353

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE

EL DELIRIO DE LAS NEGACIONES

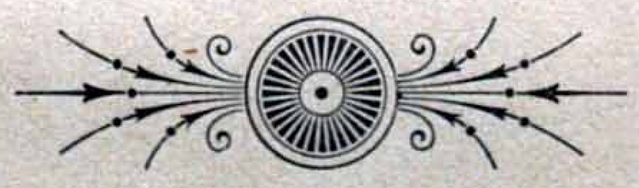
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ L. NEGRETE

EX-INTERNO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS—EX-PRACTICANTE MAYOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA



1899

IMPRENTA Y LIBRERIA—*BOULLOSA*—BOULEVARD ENTRE-RIOS 1275

BUENOS AIRES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE

EL DELIRIO DE LAS NEGACIONES

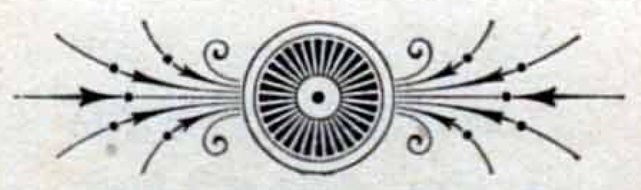
TESIS

PRESENTADA PARA OBTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ L. NEGRETE

EX-INTERNO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS—EX-PRACTICANTE MAYOR DE LA ASISTENCIA PÚBLICA



1899

IMPRENTA Y LIBRERIA—*BOULLOSA*—BOULEVARD ENTRE-RIOS 1275

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE DECANO

Dr. D. JOSÉ T. BACA

ACADÉMICOS TITULARES

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

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÈMACO SUSINI
» » EDMUMDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

SECRETARIO TITULAR

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

PRO - SECRETARIO

Dr. D. ZENON AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan José Naon
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	„	Meliton G. del Solar
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Patologia Interna	„	José Penna
Anatomía Patológica	„	Telèmaco Susini
Bacteoriología	„	Carlos Malbran
Medicina Operatoría	„	Adalberto Ramaugè
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 Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„	Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias	„	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	„	Baldomero Sommer
Clínica quirúrjica	„	Julian Aguilar Antonio C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica médica	„	Gregorio N. Chaves Abel Ayerza Luis Güemes Françisco Sicardi
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Obstetricia y clínica respectiva	„	Samuel 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 Canton
Botánica médica	„	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	„	Adolfo Mujica
Química Médica	„	Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„	J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernandez
Odontología	„	Nicasio Etheparborda
Dentistería operatoria	„	Leon Pereira

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva	Dr.	JUAN D. PIÑERO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ
Histología teórico práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Higíene Pública y Privada	„	ENRIQUE REVILLA RICARDO SCHATZ
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	MARCIAL V. QUIROGA
Anatomía Patológica	„	JOSÈ BADÍA
Bacteriología	„	VACANTE
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO
Enfermedades de mujeres y su clínica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÊ 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	„	JOSÈ A. ESTEVES JOSÈ R. SEMPRUM
Enfermedades mentales y su clínica	„	BENJAMIN T. SOLARI
Enfermedades génito-urinarias	„	VACANTE
Enfermedades venéreas y dermatología	„	MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica quirúrjica	„	JUAN B. JUSTO DIÓGENES DECOUD ALEJANDRO POSADAS
Clínica médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE PATRICIO FLEMIG
Laringología, otología, rinología	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
Obstetricia y Clínica respectiva	„	LUIS F. VILA FANOR VELARDE
Medicina Legal	„	DOMINGO S. CAVIA
Enfermedades génito urinarias	„	VACANTE
Toxicología	„	JUAN ALBA CARRERAS
Química aplicada á la medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Física médica	„	JUAN J. GALIANO
Zoología médica	„	VACANTE
Botánica médica	„	LUCIO DURAÑONA
Botánica farmacéutica	„	VACANTE
Química médica	„	FRANCISCO B. REYES
Farmacia teórica	„	JUAN A. DOMINGUEZ
Farmacia práctica	„	MIGUEL PUIGGARI
Obstetricia para alumnas parteras	„	ENRIQUE PIETRANERA
Odontología	„	VACANTE
Dentistería operatoria	„	VOCANTE

PADRINO DE TESIS

El Señor Vice-Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. D. José T. Baca

A mis padres

A mis hermanos

SEÑORES ACADÉMICOS,

SEÑORES PROFESORES:

Al final de nuestra carrera, después de vencer todas las dificultades del estudio y de haber correspondido en la medida de nuestras fuerzas á las aspiraciones de los maestros que han tratado de trasmitirnos todos sus conocimientos, nos queda aún por resolver el problema màs árduo de cuantos han agitado nuestro espíritu durante la vida estudiantil: la elección del punto de tésis.

Librado á nuestra voluntad el tema que debe ser materia de esta prescripción reglamentaria, nos produce verdaderos conflictos antes de resolvernos á aceptar aquél, que, entre todos los elegidos, merezca al fin nuestras simpatías.

Es que la experiencia que hemos podido conquistar durante los años que hemos frecuentado las aulas, las clínicas y los laboratorios, no es caudal suficiente para fundar sobre ella un trabajo que, por su originalidad y

valor científico, pueda satisfacer nuestros deseos, que aún en los más modestos, son siempre precedidos del legítimo amor propio, que pone invariablemente en sus trabajos todo aquel que los produce como fruto de su propia inteligencia y de sus estudios.

Solo así, podía quedar satisfecho el alumno que todo lo debe á los libros y á los maestros si, al convertirse en autor, pudiera decir: este trabajo es mío, me pertenece exclusivamente.

No abrigo tal pretensión, señores Académicos, y como alumno que soy aún,—pues de vosotros depende el dar por terminada mi carrera,—puedo manifestaros con la sinceridad á que me obliga el hecho mismo, que esta tesis que someto á vuestra ilustrada consideración, si es un trabajo mío por la materialidad del hecho, es en el fondo, una de las tantas lecciones que me habeis dictado, uno de los tantos puntos de la medicina que tratan ámpliamente los autores.

No vengo, pues, á sostener un tema nuevo, ni á desarrollar doctrinas que puedan despertar vuestra curiosidad y á ser materia de controversias; vengo simplemente á deciros: esta tesis es la expresión de la verdad científica apoyada en la palabra autorizada de los maestros, es todo cuanto he podido recoger sobre el punto, que he encontrado de actualidad y de interés. Lo he estudiado largamente en los libros y en los enfermos que he tenido ocasión de observar, he meditado sobre sus conclusiones y aquí lo tenéis como el fruto de mi labor. Y os lo presento sin las pretensiones de darle como escritor una forma nove-

dosa, y como hombre de ciencia, si el título no lo encontráis audaz, un relieve superior á aquel con que lo describen los autores.

Creo haber cumplido así con mis obligaciones y merecer de vosotros una acogida benévola agregando una deuda más de reconocimiento á las tantas que me vinculan á vosotros.

HISTORIA

Sin duda la importancia que Cotard le atribuyó en sus originales comunicaciones á la Sociedad Médico-psicológica, esta forma de delirio había llamado la atención de los alienistas, que hasta entonces se habían limitado á describirlo sin darle una clasificación en el grupo de las enfermedades mentales.

Leuret, en sus «Fragmentos Psicológicos» publicados en 1831, describe el delirio de un perseguido que al mismo tiempo tiene ideas de negación.

Los enfermos de Griessinger, que «bajo la influencia del malestar moral profundo que constituye la alteración psíquica esencial de la melancolía, el carácter toma una faz del todo negativa» y «que parece que el mundo se ha desvanecido completamente, ha desaparecido ó ha muerto, y del que no queda más que un mundo imaginario en medio del cual se encuentran atormentados», son negadores.

Guislain había observado también casos de delirio de las negaciones y los había clasificado entre los delirantes ilusionarios, con el nombre de metamorfoseados. Otro grupo de negadores lo constituían la locura

de oposición de este autor y «que no es, para Seglas, más que el lado moral del delirio de las negaciones».

Pertenecen también á los negadores los paralíticos de Baillarger (1861), que tenían una forma especial de delirio hipocondríaco con ideas de destrucción y de no existencia de los órganos, y que para Baillarger era casi patognomónico y hasta precursor de la parálisis general.

Es Cotard quien, haciendo estudios profundos sobre esta clase de enfermos, toma sus ideas delirantes y constituye con ellas un nuevo delirio,—el delirio de las negaciones.

Ya en 1880 llamaba la atención de la Sociedad Médico-psicológica, sobre una melancólica ansiosa que había observado en compañía de Julio Falret, y en el mismo año publicaba en los Anales de esta Sociedad un estudio detenido sobre esta enferma, intitulado: «Del delirio hipocondríaco en una forma grave de melancolía ansiosa» y en el cual se pregunta si debe establecerse una nueva forma de locura á la que llamaría melancolía ansiosa grave.

Más tarde, en 1882, publicó en los Archivos de Neurología, la observación de once casos análogos á aquella alienada. En este trabajo que tituló «El delirio de las negaciones», estudia las causas, síntomas, pronóstico, etc., de esta afección, sin arribar á una conclusión respecto de su valor en Patología Mental.

Vuelve á ocuparse de esta afección en su estudio *Pérdida de la visión mental en la melancolía ansiosa*, tratando de explicar las ideas de negación como una consecuencia de esta pérdida de la visión mental.

En 1888 describe el *delirio de la enormidad*, que no es sino una parte del delirio de las negaciones, y finalmente en 1889, en el extenso trabajo *La hipocondría*, expone algunas consideraciones sobre las ideas de negación.

Seglas ha publicado numerosos estudios sobre esta

afección en los Archivos de Neurología (1884), Progrés Medical (1887-88), Anales Médico-psicológicos (1889-93), Congrés de Blois (1892), Journal des connaissances medicales (1894). Su libro *El delirio de las negaciones*, se considera como la monografía más completa que exista actualmente sobre esta cuestión.

Régis presentó en 1889 un estudio de diagnóstico al Congreso Internacional de Medicina Mental de París y en 1893 otro trabajo al Congreso de Blois.

Citaré también los trabajos de Paris que son dos observaciones aisladas; otra observación de J. Dagonet, otra de Arnaud, los estudios de Toulouse, las tesis de Henry, Vauriot y de Cool, una historia clínica de Francotte.

En Italia han hecho publicaciones sobre esta forma de delirio, Cristiani, Spoto, de Sanctis y Gianelli.

Después de recordar los trabajos de Barreira y Serbsky, creo que habré citado todos los trabajos publicados hasta la fecha sobre el delirio de las negaciones.

ETIOLOGÍA

El delirio de las negaciones al estado de simples ideas de negación, aisladas y que no llegan á sistematizarse constituyendo un delirio bien determinado, se observa en el curso de la parálisis general, en la que ningún delirio se sistematiza, salvo muy contadas excepciones, en las formas delirantes de la confusión mental primitiva, en la senilidad, la histeria, el alcoholismo, la manía, el delirio febril y en las lesiones cerebrales circunscritas.

En el delirio de las persecuciones y en el delirio polimorfo de la debilidad mental, las ideas de nega-

ción tienden á formar un delirio, pero no toman un ciclo de evolución regular, presentándose, por esto mismo, más ó menos sistematizadas y mezcladas á ideas de grandeza y persecución.

Es en la melancolía donde se encuentra este delirio en la forma de sistematización, con una evolución psicológica progresiva y constituyendo el delirio de las negaciones tal como lo había descrito Cotard.

Siendo esta la forma en que el delirio de las negaciones se muestra más caracterizado, la hemos elegido para ocuparnos esencialmente de ella.

Como en todas las psicosis, la herencia nerviosa ocupa el primer rango en su etiología. En la mayor parte de los casos, esta herencia se presenta muy acumulada.

Ataca generalmente á personas cuya salud moral tenía las apariencias de ser buena hasta la invasión de la enfermedad, y decimos apariencias, porque durante el estado de salud su carácter se hace notar por una gran afectividad y una sensibilidad moral exaltada. Han sido siempre algo tristes, taciturnas, meticulosas y algunas, de las cualidades morales más elevadas.

La influencia del sexo se presenta de una manera manifiesta, siendo muy rara en el hombre, pues casi todos los casos publicados se refieren á mujeres.

La época de la aparición del delirio es la edad adulta, en el período mediano de la vida.

Seglas hace notar que el delirio de las negaciones se observa muy raras veces en los manicomios públicos, siendo relativamente frecuente en los Establecimientos de alienados particulares, por lo que parece que la educación y el medio social tienen también su rol etiológico.

Sin ser excepcional, el delirio de las negaciones es muy raro. En los alienados pueden encontrarse ideas de negación con frecuencia, pero son muy escasos los negadores que presentan el sindroma de Cotard.

SINTOMATOLOGÍA

En el primer trabajo que presentó Cotard á la Sociedad Médico-psicológica tratando el delirio de las negaciones, reunió los principales síntomas en un grupo que constituían la parte esencial del delirio. Régis, rindiendo homenage á su memoria, ha propuesto llamar á este grupo de síntomas, sindroma de Cotard.

Estos síntomas son los siguientes:

1º Ansiedad melancólica;

2º Ideas de condenación, de posesión;

3º Propensión al suicidio y á las mutilaciones voluntarias;

4º Analgesia;

5ª Ideas hipocondríacas de no existencia ó de destrucción de diversos órganos, del cuerpo entero, del alma, de Dios, etc.;

6º Idea de no poder jamás morir.

Como se ve, resume en sí la sintomatología del delirio de las negaciones, melancólico.

Pasemos al estudio de cada uno de ellos separadamente.

1º *Ansiedad melancólica.*—La denominación general de ansiedad, comprende diversas manifestaciones emocionales íntimamente unidas entre ellas: el recuerdo del pasado; la constatación desesperante del presente, y sobre todo el temor del porvenir.

Este último sentimiento, consecuencia de los otros, toma la participación más grande en la angustia del melancólico.

En este temor del porvenir, que para el melancólico es de expiación, lo que más le angustia es la espera incesante del castigo, qué clase incierta de condena sufrirá. El melancólico está resignado á sufrir

el castigo que ha merecido por sus culpas, y sus lamentaciones no son más que la manifestación de sus remordimientos y de la ignorancia de los castigos expiatorios que su imaginación delirante le representa con los colores más horribles. «Es la duda la que los angustia y les hace aún desear con frecuencia un fin rápido al precio de los más crueles sufrimientos». (Seglas).

En la melancolía con estupor, el enfermo no traduce al exterior sus sentimientos penosos; al contrario, los concentra en sí mismo, y su ansiedad siendo interior puede ser màs intensa aún que en los melancólicos ansiosos y traer algunas veces todas las apariencias de la inercia completa, paralizando en el enfermo toda reacción objetiva.

Es sobre este fondo de ansiedad que evoluciona siempre el delirio de las negaciones melancólico.

La angustia precede al delirio, pero, una vez que éste se ha sistematizado, las concepciones delirantes negativas hacen que la ansiedad sea mayor.

Esta ansiedad melancólica desaparece algunas veces en los estados muy crónicos, y cuando esto sucede, las probabilidades de curación disminuyen, y es casi seguro el pase del enfermo á la cronicidad.

Como el delirio de las negaciones acompaña indistintamente à la melancolía ansiosa ó estuporosa, la ansiedad reviste al exterior dos aspectos distintos.

En los ansiosos se hace notar por la expresión de angustia de los enfermos, los gemidos, las quejas, llantos y por la agitación ansiosa que puede llegar hasta el movimiento constante del alienado, que no puede permanecer un momento inmóvil.

En la forma estuporosa se caracteriza por la depresión, la inmovilidad, la mirada vaga, la falta de reacciones exteriores, «ocultándose bajo esta máscara de indiferencia aparente una ansiedad interior tan intensa que paraliza todo esfuerzo de reacción activa». (Seglas).

2º *Ideas de castigo y de posesión.*—En las viejas descripciones de demonómanos se encuentran muchas veces ideas de negación y con más frecuencia aún en los llamados demonómanos y demonópatas internos, que son los temerosos de los castigos divinos y los verdaderos poseídos respectivamente.

Estas ideas de posesión no son absolutamente necesarias para constituir el delirio de las negaciones. Cotard había insistido en sus trabajos sobre el carácter general de autoacusación del delirio, y Seglas ha demostrado en el Congreso de Blois que estas ideas de posesión no son más que ideas de autoacusación que han tomado un tinte místico. «Un melancólico perseguido pretende que va á ir al suplicio, que va á ser guillotinado, porque ha cometido crímenes abominables. En el delirio melancólico con ideas de condenación, el enfermo se acusa de haber cometido faltas contra Dios. Es en el fondo la misma idea: la culpabilidad asociada al temor de un castígo. Sí, en el último caso, toma una faz religiosa que falta en el primero, conserva siempre los caracteres fundamentales del delirio melancólico.

Como se acaba de ver, no son un síntoma de importancia en el delirio de las negaciones y forman parte del delirio de auto acusación.

3.º *Propensión al suicidio y á las mutilaciones voluntarias.*—El suicidio en los negadores obedece à las mismas causas que en los otros melancólicos. Del mismo modo que ellos, muchas veces, cuentan en sus antecedentes con varias tentativas de suicidio. Estas tentativas son numerosas, y hay enfermos, como una de mis observadas, que atentan contra su vida diez ó doce veces por día. Generalmente fracasan en sus planes, y no consiguen más que producirse heridas sin importancia. Estos insucesos, se observan en todos aquellos negadores que quieren matarse obedeciendo á sus ideas delirantes. Estos suicidios frustra-

dos toman también su parte en el orígen de las ideas de inmortalidad, pues ven en ello la prueba de una constitución particular, y habiendo escapado tantas veces á la muerte, creen que no morirán jamás. Algunas veces, el suicidio de los negadores obedece á una impulsión súbita, y como se comprende, en estos casos el atentado se produce con éxito.

La *mutilacion voluntaria* tiene también su factor en las ideas delirantes, pués obedece al deseo de la expiación de las faltas que, arrastrados por su delirio de auto acusación, creen haber cometido.

En los negadores, la analgesia que presentan casi todos ellos, toma también una parte importante en la génesis de la automutilación.

Algunos se hieren como por placer, y la falta de dolor, que por su analgesia no sienten al mutilarse, les confirma más en sus creencias de ser de una organización especial.

4.º *Analgesia*—Cotard estudió solamente la sensibilidad del dolor en estos enfermos. En su primer trabajo reputaba como uno de los signos más característicos á la analgesia.

En un segundo estudio llama la atención sobre la hiperestesia que también puede encontrarse en los negadores como en todos los melancólicos.

La analgesia ha sido observada por todos los autores en la melancolía estuporosa y, algunas veces, en la ansiosa. Puede llegar á tal grado que los enfermos se infieran horrorosas mutilaciones sin experimentar sufrimiento alguno.

La hiperestesia es tan intensa en algunos casos, que los enfermos no pueden soportar el más leve contacto sin sufrir grandes dolores. Basta acercarse á ellos y rozarlos ligeramente, para que prorrumpan en grítos de dolor, pidiendo que no se les haga daño. Se pueden comprobar en ellos reacciones vasomotrices y pupilares, movimientos de defensa, etc. que prueban suficientemente esta hiperestesia.

La sensibilidad táctil parece disminuida, según lo ha supuesto Seglas, haciendo notar lo difícil que es precisar con exactitud, si la alteración interesa á la sensibilidad ó á la percepción personal, ya sea por las disposiciones negativas de los enfermos cuyo delirio lleva á negar todo, ó porque, á consecuencia de la abstracción y concentración de sus facultades sobre las ideas delirantes, falte la percepción consciente y personal, aun cuando la sensibilidad sea normal y la sensación elemental se produzca.

Las alteraciones de la sensibilidad intensa ó visceral se encuentran constantemente en el delirio de las negaciones, quejándose los enfermos de sentir su cerebro reblandecido, sus intestinos en putrefacción, de sufrir sensaciones de vacío en el cráneo, en el epigastrio, etc.

Más tarde veremos como Seglas ha considerado á estas alteraciones de la sensibilidad visceral como el punto de partida de las ideas de negación hipocondríacas.

El sentido muscular está también atacado en los negadores. Se quejan de falta de fuerzas con la mayor frecuencia. No pueden caminar porque sus piernas se han vuelto pesadas y los músculos flácidos. En otros sucede lo contrario y se creen ligeros y de una fuerza muscular poderosa.

Estos enfermos presentan modificaciones profundas del sentimiento de las necesidades generales del organismo. La sensación del hombre puede estar aumentada ó disminuida hasta la bulimia y la sitofobia. La sed, el sueño, la necesidad de movimiento están perturbados manifestándose, una veces muy exagerados, y otras, por el contrario, abolidas.

5.º *Ideas de no existencia ó de destrucción de diversos órganos, del cuerpo entero, del alma, de Dios, etc.*—Estas ideas delirantes constituyen la parte fundamental del delirio de las negaciones y son las que le imprimen su carácter particular.

Seglas las ha dividido en cuatro clases, sirviéndose para esta división, de los aspectos diferentes que pueden presentar según su objeto.

a.) Ideas que interesan solamente la personalidad moral ó intelectual del sujeto. Dice, por ejemplo, que no tiene corazón, sentimientos, inteligencia, que no puede razonar.

b.) O bien las ideas de negación se refieren á la personalidad fisica. El enfermo dice que no tiene ya ni sangre, ni venas, ni cerebro, ni órganos genitales, que está vacío y su cuerpo no contiene ningún órgano.

c.) En otros casos son los objetos del mundo exterior, que son negados por el enfermo. Se le presenta una flor y niega que eso sea una flor. En su derredor no existe nada, ni cosas, ni personas. El está en la nada.

Todas ellas pueden encontrarse en conjunto en el mismo enfermo. Se la llama entónces *negación universal.*

Cuando solamente existe una sola de estas variedades, la negación es *parcial.*

Estas ideas delirantes aparecen según Cotard desde el principio de la melancolía, pues las quejas de estos enfermos en las que refieren que su inteligencia se ha desvanecido, no ver los objetos sino confusamente, haber perdido su fortuna, no serían para él sinó ideas de negación.

Seglas y Trenel han observado que pueden presentarse en las formas más variadas, como síntoma precoz, pero entonces son ideas de negación aisladas, casi siempre pasajeras.

Entre estas primeras ideas de negación y el delirio de negaciones sistematizado no habría más que diferencias de grado. Las primeras ideas de negación, que tienen siempre cierto grado de verosimilitud, pasan de lo posible á lo absurdo, en virtud de su evo-

lución psicológica. «Los mismos individuos que acusaban una sensación de vacío en la cabeza, una disminución de sus facultades, angustia precordial, etc., dicen que su cerebro está reblandecido; disuelto, desecado, petrificado ó completamente destruído, no tienen más alma, el corazón ha estallado, no late, no tienen pulso, la sangre no circula más, no tienen una gota de sangre en las venas, su estómago no digiere, no pueden tragar; la faringe está obturada, no tienen estómago ni entrañas, todo su cuerpo está vacío, los alimentos caen directamente en un saco formado por la piel del vientre; algunas veces, como la garganta está cerrada, los alimentos siguen una vía anormal á lo largo de las partes laterales del cuello. Los enfermos dicen que no tienen que comer jamás, que no deben defecar, ni orinar. Todo su cuerpo está en putrefacción, sus miembros van á desprenderse del tronco, exhalan un olor infecto y expanden el contagio en derredor de ellos.»

«Otros están transformados, son de algodón, de vidrio, de manteca, se han cambiado en autómatas, en máquinas, en bestias (zoantropía); su cuerpo es pequeño, no pesa ni una onza (micromanía); están reducidos á la nada, están muertos, ó bien en un estado intermediario que no es la vida ni la muerte, son muertos vivientes condenados á quedar eternamente en la misma situación. Con frecuencia hablan de ellos mismos en tercera persona como de una cosa inanimada y mecánica que no tiene más que las apariencias de la vida.»—(Cotard).

Estas ideas pueden tener otra manifestación un poco diferente, en las fórmulas negativas del lenguaje que responde á una tendencia mórbida á la oposición, á la contradicción sistemática, como sucede en la *locura de oposición* de Guislain.

En los estados ya sistematizados, las concepciones delirantes toman un aspecto de grandeza, que difiere

esencialmente de las del delirio ambicioso, los enfermos se creen excepcionales, únicos en el mundo. Son inmensos; gigantescos, su cabeza no cabe dentro de la habitación. Los más mínimos detalles de sus funciones orgánicas están ligados á hechos trascendentales: Si orinasen, el mundo se inundaría. . . Estas ideas son las que comprende el *delirio de la enormidad* que ha señalado Cotard en los negadores.

Estas ideas pseudomegalománicas no traen la satisfacción que las ideas de grandezas dan á los perseguidos; muy al contrario, la ansiedad aumenta en los negadores al mismo tiempo que se acercan al infinito. Si se creen todopoderosos, su poder les inclina hácia el mal.

Estas ideas de enormidad afectan siempre un mismo carácter de horror y de pena, y son el grado extremo de su desgracia y del castigo de sus faltas (Seglas).

Sus *ideas de satisfacción* aparecen como una forma de delirio retrospectivo pues se refieren al pasado, á su antigua personalidad. Algunos no cesan de alabar las cualidades que han tenido, creyéndose al mismo tiempo ménos que nada.

6.º *Idea de no poder morir jamás*,—Esta idea de inmortalidad, á la cual algunos autores le han dado la mayor importancia, no es sino una idea de negación hipocondríaca de la que difiere aparentemente.

Los negadores, no teniendo ya las sensaciones de su vida anterior, creen estar en una nueva existencia, llena de honores y desconocida, y sus tendencias pesimistas les hacen pensar que se prolongará indefinidamente.

Hecha la descripción del sindroma de Cotard, voy á cuparme del estudio de otros síntomas que, á excepción de la pérdida de la visión mental, son de una importancia secundaria.

Pérdida de la visión mental.—La pérdida de la visión mental ha sido observada por primera vez por Charcot, en 1884.

Consiste esta alteración en la imposibilidad absoluta que tienen los enfermos para representarse mentalmente los objetos exteriores.

El enfermo de Charcot, al ser observado, había perdido completamente esta facultad, habiéndola tenido muy desenvuelta antes de su enfermedad. No solamente había olvidado los paisajes, ciudades, etc., sino también las facciones de sus mismos amigos y los objetos más familiares.

Esta pérdida de la visión mental había modificado tan profundamente su carácter que él mismo escribía: «Antes era impresionable, entusiasta y poseía una fecunda fantasía. Hoy, estoy sosegado, frío, y la fantasía no puede extraviarme....Soy mucho menos accesible á un disgusto y á un dolor moral. Os citaré que habiendo perdido á uno de mis parientes, al cual me ligaba una amistad sincera, he sentido un dolor menos grande que si hubiese poseído aún el poder de representarme por la visión interior, la fisonomía de este pariente, las fases de la enfermedad que ha atravesado, y sobre todo, si hubiese podido ver interiormente el efecto producido por esta muerte prematura sobre los miembros de mi familia».

Las personas afectadas de delirio de negaciones parece que sufriesen de esta pérdida de la visión mental, pues puede muy bíen atribuirse á esta alteración la negación de los objetos exteriores.

Cotard supone que en los melancòlicos simples que se quejan de no reconocer los objetos más que confusamente haya algo análogo á la pérdida de la visión mental «un diminutivo de este síntoma».

Y aún vá más allá, cuando, basándose en que esta falta de imaginación puede alterar los sentimientos afectivos, hace la observación de que en los melancó-

licos con conciencia que han pasado á la cronicidad y que al principio de la enfermedad se quejaban de no poder percibir los objetos exteriores, de no amar nada, se observa una alteración tan profunda de sus afecciones que se hacen autoacusadores y perseguidores, y cuando el delirio se manifiesta más caracterizado, llegan á las negaciones y al aborrecimiento é indiferencia de lo que antes les era más querido.

Estas opiniones fueron vertidas por Cotard algunos años antes de que publicase las monografías *La Hipocondría* y *El orígen psicomotriz del delirio*, en las cuales habla de otras fuentes del delirio de las negaciones.

Alucinaciones.—Las alucinaciones sensoriales son muy raras en los melancólicos negadores. Cuando existen, generalmente de la vista, son confirmativas de las ideas delirantes (Seglas).

Las alucinaciones motrices, comunes ó verbales, se encuentran en todos sus grados hasta la impulsión verbal.

Reacciones. —He mencionado ya, la ansiedad, las tendencias al suicidio y á las mutilaciones voluntarias, por lo que no vuelvo á insistir sobre ellas.

El conjunto de síntomas que Guislain había agrupado bajo el nombre de *locura de la oposición* y que se manifiesta por una resistencia sistemática á todo, es también una reacción, la más remarcable de todas ellas. Para Cotard representa la faz moral del delirio de las negaciones.

El *mutismo* puede manifestarse como consecuencia de esta resistencia sistemática, como sucede en los

negadores que, al ser interrogados, no contestan y cuando están solos, siguen su monólogo. El mutismo también puede tener su causa en las ideas de negación, como sucede en los enfermos que no hablan por que creen que no pueden hacerlo, por faltarles la lengua, porque tienen destruidos los órganos de la fonación, etc. También son factores las causas habituales del mutismo melancólico.

También la *sitofobia*, ó más bien el rechazo de los alimentos,—reacción frecuentísima de los negadores—puede manifestarse como simple tendencia á la oposición sistemática. Hay negadores que se resisten absolutamente á comer los alimentos que se les ofrecen, y tan pronto como no son vistos, devoran los que encuentran y roban á los demás enfermos sus comidas.

Pero la mayor parte de los negadores rehusan los alimentos obedeciendo á las ideas de no existencia y transformación de los órganos del aparato digestivo: no comen porque no tienen estómago, porque sus intestinos están podridos, etc.

Otras veces son las ideas de inmortalidad las que generan el rechazo de los alimentos. Los enfermos rehusan comer porque siendo inmortales, todo alimento les es innecesario.

Es raro que el rechazo de los alimentos sea parcial, es decir, que elijan solamente cierta clase de alimentos como hacen los perseguidos. Cuando esto sucede obedece casi siempre á sus ideas de condenación.

Con la mayor frecuencia el rechazo de los alimentos es total y persiste largo tiempo.

Lenguaje.—Como se comprende, predomina la fórmula negativa del lenguaje. Algunos hablan de

sí mismos en tercera persona. Otros no emplean en su conversación más que el pasado.

Nunca se observa en estos enfermos la forma dialogante que presentan los perseguidos sosteniendo conversaciones con las voces que escuchan. Cuando los negadores hablan solos, repiten sin cesar las mismas frases en una especie de monólogo.

EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA

En algunos de los trabajos de Cotard se nota una tendencia á reunir todas las formas de melancolía en el término de locura de las negaciones. Es considerándola bajo este punto de vista que la hace figurar como una locura intermítente ó circular. «Ella ataca bruscamente,—con frecuencia hacia el período mediano de la vida—á persona cuya salud moral había parecido buena hasta entónces; cuando cura, la curación es brusca como el principio; el velo se desgarra y el enfermo despierta como de un sueño.»

«Las formas más ligeras,—no hay necesidad de decirlo,—son también las más curables. La melancolía llamada sin delirio, la hipocondría moral, los estados ansiosos con ideas de ruina, curan habitualmente. Pero la enfermedad está sujeta á recaídas,—con intérvalos más ó menos distantes,—y toma el carácter de las vesanias intermitentes. Este carácter se manifiesta, algunas veces aún en los casos incurables, por despertares de corta duración y donde parece que el enfermo haya encontrado su lucidez completa.»

«Por su marcha, por su principio, por su terminación brusca cuando ella cura, la locura de las negaciones se une al grupo de las vesanias de accesos intermitentes y á la locura circular.»—(Cotard).

Sin embargo; hace notar más tarde, que si hubiera

que aplicar el nombre de delirio de las negaciones solamente á los casos en los cuales se presentan con todos los síntomas que les ha asignado, lo consideraría como un estado de cronicidad especial á ciertos melancólicos intermitentes en los cuales la enfermedad se ha vuelto contínua.

De acuerdo con esta última opinión veamos como evoluciona el delirio melancólico hacia la locura de las negaciones.

En su grado más atenuado empiezan á manifestarse al principio de la melancolía, pues pueden muy bien tomarse como ideas negativas, ó á lo menos tienen la apariencia de serlo, las quejas de los enfermos que se refieren á la pérdida de sus cualidades morales é intelectuales. Cuentan que son incapaces de hacer nada, que su inteligencia ha desaparecido, que ya no aman á sus parientes y amigos.

Al mismo tiempo que han perdido sus cualidades morales, pierden también las materiales y aparecen las ideas de ruina.

Estas ideas de negación traen como consecuencia el desprecio del enfermo para sí mismo, pues ya no tiene nada de lo que hace el orgullo del hombre,—ni inteligencia, ni energía, ni fortuna—y de ahí las ideas de auto-acusación y posesión.

En un período más avanzado, estos síntomas se hacen más marcados y las ideas de negación se hacen, á la vez, morales y físicas· Los enfermos que ham empezado negando sus facultades moralcs, concluyen por negar su propia existencia y el mundo exterior.

El conjunto de estas ideas modifica profundamente la personalidad del sujeto, transformándola casi por completo hasta llegar al delirio de las negaciones confirmado.

Esta es, á grandes rasgos, la evolución psicológica que ha descrito Cotard; pero esta evolución no es siempre progresiva, con la regularidad que le han

asignado algunos autores, creyéndola análoga al delirio de persecuciones.

La marcha clínica que ha estudiado Seglas en estos enfermos, muchas veces justificaría esta evolución psicològica. Para este autor, los elementos del sindroma de Cotard no tienen nada de característicos tomadas aisladamente, y son signos de la melancolía ordinaria, por lo tanto; revisten con frecuencia una marcha intermitente, y, cuando el sindroma de Cotard se muestra bien caracterizado, la melancolía, de intermitente que era, tiende á hacerse contínua.

Después de un tiempo más ó menos largo, los negadores pasan á la demencia, esta terminación es á veces apresurada por ataques cerebrales apoplépticas.

Cuando curan, lo mismo que en los melancólicos ansiosos, les quedan algunas huellas indelebles de su enfermedad, como anestesias y abulias más ó menos limitadas. En su valor intelectual han descendido sobre todo en la esfera moral afectiva.

Lo mismo que en la melancolía la autopsia revela: anemia de los centros nerviosos encefálicos, y, tal vez, medular; más rara vez hiperhemia de los mismos, el líquido céfalo-raquídeo abundante en los ventrículos cerebrales, edema de pia-madre, aracnoides y sustancia cerebral. Las venas dilatadas, ingurgitadas las arterias estrechadas.

Las lesiones viscerales más frecuentes se encuentran en el hígado y en el pulmón.

El hígado, en casi todos los casos, presenta lesiones, congestión, regresión gránulo-grasosa, hipersecreción biliar, cálculos biliares, etc.

Finalmente, la tuberculosis pulmonar se observa en un 80 por 100 de las autopsias.—Atanassio (1).

---

(1) Archives de neurologie—Feb. de 1899.

Génesis del delirio de las negaciones melancólico

Las sensaciones orgánicas que dan los aparatos circulatorio, digestivo, genital, etc., y las reacciones á que dan lugar en el sistema nervioso central, se manifiestan por un sentimiento, que en el estado de salud es de bienestar.

A este sentimiento, que tiene su orígen en las funciones vitales y al cual todas contribuyen á formar, se le ha llamado *cenestesia*, y es una noción confusa de la existencia que constituye la base de la personalidad psíquica.

Los sentimientos, las emociones, son el resultado de modificaciones vagas de la inteligencia, producidas en la elaboración cerebral de las sensaciones orgánicas. Para Seglas, todos los estados afectivos pueden tener este orígen, desde el instinto de conservación, hasta las más altas tendencias que suponen un desarrollo completo de la inteligencia.

También forman parte de la personalidad, los recuerdos, sensaciones, imágenes é ideas adquiridas en el medio en que se ha desenvuelto el individuo.

La melancolía, aún sin delirio, se acompaña de síntomas físicos iniciales. Se notan en primer lugar las alteraciones de las funciones digestivas: inapetencia, alteraciones del jugo gástrico, constipación, autointoxicación de orígen gastrointestinal. En el aparato circulatorio: palpitaciones, ansiedad precordial, modificaciones del pulso, cianosis. En el sistema nervioso hay cefalalgias, silbidos de oído, sensación de vacío en el cráneo. La nutrición está profundamente alterada, etc.

Todas estas alteraciones de las funciones orgánicas, llevan sensaciones nuevas á los centros perceptores, que participan también de las modificaciones generales del organismo.

Este desequilibrio en el «consensus armónico de las sensaciones orgánicas», transforma el estado cenestético habitual, en un sentimiento de malestar general.

Mandsley, reconocía también este orígen de la *psiquialgia* cuando escribía «El efecto de un órgano enfermo ó débil perturba la tonalidad psíquica y se traduce en el cerebro por una irritabilidad excesiva, una disposición á la emoción, en resúmen: por un estado de malestar psíquico».

Esta psiquialgia, atacando á la personalidad por el lado emocional altera profundamente la sensibilidad moral. Por otra parte, la disminución de la energía psíquica, consecuencia del nuevo estado cenestético, trae aparejadas la falta de síntesis, de percepción y de asimilación de las imágenes y, por lo tanto, modificaciones en la esfera de la inteligencia.

Las alteraciones de la inteligencia y de la sensibilidad moral, cambian profundamente la noción que tiene el enfermo de sí mismo, llevándole á considerarse otra, tanto física como moralmente, á dudar de sus facultades, y más tarde á negarlas.

Las sensaciones nuevas que reciben de sus órganos, alterando el complejo cenestético habitual, les hace pensar en la transformación y en la no existencia de ellos. Los objetos exteriores no producen más en estos enfermos, las mismas modificaciones emocionales que sentían durante su salud, lo que los lleva á la duda y á la negación. Tal vez, esta negación de los objetos exteriores se explicaría mejor, por la pérdida de la visión mental que señaló Cotard en los negadores, y mejor aún, por una alteración de los neuronas encargadas de percibir y retener las imágenes.

Una vez que los negadores toman estas ideas como la explicación natural de su estado, hacen de las negaciones, un centro al cual concurren todas las ideas, hasta la negación de la propia existencia.

OBSERVACIÓN I

F. G. de A., argentina, de 28 años de edad, viuda, ocupada en quehaceres domésticos, ingresa al Hospital Nacional de Alienadas el 4 de Septiembre de 1896, con los siguientes:

Antecedentes—Carácter habitual, bueno. Hace 10 años que fné recluida en el Manicomio de Montevideo por estar atacada de melancolía, después ha tenido dos ataques, todos ellos producidos por disgustos. En este último ataque la familia ha notado estos signos: rechazo de los alimentos, creer que el mundo se cae y temores infundados. La abuela materna fué alienada. Menstruación suprimida desde dos meses atrás.

Exámen somático—Talla mediana, mala constitución, »anículo adiposo muy escaso, piel de coloración pálida térrea en la cara. Ligera asimetría facial, lóbulos de la oreja adherentes, dientes bien implantados. Las pupilas reaccionan á la luz y á la acomodación. No hay temblores de la lengua.

Reflejo, plantar y rotuliano disminuidos. Reflejo faringeo abolido. Sensibilidad general conservada en el tacto y disminuida en el dolor. Infartos ganglionares del cuello. Vértice izquierdo del pulmón submate. Auscultación difícil porque los movimientos respiratorios son muy lentos. Pulso muy débil. Cianosis de las extremidades. Los demás órganos parecen ser normales.

Exámen psíquico.—La enferma está en un estado de agitación extrema. Su cara expresa el sufrimiento. Llora con frecuencia. Se queja de continuo repitiendo la misma frase constantemente. Dice que ha tenido relaciones sexuales con su mismo padre y teme el castigo de Dios. Gimiendo, exclama con frecuencia ¡qué me van á hacer!, ¡qué me van á hacer!, lo que parece una preocupación del porvenir. Otras veces,

dice que vé llamas, y que la van á quemar. Habla de un próximo fin del mundo, del que ella tiene la culpa por sus grandes faltas cometidas contra Dios. Está perdida, y tiene enfermedades asquerosas. Sus órganos internos son putrílago. Muchas veces expresa la idea de que quisiera morir. La memoria está alterada y no recuerda con precisión los actos de su vida anterior. Rehusa los alimentos y hay que recurrir á la alimentación forzada.

Seis meses después, muere de tuberculosis pulmonar.

Aún cuando el delirio no se muestra con todos los caractéres del sindroma de Cotard—faltan las ideas de inmortalidad á las que tanto valor se les había asignado, antes de que Seglas demostrase que no son más que ideas de negación expresadas en una forma particular,—este cuadro es bastante completo y creo que podía servir á la historia del delirio de las negaciones.

OBSERVACIÓN II

Teresa C., argentina, 39 años, casada, procedente de la provincia de Santa Fé, ingresa al Hospital Nacional de Alienadas, el 17 de Junio de 1897. No hay antecedentes.

Exámen somático—Estigmas degenerativos: asimetría facial, frente deprimida, cráneo pequeño, en relación á la cara, implantación defectuosa de las orejas, cuyos lóbulos son adherentes, maxilar inferior fuertemente desarrollado. Reflejo pupilar bien, á la acomodación y á la luz; los demás reflejos cutáneos, tendinosos, etc., disminuidos. Anestesia al dolor. Las funciones de la vida vegetativa se cumplen con regularidad.

Examen psíquico—A primera vista se nota en su

fisonomía una expresión de dolor intenso y un estado de angustia profunda. La enferma llora, se arranca los cabellos, se retuerce y se arroja por el suelo en medio de sus lamentaciones. La memoria está conservada, recordando bastante bien los acontecimientos, tanto lejanos, como próximos. El juicio y la asociación de las ideas no parecen muy alterados.

El exámen psíquico es muy difícil, porque la enferma reconcentra toda su atención sobre las ideas delirantes, que la mantienen en un estado de contínuo sufrimiento, impidiéndole así prestar atención á cuanto pasa á su alrededor.

Los sentimientos afectivos están conservados, pidiendo ver á los suyos en medio de súplicas y lamentos.

En esta enferma se notan ilusiones internas, no pudiendo comprobarse alucinaciones sensoriales.

Hay insomnio pertinaz y rechazo total de los alimentos.

En sus ideas delirantes, manifiesta que sus órganos abdominales están transformados, son metálicos. Ella no existe unas veces, es un mito, otras; se desespera porque se cree inmortal y supone que no tendrán término sus sufrimientos. Niega la existencia de los objetos exteriores.

Estos síntomas persisten durante largo tiempo con remisiones ligeras, hasta, que hácia el mes de Julio de 1898 los síntomas se atenúan rápidamente y el completo restablecímiento se opera en pocos días.

OBSERVACIÓN III

Juana D. de A., argentina, casada, de 33 años de edad, planchadora, ingresa al Hospital de Alienados el 14 de Noviembre de 1895, á pedido de las autoridades de Salta.

Antecedentes.—La persona que la conduce sola-

mente puede suministrar los siguientes: la madre es histérica y un tío es epiléptico; la enfermedad empezó después de un susto, sin poder precisar en qué fecha. Ha tenido dos abortos y tiene un hijo de ocho años de edad.

Exámen somático. –Alta estatura, panículo adiposo escaso, pésimo estado de nutrición. En el cráneo se nota la eminencia frontal izquierda muy elevada, y paladar excavado, orejas insertadas perpendicularmente, las pupilas reaccionan á la luz y á la acomodación, no hay temblores de la lengua ni de las extremidades. Reflejos plantar, rotuliano y faríngeo disminuidos. Sensibilidad al dolor, disminuida en general, en algunos puntos abolida, enfriamiento y cianosis de las extremidades. Respiración superficial.

Exámen psíquico.—Ansiedad muy marcada. La expresión de la fisonomía revela la desesperación. Tiene alucinaciones de la vista, pues dice á los demàs que se retiren porque se van á quemar. Llamándola por su nombre contesta que no es Juana, no es nada, es un fantasma, que no existe. Si se le muestra un objeto, apenas le llama la atención, ¿qué es esto?—se le interroga.—Eso es nada. Antes su hijo se llamaba Cárlos. Unas veces afirma que está muerto y otras que vive. Al hacerle notar la contradicción contesta, estoy viva y estoy muerta en la eternidad de los siglos. Rechaza los alimentos totalmente. Tiene algunas ideas de castigo. Poca memoria. Raciocinio defectuoso.

Muere el 17 de Enero de 1896, de consunción.

Como puede verse, predominan sobre todo el delirio, las ideas de negación, enormidad é inmortalidad y tiene la mayor parte de los signos que señaló Cotard. Llama la atención que este delirio haya podido producirse en tan corto tiempo, cuando este cuadro es

el que tienen aquellos enfermos que han sufrido varios ataques de melancolía. Los antecedentes no dicen nada al respecto, y cabe suponer que hubiese tenido ataques antes de su entrada al Hospital. Su procedencia: de una provincia lejana que remite pocos alienados á la Capital.

JOSE L. NEGRETE.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El *signo de Biernacki*, se encuentra en la parálisis general con la misma frecuencia que en el tabes, sin revestir en ambos casos gran importancia diagnóstica.

El delirio de las negaciones, no es una ~~enfermedad~~ entidad mórbida, sino una forma de delirio que se desarrolla en el curso de algunas afecciones mentales.

La *profisectomia inmediata*, no está indicada en todas las formas de apendicitis.

BIBLIOGRAFÍA.

Seglas—Journal des connaissances medicales. N.os 30, 31, 32.—1894.

Cotard.—Estudios sobre las enfermedades cerebrales y mentales.

Leuret.—Fragmentos psicológicos.

Guislani.—Las Frenopatías.

Baillarger.—Recherches sur les maladies mentales

Ball.—Maladies Mentales.

Buenos Aires, Noviembre 17 de 1899.

Nómbrase á los Señores Académico Dr. Rafael Herrera Vegas, Profesor Titular Dr. Francísco de Veyga y Profesor Suplente Dr. Benjamin T. Solari, para que constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. BACA.

LUIS M. ACUÑA.

Buenos Aires, Noviembre 23 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el alumno José L. Negrete.

«En el local de la Facultad, á 23 de Noviembre de
« 1899, reunidos los que suscriben, encargados de
« dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis
« presentada por el alumno José L. Negrete, que

« versa sobre «Breves consideraciones sobre el delirio
« de las negaciones», resolvieron aceptarla.—Con lo
« que terminó el acto».

Firmados:—*R. Herrera Vegas.—F. de Veyga.* —*B. T. Solari.—Zenón Aguilar*, Prosecretario.

LUIS M. ACUÑA

Fecha ut supra.

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

J. T. BACA.
LUIS M. ACUÑA.