584.
3064

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONFUSIÓN MENTAL PRIMITIVA

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MÁRIO F. ACEVEDO

Ex-practicante por concurso de los Hospitales Rivadavia y Clínicas (1895 á 1899)
Médico interno del Hospicio de las Mercedes

BUENOS AIRES

6805 — Imp. Mariano Moreno, Corrientes 829

1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONFUSIÓN MENTAL PRIMITIVA

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MÁRIO F. ACEVEDO

Ex-practicante por concurso de los Hospitales Rivadavia y Clínicas (1895 á 1899)
Médico interno del Hospicio de las Mercedes

BUENOS AIRES

6805 — Imp. MARIANO MORENO, Corrientes 829

1899

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA.

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » JACOB DE TEZANOS PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD.
» » EMILIO R. CONI.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

Prosecretario

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Enfermedades génito-urinarias	»	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Laringología, otología, rinología	Doctor	Eduardo Obejero.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Botánica médica	»	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Química analítica	»	Atanasio Quiroga.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentistería operatoria	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia descriptiva....	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica.....	»	Avelino Gutiérrez.
Histologia teórico-práctica.....	»	Samuel de Madrid.
Fisiologia general y humana.....		Horacio G. Piñero.
Patologia general y ejercicios clinicos.....	»	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.....	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Higiene pública y privada....	»	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patologia externa.....	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patologia interna.....	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomia patológica.....	»	José Badia.
Medicina operatoria.....	»	Nicolás Repetto. .....
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica.....	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica.....	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica.....	»	José A. Estevez. José R. Semprún.
Enfermedades mentales y su Clínica.....	Doctor	Benjamín T. Solari.
Enfermedades génito-urinarias.....		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatologia.....	»	Maximiliano Aberastury.
Clínica Quirúrgica.....	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud. Alejandro Posadas.
Clínica Médica.....	»	Julio Méndez. Ignacio Allende. Patricio Fleming
Laringologia, otologia, rinologia.....	»	Wenceslao Tello. Eliseo V. Segura.
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	Luis F. Vila. Fanor Velarde
Medicina legal.....	Doctor	Domingo S. Cavia. .....,
Toxicologia	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina.....	»	Francisco P. Lavalle.
Fisica médica.....	»	Juan J. Galiano.
Zoologia médica		Vacante.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica.....		Vacante.
Química médica.....	»	Francisco B. Reyes.
Farmacia teórica.....	»	Juan A. Dominguez.
Farmacia práctica.....		Vacante
Obstetricia para alumnas parteras.....	»	Enrique Pietranera.
Odontologia		Vacante.
Dentisteria operatoria.....		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. José T. Baca

A mis padres

y Hermanos

A mis queridos tíos

Dres. Felipe Yofre y Alejandro Acevedo

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Al venir á rendir la última prueba exigida por nuestra Facultad, traigo á vuestra consideración un rápido trabajo, sobre uno de los innumerables temas que abarca la ciencia empírica de Krafft-Ebing.

¿Hay algo original en él? Las ideas, que son el reflejo de las combinaciones operadas en nuestro interior por los conocimientos adquiridos por nuestros sentidos, llevan en sí, para cada individuo, un sello personal.

El trabajo que os presento es el fruto de mis estudios sobre la materia, controlado por los pocos casos clínicos que he podido observar y cuyas historias acompaño.

He creído poder elegir esta afección, tan discutida por algunos, tan ensanchada en sus límites por otros, para presentaros esta prueba final, rápida y que lleva el sello de una preparación incipiente.

He podido formarme algunas ideas respecto á la naturaleza y al carácter clínico de esta afección y

las he manifestado como las ha concebido mi criterio.

Tal vez esté equivocado, pero en todo caso juzgadlo como el trabajo de un alumno que hasta ayer sólo podía repetir, y ahora debe emitir ideas propias.

Séame permitido, antes de abandonar estas aulas, agradeceros las sabias lecciones que como maestros me habéis dado.

Quiero también hacer pública mi gratitud hacia los médicos del Hospital Rivadavia, y, entre ellos, al Dr. Molina, cuyos consejos de maestro y amigo nunca podré olvidar.

Debo agradecer, finalmente, al profesor doctor Cabred sus sabias lecciones de psiquiatría.

Todas ó casi todas las demás afecciones mentales habían sido descritas ya, cuando aún la confusión mental primitiva estaba comprendida en la masa común de la *demencia*.

Sauvages (1) no hacía distinción entre la "privación congénita ó infantil de la inteligencia y la suspensión intelectual de la edad madura."

Pinel, que hizo una clasificación reducida á cuatro especies de alienación,—*manía*, *melancolía*, *demencia*, *idiotismo*,—coloca, entre esta última, casos que actualmente clasificaríamos de confusión mental primitiva. Era la época en que el bisturí del sangrador agotaba todos los enfermos, entraban á los asilos muchos en estado de debilidad, atonía, estupor. Este mismo autor refiere casos de curación después de años enteros de idiotismo, á consecuencia de un ataque clasificado como maniaco.

Con el maestro Esquirol, la psiquiatría sale del estado informe y embrionario, para tomar el sitio que le correspondía entre las ciencias médicas; toda la armazón de la clasificación fué hábilmente perfilada por el clínico experimentado, y encontramos

---

(1) Sauvages, *Nosologie Metódique*.

ya separada con el nombre de *demencia aguda*, á la afección hoy llamada confusión mental primitiva.

La descripción que trae de demencia será siempre un libro de texto por lo clara y concisa; enumera las muchas causas productoras de esta enfermedad, y como Pinel, la hace terminar á veces con un ataque curativo de manía aguda.

Para él, el pronóstico de la demencia aguda es favorable.

Georget separa la demencia aguda de la demencia propiamente dicha, clasificándola como *estupidez*. También hace resaltar su terminación posible por la curación. La define como la ausencia accidental de la manifestación del pensamiento, sea que el enfermo no tenga ideas, sea que no pueda expresarlas.

Etoc-Demazi, quiere hallar la causante anatómica en una sufusión edematosa del cerebro, é insiste en la necesidad de hacer diagnóstico diferencial con la *monomanía* en que el enfermo no habla, pero está absorbido por alucinaciones ó preocupaciones delirantes.

Calmeil, hace diferenciar la demencia aguda de la estupidez, siendo la primera la obliteración casi completa de las facultades intelectuales, mientras que en la segunda hay una serie de gradaciones de debilitamiento intelectual. También separa de éstas al éxtasis que se quiere incluir por algunos médicos.

La hipótesis de Etoc, atribuyendo al edema el sindroma psíquico es aceptado por Ferrus (1) que

---

(1) Cours sur les maladies mentales, «Gaz. des Hôp.», 1838, pág. 600.

describe con el nombre de *estupidez* á "la abolición ó más bien la suspensión rápida, apirética y curable de todas las facultades cerebrales."

De modo que en el año 1843, estaba claramente descrita y aceptada bajo el nombre estupidez, una enfermedad producida por el edema de Etoc y caracterizada por la suspensión brusca y más ó menos completa de las funciones intelectuales. Esta enfermedad de pronóstico favorable, había sido separada de todas aquellas en las cuales el estado mental es sintomático de otra afección, por ejemplo con el estupor de la fiebre tifoidea, de algunos accesos de epilepsia, etc.

Baillarger suprime todo este trabajo acumulado é incluye estos enfermos en su tercer grupo de melancólicos. "Los melancólicos inmóviles, inertes, pero por apatía, á consecuencia de embarazo intelectual y de opresión de fuerzas." Sin embargo, su convicción no es firme y cree que no siempre será posible darles colocación á pesar de la latitud que da á la melancolía, dentro de este grupo.

(1) "Yo no pretendo, por otra parte, en ninguna manera extender esta opinión á todos los hechos, pero la creo aplicable al mayor número."

El ataque dirigido por Baillarger al grupo "Estupidez" de Georget y Etoc, fué seguido por otros alienistas, pero no faltó quien saliera en defensa de la tradición. Bierre de Boismont (2) continúa

---

(1) Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*, tomo 1º, 1890, pág. 85.

(2) Art. Stupidité, Suplement au Dict. des Dictionnaires de Medecine (sous la direction de A. Tardieu), 1850.

aceptando la demencia aguda curable. Delasiauve, en diversos trabajos, insiste en que el grupo clasificado como estupidez, debía ser separado de la melancolía.

Si bien es cierto que estos enfermos presentan á veces ideas delirantes, alucinaciones, síntoma común con los melancólicos, no presentan el mismo carácter que en éstos.

En la *lipemanía*, estas preocupaciones enfermizas y alucinaciones ejercen una influencia directa física y moral; son el causante del cuadro clásico del melancólico.

En los estúpidos hay un fondo de depresión ú obtusión intelectual, sobre el cual puede á veces deslizarse una idea delirante sin modificar el conjunto, sin causar casi nunca actos combinados, reflexionados, tan vaga impresión producen en el caos intelectual del enfermo, que es un testigo pasivo, indiferente para las ideas delirantes producidas en algún rincón de su individualidad intelectual. Son pequeñas manchas claras sobre un cuadro obscuro, mientras que en el melancólico esas manchas forman todo el cuadro; su actitud triste á veces es producida por la naturaleza de sus ficciones mórbidas que lo llevan á esa apariencia exterior.

Estas y otras muchas consideraciones llevan á Delasiauve á separar las dos afecciones que Baillarger pretende refundir.

Hace resaltar las diferencias en la marcha, duración, pronóstico, etc.

Estas ideas del alienista francés fueron sostenidas en la tesis de Sauze en 1852 (1).

Ambos fueron nuevamente criticados por Baillarger, quien se apoya en la existencia de casos mixtos, diremos, para sostener su opinión. La existencia de la estupidez quedó en duda para la mayoría de los alienistas franceses hasta los trabajos de Dagonet, Aquiles Foville, Ball y Regis.

Pero á quien se debe el renacimiento podemos decir, en la escuela francesa de esta afección tan discutida es á Chaslin, quien en diversos trabajos ha puesto bien de relieve sus caracteres.

Enumerar los trabajos posteriores sería tarea larga; basta ya con lo dicho para hacer ver que si alguna vez ha habido dudas sobre la legitimidad para admitir la existencia de la confusión mental como entidad mórbida distinta, dichas dudas han desaparecido por completo. Existe una categoría de enfermos á los cuales es necesario comprender en las magistrales descripciones de Chaslin y Dagonet y no pueden ser colocados en ninguna otra clasificación.

---

(1) Sauze, *De la stupidité, de sa nature psichologique, et de son traitement*, 1852, Th. de Paris.

Definición

SITIO EN LA CLASIFICACIÓN

La confusión mental primitiva ó demencia aguda, es una enfermedad caracterizada por el debilitamiento más ó menos completo de todas las facultades intelectuales.

El principio de este idiotismo desarrollado en un cerebro válido es casi siempre brusco y su terminación casi siempre favorable.

La perturbación intelectual que tiene este nombre es general, abarca todas las funciones psíquicas, sin que haya centros excitados ó que funcionen normalmente.

La clasificación de las enfermedades mentales es una de las cuestiones más difíciles de establecer; cada autor, puede decirse, que tiene la suya (1).

Nada de extraño tiene, pues, que esta afección haya sido colocada por cada autor en un grupo distinto.

En lo que coinciden casi todos es en reconocer que «las predisposiciones no son imposibles, pero no existen sino al estado latente» (2). Es lo que hemos anotado en la definición cuando especificamos que la enfermedad ataca un cerebro válido.

Como veremos en los capítulos correspondientes,

---

(1) Krafft, *Ebing-Psiquiatrie*.

(2) Ballet, *Las Psicosis* en la obra. Charcot, Bouchard. Brissaud. Tomo 7º, Tratado de medicina.

los escasos conocimientos que poseemos respecto á su naturaleza son insuficientes para darle una colocación definitiva.

A una afección en la cual hay desde casos leves, que presentan mucha analogía con la neurastenia, hasta formas que lindan con la parálisis general, es difícil darle un sitio apropiado en el cuadro de las afecciones mentales.

Nos parece la mejor la que la coloca entre las enfermedades desarrolladas en sujetos de desarrollo órgano-psíquico completo, y creemos con Chaslin que debe haber lesiones que encontrándose solas den el cuadro clínico de esta afección y que produciéndose en el curso de otra enfermedad mental cualquiera, den lugar á la llamada confusión mental secundaria.

Como se ve, creemos en la lesión anatómica constante que produzca la suspensión temporaria de todas las funciones cerebrales. Veremos que esta opinión aun no ha tenido la confirmación microscópica; tal vez sea debido á que en este terreno aun no ha adelantado bastante la gran falange de los anátomo-patólogos modernos.

Etiología

Según dicen los autores, es una afección frecuente, sobre todo en la mujer, si observamos que se le ha dado proporciones desmedidas á su cuadro sintomatológico y que se ha englobado en ella muchos estados en los cuales hay funcionamiento cerebral, aunque desviado de su ruta normal nos explicaremos que se la tenga como muy frecuente.

Nos parece que separándola con cuidado como lo hacen algunos autores, de los delirios alucinatorios, quedará reducida á muy cortos límites.

Por otra parte, Regis hace notar que estos sujetos ingresan poco á las casas de alienados, pasan su enfermedad en los casos leves, asistiéndose en su domicilio.

Tenemos aquí también el manto colosal de la predisposición queriendo cubrir la afección que tratamos.

Ley tan justa, tan apoyada en hechos de observación que la han transformado en un axioma, tiene en las enfermedades mentales casos diarios en que se la puede seguir paso á paso.

Pero, hay aun muchos eslabones ausentes en esa cadena, aun quedan tantas y tantas excepciones que no permiten creer en su infalibilidad.

En esta enfermedad no es la predisposición hereditaria la fuente más rica como factor etiológico.

El causante más general es el debilitamiento

orgánico consecutivo á fatigas físicas, á trabajos intelectuales prolongados.

En la mujer, que es quien da una mayor cifra de atacados, hay que contar la lactancia, el puerperio, las afecciones uterinas.

Las bruscas impresiones morales, los disgustos, son otras tantas causas que repercuten sobre todo el organismo.

No necesitamos recordar todos los casos que prueban al exceso la íntima relación existente entre las vísceras abdominales y torácicas y el cerebro.

El mal funcionamiento del estómago puede dar lugar á una confusión mental primitiva. Ewald y Jacobson (1) encuentran un caso en el cual es manifiesta la relación íntima que existe entre el fenómeno dispéptico, dando á esta palabra su más amplio concepto, y la perturbación de la inteligencia. Hayem y Lyon reconocen que las afecciones gástricas pueden dar lugar á la locura, en los sujetos predispuestos.

Guislain ha encontrado estrecha relación entre el funcionamiento intelectual de un sujeto con el estado de vacuidad ó repleción de su intestino.

Cada vez que estaba constipado, caía en la forma de confusión mental leve de Delasiauve.

Las larvas de moscas en las fosas nasales acusadas por Legrand du Saulle, de producir trastornos psíquicos, nos indican claramente las relaciones tan íntimas entre estas diferentes secciones del cuerpo humano.

---

(1) Ewald y Jacobson, « Sobre las ptomainas que contiene la orina en las enfermedades crónicas».—«Medicina Científica», 1894, nº 14.

Reasumiendo diremos, que en un sujeto debilitado, sea por predisposición heredada ó adquirida, cualquier causa de agotamiento, sea esta causa de orden físico ó moral, puede dar lugar á la confusión mental primitiva.

Bien poco, como se ve, es nuestro caudal de conocimientos respecto á la etiología, si algunos como Regis creen poder admitir una única causa es porque incurren en las exageraciones del entusiasta, que persiguiendo un estudio, trata de encuadrar todos los hechos dentro de los límites que traza.

Vale más confesar, que si bien en algunos casos podemos atribuir á alguna causa la enfermedad, en muchos otros quedamos á obscuras por completo.

¿Qué extraño, por otra parte, que en enfermedades mentales ocurra esto, cuando la etiología de mil enfermedades estudiadas en Patología Interna es aún un problema?

Síntomas

El conjunto sintomático que vamos á describir es bastante frecuente encontrarlo como estado secundario de muchas enfermedades mentales.

Todos los días tenemos ocasión de observarlo como la consecuencia psíquica de un ataque epiléptico ó como el residuo de un ataque congestivo en la parálisis general.

Prodromos.—El período durante el cual la enfermedad aun no ha completado su cuadro sintomático, es de una duración variable.

En los asilos es necesario reconstruir este período por las informaciones que dan los parientes ó amigos del enfermo, que en general son bastante incompletas.

Los enfermos empiezan á sentir dolores de cabeza, vértigos de corta duración, dolores errantes, sensaciones más ó menos raras y extrañas que no saben explicar.

A estos datos subjetivos hay que añadir que el estado general del enfermo empieza á sufrir también modificaciones, que indican la depresión que se inicia en su sistema nervioso.

A menudo hay enflaquecimiento, y el aspecto del enfermo está alterado: los rasgos fisionómicos están alargados, los ojos hundidos y algo velados; lengua saburral, el apetito perturbado, generalmente disminuído.

El sueño experimenta también modificaciones; hay un cierto grado de insomnio, pesadillas, y el

enfermo al levantarse experimenta esa sensación de debilidad en las piernas, tan común entre los neurasténicos.

Hay también á menudo un cierto presentimiento en el enfermo, que le anuncia las modificaciones que va á experimentar en su inteligencia.

Tiene alternativas de irritación, actividad exagerada y apatía; sus ocupaciones se le presentan como un grave problema, y las realiza mal (en el caso nº III, que era corredor de hotel, ocupación que requiere mucha actividad y bastante viveza, el enfermo se había transformado totalmente de uno de los más hábiles agentes de la casa, en un *repartidor de avisos*, tal era la indiferencia y la incapacidad con que desempeñaba su vieja ocupación).

Anda inquieto, preocupado con las sensaciones extrañas que experimenta; teme volverse loco, teme morir, siente que pierde la memoria y nota la debilidad para las operaciones mentales.

A veces dentro de estos prodromos experimenta cortos ataques de confusión, de que se da cuenta.

Ocurre también que el paciente, notando su estado, hace llamar al médico, con el cual no le es posible ya expresarse claramente: la incoherencia lo ha dominado.

Todas estas manifestaciones primeras de la enfermedad no son forzosas, casi podríamos decir que son raras.

Dentro de todas las variedades de debut que puede presentar, lo común es que se inicie bruscamente ó con un período prodrómico, que dura muy poco tiempo, algunos días, algunas horas tan sólo.

Debut.—El primer período de la enfermedad ya constituída, puede revestir diversas apariencias.

A veces está marcado por un ataque que presenta las apariencias de un ataque maniaco, de un melancólico ansioso ó de un ataque de alcoholismo agudo ó subagudo.

Esta agitación puede ser muy violenta y revestir casi la apariencia de un ataque de delirio agudo.

Entre las muchas formas que puede revestir como período inicial, puede presentarse con las apariencias de un estado de estupor.

Es posible la combinación de estas dos formas al iniciarse, y lo que presentan de especial y que constituye su sello característico es la demencia, la falta de tino del enfermo que anda, va y viene con una falta total de coherencia, cual andaría un dormido con los ojos abiertos.

Estos rasgos del período inicial no pueden en manera alguna ser separados del período de estadío de la enfermedad, con la cual se confunden; sólo como una división artificial se pueden establecer estas diferentes etapas, que no se presentan casi nunca en los casos clínicos.

Después de estas líneas describiré lo que constituye la enfermedad, guiándome para llegar á trazar sus límites máximo y mínimo, sobre todo por los síntomas que he podido apreciar en los enfermos cuyas historias acompañan á esta tesis.

Confusión mental primitiva propiamente dicha.—El tipo más acabado de esta forma clínica es el descripto por Schüle, como *estupor órganico*.

La expresión del enfermo es lo primero que resalta

al observador, el aire atontado, sin expresión, inerte y embrutecido; la mirada vacía y sin expresión; la cara á menudo pálida, plomiza, como de un enfermo agotado. Los vestidos en desorden y desgarrados por el enfermo, parece que cubrieran un manequí.

Las nociones de higiene más elementales han desaparecido en la bancarrota intelectual, y las deposiciones y las orinas son eliminadas sin que el enfermo se dé cuenta.

Las preguntas é interpelaciones verbales son oídas por el enfermo como otro ruido cualquiera y apenas si por casualidad su vaga mirada se posa en el médico que lo examina.

Una interpelación con sacudida del brazo es lo mismo para el enfermo; tal vez mire un rato su brazo y levante el otro para retirar la mano extraña que lo sacude; lentamente, inconscientemente, tal vez no llegue á ejecutar ese movimiento reflejo.

Abandonado á sí mismo el enfermo permanece en el mismo estado y la misma posición horas enteras; tan pronto se levanta, corre unos pasos y queda en una actitud cualquiera hasta que un nuevo impulso de movimiento lo haga ejecutar algún gesto, se eche por tierra ó restregue sus manos contra las ropas ó las desgarre.

Cuando estas impulsiones motrices son marcadas tal vez revistieran el aspecto de una agresión contra el médico ó algún enfermo ó enfermero; pero no son peligrosas: actos incoherentes, sin fin visible, no llegan á nada, quedan á medio hacer ó se transforman en otro movimiento no menos disparatado, en una

frase incompleta, una chispa alucinatoria que ha conmovido esa desorganizada substancia cerebral.

La sensibilidad general, como se ve, está muy disminuída, ó, por lo menos, los centros á los cuales se dirigen las impresiones periféricas, no están en estado de reaccionar de una manera normal y de hacernos notar la impresión producida por los agentes exteriores.

Los reflejos tendinosos están disminuídos casi siempre, los cutáneos muy disminuídos.

Las pupilas están á menudo dilatadas, á veces desiguales.

Las extremidades suelen estar frías y azuladas, contrastando con la coloración rojiza de las conjuntivas y la cara ; el pulso pequeño, los tonos cardíacos son débiles.

Estos enfermos suelen presentar disartria y temblor fibrilar de la lengua.

En el apogeo de la enfermedad hay frecuentemente aumento muy considerable de fosfatos en la orina; la temperatura es á menudo menor que la normal, siendo, sin embargo, relativamente frecuente encontrar elevaciones de temperatura hasta 40°: estas elevaciones son pasajeras é indican una brusca congestión encefálica.

Al lado de esta forma estuporosa, que es el máximum de degradación intelectual y durante la cual no hay más manifestación del funcionamiento psíquico que alguna que otra exclamación, algún movimiento desordenado, se pueden ver otras formas menos acentuadas.

Estos enfermos no coordinan las ideas para con-

testar, casi siempre cuando lo hacen es con palabras que son un estribillo para cada enfermo.—No sé—era lo que repetía uno de nuestros enfermos cuando después de algunas frases incorrectas se había agotado su capacidad para contestar.

Lo que presentan de particular estas respuestas y que es un elemento de diagnóstico de gran valor, es que no son respuestas negativas sistemáticas, como ocurre con el delirante melancólico; no: el confuso mental arrancado á su apatía é inacción trata buenamente de responder, se esfuerza por dar una contestación conforme al deseo del médico. Escudriña su memoria, empieza la respuesta y tal vez antes de concluir ya ha olvidado la pregunta ó ha perdido la hilación en la respuesta que queda incompleta ó absurda.

El nombre, la edad, todo puede haberlo olvidado; á veces recuerda una sola fecha, la de su nacimiento, á veces ha conservado el recuerdo de su nombre y ha olvidado el apellido.

La perturbación que se observa en la memoria es pues profunda; la amnesia que se observa es especial y en la cual hay una serie de gradaciones, pero predomina una amnesia irregular, *en placas* si es que podemos llamar así á una pérdida de la memoria, que abarca zonas irregulares en el pasado del enfermo, comprendiendo fechas, nombres, nociones adquiridas, etc.

Esta deficiencia que notamos en la memoria podemos también hallarla en los otros modos de exteriorizarse el trabajo psíquico; la imaginación, esa elaboración gráfica del cerebro en que el rol

activo del espíritu es tan grande, está también singularmente debilitada.

Como dice Seglas, el enfermo se representa tan mal el porvenir como recuerda el pasado y como comprende el presente.

No se dan cuenta de su situación, es común en efecto que no haya conciencia del lugar en que están; saben que están en otro sitio que el habitual, tal vez sepan que están en un hospital si alcanzan á comprender el significado de las hileras de camas, pero no comprenden, á pesar de oir las incoherencias de los vecinos y de ver las gesticulaciones de un maniáco que estan en un manicomio.

La incapacidad para contestar una pregunta puede no ser tan acentuada como en el cuadro que hemos anotado; puede el enfermo responder, y en estas respuestas es donde se nota el síntoma fundamental de esta afección.

Hay una verdadera incoherencia; una serie de preguntas son contestadas por otros tantos disparates.

—¿Cuántos años tienes?—Cinco.

—¿Por qué estás aquí?—No sé.—¿En qué trabajabas?—No sé.—Talvez empiezan una frase coordinada y súbitamente como si se suspendiera en algún punto la continuidad de sus ideas; esta frase queda incompleta ó su terminación no presenta relación ninguna con el principio.

Empiezan á veces con una locuacidad y concluyen en mutismo ó viceversa.

Hemos ya dicho que estos enfermos en los grados estuporosos no tenían más iniciativa que las

escasas causadas por alguna alucinación pasajera. por alguna idea delirante que rompe la monotonía inactiva de su sueño. La misma falta de volición se nota en todos los grados, predomina la misma apatía.

En las formas que hemos descripto no hemos mencionado intencionalmente aquellos en los cuales hay sobreañadida á la confusión mental alguna manifestación delirante y las hemos dejado de lado por ahora para hacer resaltar los caracteres tan netos de la demencia aguda; los casos que vamos á estudiar ahora son precisamente aquellos que estudiados por Baillarger lo llevaron á deducir la falta de personalidad de la confusión mental.

Hemos pues descrito las formas en las cuales está unido el debilitamiento físico y psíquico: vamos á ver las formas en las cuales la actividad psíquica y física están debilitadas, pero hay manifestaciones mórbidas, ya sea que estas manifestaciones revistan el tipo de excitación motriz ó que haya irritación de los centros psíquicos produciendo estados alucinatorios.

En el llamado delirio de colapsus, hay un conjunto de síntomas que inducen á pensar en un ataque de manía aguda, pues el aspecto descrito es el mismo y no se puede formar con este grupo una división de la confusión mental.

Creo que extender tanto el título de confusión mental á estos enfermos agitados, incoherentes, porque en sus elaboraciones intelectuales haya señales de una profunda perturbación, es extremar la clasificación; indudablemente hay en esos casos confusión mental,

pero como lo decíamos al empezar este trabajo, la confusión mental es un síntoma frecuente en enfermedades mentales.

Considerar como confuso mental á un enfermo como lo describe Chaslin en su delirio de colapsus de Krapelin, es suponer que el maniaco agudo tenga coherencia y no sufre perturbaciones en su funcionamiento intelectual.

Traza el cuadro de un maniaco, con todos los caracteres que acostumbramos ver: todo su cuadro físico y psíquico es perfectamente aplicable á esos enfermos cuya evolución completa se puede seguir tan bien en cualquier servicio de mentales.

Es comprometer la estabilidad del grupo confusión el pretender hacerle abarcar todos los enfermos en los cuales se presente el síntoma de la demencia desarrollada de improviso.

Creo que debe reservarse el nombre de confusión mental á aquellos enfermos en los cuales existe por sí solo el cuadro sintomático de la demencia aguda.

Las alucinaciones que presentan estos enfermos deben también revestir el tipo de alucinaciones pasajeras, ya sea de carácter triste ó alegre; pero es necesario que no procedan con su intensidad á dominar el cuadro físico y psíquico del sujeto, porque entonces desaparece ya la individualidad de la demencia aguda primitiva.

Si predominan las ideas delirantes de carácter triste, es señal de que la actividad cerebral existe, de que está perturbada solamente, y tendremos entonces otro tipo muy distinto de vesania.

Ha sido la tendencia exagerada á generalizar lo

que ha hecho tambalear la existencia de la demencia aguda primitiva, y es necesario tenerla reducida en sus justos límites si no se quiere verla correr nuevamente el riesgo de ser absorbida en otra clasificación.

La suspensión más ó menos completa de las facultades intelectuales ó su debilitamiento puro es, pues, una entidad distinta que no permite su asimilación, como lo quería Baillarger, pero que á su turno no debe querer englobar los otros padecimientos mentales, que como ella tienen derechos adquiridos para permanecer como tipos separados.

Patogenia

En esta como en tantas otras enfermedades mentales, el factor anatómico de los síntomas psíquicos y físicos es aún un punto á dilucidar.

El substratum orgánico del pensamiento que ha podido ser objeto de estudios, demostrando evidentemente la relación entre la débil actividad psíquica del idiota congénito con su escaso é imperfecto desarrollo de las circunvoluciones cerebrales, no nos da la clave por qué un cerebro cuyo funcionamiento ha existido de una manera regular, se desvía de su camino é inicia una individualidad psíquica patológica, pudiendo después volver á restablecerse el equilibrio armónico de un hombre sano.

Hemos visto en las causas que originan el desarrollo de esta afección, que basta un simple choque moral, un embarazo gástrico desarrollado en circunstancias especiales y aun mal determinadas de la vida, para producir la confusión mental primitiva en todas sus gradaciones, desde las formas leves de estupidez, hasta el estupor más completo.

Veremos que esta afección desaparece sin dejar rastros de ninguna especie, en muchos casos.

Estas consideraciones denotando la débil intensidad muchas veces del causante inmediato y la facilidad para que el proceso termine favorablemente, deben inducirnos á pensar que las lesiones deben también ser de una débil intensidad.

El tejido tan elevado que constituye el sistema

nervioso central y, sobre todo, el que se encuentra constituyendo las circunvoluciones cerebrales y los núcleos grises, residencia de la formación del pensamiento, según podemos afirmarlo, basados en los conocimientos de la fisiología, es de una contextura muy delicada y de una sensibilidad suma para la acción de todos los excitantes exteriores.

Las imperfecciones en su trama celular, ya sean congénitas ó adquiridas, son difícilmente reparables; las células que lo constituyen no poseen la facultad de regenerarse en caso de que por una causa cualquiera hayan perdido su estructura normal.

Con Chaslin, creemos que el sindroma confusión mental, que forma séquito en la epilepsia, fiebre tifoidea, etc., debe tener una alteración anatómica constante que, encontrándose aislada, forma la afección llamada confusión mental primitiva

Pero creemos también que el microscopio que nos nuestra las alteraciones en la trama del cuerpo celular, no nos ha de dar sino difícilmente la razón de este agotamiento momentáneo y fugaz de la vitalidad del órgano psíquico.

Sin embargo, la técnica ha perfeccionado mucho sus procedimientos de investigación anatómica y microscópica.

En la manera cómo los elementos se comportan en contacto con ciertos elementos químicos y colo-reando por ciertos reactivos los diferentes componentes celulares, se ha llegado á descubrir las representaciones físicas mórbidas que producen la sintomatología de muchas afecciones mentales.

Veamos lo que se sabe actualmente sobre la enfermedad que estudiamos.

Casi no poseemos autopsias de confusión mental primitiva ; el delirio agudo, que constituye una de las causas más frecuentes de la mortalidad observada, nos impide sacar deducción alguna de las alteraciones cadavéricas.

La hiperhemia observada en esos casos, producida probablemente por una viva irritación celular que atrae el torrente sanguíneo, es casi la única alteración constatable.

Sólo en los casos en que la muerte ha sido producida por una enfermedad visceral, tuberculosis pulmonar, pneumonía, podremos encontrar el órgano enfermo, libre de otra afección concomitante, y aun así es necesario que estas observaciones se multipliquen para poder sacar conclusiones lógicas.

Solamente un número crecido de observaciones bien llevadas, nos quitarán la duda de si las alteraciones constatadas corresponden á la demencia aguda curable, ó si esas alteraciones son el causante de una demencia que no podía ya pasar al estado normal.

Todas las constataciones anatómicas y microscópicas que se poseen, dan un resultado muy distinto entre sí.

Etoc, Ferrus y Pinel admitían el edema como la lesión constante en estos casos.

Faltaban entonces los suficientes elementos de diagnóstico, y cabe suponer que la lesión anatómica constatada, correspondía á muchas enfermedades aun no separadas y, sobre todo, á la demencia crónica.

Wille admite la existencia del edema cerebral, hidrocefalia externa é interna, con enturbiamiento de las meninges, anemia cerebral y aun atrofia del cerebro.

Sin necesidad de aventurarnos mucho, podemos preguntarnos si esas lesiones se podrían encuadrar hoy entre las de la demencia paralítica.

Kraepelin cree que el sitio anatómico donde se producen las alteraciones mórbidas,—que dan lugar á la demencia aguda después de un ataque de viruela ó fiebre tifoidea,—es en la corteza cerebral.

Aún va más lejos, y admite que es la célula nerviosa de la corteza la que padece y sufre alteraciones constatables al microscopio.

Se funda para hacer estas deducciones en observaciones de Emminghaus, quien ha encontrado un aspecto turbio en estas células.

Rychlinsky ha encontrado las células neuróglicas aumentadas, las células nerviosas con pigmento obscuro, el protoplasma alterado y el núcleo sano ó la inversa, los vasos congestionados con las paredes en proliferación.

También admite el hinchamiento turbio en las células cerebrales y una modificación en las fibras nerviosas de la médula.

Nagy, usando el método de Nissl ha podido comprobar que en esta afección no se encuentran lesiones marcadas de la célula cerebral.

Aldridge y Krafft-Ebing, fundados, sobre todo, en los datos subministrados por el oftalmoscopio, que permite comprobar el estado anémico del fondo

ocular, creen que estos enfermos presentan un estado anémico de su substancia cerebral.

Browne ha encontrado en un caso, lesiones cuya descripción coincide casi por completo con las encontradas por Wille.

Faure, recienfemente, ha comprobado en dos autopsias la existencia de lesiones celulares: éstas consisten en la cromatolisis de la substancia protoplasmática; el núcleo estaba rechazado á la periferia, las células estaban deformadas, globulosas.

Estas lesiones, encontradas en mujeres que habían sucumbido, la una á consecuencia de una intoxicación por insuficiencia renal, y la otra por insuficiencia hepática, y que habían presentado antes de morir síntomas de confusión mental, llevan al autor á creer que estas observaciones, añadidas á otros casos observados por él mismo, pueden servir para deducir la naturaleza de las lesiones cerebrales producidas por los envenenamientos de origen interno, que da lugar al cuadro clínico de la confusión mental.

No bastan las observaciones que se poseen, aún no controladas por la crítica, para poder sacar conclusiones definitivas é inclinarse á pensar en la constancia de las lesiones degenerativas como produciendo la afección que estudiamos.

Hemos dicho que, basándonos en la fisiología de la célula nerviosa cerebral y en la marcha de la afección, podíamos creer que la lesión debe ser difícilmente constatable al microscopio.

Una célula deformada, cuyo protoplasma ha sido disuelto en su parte más vital, en su substancia cro-

matófila, es una célula cuyo funcionamiento ulterior será imposible, dado que su reconstitución será muy difícil, si no imposible.

No está esto de acuerdo con el carácter transitorio de los síntomas desarrollados por las lesiones que deben experimentarse en la substancia celular.

Estudiemos las causales que determinan en el cerebro las alteraciones aún tan indeterminadas.

Con Bouchard se inició una época en que las explicaciones de muchos fenómenos mórbidos, de muchas enfermedades, se busca en la circulación por el organismo de materiales patógenos no organizados.

Estos productos patológicos del organismo, que toman origen en la trama de los tejidos, en las vías digestivas, como resultante de transformaciones químicas anormales en los alimentos, etc., son desde entonces estudiados por muchos y su influencia mórbida es un punto bien establecido.

La circulación en el cuerpo humano de estos venenos, está prevista por la naturaleza y hay órganos encargados de su transformación y eliminación.

Que ellos dejen por alguna causa de desempeñar esa misión, y se tendrá una consecuencia la autointoxicación.

La medicina mental ha dirigido sus investigaciones para saber qué rol desempeña este proceso mórbido en la génesis de las enfermedades que estudia.

Regis y Chevalier-Lavaure han hecho un estudio notable de las relaciones que existen entre la confusión mental y los fenómenos de autointoxicación.

Llegan á sostener que las locuras que se llama-

ban simpáticas son locuras desarrolladas por un agente tóxico.

Creen que la confusión mental va á ser considerada como produciéndose siempre á causa de un proceso de autointoxicación.

Llama la atención, en las observaciones de esta enfermedad descritas en toda época, la constancia en la descripción, de síntomas de perturbaciones gástricas, lengua saburral, anorexia, etc.

Ewald y Jacobson refieren un caso en el cual se hace notar la relación existente entre la perturbación del proceso gástrico en la confusión mental.

El enfermo curó después que algunos lavajes del estómago suprimieron la fermentación anormal que le había producido una confusión extrema continua.

Los análisis practicados en enfermos de esta clase, permiten constatar la eliminación por la orina de materiales anormales.

El indican, la tirosina, la acetona comprobados en la orina son indicios de que al nivel del aparato digestivo, hay procesos fermentativos anormales que llevan al torrente sanguíneo estas substancias tóxicas.

La presencia de albúmina, de cilindros, hace ver que el riñón irritado por estos ú otros elementos, está en malas condiciones para continuar eliminando las substancias patógenas circulantes.

Sabemos que el mal estado del riñón puede llevar al desarrollo de esta enfermedad, como también el de muchas otras.

Se ha podido comprobar también en las orinas de los confusos, la presencia de materias indicando el mal estado de la glándula hepática.

El hígado, ese inmenso filtro químico del organismo, cuya colocación estratégica le permite interceptar á su paso todos los venenos y transformarlos haciéndolos inócuos, no puede fallar en su misión sin que este hecho tenga repercusión sobre el organismo entero.

La somnolencia prolongada, remitente ó continua, es uno de los modos de manifestarse la acción de la insuficiencia hepática.

Basta haber visto un ataque de coma hepático, para darse cuenta del gran poder tóxico de las substancias que esta glándula destruye en su estado normal.

Se pueden relacionar con estas causales, la que consiste en el acceso al cerebro de materiales formadas por la presencia patológica de microorganismos.

Las ptomainas y toxinas que se absorben en el intestino de un tifoideo producen el estupor, la demencia, absolutamente lo mismo que las otras causas que hemos visto.

Estas intoxicaciones por substancias producidas por determinada especie bacteriana ó por la circulación anormal de materiales no destruídos ó no eliminados, pueden todas determinar los mismos síntomas de demencia aguda y tienen la misma posibilidad de producir una afección que pase á la cronicidad.

No debe extrañarnos esta repercusión sobre el órgano psíquico de los cambios sufridos por el resto del organismo.

La facultad de la inteligencia reside en el cerebro; (*sans cerveau, pas de pensée*, Beaunis) y como éste

está unido por tantas vinculaciones de toda especie al resto del cuerpo, las perturbaciones y cambios que éste sufre deben repercutir con más ó menos violencia sobre aquél.

La acción de los agentes, que como el alcohol producen al ser llevados al contacto del cerebro, cambios tan notables en el funcionamiento psíquico, es una de las muchas demostraciones que prueban hasta la evidencia esta deducción.

Aquellos que quieren hacer de la facultad del pensamiento, un alma impalpable, inaccesible á las modificaciones que le pueden imprimir los agentes exteriores, debían preguntarse qué se hace de ese algo intangible cuando se han ingerido algunos gramos de alcohol.

Dejando estas digresiones, diremos que el alcohol debe poseer otras afinidades celulares y otra acción que los venenos de las autointoxicaciones, pues la confusión mental que trae á veces, como consecuencia, no es idéntica.

El alcoholismo subagudo, cuando reviste el aspecto de confusión mental, trae consigo una serie de síntomas especiales á él.

Tiene una serie de alucinaciones tan especiales y predominantes, que no permiten asimilar los dos tipos.

Se ha querido hacer de ambos una especie de sueño somnámbulo; está bien para el alcohólico que puede asimilarse perfectamente á un sueño exteriorizado, al *onirismo* de Regis; pero no así en el confuso mental, que no exterioriza nada porque no sueña.

El alcohólico tiene grupos psíquicos que, funcio-

nando y excitados, dan á su delirio ese tipo de sueño somnámbulo; una brusca interpelación, suspende momentáneamente esa función patológica delirante, lo trae á la realidad para seguir en seguida en su sueño; mejor dicho, en su ensueño.

El confuso mental no está soñando, está dormido en un sueño especial, en que no hay función cerebral; apenas aquí y allá persiste una célula intacta, un conductor que funciona; tal vez pase una corriente por él, engendrada por el funcionamiento vital de una célula, pero es algo casual.

Lo que allí predomina es el descanso, la inacción; por lo menos es lo que podemos creer.

Indudablemente cada substancia no puede poseer la misma facultad de actuar en todos los organismos: así el alcohol como las substancias tan complejas que producen las autointoxicaciones pueden producir los mismos efectos sobre diferentes organismos, aunque como ya hemos dicho, lo común es que el alcohol tenga su acción especial.

Reservamos el título de confusión mental al cuadro que trazamos en el capítulo de síntomas; poco importa el agente que lo produzca.

Se quiere reservar el título de confusión mental sintomática para ciertas formas en que aparece.

Lo difícil sería saber entonces cuándo es primitiva, idiopática.

Desde una alegría desmedida, como el caso citado por Chaslin, hasta un fuerte disgusto, desde los venenos del tifoideo hasta el alcohol, todo puede producir la confusión mental. Lo único que se

puede exigir es que revista el carácter descrito en la sintomatología.

Si á un alcohólico le aparece su delirio especial, si cae en el *onirismo*, ya no está en estado de confusión mental; tendrá como accesorio el síntoma confusión, pero lo fundamental será el delirio alcohólico.

Lo mismo que decimos del alcohol se puede decir de las demás causales. Cuando no hay un elemento material inmediato al cual atribuir los síntomas y las lesiones, las explicaciones difieren también.

Cuando esta afección se desarrolla á consecuencia de un choque psíquico, unos atribuyen el mecanismo de su producción á un desorden vasomotor causado por el choque emotivo.

Otros, recordando que la autointoxicación puede ser favorecida por un choque en el sistema nervioso, que perturbe las funciones de toda la economía, creen poder aún establecer aquí que la confusión mental reconoce como causa el acceso al cerebro de materiales tóxicos elaborados en un organismo que ha salido de su funcionamiento normal.

Preferible á esta explicación, sería confesar que ignoramos el mecanismo de producción en muchos casos, si no en todos.

El neurón, esa concepción moderna de la morfología del sistema nervioso, puede servir para explicar de una manera bastante satisfactoria, las afecciones nerviosas y también podría darnos la clave del mecanismo íntimo de esta afección.

Sabemos que en la red complicada á manera de un bosque dentro de la corteza cerebral, es donde se establecen relaciones por contigüidad y no por con-

tinuidad entre las prolongaciones protoplasmáticas del neurón. Marinesco por el método de Nissl, ha encontrado lesiones de estas células en diferentes afecciones, la substancia cromatófila de las células está en plena desintegración; esta cromatolisis puede ser parcial ó general, y acompañarse de desplazamientos del núcleo á la periferia.

Aunque estas observaciones hayan sido después combatidas por Déjerine y otros, hemos visto que algunos autores creen que puede llegarse á encontrar estas mismas alteraciones en los elementos celulares de la corteza cerebral de los confusos.

Si relacionamos el hecho que las observaciones de Marinesco se refieren á lesiones encontradas en afecciones cuya causal es la acción sobre la célula nerviosa de elementos tóxicos creados por infecciones mal determinadas, con la idea que la confusión mental es muchas veces referida á la acción sobre el cerebro de substancias del mismo género, podremos ver el fundamento que tienen los que quieren asimilar las lesiones anatómicas en ambos casos.

Déjerine á propósito de la demencia paralítica, atribuye las perturbaciones psíquicas observadas á una destrucción progresiva de los neurones.

Si aceptamos la hipótesis que atribuye la confusión mental á una simple retracción protoplasmática que deje aislados entre sí los neurones, nos daríamos mejor cuenta del proceso que aceptando las lesiones de Marinesco y Faure, lesiones eminentemente degenerativas, no están de acuerdo con el hecho clínico que demuestra el restablecimiento del funcionamiento cerebral.

Las impresiones transportadas al interior del cerebro, encuentran una serie de eslabones suprimidos, otras tantas soluciones de continuidad en la esfera psíquica que impiden la reflexión y elaboración como en el estado normal.

Un número más ó menos extenso de aislamientos intersticiales nos daría como consecuencia la explicación de un grado mayor ó menor de la facultad de recibir, de la facultad de elaborar, de la facultad de exteriorizar esa elaboración incompleta.

El confuso mental que interpelado por una pregunta, hace un gran esfuerzo sin resultado, haria recorrer á sus ideas los neurones que le han quedado coherentes, y se desespera á vez que le faltan una serie de vías de comunicacienes existentes antes.

La irregularidad en la distribución de estas zonas aisladas nos explicaría esa *amnesia en placas* tan propia del confuso; la generalización del proceso nos daría el cuadro del confuso mental estuporoso, la restitución por secciones, en esas vías interrumpidas, nos explicaría por qué mecanismo se reconstituye la inteligencia y memoria en estos sujetos.

Esta retracción protoplasmática, que puede ser producida por tantas causas, un choque psíquico, una autointoxicación, etc., debe ser difícilmente constatable y nos explica por qué es que Nagy, usando los métodos más perfeccionados, no ha llegado á constatar lesiones en la célula cerebral.

Veremos más adelante, cuando se hayan multiplicado los exámenes anátomopatológicos en esta afección, si esta es la verdadera causa de su sintomatología.

Psicología patológica

Tratemos de ver cómo está alterada, en esta enfermedad, ese resultante del funcionamiento psíquico normal llamado conciencia; veamos cómo el yo de cada enfermo manifiesta poseer las facultades llamadas memoria, inteligencia, voluntad, y hagamos notar las señales que nos llevan á afirmar que se trata de un enfermo mental, es decir, un individuo cuya actividad psíquica está perturbada.

No haremos disertaciones psicológicas, que no encontrarían su sitio en este breve capítulo: veamos tan sólo cómo está perturbada esa síntesis perpetua, esa combinación de las ideas adquiridas cuya resultante en el individuo normal es el acto intelectual, es el recuerdo, es el movimiento voluntario.

No creamos en la única localización de esta enfermedad, por ejemplo, á la corteza cerebral, el sitio admitido, como sabemos, de la combinación de ideas; nó: ésta es una afección que no se limita en muchos casos á los actos intelectuales elevados, sino que perturba las manifestaciones vitales clasificadas como instintivas, el confuso mental en el grado más acentuado no trata de realizar el acto primo; no experimenta hambre, no tiene el organismo la integridad de los conductores nerviosos y los grupos grises encargados de esa tan limitada función.

Cito también este hecho para declarar desde ya que en la mayoría de los casos no se trata de saber si está ó nó alterada la inteligencia, pues es fácil reco-

nocerlo á primera vista, sino de ver cuál es la forma que reviste dicha perturbación en la confusión mental primitiva.

Todos los estudios modernos admiten, que así como el lenguaje articulado, la memoria de los sonidos, los movimientos de los miembros, tienen grupos de células en la corteza, que reciben las impresiones exteriores, las almacenan y las irradian al resto de los elementos celulares; también todas las demás maneras de impresionarnos deben tener sus vías de transmisión, sus grupos celulares encargados cada uno de distinta función.

No hay necesidad de extremar esta localización, y si el biceps de un pelotari crece de una manera proporcionada al ejercicio que despliega, también las facultades intelectuales ocupan más ó menos extensión en las circunvoluciones, según que los actos psíquicos del organismo que los substenta sean más ó menos variados, según que el sujeto tenga más ó menos número de impresiones psíquicas exteriores que combinar, una constitución más ó menos bien armonizada de esas grandes células piramidales de la corteza.

Meynert, ha expuesto una ingeniosa teoría, que se dice fisiológica, apoyada en su manera de comprender el dinamismo cerebral.

Como introducción, separa la corteza de los centros subcorticales, entre los cuales coloca el cerebelo, y da á cada cual una función distinta.

Las percepciones sensoriales se efectúan en los centros subcorticales, y de allí pasan á la corteza, donde está el sitio de las representaciones.

En la corteza, durante la vigilia, los elementos funcionan gracias á una hiperhemia, que, cambiando de sitio, mudaría el centro en actividad; en el resto de la corteza las imágenes son tan débiles, que son inconscientes.

Esta disminución de la actividad de unos centros reemplazando al ejercicio de los otros, sería debido á que la nutrición y los cambios químicos de las células, están en relación con el aflujo sanguíneo y éste cuando es mayor en un punto, lo es á expensas del resto.

La corteza cerebral no recibe ninguna impresión directa de las sensaciones. Estas no llegan allí sino después de haber dejado en el pasaje por los centros subcorticales todo su carácter físico.

Según Meynert, el yo "es la conciencia de los fenómenos de asociación; no contiene sino relaciones con las percepciones, nada de las percepciones mismas."

En la confusión mental habría, según este autor, disminución más ó menos acentuada de la actividad de la corteza, trayendo como consecuencia una ausencia de asociaciones con desaparición, como es consiguiente, del yo consciente.

Meynert admite como fenómeno constante las alucinaciones y las explica por el funcionamiento exagerado de los centros subcorticales, debido á una hiperhemia.

En la distribución anatómica de las arterias, encuentra su fundamento para establecer dicho reparto de la sangre; la congestión pasiva de los

centros subcorticales daría lugar á las alucinaciones que perturbarían la inacción de la corteza.

Meynert suprime la continuidad del sistema nervioso y da á la conciencia una independencia de las impresiones exteriores; allí acantona el yo en la corteza cerebral y encarga á los centros subcorticales de no dejar llegar ninguna sensación exterior directa.

El yo, ese resultante del conjunto de las percepciones exteriores, de la asociación interna, está, pues, muy reducido por el autor alemán.

Hace hipótesis raras; tan pronto afirma que los cambios químicos celulares de la corteza son los que atraen la savia sanguínea, para continuar su funcionamiento, como ve en la hiperhemia de los centros subcorticales, la causa de su vitalidad exagerada.

Sin hablar que las alucinaciones, fenómenos que, existiendo como constantes, hemos separado de la confusión mental y que él los coloca como casi fatales por el concepto que tiene de la enfermedad y el mecanismo que la produce.

Basta, pues, con lo escrito sobre esta hipótesis ingeniosa, pero que carece de fundamentos fisiológicos á pesar de las pretensiones de su autor.

Dejando de lado el cómo se efectúa el acto psíquico, vamos á examinar el enfermo y analicemos los síntomas que presenta.

En el examen lo primero que se nota es la confusión, que es la base de su desorden intelectual. Por tal se entiende la pérdida de la facultad de asociación, de efectuar el acto de síntesis que hace

darse cuenta del sitio que ocupa, de las relaciones de los objetos exteriores entre sí y con el yo.

Los casos leves son los que informan mejor sobre el génesis de esta modificación psíquica.

El enfermo que viendo á un sirviente poner platos sobre una mesa, reconocía al sirviente como tal, sin poderse explicar para qué efectuaba esa operación, nos muestra el fondo de la afección.

Realiza una serie de operaciones psíquicas, hasta que le falta el conductor que una esa percepción exterior y ese trabajo interno con el resto de los psíquicos.

El complicado mecanismo de la conciencia tiene un eslabón ausente, el haz de asociación de las ideas.

En todas las demás manifestaciones encontramos el mismo fenómeno primo: no es sólo la percepción exterior la dificultada, la asociación de ideas, la combinación de imágenes que forman la palabra interior está dificultada, el raciocinio está dificultado, llega á ser imposible en la cosa más sencilla.

La memoria experimenta las mismas perturbaciones; no hay conservación ni reproducción de las imágenes anteriores, ni posibilidad de adquirirlas. Sin embargo, algunas veces hay asimilación inconsciente; el enfermo curado, recuerda algún acontecimiento ocurrido durante su enfermedad, y que no dió entonces lugar á ningún fenómeno psíquico exterior, ni siquiera interior, consciente.

La voluntad también experimenta las consecuencias de esta disgregación de los medios asociativos. La falta de unión armónica entre los centros moto-

res, trae la dificultad que va hasta la imposibilidad para realizar un movimiento, un acto voluntario.

Falta la atención necesaria para la realización del acto exterior; los actos que se realizan en este estado son incompletos, carecen de la guía de la memoria y del factor volitivo indispensable.

La palabra y la escritura son mal adaptadas, truncas; la relación lógica entre las ideas expresadas, falta.

Este estado de disgregación y disminución del poder psíquico en todas sus esferas, trae también consigo la disminución más ó menos grande de la conciencia, no se da cuenta el enfermo de la anomalía en su manera de ser, sino de una manera vaga y eso en los casos leves.

La emoción depresiva que experimentaría si pudiese contemplarse y notar la desorganización de sus actos intelectuales no existe, porque el proceso es generalizado y todas las operaciones cuyo conjunto constituye el yo consciente, no se realizan sino imperfectamente, de modo que él no existe, ó está muy disminuído.

Basta ver el aspecto aturdido, esa fisonomía sin expresión, la mirada vaga, para conocer la incertidumbre y la dificultad de los actos intelectuales; la ausencia de la armonía necesaria para constituir una inteligencia consciente.

Esta pulverización de los elementos psíquicos, con conservación de algunas relaciones todavía y con persistencia del funcionamiento más ó menos irregular del resto del organismo, da al enfermo un aspecto de autómata.

La ausencia de iniciativa, de volicion, está perturbada por algún movimiento vital de una célula enferma, trayendo una idea confusa é incompleta, revelada por un movimiento absurdo, por una frase incoherente.

Este carácter de irregularidad en la transmisión entre los elementos psíquicos, no está constituído de una manera constante para cada territorio; durante un momento se establece una continuidad que da lugar á un acto combinado casi siempre incompleto, pero que ha necesitado una cantidad de comunicaciones y combinaciones psíquicas; un instante después estas relaciones desaparecen y el acto, la idea, ya no pueden surgir: se ha perdido el hilo conductor, tal vez para aparecer en otro grupo, para dar lugar á otro movimiento, no menos incompleto que el anterior.

Estas dificultades asociativas y transmisoras quieren ser vencidas inútilmente por el sujeto; el esfuerzo que realiza para producir el acto intelectual es infructuoso. En el grado máximo no hay siquiera posibilidad de tal acto volitivo; está en estupor.

Como esta afección es á veces paulatina, se puede seguir paso á paso el desarrollo del proceso y verlo invadir gradualmente los dominios del acto intelectual.

En el primer período, cuando el sujeto se da cuenta de su estado patológico, empieza á dificultarse la relación entre los centros, sin que haya en éstos aún la falta de coordinación final.

Es la dificultad para la concepción de ideas abs-

tractas, operaciones llamadas de orden superior, la que inicia el fenómeno de disgregación; la memoria, la voluntad, empiezan después á sufrir de la pérdida de relación entre sus distintas secciones.

Poco á poco los centros mismos son invadidos dentro de su aislamiento patológico; estamos en plena inconsciencia que se traduce por los actos, las palabras incoherentes, distinto del estado inicial en el cual había aún muchos actos combinados, ideas que empezaban recién á disminuir de cantidad y calidad, pero aún había la suficiente armonía para que el enfermo notara el desarrollo de la afección que iba á perturbar toda su intelectualidad.

Más adelante ya están suspendidas las funciones de los centros mismos: un reflejo producido por una impresión exterior, que daría lugar á un acto psíquico, se traduce tan sólo por una interjección, el único movimiento que ha quedado posible en la desorganización de la substancia gris.

Insisto en separar de esta forma de suspensión del funcionamiento psíquico, aquella en la cual aun ha quedado entre este desorden, la facultad de germinar alucinaciones reveladas á nosotros por el aspecto de pesar, de alegría, de ansiedad y por las palabras que acompañan á este estado aparente.

En estos casos hay excitación de grupos, los subcorticales de Meynert, y relaciones suficientes para que estos grupos influyan sobre el resto del organismo psíquico, trayendo modificaciones en la conciencia.

Hay aún conciencia en estos casos que está in-

fluenciada por las ideas mórbidas que surgen de un centro excitado.

En nuestra confusión mental si hay alguna excitación trayendo como consecuencia un movimiento, una palabra incompleta, esta excitación de un centro cualquiera no encuentra las relaciones con el resto del órgano psíquico, necesarias para que éste se dé cuenta de ellas.

Son movimientos desordenados que no dejan rastro en una memoria ausente, que no pueden hacer revestir al individuo un aspecto de delirante.

Cuando hay la posibilidad en el órgano psíquico de tener alucinaciones y de dejarse influir por éstas creemos que se debe clasificar como locura alucinatoria (1).

---

(1) Krafft-Ebing.

Diagnóstico

Hemos dicho ya que el sindroma clínico de la confusión mental es bastante frecuente de observar en el asilo: la demencia lo reproduce con exactitud, las dificultades diagnósticas, veremos, pues, que son á veces sumas.

También las formas que reviste la confusión pueden acrecentan la dificultad para separarla de las otras afecciones, pues tiene muchas gradaciones que la aproximan á otros grupos, á otras tantas afecciones distintas.

Desde la forma estuporosa en la cual no hay indicio alguno exterior que nos permita deducir la existencia de una leve vida cerebral, hasta la confusión ligera, existen una serie de matices varios que aumentan las dificultades diagnósticas.

Màs importante es la distinción que debemos establecer cuando á esta confusión mental se añaden las alucinaciones, el delirio, la agitación motriz, esos elementos tan constantes que en muchas afecciones llegan á constituir el fondo del cuadro sintomatológico.

Hemos manifestado ya en diversas partes la necesidad de eliminar del tipo confusión mental á aquellos enfermos en los cuales estos síntomas predominan.

Creemos que un enfermo que delira, que gesticula, que tiene alucinaciones, tiene funcionamiento cerebral tal vez en exceso, y que la confusión que se puede presentar en él es el resultado de la dismi-

nución relativa de los otros centros ante el crecimiento patológico de algunos.

Podrá ser un delirante que presenta una consecuencia ó accesoria la confusión, un maniaco en iguales condiciones, pero no encuadra en los límites que le hemos trazado á la vieja estupidez de Georget, ó la demencia aguda de Esquirol, nuestra confusión mental primitiva.

Hechas estas advertencias previas, que condensan nuestra opinión respecto al concepto de esta afección pasemos á diferenciarla de las otras que se le asemejan.

La primera separación que se nos presenta es con las formas congénitas de debilitamiento psíquico, llamadas imbecilidad, idiotismo, etc.

Desde luego, el aspecto de unos y otros es distinto; las señales físicas de un tipo anormal como es el idiota congénito no admiten siquiera duda: no necesitamos trazar el cuadro de esos seres que llevan en la forma de su cráneo, en sus orejas, en todo su organismo, las señales de la degradación humana. El confuso mental llega al mismo estado psíquico repentinamente, lo toma adulto cuando todo su ser ha ejercido una vida más ó menos normal; en la forma de su constitución física podemos reconocer que si no hay actualmente, puede haber habido una inteligencia normal ó poco menos.

El idiota por lo regular es capaz de realizar un pequeño número de actos combinados, rutinarios, que lo distinguen del confuso, incapaz de ningún acto, y no tiene ningún medio de hacer exterior una voluntad que no existe.

Por lo demás, no hay necesidad casi nunca de recurrir á este procedimiento de examen directo, pues los antecedentes nos indican claramente la diferencia entre ambos.

La segunda distinción que debemos hacer es diferenciarla de las demencias adquiridas: aquí el diagnóstico sin antecedentes es á veces muy difícil.

El aspecto del sujeto puede guiarnos un tanto; el demente crónico es un enfermo psíquico cuyo estado físico no responde á la decadencia intelectual.

El confuso es un enfermo en todo su organismo, tanto que hay quien ha querido incluirlos entre los enfermos estudiados por la patología interna; el uno es un hombre grueso, robusto, que dice palabras más ó menos incoherentes, el otro es un sujeto debilitado, á veces febril, con su lengua saburral, sus ojos hundidos, sus palabras son escasas.

Una pregunta hecha á un viejo demente, es contestada muchas veces con una lucidez que sorprende, hay mucha ilación entre sus respuestas.

El confuso mental interpelado no contesta; si la hace, es con alguna palabra incorrecta, á veces esas palabras incompletas surgen sin ninguna incitación, como si fueran los órganos de fonación los que emitieran sonidos, sin que el sistema nervioso participe del acto.

Cuando describimos los síntomas físicos que suelen acompañar á la confusión, enumeramos entre éstos á la desigualdad pupilar, la disartría, el temblor en los miembros: son estos síntomas los que añadidos al estado demencial, exigen un diagnóstico con la parálisis general.

Si bien es cierto que ésta presenta casi siempre sus formas delirantes de grandezas, de hipocondría características, hay casos en los cuales el diagnóstico se hace difícil, porque no existe dicho delirio.

Es entonces que empiezan á servir los detalles; el paralítico tendría una disartría más marcada que el confuso mental; los síntomas serían más variables en este último. Detalles difíciles de poder separar y que exigen gran habilidad para llegar á un diagnóstico; á veces éste debe quedar en suspenso hasta que la acentuación de los síntomas producida por la evolución tan distinta de ambas afecciones, permita hacerlo.

Hay que hacer, después de éstos, otro diagnóstico no menos interesante,

La melancolía, y sobre todo la melancolía con estupor, esa forma que indujo á Baularger á suprimir la confusión mental, asimilando los dos tipos. Los principales elementos para separar los dos padecimientos, son los siguientes:

Melancolía	**Confusión mental estuporosa**
Se inicia lentamente. Tiene sus rasgos fisionómicos contraídos, sus cejas fruncidas, indican que hay actividad intelectual; su tipo triste indica que su actitud es causada por ideas tristes, angustiosas; el dolor interno está representado en su cara.	Empieza bruscamente. Tiene una expresión, que no es tal; no hay allí nada escrito. Sus ojos lánguidos y sin fijeza. Su boca abierta por donde se escurre la saliva, son las facciones de un tonto.
No come por sistema; su resistencia es causada por la dirección viciosa de sus ideas delirantes, por sus alucinaciones.	No come porque no hay nada en él que le recuerde la necesidad de ese acto. Todo lo ha perdido hasta el instinto primordial.

Melancolía	Confusión mental estuporosa
No reacciona al dolor, á pesar de sentirlo, por sus ideas de autoculpabilidad, porque el dolor psíquico que experimenta, hace quedar en segundo plano todas las demás.	No manifiesta sensibilidad al dolor por el embotamiento cerebral.
Retiene sus orinas y sus deposiciones, todo lo más posible por la inervación exagerada de los esfinteres.	Los excreta, llegan á su orificio cutáneo, y son eliminados de una manera inconsciente.
Conserva de este estado un recuerdo doloroso, por los sufrimientos que ha pasado.	No conserva recuerdo de un período en que su conciencia no ha existido.
Cura á veces súbitamente.	La convalecencia es lenta.

Después de esta enumeración de síntomas, que establecen los límites entre ambas afecciones, debemos confesar que encontramos casos en los cuales no es posible pronunciarse, sino después de una observación prolongada.

Es necesario á veces esperar que las palabras pronunciadas por el enfermo nos indiquen la naturaleza de su estado mental; tal vez algunas quejas nos indiquen que detrás de ese estupor aparente, hay todo un mundo de ideas delirantes, ideas tristes, de autoculpabilidad, que por su intensidad llevan al enfermo á la inacción exterior. Toda su vida psíquica está concentrada en la lucha interior.

Un maniaco presenta un aspecto muy distinto del confuso mental. Basta recordar el aspecto del maniaco, esa faz roja, la expresión viva y cambiante, los ojos brillantes, en movimiento constante, las palabras rápidas con que contesta á esa lluvia de

alucinaciones continuas, la voz fuerte que pronto se hace ronca, la agitación motriz incoherente, para comprender que en él hay una excitación constante de diferentes centros; muy distinto del agotamiento y debilidad general de todas las manifestaciones intelectuales del confuso.

Puede ocurrir que el maniaco caiga agotado en un estado de confusión mental, que entonces sería una afección secundaria distinta del caso que estudiamos, y que sería difícil separar de la demencia vesánica.

La paranoia aguda es también una afección de caracteres opuestos á la confusión. El paranóico tiene su funcionamiento intelectual casi completo. sus ideas delirantes imprimen á sus actos, á sus ideas, un rumbo especial y que es característico; pero, como se ve, no hay en manera alguna la ausencia ideógena del confuso.

En ciertos paranóicos estas alucinaciones, estas ideas delirantes, pueden perturbar el concierto cerebral, pueden traer la incoherencia, la demencia paulatina; muy distinta afección de la que estudiamos.

Los delirios alcohólicos son en general característicos; quien haya vistos esos enfermos agitados, con alucinaciones tan comunes que se refieren ya á la profesión, ya revistan el carácter de aparición de animales, de víboras, de incendios, etc., no podrá esperar esto en el confuso.

El alcohólico tiene el cerebro en bastante buen estado detrás del velo del delirio, una brusca interpelación lo substrae á sus ficciones; la vista del médico lo tranquiliza, y le pide no lo abandone al

horror de su destino; está en plena lucha con esas apariciones terroríficas; el confuso no expresa temor alguno, pues no tiene ideas, sus alucinaciones son pasajeras y no imprimen sello alguno á su conciencia, pues no existe ó está embotada.

En las demás afecciones en que se puede presentar la confusión mental como síntoma, el diagnóstico es en general fácil. El *tifoideo* presenta síntomas febriles de marcha especial, la sero reacción de Widal, nos quitará toda duda.

Por otra parte, esta afección tiene una manera de obrar sobre el cerebro idéntica á la causa más común de la confusión: son los venenos animales y bacterianos, son los que producen el estado psíquico descripto.

También puede ocurrir que la confusión mental primitiva estalle como consecuencia directa de los desórdenes físicos causados por una fiebre tifoidea (1), en cuyo caso no hay duda se trata de una confusión mental primitiva de origen tifoideo.

La confusión que existe en el *epiléptico*, es bastante agitada; otras veces presenta el cuadro completo, hay que recurrir á los antecedentes, á las señales de caída, etc., para establecer el diagnóstico.

En la *histeria*, hay ataques de confusión secundaria: basta buscar los estigmas de esta psiconeurosis para dilucidar las dificultades; por otra parte, en la histeria la confusión suele estar acompañada de alucinaciones é ideas delirantes; sus gestos y actitudes indican la existencia del trabajo cerebral interior.

---

(1) MARCÉ, *Maladies mentales*, págs. 137 y 138.

Pronóstico y tratamiento

Hay que tener en cuenta muchos factores para poder predecir la marcha que seguirá la enfermedad.

Hemos dicho ya que la tara hereditaria no es un factor de consideración en esta afección, y que más importancia se debe reconocer á las causas de debilitamiento orgánico.

Es en éstas y en los resultados producidos sobre el físico, que tenemos que fundarnos para establecer el pronóstico.

Parece que cuanto más avanzado es el proceso de desgaste orgánico tanto más se presenta obscuro el fin de la enfermedad.

Sin entrar en más consideraciones, tenemos que decir que desde los primeros trabajos sobre la demencia aguda, se le ha reconocido el carácter de leve y la tendencia á la curación.

Las cifras estadísticas varían según los autores, desde 70 á 40 por ciento, lo no nos puede extrañar por la distinta idea que hay en las diferentes escuelas sobre el carácter preciso de esta afección y los límites que se le ha trazado.

Así notamos que Chaslin, que admite dentro de esta afección la forma alucinatoria, no está muy convencido de su carácter curable.

Reconoce que las formas simples en las cuales no hay fenómenos delirantes, alucinaciones, etc., son de un pronóstico favorable.

Esto está de acuerdo con lo que encontramos en la estadística de Kraff-Ebing, quien ha separado las dos afecciones y le asigna á ésta el nombre de demencia primaria curable, como lo comprueba en su estadística de 70 por ciento de curaciones.

En una afección como ésta, que se desarrolla en un organismo debilitado, gastado por excesos, no tiene nada de especial que encontremos complicaciones intercurrentes que también aprovechen ese terreno para sentar sus reales.

Las diversas vísceras del organismo contribuyen con sus enfermedades especiales ó con las localizaciones mórbidas de una infección cualquiera para obscurecer el pronóstico.

Las enfermedades del pulmón, la pneumonía, la tuberculosis, la nefritis, etc., revisten una gravedad excepcional en este caso.

La terminación común hemos dicho es la curación completa; los enfermos empiezan lentamente casi siempre á recuperar el funcionamiento de su inteligencia, los recuerdos aparecen, una vasta laguna persiste de todo el tiempo de enfermedad.

Pero en algunos casos de curación compatible con la vida normal, queda un debilitamiento psíquico que puede estar localizado á alguna función tan solo; por ejemplo, la memoria.

En los demás casos la enfermedad persiste y reviste los caracteres de la demencia crónica.

El peso del enfermo, la marcha de su temperatura, pueden dar preciosos datos para deducir la ter-

minación favorable ó no; como sucede, por lo demás, con todas las otras afecciones.

Excuso decir que todos estos elementos son de débil peso para guiarnos; no es raro ver curar después de algunos años un enfermo que ya se creía entrado en la cronicidad.

Algunas veces es una enfermedad aguda, como, por ejemplo, una fiebre tifoidea la que decide de un modo favorable, una terminación que se creía fatal.

Tratamiento

Hemos hecho un breve resumen sobre esta enfermedad mental desarrollada en un organismo enfermo también; debemos pues descubrir los medios destinados á remediar ambas manifestaciones del proceso mórbido.

Es solo cuando el tratamiento físico ha restablecido en parte el organismo, cuando la inteligencia empieza á dar las señales de su despertar, que se debe ensayar el tratamiento moral.

Tratamiento físico. —Está ya lejano el día en que los médicos, fundados en las hipótesis de Etoc, hacían correr á borbotones, la sangre de estos enfermos.

Hay edema cerebral, comprobado por la autopsia, se decían, y éste era el argumento invocado para practicar *larga manu*, esas expoliaciones sanguíneas.

Delasiauve, el que trazó con mano maestra el cuadro clínico de la afección, aun preconizaba un régimen de sanguijuelas en la región mastoidea, ventosas en la nuca, pediluvios irritantes, revulsivos intestinales, etc.

Con Sauze ya empieza á comprenderse que estos sujetos debilitados por esta enfermedad, que ataca todo el cuerpo y aun el cerebro, necesitan de una terapéutica destinada á repararlos, á reconstituirlos. Ordenaba á sus enfermos el uso de tónicos y ferruginosos.

En ausencia de todo tratamiento específico ó patogénico, ignorando en casi todos los casos la causa directa de esta enfermedad, podemos, sin embargo, trazar las indicaciones que la práctica aconseja y que el raciocinio concibe, como destinadas á combatir esta enfermedad.

Son las siguientes:

1ª *Estimular la reconstitución del organismo por medios higiénicos y terapéuticos. Reposo en el lecho.*

Muy lógico es acostar un enfermo de esta categoría, á menudo febril.

Tiene la ventaja que se opone al desgaste, suprimiendo toda causa de fatiga; tiene, además, mucha importancia como calmante en los casos en que sobrevienen algunos síntomas de agitación pasajera.

Además, como medio moral es excelente: el sujeto al verse en cama comprende hasta cierto punto que está verdaderamente enfermo y que tiene necesidad de ser cuidado; este algo contribuye para acelerar la disipación de su estado de desorientación.

Esta sujeción al lecho, es fácil de obtener por el estado inerte, aturdido, del confuso que no tiene capacidad ni física ni moral para resistirse á ello.

Usado mucho en Alemania, este procedimiento se ha generalizado y actualmente es lo que acostumbramos hacer en el Hospicio de las Mercedes.

La objeción que se hace, diciendo que se necesita un personal de enfermeros cuidadosos, no tiene fundamento en los asilos modernos, donde debe haber todos los elementos para combatir las enfermedades mentales.

Pase que esto se argumentara en los antiguos hospicios donde sólo se ocupaban de separar los alienados del resto de la humanidad, pero actualmente que los hospicios se han transformado en hospitales de tratamiento, esta objeción es anacrónica y desatinada.

La aereación de la sala, se supone debe existir, en una enfermería bien dispuesta.

La luz suficiente, la limpieza en las ropas y en el cuerpo del enfermo, medios necesarios para establecer cualquier buen tratamiento, son condiciones que deben existir y existen en las enfermerías de los hospitales bien construídos y dirigidos.

Pasemos ahora á estudiar la alimentación, como medio de proporcionar del exterior al interior del organismo, los medios de reformarse.

El funcionamiento del estómago está perturbado, esa lengua saburrosa, esa inapetencia del enfermo, lo están denunciando.

No he encontrado datos que me informen cuál será el estado del quimismo estomacal en estos enfermos; sería muy interesante conocerlo, para saber á qué tipo químico de dispepsia referir el régimen dietético á prescribir.

Como quiera que sea, y mientras no tengamos ese factor tal útil, debemos recomendar el uso de los alimentos, de una digestibilidad más fácil y al mismo tiempo más nutritivos.

La leche, los huevos poco cocidos, la carne asada en pequeños fragmentos, todos están comprendidos en las escalas de Leube, Beaumont, etc., como los más recomendables.

Los purgantes pueden también ser usados para desembarazar el intestino, eliminando una causa de autointoxicación.

Sin embargo, se debe ser parco en ellos, pues estorban la digestión; sólo deben ser prescritos de vez en cuando ó más bien como laxantes.

En los casos en que se pueda constatar una fermentación anormal en el estómago ó la presencia de un exceso de mucosidades, se debe recurrir al uso del lavaje estomacal.

Se puede usar para esta pequeña operación de aguas alcalinas ó de soluciones antisépticas débiles; es recomendable el uso de una solución de ácido salicílico al uno por mil.

Los enemas alimenticios también pueden prestar buenos servicios cuando la vía normal de ingestión está perturbada.

El uso del alcohol á pequeñas dosis, no puede estar más indicado que en estos casos; se le dará, ya sea en la forma de vino tónico, ó de cerveza.

Se ha recomendado en un tiempo el uso de los llamados antisépticos intestinales, el benzonaftol y el naftol; actualmente se ha restringido su uso, creyendo muy hipotéticos, si no perjudiciales, sus efectos.

En todo caso se puede recurrir al empleo del salol, que tiene excelente acción sobre las vías digestivas y urinarias.

La aplicación de compresas frías como medio estimulante es de muy recomendable efecto; debe ser de corta duración para que sus efectos sean benéficos.

El masage, el masage eléctrico (faradización general), tienen sus partidarios.

En cuanto al uso de los ferruginosos, el arsénico bajo forma de arseniato de soda, de la nuez vómica, son medios accesorios y deben reservarse como simples auxiliares en el tratamiento general.

2ª *Tratamiento de los síntomas.*—Puede ocurrir que el cuadro trazado del confuso mental sea alterado por algunos de los síntomas que se indican en seguida y es conveniente recurrir á una medicación sintomática.

El insomnio se puede combatir por medio de los bromuros, pero es un medicamento inseguro; perturba las funciones digestivas y aumenta la intensidad de la confusión; debe pues, ser rechazado casi en absoluto.

Los baños tibios también son debilitantes, pero estarían menos contraindicados.

El sulfonal, la cloralosa, serían buenos recursos contra este síntoma.

También se puede recurrir al uso de la morfina en inyecciones.

La excitación, pasajera en estos casos, será tratada con éxito por el empleo de una cubierta húmeda destinada á traer una diaforesis abundante.

Para esto basta extender una sábana mojada, envolver con ella al enfermo y sobre ésta arrollarle una frazada de lana, como se hace habitualmente en el Hospicio de las Mercedes.

La fiebre será combatida por el empleo de los purgantes; es casi siempre de origen intestinal y cede á este tratamiento.

Queda el baño frío para los casos en que la temperatura sea muy elevada; para esos casos en que es tan difícil saber si se trata de un delirio agudo.

La *depresión* muy acentuada será combatida por inyecciones de cafeina y esparteina.

Aquí encuentra su indicación una gran arma de la terapéutica, las inyecciones subdérmicas de suero artificial.

Las hemos visto en tantos casos prestar excelentes resultados, que no creemos en sus inconvenientes anotados. Se le acusa de producir excitación cerebral y se las ha usado á la dosis de 15 c. c.

Creemos que se puede usar á la dosis de 1000 c. c. y mucho más siempre con provecho para la circulación, la eliminación por la orina de los elementos tóxicos circulantes.

En caso que haya complicaciones de enfermedades intercurrentes, localizadas en diferentes vísceras, debe dirigirse el tratamiento á la curación de éstas.

Siempre las complicaciones revisten una gravedad excepcional por la naturaleza del terreno en que se desarrollan.

La tuberculosis, la pneumonía, las nefritis, son las que dan mayor contingente á la mortalidad, por enfermedad intercurrente en la afección que estudiamos.

3ª Durante la *convalecencia*, el tratamiento no debe apartarse de la regla trazada; hay que continuar levantando el estado general y alimentando el enfermo.

4ª *Tratamiento moral*.—Hemos dicho ya que em-

pezamos á hacerlo desde el principio, acostando al enfermo para que se dé cuenta de su situación, como puede hacerlo en su inconsciencia.

Pero tiene cortos momentos de una lucidez más ó menos acentuada durante los cuales su *entourage*, le guía en sus concepciones ejerciendo una influencia psíquica inconveniente.

Las reglas del tratamiento moral son destinadas al período de declinación y convalecencia de la enfermedad.

Han sido tan bien trazadas por Sauze, que no podemos menos que cederle el derecho de expresarlas.

"Si, dice, en el período agudo el tratamiento moral es imposible, no es lo mismo en el período de declinación. Cuando la inteligencia recomienza á funcionar, cuando llegan las remisiones, hay que activar sin descanso las operaciones cerebrales; hay que interrogar los enfermos, fijar su atención, insistir cuando su respuesta es, ó muy lenta ó poco precisa.

Debe dedicarse á hacerles comprender que salen de una enfermedad grave; se los ve casi siempre estar asombrados, no darse cuenta de las diversas circunstancias de su enfermedad, ni del cambio que se ha operado en ellos, como un individuo que, durante su sueño, transportado á lugares desconocidos, pusiera un cierto tiempo en recuperar sus sentidos. Algunos han dicho que creían salir de un largo sueño. A estos enfermos que se despiertan, hay que explicarles todos estos detalles, informarlos sobre su posición, despertar su memoria, sentarles

pequeños problemas, y pedirles más tarde la solución.

Este ejercicio intelectual, repetido cada día sin interrupción, procediendo de las cosas sencillas á las cuestiones más difíciles, trae poco á poco todas las facultades á su actividad primera: es como un niño cuya inteligencia se desarrolla progresivamente.

Al mismo tiempo que por la conversación, se obliga al enfermo á poner en juego sus diversas facultades; es necesario todavía ponerlo al trabajo.

Este ejercicio laudable acaba de restablecer la salud física, manteniendo el apetito y el sueño, y da igualmente al espíritu una preocupación que produce el mejor efecto.

Es siguiendo este método, recurriendo á estos diferentes medios, que se verá cada día hacer un nuevo progreso á la inteligencia. Las respuestas, primero lentas, se hacen más fáciles; el enfermo se ocupa con más interés de lo que le rodea, su atención se fija más á menudo sobre los objetos que están á su alcance; á medida que la atención reaparece esta facultad, madre de todas las otras facultades, como decía Lagomiguiére, las otras facultades del entendimiento no tardan en seguir la misma vía de progreso.

Después de haber observado lo que se pasa á su alrededor, el enfermo compara entre ellos estos diversos objetos que han fijado su atención, nota sus relaciones, raciocina, en una palabra, como lo hacía antes.

La memoria, primero obscura é infiel, recu-

pera toda su potencia; la voluntad sigue en su marcha los progresos del entendimiento; esta apatía, esta inercia tan completa, acaba poco á poco por desaparecer. Los enfermos no se dejan ya llevar ni inducir por el primero que se les acerca; han recuperado la conciencia de su yo.

Este tratamiento moral, es de una aplicación difícil y que exige mucha paciencia. También se debe proceder con suma prudencia al principio y se debe ir gradualmente avanzando para no hacer un perjuicio al enfermo, fatigando á deshora su órgano psíquico enfermo.

¿Se deben internar estos enfermos en un hospicio de alienados?

Creo que, tratándose de enfermos de esta naturaleza, está muy justificado el pensamiento de aquellos que quieren considerarlos como enfermos comunes.

Son individuos no peligrosos y que pueden asistirse muy bien en su domicilio.

La consideración que puede hacerse al encontrarlos en la práctica civil es de saber si pueden ó no tener en sus casas todos los cuidados y atenciones que se les dispensa en un hospital.

Si pertenece á una familia acomodada no vemos ningún inconveniente en permitir y recomendarle la estadía en el seno de la familia.

Hemos dicho ya que dicho medio es muy conveniente para facilitar en el período de declinación, el retorno de las ideas y la orientación ausente.

Allí, visitado por un médico que prescriba á su tiempo el aislamiento relativo y autorice cuando sea

conveniente el contacto con los demás estará en las mejores condiciones para su curación.

Pero si tenemos que tratar con un enfermo cuyos medios de subsistencia no le permitan hacer en su casa el tratamiento tónico y reparador necesario, entonces debemos aconsejar su ingreso á un hospital de tratamiento, en especial á un hospicio de alienados.

CASO I

CONFUSIÓN MENTAL SIMULANDO LA PARÁLISIS GENERAL

S. J., argentino, 32 años, casado, mandadero.

Reconstruida la historia de este enfermo, podemos saber lo siguiente:

Antecedentes hereditarios.—Ignorados.

Antecedentes individuales. - Este sujeto ha sido siempre sano, no ha tenido hábitos de alcoholismo, no ha tenido sifilis.

En sus ocupaciones siempre ha dado la señal de la inconstancia. Ha tenido diversas tareas y las ha abandonado por buscar otras más lucrativas. No se ha notado nunca ninguna alteración intelectual, cuando en el mes de Febrero ppdo., tiene un disgusto en su casa y sale á la calle; allí, al poco rato pierde el rumbo; empieza á vagar por las calles y es recogido por la policía, la cual lo remite al Hospital San Roque.

De allí es remitido al Hospicio de las Mercedes, el 14 de Febrero último.

Examinado se puede constatar lo siguiente:

Individuo alto, bien desarrollado, peso 71 kilos, no hay asimetria, ni facial ni craneana, ligera alopecia inicial, regular panículo adiposo, fuerza muscular bastante desarrollada, reflejos rotulianos débilmente exagerados.

Las pupilas reaccionan poco á la luz y débilmente á la acomodación. La sensibilidad general disminuída. Lengua saburral, ligero temblor fibrilar y en trombon. Las visceras normales,

ligera anorexia, constipación. Orina normal, no hay temperatura.

Su aspecto es de un individuo tranquilo, indiferente para todo lo que lo rodea; no sabe dónde está ni de dónde viene; preguntado por su nombre y apellido, contesta diciendo que se llama S., el apellido no lo recuerda: exigiéndole que lo recuerde, hace un esfuerzo y responde: no sé.

No hay ideas delirantes. Permanece en este estado inerte varios días y es remitido á otro servicio con el diagnóstico de «parálisis general».

No presenta variación alguna durante muchos dias; se ensaya enviarlo á un taller, y es inútil: no coordina los movimientos necesarios para la sencilla tarea que se le encarga.

La memoria está muy disminuida, no recuerda la edad que tiene: tan pronto dice 30 años, como se contradice afirmando que tiene 35.

Preguntado por su último domicilio, dice un número que al día siguiente ha cambiado por otro.

Hay disartria pronunciada, sobre todo cuando se le hacen repetir palabras difíciles. Se le hacen hacer escrituras y en todas ellas hay supresión de letras, de sílabas, de palabras enteras.

Puesto enfrente del papel y encargándosele que escriba algo para la familia, no recuerda lo que debe hacer: escribe palabras incoherentes, sin sentido.

Las operaciones aritméticas que dice saber hacer son realizadas mal por el enfermo; al dictarle un número pone otro, olvida una cifra ó la cambia.

Marzo y Abril.—Se le administran varios purgantes. El estado general va mejorando, gracias á un tratamiento reconstituyente.

El estado psiquico igual.

Mayo.—Se le empieza á administrar un baño de ducha cortada de 1', todos los días. Sigue la mejoría. Ya empieza á salir de su inercia y se ocupa de ayudar en los trabajos de la sala. En la palabra se nota algo menos de disartria, y en la escritura comete menos errores.

Junio.- Empieza á recordar ya, sabe ahora donde vive, dice su apellido, escribe correctamente, hay sentimientos afectivos bien marcados hacia la familia. El estado físico ha mejorado notablemente.

En Julio 1º es dado de alta, á pedido de la familia.

Al salir no presenta más síntomas físicos que una ligera torpeza en la palabra, temblor poco marcado de la lengua. Peso 76 kilos. Su inteligencia está muy bien, ha reconocido á su familia muy emocionado, ha recordado todos los acontecimientos anteriores

á la enfermedad; de ésta no conserva recuerdo sino de los últimos meses. La voluntad y el raciocinio muy bien desarrollados.

¿Se trata en este caso de un paralítico con un ataque de confusión mental?

La parálisis general tiene en su marcha una progresión fatal característica; la demencia que acusaba este sujeto, sin delirio, que ha pasado por completo, me hace pensar que se trata de un caso de confusión mental primitiva, simulando por los signos físicos á la parálisis general.

Podría también creerse que se trata de una remisión de la parálisis general. Pero la marcha de la afección en este sujeto, su origen á consecuencia de un disgusto, la ausencia de un periodo prodrómico, la demencia que presenta, la terminación son de tal naturaleza, que nos llevan á hacer el diagnóstico que hemos formulado.

CASO II

CONFUSIÓN MENTAL PRIMITIVA—DEMENCIA SECUNDARIA—MUERTE POR TUBERCULOSIS PULMONAR

J. L., de 18 años, italiano, soltero, marinero.

Este sujeto era en su país un muchacho de un carácter díscolo, mantenía en constante zozobra á sus padres por lo irregular de su conducta.

Un día, ignorándolo éstos, se engancha como grumete en un buque de guerra que hacía el viaje á nuestro país.

Tal vez á consecuencia de los malos tratamientos que sufrio, tal vez por alguna causa que ignoramos, lo cierto es que, de la noche á la mañana, aparece sumido en el atontamiento más profundo.

Es bajado á tierra y es remitido al Hospicio de las Mercedes, donde ingresa el 2 de Junio del año 1893.

Cuando examinamos á este sujeto ya llevaba varios años de estadía en la casa, donde estaba clasificado como melancólico.

Presenta un pésimo estado general, las conjuntivas y mucosas pálidas, el panículo adiposo casi no existe, las masas musculares atrofiadas, tose de vez en cuando, tos seca, se fatiga al caminar.

El tórax estrecho, la base del esternón deprimida, las bases de los omoplatos salientes.

Examinados los pulmones se comprueba los sintomas de una tuberculosis pulmonar avanzada del lado derecho.

El enfermo está inerte, el aspecto de la fisonomia es vago y sin expresión, la mirada velada. Hay incontinencia de orinas y materias fecales. Interpelado bruscamente no contesta; sacudido por el brazo tal vez lanza una interjección. Va y viene á veces sin tino. No hay ideas delirantes, por lo menos no se pueden apreciar por la ausencia de exteriorización del pensamiento.

Se instituye un tratamiento tónico, licor de Fowler, puntas de fuego en el vértice del pulmón derecho.

Al cabo de un mes de tratamiento se consigue una ligera mejoria, y se alimenta mejor, pues al principio permanecia indiferente, habia que alimentarlo con cuchara.

El 22 de Mayo fallece después de haber presentado por la noche un acceso de dísnea de corta duración.

A la autopsia se comprueban las lesiones de tuberculosis pulmonar, que han determinado la muerte.

El encéfalo de volumen normal, las meninges igualmente no presentan alteración macroscópica alguna.

El examen microscópico no se hizo.

¿Se trata en este caso de una melancolia estuporosa?

Hemos visto que el diagnóstico es á veces difícil entre ambas afecciones, pero fundándonos en la ausencia de signos que nos permiten creer que este estado es causado por la presencia de ideas delirantes, nos inclinamos á pensar que se trata de un caso de demencia aguda á tipo estuporoso.

CASO III

CONFUSIÓN MENTAL—CURACIÓN

M. E., 27 años, español, instruccion mediana, soltero, corredor de hotel.

Este sujeto empezó su profesión hace varios años como mozo de hotel; su buen carácter, su actividad lo hicieron ganarse la estimación de sus superiores. No ha tenido hábitos alcohólicos ni sífilis. Bastante económico en sus gastos.

Un mes antes de ingresar al Hospicio de las Mercedes, empieza á sentir fuertes cefalalgias, á sufrir de dolores erráticos que, ora le harian creer por su localización en una afección cardiaca

otras veces en una pulmonar, otras en fin en una afección del hígado ó de los riñones.

Estos fenómenos mórbidos interpretados por el enfermo de tan diversa manera, lo llevan á consultar á muchos médicos.

Al mismo tiempo su capacidad intelectual iba decayendo de una manera visible; de activo é inteligente corredor que era hasta entonces, se tornó en un individuo que llenaba maquinalmente las funciones de repartir las tarjetas de hotel.

No tenia la viveza y no prestaba la dedicación que requiere el desempeño de esa ocupación; á pesar de los esfuerzos que realizaba, su capacidad para la tarea habia disminuido y él se apercibía de ello.

La constatación de esta impotencia psiquica, cambia su carácter exterior, se hace taciturno.

Estos fenómenos se hacen cada vez más marcados, se transforma en un individuo autómata y es traído entonces al Hospicio de las Mercedes, en Mayo 20 de 1899.

Encontramos las siguientes anotaciones en la historia clinica levantada por el Dr. José Luis Aráoz.

Individuo de regular estatura (1 metro 61, peso 56 kilos). Regular estado de nutrición, fuerza muscular bien desarrollada, ligera asimetria facial, ausencia de lóbulo en las orejas que son adherentes, manos y dedos muy pequeños, ligera desigualdad pupilar transitoria, pulso igual, regular, 70 por minuto, lengua ligeramente saburral. En los órganos internos nada especial. Reflejos cutáneos exagerados, cualquier contacto se transforma en impresión dolorosa, reflejos tendinosos, etc., normales; hipoacusia en el oído derecho, sobre todo. Apetito escaso, constipación, orina normal.

Del lado psiquico, gran obtusión intelectual, disminución, casi desaparición de la memoria: no recuerda su nombre, su edad, su profesión, no sabe donde se encuentra, de dónde ha venido, sabe que está en cama, no sabe por qué ni cuál es el objeto, tampoco se preocupa por saberlo. Preguntado si está enfermo dice que si, pero no sabe cuál es el síntoma, no se queja de ningún dolor.

Interrogado sobre su apetito dice que no sabe.

No es capaz de formar ninguna frase.

Si se le interpela bruscamente, hace un esfuerzo, llega hasta dejar caer una lágrima al notar su impotencia para responder la pregunta. A veces contesta cuando se le pregunta la edad, dice que tiene 7 años, un momento después dice tener 30, no se da cuenta del valor de los números. Contesta después de un rato; es necesario hacerle las preguntas con tono imperativo.

En la escritura se revela también la ausencia de la voluntad atención y memoria.

Dándole un papel y un lápiz permanece con ellos en la mano, exigiéndole que ponga una cifra hace un esfuerzo y pone bien el primer número, después todos los demás están alterados.

Si es una palabra la que se le pide que escriba empieza con las sílabas de ella y concluye con las de otra.

Un instante después ni siquiera puede empezar, la palabra que se le pide, tal vez otro momento después alcanza á escribir una palabra correcta, y en las demás se revela esa incapacidad para continuar.

Pidiéndole que ponga su nombre y apellido, ocurre lo mismo, no puede escribir sino las primeras letras y después ya hace unos signos ilegibles mezclados aqui y allá por letras inconexas.

Levantado ya, anda por los corredores, en esa misma incertidumbre, va y viene sin objeto.

Se le instituye un régimen reconstituyente, baños frios de corta duración, leche abundante.

Un mes después, el 20 de Abril, está algo mejorado.

Contesta ya con alguna prontitud; la atención que presta á las preguntas no está en relación á lo incorrecto de las respuestas.

A la mayor parte de las preguntas que se le hacen, hace un esfuerzo para poder coordinar una respuesta; y vista su impotencia responde «no sé.»

Su estado general ha ido mejorando junto con el estado psíquico.

En Junio 20 ya está muy mejorado, al ser preguntado el porqué de su estadia en el Asilo responde que tenia la cabeza algo pesada, no recuerda su ingreso al Establecimiento, empieza á recordar los acontecimientos anteriores.

Las respuestas son bastantes coordinadas, no hay ni ha habido delirio, ni alucinaciones en toda su enfermedad.

En la escritura todavia hay algunas supresiones de letras, de silabas, pero ya escribe frases con sentido. Su nombre y apellido lo escribe correctamente.

Pesa 62 kilos. Muy buen estado general, las funciones orgánicas se realizan normalmente.

En este estado es dado de alta como mejorado. (Casi curado).

Este caso nos parece uno de los más netos de confusión mental primitiva ó demencia aguda.

Aqui hemos podido comprobar esa diminución de todas las capacidades intelectuales en masa, sin que haya excitación en

ningún centro; no ha tenido nunca ideas delirantes ni aún de carácter triste á pesar de que en algunos momentos tuviera semi-conciencia de su estado mórbido.

CASO IV

CONFUSIÓN MENTAL ESTUPOROSA

L. F., argentino, católico, soltero, 20 años, grumete.

Este sujeto ha sido siempre de un carácter algo irritable, vicioso, no tenía hábitos de alcoholismo. Sarampión en la infancia. Hace un año ingresa á un buque mercante como grumete y á consecuencia de malos tratamientos cayó enfermo, sin haber tenido cambio alguno antes en su carácter ni conducta.

Es remitido al Hospicio de las Mercedes, donde ingresa el 28 de Mayo de 1899.

Estado á su ingreso.—Individuo bajo, en mal estado de nutrición, tipo indígena, pelo duro y negro, no hay asimetría facial ni craneana. Varias cicatrices antiguas en el cuero cabelludo, cicatrices lineadas, no adherentes. Presenta en la nalga izquierda una cicatriz de quemadura al parecer por su forma redondeada irregularmente.

La piel seca, los ojos hundidos, lengua saburral, pulso algo frecuente, 85 pulsaciones por minuto, regular, débil tensión, latidos cardíacos con sus tonos algo debilitados. Incontinencia de orina y materias fecales. Extremidades algo frías.

Este enfermo se presenta con un aspecto de estupidez notable.

Los alimentos son mirados al principio con completa indiferencia, no hace movimiento alguno por proporcionárselos; recién en los días subsiguientes empieza á extender la mano para tomarlos.

La mirada vaga, fisonomía sin expresión, no fija sus ojos en nada, un ruido cualquiera tal vez la haga desviar de la mirada en ese sentido, pero vagamente.

Un grito no lo preocupa; no responde á las interpelaciones que se le hacen.

Si se le apreta el brazo fuertemente, á veces prorrumpe en interjecciones otras veces trata de huir.

Cuando más adelante se le aplicaron puntas de fuego en la

espalda, prorrumpia en gritos inarticulados y hacia tentativas de fuga que desaparecian en seguida que se suspendia la operación.

Marzo 30.—Se continúa el examen del sujeto y se puede comprobar que tiene de vez en cuando algunos golpes de tos seca, no expectora. Examinado el sistema respiratorio se comprueba la existencia de un proceso de induración en el vértice del pulmón derecho, traduciéndose por un refuerzo notable de los ruidos respiratorios y algunos *craquements* de vez en cuando.

Las orejas presentan un principio de otematoma que no puede ser atribuída á traumatismo alguno.

Se explora la sensibilidad general y está muy disminuida, un pinchazo con el alfiler en una pierna, hace que el enfermo encoja ésta lentamente, sin parecer mayormente impresionado por el acto. Si se repite la operación en el brazo, el enfermo levanta lentamente el otro brazo en dirección al punto pinchado, y muchas veces este movimiento queda frustrado, incompleto. No habla una palabra.

Algunas veces se levanta bruscamente, corre unos pasos y luego queda en una actitud cualquiera, se deja conducir fácilmente, no comprende nada de lo que se le dice, las ropas en desorden.

Examinando las orinas se constata que hay disminución de los materiales sólidos, úrea y cloruros, sobre todo. Rastros de albúmina, no hay glucosa, al microscopio células vesicales, algunos leucocitos.

Ha tenido algunos accesos de fiebre vesperal que han llegado hasta 38º. 4. Esta fiebre desapareció á los pocos dias.

Se instituye un régimen reconstituyente y baños fríos cortos, revulsivos en el vértice del tórax, lado derecho.

Abril 30.—Ha mejorado algo su estado físico.

Los otematomas están disminuídos de volumen.

Ya cuida de sus ropas, se defiende cuando se las quieren sacar. Cuando se le llama por su nombre ya vuelve el rostro, todavía impávido. Examinadas las orinas no se encuentra nada anormal.

Junio 30.—La mejoría en el estado físico sigue acentuándose lentamente. Todavia persiste la estupidez.

MARIO F. ACEVEDO

Agosto 10 de 1899.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Luis Güemes, Profesor Titular Dr. Domingo Cabred y Profesor Suplente Dr. Benjamín T. Solari, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Agosto 22 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex alumno Mario F. Acevedo:

"En el local de la Facultad, á 21 de Agosto de 1899, reunidos los que subscriben, encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis

presentada por el ex alumno Mario F. Acevedo, que versa sobre "Confusión mental primitiva", resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto.

(Firmados): L. Güemes.—D. Cabred.—B. Solari.—*Z. Aguilar*".

Luis M. Acuña.

Fecha ut supra.

Entréguese al interesado esta tesis para la impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que debe ser sostenida.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Muchas veces, desaparecidos los sintomas de un *poussée* agudo en un alcoholista crónico, vemos persistir los signos físicos que nos indican una parálisis general progresiva.

II

Casi todas las muertes atribuídas al cloroformo, son producidas por la mala administración de este precioso medicamento.

III

En los casos en que la agitación motriz de un alienado no cede á nada, la apomorfina suele dar excelentes resultados.