de la atención y de la memoria (es incapaz de efectuar operaciones mentales que antes le eran familiares,) incoherencia marcada, é ideas de grandezas ya ob-

servadas por la familia pocos días antes de su internación.

Afectado de una intensa congestión pulmonar muere á los 15 dias.

Obs. 2ª—*Parálisis general progresiva.—Sífilis.—Alcoholismo.—Remisiones.*—M. T. 30 años, casado, sin hijos, peluquero. De instrucción mediana. Ingresa al asilo el 13 de Febrero de 1898.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto de un ataque cerebral (congestión?), la madre vive es sana. Uno de sus hermanos tiene hábitos alcohólicos, los otros son sumamente nerviosos.

Antecedentes individuales.—Era de carácter afable, de vida modesta, cuyas aspiraciones de acuerdo con su posición social eran las de vivir honestamente con su trabajo. No tenía pasiones dominantes ni diversiones predilectas. Contrajo sífilis cuando muy jóven. Desde hace dos años se ha venido notando en él una série de cambios que llama la atención de la familia: irritabilidad fácil de carácter, alternativas de expansión y de apatía, abandona su oficio. Al principio de 1896 se entregó á excesos etílicos lo que ha contribuido á embotar más sus facultades y en particular el sentido moral.

Estado actual.—Sujeto en buen estado de nutrición es recibido con agitación, temblor muy exagerado, embarazo acentuado de la palabra, incoherente, atención disminuida, temperatura sub-febril pulso rápido, frecuente y débil; piel sudorosa, lengua sa-

burral, desigualdad pupilar, perezosa, alucinaciones de la vista, marcha difícil.

En los dias subsiguientes hasta el día 18 continúa en el mismo estado. Con un tratamiento conveniente se ha conseguido bajar la fiebre, calmar la escitación, conservando tan solo dificultad de la palabra. Dia 20. La desigualdad pupilar es menos marcada, la palabra fácil, duerme bien; tiene apetito pero se le instituye dieta láctea, prévio un purgante salino. Se le administra alcohol y cafeína. A los pocos dias se suspende la cafeína y se le dá ioduro de potasio á la dósis de dos gramos; empieza la alimentación más variada y abundante, el estado general mejora, hay lucidez intelectual, el trastorno de la palabra casi imperceptible y la desigualdad pupilár desaparece.

Este estado de remisión dura justamente un mes y en Marzo 20 vuelve á agitarse, se pone incoherente cada vez con más intensidad hasta que el dia 29 llega al paroxismo de la agitación en el que se desarrollan ideas de grandezas (decía que era Dios y que poseía dotes celestes), ideas vagas de persecución, palabra incomprensible. Se le adminisra un purgante y á la noche cloral con bromuro de potasio. La agitación vá disminuyendo, los otros sintomas desaparecen, se calma por completo y el enfermo entra nuevamente en un franco período de remisión. El 29 de Abril sale de alta mejorado.

Obs. 3ª—*Parálisis general progresiva con cortos accesos delirantes.—Remisiones.*—P. M, francés, 45

años, católico. Buena instrucción. Empleado de banco. Entra al Hospicio con gran agitación incoherencias de ideas de grandeza.

No hay antecedentes hereditarios.

Antecedentes personales.—En 1863 tuvo sífitis. Hace 5 años sufrió de ataques epileptiforones de corta duración, que se repitieron á largos intervalos que desaparecieron á los tres años, desde cuya época la familia no observa en él nada de anormal—pero si sus jefes de oficina—que á pesar de haber sido un escelente empleado, se vieron en la necesidad de hacerle abandonar sus tareas porque se había vuelto desmemoriado y por consiguiente inapto para desempeñarlas. Hará cosa de cinco meses, sufrió un nuevo ataque más intenso que los anteriores, con pérdida de conocimiento, con afasia pasajera, convulsiones del lado derecho de la cara y miembros del mismo lado. Todos estos fenómenos duraron 3 dias persistiendo una dificultad grande de la palabra y disminución marcada de la memoria. A los 3 meses siguientes nuevo ataque análogo al anterior.

Estado actual.—Sujeto regularmente constituido. Pocos dias despues de su entrada se calma rápidamente su agitación y presenta al exámen físico ligero tembior de la lengua—miosis—pupilas de reacción normal á la luz y á la acomodación, ligero temblor de los dedos con los brazos estendidos. Cicatrices antiguas de gomas.

Al exámen psiquico muy ligero embarazo de la

palabra perceptible solo cuando se fatiga ó pronuncia palabras de difícil articulación. Las nociones elementales del tiempo, de espacio, de valor de los objetos conservados—mientras que las nociones que requieren mayor trabajo intelectual, tales como los cálculos que le eran antes muy fáciles, los efectúa con dificultad é imperfección. La incoherencia de los primeros dias y las ideas de satisfacción y de grandeza han desaparecido por completo. Este estado de remisión se acentúa y el enfermo abandona el establecimiento sin presentar signos apreciables ds parálisis.

Observando nuevamente en el público el 12 de Octubre con motívo de haber sufrido en la noche de la víspera un ataque de afasia que duró algunas horas, se le nota embarazo de la palabra, me oria disminnida dificultad para hacer calculos, miosis marcada, tem lor de los dedos, temblor ligero de la lengua Octubre 24—El estado de nutrición mejora notablemente bajo la acción del régimen tónico (arsénico, amargos, leche); los síntomas físicos persisten salvo la escritura que se ha hecho temblona. Se ha vuelto irascible, de carácter muy movible. Al sostener una conversación encuentra con dificultad las palabras para expresar sus ideas « tengo la idea, pero no tengo el término » repite con frecuencia, notándose esta particularidad que la dificultad es mayor cuando se trata de la lengua española qne cuando se quiere espresar en su lengua nativa. Los sentimientos

afectivos estan conservados no hay concepciones delirantes, el enfermo se pierde de de vista.

Obs. 4ª—*Paràlisis general sin delirio.*— J. B. R. francés, 48 años, soltero, comerciante. Vida arreglada. Sin antecedentes hereditarios de sífilis, de traumatismos, de alcoholismo, ni de causas morales.

Año 1896. —Debilidad de la memoria, indiferencia por sus negocios, ideas é impulsos eróticos frecuentes.

Año 1897.—Debilidad en la marcha, dificultad en la palabra (disartria); acentuación de la memoria, facilidad extrema para llorar o reir, imposibilidad para atender sus negocios. El enfermo se extravía faecuentemente en las calles de esta ciudad; no revela en ningún momento delirio alguno.

Año 1898.—Acentúanse la debilidad de las piernas y la dificultad de la palabra. Crisis congestivas repetidas. Secuestreción del enfermo en el Hospicio de las Mercedes Demencia paralítica completa sin ninguna concepción delirante.

En Octubre del mismo año, salida del enfermo ligeramente mejorado del punto de vista físico.

DELIRIO AGUDO

Uno de los caractéres mas salientes del delirio agudo y que hace interesante su estudio, es su modo de evolución rápida y su marcha intensiva. Sobre su patogenia y naturaleza ha reinado mucha oscuridad, y la opinión de los autores se halla muy dividí-

da á este respecto; ha sido considerada sucesivamente, como la mania aguda llevada á los últimos límites y complicada de fiebre; como uda forma de confusión mental grave; como consecuencia de antointoxicaciones é infecciones microbianas y por último Krafft-Ebing la estudia con el nombre de *Hiperemia transudativa con transición á la parieucefalitis aguda.*

Si bien es cierto, que puede aparecer como complicación de variadas formas de locura, tales como la manía, lipemania, parálisis general, locura circular, la observación demuestra que sobreviene tambien en individuos que no han tenido jamas alienación y que por consiguiente la individualidad nosológica del delirio agudo debe admitirse. Se desarrolla de preferencia en los sujetos que san sufrido grandes disgustos, en los que se hallan debilitados por enfermedades asténicas anteriores y en los que tienen antecedentes hereditaríos recargados ó un temperamento nervioso.

Ordinariamente la invasión es rápida y los pódromos pocos dias antes de que el delirio estalle aparecen vagamente marcadas, el sujeto se torna triste, preocupado, lijeramente ansioso, se le nota un cambio de carácter, la inteligencia algo nublada sufre de insomnio con visiones á veces terrorificas, se aqueja de cefalalgia y vértigos. Se siente mas inquieto, mas molesto, desconfiado; se aisla. Este estado dura poco tienmpo, el estallido está próximo.

A estos fenómenos premonitores, sucede brusca é inopinadamente un conjunto de síntomas propios

de una profunda hiperemia activa con sobreexcitación de los centros psico-motores á los que se agregan inequívocos trastornos de depresión mental. En una primera fase el exámen somático revela un estado de agitación cada vez más intensa en que se manifiesta una necesidad imperiosa de continuo movimiento y locomoción; la fisionomia cambia por momentos, la mirada extraviada, los labios secos, la lengua seca y saburral ó cubierta de algunas fuliginósidades, la lemperatura alta, elpulso pequeño y frecuente (100 á 140 por minuto) la respiración irregular , anhelosa acelerada, la sitiofobía es marcada, la constipación pertinaz, la orina densa y cargada, la piel se cubre de profusos sudores viscosos. La excitabibilidad refleja está por lo comun aumentada, aparecen convulsiones y espasmos de las extremidades, rechinamiento de los dientes, contracción tetaniforme de los maxilares ytemporales. El sueño está profundametne alterado, se interrumpe por sobresaltos repetidos ó hay insomnio completo, lo que es mas frecuente. A medida que progresan los síntomas, las fuerzas musculares decaen, el tegido célulo-grasoso disminuye considerablemente‘ el enflaquecimiento, la demacración es rápida.

Los *trastornos psíquicos* se manifiestan desde un principio por una obtusion intelectual, con un cuadro de locura frenética en qne predominan los impulsos instictivos y los movimientos impetuosos; conjuntamente se declara cl delirio que es unas veces de naturaleza terrorifica, el lenfiuaje incoheren»

te apenas comprensible, las alucinaciones variadas y cambiantes con escenas de sangre y de fuego. En el sumum de la agitacion el delirio se esterioriza por palabras cortadas‘ ininteligibles, sonidos y gritos sin sentido. Otras veces, cuando el enfermo puede expresarse, tiene ideas de grandeza de envenenamiento de persecucion, de exterminio, pero estas concepciones delirantes descansan sobre un fondo en extremo incoherente y movible.

En ese estado puede permanecer durante varios dias, con ligeras alternativas, cuando casi de golpe disminuye notablemente la agitacion y el delirio, la inteligencia se despeja, no rəchaza como antes los elimentos y se creeria estar en presencia de signos precursores de una próxima convalescencia. Pero desgraciadamente, estas remisiones son engañosas, y á las pocas horas ó dias, se troca por una exacerbacion violenta de todos los síntomas, la fiebre se eleva á 40. 41°, el pulso se hace mas frecuente, los labios y la lengua se cubren de fuliginosidades, la voz ronca, la palabra dificil sumamente incoherente, á este cuadro ruidoso sucede un estado de estupor en que la temperatura se mantiene alta, el pulso imperceptible é incontable, las pupilas se dilatan, el delirio impetuoso se ha convertido en una especie de mucitacion, con carfología, sobresaltos, tremulaciones musculares etc. para caer en un profundo sopor, la postracion completa, y la muerte sobreviene en el coma por parálisis del corazón.

La duración de toda la enfermedad que ha llegado

así á su desenlace fatal, es de 5 á 8 dias raras veces pasa de una semana.

La terminación por curación es poco frecuente. Cuando el delirio agudo ha de curar, las remisiones son paulatinas, graduales prolongadas, la fiebre desciende poco, la agitación disminuye, vuelve la quietud, el reposo, el estado general mejora, pero el estado mental ha quedado profundamente conmovido porque el sujeto se ha trasformado en un demente.

Durando 5 años, en el Hospicio de las Mercedes se han asistido 12 casos de delirio agudo, de los cuales 3 duraron 8 dias; 4 duraron 5 dias; 2 duraron 7 dias; 1 duró 5 y de los dos últimos uno murió á los 30 dias y otro á los 85. Respecto á la causa de la muerte que ha ocurrido en los 12 casos se reparte así: 9 por lesiones propios del delirio; 1 por marasmo; 1 por hemorragia cerebral y 1 por gastro entiritis.

Obs. 5ª — *Delírio Agudo Terminución rápida. Autopsia.* — V. M. Español. 36 años de edad. — Profecion, pastor. — Catolico. — Viudo — Ingresa al servicio el 28 de Febrero de 1898.

Antecedentes hereditarios. — Los padres eran sanos, se ignora de lo que hayan muerto. — Sus hijos son sanos.

Antecedentes personales. — Desde un tiempo á esta parte adquiró habitos alcoholicos; no ha sufrido de ninguna otra enfermedad.

Estado actual. — Cuatro ó cinco días antes de

su ingreso comenzó su enfermedad actual, con agitación, incoherencia, ideas de persecución. alucínaciones del oido, segun datos recogidos de los parientes. Los sintomas observados el dia 28, son los siguientes: agitacion impulsiva con grandes tendencias á desprenderse de los que lo sugetaban conservando un mutismo completo, la piel sudorosa, la mirada extraviada, la facies descompuesta, la lengua cubierta de una espesa capa saburral, los labios con fuliginosidades, las pupilas contraidas y sin reaccion Los reflejos exagerados, el apetito abolido, constipación. El pulso era debil frecuente, que llegaba á 120 por minnto, la temperatura 38°5, respiración irregular.

Se le administra un purgante salino por la sonda, bromuro de potasio é hidrato de cloral hasta 3 gs., un baño tibio, una inyeción de 1 gramo de ergotina Ivón. En toda la noche no ha qodido dormir.

Marzo 2· — El mismo estado de agitación que el dia anterior, la temperatura alcanza á 39° las pulsaciones á 130. El mutismo persiste. Rechaza los alimentos y cuando se le introduce liquidos en la boca los expulsa to'almente por lo cual se recurrió á la alimentación forzada. La piel siempre cubierta de profusos sudores, hiperestésica, la lengua seca y saburrosa, fuliginosidades de los labios, pupilas en miósis y sin reacción.

Marzo 3. — La temperatura asciende á 40°2, pulsaciones 140. Se insiste en las inyecciones de eagotina y en la medicación sedante.

Marzo 4. — Menos agitado pero conservando los mismos síntomos pue el dia anterior. Se consigue darle una regular cantidad de leche sin necesidad de la sonda.

Marzo 5 — La agitación ha diminuido mas aún; temperatura alrededor de 40°; 148 pulsaciones irregulares y débiles; abotagamiento intelectual muy marcado; postración general. Se le aplican inyeciones de cafeina (0,80 gr. al dia) y á pesar del enérgico tratamiento cáe en el coma falleciendo á las 2 a.m. del dia 6.

Autopsia. — *Cráneo* simétrico de espesor normal. La dura madre no presənta nada de particular; pia madre y aracnoides congestionadas con algunas opacisades, en las partes ántero-laterales y ligeras sufusiones sanguineas. Entre la pia madre y la aracnoides existe bastante cantidad de líquido claro, desprendendiendose fácilmente la primera de la sustancía cerebral. Loc vasos y los senos llenos de sangre oscura. El cerebro fuertemente congestionato pesa 1410 gr., los ventriculos con mavor cantitad de liquido que lo normal.

Aparato respiratorio. — Pleura derecha normale pleura izquierda con antiquas adherencias en el vértice pulmon derecho é izquierdo: congestión en la base.

Aparato circulatorio. — Ligera ateromacia del cayado de la aorta. Corazon normal.

Aqarato digestivo. — Higado 1455 gs., degenación grazosa. Bazo 235 gs. congestionado.

Riñones con congestion.

Obs. 6ª — *Delirio agudo. Muerte. Necropsia.* — M. K. — Aleman- — Protestante. — Instrucción mediana. — 44 años de edad — Casado. — Carpintero. — Primer ataque. — Ingresa al Hospicio de las Mercedes el 15 de marzo de 1898.

Antecedentes transitorios. — Se ignoran.

Antecedentes personales. — Aa tenido un flemón difuso del antebrazo derecho consecutivo á un forúnculo de la mano correspondiente cuya afeción se halla en vias de curación á su entrada. No hay hábitos alcoholicos, ni á tenido otra enfermedad.

Estado actual. — Sugeto bien constituido. La enfermedad actual ha empezado 7 dias antes de su entrada de una manera brusca y continua manifiestándose por agitaciòn, insomnio, ideas delirantes y vértigos. Los síntomos observados el primer dia de su existencia en el Asilo son: agitación tumultuosa, incoherencias, lengua cubierta de espesa capa saburral seca y negra, algunas fuliginosidades en los labios. El apetito muy disminuido' constipación, orina obscura. El pulso frequente y debil (110 por minuto) tempesatura 39 0|0 reflejos abolidos, piel sudorosa, pupilas algo estrechadas con reacción perezosa á la luz y á la acomodación. Atención muy desminuida, responde con dificultad é incoherencias. El examen clinico, los otros órganos no presentan ninguna alteración. Se instituye el tratamiento que sigue: Purgante salino, Pocion de Tood con cafeina, bromuro de potasio y cloral,

inyeeciones de ergotiva Ivón á razon de tres gramos diarios.

Dia 17. — Se encuentra mas ó menos en el mismo estado que el anterior pero á la noche cáe en un estado de colapso que acusa 38° de temperatura; se la administran inyecciones de cafeina y eter se le somite á enérgicas fricciónes. Insomnio.

Dia 18. — Menos agitación. -- 110 pulsaciones. 38° de tempsratura. — Lengua muy seca. — Abotagamiento intelectual. — Se insiste en el mismo tratamiento y dieta lactea.

Dia 19. — Aumenta la agitacion; traga con dificultad los liquidos. — Lengua seca. Labios fuliginosos ---- 140pulsaciones débiles é irregulares. — Temperatura 38°8 á la 1 de la mañana. — Pasa le noche sin dormir. El mismo tratamiento.

Dia 20. — Por la mañana 39°9. — 150 pulsaeiones muy inrregulares· —La orina es emitida inconcientemente. — Por la noche el termómetro acusa 40°6. — El pulso se vuelve incontable é imperceptible casi y muere á las 4 a.m. en el coma. No ha habido enfermedad intercurrente alguna como se comprueba en la

Necropsia. — *Cráneo* normal algo espezado. Pia madre y aracnoides muy congestionados; entre estas dos membranas una cantidad de liquido citrino. céfalo- raquideo, mayor que la normal. Sufusiones sanguineas del tamaño de una moneda de 2 centavos, diseminadas en la cara interna del hemisferio. La pia madre se desprende facilmente de la sustan-

cia cerebral que está muy congestionada y los ventrículos con gran cantidad de liquido. — Adherencias antiguas de ambas pleuras. — Congestión hipostatica de la base de los pulmones. — Corazón mal contraido casi esangue. — La sangre obscura y espesa. — Higado, riñon y bazo congestionadas. — Los demás órganos inclusos los intestinos no presentan nada de particular,

III

Locuras Versánicas

SUMARIO — Manias — Periodos — Duración — Terminación — Estadistica — Melancolia — Sintomas — Periodos — Duración — Terminación — Estadistica — Delirios parciales — Caracteres generales de sus periodos — Duración — Terminación — Estadistica — Delirios de los degenerados — Rasgos de su evolución — Duración — Terminación — Observación.

Manias

Los estados de mania idiopática, principalmente la forma aguda que se debe tomar como tipo, ofrecen una marcha casi regular, recorriendo tres períodos distintos con sus síntomas correspondientes: invasión, estadio y declinación.

Invasión.—Los pródromos que pueden durar varios dias ó varias semanas, están caracterizados por un estado de tristeza, una modificación del carácter y dc las inclinaciones. Al mismo tiempo el enfermo sufre de insomnio y ensueños, angustia epigástrica, cefalalgia, mal estar general; la nutri-

ción se modifica, sobrevienen alteraciones del aparato dijestivo, sed, anorescia. A estc estado de laxitud sucede otro de excitación que se manifiesta por una actividad exhuberante, locuacidad, frecuentes trasportes de axpansión y de contento, risas excentricidades etc., que ván acentuánndose gradualmente hasta que los síntomas bien diseñados señalan el pasaje al segundo período. Es excepcional que la mania alcance su intensidad de una manera brusca.

Estadio.—En esta fase de la evolución, los trastornos diversos de la esfera psíquica y de la esfera somática, no se mantienen siempre en el mismo grado de regularidad, sino qne es interrumpido por alternativas de calma y de exacerbación, producidas bajo la influencia del medio.

La expresión clínica del maniaco, que es la primera impresión recibida al observar esta clase de enfermos, salta á la vista: la fisonomía con su mimica la actitud general con los movimientos y ademanes desordenados reflelan el estado y la forma de alteración de sus ideas, de sus sentimientos y de sus tendencias instintivas.

Los movimientos musculares voluntarios, solicitados sin cesar, no obedecen á regla ninguna, y así se les vé moverse tumultuosamente en todos sentidos correr, gritar, romper cuanto encuentran; otras veces lloran, rien, profieren palabras injuriosas toman aposturas ora amenazantes, oro orgullosas; la cara está vultuosa, los ojos brillantes, la lengua sa-

burral la temperatura normal, el pulso acelerado, las secreciones cutáneas aumentadas, el apetito desordenado acepta una clase de alimentos, como rechaze otra.

El insomnio es pertinaz sin que la medicación hiponótica mas enérgica consiga jamás hacer concíliar el sueño.

En la esfera *psíquica*, los trastornos de la inteligencia consisten en la incoherencia de las ideas y de las palabras que se suceden las unas á las otras sin órden y sin relación; una palabra suscita otra palabra, no por el significado que tiene sino por la asonancia.

En un grado mas avanzado es un verdadero torrente de ideas que fluyen con rapidez asombrosa y que el enfermo se encuentra en la imposibilidad de expresarlas.

Las ilusiones son casi infaltables en los maniacos principalmente del oido, del olfato y de la vista, tienen en efecto la ilusión de que los objetos han cambiado de forma, de tamaño ó que se han transformado en otros; los sonidos ó los ruidos y los olores son interpretados de diversas maneras que provocan ideas de envenenamiento, de terror ó ideas religiosas.

Las alucinaciones son menos frecuentes que las ilusiones y suelen faltar á veces siendo movibles y fugaces como el delirio.

La sensibilidad moral y los sentimientos afectivos sufren profundamente, y así se les vé unas vec

expansivos, contentos, otras veces malvados, vengativos, ambiciosos, en una palabra todas las pasiones están animadas de la sobreexcitación, de la movilidad propía á las rápidas ímpresiones.

Este período cuyos rasgos principales se acaba de trazar duran un tiempo que varía entre cuatro y seis meses, época en que empiezan á disminuir la intensidad de los síntomas, anunciada por los intervalos de calma cada vez mas espaciados hasta que la disminución paulatina de la agitación, del delirio, de las ilusiones y demás fenómenos mórbidos, colocan al enfermo en condiciones de franca convalescencia. Pero no es este el único modo de declinación; la convalecencia definitiva sobreviene tambien despues de varias oscilaciones en que la enfermedad ha tenido una marcha remitente. Antes de que la razón haya vuelto á su quicio y de que se hayan recuperado todas las funciones, el sujeto se siente fatigado, con ligera afalalgía, con una sensibilidad esquisita que le hace muy impresionable.

La evolución total de un acceso franco de mania que ha terminado por la curación, se efectúa para el mayor número entre 4 y 5 meses.

Variedades de mania.—La excitación maniaca no es propiamente una entidad clínica sino un simple episodio que puede presentarse en cualquiera de las otras formas de alienación, tales como la locura epiléptica, histérica, periódica, parálisis general; de modo que del punto de vista de la evo-

lución debe ser considerada como un fenómeno transitorio.

La mania furiosa considerada por los autores como el mas alto grado de intensidad maniaca que ha hecho derignar á Esquirol con el nombre de la cólera de un delirante. Esta variedad evoluciona rápidamente, sobre todo cuando en su etiología entran las causas de órden moral.

La mania periódica recorre dos formas distintas: 1° Los accesos de corta duración se pueden repetir cada 15 dias ó un mes, durante los cuales sobreviene uno lucidez incompleta; 2° Los accesos son de larga duración separados por intervalos lácidos prolongados de varios meses á varios años en que el sujeto se mantiene normal con la tendencia constante á las recaidas. Tanto una como otra forma puede pasar al estado crónico, sistematizarse ó terminar en la demencia.

Las manias sintomáticas que se presentan en el período inicial ó en el curso de muchas psicosis y de algunas neurosis tienen por característica la invasión rápida, la facilidad con que llegan á su acmé, duración corta y terminación brusca.

Considerada de una manera general la evolución de la mania idiopática recorre los tres periódicos indicados, y ofrece varios modos de terminación: el pasage al estado crónico que tiene lugar en un tiempo mas ó menos largo, á la demencia sin pasar por el estado crónico y por la muerte.

Por lo que respecta á la estadística del Hospicio

de las Mercedes, á continuacion se expresan los datos numéricos relativos á 211 casos de mania aguda asistidos en 5 años: curados 74; mejorados 42; fugados 7; fallecidos 66; existentes 22.

La curación de la enfermedad en los 74 curados es en un término medio de 148 dias.

Causas de la muerte

Marasmo	24	Afecciones cardíac.	4
Aff. digestivas	11	Hemorragia cereb.	1
Congestion cerebr,	13	Afecciones varias.	8
Afecciones pulmonares	5		

Melancolias.

No és posible hacer una descripción de conjunto de las mauifestaciones sintomáticas que corresponden á los periodos de cada una de estas modalidades clínicas, sin antes entrar al estudio de su forma típica, ósea, la melancolia aguda; así se evitarán inútiles repeticiones.

La invasión es generalmente lenta, muy raras veces á consecuencia de una fuerte emoción, aparece de golpe la enfermedad, siendo la regla que el futuro melancólico presente una serie de modificaciónes que caraterizan el periodo prodrómico en que se observa un estado de vaga é indefinida tristeza, de abatimento, mal estar general. insomnio, desarreglos gastro-intestinales. Desde muy al prin-

cipio; el sugeto se preocupa con iusistencias de sus asuntos, de sus actos y dc su conducta que darán origen en un termino mas ó menos largo á las concepciones delirantes de naturaleza triste y á la depresión moral, que constituye el fondo de la enfermedad.

En el periodo de *estadio* los tastornos psíquicos se revelan desde un principio por una tenacidad de las concepciones delirantes, que consisten en una prostración del espíritu. ideas de ruina, de impotencia, de culpabilidad, de deshonra, de envenenamiento. Se atribujen á si mismos las immensas desgracias que pesan sobre ellos, y entreveen un porvenir lleno de atroces tormentos; se creen perseguidos por la justicia por delitos y ofensas que han cometido y piden proteción ydisculpas; se sienten pusilánimes, temerosos, impotentes y se lamentan expresando- su angustia y desesperación porque no pueden luchar contra el inmenso sufrimiento moral que les aqueja. Su languaje y su voz lenta y apagada, se obstinan en hablar poco ó se encierran en un mutismo mas completo; otras veces es un simple gemido ó palabras entrecortadas que apenas se consigue arrancarles.

La voluntad y los sentimientos afectivos tambien se encuentran perturbados, y así unas veces se manifiestan exaltados, otras se muestran aprehensiuos por su familia‘ otros permanecen apáticos é indiferentes paraa con ellos y para con todo lo que les rodea.

Las alucinaciones y las ilusiones tienen una estrecho conexion con las ideas delirantes; á menudo son voces injuriosas y acusadoras que les inquietan; apariciones fantásticas de todas clases que les abruman; aprecian las palabras los ruidos y los demás fenómenos insignificantes que se producen á su alrededor, como la expresión de un insulto, ó como la señal de su proxima muerte. El olfato y la sensisibilidad suministran tambien complejas alucinaciones é ilusiones.

La *sitiofobia* adquiere en esta clase de alienados proporciones alarmantes, que deriva de su proprio delirio y es mantenida por el estado saburral del aparado digestivo. El rechazo de los alimentos es hasta cierto punto pasivo, pero no estan obstinado como el que presentan los perseguidos; de todos modos la alimentacion con la sonda se hace necesaria.

Las tendenias al suicidio son frequentes en la malincolia aguda, dependen de la profunda convicción que abrigan de que su esistencia se ha hehco insoportable ó indigna ó porque creen encontrar en la muerte el merecido castigo á sus faltas imaginarias. Los impulsos suicidas no pasan generalmente de símples proyectos porque les falta la energia y la decisión necesarias para llevarlos á cabo, pero en un acceso de raptus melancólico pueden acabar con sus dias.

En la esfera somática, llama desde luego la atención, la actitud pasiva del enfermo como el as-

pecto triste, la cabeza caida subre el pecho, la laxitud de los miembros‘ la marcha penosa, la fisonomia marchita, la vista fija, el seño fruncido como si estuviera sumido en profundas meditaciones ó se encontrara bajo el influjo de un intenso dolor interno y reprimido. Por el contrario, hay otros que se presentan mas animados de ansiedad y de agitaciòn, hacen gestos de dolor ó de desperación, lanzan gritos, lloran, gimen, se mutilan el cuerpo, se desvisten y rompen su ropa, movimientos automáticos indifinidamcnte del mismo modo repetidos.

Las alteraciones del sueño consistentes en ensueños terroríficos ó en sueños incompletos y las alteraciones de la sensibilidad especial y general son mas ó menos intensas en este período.

La circulacion periférica adolece en cierto grado de astenia la hematopoiesis es incompleta; el pulso en cuanto á frecuencia y plenitud es muy variable encontrándosele casi siempre pequeño y lento; contrastando con la energía del impulso cardíaco.

Los movimiontos respiratorios son lentos y superficiales sobre todo en las formas estuporosas, viendose agitadas é irregulares en las formas agitadas.

Las funciones digestivas están siempre alteradas, la nutricion retardada, las secreciones y las escreciones se encuentran muy disminuidas, á veces abolidas Las orinas del melancolico son más toxicas que las normales como se desprende de las investigaciones intituidas por Charcot, sin saberse toda-

vía á ciencia cierta á que sea debido esta hipertoxicidad.

Tales son de una manera resumida, los síntomas principales de la melancolía típica; veamos ahora cuales son las otras formas que se distinguen entresi, sea por los rasgos especiales del deiirio ya sea por la ausencia ó presencia de estos estados morbidos, ya sea en fin por la forma intensiva de los síntomas.

Melancolía con conciencia.—La ausencia del delirio es la característica de esta forma. Sin causa apreciable el sujeto se deprime poco á poco, abandona su ocupacion ordinaria, siente disgusto y repugnancia por las cosas de la vida, descuida su persona, se abate, se siente presa de un sentimiento marcado de impotencia fisica y moral. En vano lucha sin cesar para alejar de su mente estos tristes presagios porque se dá euenta de su estado y trata de dar una esplicacion de las ideas que le obcecan incluso las del suicidio y homicidio que pueden realizarse cuando ha llegado el colmo de la desesperacion.

La evolucion de esta forma es larga, á menudo interrumpida por intérvalos de corta duracion. El pronostico no es favorable pues generalmente termina eu la variedad ansiosa.

Melancolía nostàlgica.—Empieza por una exaltacion de la imaginacion y de las facultades mentales que generan ideas é imágenes representativas de su pais natal que van acentuandose cada vez mas

hasta convertirse en verdaderas ilusiones. La afeccion disminuye, la incoherencia y la idea fija aparece, toma actitudes que indican el estado dc tristeza y sentimiento doloroso que le deprime y nc le dá reposo, cayendo así desalentado é inerte. Paralelamente sus fuerzas se agotan, la circulacion, la nutricion etc. se hacen pésimas enflaquece rapidamentc y concluye generalmente por los avances de la caqnescia o poi una afeccion pulmonar, la tuberculosis.

Melancolia ansiosa.—Desde el periodo prodromico pueden ya pintarse en la fissionomía del sujeto los rasgos predominantes de esta forma, revelando el estado de inquietud y de angustia, rasgos que más tarde se acentúan y se definen. Basta haber visto una sola vez enfermos de esta clase para que no se borre de la memoria y en presencia de otro caso no es posible error de diagnóstico. Está en continuo movimiento, se incorpora á cada instante en su cama se saca la ropa, llora y se desespera, hnyendo de un lado á otro su cara expresa dolor, su lenguaje por lo general reducido acusa sus ideas delirantes por palabras que expresan ansiedades y tormentos. A este grupo pertenecen m´s particulanmente los auto-mutiladares y los suicidas por lo que exigen una vigilancia rigurosa. La duración de esta forma es bastante larga y por lo tanto dificil máxime cuando entra como factor etiológico la edad avanzada y cuando en el curso se han presentado repetidas veces paroxismos de agitacion seguidos de calma

relativa. El enfermo cuya imágen se vé en el nº 5 lleva ya dos años de enfermedad habiendo entrado en un periodo demencial. La demencia es una de sus terminaciones, ó el pasaje á la varíedad estupurosa.

Melancolía estuporosa· Conócense dos grados de estuporen el melancólico, uno en que predominan las ideas delirantes y otro en que el estupor es simple con delirio marcado. El estuporoso presenta una actitud y una fisionomía qne le especuliar: permanece estáticos sin movimiento susceptible, de adaptar actitudes caialeptiformes, los rasgos de la cara constraidos, la mirada fija, las extremidades finas y cianosadadas, la temperatura baja el pulso lento, la respiracion silenciosa que parece indicar el más alto grado de indiferencia y arrobamiento por el mundo real y todos los medios que se empleen para sacarlo de esta contemplacion interior fallan ámenudo Este estado es de duracion variable puede evolucionar hacia la curacion y entonces el enfermo parece que hubiera salido de un sueño terrorífico cuyas diversas fases recuerda y refiere con algunos detalles· La muerte consecutiva al marasmo entra tambien en los modos de terminacion.

Melancolía agitada.—Caracteriza la modalidad que más se asemeja á la manía por los síntomas de agitacion gritos de dolor, la inquietud, el continuo movimiento, pero es infaltable el fondo triste de sus ideas delirantes que expresan culpabilidad, temor ó terror.—El insomnio es pertinaz y la respiracion a-

celerada la denutricion hace progresos y desde este momento el enfermo puede curar ó pasar paulatínamente al estado crónico con ó sin complicaciones.

Melancolia religiosa. — En esta variedad las ideas delirantes, las ilusiones, las alucinacíones giran al rededor del misticismo relacionadas con la religión que profesa. Se inculpan de haber faltado á Dios, se acusan de todo género de faltas y se entregan á oraciones y práticas religiosas para alcanzar la misericordia celeste. Por el mismo motivo rechaza los alimentos, se priva de todas sus necesidades como una penitencia impuesta á sus pecados y el estado de ansiedad á que llegan puede manifestarse por gritos, lamentaciones, gemidos, atormentados como se hallan por las falsas interpretaciones de ciertos trastornos nerviosos tales como las neuralgias, las calambres, las anestesías y las hiperestesías. La fase de ilusiones sensoriales y de alucinasiones se acentua y entonces las visiones, las voces, los olores, son atribuidos al demonio que se apodera de su alma y penetra en todo su cuerpo.

La *Demonomania* es una sub-variedad que se divide á su vez en géneros pero hacer su descripción sería ir mas allá del objeto que se propone esta ligera enumeración de los síntomos. Basta saber que la melancolía religiosa dura hasta dos años y que puede ser susceptible de una evolución favorable ó pasar al estado de melancolia nostalgica.

Melancalia persecutoria. — Las ideas de persecu-

ción predominan en esta forma que entrañan un peligro real para la vida del enfermo porque manifiesta impulsos suicidas y homicidas

Melancolia hipocondríaca. — El melancolico atacado de esta variedad trata de esplicar la concentracion de su espíritu y el tono triste de su estado, por la presencia de fenomenos que se pasan en su propio cuerpo. Se aqueja de múltiples enfermedades imaginarias, estrañas sensaciones, ansiedad y angustia que se acompañan de trastornos digestivos, circulotorios y nutritivos reales. El onanismo á que se entregan á veces con furia, es el resultado de la perversion sexual, debido talvez á alteraciones de la sensibilidad. Otras veces son accesos panofobicos, mas particularmente la sifilofobia y la hidrofobia con agitacion é impulsos suicidas. Esta forma es mny grave; el pasage el estado cronico y la muerte son su terminacion.

Marcha, duración y terminación. — Las manifestaciones diversas de la melancolia pueden presentarse tambien en otras enfermedades, uuas veces como fenomenos prodromicos, otras veces como episodios de intercurrencia, tales como en la parálisis general, en la histeria, en los delirios sitematizados etc.

La marcha de la melancolia puede ser continua, intermitente, aguda, sub aguda y cronica. En efecto, el acceso de malincolia no es se un todo continuo; en su curso sobrevienen remisiones y esacerbaciones coincidiendo las primeras con las ho-

ras del dia, y las segundas con las de la noche, en que la angustia se presenta debilitada, y obedecen á causas dependientes de la constitucion organica y psiquica.

Las de tipo agudo y sub agudo, tienen una marcha rápida, pues los elementos mórbidos que la deben formar, aparecen mas ó menos pronto, mientras que las de tipo cronico afectan una marcha lenta, en que los síntomos permanecen indefidamente apagados.

La intermitencia es otro factor que interviene para formar al tipo íntermitente de los degenerados.

La duracion es muy variable y depende de muchos factores entre los cuales se encuentran las causas que la motivaron, las formas, y las condiciones heredítarias é individuales. Habria que distinguir entre la duración de las que *curan* y de los que pasan á la *cronicidad* o se trasforma en otras modalidades y las que terminan por la muerte.

Heí aqui el cuadro resumido de las distidtas formas de melancolicos asistidos en 5 años en el Hospicio de las Mercedes incluyendo las sintomáticas.

Melancolias	Curados	Mejoredor	Sin mejori.	Fallecidos	Fugados	Esistfntes	Tqtaü
Meloncolia alcoholica	30	21	1	16	9	11	88
,, persecutoria	23	34	4	12	11	22	106
,, apática	16	22	3	13	—	13	67
,, ansiosa	13	11	2	4	2	10	42
,, simple	18	20	1	8	6	22	75
,, agitada	—	2	—	—	—	—	2
,, estuporosa	2	1	2	3	1	1	11
,, cronica	—	—	—	2	—	2	4
,, religiosa	3	1	—	2	1	8	15
,, hipocondriaca	2	1	1	—	—	2	6
,, aguda	6	8	4	6	—	19	43
,, sub aguda	—	2	1	—	—	1	4
,, intermitente	—	—	—	1	—	—	1
,, de los degenerados	—	—	1	—	—	1	2
						Total	466

La terminacion por curacion es anunciada por la desaparicion paulatina de las manifestaeiones morbidas tanto de la esfera psiquica como de la esfera fisica· El selirio se apaga, la ansiedad, la angustia, la inquietud se trocan por una calma halagadora; las ilusiones se debilitan y se estingnen, la fisonomia recobra sus rasgos normales, las funciones orgánicas se restablecen.

La estadística del Hospicio dá las siguientcs cifras para la duracion de los curados:

28 casos curados duraron
2876 dias. — Termino medio 103 dias.
20 „ 1721 „ „ 86 „
18 „ 3316 „ „ 184 „
16 „ 2343 „ „ 146 „
13 „ 1875 „ „ 144 „
5 „ 478 „ „ 96 „
4 „ 325 „ „ 81 „
3 „ 415 „ „ 138 „
2 „ 547 „ „ 273 „
1 cas curado duró 146 dias.
1 „ 140 „
1 „ 291 „
1 „ 23 „

Lo que dá un término medio general de 128 dias para los 113 casos curados. Debe tenerse en cuenta para asignar un valor real á estas cifras que nuestros enfermos ingresan al asilo en periodos avanzados de su enfermedad, lo que hsce sufrir grandes varíaciones.

La cronicidad y la demencia son dos otros modos de terminacion — El demente y el cronico son dos tipos distintos, en el uno las ideas delirantes se condensan en una formula invariablemente repetida la misma, los gestos, los movimientos son automaticos — en el otro la decadencia cerebral es notable, ha tomado todos los caracteres de un imbecil. Esto no quiere decir que el cronico no se convierta en demente.

Por último la muerte señala otro de los modos

de terminacion, debida en las formas agudas á una complicocion cerebral, á una enfermedad incidental, y en los cronicos al marasmo o á afecciones divesas preparadas por el debilitamiento progresivo del organismo.

La muerte de los 66 casos habidos ha obedecido á las siguientes causas:

Marasmo	22	Aortitis	1
Congestion cerebr.	9	Disenteria	1
Tubercolosis pulmonar	3	Asfixía por suspension	1
Edema cerebral	2	Cangrena del pulmon	1
Meningitis	2	„ de la boca	1
Colera	2	Endo-pericarditis	1
Congestion pulmonar	2	Pleuresia esexudetiva	1
Neumonia	3	Uremia	1
Enteritis	5	Fiebre tifoidea	1
Hemorragia cerebral	3	Congestion aguda del pulmon	1
Aneurisma de la aorta	1	Degeneracion grasosa del corazon	1
Insuficiencia aortica	1		
Rectocolitis ulcerosa	1		

Demencia aguda

Designada por los autores franceses con el nombre de estupidez, la demencia aguda, ha sido ob-

tervada y estudiada ya por Pinel y Esquirol. Este último la asimilaba á los estados de idiotismo y Baillarger las colocaba entre el estupor melancólico. A Chaslin se debe el haber deslindado esta forma de vesania y el haberla elevado á la categoría de entidad clínica con le nombre de confusión mental primitiva. Se trata aquí de la confusión mental primitiva considerada como afeccion autónoma con su sintomatología propia, y no de la conlusion mental que á título de sintomática, episódica ó secundaria puede presentarse en las mas diversas formas psicopáticas.

La invasión de la enfermedad es muy á menudo súbita consecutiva á estados de agotamiento ó de choques psíquicos; pocas veces existen fenómenos promonitores de algunas horas ó de algunos dias, consistentes en la irritabilidad del carácter y en un cierto embarazo para coordinar los pensamientos.

Desde el principio, lo primero que llama la atención, es la actitud extraña que toma el enfermo, como si estuviera extraviado o marchara con paso incierto; la fisonomía lleva el sello de la estupidez con su miraba fugitiva y velada que le dan una expresion insolita de asombro y de espanto. Si se e interroga no halla palabras con que contestar y sufre al quererlas exteriorizar, insuperables dificultades. Esta confusion en las ideas no solo se manifiesta en el lenguaje hablado, se pone tambien de relieve en la lectura y en los escritos; se han hecho incapaces de comprender el significado de

las frases que leen, sus pensamientos son incompletos, ó las palabras dislocadas son trazadas al azar cuando escriben, lo que indica el trastorno profundo de las vias conductoras y del órgano de recepción del lenguaje.

Otros enfermos emplean sin cesar cuándo se les habla ciertas palabras, siempre las mismas, antes de empezar una frase, que no llegan á terminar, ó si llegan á formar un período el final no tiene ninguna conexión con el principio. Obsérvase igualmente el fenomeno curioso que se puede comparar á un éco y que consiste en la repeticion de la última palabra que oye pronunciar.

El *poder de la atención* es sumamente reducido, por lo que es difícil conseguir de los ccnfusos, hacerles fijar largo rato, enseguida se fatigan por el enorme esfuerzo de voluntad y de atención que tienen que desplegar. Del mismo modo la memoria ofrece de golpe grandes lagunas, á veces tan extensas que puede haber amnesia completa; pero lo comun es que recuerden vaga y confusamente todo aquello que se refiere á una época anterior á su enfermedad: lo que el confuso ha perdido es la noción del tiempo, los puntos de reparo, sujetos á las modificaciones que han sufrido los fenomenos de percepcion y de conciencia. Los movimientos voluntarios son lentos, vacilantes, impotentes, á duras penas se trasladan de un punto á otro o bien permanecen atonitos é inertes sin cambiar de lugar.

Al lado de este cuadro de síntomas se añaden otros tales como las ideas delirantes, impulsos, tics accesos de agitacion, de depresion, etc.

Las ideas delirantes tienen un tono triste, algo ade melcolico, ideas confusas de daño de persecucion, de ruina, de muerte, quc no tienen la consistencia ni la figura que caracteriza las de los sistematizados.

Los impulsos son súbitos pero generalmente inofensivos, aunque no dejan de entrañar un peligro por que son irresistibles é irreflexivos; asi, el confuso concibe rápidamente la idea de cometer un acto violento, mas cuando va á realizarlo, á olvidado su propósito casi con la misma instantaneidad con que lo concibió, y el acto, de consiguiente no se ejecuta.

En la esfera física ocurren trastornos diversos que recaen sobre la circulación, la nutricion, la hemátosis, la locomocion y las escreciones.

Los latidos del corazón y los del pulso son débiles, languidecientes, como se constata en la aparicion de trastornos tróficos, escaras gangrenas de las extremidades.

Del lado del aparato digestivo es un estado saburral, perversion del apetito constipacion ó diarrea. La denutricion es rápida, las secreciones disminuyen cuatitativa y culitativamente, en particular la orina cuyo exámen revela datos muy importantes, á saber: variaciones en la contidud de la úrea,

fosfatos así como la presencia de la albúmina, glucosa urobilina, oxalatos.

En la mujer la amenorrea es completa.

Del lado de la motilidad, fuera de los que ya se han descrito, se puede observar transitoriamente la desigualdad pupilar, los calambres, sacudidas, los temblores, pasividad y docilidad en los movimientos del cuerpo, actitudes catatónicas.

Ahora bien, la marcha de la confusion mental es generalmente contínua, interrumpida de cuando en cuando por períodos de remitencias y exacerbacioncs de duracion variable, en los euales el confuso ora está relativamente lucido, ora pasa por un estado de estupor.

La duración de esta enfermedad, término medio, para las formas abortivas de algunos días ó pocas semanas. Las formas crónicas pueden durar algunos años ó prolongarse indeflnidamente.

La curacion es uno de los modos mas habituales de terminacion, habiendo discrepancia entre los autores, sobre el tanto por ciento de los curados, así Krafft-Ebing da un 70 o/o, Wille 44.5 o/o y otros dan 50 o/o

El estado mental de los confusos en vias de curacion es digno de notarse por el debilitamiento psíquico, la pérdida de la memoria que le acompaña. Ellos no recuerdan su enfermedad sino de un modo velado, sin poder precisar ni lo que pensaban ni lo que hacian, limitándose á referir, que

no se explican por que estaban inertes, por qué les era imposible emitir sus ideas.

La demencia secundaria crónica puede ser consecutiva á la confusion mental y constituye el último término de su evolucion.

La muerte seria debida á enfermedades intercurrentes.

Obs. 7ª *(Lám. 7)—Contusión mental primitiva.*—L. P. 21 años.—Italiano.—Pintor.—Instrucción mediana. — Entra al asilo en Mayo 16 de 1898. La madre es histerica. — Sin antecedentes personales.

Antes de su enfermedad el sugeto era de caracter apacible y tranquilo; nunca ha manifestado ideas ni tendencias estrañas que hicieran sospechar en él algun cambio de caracter. — AI recibir la noticia de la muerte de la su prometida cae subitamente en el estado en que se encuentra á su ingreso. Al exameu fisico revela los siguientes sintomos: facies dc estupidez, marcha lenta é incierta, mirada vaga; coloración palida, gran demacración, reflejo pupilas normal á la luz y á la acomodación, las pupilas ligeramente desiguales, exageración del reflejo rotuliano, temblor poco marcado de la lengua y de los dedos con los brazos cstendidos. Al examen psiquico, pérdida de la memoria, no recuerda su edad. Inteligencia deprimida, no es capaz del menor juicio; sus respuestas son tardias no puede contestar sino con estrema tardanza á las preguntas que se le dirigen, empleando una ó dos palabras repetidas veces antes de contestar. Ne se

puede comprobar la existencia de alucinaciones pero sus gestos y movimientos demuestran que las hay variadas.

En este estado se le somete al tratamiento por la envoltura en la sábana húmeda y se le administran tónicos y recostituyentes.

El examen de la orina que es abundante, sedimentosa y de reacción ácida, revela disminución de la úrea (17,38 0|00), disminución de los cloruros (2,86 0|00), no hay albumina ní glucosa. A la observación microscópica, abundante cantitad de cristales de fosfato neutro de cal y de oxalato de cal, lencocitos y celulas vesicales

El estado actual de el enfermo ha mejorado notablemente del punto de vista fisico y moral: contesta con mayor rapidez, alcanza á formar trases, su memoria algo recuperada.

Delirios parciales.

A esto grupo pertenecen una serie de locuras caraterizadas por el hastorno parcial de la conciencia, fuera del cual las demas facultades mentales así como los demas fenómenos de la actividad general continuan ejercitándose normalmente y hasta cierto punto independientes.

Díriase que un yo á parte se elabora interiormente de una manera vaga y silenciosa y que surge ena idea fija que mas tarde se arraiga en la inteligencia y suplanta al yo normal.

Las alienaciones parciales designabanse antes con

el nombre de monomanias y se consideraban como entidades autónomas

La observación clínica verificada sobre todo por la escuela de Magnan en Francia, de Krafft-Ebing en Austria y de Schule en Alemania, demuestra que en los delirios parciales hay que distinguir variedades derivadas de su evolución y de su forma.

Aséptase en efecto hoy, que en estos deliríos parciales sistematizadas, hay algunos que afectan una evolución progresiva, caracterizándose por etapas bien claras; y qne hay otros en los ques el delirio tambien sistematizado primitivo no tiene una evolución cíclica

El primero es conocido en Francia con el nombre de delirio crónico (Magnan), delirio sistematizado progresivo (Cullerre) ó de paranoia crónica de los autores alemanes.

El segundo es el delirio rcpentino (d'emblée) delirio de los degenerados de los autores franceses ó paranoia aguda ó sub-aguda de los autores alemanes, formas frustras en la que pueden observare una sistematización bastante grande del delirio.

1°—El periodo de incubacion del delirio sistematizado progresivo, ha recibido de cada autor un nombre distinto cuyos principales son: Período de interpretacion deliranta (J. Falret), concentracion analítica ó análisis subjetivo (Regis), hipocondriaco (Morel) y período de inquietud (Magnan). Todas estas designaciones menos la de Fabret, representan otsos tantos estados porque pasa el futuro pa-

ranóico en los pródromos de la enfermedad. Efectivamente el sujeto se aqueja de profundo malestar, palpitaciones, zumbidos de oido, cefalalgía y muchas otras sensaciones enfermizas que despiertan su atencion y les induce á analizarse; como consecuencia su carácter se modifica, se inquieta, reconcentra su espíritu y al mismo tiempo se aisla, se torna reservado caprichoso; empieza á destacarse la idea fija y el curioso fenómeno de *autofilía*, ó sea la tendencia á referirlo todo á su persona en cuya virtud manifiesta desconfianza injustificada en los pormenores mas insignificantes de la vida de los que le rodean, viendo ó imaginándose ver en todas partes movimientos ó ademanes hostiles, refiriendo en fin doble sentido á las palabras que se le dirigen. En esta época tambien pueden aparecer algunos trastornos sensoriales más ó menos intensos y que pueden elevarse á la categoría de verdaderas alucinaciones.

2°—En este estado permanecen durante mucho tiempo, con algunas alternativas, hasta que se establece el pasaje al 2° período; de explicación delirante que se caracteriza por el desarrollo creciente de las ideas de hostilidad, de persecución, de que se declara víctima y que bien pronto se convertirán en delirio. Las interpretaciones delirantes engendradas por las ideas fijas son en el fondo el resultado de los falsos juicios y de la apreciacion errónea de las múltiples sensaciones é impresiones que el enfermo recibe. Eternamente inculpa á las mismas

cosas y se sirve de frases que giran en el mismo circulo para espresar el modo como se le atormenta y así es como acusa á la ciencia, á la electricidad, á la física, á la magia etc.

Las alucinaciones en este período son más acentuadas y variables siendo las del oido las más frecuentes; oyen por lo general voces insultantes, palabras obsenas é injuriantes, frases y amenazas que parecen salir de cualquier parte, otras veces les habla al oido en voz baja para revelarle el secreto de la conspiración que se trama contra él.

Bajo la influencia de las alucinaciones, que dicho sea de paso, representan el reflejo de sus constantes preocupaciones, se producen dos fenómenos muy estraños á la par que interesantes: el eco del pensamiento y el desdoblamiento de la personalidad. Consiste el primero en que el enfermo no tiene la percepcion auditiva de sus pensamientos y cree que estos pensamientos se esteriorizan bajo forma de voces perceptibles tambien para los que le rodean y de ahí nace la creencia de que todos deben saber sus sufrimientos. Consiste el segundo en que atribuye estos fenómenos auditivos á dos personas distintas, una sobreañadida que emite la voz, y otra que es la suya propia y que concibe el pensamiento.

Las alucinaciones del oido y del olfato se traducen por sabores desagradables (comidas envenenadas), y malos olores (azufre-gases putrefactos). Las alucinaciones de la vista son mas raras.

Las sacudidas y los sobresaltos musculares, las sensaciones de hormigueo, de quemadura, de pico teo, las sensaciones variadas internas y las ideas- de violacion y de mas turbacion, son otras tantas manifestaciones de la sensibilidad general y del sentido genésico.

El inmenso sufrimiento moral, y abrumado como se encuentra por la obcecacion de su delirio, fatigado por la lucha que sostiene con sus enemigos el desventurado paranóico considera la vida intolerable y acude al suicidio. Pero no es este el camino que más frecuentemente toma, pues se defiende de sus perseguidores huyendo ú ocultandose de ellos y dirigiendo sus quejas á la autoridad por medio de largos escritos en que expone la série de vejaciones de que es objeto.

La sistematizacion de sus ideas toma cada vez mas cohesion, mas fuerza y en un momento dado, llega á personificar su delirio fundado en un hecho real ó ficticio, convirtiéndose de perseguido en perseguidor (tipo Lasègue); período es este de los más temibles porque una vez señalada la persona blanco de su ódio y de su venganza jamás la abandona, y en medio de estos sentimientos enfermizos nace la idea del homicidio, del envenenamiento, del incendio arrastrados por un impulso ciego. A esta época se refiere la aparición de los neologismos patológicos, palabras cabalísticas con que quiere espresar sus ideas delirantes ó mombrar sus enemigos.

Este periodo en que las alucinaciones del oido son mas intensas y múltiples, el enfermo presenta una fisonomia y una actitud que es propria de los alucinados; sus ojos brillantes, su fisonomia indica ora la sonrisa ora el enfado ó la cólera, segun cual sea la naturaleza de las voces con quien habla, por lo que se le vé monologar y hacer ademanes de amenaza.

La fórmula del delirio no se condensa tan solo en ideas de persecución, existen otras modalidades de la explicación delirante, que según el predominio de ciertas tendencias, desarrolladas bajo el influjo de variadas alucinaciones, se tienen constituidos los delirios erótico, nústiceo, celoso, qolitico etc.

No entra en la índole de este trabjo estenderse sobre sintomatologia sinó marcar los períodos y sus concepciones delirantes, por lo cual no se dan mayores detalles.

3° — Cualquier de los delirios parciales, síguiendo en su evolucción llegan en un tiempo mas ó menos largo, al tercer periodo llamado de transformación de la personalidad. La transición se hace paulatina ó bruscamente. La sistemación en esta nueva fase se carateriza por una sobreexcitacion espansiva y una exageración del sentimiento de la personalidad y que se conoce con el de megalomania, delirio ambicioso.

El megalómano tiene una apostura y un modo general de vestir, que en los asilos se distinguen facilmente de los demás alienados. Marcha con la

frente elevada, la mirada desdeñosa, su voz y su palabra es enérgica y altanera, se cubren de decoraciones, insignias, toma actitudes propias al personage que representa, todo lo dual refleja la clase de sus orgullosas concepciones·

Las concépciones delirantes del megalómano son fijas y de poca extensión, pero lo que las dictingue sobre todo es el entusiasmo ó calor, el cúmulo de argumentos y los razonamientos con que sostiene y defiende sus teorias y sus ideas, hipertofiadas y quiméricas. Está siempre satisfecho de si mismo y mientras no se le contradice se muestran correctos y amables, pero en razon de su irritabilitad cualquier oposicioón que se haga á su modo de sentir ó de pensar, le exaspera y le agita.

El periodo de grandesas afecta una marcha muy lenta pero á la larga el megalómano se hace demente por un debilitamiento progresivo de sus facultades.

Todas las formas de locuras parciales progresivas del punto de vista de la evolución y de la marcha pasan por los periodos cuyos rasgos principales se han esbozado en las lineas anteriores.

En el curso del delirio sistematizado se pueden observar remissiones bien apreciables, durante las cuales, desaparecen las alucinaciones y el delirio, y el enfermo puede ocuparse de sus asuntos ordinarios, lo que no es rara ver en los erotómanos y en los megalómenos sistematizados.

La duracion de los delirios parciales, comprende-

ria la duración de cada uno de los periodos y la total de lá enfermedad. Los periodos tienen una duración variable , asi en unos es muy largo el de incubación, el de implicación delirante rápido para pasar enseguida al tercer periodo Seria dificil dar una regla ni siquiera aproximativa á este respecto.

La duración total es de suyo larga y salvo alguna complicación el enfermo vive mucho tiempo, estos son en los asilos los de mas larga permanencia.

Los modos de terminación son la incurabilidad y la demencia.

En 5 años se han atendido 376 sistematizados en distintos periodos, de los cuales mejoraron 190, salieron sin mejorar 16, fallecieron 44, fugaron 28 y quedaron 98.

Las enfermedades intercurrentes que han producido la muerte en los cuarenta y cuatro casos, se reparten del siguiente modo:

Marasmo	11	Congestión cerebr.	2
Aparato respirator.	14	Hemorragia cereb.	2
Aparato digestivo	7	Suicidio	2
Aparato circulator.	3	Enfermedad varios	3

Delirios de los degenerados.

Hay toda una clase de enfermos que no se encuadran en ninguno de los grupos anteriores, cuyos caracteres psiquicos y fisicos llevan en si los rastos

imborrables de la herencia mórbida, ó presentan anomalias que responden á accidentes patol gicos sobrevenidos en las diferentes épocas de la vida, principalmente en el periodo de crecimiento. Tales son los degeneratos hereditarios y los degenerados adquiridos.

Las diferentes vesanias adpuieren en estos sugeto,s no solo del punto de vista sintomático sinó también del punto de vista de la marcha y de la evolución, uua expresión clinica que le imprimen las manifestaciónes delirantes revestidas de caracteres espe iales.

Es sabido que en el modo de ser habitual de los degenerados, fuera de los estigmas fisicos, entran una serie de anomalias de caracter, del sentido moral, de la inteligencia, de la emotividad que les hace sumameute impresionables á las influencias exteriores. Dado cste temperamento particular se exasperan y se exaltan por las causas mas triviales, ó se deprimen y se entristecen por impresiones ligeras.

Los estados de exitación aparecen en ellas desde la simple excitación maníaca hasta la mania aguda, desarrollándose de preferencia en los que descollaban por su caracter instable.

En un primier grado el sugeto se muestra activo, diligente, verboso, padece de insomnio, concibe y abandona enseguida fantásticas empresas con una facilitad asombrosa; diriase que se está en presencia de los própromos de la paralisis general por su

carácter espansivo, movible y absurdo. Bién pronto este estado se calma ó pasa á un grado de exaltación mayor en que las ideas se mezclan confusas mal asociadas; aumenta mas aún la agitación y entonces la palabra se hace inchoerente, gestículan, se mueven de un lado para otro, tienen arranques impulsivos, sus ideas revelan concepciones ora de grandeza, ora de persecución que pasan unas tras otras sin lógica y sin orden. Toda esta agitación y todo este cuadro de síntomas variados desaparecen rapidamente, á veces del dia á la mañana, estos son delirios *transitorios*; en otras ocasiones evoluciona el delirio en varias semanas ó aun meses. Lo mas frecuente es que en el curso de estas manias se manifiesten periodos de remision ó intermisión dando á la enfermedad un caracter periódico

Los estados de depresión pueden suceder á algunos signos premonitores ó ser bruscamente consecutivos á disgustos y pesares; se tornan tristes uraños, inhábiles para el trabajo, se recojen sobre si mismos, piensan y se preocupan de la muerte, manifiestan impulsos suicidas. Con gran facilidad estos sugetos son atacados de melancolia con ideas delirantes de todas clases como sér: hipocondriacas, hambiciosas, místicas, y de culpabilidad que á veces tienen tendencias á sistematizarse.

Los accesos de melancolia se mezclan y se combinan á obsesiones raras, á impulsos irresistibles, otras veces alternan con la manía.

Obsérvarse tambien en los degenerados delirios

sistemáticos ya sea de evolucion aguda, ya sea de evolucion crónica Se caracterizan los primeros por una aparicion súbita del delirio con ideas y concepciones que generalmente están de acuerdo con sus asuntos habituales ó con sus pasiones dominantes. Otras veces predominan las ideas de persecucion, pero estas son vagas, ilógicas y desordenadas, las ideas delirantes pueden ser tambien de caracter ambicioso, místico y melancolico cuyo orden de aparicion no obedece á regla alguna. Los accesos delirantes pueden ser transitorios ó durar poco tiempo la regla es que cure del acceso, pero esa duración dura poco, el delirio se repite durante toda la vida con intérvalos variables.

El delirio sistematizado crónico se caracíeriza por accesos de una duracion múcho mas larga que los anteriores. Las mùltiples concepcion es delirantes de esta forma pueden aparecer bruscamente y adquirir un rápido desarrollo para permanecer despues atenuados ó bien se inician paulatinamente para quedar estacionados con ligeras alternativas-

Reasumiendo, la sistematizacion de las ideas en los degenerados no se hace de una manera tipica, como en el delirio sistematizado progresivo, sino llevan un sello particular que es la falta de solidez, la variedad de su naturaleza, la ausencia de sucesion regular en periodos. las constantes variaciones en la fisionomía del acceso, la poca estabilidad; en una palabra su característica es el poliformismo.

La terminación del delirio polimorfo puede hacer-

se por la curación, por la incurabilidad y por la demencia.

La curacion es posible en los sujetos jóvenes cuyo delirio no tenga tendencias á fijarse y á sistematizarse. La incurabilidad es atributo de los delirios tardíos.

Obs. 8ª. (lám. 12ª) *Delirio transitorio de los degenerados.*

—J F. A.—22 años.—Español.—Casado.—Jornalero. —Lee yescribe.—No ha sido posible recoger antecedentesheredítarios.

Antecedentes personales·—Sujeto irreflexivo y violento

Estado actnal.—Presenta una deformacion muy grande en la cabeza.—Es un acrocéfalo.—Frente fugitiva, orejas sin lóbulo y mal formadas.—Del lado psiquico inteligencia poco desarrollada.

Sujeto que es enviado por la policia en estado de gran agitacion; se debate en el lecho é intenta maltratar á los asistentes encargados de su cuidado. Tiene ideas delirantes muy variadas, de fuerzas de valor de poder, de inteligencia, de riquezas, religiosas etc,.

Baño de 35° y cloral; el enfermo está mas calmado y refiere que por la noche no habia casi dormido, que veia á su familia y pensaba en ella constantemente. Poco despues abandona el lecho muy calmado; tiene aun ilusiones de la vista; en los tranvías que vé pasar nota que vienen sus amigos á llevarlo; exige el alta diciendo estar sano y como no se la conceden, se agita de nuevo, toma un peda-

zo de ladrillo y amenaza á los asistentes, para que intimidados, le dejen salir.—Acceso de gran agitación. —Baño caliente de hora y media, permanencia en lecho, y se calma. —Pocos dias despues el delirio desaparece por completo, no trata ya de imponerse y solicita con buenas maneras el alta para ir á ver á su mujer, gravemente enfermay á trabajar. Sale curado del acceso pero al saber que su mujer ha muerto vuelve una nueva crisis de agitacion con la misma variedad de ideas delirantes, pero con predominio muy marcado de las ideas de grandeza.—Se cree presidente yofrece coronas á todo el mundo.—Hay incoherencia.

Curado por segunda vez del acceso, y cuando solo se le retenia en el establecimiento en observacion, logra fugar; tres dias despue vuelve por su propia cuenta, con objeto de llevar sus ropas. La familia refiere que durante su permanencia afuera ha observado buena conducta. Nueva agitacion que dura pocos dias al cabo de los cuales es dado de alta curado del acceso.

IV

Locuras morfologicas

Imbecilidad é idiotismo

SUMARIO – Caracteres generales de estos dos estados — Locuras observadas en el imbécil — Clasificación del idiotismo — Anomalias fisicas y psiquicas — Marcha — Duración — Terminación — Estadistica — Observación.

La imbecilidad y el idiotismo son dos estados que representan los matices distintos de la aberracion é incapacidad mental, obedeciendo ya sea á un vicio congénito ya sea á un vicio adquirido del sistema cerebro-espinal.

La imbecilidad ocupa un rango intermediario entre los débiles de espíritu y el idiota. Se describen generalmente dos grados: los semí-imbéciles y los imbéciles propiamente dicho.

Los primeros entran en la categoría de los débiles, cuyas aptitudes les permiten actuar en sociedad, pero que presentan una série de defectos físicos

y de anomalias psíquicas que se acentúan y toman proporciones considerables en los segundos. El hábito exterior de algunos imbéciles, poco difiere del sujeto normal, en cambio en otros se observa un desarrollo incompleto y tardío ó desproporcionado llevando casi siempre algunos estigmas de degeneración tales como de formaciones del cráneo y de la cara más ó menos marcadas, prognatismos alveolar y dentario, implantación viciosa de las orejas, frente angosta, mirada sin expresión, etc., que le dan al imbécil un aspecto particular. Por otra parte los órganos genitales son rudimentarios ó exageradamente desarrollados, la bóveda del paladar profundamente escavada; los órganos de los sentidos adolecen de una obtusion variable que no es debido á una imperfeccion del órgano, sino al debilitamiento intelectual que les es propio.

En la esfera psíquica las facultades intelectuales en los imbéciles presentan lagunas que se reconocen por el reducido número de sus conocimientos por la memoria escasa y lenta, por la atención apagada. Estos sujetos, han aprendido á hablar y leer tardiamente con grandes dificultades, poseen pocas aptitudes. Sin emhargo, algunos llegan á adquirir cierta habilidad en las artes, descollando por la facilidad de memoria y otros, alcanzan á aprender un oficio.

Del punto de vista moral y pasional se reconoce que los sentimientos afectivos no faltan por completo, pero predominan los instintos inferiores y las

malas inclinaciones; así la mayoría de ellos son malvados, vanidosos, eróticos muy irascibles y con facilidad se entregan á todo género de vicios, como el robo, la pederastía, el onanismo.

Las formas de locura mas comunmente observadas en los imbéciles son la manía y la melancolía; los accesos de manía han sido designados antiguamente con el nombre de *moria* y se desarrollan de preferencia en los que ofrecen un carácter versátil y turbulento. Aparecen rápidamente en manifestaciones de risas desenfrenados y estúpidos, gritos aturdidores, impulsos instintivos, actos de violencia; cuando la excitación es de poca intensidad la agitacion es pasajera, gestícula, discute, toma actitudes ridículas y obscenas, para luego calmarse.

La depresion y los accesos de melancolía, tampoco tienen caracteres especiales, en esta clase de sujetos; observarseles tímidos, uraños, hasta caer en un estado de tristeza y de apatía con ideas de suicidio

Los accesos de manía y de melancolía, se repiten frecuentemente con cierta periodicidad y á veces en la forma circular, debilitando cada vez más inteligencias tan escasas que no tardan en caer en la demencia.

La duracion de la vida de los imbéciles depende de la suma de cuidados de que se les rodea, del grado de educación que han recibido, y á no dudarlo, del medio social en que se desarrollan. Los

imbéciles epilépticos agobiados por los progresos de esta enfermedad aceleran su marcha.

Idiotismo.—La ausencia completa ó la disminucion variable y la perversión de las facultades, es la característica del idiota, cuya existencia en los últimos límites de la degeneración, no es comparable á la del animal que posee instintos mas ó menos proporcionados. Pero bajo el punto de vista científico no es dado hacer la comparacion precedente, puesto que el idiotismo es cuestion de degeneracion y no de raza, como dice Voisin.

Las variadas definiciones y clasificaciones de la idiocia unas están basadas en la anatomía patológica, en la etiología, en la fisiología, en el estado de la palabra; otras, como la de Belhomme, cuya clasificacion reposa en el desarrollo de los instintos. Como quiera que sea, una buena clasificacion segun el modo de pensar de Voisin, debe tener como elemento fundamental los defectos y la facultad de atencion, relacionados con los centros perceptivos. Así la vista de un objeto cualquiera, una llave, por ejemplo, no despierta en el idiota, otra idea que la de ruido, ó la de llevársela á la boca para gustarla. El centro de la vista en el primer caso y el gustativo en el segundo, están en relacion con sus respectivos órganos, pero la excitacion de estos centros no evoca ninguna idea contradictoria. Del mismo modo los estados efectivos no estarán desarrollados, si las sensaciones no tocan los centros de percepcion, provocando imágenes que jeneren otras nue-

vas, fenómeno fundamental de la asociación de las ideas. De manera que la imperfeccion de las percepciones por un lado, el desarrollo de los instintos y de los sentimientos por otro, suministran los elementos suficientes, para designar los diferentes grados de la idiocia.

En una primera categoría está el idiotismo profundo, absoluto, congénito, ó adquirido y comprende los anencéfalos que no poseen el mas mínimo instinto de conservacion y en una escala mas elevada el instinto de conservación existe junto con algunos hábitos; en los primeros y los segundos el automatismo es completo, faltos de atencion.

En una segunda categoría está la idiocia -incompleta, comprendiendo los que tienen instintos sensaciones y percepciones, susceptibles de alguna atencion; aquí tambien hay que distinguir aquellos que responden á las excitaciones exteriores por medio de fenómenos de percepcion, lo que indica ya que los centros perceptivos funcionan despertando en el sujeto, reacciones afectivas, y de allí que la atencion en ellos sea posible. Los de este grupo pueden progresar sensiblemente, segun que los estados afectivos les sean ó no agradables.

Por último, ocupan una tercera y cuarta categoría los idiotas que han sido educados y han llegado al rango de imbéciles, si no han sido imbéciles desde un principio; en la cuarta están los débiles de espíritu que á su vez se agrupan segun sus in-

clinaciones y segun el grado de desarrollo de sus aptitudes.

En los idiotas profundos, el hábito exterior llama singularmente la atencion, algunos están inertes casi, en su lecho, ó se hallan animados de movimientosde balanceo contínuos, lanzando cierto zumbido acompasado; otros abren la boca desproporcionadamente mostrando los dientes, enormes y cariados.

Cuando ellos llegan á marchar, la progresion se hace defectuosa, por saltos, agazapados, ó apoyados en la punta de los piés, que están afectados de contracturas.

El cráneo y la cara ofrecen numerosas anomalias de forma y de crecimiento (macrocefalia y microcefalia).

Del lado de los sentidos, la vista es muy limitada, á menudo hay estravismo, el oido y el olfato debilitados, el sentido del gusto depravado. La sensibilidad general está obtusada y los idiotas son poco sensibles al dolor, viéndoseles impasibles ante las mutilaciones que ellos mismos se practican.

Entre la anomalia de la motilidad son muy frecuenteslos espasmos, las convulsiones epileptiformes, las contracturas, las parálisis, que contribuyen á hacer penosos los movimientos ó inmovilizarlos por completo.

En cuanto á las facultades intelectuales en este grupo de idiotas están abolidas por completo no se muestran ni siquiera nn rayo de luz de pensamiento;

su voluntad es nula, el lenguaje no existe, ni aun en rudimentos, pues todo su vocabulario se reduce á gritos estridentes; no tienen conciencia de si mismos ni de lo que les rodea. La vida psíquica, pues, en estos séres está completamente extinguida, reducidos unos á los instintos de conservacion apenas esbozados y otros á la existencia tan solo vegetativa.

Los idiotas inconpletos que pertenecen á la segunda categoría, poseen un desarrollo intelectual rudimentario pero ocupan un rango muy superior á los anteriores; sus ideas son restringidas, su lenguaje escaso son mas susceptibles de sensibilidad moral.

La memoria es muy limitada pero son incapaces de juzgar ó hacer comparaciones. Algunos idiotas tienen inclinaciones especiales para el dibujo ó para la música, otros llegan á escribir y á leer merced á la preserverancia de una enseñanza bien dirigida.

En la esfera pasional, manifiestan malas inclinaciones, son malvados, vengativos y crueles; el onanismo, la sodomia y la depravacion del sentido sexual no son raras en estos sujetos.

Los defectos fisicos en este grupo de idiotas, asi como los del orden motor son menos notables que en los anteriores y en cuya descripcion no se entra por no estar en nuestro propósito.

La marcha de la idiocia depende del grado de imperfeccion de los órganos encargados de las funciones necesarias para la existencia, asi como tambien

del grado de desarrollo de su inteligencia. Los idiotas no viven largo tiempo porque las malas conformaciones de los órganos tales como el pulmon que les predisponen á la tnberculosis, la naturaleza de la lesion cerebral puede ser causa de muerte,

No debe olvidarse la lnfluencia provechosa y favorable de la instruccion de los idiotas que contribuye á elevar su esfera moral, intelectual y aun física.

El siguiente cuadro resume el movimiento estadístico de idiotas y de imbéciles durante 5 años:

	Mejorados	Sin mejoria	Fallecidos	Esistentes	TOTAL
Idiotismo	15	17	16	23	71
Imbecilidad	2	1	1	6	10
				Total	81

Causas de ta muert:

Idiotismo		Congestión cerebral	1
Consunción	6	Oclusiom intestinal	1
Congestión pulmonar	2	Enteritís crónica	1
Meningitis aguda	2	Encefalitis	1
Epílepsia	1	*Imbecilidad*	
Bronquitis crónica	1	Tubercolosis pulm.	1

Obs. 9ª (lam. 18)—*Idiotismo profundo, microcefalia.*

— N. F. —24 años de edad.—Hace 3 años de su ingreso á este Hospicio.

El padre se sano. — La madre cuando estava embarazada de N. pasó por un periodo de tristeza en que se aislaba y se creia perseguida por los vecinos. — El padre atribuye esta enfermedad á un susto sufrido durante el embarazo, con motivo de una mala noticia.

N. nació con la cabeza deforme cubierta de abundante cabellos y los huesos del craneo soldados; desde en principio la región frontal presentaba una deformación, una especie de hundimiento que despues á los 2 años, se ha ido rellenando.

Jamás ha caminado por sí solo, apenas daba algunos pasos cuando se le suspendía de las ascilas; desde la edad de 5 años empiezan las contracturas de los miembros.

De los sentidos el único que muestra señales de desarrollo es el del oido.

Actualmente, este sujeto desprovisto absolutamente de inteligencia, se mantiene inerte en la cama, come porque manos estrañas le suministran alimentos.

El cráneo es deforme y lleno de aufractuosidades notándose por la palpacion que el cuero cabelludo de un enorme espesor á tomado mayor desarrollo que la caja ósea. Los diámetros son de una exiguidad considerable, pues el diámetro transverso máximo, apenas mide 0.120 ms. (la normal es

de 0.140 á 0.160 ms.), el diámetro áutero posterior máximo es de 160 y la circunferencia de 0.435 ms. (normal 500 á 520). La cara sumamente asimétrica, la mirada sin espresion, la boca siempre abierta, mostrando grandes dientes y paladar excavado.

Los cuatro miembros fuertemente contrasturados se mantienen siempre en una misma posicion, siendo necesario rodearle de cuidados esquisitos para mantenerlo en estado de higiene, pues no manifiesta ninguna clase de necesidades ni por la palabra porque no la posee, ni por los gestos porque su sensibilidad es obtusa.

Buenos Aires, Noviembre 14 de 1898.

J. H. JARA.

Proposiciones accesorias

I

La herencia neuro psico-patológica modifica notablemente la evolución de las enfermedades mentales.

II

La fiebre tifoidea complicada de miocarditis es sumamente grave y el tratamiento anti-térmico por los baños debe desecharse.

III

El gaiacol como antiséptico local no presenta los inconvenientes tóxicos del fenol y sus derivados, y debe ser preferido en el tratamiento tópico de cierto género de afecciones cutáneas.

Buenos Aires, Noviembre 14 de 1898.

Nómbrase á los Srs. Académico, Luis Güemes, Profesor titular Dr. Domingo Cabred y Profesor suplente Dr. Benjamín T. Solari, para que, constituidos en comision, se servirán dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Buenos Aires, Noviembre 26 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno J. Héctor Jara: « En el local de la Facultad, á 26 de Noviembre de 1898, reunidos los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el ex-alumno J. Héctor Jara, que versa sobre «Las psicosis», resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto.—Pfres. L. Güemes, D. Cabred, B. T. Solari — firmado: Zenon Aguilar.

Luis M. Acuña.

Fecha ut retro.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Luis M. Acuña.

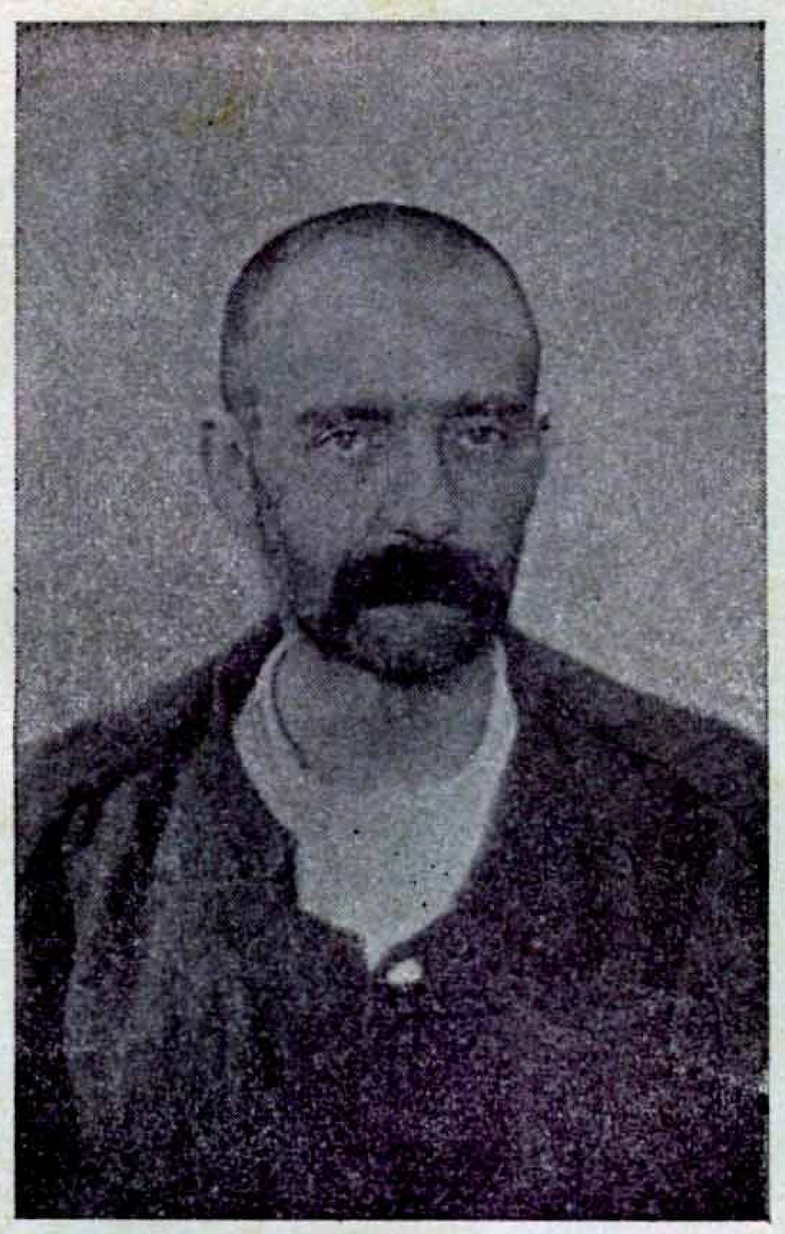


FIGURA 1ª

Parálisis generai ascendente



FIGURA 2ª.

Parálisis general ultimo periodo. Múltiples lesiones tróficas de la piel y relajación de los esfln-teres



F1GURA 3ª

Melancolia religiosa

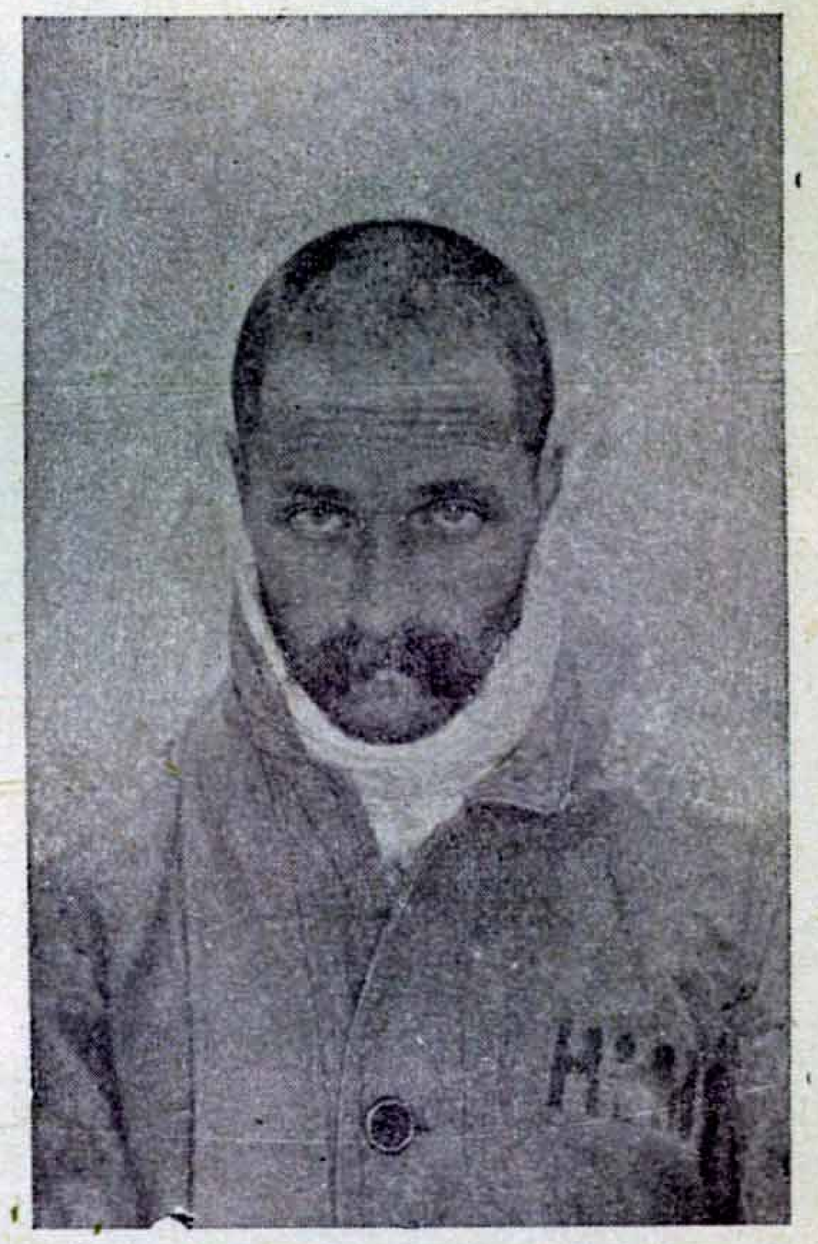


FIGURA 4ª

Melancolia aguda

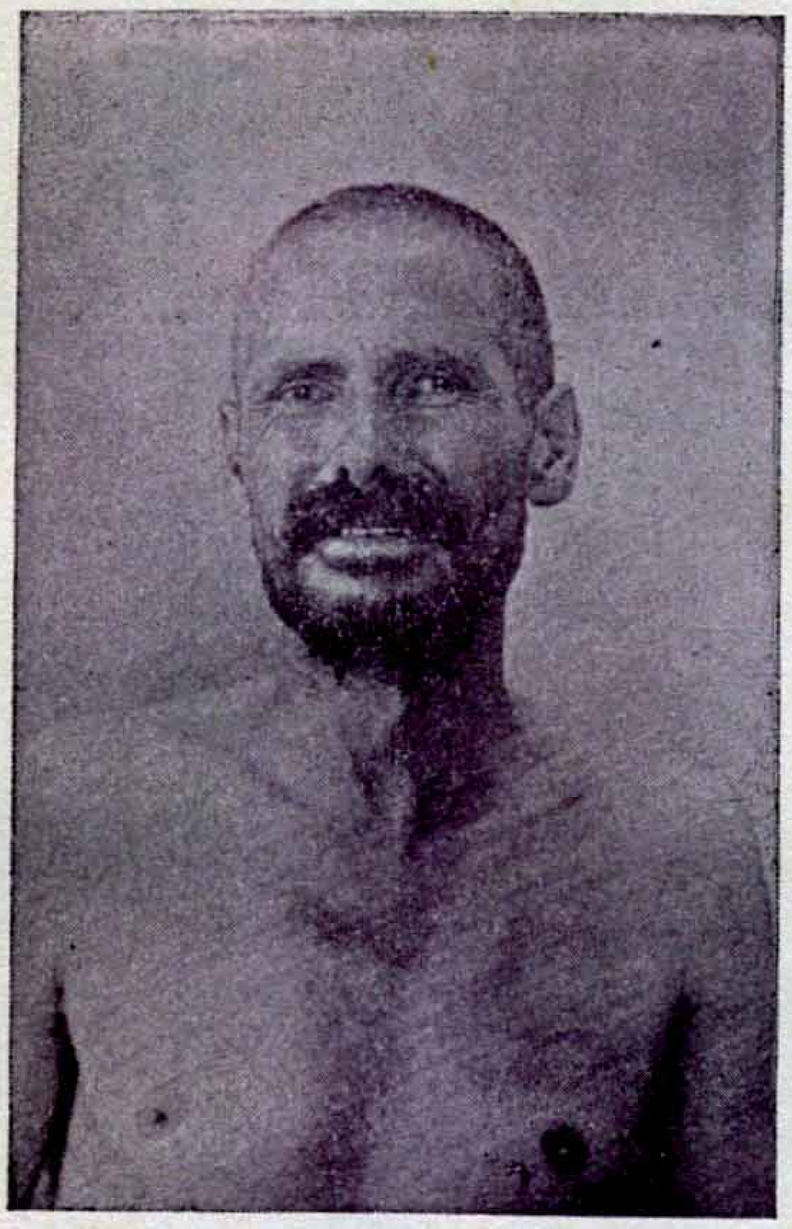


FIGURA 5ª.
Melancolico ansiosa.

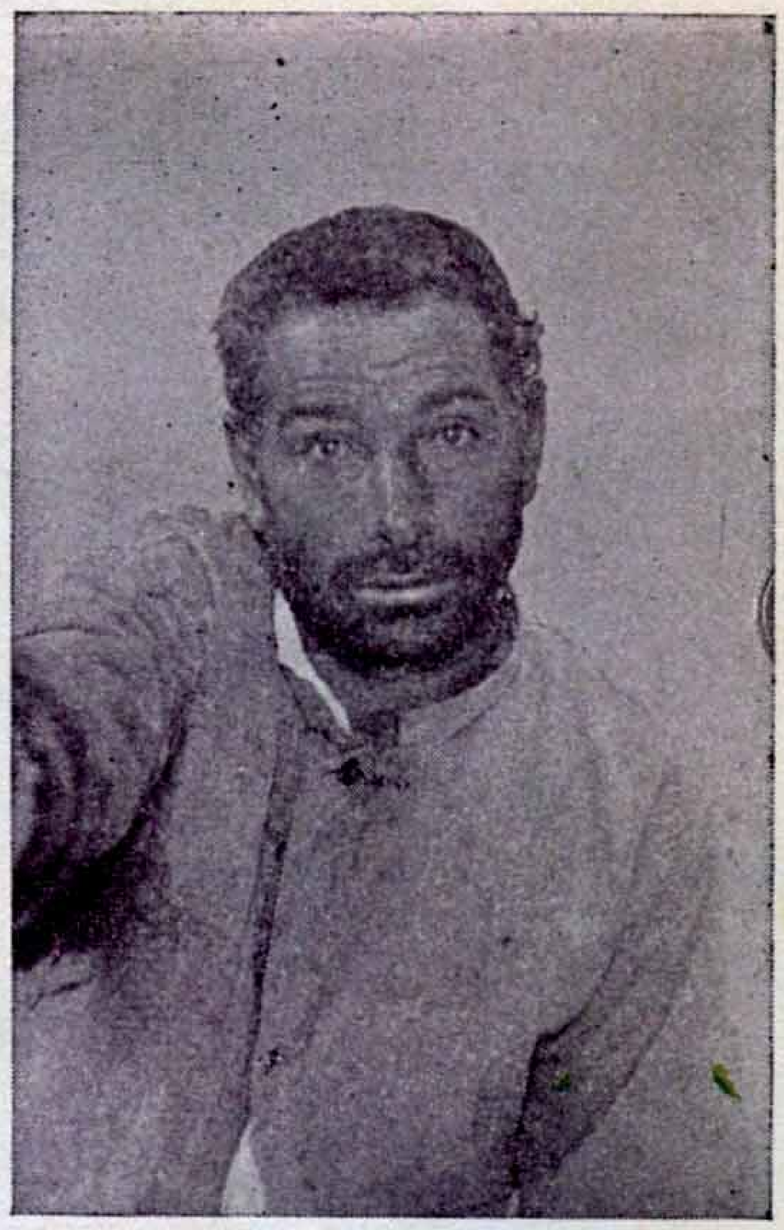


FIGURA 6ª.
Mania crónica.



FIGURA 7ª.
Confusión mental primitiva.

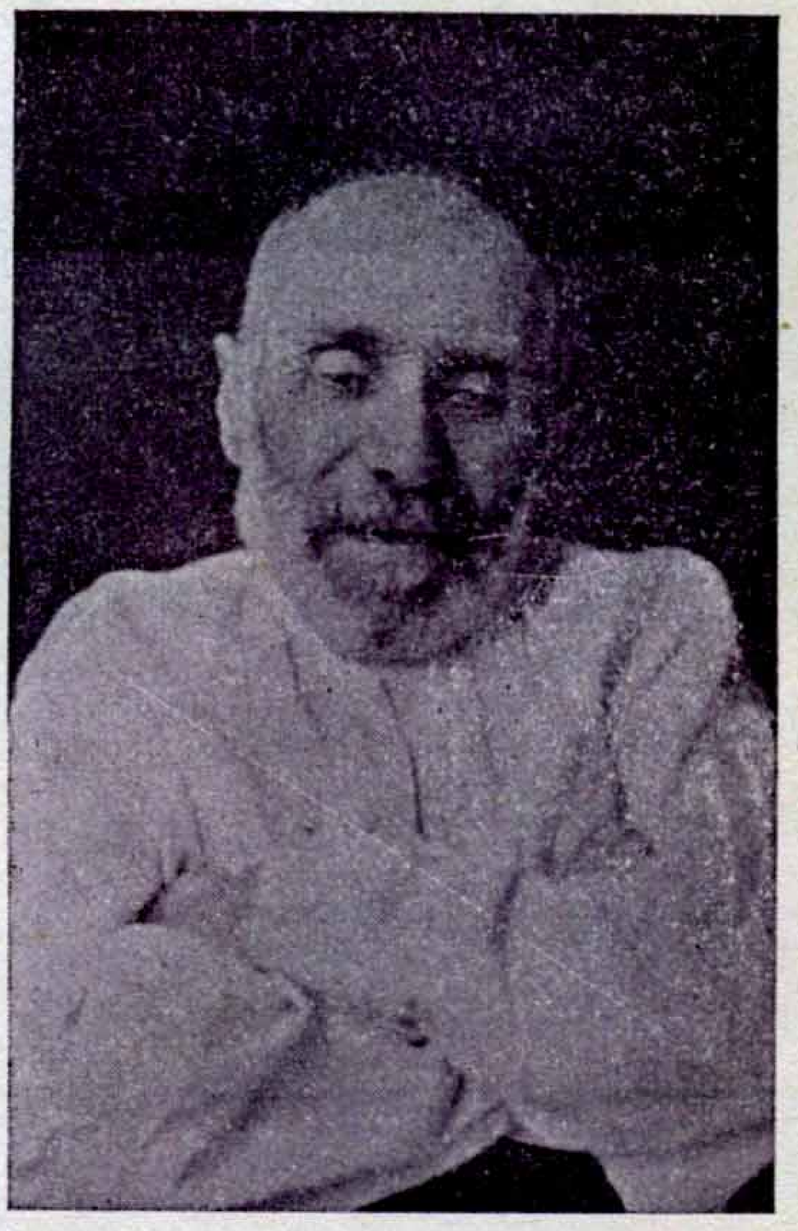


FIGURA 8ª.
Demencia senil.



FIGURA 9ª.

Delirio sistematizado progresivo 2º. periodo (alucinaciones de la vista y del oido).

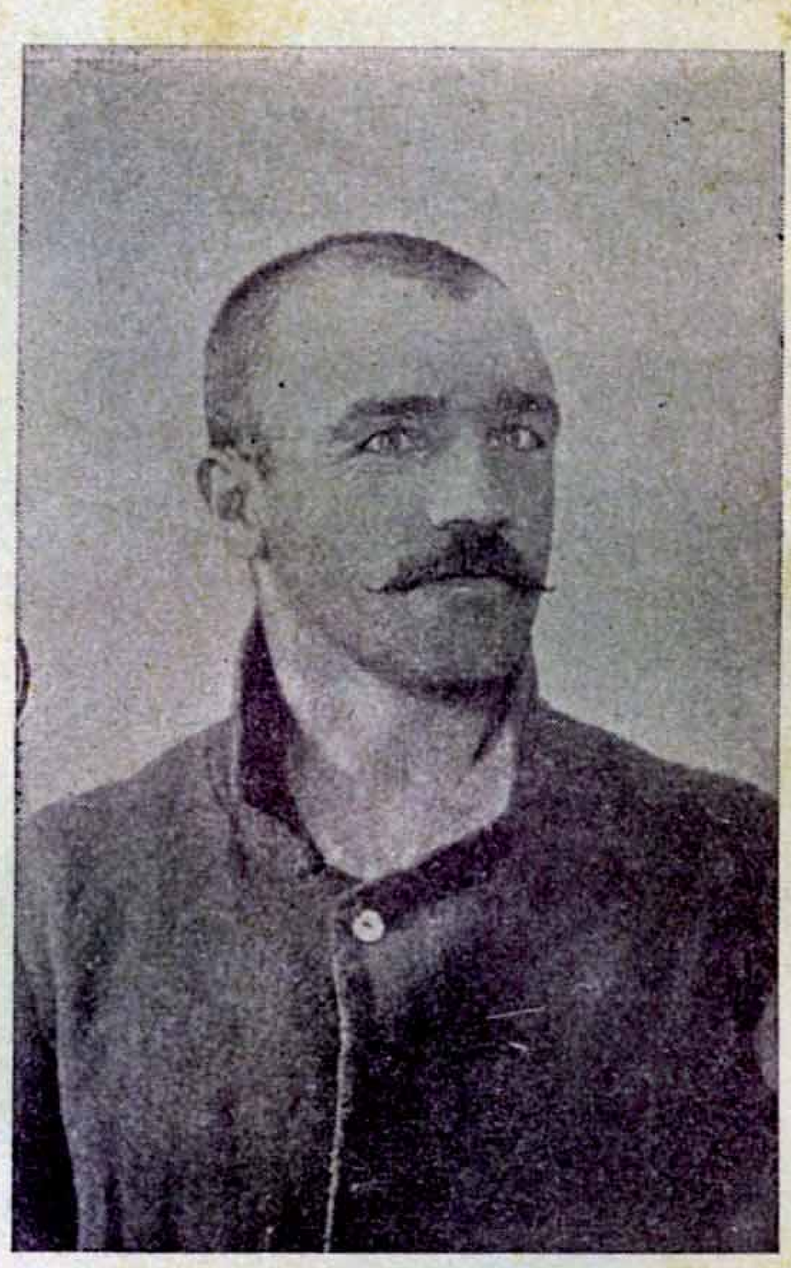


FIGURA 10.

Delirio sistematizado progresivo (estado de trancisión al periodo ambicioso — Alucinaciones del oidoy sensaciones eléctricas)



FIGURA 11.

Delirio sistematizado progresivo Periodo mogalomaniaco.



FIGURA 12.

Delirio transitorio de los degenerados Acrocefalia.

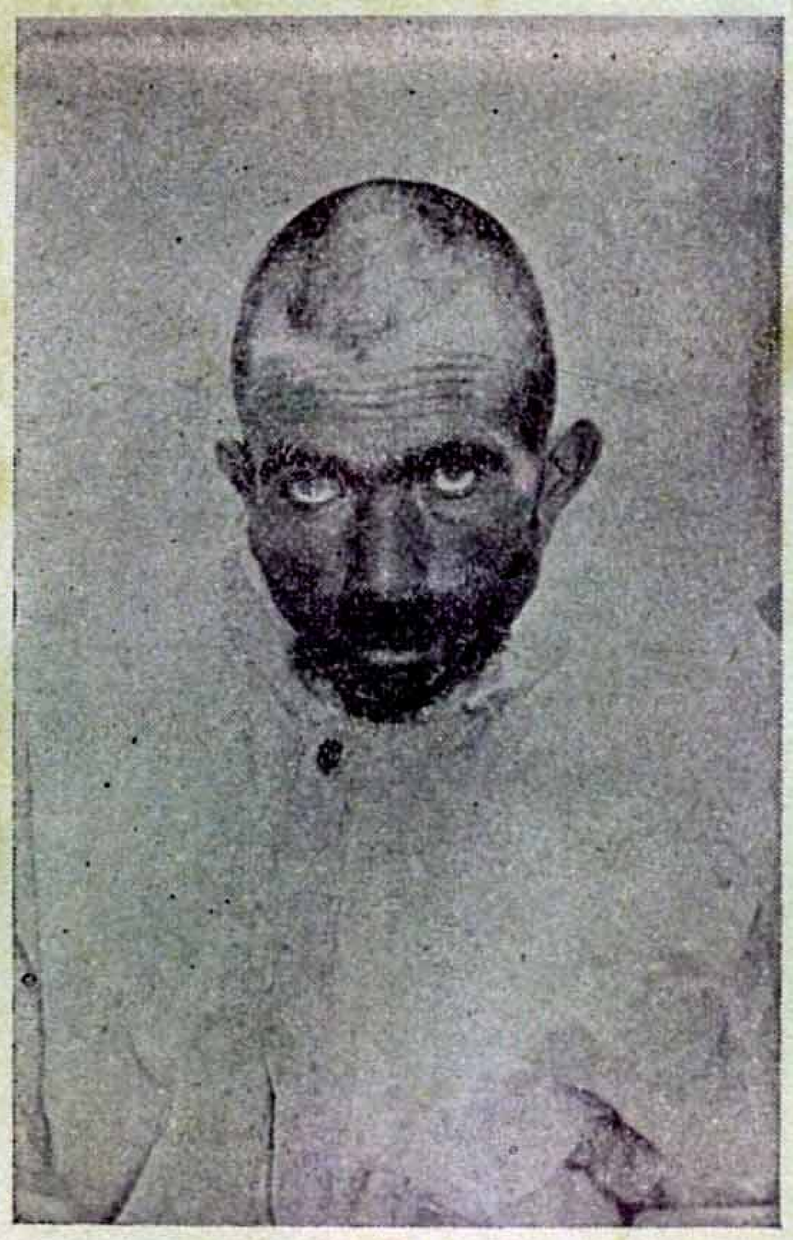


FIGURA 13.

Delirio polimorfo de los dejene rados (fase de exitación).

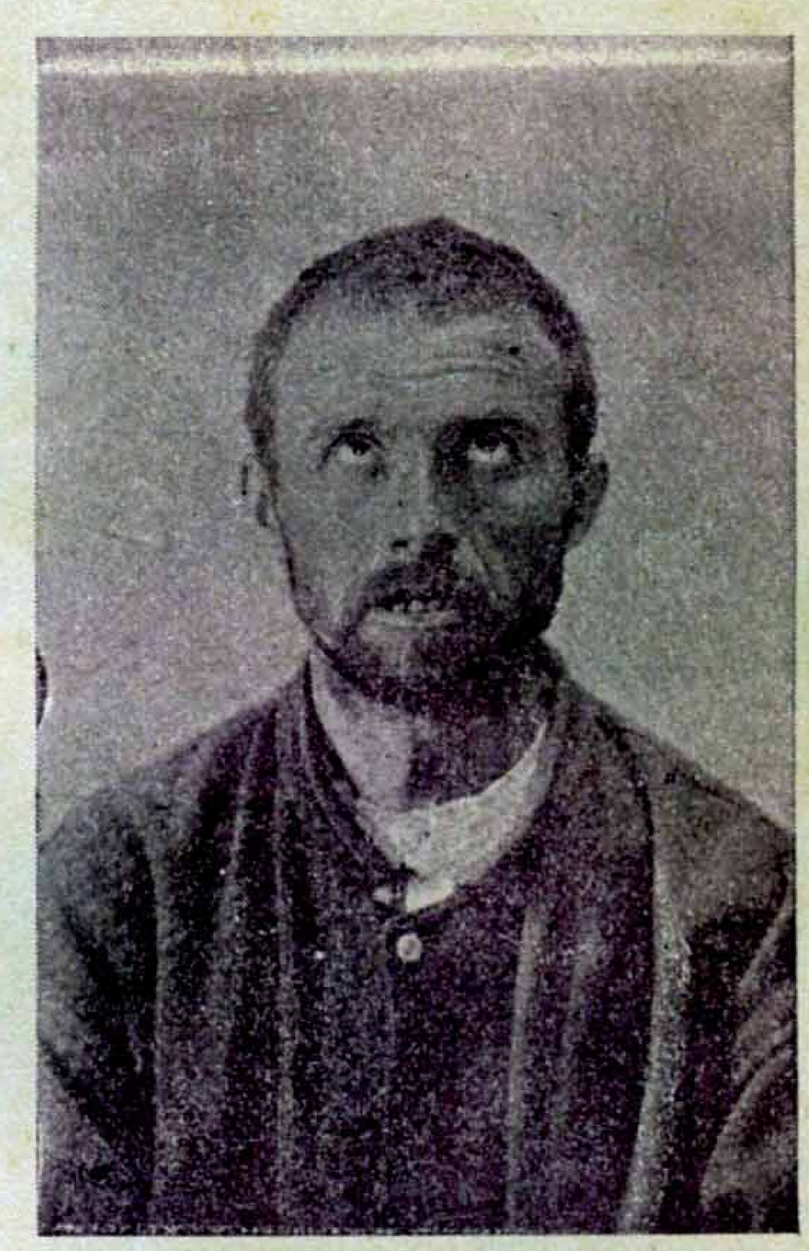


FIGURA 14.

Alcohollsmo con ideas relijiosos.



FIGURA 15.

Imbecilidad y epilepsia — Ataques impulsivos.



FIGURA 16,

Idiotismo — Hidrocefalia.



FIGURA 17.

Idiotismo profundo y epilepsia. Mutismo absoluto.

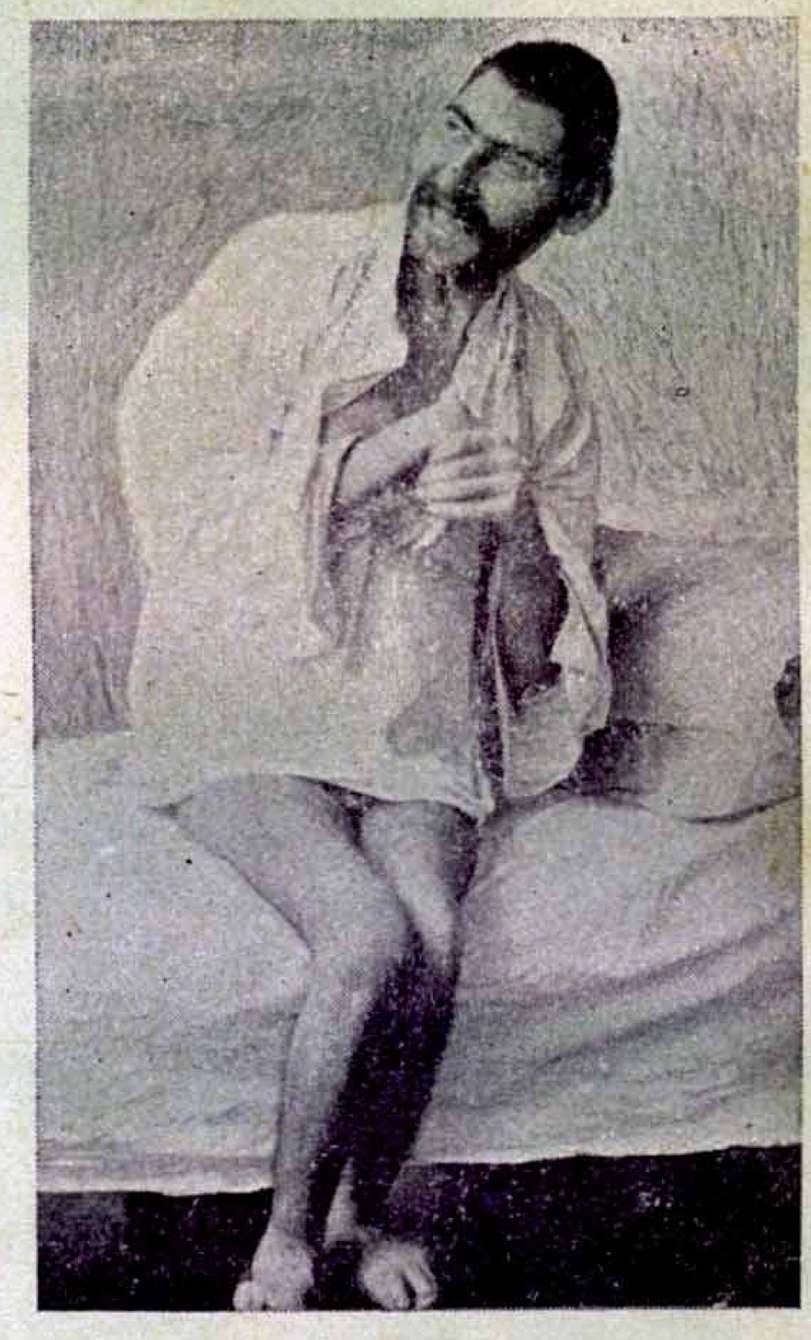


FIGURA 18.

Idiotismo profundo — Mutismo absoluto Microcefalia.