2611
TD
19

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DELIRIO AGUDO

TÉSIS

PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

WELINDO DEL MORAL

Practicante Mayor, por oposición, del Hospicio de las Mercedes

BUENOS AIRES

Imp. & Lit. MARÍANO MORENO, Defensa 574 á 584.

1889

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DELIRIO AGUDO

TÉSIS

PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

WELINDO DEL MORAL

Practicante Mayor, por oposicion, del Hospicio de las Mercedes

BUENOS AIRES

Imp. & Lit. MARIANO MORENO, Defensa 574 á 584.

1889

Art. 162 del Reglamento.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

Dr. D. Mauricio Gonzalez Catán.

Académicos

Dr. D. Nicanor Albarellos.
» » Manuel Porcel de Peralta.
» » Mauricio Gonzalez Catán.
» » Manuel Arauz.
» » Leopoldo Montes de Oca.
» » Pedro A. Mattos.
» » E. Wilde.
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas.
» » Ignacio Pirovano.
» » Pedro Mallo.
» » José M. Astigueta.
» » Martin Spuch.
» » Jacob de T. Pinto.
» » Eufemio Uballes.

Académicos honorarios

Dr. D. Teodoro Alvarez.
» » Guillermo Rawson.
» » Santiago Larrosa.
» » Ernesto Aberg.
» » Pablo Marengo.
» » Domingo Parodi.

Secretario

Dr. D. Luis de la Córcova.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICO
Anatomía descriptiva	DR. D. JUAN J. NAON
Anatomía topográfica	» » M. GONZALEZ CATAN.
Histología teórico-práctica,	» » FRANCISCO A. TAMINI.
Fisiología general y humana	» » J. M. ASTIGUETA.
Higiene pública y privada	» » ANTONIO F. CRESPO.
Patología general y ejercicios clínicos	» » JOSE T. BACA.
Materia médica y terapéutica	» » JUSTINIANO LEDESMA.
Patología externa	» » GUILLERMO UDAONDO
Patología interna	» » MANUEL ARAUZ.
Anatomía patológica	» » TELEMACO SUSINI.
Medicina operatoria	» » BARTOLOME NOVARO.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» » JACOB DE T. PINTO.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» » MANUEL BLANCAS.
Enfermedades de ojos y clínica oftalmológica	» » PEDRO LAGLEYZE.
Enfermedades nerviosas	» » JOSE M. RAMOS MEJIA.
Enfermedades mentales y clínica id	» » LUCIO MELENDEZ.
Clínica quirúrgica	» » IGNACIO PIROVANO.—LUIS GÚEMES.
Clínica médica	» » M. P. DE PERALTA.—JUAN B. GIL.
Obstetricia y clínica respectiva	» » SAMUEL A. MOLINA.
Medicina legal y toxicología	» » EDUARDO WILDE.
Química aplicada á la medicina	» » PEDRO N. ARATA.
Química aplicada á la farmacia	
Farmacia y práctica farmacéutica	» MARTIN SPUCH.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva	DR. D. JUVENCIO Z. ARCE.
Anatomía topográfica	
Histología	» » ANDRES F. LLOVET.
Fisiología general y humana	» » CÁRLOS VILLAR.
Higiene pública y privada	» » MELITON G. DEL SOLAR. (en ejercicio) ENRIQUE REVILLA.
Patología genenal y ejercicios clínicos	» » CLAUDIO BENITEZ—R. WERNIKEC.—
Materia médica y te apéutica	ENRIQUE DEL ARCA.
Patología externa	
Patología interna	» » JOSE PENNA.
Anatomía patológica	
Medicina operatoria	» » ADALBERTO RAMAUGE.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica,	» » ENRIQUE BAZTERRICA.
Enfermédades de niños y clínica pediàtrica	» » ANTONIO PINERO—FACUNDO LARGUIA (en ejercicio)
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» » EDUARDO OBEJERO.
Enfermedades nerviosas	
Enfermedades mentales y clínicas id	» » DOMIMGO CABRED.
Clínica quirúrgica	» » JULIAN AGUILAR—ANTONIO G. GANDOLFO (en ejercicio).
Clínica médica	» » ABEL AYERZA.—G. N. CHAVES (en ejercicio).
Clínica médica	» » EUFEMIO UBALLES.
Obstetricia y clínica obstetricial	» » J. R. FERNANDEZ Y LUIS F. VILA—
Medicina legal y toxicología	JUAN BAUTISTA SENORANS (en ejerc.)
Química aplicada á la medicina	
Química aplicada á la farmacia	
Farmacia y práctica farmacéutica	» » ATANASIO QUIROGA.

PADRINO DE TESIS

DOCTOR D. TESANOS PINTO

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

El estudio nosográfico y clínico del delirio agudo ofrece mas de un atractivo que seduce el ánimo del alumno que, habiendo manejado con alguna frecuencia los alienados, llega al término de sus tareas y se encuentra en el momento de hacer eleccion del tema que le ha de servir para su tésis inaugural.

La importancia práctica del conocimiento exacto de cuanto se relaciona con esta entidad mórbida, de poco tiempo conocida; mi permanencia durante tres años en el Hospital de las Mercedes, recibiendo diariamente las sabias lecciones de mi ilustre maestro doctor Lúcio Melendez, son las razones que me han decidido á emprender el difícil estudio de la enfermedad que sirve de tópico á este trabajo, y que someto á vuestra justa consideracion.

El método de observacion que he seguido para recojer las historias que me sirven de casos clínicos, es el mismo que me habeis enseñado; de vuestras lecciones he aprendido lo poco que sé; ellas me han mostrado la dificultad y la manera de salvarla, marchando con pié firme por el escabrozo sendero de la observacion y del estudio.

Al abandonar las aulas, para dedicarme al cumplimiento de los numerosos y delicados deberes que exige el ejercicio de la medicina, no se me oculta lo sagrado de la mision que se me confia, y os prometo dedicar mis esfuerzos á la satisfaccion mas exacta de este penoso cargo, el cual llenaré ayudado por el éco, aun no extinto, de las ardientes palabras de abnegacion con que siempre habeis alimentado nuestro corazon.

No me propongo, señor Presidente, desarrollar este tema en todos sus detalles, pues seria materia demasiado larga, y solo pienso tratar con especialidad los puntos que mas interés nos ofrecen, tocando, solamente de paso, aquellos que son del dominio ordinario de la patología mental.

Con el objeto de procurar el órden y la claridad en nuestro estudio, debo, antes de entrar en materia, trazar el plan que he de seguir en el desarrollo ulterior de esta tésis.

Hé ya mencionado la importancia que ofrece el estudio teórico, y es por eso que he creido necesario hacerlo preceder á la narracion de los casos prácticos. Dividiremos, pues, todo el trabajo en dos capítulos,

subdividos en párrafos que comprenderán: el prímero, historia, síntomas, anatomía patológica, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, definicion; el segundo, la narracion de dos casos de delirio agudo observados en la casa de locos.

CAPÍTULO I

Historia—No me estenderé demasiado sobre este punto; pero sí quiero dejar consignados aquí ciertos hechos que, desde luego, llaman nuestra atencion al estudiar esta enfermedad, y sobre todo, al examinar las clasificaciones que hasta hace poco se usaban en nuestra casa de orates.

No hace mucho, esta forma de locura era confundida en el grupo de delirios sintomáticos, ya sean de orígen fébril ó nerviosos, y aun con el delirium tremens, no teniendo que ver nada un alienista, ni una casa de alienados, con un enfermo de esta naturaleza. Entre los que así consideraron el delirio agudo, podemos citar á Falret, Georget, Morel y Negré. Como se vé, estos autores hacian del delirio agudo un síntoma del todo independiente de las vesanies y le denominaron *delirio no vesánico*.

Calmeil, es el primero que llama la atencion de los alienistas sobre esta forma de locura. Sin atreverse á romper con la antigua clasificacion, se conforma con indicar sus principales caracteres, haciendo resaltar

lo terrible de su pronóstico y su desarrollo en individuos afectados ya de otras formas de vesanies.

Es á Brierre (de Boismont) que pertenece el mérito de haber terminado con la antigua tradicion, para dar al delirio agudo su verdadero carácter de entidad mórbida, asignándole un sitio en el cuadro nosolójico de las enfermedades mentales.

Nuestros antiguos patologistas, solo conocian una forma de delirio agudo: *delirio no vesánico* para unos, *sintomático* para otros, creando una verdadera nomenclatura para expresar su forma, segun la alteracion patológica á que obedecia; así tenemos lo que ellos llamaban la *phrenitis* ó *phrenesia* ó sea, el delirio cuya causa encontraban en el proceso inflamatorio de las menínjes y del encéfalo: el delirio de la neumonia, de la fiebre tifoidea, el de los alcohólicos, de los opiófagos, el traumático, del parto, etc.,—sin soñar siquiera, que en medio de estas formas de delirio producido por una de las enfermedades enumeradas, existe otra que se desarrolla independiente y fuera de todo otro estado mórbido, en el individuo sano hasta entonces ó solamente afectado de otra forma de vesánies. Es esto lo que ignoraban nuestros antepasados produciendo la confusion y manteniendo oculto el verdadero carácter de esta enfermedad, tan importante por su gravedad; es esto, que Calmeil y Brierre (de Boismont) pudieron comprender por medio de una observacion clínica minuciosa y sacar como término de sus estudios la conclusion que dejamos apuntada, colocando al delirio agudo en su verdadero terreno y abriendo

amplios horizontes al estudio de tan importante como terrible enfermedad.

Etiolojía—A parte de las numerosas entidades morfológicas en que se presenta el delirio agudo afectando el carácter de un síntoma mas ó menos importante, mas ó menos durable, cuya intensidad, gravedad y lesiones patolójicas varian con la enfermedad primitiva que lo enjendra, debemos considerar el delirio agudo tal como lo hemos comprendido al hacer su historia; es decir, desprovisto de su caracter de simple síntoma y jugando para nosotros el rol de proceso mórbido, de forma nosolójica especial, con su etiolojía propia é independinte, que le asegura el sitio que tiene conquistado en el cuadro clasificativo de las enfermedades mentales.

Al hacer el estudio de las causas que producen esta enfermedad, siguiendo el plan que nos hemos trazado, dejaremos de lado las numerosas consideraciones que se refieren al primer grupo, ó sea, el delirio agudo como síntoma, para dedicar nuestra atencion únicamente el delirio agudo como enfermedad aislada é índependiente de todo otro proceso mórbido, capaz de producirlo como á uno de tantos signos, que expresan la partícipacion mas ó menos directa del sistema nervioso en la enfermedad de que se trata.

Para proceder de una manera metódica en la exposicion de las causas del delirio agudo, vamos á dividirlas en dos grupos aceptados por la mayor parte de los alienistas, entre las cuales podemos citar al distinguido profesor de la materia, en la facultad de Me-

dicína de Paris Dr. Ball. Estos dos grupos serán formados así: 1º causas predisponentes; 2º causas determinantes; ambos susceptibles de ser dicotomizados de distintos modos, pero que nosotros, dados los límites que restrinjen nuestro trabajo, procuraremos abreviar, haciendo lo posible por acumularlos el rededor de estos dos grupos de una manera clara y conveniente.

Ball, en su tratado de enfermedades mentales, ocupándose del delirio agudo, dice: "Hay un punto que me parece ofrecer una importancia escepcional. Es una nocion que domina el conjunto del problema y sin la cual es imposible llegar á un conocimiento verdaderamente sistemático de la cuestion; esta nocion es: el delirio agudo no aparece nunca sinó en los sujetos predispuestos". Todos los autores que he consultado y entre los cuales citaré á Jacond, en su Diccionario de Medicina y Cirujia, Dagonet, Schüle, Rejis, etc., se encuentran conformes en aceptar la predisposicion, orijinada ya sea por herencia ó bien por enfermedades anteriores, como la causa principal de desarrollo del delirio agudo.

Bajo este punto de vista podemos colocar en este grupo todas aquellas causas, que de un modo mas ó menos directo consumen las fuerzas de un individuo, creando un terreno apto para jerminar de la manera mas abonada, la semilla confiada á su seno por otras causas de órden diferente; entre estas causas tenemos los ataques anteriores de locura que dan al cerebro una susceptibilidad tal que le hacen capaz de dejarse avazallar por la mas insignificante causa ocasional, pu-

pudiendo sobre todo la melancólica y la nanía aguda considerarse como las que actúan mas favorablemente eneste sentido. Jacoud, en su dicionario de medicina, dice que es muy frecuente ver aparecer el delirio en individuos que hasta hace poco habian padecido afecciones cerebrales, ya sean de forma conjestiva, ya de forma esencial, ó bien. en personas de carácter violento y que se entregan al furor de un modo inmotivado.

Otra causa que tiene una accion importante en el desarrollo de esta enfermedad es el género de vida y los medios de subsistencia, siendo conocidos de todos, los desagrados morales y las fatigas físicas que sufren muchos desgraciados pertenecientes á la clase proletaria, que tanto abunda en las grandes ciudades, pudiéndose decir que el número de delirante agudos aumenta con el número de estos seres miserables y con la intensidad de los sufrimientos á que tienen que afrontar. Es esto, que Ball expresa, al decir que una de las causas de mayor influencia para el desarrollo del delirio agudo es la lucha por la existencia.

No menos accion tiene el género de vida, y es asi como se ha podido observar que esta enfermedad hace su presa ordinariamente en personas por cuya profesion, ó por hábitos licenciosos, están obligados á sufrir grandes fatigas intelectuales ó insomnios prolongados y frecuentemente repetidos, pudiéndose agregar á los últimos, la influencia perniciosa del alcohol y del abuso de los placeres carnales á que con desenfreno se entregan, los que, como ellos, arras-

tran una vida depravada y de completo olvido de las buenas costumbres y de los deberes que el hombre tiene para consigo mismo. Son estas las causas que explican las diferencias arrojadas por las estadísticas en favor del sexo masculino; siendo el hombre quien tiene que soportar de un modo mas directo el peso de estas grandes causas, pues es él, *quien tiene que comer el pan con el sudor de su rostro*; es él, quien tiene que sufrir los vaivenes de la fortuna y luchar por su existencia y la de la familia á que se encuentra ligado.

No se crea, sin embargo, que solo el hombre goza de tan triste privilejio; la mujer tiene tambien en su vida que sufrir la influencia de causas que le pertenecen de un modo esclusivo; tales son: los partos repetidos, la lactancia prolongada, las alteraciones de la menstruacion, su organizacion muscular mas débil á la par que su sistema nervioso mas impresionable; en fin, los numerosos quehaceres de la vida doméstica confiados casi del todo á sus débiles fuerzas, son otros tantos factores que procuran, de un modo incesante y sin tregua, romper la armoniosa relacion que mantiene en sus justos límites las distintas funciones desempeñadas por el sistema nervioso, colocándole en condiciones tales de receptividad, que la mas lijera causa ocasional, basta para precipitarla en el desorden y la locura, que en muchas ocasiones afecta la forma que aquí nos ocupa.

Las causas ocasionales, ó sea, el segundo grupo de nuestra division, se nos presentan á la imajinacion

como un conjunto de circunstancias que, obrando en un terreno apropiado, solo sirven para activar el desencadenamiento de los síntomas que han de formar mas tarde, por su agrupacion, la enfermedad de que se trata; es la chispa que enciende la hoguera; y el valor de su accion no es mayor que el de esta, cuando no encuentra, á su paso, elementos que encierren en su seno el calórico en estado latente, susceptible de transformarse en calor apreciable. No hay, pues, que dar á este orden de causas mas valor del que realmente tiene, siendo en este sentido muy secundarias con relacion al del primer grupo. A esta clase pertenecen los sufrimientos morales, pesares de toda especie; la pérdida de un ser querido, un negocio desgraciado, los acontecimientos de la política, y en muchas circunstancias, la mas pequeña contrariedad de la vida ha bastado para producir el delirio agudo, obrando en personas predispuestas por la influencia de causas de jerarquia superior.

Analizar de un modo minucioso la etiolojía de una forma cualquiera de locura, seria tema suficiente para escribir un libro. No siendo éste el fin que me he propuesto al emprender este estudio, me he esforzado por presentároslo tan sucinto como me ha sido posible, procurande ganar en claridad lo que pierdo en estension.

Síntomas.—Pocas enfermedades se presentan al clínico, formado un cuadro sintomático mas variado y dificil de describir con exactitud; pues, cuando se crée haber trazado con la mayor perfeccion los cargos ca-

racterísticos que se presentan al observador, nuevas formas se ven surjir de aquel campo, al parecer completamente explorado, demostrándonos de un modo claro la impotencia de nuestras fuerzas para abrazar en una descripcion la totalidad de formas que, de un modo imprevisto, se presentan en circunstancias dadas. Me esforzaré, sin embargo, en exponer en este estudio, las formas y variedades que mas frecuentemente se presentan en la práctica.

Siendo el delirio agudo una locura general, vémosle presentarse afectando de un modo simultáneo ó sucesivo todas las esferas que caracterizan al ser psíquico; es decir, la intelectual, la moral y la fisica; pudiéndose notar, en medio de la confusion y tumultuosidad de los síntomas que revelan esta alteracion, un cierto órden, que se impone en medio del desórden mismo, permitiéndonos seguir, paso á paso, los progresos de esta enfermedad de tendencia invasora y destructiva.

Cualquiera que haya observado un delirante agudo desde su principio, seguido su marcha desde el momento en que príncipiaron á notarse en el enfermo los primeros cambios que abren la escena, hasta el en que termina, sea cual fuere esta terminacion, podrá darse cuenta de los progresos graduales que hace y fácilmente llegará á establecer la division clínica siguiente: período de pródromos, de ascenso, de estadio y de terminacion. En cada uno de estos períodos, los síntomas cambian, varian de forma, intensidad y muchos nuevos se presentan.—Exponer, tan completamente como sea posible, lo que se pasa de anormal en el conjunto del ser

orgánico y en cada uno de los estadios anteriores, es la tarea que me propongo llenar en este parágrafo, y á ello concurriran todos mis esfuerzos; si lo consigo, mis propósitos quedaran satisfechos.

Desde luego, el primer estadio de iniciacion ó de pródromos, es tan variable, que ni siquiera su existencia es segura. No es raro ver individuos, que del estado mas floreciente de salud pasan como por encanto á la plenitud del delirio; de la vida intelectual y libre pasan á la engañosa y de esclavitud del loco, sin que ninguna circunstancia establezca un lazo de union entre la claridad del pasado y la obscuridad del presente. El crepúsculo no ha existido ó su existencia ha sido tan corta y poco manifiesta que ha pasado completamente desapercibida á nuestra observacion. Lo cierto es que, de un momento á otro y sin que nada nos haga pensar en el desarrollo de esta terrible enfermedad, las ideas se trastornan, las concepciones delirantes se presentan tumultuosas y en tropel á la mente de nuestro enfermo, que gesticula, grita, canta, rie, llora, etc., y mil otras manifestaciones que describiremos al trazar el cuadro sintomático del segundo período, por corresponder á él esclusivamente. Esta manera de principiar el delirio agudo no es el mas frecuente, siéndolo, mucho mas, aquella en que los pródromos bien manifiestos y fácilmente observables, aun por los mas legos en la materia, inician el proceso y conducen al más completo trastorno del ser psíquico.

Al principio, un simple cambio de carácter, una ligera variación de los gustos, una insignificante modifi-

cación de las costumbres, forman las primeras nubecillas que vienen á ocultar el azul puro de un cielo hasta entonces sonriente y bello; pero bien pronto el aspecto cambia, espesos nubarrones se dibujan en el horizonte, y marchando con paso majestuoso no tardan en desencadenar aterradora tormenta. Admira ver, como un hombre de carácter franco y prudente, de genio risueño y jovial, de costumbres moderadas y simpáticas, se torna, poco á poco, en un ser taciturno, desconfiado, que mira con recelo y procede con suma cautela; su rostro expresa la dureza de carácter y la mirada ha perdído su dulzura habitual, su corazon, siempre noble y dispuesto al bien, se ha vuelto indiferente y frio.

Estos síntomas, susceptibles de variar hasta lo infinito y que solo he descrito en su forma mas frecuente, son la primera señal que indica la série de trastornos que pronto veremos aparecer; ellos constituyen el primer período de pródrómos, que creo haber descrito.

En el segundo período ó de confirmacion de la enfermedad, los síntomas adquieren su verdadero valor. La máscara ha caido, y el cuadro sintomático muestra, en toda su plenitud, la situacion verdaderamente horrible que se pinta á nuestros ojos con toda su desnudez y sin que nada le permita ocultar á la mirada curiosa el mas insignificante de sus detalles.

No son ya simples pródromos, de valor incierto, los que se presentan á nuestra observacion, sinó la enfermedad confirmada, de naturaleza invariable, de evolucion conocida ya de antemano. Mientras que los

primeros síntomas solo nos indicaban la inminencia de un peligro, la proximidad del desarrollo de una afeccion mental que, tan pronto podia afectar la forma melancólica ó maniaca como la de un delirio agudo, la segunda clase nos muestra la enfermedad en su verdadero carácter y con sus temibles consecuencias.

Despues de un tiempo, variable en su duracion, la enfermedad estalla, las pródromos son reemplazados por síntomas de valor indudable, que marchan rápidamente hácia la terminacion, ordinariamente fatal. Vamos á describir este conjunto de síntomas, siguiendo el órden en que se presentan.

La actividad general del individuo, llevada á su grado máximo, es lo primero que nota el observador que estudía un enfermo de esta clase. Las ideas se suceden rápidamente y sin coordinacion; el enfermo reacciona pronta y vivamente bajo la influencia de las mas insignificantes excitaciones, los órganos de los sentidos se dejan impresionar mas fácilmente, la sensibilidad general y la motilidad se encuentran considerablemente exajeradas; en una palabra, el enfermo adquiere todo el aspecto de un maniaco agudo, causa de que se les confunda frecuentemente.

La inteligencia, además de las concepciones delirantes, deja sentir las alucinaciones é ilusiones que atormentan al enfermo; tan pronto interpreta erróneamente los objetos que se presentan à su vista, los sonidos que hieren su oido, los olores, los gustos y las sensaciones generales, como oye, ve y siente cosas que no existen y sin que ninguna excitacion externa des-

pierte en su cerebro las ideas que se traslucen al exterior. Todas estas modificaciones del aparato de la ideacion producen de parte del de la locomocion reacciones en completa armonía con las ideas que las sujieren; pero,de forma delirante para el observador imparcial, capaz de juzgar de lo que se pasa al rededor del enfermo; es por esto que le vemos ejecutar movimientos coordinados, pero en completo desórden, expresion jenuina de la imajinacion delirante que los ordena; es por esto que le vemos gesticular de mil maneras diferentes, adquirir las actitudes mas variadas; tan pronto son movimientos de defensa, como tendencias á disparar y abandonar el lecho; en una palabra, todos los movímientos imajinables se producen con la misma rapidez y poca estabilidad de las ideas que los orijinan.

Los sentimientos y afecciones del enfermo esperimentan variaciones semejantes; las personas más queridas por ellos cuando gozaban de su razon, se tornan los monstruos más repelentes, que rechazan con horror y encolerizados. El cariño, los sentimientos píadosos, el furor, la amabilídad, el desprecio, la indiferencia, el miedo, etc., forman un conjunto y contraste tales, que difícilmente se prestan á un estudio completo. Con la misma facilidad y casi al mismo tiempo que lloran y hacen protestas de aprecio, se les ve encolerizarse, dirijir insultos, amenazar y hasta verificar actos violentos y temibles contra esas mísmas personas que momentos antes arrancaban á sus labios las palabras mas sublimes de amor y agradecimiento. Todos los síntomas

que llevamos descritos hasta aquí le son comunes con la mania aguda; pero bien pronto encontramos otros que solo aparecen en el delírio, confundido y descrito por muchos como una *manía agudísima* ó *sobreaguda*.

El sueño se altera desde los prímeros dias de la enfermedad; es uno de los síntomas que contribuyen á formar el cuadro prodrómico y sus modificaciones siguen encontrándose hasta el final del padecimiento á que se acompaña. Al principio estas modíficaciones consisten en pesadillas frecuentes, ensueños de toda clase, que no tardan en despertar al enfermo, sobresaltado y con miedo; pero estas pequeñas alteraciones se pronuncian luego de una manera tan intensa, que pasan al estado de completo insomnio. La excitacion, con sus numerosas alucinaciones é ilusiones, impide que el enfermo concilie el sueño sinó por breves instantes, y esto cuando la fatiga y el cansancio han agotado sus fuerzas nerviosas; el enfermo recobra en estos momentos una parte de su enerjía perdida, adquiere nuevos brios para comenzar una vez más la fatigosa lucha á que, á su pesar, está sometido la mayor parte del dia y de la noche.

El sistema nervioso de la vida vejetativa no tarda en hacer sentir su participacion en la enfermedad, que no respeta ni las funciones de la vida orgánica ni las de relacion. En el aparato dijestivo se notan: la sequedad y suciedad de la boca, que se cubre de un barniz espeso y fétido; de fulijinosidades idénticas á las que aparecen en las mismas partes de los tifóideos y que dificultan la palabra y la deglucion. El apetito, puede de-

cirse que cambia por momentos: tan pronto no existe y el enfermo rechaza con insistencia los alimentos y las bebidas, tan pronto está exajerado y entonces los toma con avidez. La defecacion, unas veces, afecta la forma diarréica, y otras, es una constipacion tan pertinaz la que se presenta, que dificilmente se logra vencer. No es raro ver enfermos que se niegan tan tenazmente á tomar alimentos que se hace imprescindible el uso de la alimentacion forzada por medio de la sonda, so pena de verlos morir en muy poco tiempo por inanicion.

La circulacion y la temperatura ofrecen al estudio curiosas variaciones, hijas de las alteraciones del gran simpático y del pneumogástrico. El pulso fácilmente llega á ciento veinte y ciento cuarenta pulsaciones por minuto; pero no es raro verle descender á una cifra inferior á la normal y hacerse sumamente lento, hasta llegar á sesenta y aun á cincuenta latidos en el minuto, sin que la temperatura sufra análogo descenso, como sería de creer; su ritmo es generalmente muy irregular y tumultuoso; su fuerza varía desde el filiforme hasta el pulso lleno y duro. La temperatura aumenta y muchas veces llega á 40° y aun á 41° centígrados, siendo lo más frecuente que se mantenga entre 39° y 40°. Este síntoma aparece desde el principio de la enfermedad y toma el tipo de una fiebre continua con numerosas remitencias; pero, sin llegar á la apirecia completa.

La respíracion sufre modificaciones análogas; casi siempre está acelerada y llega á veintiseis y veintiocho

por minuto; otras veces se hacen de una manera convulsiva profundas inspiraciones para quedar por largo tiempo en la más completa inmovilidad.

Las secreciones y escreciones son tambien notablemente alteradas; la saliva, es raro que esté aumentada, siendo mucho más frecuente verla disminuida y espesa. La orina contiene algunas veces albúmina, producto de las conjestiones renales que muchas veces se producen á consecuencia del debilitamiento de la impulsion cardiaca.

El estado general del enfermo es de los más característicos y los avances progresivos del padecimiento no tardan en conducirlo de la robustez al marasmo; su físico cambia de tal manera que se hace dificil conocerlo. La fiebre por una parte, el trabajo incesante y sin tregua de los sistemas nervioso y muscular, el insomnio, la poca alimentacion, etc., son las causas que propenden conjuntamente á este resultado. El organismo consume de una manera inmoderada las sustancias nutritivas, azoadas y no azoadas. y como, por otra parte, no recibe igual cantidad del exterior, la bancarrota se produce, las economias desaparecen y poco tiempo despues el capital sigue el mismo camino, siendo asi como el tejido adiposo primero, el muscular y demás tejidos despues, se gastan rápidamente para satisfacer á sus espensas las exijencias de un organismo cuyo equilibrio nutritivo ya no existe.

Tales son los síntomas que, descritos á la lijera, constituyen el segundo periodo. Su duracíon varía con la intensidad del proceso y el estado anterior del enfermo.

El tercer tiempo que hemos aceptado en nuestra division, principia desde el momento en que el delirio ha llegado á la cúspide de su desarrolllo; cuando éste no hace ya más progresos, hay un lapso de tiempo, durante el cual, los síntomas que dejamos apuntados se mantienen casi en el mismo estado, sin sufrir más que insignificantes oscilaciones, que en nada cambian la situacion del enfermo, colocando al médico y á las personas que lo asisten en la mayor ansiedad, pues, al final de este periodo principian á manifestarse signos que nos permiten aventurar un juicio más cierto respecto del desenlace que debe tener este drama terrible.

Tres son las modos como termina ordinariamente esta enfermedad; curacion, paso á otra forma de locura y muerte. Las modificaciones que sufren los síntomas en estos distintos casos, varían con una ú otra de estas circunstancias y su descripcion constituirá el cuarto tiempo en que hemos dividido el cuadro sintomático del delirio agudo.

La curación, una de las maneras mas raras de terminar esta enfermedad, puede verificarse de dos modos distintos: en el uno, el delirio juntamente con muchos de los síntomas que le acompañan y que de él dependen, desaparece con la misma imprevision con que se produjera, pasando en este caso rápidamente del delirio al goce completo de la razon y en poco tiempo mas al del funcionamiento regular de todo el organismo. Este felicísimo resultado solo se produce en aquellos casos en que el ataque de delirio ha sido de muy corta duracion y de poca intensidad, cuando

el padecimiento no ha tenido tiempo de determinar profundas alteraciones, susceptibles de curarse solamente á costa de una convalecencia larga, erizada de peligros y dificultades.

La vuelta al estado normal se hace mas frecuentemente de una manera progresiva y lenta; en este caso la excítacion calma, el delirio disminuye, las ideas son mas ordenadas y lúcidas, la atencion vuelve por partes, y ese enfermo, poco antes indómito y rebelde se hace sumiso y cortez; el sueño, dificil de obtener á menos que se emplee el cloral á altas dósis, reaparece tranquilo y reparador. A la par que se producen estas modificaciones de feliz augurio, aunque no siempre conducen al completo restablecimiento de la salud, pues, no es raro ver reaparecer con mayor intensidad y mas amenazadora que nunca, la en fermedad en to do su esplendor y cortejo de síntomas, se nota al paciente, dándose cuenta exacta de su verdadera situacion y del peligro en que se encuentra, ayudar al médico y á los que lo asisten á obtener el resultado favorable, móvil de sus esfuerzos; en este caso el enfermo obedece con resignacion y se somete á las privaciones que se le imponen. El apetito renace y la necesidad de alimentos es tanto mas imperiosa cuanto mas privado de ellos ha estado anteriormente, haciéndose necesario vigilarle de cerca á fin de que se guarde la dieta conveniente y por el tiempo que el médico lo estime necesario, pues, de lo contrario, nos espondríamos á producir nuevos trastornos en las funciones por demás delicadas del aparato digestivo, precisa-

mente en el momento en que este empieza recien á recobrar su terreno perdido. La fiebre, los desórdenes de la circulacion, de la respiracion, las alucinaciones é ilusiones y las alteraciones del tubo digestivo van desapareciendo paulatinamente á la vez que las fuerzas renacen y el estado general se mejora como consecuencia del restablecimiento del equilibrio nutritivo, hasta entoncer alterado.

Muchas veces esta mejoría es equívoca y pasajera, haciéndose necesario que un práctico prudente no se deje engañar por estas falsas apariencias, pues, es muy frecuente que ellas lo conduzcan á abrigar esperanzas que bien pronto son desmentidas por una exacerbacion de los síntomas ó por la muerte del enfermo, obligándole á confesar su imprevision y el error de sus apreciaciones. Nunca, con mas razon, debe el médico abstenerse de emitir opiniones comprometedoras, si quiere librarse de estas desagradables alternativas que echan por tierra los títulos mejor conquistados por el trabajo y la inteligencia.

La duracion de la convalecencia es variable, pero, por lo regular, no pasa de cuatro ó seis semanas.

La terminncion del delirio agudo por el paso á otra forma de locura, susceptible á su vez de ser curada, es tambien sumamente rara y en este caso la mejoría del estado general no se acompaña de la vuelta al funcionamiento regular del aparato de la ideacion. El delirio cambia de forma haciéndose mas apacible y afectando, ya sea el carácter de una locura parcial, ó bien el de una general, pero sin ir acompañado de ese

sello especial que escluye el estado general del delirio agudo del de otras formas de locura, haciéndole mas terrible que el de todas ellas, pues, compromete no solo el porvenir intelectual, sinó la vida misma del enfermo.

Finalmente, la muerte es el término mas frecuente de esta penosa dolencia; su aparicion se hace del modo siguiente: el exceso de trabajo del sistema nervioso trae su agotamiento y de la excitacion se pasa á la parálisis y al embotamiento de la sensibilidad y de la inteligencia. Las concepciones delirantes, las alucinaciones é ilusiones ya no agitan al enfermo, que se torna en un ente insensible, casi mudo, capaz de revelar su existencia, solamente por una que otra palabra ininteligíble y débil. Sus fuerzas han dismínuido tanto que la postracion mas completa le imposibilita de ejecutar los movimientos que requieren algun esfuerzo muscular, siéndole permitido únicamente aquellos que se producen sin la necesidad del concurso de gran trabajo. La relajacion muscular y principalmente la de los esfinteres vesical y rectal permite la salida involuntario de las orinas y materias fecales. El vientre se timpaniza y no es raro verle cubrirse de numerosos petequias. El pulso se hace sumamente débil é irregular; la respiracion dispneica y el enfermo muere en medio de la postracion y el coma.

Tales son los modos como habitualmente termina esta enfermedad: sinó los he descrito con la exactitud que requiere la importancia de este asunto, os pido disculpa, casi con la seguridad de que no dudareis en

concedérmela con la bondad que siempre ha caracterizado vuestros actos; pues, las deficiencias que encontrareis, no son el producto de la falta de empeño por salvarlas; sinó, únicamente,por carecer de las fuerzas que se necesita desplegar y que solo poseen inteligencias mas privilegiadas que la mía.

Alteraciones patolójicas—Este punto del estudio que hemos emprendido ofrece un interés tanto mayor cuanto que la ciencia no ha emitido aún su última palabra, manteniéndose las opiniones divididas en dos bandos cuyos representantes luchan con calor por imponer sus opiniones. Mientras que los unos niegan la existencia de lesiones materiales ligadas al delirio agudo, los otros las aceptan y á ellas atribuyen el conjunto de síntomas que revelan su existencia. La primera opinion, fundada en algunas autopsias sin resultados y que correctamente podrian imputarse á que las modificaciones han sido poco intensas y han desaparecido sin dejar rastros,ó bien á procedimientos desgraciados y muchas veces quizá erróneos.

Mas aceptada es la segunda opinion, sus partidarios se han subdividido en muchos grupos que admiten, los unos, la anemia, como causa del delirio agudo; los otros, un simple proceso hiperhémico, y finalmente otros que, sin darles la importancia de causas ó efectos de la enfermedad, han encontrado modificaciones en la vascularidad de las meninjes y de la masa encefálica, acompañadas de las alteraciones consecutivas á las conjestiones intensas ó largo tiempo prolongadas. Nosotros nos adherimos á esta última opinion por ser la

mas conciliadora y porque, la maltiplicidad de lesiones, que en ellas aceptan, además de encontrarse en los límites de lo posible, vuelven de fácil explicacion la mayor parte de los síntomas que se observan durante el curso clínico de la enfermedad. Los partidarios de esta opinion creén que los trastornos de la circulacion encefálica inician la série de modificaciones materiales que vamos á enumerar, pero, sin hacerse solidarios con respecto al rol que juegan para con los síntomas.

Al principio, la hiperhemia actíva dilata los vasos, la sangre circula con lentitud y su estancamiento permite la exudacian de líquidos que á su vez comprimen los tejidos y dificultan la libre circulacion, produciendose un círculo vicioso que determina la anemia en unos puntos y la conjestion en otros; esta última adquiere á veces tal intensidad, que los vasos dilatados al grado máximo se rompen ó dejan escapar por diapedesis sus elemrntos figurados tiñendo de rojo los líquidos extravasados. Las meninjes y principalmente la piamadre, las sustancias nerviosas blanca y gris, sobre todo en los lóbulos frontales, son el asiento de las conjestiones que dibujan los mas finos ramillos vasculares; les hacen notables á la simple vista y coloran de matices variados las distintas partes en que se deja sentir su influencia. Es por esto que en muchos casos se producen edemas cuyo resultado es aumentar el volúmen del cerebro, haciendo aparecer tensas las meninjes cuando se ha quitado la calota.

Una modificacion, sobre cuya importancia lla-

ma mucho la atencion el Dr. Ball, es el aspecto que ofrecen las meninjes y aún el cerebro; líneas blancas los surcan, pareciéndole al autor indicado, que ellas son formadas por vasos linfáticos, dilatados por la acumulacion de numerosos leucocitos y hematies.

A estas lesiones, que se presentan de parte de las meninjes y de la sustancia nerviosa, podemos agregar adherencias muchas veces observadas entre ellas y cuyo valor aún no se ha conseguido fijar, pues para muchos son el producto de un proceso de parálisis general.

El microscopio, llevando mas adelante el estudio, ha revelado glóbulos sanguíneos extravasados, granulaciones pigmentarias á lo largo de los vasos, y lo que es mas, modificaciones de forma de las células nerviosas y hasta su degeneracion grasosa. La médula misma no permanece extraña al proceso que se pasa en el cerebro y no es raro que muchos de sus elementos constituyentes sufran alteraciones de idéntica naturaleza.

Diagnóstico—Hé aquí uno de los escollos mas difíciles de salvar que nos ofrece el estudio del delirio agudo, pues, no siempre se le puede distinguir de los numerosos padecimientos, que asemejándosele, tienen su asiento en una cualquiera de las vísceras torácicas ó abdominales y aún en el mismo cerebro. El parecido que existe entre esta enfermedad y las otras es tal, que no pocas veces el práctico mas experto se encuentra en sérios conflictos al pretender arrancar al conjunto de síntomas que tiene á la vista, la inter-

pretacion exacta de lo que se pasa en ese organismo enfermo, viéndose obligado á hacer un tratamiento puramente sintomático y á buscar en la autopsia ó en la marcha últerior de la enfermedad lo que la observacion atenta y prolija no le pudo revelar. Empero, las dificultades, por numerosas que sean, no deben arredrarnos, siendo por el contrario un motivo para que nuestro amor propio se despierte y nuestros esfuerzos se dupliquen, á fin de poder gozar del placer que proporciona la dificultad vencida. Desgraciadamente no es esto lo que pasa entre nosotros, aunque me sea duro decirlo, en honor de la verdad y con el propósito de llamar la atencion de nuestros médicos, debo consignar aquí la culpable indiferencia con que se mira una cuestion de tan vital interés. Sorprende ver con cuanta frecuencia se presentan á nuestros hospitales de locos, certificados en que se confunden de la manera mas lamentable las distintas formas de locura, no siendo raro ver en ellos diagnosticada una manía aguda, en vez de una melancolía, de una parálisis por un delirio de grandezas. No se diga que la causa de esta indisculpable confusion, es la premura con que se tiene que expedir un certificado; ello es únicamente el resultado del poco caso que hasta ahora se ha hecho de esta importantísima rama de la patoloja cerebral. Basta tener una lijera idea de la vesanies y de sus distintas variedades, para evitar errores tan notables como los que acabo de indicar y que no son puramente imaginarios, pues, se presentan con mas frecuencia de lo creible, siéndonos

fácil contar los pocos prácticos á quienes no se tiene que tachar faltas de esta naturcleza.

No se crea, sin embargo, que tengo la pretencion de que, todos los diagnósticos deben ser exactamente precisos, con la observacion verdaderamente insuficiente que tiene que hacer el médico al expedir un certificado. No es este mi propósito; pero, sí tengo la conviccion de que un poco de estudio y de atencion evitaran, sinó siempre, por lo menos muchísimas veces, esos errores que ponen por completo en descubierto la mas supina ignorancia de una materia cuyo conocimiento se ha hecho hoy indispensable.

Si he tocado este punto por demás enojoso, que hace poco honor á nuestra literatura médica, ha sido únicamente con el deseo de dejar consignada una verdad amarga, es cierto, pero indispensable de publicar á fin de evitarla en adelante. Si consigo atenuar siquiera el número de tan deplorables errores el mejor éxito habrá coronado mis esfuerzos.

Veamos ahora los casos en que se hace necesario, que el clínico ponga en juego toda su sagacidad á fin de llegar á establecer un diagnóstico satisfactorio y exacto. Lo primero que se ofrece á nuestro estudio es ese conjunto de manifestaciones sintomáticas que hemos espresado con el nombre de delirio *no vesánico*, pero sí *sintomático*.

El delirio del tifoideo, del neumónico y el que se puede presentar á consecuencia de una afeccion visceral cualquiera han engañado mas de una vez á prácticos espertos y acostumbrados al manejo diario

de esta clase de enfermos; es solamente merced á una observacion atenta y minuciosa, á una exploracion detallada y precisa, que se consigue encontrar signos que decidan en uno ú otro sentido. Es siguiendo la marcha de la enfermedad desde su principio, anotando sus numerosas evoluciones, que podremos constatar un cuadro término algunas veces característico de la fiebre tifoidea, y en estos casos, el timpanismo abdominal, el gorgorismo de la fosa iliaca izquierda, la diarrea, las petequias, la presencia de albúmina en las orinas, etc., serán otros tantos signos que nos induzcan muchas veces, aunque no siempre, á pensar en la dotinenteria.

Es del mismo modo que llegaremos á descubrir los rales y matitez poco manifiestos, los esputos errumbrosos, la tóz, etc., propios de la neumonia. Finalmente, es el estudio prolijo y perseverado que en muchas ocasiones nos permitirá descubrir una lesion visceral capaz de producir síntomas enteramente análogos á los del delirio agudo y que con una observacion poco atenta habriamos tomado por tales.

Pero, vuelvo á repetirlo, para llegar á este resultado es necesario que el médico no se deje llevar por la impresion del primer momento, que repita su exámen si fuere posible todos los dias hasta quedar completamente satisfecho y sin dudas respecto, al estado de los órganos que explora, que haga uso de todos los medios y procedimientos que estén á su alcance á fin de descubrir hoy lo que ignoraba ayer.

Eliminada de la imaginacion la idea de una afeccion de las visceras torácicas y abdominales, nos queda todavia por distinguir los diferentes padecimientos del encéfalo mismo, que se asemejan mucho al delirio agudo, pero que no constituyen una misma enfermedad; tales son: las meningitis, principalmente las que residen en la bóveda del cerebro, las encefalitis, mania aguda, ciertos casos de delirio paralítico y aun el delirium tremens.

Ardua y difícil es la tarea de establecer signos distintivos entre estas variadas enfermedades, cuya semejanza es tan grande que, casi siempre, y aun actualmente, muchos autores consideran como una sola entidad mórbida. Yo siento desfallecer mis fuerzas al emprender este estudio cuyos arcanos han permanecido ocultos aun á los ojos de las mejores autoridades científicas. Mi propósito al afrontar este estudio tan difícil y delicado no es llevar la conviccion en el ánimo de mis lectores y solo me propongo relatar lo que hasta ahora se ha conseguido avanzar en este sentido, señalando las dificultades que estudios posteriores lograran quizá vencer.

Actualmente la ciencia solo posée uno que otro síntoma, que en muchos casos carecen completamente de valor para establecer un diagnóstico exacto, siendo el porvenir quien deberá encargarse de descorrer el velo que oculta el tan desconocido como anhelado horizonte.

Se han dado como signos distintivos entre el delirio

agudo y la meníngitis, la mayor frecuencia é intensidad de los vómitos, la cefalaljia mas pertinaz y la menor repulsion de los alimentos y bebidas, que se observa en la última. Analizados con imparcialidad estos factores con que se pretende establecer una diferencia entre una y otra enfermedad, no tardarán en ser desechados como de escaso valor, siendo sin embargo los únicos elementos con que hasta ahora se cuenta para fundar el diagnóstico. En efecto, los vómitos solo se presentan con este caracter en la meningitis tuberculosa de la base del cerebro, que es precisamente la que con menos facilidad se confunde con el delirio agudo. El valor de este signo desaparece, cuando se trata de una meníngitis de la bóveda, pues en ella no es tan intenso ni frecuente que sirva para distinguir por él estas enfermedades. No es mayor el valor de la cefalaljia y de la repulsion de los alimentos, por cuanto, la primera puede tambien aparecer en un delirante sin que este la haga notar y la segunda se presenta tambíen en las meningitis. Vemos, pues, cuan difícil nos será llegar á establecer una diferencia clara y precisa.

Los signos distintivos entre el delirio y la manía aguda, solo conservan su importancia en aquellos casos en que el ataque de manía no ha llegado al grado máximo, pués, entonces la falta de fiebre, la conservación del apetito y aún su exaltación, la mayor claridad de las ideas etc, nos permiten distinguir la una de la otra; pero, cuando aquello sucede, estos caracteres

distintivas desaparecen y las dos enfermedades casi se confunden en una sola.

El delirio paralítico en la forma llamada por Baillarger *manía conjestiva*, el delirio de los alcoholicos, son otras dos formas de locura muy fáciles de confundir oon el delirio agudo ó mejor dicho casi imposible de distinguir con claridad. Los síntomas que se invocan con este objeto, se encuentran colocados en circunstancias análogas á los casos anteriores, pues solo muestran su valor en los momentos en que son ménos necesarios. Dejo de enumerarlos á causa de su poca importancia.

Pronósticos — Poco me queda por decir respecto al augurio, que forzosamente se nos impone cuando nuestra opinión es requerida por un enfermo de esta clase. En el curso de esta tésis hemos aventurado ideas que se relacionan con lo que en este párrafo nos ocupa, restándonos, tan solo, reunirlas con el objeto de presentarlas al lector formando un grupo fácil de comprender á primera vista.

Si tenemos presente lo que llevamos dicho respecto á la manera cómo habitualmente termina el delirio agudo, podremos darnos cuenta de la terrible mortalidad que arrojan las estadísticas, pudiéndose decír que es una de las formas más graves de locura, Si á esto agregamos, que pocos de los enfermos que sobreviven recobran el goce perfecto de la razón, pués la mayor parte de ellos conservan alteradas sus facultades intelectuales por otras formas de locura, llegadas á título de terminación favorable de su primer

dolencia, la facilidad con que recidiva una vez desaparecida no se nos ocultará la prudente reserva que debe guiar al práctíco al emitir sus apreciaciones.

En suma, el delirio agudo es grave por su mortalidad, por las modificaciones que imprime al cerebro y grave por el escaso número de recursos con que se cuenta para combatirlo.

Tratamiento. — El arsenal terapéutico de que el práctico puede hacer uso para combatir esta enfermedad es muy limitado y en muchas circunstancias sus esfuerzos solo se dirijen á hacer un buen tratamiento sintomático é higiénico. Aquí expondré principalmente la terapéutica que se ha seguido en los casos cuya historia va relatada más adelante y solo haré mención de aquellos agentes cuyo éxito no ha sido sancionado por la práctica, sinó para determínados momentos ó circunstancias, únicos en que su empleo está autorizado,

La sangria figura entre los agentes que se han empleado en una época en que esta llegó á su apojeo,siendo tomada por los médicos de entonces á manera de una panacea que todo lo cura. Pero hoy que la ciencia en su marcha constantemente ascendente nos ha hecho conocer mejor esta enfermedad y sus consecuencias, los funestos resultados que puede traer la sangría, debilitando al enfermo y quitándole sus fuerzas precisamente en el momento en que está sosteniendo una lucha terrible con un enemigo cuyo poder es de todos conocido, este método curativo ha caido en el olvido, y su empleo solo es permitido en individuos de tempe-

ramento fuerte y escensialmente sanguíneos, sieudo la prudencia más severa la que debe guiar nuestra mano al esgrimir esta arma peligrosa, capaz de convertirse, al más pequeño descuido, en un poderoso enemigo, que no tardaría en hacernos lamentar la idea que nos impulsó á elegirla para nuestra defensa.

Objecciones tan atendibles como las anteriores podriamos hacer á las opiáceos, empleados para calmar el delirio. Su uso en esta enfermedad, solo ha quedado como un recuerdo histórico. Hoy poseemos para llenar esta indicación, ajentes mucho ménos peligroso que ellos y de acción más segura. Los baños tibios ó mejor calieutes hasta una temperatura convenientemente elevada y prolongados durante media hora ó más si el enfermo no está muy débil, han procurado siempre una calma tan beneficiosa en los casos de gran agitación, que su empleo se ha convertido en un recurso precioso y en un agente indispensable para apaciguar la exaltación norviosa y procurar al organismo momentos de tranquilidad necesarios para hacerle recuperar sus fuerzas.

Los purgantes, para combatir la constipación de los primeros periodos, prestan algunos servicios y su empleo ha correspondido con éxito á las exigencias que les hicieron administrar; procuran el bienestar y disminuyen la fiebre, que frecuentemente se mantiene á un grado elevado porque las vías dijestivas no se encuentran libres; debemos pues, recurrir á ellos con la seguridad de que están perfectamente indicados y sin el temor de debilitar al enfermo, resultado que

solo se produciría por un uso inmoderado é inconveniente.

El cloral á dosis maciza, con el objeto de producir el sueño, función alterada de las primeras es otro ajente que presta su beneficioso concurso con grandes ventajas para el enfermo.

No debemoe olvidar los tónicos, necesarios sobre todo cuando principian á decaer las fuerzas· La leche administrada como alimento y como bebida es de mucha utilidad, pués, es fácil hacarla tomar, por medio de la sonda, aún á los enfermos que rechazan los alimentos, La leche pectonizada convendria qne se prefiera para enemas alimenticios.

Imposible sería negar los beneficios que reciben los enfermos de esta clase con el aislamiento; con ello se consigue alejarlo del medio en que nació su enfermedad y evitarle el contacto de personas cuya presencia despierta en su cerebro ideas que le conmueven y le ajitan.

El empleo de los medios contentivos, como la camisola de fuerza, las ligaduras que mantienen al enfermo fijado al lecho, requieren mucha prudencia y vigilancia á causa de las dificultades que llevan al libre funcionamiento de los órganos. Sería de desear que nuestros Hospicios fueran dotados de un personal suficiente para hacer innecesario su uso.

Definiciún. — Es á apropósito que he dejado este punto para tratarlo en último lugar. El objeto de esta conducta ha sido procurar sacar una definición en armonía con lo que llevamos dicho en la descrip-

ción que antecede y que comprenda, *todo y nada más que lo necesario.*

Definiremos pués, el delirió aguda del modo siguiente: *Es una locura general muy grave, que se caracteriza por una exaltación de la actividad del individuo, manifestada en todas las esferas del ser psíquico, acompañada de fiebre y de lesiones materiales del encéfalo, y que en un período más avanzado llega á la depresión y parálisis casi completa.*

No pienso que esta definicion este exenta de faltas para no ser tocada por la crítica; pero, si creo, que ella llena el fin que me he propuesto, pues me parece ser la fórmula mas corta y completa con que se puede espresar de un modo claro lo que pasa en un enfermo de delirio agudo y que llevamos descrito en el curso de estas páginas.

CAPÍTULO II

CASOS PRÁCTICOS

I. Eugenio Portillo, español, de 42 años de edad, soltero, jornalero, de temperamento sanguíneo nervioso, entró al Hospicio de las Mercedes el 3 de Octubre de 1887. Hijo de padre alcohólico y de madre reumática, han existido en la familia del primero algunos locos y dejenerados. De sus antecedentes personales solo sabemos, que desde su juventud ha tenido que soportar grandes fatigas ocasionadas por el exceso de trabajo.

Nunca ha tenido enfermedades venereo-sifilíticas, y solo habia sufrida, cuando era niño, tres ataques de fiebre, en uno de los cuales estuvo á punto de morir; hubo delirio por espacio de cinco ó seis dias, diarrea, vientre abultado y en la boca costras negras; estos síntomas, que hemos podido recoger por el intermedio de una persona de la familia, nos hacen sospechar se trataba de una fiebre tifóidea. Los otros ataques febriles han permaneoido completamente desconocidos en su naturaleza, por carecer de datos al respecto.

Tales son los únicos padecimientos dígnos de llamar

la atencion, que hemos encontrado en el pasado de este enfermo y á las cuales podemos agregar, dolores de cabeza que ha sufrido con algunn frecuencia.

El dia que entró al hospital, 3 de Octubre por la tarde, encontrándome de guardia, me fué necesario proceder á su exámen y el resultado que este me produjo, fueron los datos que paso á detallar.

El aspecto esterior del enfermo solo nos revelaba una demacracion no muy marcada,su rostro estaba pálido; pero, por momentos se inyectaba y se ponia vultuoso, los ojos propulsados hacia adelante, parecian querer escapar de sus órbifas, su mirada era recelosa é ínquieta, las concepciones delirantes se sucedian con actividad y sin órden ni relacion. Movimientos de toda especie animaban sus músculos y tan pronto eran los brazos que se sacudian con fuerza, como los miembros abdominalesy aun todo el cuerpo que entraban en accion; en una palabra, la motilidad estaba tan exajerada, que apenas podian mantenerle en la cama tres enfermeros colocados con ese solo objeto. Risa, llanto, amenazas, gritos salvajes, movimientos desordenados y sin objeto, formaban un conjunto de manifestaciones, que expresaban la serie de ideas sin relacion que por instantes, agitaban la mente de nuestro enfermo.

La temperatura era 39°,5 y el pulso brincon y duro latia 102 veces por minuto. La respiracion era jadeante y rápida. La piel estaba seca y árida.

El exámen de los órganos torácicos y abdominales nada revelaban de anormal; no habia tos ni rales; los

ruidos del corazon eran claros y bien manifiestos. El vientre se mantenia indoloro y sin elevacion.

Le ordené, cloral, á dósis suficiente para hacerle dormir y me resolví esperar hasta el dia siguiente en que aproveché la visita para presentarlo al Dr. Melendez.

Se nos informó de que el enfermc habia dormido desde el momento en que se le admínistró el cloral, (á las 8 de la noche), hasta las 2 de la mañana; la agitacion y el malestar comenzaron con igual intensidad, la fiebre bajó 5 décimos y el pulso latia 95 veces por minuto, teniendo el mismo carácter que en la víspera. Se hizo nuevo examen de las vísceras con resultado igualmente negativo y se formuló el diagnóstico, clasificándole de delirio agudo. Fué entónces que me decidí á continuar observando el caso, con el propósito de darme cuenta exacta de la marcha que seguia un padecimiento de síntomas tan tumultuosos y llenos de alternativas.

Poco tiempe tuve que dedicar á la observacion de mi enfermo, pues murió al sexto dia de haber entrado al Hospício. El delirio, durante este corte tíempo solo le dejó lijeras treguas. La alimentacion se tenia que hacer por medio de la sonda; la lengua se puso saburrosa y seca; el vientre solo dos veces se movió en los cinco primeros dias.

Desde el tercer dia, no pudimos notar los progresos que hacia el mal. Las fuerzas principiaron á decaer, los movimientos eran lánguidos y como producidos con dificultad, el pulso perdió su fuerza y su ritmo era irregular; la temperatura subió á 40° y la fisonomia

principió á adquir ese sello que pocas veces equivoca y que aun los legos en el manejo de enfermos suelen interpretar en su justo valor; diríase que es el ave de mal agüero que anuncia la muerte que se acerca.

El cuarto y quinto dia las cosas seguian como quedan descritas; las fuerzas continuaban debilitándose; la palabra se hizo dificil y solo monosílabos se dejaban oir, los movimientos eran casi nulos y el quinto dia la parálísis de los esfínteres dejaba salir involuntaríamente las orinas y las materias fecales. El sueño se hizo comatoso y el enfermo murió el dia 9 en medio de los síntomas de parálisis y depresion, apesar de los estimulantes de toda especie que se lepropinaron.

Autopsia—Espirado el plazo durante el cual se debe respetar los cadáveres, procedí á hacer la autopsía con el objeto de cerciorarme del estado de los órganos y por consiguieate comprobar la exactitad del diagnóstico que se habia hecho.

Si bien es cierto que en este estudio no he encontrado lesiones que se pudiera llamar patognomónicas del delirio agudo, por lo menos, la inspeccion de todos los órganos me permitió eliminar aquellos, por cuya alteracion, habrian podido determinar un cuadro sintomático muy semejante al que hemos observado durante la vida de nuestro enfermo. La esclusion de todos estos órganos sospechosos hizo que nuestra atencion se concretara al exámen del único capaz de manifestar sus sufrimientos del modo que llevamos indicado: el cerebro.

Abierto el toráx, encontramos sus órganos en per-

fecto estado, pues, ninguno de ellos presentaba alteraciones capaces de ser consideradas como causantes de los sufrimientos de que fuimos testigos. Los pulmones, solo presentaban en su cara posterior y en el extremo inferior, una conjestion no muy intensa, y que por su sitio pensamos se tratara de una conjestion hipostática.

Igualmente negativo fué el exámen de las vísceras abdominales. Estómago, intestinos, hígado y riñones todos se mantenian sin lesiones apreciables y que pudieran infundir sospechas.

Como se ve, por los resultados que hasta aquí llevamos espuestos, las alteraciones productoras de la enfermedad, cuyas manifestaciones hemos seguido, no tenian su asiento en ninguno de estos órganos; y como por otra parte, *no hay efecto sin causa*, nuestra atencion se dirijió hácia el cerebro, único que no habia sido examinado.

Sacada la calota, lo primero que se ofreció á nuestra vista fueron los meninjes sumamente inyectadas; los vasos estaban turjentes y dilatados. Incindídas estas, se derramó una regular cantidad de liquídos extravasados; la superficie del cerebro, sobre todo en los lobúlos frontales, dejaba notar una fuerte conjestion, en estos mismos lóbulos habia pequeñas adherencias que hacian imposible desprender las cubiertas sin arrastrar partículas de sustancia cerebral. Los ventrículos estaban casi llenos de líquidos. La médula no examiné.

Estas modificaciones, únicas que he podido apre-

ciar, no son tan características como para que por su sola inspeccion se pueda asegurar que se trataba de un caso de dilirio agudo. Pero, si á ellas se agrega los síntomas observados durante la vida del enfermo, las dudas desaparecen y la exactitud del diagnóstico se impone.

II Antonio Vazquez, español, de 23 años de edad, soltero, entró al Hospicio el 17 de Enero, donde llegó sin ropa y en estado de completa ajitacion. Por indicacion del Dr. Melendez, á quien le pareció á simple vista ser un delirante agudo, hice la primera observacion la noche misma de su entrada y he aquí lo que pude notar:

A la inspeccion, lijera demacracion, algunas escoriaciones de la piel del hombro y piernas ocasionadas probablemente por el roce de su cuerpo con las murallas de la habitacion en que se encontraba detenido. La boca estaba llena de espuma, los labios se mostraban secos y cubíertos por una costra negra. La mirada era anciosa y movediza; el tronco y las estremidades se ajitaban incesantemente.

Por el interrogatorio conseguí descubrir su nombre, edad y nacionalidad; declaraciones arrancadas con mucho trabajo, pues, tan pronto contestaba á mis preguntas con manosílabos difíciles de comprender, como con movimientos de la cabeza y brazos, que no tenian relacion alguna con lo que se le indagaba.

La temperatura era de 38° cent.; el pulso latia 58 veces por minuto, era fuerte pero desigual. La

respiracíon no pude apreciar en su número á causa de la poca quietud del enfermo, pero si pude notar que por momentos hacia profundas inspiraciones seguidas de una calma completa. Se le ordenó cloral.

El 18 por la mañana me informé que solo habia dormido dos horas y media, pasando las restantes de la noche en la mayor agitacion y desasosiego. Rompió las ropas con que se le vistió, acometió al enfermero que le cuidaba, logrando morderle. Cuando entré á la enfermeria en que se encontraba, su escitacion era de las mas intensas; daba gritos, tan pronto furiosos, como en tono de súplica, lloraba, silvaba, prorrumpia en risas y cánticos mezclados con palabras y movimientos sin objeto ni fin determinados. Su fisonomia infundia terror, pues á un rostro demacrado y pálido se unia una mirada vaga y ambulante, notable sobre todo por la movilidad incesante de los globos oculares.

Las alucinaciones de la vista se dejan sentir, pues, manda salir de su pieza á monstruos que no son otros que los enfermos acostados en las camas vecinas. Las concepciones delirantes se suceden de un modo rápido y con pequeños intervalos; se cree estar en el infierno, en su casa, en el templo, es poseedor de un gran fortuna. Por momentos obedece mis órdenes y se queda tranquilo para volver en seguida á ser presa de esta continua ajitacion que con nada se calma, pues, desoye amenazas, súplicas, promesas, con la mas absoluta indiferencia. Despues de

gran trabajo consigo tomar la temperatura, que es de 38°,2 cent. y el pulso que late 72 veces por minuto, siéndome imposible hacerlo con la respiracion. La lengua está secá y sucia. Se le ordena un baño tibio de una hora.

Por la tarde y noche de este mismo dia no he notado variaciones de importancia. El pulso era débil y latía 98 veces en la tarde y 86 en la noche; la temperatura de 38°9 cent. en la tarde y 86 en la noche. El número de movimientos respiratorios llegaba á 31. El vientre no se ha movido durante su permanencia en la casa y se le ordena un purgante de agua de Sedlitz para que sea tomado en la mañana siguiente y mietras tanto se le continúa dando el cloral.

El dia 19 supe que habia dormido bajo la influencia del medicamento cerca de seis horas; pero las fuerzas principiaron á decaer, los movimientos eran poco enérgicos, el pulso era débil é irregular; lábios, lengua y dientes estaban teñidos de negro, la piel estaba seca. La temperatura llegaba á 36°8; 60 pulsaciones por minuto. Durante todo el dia el delirio ha continuado sin alternativas, el purgante no ha producido efecto. La temperatura de la tarde llega á 39°4, la de la noche á 39; por la tarde 114 pulsaciones y por la noche 104; los movimientos respiratorios ascienden á 36. La alimentacion se hace con gran trabajo y solo se consigue hacerle tomar leche y caldo en pequeña cantidad. Se le ordena fosfato de hierro á la dósis de 0,50 cent. por dia.

El dia 20 la temperatura ha bajado y no ha pasado

de 37°2, y el pulso no ha latido mas de 96 veces por minuto, el delirio sigue lo mismo; el vientre no se ha movido y se le ordena un enema, compuesto de aceite, magnesia é infusion de sen. Los baños se siguen administrando, pero mas cortos.

El 21 me informé que el enema habia sido devuelto inmediatamente de ser puesto, acompañado de una pequeña cantidad de sangre. Come muy poco y la temperatura y el pulso siguen como en el dia anterior.

Las cosas siguen de este modo, con lijeras alternativas, hasta el 26 en que, con gran sorpresa, pude notar el cambio repentino que habia esperimentado el enfermo. Sus ideas estaban mas claras, contestaba con tranquilidad las preguntas que le dirijía, pudo narrarme como principió su enfermedad. Es entonces que pude indagar los antecedentes personales y de la familia. Respecto á los primeros me dijo que no recordaba haber tenido ninguna enfermedad y que la actual habia sido ocasionada por una noticía desagradable recibida de su país, la que le anunciaba la muerte de la madre, produciéndole mucha tristeza y desesperacion. Por la noche se levantó de la cama y salió á la calle dando gritos; desde ese momento ya no recuerda sinó con suma obscuridad las cosas que le han sucedido, ignorando como llegó al hospital y hasta la enfermedad que habia sufrido.

La calma iniciada el dia 26 continuó acentuándose y la convalecencia no se hizo esperar. Como á los 25 dias de enfermedad se pudo hacerle levantar de la cama; se ordenó mucha vigilancia con los alimentos y

no se le permitió salir de su cuarto sinó á los ocho dias de levantado.

Despues de una observacien de 15 dias mas, durante los cuales el enfermo dió muestras de encontrarse bien, pues, las fuerzas volvieron y su estado general era halagador, se le dió de alta, mostrándonos al tiempo de marcharse su agradecimiento por los cuidados que se le prodigaron.

Señores Catedráticos: mi última tarea de estudiante ha llegado á su fin; pero, antes de terminar este trabajo, me es necesario cumplir con un deber á que la conciencia me obliga, dándoos las gracias por los numerosos sacrificios que siempre os habeis impuesto en bien de aquellos que han llegado á vuestras clases á pediros les comuniqueis los secretos de la ciencia.

Vuestras lecciones quedan gravadas en mi mente y las recordaré con gusto en esos momentos difíciles, por que tiene que atravesar el médico, y de que siempre nos habeis hablado, considerándolos como los escollos que hay que salvar.

WELINDO DEL MORAL.

Buenos Aires, Abril 30 de 1889.

Pase á los Señores Académico Dr. H. Vegas y Catedráticos Dres. Melendez y R. Mejia, para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. GONZALEZ CATÁN.

CÁRCOVA,

Secretario.

Señor Décano:

Esta tésis está en las condiciones que prescribe el Reglamento.

R. Herrera Vegas—Lúcio Melendez—J. M. Ramos Mejia.

Buenos Aires, Mayo 2 de 1889.

Entregése al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría, el dia en que debe sostenerse en acto público, ante la Comision examinadora respectiva.

M. Gonzalez Catán.
Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histolojia.—¿Existen conexciones de los vasos sanguíneos con los linfáticos?

Anatomia Patológica—La recidiva no caracteríza la malignidad de un neoplasma.

Anatomia—Oríjen de los nervios cerebrales.

Anatomia Topográfica—Rejion costo-ilíaca.

Fisiolojía—Fermentaciones, fermentos solubles y fermentos figurados, su papel en los fenómenos de la nutricion.

Materia médica y Terapéutica—Alcalinos—paralelo entre las sales de soda y de potasa.

Nosografia médica—Causas de la tolerancia del órganismo en laslesiones de las sigmóideas aórticas.

Medicina legal y Toxicología—¿Puede el médico ser obligado á revelar los secretos que le fuesen confiados en el ejercicio de su profesion?

Obstetricia—De la esterilidad.

Optalmolojia—Percepcion de los colores—Agudeza cromática.

Medicina operatoria—Suturas del intestino.

Higiene Pública y Privada—Bebidas.