Año 1903 — N.° 1374

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LOCURA ALCOHÓLICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VIRGILIO GIUSTINIAN

BUENOS AIRES

4011—Establecimiento Tipográfico El Comercio, Cangallo 945

1903

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. EUFEMIO UBALLES.

Vicedecano

DR. D. PEDRO LAGLEYZE.

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.
» » EDUARDO WILDE.
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD.
» » EMILIO R. CONI.
» » OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa
Química médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naón
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada		Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Clínica ginecológica	»	Enrique Basterrica
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pedriática	»	Manuel Blancas
» Médica	»	Abel Ayerza
» Genito urinaria	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica		Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez Francisco Llobet
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía patológica	»	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro Valle
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello E. V. Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia ...	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	» Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal.....	» Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	» Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	» J. Manuel Irizar
Higiene	» Ricardo Schatz
Química analítica y toxicológica.....	» Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas.....	» J. Manuel Irizar

Asignaturas	Cat. substitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...	Vacante
Química inorgánica aplicada.....	Vacante
Farmacognosia vegetal y animal.....	Sr. Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia.....	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	Vacante
Higiene.....	Vacante
Química analítica y toxicológica.....	Vacante
Ensayo y determinación de drogas.....	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cat. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica.....	Dr. Juan R. Fernández
Parto distócico y clínica obstétrica.....	

Asignaturas	Cat. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. M. Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cat. titulares
Anatomía, fisiología, patología.....	Dr. León Pereira
Cirujía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal.....	» N. Etchepareborda

Asignaturas	Cat. substitutos
Anatomía, fisiología, patología.....	Vacante
Cirujía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal.....	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

Doctor LUIS GÜEMES

A LOS MÍOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Con este modesto trabajo, cumplo con la última de las prescripciones reglamentarias para optar al grado de doctor en medicina.

El tema que he elegido, «Locura alcohólica», es de sumo interés por tratarse de una de las consecuencias del alcoholismo, factor etiológico quizás el más frecuente hoy día en nuestra morbilidad y digno de un estudio mucho más extenso y profundo del que alcanza esta tesis que no aspira más que á contribuir en modesta escala al conocimiento de una de las tantas enfermedades causadas por el uso y el abuso del alcohol.

He elegido este tema, después de haber estudiado infinidad de casos en el Hospicio de las Mercedes, enseñados por su digno director y profesor de clínica psiquiátrica el Dr. Domingo Cabred, á quien corresponde el honor de haber sido el primero en preocuparse entre nosotros del alcoholismo, para con su estudio divulgar los conocimientos y tratar de detener en su vertiginosa marcha ascendente esa causa de enfermedad, que no respeta organismos ni clases sociales.

Antes de comenzar, permítaseme agradecer á todos los que han sido mis profesores, su cooperación científica durante mi curso en la Facultad.

Al Dr. Julio Méndez, que durante tres años me ha enseñado clínica médica al lado del enfermo, con la inteligente paciencia y la voluntad que le caracterizan, mi muy sincero agradecimiento, así como al grupo intelectual de los doctores Zenón Aguilar, José M. Rodríguez, Juan G. del Castillo, José Tissone, Ricardo A. Nolthing y Matías Gil, que con honor le acompañan.

Si algún mérito encierra mi modesto trabajo, él le corresponde al Dr. Domingo Cabred, mi sabio maestro de clínica psiquiátrica, á quien debo los conocimientos que he adquirido de la especialidad y que me hace el honor de prestarme su valiosa ayuda científica, dirigiéndome en la redacción de mi tesis.

Al Dr. Lovat Mulcahy, que siempre me ha distinguido, y al Dr. Luis Güemes, que me honra acompañándome en este acto como padrino, mi leal reconocimiento.

Etiología

Una sola, podríamos decir, es la causa de la locura alcohólica: la intoxicación lenta y progresiva por el alcohol, el alcoholismo crónico; sin dejar de reconocer, sin embargo, que en algunos casos, aun cuando los menos, la locura alcohólica suele presentarse en individuos en quienes no se puede declarar la existencia del alcoholismo crónico, como veremos más adelante.

La historia del alcoholismo es sumamente extensa, difícil de relatar, y no tiene mayor importancia para nosotros que solo tratamos de estudiarlo en su estado actual como fuente mórbida; bastará sólo decir que existe intoxicación alcohólica desde que se conoce el alcohol.

Como para que haya enfermedad son necesarios dos factores, la predisposición y la influencia determinante, aquí también deben encontrarse ambos. Efectivamente, debemos reconocer que aun cuando son muchos los que se intoxican con alcohol, sólo una parte llegará á padecer de locura alcohólica; es decir, aquellos en quienes por una predisposicion mórbida heredada ó adquirida existe un *locus minorae*

resistentiae en su sistema nervioso central, en su cerebro.

Y efectivamente es frecuente hallar en ellos los estigmas propios de la degeneración y más frecuente aún la existencia de antecedentes patológicos en los ascendientes, sobre todo el alcoholismo de los padres, produciendo la herencia neuropsicopática.

Es un hecho de comprobación que los hijos de alcoholistas tienen una particular predisposición á hacerse alcoholistas, es decir, á hacerse bebedores; se podría decir de ellos que han heredado un deseo de bebidas espirituosas, un verdadero «apetito alcohólico». Luego, pues, en estos sujetos, además de la herencia neuropsicopática que generalmente poseen, debemos reconocer agregada esa tendencia hereditaria al uso y abuso de bebidas alcohólicas; de tal modo, que mientras aquellos que no poseen sino la herencia neuropsicopática sin haber heredado la predisposición á beber, el «apetito alcohólico», pueden escapar á las formas morbosas del alcoholismo, por no haber abusado del alcohol, en cambio estos sujetos se hallan por herencia «obligados» á beber, y por lo tanto, llegarán casi irremisiblemente á padecer de una de las formas de locura alcohólica, por la suma de esos dos factores: la herencia neuropsicopática y la herencia del deseo de beber. A esto es á lo que se le ha dado el nombre de *herencia similar*.

La *herencia desemejante,* se refiere á esos casos de individuos hijos de neurópatas ó psicópatas en quienes también se encuentra ese «apetito alcohólico» de que

hemos hablado, sin que hayan existido hábitos de alcoholismo en los ascendientes; se trata, pues, de una verdadera desemejanza en la herencia.

Es evidente que debido á los grandes progresos de la industria, el alcoholismo que antes producía solo una que otra víctima, hoy ha multiplicado al infinito el número de las mismas, pues el vino puro, legítimo, ha dado lugar á las más criminales composiciones que sólo sirven para aumentar los capitales de la industria al mismo tiempo que el número de habitantes en los nosocomios. Y no se dirá que esto sucede por la falsificación de las bebidas, nó; pues, como más adelante probaremos debidamente, mucho más tóxicas suelen ser las «bebidas legítimas» que se expenden en los grandes «bars» y confiterías, que las groseras imitaciones que se ofrecen en los más modestos «despachos de bebidas», como se puede ver en el cuadro que se halla al final de este capítulo, en el que constan los análisis de distintos aperitales, practicados por la oficina química municipal, y cedido galantemente por el doctor Cabred.

La influencia de la intoxicación alcohólica puede hacerse sentir, como ya se ha dicho, sobre todos los órganos de la economia; el corazón y los vasos, los pulmones, el hígado, el aparato digestivo, etc., etc., sufren á su debido turno la influencia nociva del alcohol. Pero nosotros sólo estudiaremos los efectos de la intoxicación alcohólica progresiva, del alcoholismo crónico sobre el encéfalo, dando lugar á esa forma de alienación mental que llamamos locura alcohólica.

Y precisamente en esta parte de la economía, el sistema nervioso central, es donde más se hace palpable entre nosotros y en muchas otras naciones, el aumento progresivo y alarmante del alcoholismo.

La intoxicación alcohólica es más frecuente en las bajas esferas sociales, debido en parte á la ignorancia del obrero que no comprende siempre el inmenso riesgo que corre, ó á la distracción que busca en la taberna después de un rudo trabajo, ó á la pésima composición de las bebidas que se le suministran; pero no por eso deja de existir en las clases elevadas, en individuos que nunca quizás habrán llegado á la ebriedad. Y efectivamente, lo ha demostrado la experiencia, para experimentar la intoxicación alcohólica no es necesario excederse hasta la ebriedad; es más nocivo beber poco, es decir, sin llegar á la ebriedad, todos los días, que excederse una vez por semana solamente, como habitúan á hacerlo algunos obreros.

Y no olvidemos que el sujeto que ha contraído hábitos alcohólicos, es arrastrado cada vez más hacia la necesidad de beber, continuando así á perjudicar su economía con una intoxicación cada vez más frecuente y más intensa; pues está plenamente probado, que á medida que se abusa del veneno, disminuye la resistencia del organismo hacia su acción tóxica.

La ocasión en que se hace uso del alcohol, tiene también gran importancia respecto á su acción nociva. Así: el hábito de tomar bebidas cuando el estómago no contiene alimentos, por la mañana en ayunas, por ejemplo, ó con anterioridad á las comidas, fre-

cuente lo primero en el obrero que antes de comenzar su trabajo, suele ingerir una copa de cualquier licor espirituoso para «tonificarse», y frecuente lo segundo también en el obrero, pero también en clases sociales mucho más elevadas que usan frecuentemente de los llamados aperitivos; ese hábito decimos, produce más fácilmente la intoxicación, que si esas mismas bebidas y en iguales dosis fueran tomadas durante las comidas. Lo que fácilmente se comprende por ser en las condiciones del primer caso, mucho más completa y más rápida la absorción del tóxico.

Igualmente, el estado moral del sujeto que va á abusar del alcohol, tiene influencia para que éste obre en más ó en menos sobre el sistema nervioso: aquel que acaba de sufrir una influencia moral de cualquier orden que ha deprimido á dicho sistema nervioso, recibirá más fácilmente en éste el contragolpe de la intoxicación alcohólica, que en cualquiera otro órgano.

Y la importancia de las influencias morales como causa ocasional, ha sido demostrada por los hechos.

Una pérdida grande en los negocios, la muerte de un sér muy querido, el descubrimiento de un crimen ó delito ejecutado por el futuro alienado, son generalmente las causas ocasionales. Sin embargo, eso no quiere decir que esa causa ocasional no pueda ser de otro orden, como por ejemplo: una orgía exagerada, excesos sensuales, una disputa ó una riña, etc., etc.; pero evidentemente esto no es lo más frecuente. En cambio, como perfectamente lo ha hecho notar Motet, ciertos individuos que en pleno goce de sus facultades

intelectuales y por lo tanto perfectamente responsables, cometen un delito, se hacen alienados después de ser apresados por la justicia; en estos casos se trata, según Motet, de alcoholistas á quienes faltaba sólo la causa ocasional para pasar á la locura alcohólica y en quienes la impresión moral que les produce el descubrimiento de su delito y la perspectiva del merecido castigo, desempeña ese papel de causa ocasional. Y si se agrega que muchos de estos sujetos que han sufrido una fuerte impresión moral cualquiera, tratan de olvidarla excediéndose en la bebida, se comprenderá la importancia de las influencias morales en la etiología de la locura alcohólica.

Sería un grave error pensar que todas las bebidas alcohólicas tienen un mismo grado de toxicidad; no: depende de la calidad y cantidad del alcohol y de las esencias y éteres que entran en su composición.

Sabemos efectivamente que se fabrica alcohol con jugo de uva, caña de azúcar, remolacha, papas, etc., etc. Así, pues, existe un gran número de alcoholes; pero los que más frecuentemente se hallan en las bebidas, los que más constantemente se usan, son: el alcohol etílico (alcohol de vino), el metílico, el propílico, el butílico y el amílico.

El alcohol etílico, de acuerdo con numerosas experiencias hechas, es evidentemente el menos tóxico. El metílico, mucho más nocivo que el etílico, lo es á su vez mucho menos que los propílico, butílico y amílico. El alcohol extraído de la papa, de la caña de azúcar, etc., que la industria en vista de su bajo precio no

tiene escrúpulo en emplear para la preparación de bebidas, es precisamente rico de estos alcoholes altamente nocivos, verdaderos venenos.

Es creencia de muchos que el vino puro no es tóxico, ó lo es en débil grado; y hasta cierto punto hay algo de verdad, pudiendo aceptarse que es débilmente tóxico. Sin embargo, se preguntará: ¿cómo, tantos que no han bebido sino exclusivamente vino puro, han sido víctimas del alcoholismo? A esto se puede responder con Ball, que los vinos completamente naturales no existen ya ó casi, debido á las alteraciones que se les hace sufrir por el «vinage». Esta operación consiste en adicionar á los vinos débiles en alcohol y con objeto de conservarlos, alcohol en naturaleza. Pero los industriales que practican este procedimiento, no usan alcohol bueno; compran á bajo precio alcohol de remolachas ó de papas, que son los que introducen en el vino. Ahora bien; sabiendo que estos alcoholes son precisamente los más ricos en alcoholes propílico, butílico y amílico, los más tóxicos, es fácil darse cuenta que un vino que habría sido apto para la alimentación, se transforma en un verdadero veneno.

Por otra parte: no es solamente á los alcoholes que se debe atribuir la acción nociva de las bebidas, sino también á la presencia de elementos aromáticos que son á su vez agentes que obran directamente sobre el sistema nervioso, agentes convulsivantes en su mayor parte.

¿Y sólo en sujetos alcoholistas crónicos, es posible hallar la locura alcohólica? Nó; ya lo hemos dicho al

comienzo de este capítulo: que se veían casos de locura alcohólica en sujetos en quienes no se hallaba el acoholismo crónico. Uno de los cuadros estadísticos que acompañan á este trabajo y que corresponde al Hospicio de las Mercedes, lo prueba debidamente: nos referimos al cuadro de «edad de los alienados alcoholistas».

Allí se ve en la columna de jóvenes de 15 á 20 años, un total de 80 alienados en 10 años: ahora bien; es imposible que esos jóvenes hayan tenido tiempo de hacerse alcoholistas crónicos. Es posible, sin embargo, en algunos casos en que las madres dan alcohol á sus hijos, desde las más tempranas edades y en cantidades excesivas; pero en muchos de esos enfermos no se ha hallado esa causa: entonces debemos admitir, por haberse en cambio notado en ellos signos de degeneración, que en individuos degenerados hereditarios una relativamente pequeña cantidad de alcohol, puede llegar á producir la locura sin haber aún producido un alcoholista crónico en su verdadero sentido.

En fin, no siendo nuestro propósito sino el de estudiar la locura alcohólica, es decir, un delirio en individuos en quienes se encuentran todos los signos del alcoholismo, no entraremos á estudiar el mecanismo íntimo de la intoxicación alcohólica.

Es evidente que la locura alcohólica ha aumentado y aumenta anualmente en porcentaje; pero no debe eso asombrarnos desde que sabemos que igual marcha ascendente ha sufrido y sufre el alcoholismo. Y como prueba de ello creemos que nada lo demostrará mejor

que el informe que el Dr. Cabred elevó á la superioridad con motivo de la investigación practicada por la «Comisión de alcoholes» en cumplimiento de la ley número 3987, y del cual transcribimos á continuación algunos párrafos así como los cuadros estadísticos que le acompañan y que por sí solos son bastante demostrativos.

«... Es fuera de duda que el abuso de las bebidas alcohólicas es la causa determinante más frecuente de la locura observada en los enfermos ingresados en el Hospicio de las Mercedes, como fácilmente puede verse por los cuadros estadísticos que acompañan á este informe.

«Ellos ponen, en efecto, de manifiesto, no sólo la cifra elevada del ingreso de alienados cuya afección es debida al abuso del alcohol, sino también la proporción realmente alarmante, observada en los años 1900 y 1901, en que figuran un 49,11 y un 56,50 °/₀ de aquellos, sobre el total de hospitalizados en esos dos años.

«Es cierto que ya en 1893 y 1894 pudo notarse el elevado porcentaje de 40,49 y 42,31 respectivamente, pero disminuyó un tanto en los cinco años subsiguientes, en que la proporción se mantuvo, sin embargo, siempre muy alta.

«En los últimos once años, el término medio de ingresados por locura alcohólica es 37,72 °/₀, cifra que sólo se encuentra en las estadísticas de los asilos de países en que el alcoholismo está muy desarrollado.

«Fuera de esta elevada proporción, hay algo muy

importante que nos ha sido dado observar en estos últimos años, y es:

«1.º Numerosos casos de alcoholismo febril agudo, forma gravísima de intoxicación que tiene casi siempre un rápido y fatal desenlace;

«2.º La relativa frecuencia con que se presenta la forma convulsiva de alcoholismo;

«3.º La aparición del delirio tóxico en sujetos vigorosos, normales y sin malos antecedentes hereditarios, á poco de haber usado aperitivos en pequeña cantidad; y

«4.º La edad temprana en que se presenta la locura alcohólica. Los cuadros respectivos indican, en efecto, 80 casos entre 15 y 20 años, y 261 entre 21 y 25 años en el período de 1891 á 1901, sobre un total de 2669 alcoholistas ingresados.

«La nacionalidad de éstos se halla representada en la siguiente proporción: argentinos, 19,60 °/₀; extranjeros, 80,40 °/₀, figurando estos últimos en el orden de frecuencia siguientes: italianos, españoles, franceses, ingleses, orientales, austriacos, alemanes, suizos, portugueses, belgas, rusos, etc., etc.

«La explicación del elevado porcentaje de la locura alcohólica en los alienados varones, y la de los hechos que acabamos de señalar, se encuentra, sin duda alguna, en la gran cantidad y en la mala calidad de las bebidas alcohólicas consumidas, así como en la clase de los sujetos víctimas de la intoxicación.

«La Administración de alcoholes asegura que el índice individual de consumo de alcohol por año fué:

en 1900, 9 litros y 29 centilitros, y en 1901, 7 litros y 67 centilitros de alcohol á 100 grados, teniendo en cuenta, para establecer este cálculo, el consumo de producción nacional y de importación. Los vinos, cervezas, sidras, licores, nacionales y extranjeros, forman también, como es natural, la base que ha servido para establecer los mencionados índices.

«Hay que decir, desde luego, que estos no revelan el consumo efectivo, en razón de que las destilerías clandestinas lanzan al mercado una cantidad de alcohol que debe ser considerable, dado que alcanza á cuarenta y seis el número de las que han sido descubiertas desde el año 1899 hasta la fecha, y que es de suponer no sean las únicas que hayan existido.

«Las cifras oficiales son muy alarmantes, y aun cuando la que corresponde al consumo de 1901 es mucho menor que la del año anterior, la Argentina puede equipararse bajo este concepto, á muchas naciones en que el alcoholismo hace estragos, como Estados Unidos, cuyo consumo, *per capita*, es de 6 litros y 10 centilitros, Holanda 6,25; y no está muy distante de Inglaterra que consume 9,25, Suiza 8,75, según las estadísticas últimamente levantadas.

«En cuanto á la clase de bebidas consumidas por los alienados, debo afirmar que no son exclusivistas, pues la mayor parte de ellos beben vino, cerveza, ajenjo, bitter, aperital, vermouth, fernet, grappa, caña, ginebra, whisky, anís, etc., etc., en su casi totalidad, de fabricación nacional.

«Los llamados aperitivos: ajenjo, bitter, fernet, ver-

mouth, etc., son los más tóxicos, especialmente el primero de éstos. El alcohol de granos y el de melaza es la base de todos ellos, menos del vermouth, que es el vino blanco de mala calidad; pero todos están aromatizados con esencias y éteres que son convulsivantes á dosis pequeñísimas.

«El análisis de estos brebajes, llamados bebidas blancas, hecho por las oficinas químicas municipal y nacional de esta capital, comprueba, igualmente, á menudo, la presencia de alcoholes superiores, y de materias colorantes derivadas del alquitrán, también extremadamente tóxicos.

«Con estos datos resulta fácil, pues, la interpretación de los hechos clínicos á que hemos hecho referencia, de locura tóxica en sujetos bien conformados física y psíquicamente, sin malos antecedentes hereditarios, y en los que la enfermedad se ha desarrollado poco tiempo después del uso de pequeñas cantidades de aperitivos.

«Con relación á este punto, conviene recordar que últimamente la Administración de alcoholes ha descubierto la existencia de fábricas ocupadas en *revivificar* el alcohol desnaturalizado que aquélla entrega para usos industriales; y que el análisis hecho por la oficina química nacional, del alcohol revivificado, prueba que con esa delictuosa operación sólo se conseguía hacer perder el color dado por la substancia desnaturalizante.

«Las víctimas de la locura alcohólica pertenecen, en su inmensa mayoría, á la clase obrera, y se encuentra

con suma frecuencia, al estudiar en ella los antecedentes patológicos de familia, la herencia neuropsicopática. Ésta determina una disminución de la resistencia cerebral á la acción del alcohol, lo cual, junto con la mala calidad de las bebidas consumidas, explica la aparición precoz del delirio tóxico, señalada en los cuadros estadísticos del Hospicio de las Mercedes.

«En muchos casos la herencia se presenta bajo la forma similar, es decir, que el alienado alcoholista desciende de padres que también han sufrido de esta forma de locura ó abusado del alcohol sin haber caído en ella. El conocido proverbio: «el que ha bebido, beberá», podría, pues, aplicarse así: «el hijo del que ha bebido, también beberá» . . . . .

I

HOSPICIO DE LAS MERCEDES

MOVIMIENTO DE LA LOCURA ALCOHÓLICA DESDE EL AÑO 1891 HASTA EL AÑO 1901

AÑOS	ALIENADOS INGRESADOS
1891	108
1892	127
1893	196
1894	234
1895	189
1896	181
1897	246
1898	232
1899	274
1900	415
1901	467

HOSPICIO DE LAS MERCEDES

MOVIMIENTO DE LA LOCURA ALCOHÓLICA DESDE EL AÑO 1891 Á 1901 COMPARADO CON EL DE LA LOCURA EN GENERAL DURANTE LOS MISMOS AÑOS.

AÑOS	ENTRADOS EN GENERAL	ALCOHOLISTAS INGRESADOS
1891	501	108
1892	533	127
1893	484	196
1894	553	234
1895	555	189
1896	593	181
1897	745	246
1898	720	232
1899	721	274
1900	845	415
1901	825	467

III

HOSPICIO DE LAS MERCEDES

NACIONALIDAD DE LOS ALIENADOS ALCOHOLISTAS INGRESADOS DESDE 1891 HASTA 1901

CONTINENTE AMERICANO								CONTINENTE EUROPEO													OTROS CONTINENTES Turcos-Árabes-Africanos	TOTAL GENERAL
Peruanos	Chilenos	Norte Americanos	Brasileros	Paraguayos	Orientales	Argentinos	TOTAL	Italianos	Españoles	Franceses	Ingleses	Austriacos	Alemanes	Suizos	Portugueses	Belgas	Rusos	Holandeses	Dinamarqueses	Suecos	TOTAL		
1	3	4	4	4	60	523	599	1201	448	219	72	35	26	22	13	13	10	5	2	1	2067	3	2669

IV

HOSPICIO DE LAS MERCEDES

EDAD DE LOS ALIENADOS ALCOHOLISTAS. — 1891 Á 1901

AÑO	De 15 á 20 años	De 21 á 25 años	De 26 á 30 años	De 31 á 35 años	De 36 á 40 años	De 41 á 45 años	De 46 á 50 años	De 51 á 55 años	De 56 á 60 años	De 61 á 65 años	De 66 á 70 años	De 70 años arriba	TOTAL
1891	—	6	19	19	20	18	9	10	4	2	1	—	108
1892.....	2	10	26	25	25	23	8	3	3	2	—	—	127
1893.....	5	10	40	47	32	25	11	9	13	2	1	—	196
1894.....	5	18	39	49	46	35	15	19	5	3	—	—	234
1895	1	18	36	42	34	19	17	8	7	4	2	1	189
1896.....	4	11	26	33	37	31	16	9	10	3	—	1	181
1897.....	3	23	34	52	45	36	33	13	3	2	1	1	246
1898.....	7	18	39	48	41	25	23	17	5	6	—	3	232
1899.....	6	24	40	52	45	41	27	24	8	3	2	2	274
1900.....	17	60	65	83	62	38	45	20	17	6	1	1	415
1901.....	30	63	70	76	62	56	47	28	16	10	7	2	467

V

OFICINA QUÍMICA MUNICIPAL

Año 1901

ANÁLISIS DE APERITALES DE DISTINTAS MARCAS (1)

(De las conferencias del profesor Cabred, sobre alcoholismo)

	A	B	C	D	E	F
Densidad	0,9885	0,992	0,990	1,016	0,990	1,007
Alcohol por 100 en volúmen.....	32,900	30,400	37,810	46,800	29,480	28,000
Extracto por 1000....	78,400	203,100	123,180	134,200	76,300	121,300
Cenizas por 1000.....	Vestigios	Vestigios	Vestigios	Vestigios	Vestigios	Vestigios
Materia colorante.....	Vegetal	Vegetal	Derivados de alquitrán	Vegetal	Vegetal	Vegetal

(1) Se suprimen las marcas y los nombres del fabricante ó introductor, reemplazándolos por las letras A, B, etc., etc.

Sintomatología

«El delirio alcohólico no es un delirio; es un sueño: comienza por la noche, para continuarse durante el día». En esta frase de Lasegue, que bien podríamos llamar definición, está bien explicada la locura alcohólica.

—Efectivamente, sabemos que uno de los medios usados en clínica para descubrir más seguramente al alcoholista, consiste en averiguar prolijamente cómo duerme; es decir, si el sueño es perturbado por ensueños, y de qué clase.

El alcoholista, dice Ball, sueña casi siempre con asuntos relacionados con sus ocupaciones habituales, con sus disputas, con los trabajos de su profesión.

Pero lo característico, lo que forma el sueño que puede y suele continuarse en el individuo no dormido caracterizando el delirio ó locura alcohólica, son los sueños terroríficos en general, que tienen por base á las alucinaciones. Así el enfermo suele ver puntos luminosos en la obscuridad, dotados á veces de movimientos ó de alternativas en su forma, tamaño ó color; ó sinó, puntos negros que por momentos cree ser seres vivientes, insectos ó animales pequeños. Otras veces se le aparecen ratas, que están por subir á su lecho,

que tratan de morderle; insectos de los más extraños aspectos cubren casi su colcha; trata de espantarlos, pero inútilmente, y esto excita aún más al sujeto, facilitándole así la creación de nuevas alucinaciones.

Suele tener horribles pesadillas: animales feroces de todo género le amenazan; una serpiente quiere envolverle el cuerpo ó un tigre trata de asaltarlo; el sujeto se halla así en un grado de excitación que generalmente termina con un grito de terror que le interrumpe el sueño llevándolo á la realidad, no sin dejar algo de angustia en su ánimo, sin embargo.

Y en fin, para terminar con la descripción del sueño en los alcoholistas, diremos que con la sola denominación de «sueños terroríficos en general», se comprende la inmensa variedad que puede haber en los mismos: así entran en su constitución las escenas de riñas, caídas de alturas, etc., etc.

Pero no son siempre sólo alucinaciones de la vista las que forman la base de estos sueños; suelen haber también, aun cuando menos frecuentemente, alucinaciones del oído.

El durmiente oye voces, tiros, en fin, ruidos de todas clases, generalmente relacionados con las alucinaciones visuales y que no vienen sino para completar la escena haciendo parecer más real el sueño.

Ahora bien: las alucinaciones visuales y auditivas que hemos descripto como formando parte del sueño de los alcoholistas, son las mismas que continuando en el estado de vigilia forman ese delirio conocido con el nombre de delirio ó locura alcohólica.

Algunas veces, en contraposición á lo dicho, sólo existen alucinaciones del oído sin alucinaciones visuales; pero eso constituye la excepción. ¿Pero solamente las alucinaciones forman la locura alcohólica? Nó, indudablemente; á las alucinaciones se agregan las otras perturbaciones propias del alcoholismo; pero evidentemente las alucinaciones forman la base, el cuadro principal de la locura alcohólica.

En los alienados alcohólicos, se halla una serie de perturbaciones que existen en todos los alcoholistas crónicos, sean ellos ó nó alienados, y que por lo características de algunas de ellas, son un importante elemento para el diagnóstico.

El aparato digestivo, por ser el que más directamente recibe la acción del alcohol, es uno de los primeros en sentir los efectos de la intoxicación crónica. El alcoholista pierde el apetito debido á un estado inflamatorio crónico de las vías digestivas, caracterizado además por los síntomas siguientes: lengua saburral con empastamiento de la boca, sed, digestiones difíciles, malestar y dolor epigástrico, pirrosis, vómitos á veces, etc., etc. Entre estos síntomas, que pertenecen á casi todos los estados gástricos, hay uno característico, casi particular al alcoholismo: es la pituita. Esta pituita, como se sabe, consiste en vómitos, produciéndose por la mañana al despertar, en ayunas por lo tanto, y constituidos por un líquido mucoso y acuoso al mismo tiempo, en cantidad de 100 á 200 gramos comúnmente, hasta la de un litro raramente. Es más frecuente y abundante después de

grandes excesos, disminuyendo en cambio con la temperancia.

Al despertar, el alcoholista siente un pequeño malestar en el epigastrio; en seguida, instantáneamente y sin esfuerzo generalmente, se produce el vómito descripto, con una coloración blanquizca ó más ó menos verdosa, si por esfuerzos realizados para vomitar, la bilis ha venido á mezclarse en su contenido. De ahí los nombres de pituita blanca, amarilla ó verde, que emplean algunos autores.

Por parte del aparato digestivo, podemos hallar muchas otras afecciones que no describimos por no entrar ellas en el cuadro de la locura alcohólica: así hallaremos gastritis crónicas, colitis y enterocolitis, cirrosis hepáticas, etc. Lo mismo pasaremos por alto las lesiones producidas sobre los otros órganos de la economía, por no ser característica su sintomatología; pero nos detendremos para estudiar, aunque sea suscintamente, las perturbaciones del sistema nervioso, que por sí solas bastan á veces para denunciarnos claramente al alcoholista; y señalaremos al pasar, la congestión crónica laríngea, tan común en estos sujetos, que da ese timbre ronco, rudo y cavernoso á su voz.

El sistema nervioso, sin referirnos á la parte psíquica, nos suministra una serie de datos en los alcoholistas, importantes por la frecuencia y la relativa precocidad de su aparición, siendo generalmente el primero atacado. Estos desórdenes podemos dividirlos en dos clases, á saber: perturbaciones de la motilidad y de la sensibilidad.

El temblor es una de las manifestaciones que más frecuentemente y más precozmente hallaremos en los alcoholistas. Al principio no se encuentra sino en determinadas ocasiones, por ejemplo, por la mañana al despertar, incomodando al enfermo, haciéndole experimentar una cierta dificultad para vestirse. Primeramente se manifiesta en las manos, más tarde en los brazos, y sucesivamente en las piernas, la lengua y los labios, perturbando los movimientos de prehensión, la marcha, la articulación de la palabra. Con la persistencia de los abusos alcohólicos, este temblor termina por hacerse continuo.

Cuando los brazos están en reposo, pendientes á lo largo del cuerpo, el temblor suele ser apenas apreciable; se evidencia en cambio, cuando las manos y los brazos se elevan y se mantienen horizontales. Entonces se podrá notar claramente que consiste en una trepidación de sacudidas pequeñas, de oscilaciones breves, rápidas y verticales de las manos. Lasègue ha insistido mucho sobre el carácter vertical de las oscilaciones de los dedos, y efectivamente es un hecho de observación diaria.

La ingestión de una cierta cantidad de alcohol, en vez de aumentar el temblor, atenúa su intensidad; por lo que muchos de estos viciosos, por la mañana, se hallan obligados á tomar algún licor espirituoso antes de comenzar su trabajo, sobre todo si se trata de trabajos delicados: de otro modo, les sería imposible trabajar durante algún tiempo. Se comprenderá, que con el uso de esas bebidas que sirven para calmar

momentáneamente el temblor, no se conseguirá sino aumentarlo para el porvenir.

Junto con el aumento progresivo del temblor, aparece otro desorden funcional importante: el debilitamiento muscular. Lento y progresivo generalmente, á veces rápido en su aparición, este debilitamiento muscular es muy común en los alcoholistas crónicos; tiene por carácter casi constante, el de afectar primeramente á los miembros superiores, pudiendo llegar á un grado tal que imposibilite al enfermo el alimentarse por sus propias manos.

Más tarde, este debilitamiento muscular, se extiende á los miembros inferiores y después á los músculos del dorso: el enfermo se mantiene de pie con dificultad, vacila al caminar, pudiendo hasta hallarse imposibilitado de mantenerse en una posición cualquiera, condenado á guardar cama perpétuamente, si una evolución retrógrada no rara, no viene á sacarlo de su miserable estado. Los músculos viscerales suelen también ser por último invadidos, notándose en estos enfermos los síntomas de la disminuída contractilidad del exófago, intestino, vejiga, etc.

En estos casos debe abandonarse la esperanza de una mejoría, ó por lo menos, de una completa curación. Como carácter importante de estos desórdenes, debemos retener que siempre se trata de una paresia, jamás de una parálisis completa. Al comienzo, esta paresia, es debida solamente á perturbaciones funcionales del sistema nervioso; pero más tarde á esto se agrega una infiltración grasosa de los músculos que

se hacen blandos y flácidos, disminuyendo de volumen, atrofiándose de una manera notable.

Las descriptas son las perturbaciones de motilidad más importantes y frecuentes; sin embargo, en casos más raros, se suelen hallar otros desórdenes funcionales tales como espasmos tónicos, calambres y convulsiones parciales ó generales, degenerando á veces en verdaderos accesos epileptiformes que pueden no distinguirse de la epilepsia verdadera, sino por su fácil curación si se suprime la causa determinante: la intoxicación alcohólica.

Como perturbaciones de la sensibilidad, debemos señalar los hormigueos, tan frecuentes en los alcohólicos, haciéndose sentir sobre todo en las manos y los pies, acompañados á veces de sensación de calor ó de frío y pudiendo llegar á ser uno de los síntomas más molestos.

La hiperestesia, no muy frecuente en los alcoholistas, es generalmente limitada á una parte del cuerpo, sobre la cual el menor contacto puede hacerse sumamente doloroso; ataca á la piel ó á las partes profundas. Esta hiperestesia es más común en el período inicial de la intoxicación alcohólica; el progreso del mal, trae una alteración inversa de las funciones sensitivas: los dedos de las manos y los pies se hacen insensibles; después esta insensibilidad gana los pies y las manos, las piernas y los antebrazos, llegando muy raramente á la generalización.

Sujeta á remisiones al comienzo, esta anestesia cuando ha alcanzado un cierto grado, termina por

hacerse persistente ó por lo menos imposible de desaparecer completamente.

Las perturbaciones sensoriales son también propias del alcoholista: así hallamos perturbaciones visuales con visión de luces, llamas, puntos negros, etcétera, etcétera; perturbaciones del oído, con percepción anormal de silbidos, campanas, martillos que golpean, etcétera, etcétera; el tacto y el olfato, rara vez sufren modificaciones.

El sentido genital se halla abotagado, terminando á veces en la impotencia absoluta.

Ahora podemos entrar al estudio de los caracteres realmente psíquicos de la locura alcohólica.

Una de las características, es la movilidad incesante, la variante ininterrumpida en las ideas, pasando repentinamente, sin transición, de un punto á otro; lo que da al delirio el aspecto de una completa incoherencia. Esto es debido al gran número de ideas que asaltan al enfermo, sucediéndose sin cesar, precipitándose las unas sobre las otras.

Otro carácter muy particular del delirio alcohólico, es la facilidad del pasaje de la idea á su ejecución, perfectamente explicable si se tiene en cuenta que el enfermo generalmente no raciocina, no discute sus ideas, las concepciones de su cerebro; pudiendo esto dar lugar á una serie de impulsos á veces peligrosos, llevándolo al robo, á la obscenidad, á los crímenes más trágicos, al suicidio.

Y este último impulso es precisamente el más frecuente y que está perfectamente de acuerdo con el

fondo de tristeza propio de la locura alcohólica, en contraposición con la ebriedad, una de las formas de la intoxicación aguda en que predomina el espíritu alegre.

El suicidio en los enfermos de que se trata, no es premeditado, estudiado, reflexionado como en otras formas de alienación mental; nó. Aquí se trata de un acto ideado súbitamente, que ha invadido repentinamente la mente del enfermo, que le obliga á ejecutarle sin meditar ni por un momento en las consecuencias que pueda traer, ni si realmente lo cree necesario para librarse de sufrimientos físicos ó morales ó de otra causa cualquiera. Así, sin prodromos, súbitamente hásele aparecido la idea del suicidio, porque sí; é inmediatamente va á llevarla á cabo. Muchas veces contribuyen á su realización las alucinaciones auditivas: una voz imperiosa le ordena que ejecute el suicidio ó cualquiera otro acto que jamás hubiera ejecutado al estado normal.

Estos impulsos, como fácilmente se comprende, encierran uno de los graves peligros de la locura alcohólica y obliga á la mayor y más asidua vigilancia del enfermo, tanto más que nada indica en un momento dado la preocupación de un hombre que medita la terminación de su vida, como en otros estados mentales.

Todavía dos grandes carecteres pertenecen á esta forma de delirio: la locura alcohólica.

Primero, que la mayor parte de las veces hace su primera aparición bajo la influencia de una fuerte im-

presión moral, como se ha visto al tratar de la etiología.

El otro carácter á que aludimos como perteneciente á esta forma de delirio, es que, como ya se ha dicho, la locura alcohólica en contraposición á la ebriedad, ejerce casi siempre una influencia depresiva, siendo la tristeza la compañera de estos enfermos que continuamente se ven rodeados de peligros imaginarios y atormentados por terrores vagos.

Estos enfermos, generalmente huyen ante los peligros ó persecuciones de que se creen víctimas y sólo se rebelan cuando se les quiere detener en su huída. Ball cita á este respecto un caso muy interesante: se trataba de un joven, que víctima de terrores por alucinaciones alcohólicas, penetra en una casa y rápidamente sube al tercer piso de la misma; allí, creyéndose aún perseguido, se refugia en el w. c. y cierra la puerta. En seguida cree oir que golpean la puerta, y presa de un horrible terror, atraviesa una ventanilla y se precipita abajo. Pero si bien es cierto que lo más frecuente es que por salvarse de los peligros que se les ocurren, estos enfermos se resignan á perecer en una huída, en otros casos, sin embargo, reaccionan contra sus imaginarios perseguidores y entonces empuñan un arma de fuego, un puñal, lo que encuentran al alcance de su mano y proceden contra el primero que hallan, tomándolo por el perseguidor ó el causante de sus terrores.

Sin embargo, debemos retener casi como ley lo siguiente: el delirante alchólico, huye ante un peligro

imaginario, aun cuando para salvarse de éste, perezca en la huída; el epiléptico, no: reacciona y se defiende. Ambos son víctimas del miedo, del terror.

En cuanto á la marcha de la locura alcohólica, se puede decir que siempre evoluciona hacia la sanación; el enfermo poco á poco sale de su sueño, se da cuenta de la realidad y por fin vuelve por completo al estado normal. «Vuelve por completo al estado normal», hemos dicho; y sin embargo, no es realmente así: más bien deberíamos decir que vuelve á su estado anterior de «semi-embrutecimiento». Efectivamente, en estos alcoholistas crónicos, se nota una verdadera insensibilidad moral, con disminución marcada de los afectos, abandono de su persona, exentos de pudor, egoístas, indiferentes á las cosas más sensibles; se hallan, en fin, «semi-embrutecidos». «Beber y siempre beber; he ahí su única preocupación», frase de Ball que nos hace ver claramente al hombre que se despreocupa de todo, hasta de sí mismo, para ocuparse sólo de satisfacer su vicio; pretendiendo á veces con causas generalmente fútiles justificar su proceder ante los demás y ante su misma conciencia.

Y cada día que transcurre, más inclinados se hallan hacia la necesidad de beber, se encuentran más impotentes para rechazar la bebida; y en efecto, es que la intoxicación alcohólica debilita en sumo grado la voluntad de estos enfermos, que no son ya capaces de dominarse y que una voluntad de otro más fuerte arrastra fácilmente del vicio al delito, al crímen.

La locura alcohólica reviste varias formas que es-

tudiaremos en el capítulo siguiente, haciendo constar sin embargo desde ya, que esa división en distintas formas es algo teórica, pues en la práctica se confunden las unas en las otras, se ligan íntimamente entre sí.

Formas

I. *Delirium tremens.*—El delirium tremens se puede considerar como una manifestación aguda del alcoholismo crónico.

Pudiendo producirse sin causa ocasional aparente, frecuentemente existe ella sin embargo: ya sea una orgía, una conmoción moral violenta ó en fin cualquiera de los momentos que hemos descripto como pudiendo ser causa ocasional. Otras veces, la intercurrencia de una enfermedad, viene á despertar en el alcohólico el primer acceso de delirium tremens, teniendo gran importancia de este punto de vista las enfermedades infecciosas graves, y en general aquellas que traen una perturbación profunda y rápida en la economía. Los traumatismos también se han reconocido á veces como causa ocasional. De tiempo atrás, y á pesar de haberlo combatido muchos autores, la experiencia demuestra que en ciertos alcoholistas crónicos, la supresión brusca y completa del alcohol, puede dar lugar al delirium tremens.

El delirium tremens no tiene generalmente una aparición brusca: tiene siempre sus pródromos más ó menos alejados. Primeramente estos enfermos se ha-

llan bajo la acción de un malestar mal definido, un malestar físico y moral; se siente enfermo, fatigado, inquieto, inapetente, malhumorado, sin poder hallar él mismo explicación de sus molestias. Después nota por momentos obscurecimiento de su inteligencia, olvidos que le dejan asombrado, sueño agitado que bien pronto termina en el insomnio absoluto, y por fin la crisis aparece. La cara se inyecta, los ojos brillan, la fisonomía toma aspecto de asombro, de impavidez, de estupor, ó demuestra inquietud y terror. El temblor se apodera de los labios, de la lengua y de todos los músculos de la cara; bien pronto se extiende á los miembros, se generaliza, conservando los caracteres que ya hemos descripto. Esta exitación muscular se comunica enseguida á la inteligencia: el enfermo habla con una locuacidad increíble, se agita y acciona continuamente; ve seres imaginarios que le rodean, que le amenazan; oye sus voces que con tono imperioso le ordenan ó le predicen algo; grita, los interpela y trata de defenderse, ó bien corre, busca un escondite ó un medio cualquiera que le libre de sus perseguidores. Repentinamente se detiene y entabla conversación con alguien que él cree ver y que interpreta ser uno que pide explicaciones de su huída, de su terror, ó sinó uno de sus perseguidores á quien él exige explicaciones de la causa de la persecución. Las palabras son emitidas con tal rapidez que se hace muchas veces difícil poder seguir al enfermo en su locuacidad.

Otras veces se ve al enfermo en una actividad sor-

prendente, dirigiendo obras, dando órdenes á un sinnúmero de operarios imaginarios.

El insomnio es constante en los enfermos presa de este delirio, durando generalmente 3, 4 y 5 días, pero prolongándose en casos raros hasta 8, 10 y 15 días.

Los otros síntomas descriptos como propios del alcoholista crónico, también se hallarán aquí. El pulso, muy variable, es á veces normal, más comúnmente acelerado. La piel es sudoral, cubierta de muy abundante sudor en los grandes accesos. Tal es á grandes rasgos el cuadro del delirium tremens, en su forma más general.

En el delirium tremens, las alucinaciones y el temblor, son los fenómenos predominantes sobre los que se agrupan todos los demás.

Las alucinaciones tienen los caracteres que hemos descripto en el capítulo de la sintomatología general: sabemos, pues, que las que predominan son las visuales.

Otro fenómeno frecuente y notable en estos enfermos, es una tendencia á huir, consecuencia de sus alucinaciones, que le obligan á buscar en la huída el libertarse de sus perseguidores. Corre por todo espacio que halle libre y muchas veces creyendo ver una ventana ó un corredor donde en realidad no hay sino una sólida pared, va á chocar su cuerpo contra está última con la vehemencia de su carrera desenfrenada. Si alguien trata de detenerle, le toma inmediatamente por uno de sus perseguidores que le han alcanzado, y entonces se defiende haciendo uso de cualquier medio

que hallase á su alcance: una silla, una piedra, un arma cualquiera ó sinó sus propios puños.

El delirio del delirium tremens es un delirio lógico, si tal pudiera llamarse; es decir, que todos los actos que ejecuta el enfermo, están perfectamente de acuerdo con sus alucinaciones: en su imaginación ve un incendio, se le oirá gritar pidiendo socorro, concurrirá él mismo á la salvación de seres imaginarios en peligro, creerá verse él también presa de las llamas; en fin, obrará como si realmente se tratara de un sujeto no alienado en presencia de un incendio.

Un hecho importante en estos enfermos es que hablándoles alto, en un tono autoritario, se consigue fácilmente fijar su atención é interrumpir su delirio, aunque siempre de un modo momentáneo solamente. Si se les hace una pregunta corta, concisa y clara, se obtendrá una rápida contestación; pero si la pregunta es más ó menos vaga, no se obtendrá sino la continuación del delirio.

Otro carácter particular de este delirio, y que ya hemos señalado en el capítulo anterior, es que dicho delirio generalmente versa sobre las ocupaciones habituales del sujeto.

El suicidio es raro en esta forma de delirio, en que más que tristezas, se halla siempre un fondo de alegría. En ellos hay más bien el peligro de un «suicidio involuntario», si así pudiera llamarse al hecho de un enfermo que se arroja por una ventana creyéndola una puerta ó que se tira en un río tomándolo por una amplia avenida.

El delirium tremens reviste diferentes grados, distintas formas. Los síntomas que son moderados ó atenuados en ciertos casos, alcanzan en otros un asombroso paroxismo. Algunos de los síntomas pueden faltar ó revestir un carácter distinto: así el delirio es tan pronto furioso, como otras veces es relativamente calmo, llegando á ser no raramente un subdelirio de carácter tranquilo y expansivo. En algunos casos la enfermedad es constituida tan sólo por insomnio, desórdenes musculares y perturbaciones físicas sin delirio. A su vez el temblor que puede faltar, puede reemplazarse por convulsiones, sobresaltos musculares, contracciones tetánicas, crisis epileptiformes.

Delasiauvé ha descripto una forma *sobreaguda* caracterizada por una prodigiosa actividad nerviosa. «El enfermo no tiene paz ni tregua», dice Delasiauve. « Ninguna parte del cuerpo está exenta de agitación: los miembros tiemblan; vultuosa, roja, violácea aún, la cara es arrugada por el frémito pronunciado de sus músculos; los ojos giran en sus órbitas; la piel cálida, quemante, se humedece de un sudor profuso; la lengua puede conservar su frescura natural; ella es más á menudo desecada y cubierta, lo mismo que los labios, de costras fuligúinosas. Comúnmente la sed es viva, inextinguible; la respiración es más ó menos incomodada; la alteración de las facciones indica una postración profunda; en cuanto al pulso, tan pronto acelerado y deprimido, otras veces contrasta por su ritmo normal con el conjunto de los síntomas. El espíritu, por su parte, es asaltado de alucinaciones, nota-

blemente de la vista, cuya rápida sucesión ocasiona una movilidad incesante.»

«La incoherencia es completa, y sucesivamente se pintan en el espíritu las escenas más desordenadas: de modo que, creyéndose en un momento en el seno de los suyos, interrogando á éste, respondiendo á aquél, etc., el enfermo en otro momento apercibe fantasmas, paisajes, abismos, animales, etc.»

«Las palabras se apuran en su boca en frases «saccadées», entrecortadas y á menudo ininteligibles. . . »

Este acceso es generalmente bastante corto, durando dos, tres á cuatro días, raramente más.

Su evolución es por lo general continua, notándose á veces sin embargo algunas remisiones.

En los casos ordinarios, el acceso de delirium tremens al terminar, es precedido por un sueño profundo y prolongado (de 12, 15, 24 y aun 36 horas). Al despertar el enfermo, no siente sino un poco de malestar, desgano, dolor de cabeza y anorexia; no conserva ya más que un recuerdo muy confuso de lo que ha pasado. Persiste durante algunos días una ligera confusión mental, poca seguridad en los movimientos, algunas perturbaciones en el sueño; el temblor es lento en desaparecer. Después de días muy variables en cantidad, todo entra en lo normal.

Esta feliz terminación es lo común en la inmensa mayoría de los casos; sin embargo, si se trata de sujetos en quienes estos accesos se han ya repetido muchas veces, después de la cesación de los fenómenos agudos, los desórdenes cerebrales pueden con-

tinuarse bajo otra forma y terminar en la demencia.

La terminación fatal puede observarse: entonces los enfermos, gastados por una agitación incesante, sucumben lentamente en la adinamia, con estado fuliginoso de los labios y de la lengua, con la voz extinguida casi, el pulso filiforme; ó al contrario, la muerte tiene lugar súbitamente, en medio de una agitación violenta, de crisis convulsivas, de movimientos desordenados. Más raramente la causa de la muerte es una hemorragia cerebral ó una meningitis, ó una afección intercurrente cualquiera.

La terminación fatal es, sobre todo, frecuente en la forma sobre-aguda.

Algunos autores dan el nombre de «forma maligna» á aquellos casos en que nada hace preveer que la muerte pueda ser el final y en que ésta aparece súbitamente en sujetos cuyo estado no ofrecía en apariencia ningún peligro *quand-vitam*.

En la inmensa mayoría de los casos, el delirium tremens es una afección apirética; sin embargo, aunque raramente, puede existir fiebre, alcanzando á veces las elevadas cifras de 42º y 43º. En estos casos se trata de una forma aguda gravísima, de pronóstico casi seguramente fatal en brevísimo plazo.

El delirium tremens está esencialmente sujeto á recidivas.

II. *Manía alcohólica*.—Existe en los alcohólicos, estados de exaltación maníaca de variada intensidad, pudiendo llegar á la manía grave congestiva con terminación en la demencia ó en la muerte.

La manía alcohólica por lo general es brusca en su aparición; en medio de un obscurecimiento de la conciencia, predominan las violencias brutales, la exaltación sexual, la tendencia al vagabundaje. Aquí también, como en otras formas, tienen un sitio importante las alucinaciones visuales y del oído principalmente; los otros síntomas comunes á todo alcoholista, acompañan también á estos casos.

Existe en los maníacos alcohólicos, una aceleración en las ideas, manifestándose en una conversación agitada, rápida, incansable. Las ideas fluyen á su cerebro con una renovación increíble, que hace que al hablar pasen con facilidad rápida y sorprendente de un tema á otro, encontrando ellos siempre relación entre los mismos, ya sea por similitud de palabras, ya porque un hecho les recuerde otro ó porque al citar á determinada persona recuerdan alguna acción realizada por la misma, etc., etc. Esta locuacidad, que puede llegar á una verdadera incoherencia, va acompañada de una mímica agitada; cualquier insignificancia observada por el sujeto, es objeto de grandes comentarios por parte del mismo; le sirve de punto de partida para una serie de ideas y raciocinios que invadirán á su mente.

Es frecuente la alegría en éstos enfermos: hay en ellos algo como una gran satisfacción. Su necesidad de acción unida al sentimiento exagerado del «yo», lo llevan no raramente á realizar operaciones insensatas, á ejecutar grandes actos. Por su irritabilidad y la mala y precipitada asociación de ideas, se

deja inducir fácilmente á injuriar de palabra y de hecho, llegando esta exitación en no raros casos á un verdadero furor: desgarran sus ropas, gritan desenfrenadamente, destruyen lo que hallan á mano, arrojan objetos y atacan á los presentes. Agregue-mos á ésto las alucinaciones visuales y auditivas propias de estos enfermos y entonces comprenderemos con qué facilidad pueden llegar á ser peligrosos para los que los rodean, aun para sus seres más queridos.

En fin, y para terminar, diremos que se trata de una forma en un todo semejante á la manía aguda, con el agregado de los signos y síntomas del alcoholismo; su evolución rápida hacia la sanación con la supresión de la causa, coadyuvarán á indicarnos que se trata de una de las formas de locura alcohólica.

En la práctica, la manía alcohólica y el delirium tremens se hallan frecuente é intimamente ligados entre sí, comprendidos en un solo cuadro morboso.

III. *Lipemanía alcohólica.*—El síntoma dominante en esta forma de locura alcohólica, lo que constituye el fondo de la enfermedad, son las alucinaciones, que á menudo existen solas, sin otra perturbación. Como siempre, predominan aquí también las alucinaciones visuales, frecuentemente combinadas con alucinaciones del oído, y no muy raramente existen sólo estas últimas. Siendo como son muy variadas estas alucinaciones, presentan sin embargo un carácter común, que por lo constante, bien podríamos considerar patognomónico. Este carácter consiste en

un fondo de tristeza, un carácter depresor; todas ellas determinan una impresión moral penosa, el temor, la desesperación, el terror, etc.

Aquí también la causa de estos terrores, de esta desesperación, está en las persecuciones de que se cree víctima el enfermo: cree ver asesinos, polizontes, fantasmas que le persiguen; ó sinó oye voces misteriosas que le imputan crímenes, prácticas infames, etc., etc. Pero jamás entre sus alucinaciones, hay una siquiera de carácter alegre; todas son terroríficas.

El enfermo inclina su mente, lleva su raciocinio de acuerdo con esas percepciones delirantes: de ahí su preocupación del por qué de sus persecuciones, por qué le amenazan, por qué le insultan. Todos los que le rodean, sus enfermeros ó los miembros de su familia, están ahí para calumniarle, ó son agentes de policía que quieren prenderle; todo lo que ve á su alrededor, son los preparativos de su suplico.

La consecuencia de estas alucinaciones es el suicidio. El enfermo, preocupado por tanto enemigo imaginario, creyéndose acusado, despreciado y amenazado por todos, viendo la preparación de su castigo, convencido de haber perdido su honor, se desespera; y como único medio de librarse del suplicio, de los castigos terribles que cree le están reservados, no ve sino la terminación de su vida hecha insoportable.

La idea del suicidio en estos enfermos, tiene por carácter su increíble obstinación: se le somete á la más estricta vigilancia, se alejan de él todos los me-

dios que se cree puedan servirle para realizar su designio, pero el enfermo no por eso se declara vencido; busca continuamente, sin fatigarse, una oportunidad, un medio, hasta haber conseguido su intento.

Llega por fin á ejecutar una tentativa; se llega á tiempo para frustrar su acción, pero el enfermo no por eso modera su obstinación. Tarde ó temprano tratará de repetir su intento, usando de mayores precauciones para no ser interrumpido en su obra, en su suicidio que el cree imprescindiblemente ventajoso.

Algunos enfermos no asilados, antes de llegar al suicidio, se presentan ellos mismos á la autoridad policial, pidiendo protección contra sus perseguidores, ó pidiendo para sí el castigo legal que les corresponde por los crímenes ó delitos que creen haber cometido.

Los lipemaníacos alcohólicos, en la gran mayoría de los casos, no presentan incoherencias; raciocinan de acuerdo con su delirio.

La atención no es en ellos sino ligeramente atacada; bastará en general atraer sus miradas, interrogar á viva voz, enérgicamente, con autoridad, para obtener una respuesta corta pero clara y terminante.

La memoria es conservada, aunque algo debilitada; en cambio la mayor parte de estos enfermos han perdido la noción del lugar: no saben dónde se hallan; están en un hospicio y creen hallarse en plena calle, ó en su casa, etc., etc.

Los afectos se hallan lesionados ó aun abolidos, pudiendo cambiarse en ódio y repugnancia el cariño y el amor más profundo; se hacen indiferentes á veces

aun á las cosas que más les hubiera impresionado al estado normal: se les comunica la muerte de un hijo, y no experimentan la más pequeña emoción.

No es raro hallar perversión de los instintos.

Los otros síntomas son los comunes al alcoholismo y que ya hemos descripto.

La lipemanía alcohólica tiene una duración variable; pero sólo dura algunas semanas generalmente; en casos raros puede durar varios meses.

Si bien es cierto que la terminación es, la mayor parte de las veces, favorable en el sentido de que las perturbaciones psíquicas desaparecen progresivamente, también es cierto que la sanación raramente es completa, y más raro aún es que ella sea durable.

Generalmente, lo que persiste es una inquietud en el sueño perturbado por ensueños, algunas alucinaciones pasajeras y una ligera tristeza.

Las recidivas son frecuentes, sobre todo si se prosiguen los excesos alcohólicos, lo que no solamente no es raro en estos sujetos, sino aún frecuente.

Mas raramente la evolución de la enfermedad hacia la sanación no se efectúa y la parálisis general ó la demencia terminan este cuadro morboso.

IV. *Delirio de persecuciones, ambicioso y otros, de origen alcohólico.* — *a)* Entre las diversas formas de depresión moral que sufren los alcohólicos, debemos señalar el delirio de persecuciones. Es frecuente, efectivamente, hallar en estos enfermos todos los caracteres de esta vesanía: tienen alucinaciones numerosas y persistentes del oído, se ven rodeados de enemigos, éste

le acusa de crímenes horribles, aquél le amenaza con los mayores suplicios; sus séres más queridos tratan de envenenarle; en fin, toda la inmensa serie de ideas que atacan á los perseguidos en general, se halla en los alcohólicos también.

Pero un carácter es peculiar á los alcoholistas, y es su fácil curabilidad. En efecto, después de un lapso de tiempo variable, pero siempre corto (algunas semanas á algunos meses), si se ha suprimido la causa, es decir, la intoxicación por el alcohol, se verá entrar á estos enfermos poco á poco en raciocinios, que al principio le dejan en duda, pero que después le convencen que sus temores de persecuciones eran completamente infundados.

Excusamos decir que además de hallar en estos enfermos los síntomas físicos comunes en los alcohólicos, podemos hallar este delirio, y es lo más frecuente, combinado á cualquiera de las otras formas.

b) El delirio ambicioso existe en los alcohólicos, aun cuando quizás no tan frecuentemente como otras formas delirantes. No raramente es consecutivo al delirio de persecuciones, en cierto modo, substituyéndolo, ó se halla asociado á él.

Este delirio ambicioso de origen alcohólico, reviste el mismo aspecto que el no alcohólico: el sugeto se cree un gran señor, príncipe ó aun rey, ó es un personaje inmensamente rico ocupando una muy elevada posición social y política; y si le persiguen es casualmente por envidia ó para arrebatarle sus bienes. En fin, es un delirio ambicioso completo, en el que sólo la

presencia de los síntomas propios del alcoholismo y su rápida y fácil curabilidad, nos indican su etiología: la intoxicación alcohólica.

c) En fin, todas las formas de delirio sistematizado pueden ser simuladas por el alcohol; su evolución nos hará conocer su etiología, además de la presencia de los signos propios del alcoholismo.

V. *Epilepsia de origen alcohólico.*—La epilepsia alcohólica es negada por Laségue y la mayor parte de los autores.

Lo que el alcohol puede, es engendrar ataques epileptiformes que acompañan frecuentemente á algunas de las formas de locura alcohólica; pero la epilepsia engendrada por el alcohol, no existe. En aquellos casos en que existiere realmente la epilepsia en un alcoholista crónico, se trata de epilépticos verdaderos en quienes el alcohol ha obrado como causa predisponente ú ocasional. Así Delasiauve, Westphal y otros han hallado el alcoholismo en gran número de epilépticos, y le dieron sólo la importancia de una causa predisponente. Así como la intoxicación alcohólica ha sido la causa que ha despertado en ellos una epilepsia hasta entonces latente, por así decirlo, faltando esa causa, la hubieran despertado los excesos venéreos, un traumatismo, una emoción, una enfermedad intercurrente; en fin, cualquiera de las tantas causas ocasionales de la epilepsia verdadera. Y repetimos: el alcoholismo no es sinó una de tantas causas ocasionales.

Luego, pues, lo que se conoce con el nombre de «epilepsia alcohólica», mejor deberíamos llamar «convul-

siones ó ataques *epileptiformes,* de origen alcohólico».

En los alcohólicos, el ataque convulsivo es á menudo idéntico al de los epilépticos; y desde el punto de vista de los síntomas, estos dos estados pueden fácilmente confundirse. Pero se distinguen sobre todo por su modo de aparición. La epilepsia alcohólica, aparece generalmente después de una emoción en el curso de la ebriedad ó después de una orgía; se muestra también en el delirium tremens ó durante la evolución de algunas de las otras formas de locura alcohólica. En cambio, en la epilepsia verdadera los accesos son tan caprichosos en su aparición como regulares en su evolución; además, la epilepsia alcohólica cura rápidamente si se suprime la causa, y no se repite si no se persiste en la intoxicación; siendo á veces el único medio para hacer un diagnóstico diferencial, tanto más difícil si se trata de un epiléptico y alcoholista al mismo tiempo, caso muy frecuente en la práctica.

VI. *Pseudo-parálisis general alcohólica.*—Negada por autores de mérito durante mucho tiempo, hoy día no se puede desconocer la existencia de una parálisis general de origen alcohólico, ó mejor dicho, de una afección con una sintomatología muy semejante si no idéntica á la de la parálisis general, causada por el alcohol y cuya distinción suele sólo fundarse en su evolución, en su carácter de esencialmente curable. Como no se trata de una parálisis general verdadera, sino de una «imitación» de la misma, el nombre de pseudo-parálisis general alcohólica que le han dado los autores, es el que realmente le corresponde.

Los sujetos atacados de esta forma de alienación mental, presentan generalmente una predisposición doble: son hijos de alcoholistas y de neurópatas.

Los caracteres psíquicos de la pseudo-parálisis general alcohólica, son los mismos de la parálisis general. Comienza por llamar la atención su comportamiento: se trata de un hombre siempre honrado y de buenos principios, y sin embargo se descubre en él la práctica de algunos robos, generalmente de objetos insignificantes, de objetos que él posee en abundancia ó que para nada le sirven; hay en él un debilitamiento del sentido moral; de fino y amable que era, se ha transformado en desatento; su persona ya no le preocupa, no cuida su indumentaria; ha dejado de ser un hombre prudente en sus negocios, para darse á las grandes y generalmente insensatas operaciones financieras, que le llevan á la ruina.

Suele hallarse un debilitamiento de la memoria, una disminución de la voluntad; los delirios de grandezas ó los depresivos, etc., no son raros. En fin, si quisiéramos describir todos los diversos síntomas psíquicos que pueden presentar estos enfermos, tendríamos que describir toda la sintomatología de la parálisis general.

Sin embargo, haremos constar que en la pseudo-parálisis general, difícilmente se halla la sucesión progresiva y tan característica de la parálisis general: en la primera es común hallar sólo algunos de los síntomas psíquicos; se nota solamente algo así como una «tentativa», para usar la palabra empleada por algunos autores.

Entre los síntomas psíquicos, hallaremos: desigualdad pupilar, embarazo de la palabra, temblor, no siempre con los caracteres propios del alcohólico, desórdenes de la sensibilidad, embarazo gástrico, etc. etc. Estos accidentes por lo general aparecen bruscamente.

El temblor se hace en masa, atacando á todos los miembros á la vez, en lugar de limitarse como en la parálisis general á ciertos puntos particulares.

Pero lo que en la inmensa mayoría de los casos caracteriza á la pseudo-parálisis general, y que muchas veces es lo único que permite su diagnóstico, es la evolución: la pseudo-parálisis general alcohólica es curable, termina muy pronto en la sanación.

Si agregamos que la verdadera parálisis general suele tener remisiones á veces prolongadas, comprenderemos fácilmente que á pesar de los signos propios del alcoholismo, el diagnóstico diferencial puede ser muy difícil, por lo menos al principio y sobre todo si se trata de un verdadero paralítico general al mismo tiempo alcoholista, caso sumamente frecuente.

VII. *Demencia alcohólica.*—La demencia es el cuadro terminal de todas las formas descriptas de locura alcohólica. Obtenida la sanación de una cualquiera de dichas formas, el enfermo es dado de alta generalmente con la promesa formal de no abusar ni aún usar de bebidas alcohólicas. Sin embargo y á pesar de no ser dipsomaníacos, estos sujetos después de un plazo más ó menos largo de abstención completa de alcohol, terminan un buen día por beber en

muy pequeña cantidad. Pero una vez recomenzado el uso de bebidas, rápidamente, en muy poco tiempo el enfermo llega otra vez á excesos que reproducen más ó menos pronto la forma morbosa que ya ha padecido. Este segundo acceso también sanará; pero á medida que ellos se van repitiendo, la inteligencia y la economía en general, sufren cada vez más sus consecuencias; la sanación llega, pero cada vez más incompleta. Por último no se obtiene la curación, sinó un pasaje á ese estado terminal de otras formas de alienación mental que se llama la demencia.

Luego pues, la demencia no es la terminación obligada de la locura alcohólica, sinó solamente de aquellos casos que recidivan con frecuencia; es decir, de aquellos sujetos que estando sometidos continuamente á la acción tóxica del alcohol, han escapado á las otras afecciones engendradas por el mismo en los distintos órganos de la economía, siendo en cambio víctimas de repetidos accesos de locura alcohólica en una de sus formas.

En la práctica es evidente que ciertos individuos son llevados á este estado terminal con más facilidad que otros: se reconoce, efectivamente, una predisposición especial en los ancianos, en los que han ejercido un gran trabajo intelectual, en sujetos víctimas de grandes preocupaciones morales, etc., etc.

El pasaje del delirio que padecía el enfermo, al estado de demencia, se hace siempre lentamente: ya en los accesos anteriores (siempre el enfermo ha tenido varios antes de llegar á la demencia) se notaba

que á medida que éstos se repetían, el retorno á la salud era cada vez más incompleto, quedando como residuo alguna modificación en la memoria ó en los afectos y sentimientos, ó un estado de semi-hebetud. Así, progresivamente, el enfermo ha curado cada vez más incompletamente, hasta que por fin ha pasado á ese estado de decaimiento absoluto de la inteligencia, que se llama demencia.

Él ya no tiene afecto á los suyos; poco ó nada le interesa lo que pueda acontecer en el seno de su familia; se ha hecho un verdadero egoísta.

Y no tan egoísta como pareciera, pues su misma persona le preocupa poco: abandona su higiene y descuida su indumentaria.

El carácter del enfermo, cualquiera que él hubiera sido, se transforma en infantil: llora hasta por las contrariedades más insignificantes.

Las alucinaciones que el enfermo ha sufrido en los accesos anteriores, suelen persistir al estado de demencia; pero el delirio ha perdido su carácter de «lógico» tan notable en las otras formas de locura alcohólica. El enfermo ya no trata de motivar sus ideas delirantes, y aunque lo pretendiera, le sería imposible. Por último, estas alucinaciones é ideas delirantes se atenúan, llegando aún á desaparecer después de cierto tiempo.

En la demencia alcohólica, la asociación de ideas está profundamente perturbada; se nota una falta de relación lógica entre ellas, cada vez más marcada y terminando por último en una absoluta incoherencia.

La memoria ha sufrido también; no recuerdan su nombre ó su edad, la fecha, etc.; sin embargo suelen conservar un recuerdo bastante completo de su juventud, de los tiempos más alejados.

Estos enfermos han perdido también generalmente la noción de lugar: no saben dónde se hallan, qué edificio es el que los encierra, en qué país ó ciudad están, etc.

En el último período los actos de los enfermos de demencia alcohólica varían entre grandes límites. Tan pronto permanecen continuamente acurrucados en un rincón, sin hablar y sin moverse; la saliva fluye continua de su boca para caer en el traje sin que el enfermo se aperciba; las orinas y las heces pueden también salir inconscientemente. El enfermo no sabe vestirse; para alimentarse necesita que alguien coloque los alimentos en su boca, los movimientos de masticación se hacen automáticamente. Como fenómenos no raros se notan movimientos del tronco, ó de la cabeza, ó de algunos de los miembros, acompasados, siempre los mismos, algo así como estereotipados; lo mismo, se encuentra una repetición de determinada frase ó palabra, pronunciada á media voz. En fin, el cuadro final es á menudo el de una completa apatía y hebetud.

La muerte llega debido á alguna enfermedad intercurrente que fácilmente germina en estos sujetos que están en el marasmo, ó por infecciones que tienen por punto de partida la vejiga ó el recto, ó por una complicación cerebral, etc., etc.

La demencia alcohólica puede simular en un viejo á la demencia senil. Y efectivamente ambas tienen un fondo común, la demencia; pero siempre contribuirán al diagnóstico los antecedentes individuales y la presencia ó nó de los signos propios del alcoholismo.

VIII. *Delirio agudo alcohólico.*—Aunque rara, existe una forma de delirio agudo alcohólico, en un todo idéntica al delirio agudo, reconociendo otra etiología, y que tan bién describe Krafft-Ebing. En los raros casos de delirio agudo alcohólico, se trata de alcoholistas crónicos, que después de un exceso mayor ó de otra causa ocasional, llegan á esta forma morbosa, muchas veces sin haber pasado por otras, por lo menos del sistema nervioso. Prescindimos de su sintomatología, por ser la misma del delirio agudo; sólo los antecedentes perfectamente investigados, pueden hacer reconocer su verdadera etiología. Su evolución y su pronóstico, coinciden con el delirio agudo no alcohólico, como puede verse en la observación qué adjuntamos, y que ha motivado el que citemos al delirio agudo alcohólico como una de las formas de la locura alcohólica.

Diagnóstico

El diagnóstico de locura alcohólica es fácil si se tiene el cuidado de investigar bien los antecedentes. Entonces se llegará á descubrir que se trata de un sujeto con hábitos alcohólicos, que generalmente ha pasado otras veces por períodos delirantes, á los que por lo cortos en su duración y el restablecimiento completo consecutivo, no se les ha dado mayor importancia. Se llegará á conocer las perturbaciones en el sueño de estos sujetos, existentes de tiempo atrás; se oirá relatar á los miembros de su familia que el sujeto en cuestión era un bebedor, sin haber sido quizás un ébrio consuetudinario, y que después á causa de haber quedado sin trabajo ó de un disgusto ó afección moral de cualquier orden, se hizo más asiduo en los excesos alcohólicos.

Que poco á poco notaron cambio en su manera de ser: lo hallaron más triste, menos cariñoso con los suyos, despreocupado de todo.

En fin, se conocerá toda la serie de datos que hemos descripto y que unidos á los síntomas físicos que buscaremos detenidamente, nos servirán para indicarnos que se trata de un alcoholista crónico.

Hecho el diagnóstico de alcoholismo crónico, fácil nos será, teniendo en cuenta su aparición brusca después de un exceso mayor ó consecutivamente á una influencia moral, etc. etc., así como la presencia de las alucinaciones tan características, con sus terrores propios, reconocer al delirio de los alcoholistas, á la locura alcohólica.

Para aquellos casos en que fuere dificil ó imposible investigar los antecedentes, ya porque el enfermo careciere de parientes ó amigos que pudieran suministrarlos, ya porque hubiere interés entre los mismos en guardar secreto, tendremos aún otros medios para descubrir al alcoholista. Así, su fisonomía suele ser un dato de suma importancia, un algo verdaderamente delator: el alcoholista crónico tiene sus facciones con una cierta expresión de hebetud que hace que aun los profanos sepan descubrir al alcoholista y que por lo mismo, por lo conocida, no creemos necesario describir.

Además, tendremos aún otros medios á nuestro alcance, es decir, las perturbaciones del sistema nervioso en general: el temblor, que cuando falta, una excitación, una emoción hacen perfectamente visible, las perturbaciones del sueño, los disturbios de la sensibilidad, etc. etc.; así como los disturbios digestivos, etc. etc.

Y no insistimos en el diagnóstico por habernos ya extendido al tratar de la sintomatogía y de las formas en particular; y sólo repetiremos lo que ya hemos dicho tantas veces: que no raramente, sólo la marcha de un delirio, su curación, nos hacen ver su verdadera etiología: el alcohol, la intoxicación alcohólica.

Pronóstico

Ya lo hemos dicho al describir la locura alcohólica, que uno de sus caracteres consistía en la curabilidad.

Sin embargo, como estos sujetos una vez salidos del nosocomio, resisten sólo por un tiempo al deseo de beber, vuelven á caer en el vicio y á padecer nuevamente de delirio alcohólico. Y si tenemos presente que cada acceso suele ser más largo, más resistente, más grave en una palabra, y la depresión moral cada vez mayor, nos será fácil convencernos que si el uso del alcohol continúa, la demencia será el cuadro final de estos sujetos.

En cuanto á la duración de cada acceso de locura alcohólica, varía inmensamente: así, si los primeros accesos pueden curarse en pocas semanas, otros en cambio pueden durar meses. Luego, si el enfermo no ha llegado á un grado de verdadera desorganización que haga imposible el restablecimiento de las funciones normales, podremos asegurar su sanación en un plazo variable y quizás para siempre, si con gran vigilancia ó buena voluntad del enfermo, se consigue el abandono del uso de bebidas alcohólicas. Pero evidentemente, si se trata de un dipsomaníaco, el pronóstico se

hace mucho más grave para el porvenir; porque se puede curar el hábito de beber, pero la dipsomanía, no.

Al formular un pronóstico, no debemos olvidar que todos los órganos pueden haber sufrido la acción del tóxico; por lo tanto subordinaremos nuestro pronóstico al estado físico general.

Tampoco debemos echar en olvido el pronóstico para los descendientes, pues el alcoholismo engendra futuros alcoholistas y degenerados que más tarde contribuyen á poblar los nosocomios en general y los manicomios en especial, cuando nó las cárceles y presidios.

El pronóstico de la locura alcohólica en general, se hace mucho más sombrío, cuando ella ha sentado sus raíces en un terreno de degeneración pronunciada. En estos casos, muchas veces, el alcohol no es sinó la causa ocasional que ha despertado un delirio que persistirá aun después de suprimida la causa.

Anatomía patológica

El alcoholismo produce profundas y numerosas lesiones, pero ninguna característica en el sistema nervioso, mientras sobre los otros tejidos es posible hallar lesiones propias de la acción tóxica del alcohol.

Dividiremos en tres grandes clases las lesiones cerebrales que más frecuentemente se encuentran: lesiones congestivas, inflamatorias y degenerativas.

Se han hallado congestiones superficiales de los hemisferios, con vascularización de las meníngeas é hiperemia de las capas corticales.

A veces, vestigios de meningitis, ó un espesamiento opalino de la pia-madre y de la aracnoides. Pero la lesion más importante es la paqui-meningitis. También se han hallado adherencias de las circunvoluciones cerebrales con la pia-madre.

Como lesiones degenerativas, se suele encontrar ateroma muy pronunciado de las arterias, en los alcoholistas ancianos, así como varicosidades numerosas; trayendo como consecuencia una predisposición á la hemorragia y al reblandecimiento cerebral.

En estos mismos alcoholistas ancianos, es frecuente también hallar una atrofia del cerebro; la cavidad cra-

neana parece grande en relación á la masa cerebral, y ese espacio excedente se halla ocupado generalmente por edemas, derrames sub-meníngeos ó ventriculares.

A veces, en lugar de lesiones que tienen por base á la hiperhemia, se encuentra el encéfalo pálido, anémico; lo que se explica teniendo en cuenta las alteraciones vasculares.

Se ha reconocido por análisis químicos, la presencia del alcohol en el cerebro, sobre todo en casos de intoxicación aguda grave, seguidos de muerte.

Como se ve, las lesiones producidas por el alcoholismo en el sistema nervioso y que dan lugar á la locura alcohólica, no tienen nada de característico, como las producidas en otros órganos, en el hígado, por ejemplo.

Tratamiento

a) *Profiláctico.*—La profilaxia de la locura alcohólica, consiste en la profilaxia del alcoholismo; es decir, en evitar el uso ó por lo menos el abuso de las bebidas alcohólicas.

Dos medios están á nuestro alcance: divulgar lo más posible la noción de que el alcohol es altamente nocivo y tratar de disminuir si no anular el número de lugares de expendio del tóxico.

La enseñanza anti-alcohólica en las escuelas, las conferencias públicas, en fin, la propaganda por la prensa, etc., etc., son medios que facilitarían de que muchos que abusan de las bebidas alcohólicas sin conocer sus peligros ó creyéndolos sólo insignificantes, corrigieran su vicio por temor á las consecuencias.

La formación de «sociedades de temperancia», que tan buen éxito está dando en algunas naciones, ofreciendo al obrero distracción en sus momentos de descanso, exigiendo el abandono completo de la bebida, favorecería no sólo á sus afiliados sino indirectamente á todos, por el buen ejemplo y la obstaculización á las tabernas que verían disminuir sus ganancias por disminución de parroquianos.

Al Dr. Cabred corresponde el honor de haber sido entre nosotros el iniciador de conferencias públicas antialcohólicas, que si en un principio encuentran resistencias ó por lo menos no son coronadas por el éxito que merecen, lo serán indudablemente más adelante. El año próximo pasado fueron iniciadas esas conferencias en el local del Colegio Nacional de la Capital (por decreto del Gobierno Nacional, á indicación del Dr. Cabred); tenía entrada todo aquel que la solicitara, viéndose cada vez más concurridas. En dichas conferencias se enseñaba y se demostraba por estadísticas, el aumento del alcoholismo y sus terribles consecuencias; prácticamente, con experiencias en chanchitos de la India, á quienes se inyectaban distintos alcoholes y diferentes clases de licores adquiridos en los mismos lugares de expendio al público, se comprobó la acción tóxica de todos ellos, en una forma perfectamente convincente.

Es evidente que esas mismas conferencias publicadas y difundidas por la prensa en general, han llegado á conocimiento de los que por distintas causas no pudieron oirlas; y si el resultado no se palpa aún, se palpará seguramente muy pronto: cuando en toda la República se repitan y que entonces nadie ignore los peligros á que se someten los que abusan de bebidas alcohólicas en general y de las destiladas en especial.

Por iniciativa del mismo Dr. Cabred, que no desfallecerá hasta no ver disminuido á una pequeña cantidad ó aún anulado el porcentaje de alcoholistas en

nuestros manicomios, se ha fundado entre nosotros una «liga antialcohólica», que cuenta ya con algunos centenares de firmas, á pesar de ser de tan reciente fundación. Según consta en la primer acta de dicha liga, sus afiliados se comprometen al abandono completo de las bebidas destiladas y á la moderación en el uso de las bebidas fermentadas. Sólo falta que cundiendo el buen ejemplo, estas sociedades de temperancia se generalicen en todo el territorio de la República, y entonces obtendremos de éstas el éxito que otras naciones han obtenido.

Y para aquellos que aun conociendo las consecuencias posibles de la intoxicación alcohólica, no quisieran ó no pudieren abandonar el vicio de beber, tendremos á nuestra disposición el otro medio de combate.

Obstaculicemos de todos los modos posibles la existencia y fundación de los lugares de venta de bebidas; tratemos de disminuir su acción nociva limitando el despacho á determinadas horas del día, castigando severamente á sus propietarios cuando alguno se embriague allí, vigilando muy asiduamente la calidad de las bebidas en expendio, etc., etc.

Pero todos estos medios, por desgracia, tienen sus inconvenientes. El aumento de la tasa del alcohol, procedimiento tentado en algunos países, no ha dado el resultado que se esperaba, facilitando más bien su destilación clandestina y por lo tanto más peligrosa aún, por no ser vigilada su elaboración.

La limitación de los lugares de venta, tiene también

sus inconvenientes, pues aparte de que no se puede impedir la libertad de comercio, si por un lado obtendríamos la disminución de los «bars» y cantinas, otros establecimientos de la misma índole tomarían incremento.

Aumentar la patente, serviría sólo para impedir el comercio á los pequeños capitalistas, facilitando, en cambio, la concentración dei expendio de bebidas á grandes locales que quizás servirían de propaganda al alcoholismo.

Pero si encontramos dificultades para oponer trabas directamente al expendio de bebidas, hagámoslo indirectamente: facilitando el establecimiento de otros lugares donde el obrero pueda asistir sin usar del alcohol. Nos referimos principalmente á las lecherías, cuyo número debemos de tratar de aumentar disminuyendo sus impuestos, dándoles toda clase de facilidades. Lo mismo deberían disminuirse los derechos de importación al café, té y yerba-mate, etc., aumentando en cambio esos mismos derechos á las esencias y éteres destinados á la elaboración de bebidas.

Como factores importantes para la profilaxia del alcoholismo y por tanto de la locura alcohólica, transcribimos del informe elevado á la superioridad por el director del Hospicio de las Mercedes, algunas indicaciones, habiendo ya entresacado otras.

Dice dicho informe: « . . . . . 6º Establecer penas privativas de la libertad para los autores del delito de la destilación clandestina; 7º Hospitalización obligatoria de los alienados alcoholistas y de los ebrios consuetu-

dinarios, dejando al criterio médico fijar el tiempo que debe durar la asistencia hospitalaria del enfermo; 8º Creación de una colonia agrícola para la asistencia de bebedores no alienados; 9º Educación obligatoria de los hijos de los alcoholistas; . . . . . »

En fin, y para terminar: todas las trabas que se puedan oponer á la venta, no tendrán un éxito franco si no contamos con la buena voluntad de todos y cada uno. Más que en trabas y penalidades, debemos pensar en divulgar por todos los medios á nuestro alcance, la enseñanza antialcohólica, en la seguridad que tarde ó temprano, será al fin el único procedimiento que tendrá éxito real.

b) Curativo.—El tratamiento curativo, la terapéutica del acceso de locura alcohólica, está basado en el reposo y el abandono del alcohol. El enfermo será preferentemente hospitalizado, pues la vigilancia siendo más estricta, se podrá evitar que víctima de las alucinaciones, realice actos peligrosos para sí ó para los que lo rodean.

Si antiguamente estos sujetos eran encerrados en obscuros calabozos ó sometidos á la acción del chaleco de fuerza, todo lo cual redundaba en perjuicio del enfermo, excitándolo más y sometiéndolo á verdaderos suplicios, hoy día se ha abandonado ese procedimiento, y en las grandes ciudades y entre nosotros, sólo se usa la clinoterápia.

La clinoterapia no solamente no expone esos enfermos á las torturas del encierro ó del chaleco de

fuerza, pero se ha demostrado ser un tratamiento verdaderamente racional, un excelente medio terapéutico. Efectivamente, el reposo en el lecho, facilita siempre el reposo de la mente, tan necesario en estos enfermos.

Otra ventaja, y no sin importancia, es la facilidad de contener al enfermo sin usar de medios violentos; facilitando así la vigilancia y el cuidado de los excitados en general. Al principio algunos enfermos se resisten á permanecer en el lecho; pero bastará insistir, mantenerle por la fuerza, para que bien pronto el sujeto acepte la imposición, pudiendo entonces obtenerse más fácilmente el sueño, con ayuda de algún hipnótico.

La clinoterapia debe proseguirse mientras duren los fenómenos agudos; una vez disipados, se permitirá el abandono del lecho y se prescribirá con ventaja el ejercicio moderado al aire libre.

Los baños tibios prolongados, muy usados también entre nosotros, tienen una acción muy eficaz como sedantes; y son perfectamente indicados por tanto en los casos de exaltación maníaca, asociados á la clinoterapia.

Se podría decir que en estas dos formas de terapéutica, el reposo en el lecho y los baños, está la base del tratamiento; y efectivamente eso bastaría para esperar la sanación; pero sin embargo, es bueno usar de todos los medios que puedan facilitarla.

La alimentación será substanciosa, pero si no exclusiva, por lo menos preferiblemente lactea.

A esto, á todo lo dicho, debemos agregar el tratamiento sintomático, que como se comprende, variará con cada enfermo.

Vigilaremos el perfecto funcionamiento del aparato digestivo, administrando purgantes ó enemas si fueran necesarios.

Buscaremos el sueño, usando sin abusar, de los compuestos de opio y los narcóticos en general: cloral, sulfonal, trional, etc., etc.

Los bromuros á altas dosis pueden ser útiles para combatir el estado de excitación nerviosa tan frecuente en estos enfermos.

La cafeina, el éter, etc., se emplearán en los casos de adinamia.

En fin, repitiendo: el reposo, la abstinencia del alcohol y el tratamiento sintomático, son los medios que debemos poner en práctica para obtener la curación de la locura alcohólica; curación tanto más rápida y segura, si ella es efectuada en un nosocomio.

Para hacer obra completa, no deberíamos restituir la libertad á estos enfermos, inmediatamente de pasado su período delirante, sino después de haber influido moralmente, para que una vez obtenida el alta, no se repita el uso del alcohol, que al poco tiempo, si no inmediatamente, terminará otra vez en el abuso y por lo tanto muy probablemente en la repetición del delirio.

Si se tratare de un dipsomaníaco, su reclusión en un nosocomio, deberá ser por lo menos, muy prolongada, en salvaguardia de la salud del mis-

mo y de la sociedad, impidiendo al propio tiempo que estos enfermos tengan descendencia; para ellos debieran haber establecimientos especiales donde su permanencia fuera en cierto modo agradable.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

«HOSPICIO DE LAS MERCEDES»

OBSERVACIÓN I. [1]

SERVICIO DEL DOCTOR BORDA

Diagnóstico: Delirium tremens, presentándose con algunos síntomas de parálisis general progresiva.

H. M. Ingresó el 11 de Abril de 1903.
Edad: 47 años.
Nacionalidad: Norteamericano.
Estado civil: Soltero.
Profesión ú ocupación: Herrero.
Instrucción: Sabe leer y escribir.

Antecedentes hereditarios.—Se ignoran.

Antecedentes individuales.—Sólo se sabe que ha padecido de alucinaciones de la vista.

Es un gran tomador de mucho tiempo ha, de toda clase de bebidas.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Temblor muy marcado, generalizado. Anorexia. Insomnio. Pulso lleno, regular. Disartria. Desigualdad pupilar sin reacción á la luz y sí á la

---

(1) To las las observaciones han sido extractadas, haciendo constar sólo los síntomas más importantes.

acomodación. Temblor fibrilar de la lengua. Temblor vertical y rápido de los dedos. Calambres en las pantorrillas. Pituitas matinales.

b) Psíquico.—Estado de profundo atontamiento. Disminución de la atención. Disminución de la memoria, tanto para los hechos recientes, como para los remotos; disminuida también para el cálculo. Alucinaciones del oído y sobre todo de la vista. Temor y desconfianza de todo lo que le rodea. Ideas de persecuciones.

El enfermo manifiesta haber sido muy bebedor; que últimamente se sentía intranquilo, con insomnios y sueños terroríficos en general; que por momentos oía voces amenazadoras.

El temblor es muy marcado en todo el cuerpo; la memoria se halla alterada; cuando habla, le tiemblan los músculos de la cara (orbicular de los labios, zigomáticos, etc.)

Abril 30.—El estado intelectual se ha despejado casi completamente: las pupilas reaccionan á la luz; persiste el temblor de los músculos de la cara al hablar, aunque disminuido; ya no hay disartria. El enfermo reconoce que ha tenido alteradas sus facultades mentales.

Mayo 11.—El enfermo completamente curado de su estado mental, es dado de alta.

OBSERVACIÓN II

SERVICIO DEL DOCTOR SCARANO

Diagnóstico: Manía alcohólica (degenerado hereditario).

M. C. Ingresó Noviembre 22 de 1902.

Edad: 22 años.

Nacionalidad: Español.

Estado civil: Soltero.

Profesión ú ocupación: Jornalero.

Instrucción: Sabe leer y escribir.

Procedencia: Sala de Observación de la Policía de la Capital.

Antecedentes hereditarios. El padre murió de insolación; la madre vive y es sana.

Antecedentes individuales. Ha sido siempre muy nervioso. Un mes antes de entrar al establecimiento, tuvo sarampión. Tomaba aperital, bitter, cerveza y otras bebidas.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Degenerado físico y psíquico. Asimetría facial. Mala conformación craneana. Mala implantación de los dientes. Adherencia de los lóbulos de las orejas. Sensibilidad general, exagerada. Refle-

jos exagerados. Temblor de la lengua. Temblor vertical de los dedos. Insomnio. Anorexia.

b) Psíquico.—Rehusa alimentarse. Atención disminuida. Memoria disminuida. Respuestas incoherentes· Agitación extremada. Logorrea. Sueños terroríficos. Alucinaciones visuales y auditivas. Ideas de persecuciones. Impulsos agresivos.

Hombre trabajador, bondadoso, pero de un carácter muy nervioso é irritable, ingresa al establecimiento con numerosas equimosis en todo el cuerpo, principalmente en los miembros superiores é inferiores.

En su casa se espantaba de los gatos, creyéndolos zorros (ilusiones de la vista). Tenía insomnio persistente, alucinaciones de la vista y del oído, é ideas de persecuciones, pues creía que pretendían matarle. Ha estado en la sala de vigilancia muy agitado, pasando á este servicio en el mismo estado de agitación, hablando incoherencias y amenazando matar al que se le acercare.

El estado físico del enfermo, es bueno; sin embargo se halla muy desnutrido. El estado mental es deplorable: responde con incoherencias y no presta atención cuando se le dirige la palabra.

Tratamiento.—Clinoterapia, baños tibios, higiene, régimen lacteo.

Enero 16 de 1903.—Sigue en el mismo estado.

Enero 23.—Sigue agitadísimo é incoherente.

Mayo 31.—Persiste en el mismo estado.

OBSERVACIÓN III

SERVICIO DEL DOCTOR SCARANO

Diagnóstico.—Lipemanía alcohólica. Ideas de suicidio. (Degenerado hereditario).

A. A.—Ingresó el 26 de Febrero de 1903.

Edad: 23 años.

Nacionalidad: Italiano.

Estado civil: Soltero.

Profesión ú ocupación: Afilador.

Instrucción: Sabe leer y escribir.

Antecedentes hereditarios.—Madre muy nerviosa, habiendo estado alienada. (tres años de reclusión).

Antecedentes individuales.—Ha estado otra vez en el establecimiento. Toma toda clase de bebidas.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Mala conformación craneana. Asimetría facial. Mala implantación dentaria. Mala implantación de las orejas. Pómulos muy salientes. (Tipo lombrosiano). Pupilas perezosas. Sensibilidad general

disminuida. Reflejos exagerados. Temblor de la lengua y vertical de los dedos.

b) Psíquico.—Respuestas con dificultad. Atención y memoria, disminuidas. Aspecto triste, expresión estúpida. Ideas persecutorias. Ideas de suicidio.

Es la segunda entrada de este enfermo. Se presenta con expresión estúpida é indiferente. Es un gran alcoholista y sobre todo un degenerado hereditario. Siete días antes de su ingreso al establecimiento, se infirió una herida al cuello con un cuchillo, con intención de suicidarse.

Tratamiento.—Clinoterapia, baños tibios, purgante, higiene.

Mayo 31.—Persiste en el mismo estado.

OBSERVACIÓN IV

SERVICIO DEL DOCTOR SCARANO

Diagnóstico.—Alcoholismo sub-agudo. Ideas de persecuciones.

V. D.—Ingresó el 23 de Enero de 1903.
Edad: 42 años.
Nacionalidad: Belga.
Estado civil: Soltero
Profesión ú ocupación: Empleado.
Instrucción: Sabe leer y escribir.

Antecedentes hereditarios.—Se ignoran.
Antecedentes individuales.—Gran alcoholista; tomador de ajenjo, bitter y aperitivos en general.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Cráneo grande en relación á su cara. Temblor de la lengua y vertical de los dedos. Anorexia. Insomnio. Reflejos exagerados.

b) *Psíquico.*—Respuesta fácil. memoria conservada. Alucinaciones visuales y auditivas. Ideas de persecuciones.

Entra al establecimiento bastante agitado, con alucinaciones visuales, y con ideas netas de persecuciones: cree que todo el mundo le persigue. Responde incoherente á veces. Esta incoherencia ha durado muy poco tiempo; á los pocos días se hallaba más tranquilo, reconociendo que su mal es debido á las bebidas de que ha abusado.

Tratamiento.—Clinoterapia, baños, higiene.

Febrero 10.—El enfermo ha mejorado visiblemente; sus ideas delirantes han desaparecido, confesando y reconociendo que todo lo que ha tenido es debido al alcohol. Es dado de alta.

OBSERVACIÓN V

SERVICIO DEL DOCTOR SCARANO

Diagnóstico—Ideas de persecuciones y de grandeza, de origen alcohólico.

A. A.—Ingresó el 28 de Noviembre de 1902.
Edad: 43 años.
Nacionalidad: Italiano.
Estado civil: Casado.
Profesión ú ocupación: Jornalero.
Instrucción: Sabe leer y escribir.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.
Antecedentes individuales.—Gran alcoholista.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Cráneo de conformación normal. Sensibilidad general exagerada. Reflejos exagerados. Insomnio. Anorexia. Ligero temblor de la lengua y los dedos.

b) Psíquico.—Locuaz. Responde con facilidad. Memoria y atención, conservada. Alucinaciones visuales. Ideas de persecuciones y de grandeza. Impulsos agresivos.

Hace unos veinte días, el enfermo, bruscamente, comenzó á destrozar todo lo que tenía, queriendo también pegar á su mujer. Siendo arrestado, en la comisaría de policía, habiéndose apoderado de un sable se resistió á los agentes, «repartiendo mandobles en todas direcciones». Cree ser víctima de persecuciones porque quieren impedirle un proyectado viaje á Europa. Además cree ser un enviado del Cielo para viajar por el mundo para defenderlo.

Tratamiento.—Clinoterapia, baños tibios, higiene.

Febrero 26/903.—Gran mejoría. Hay solo vestigios del delirio.

Mayo 28.—Alta, completamente curado.

OBSERVACIÓN VI

SERVICIO DEL DOCTOR SCARANO

Diagnóstico.—Ideas de persecuciones y ambiciosas de origen alcohólico. Epilepsia alcohólica.

A. F.—Ingresó el 5 de Noviembre de 1902.
Edad: 22 años.
Nacionalidad: Oriental.
Estado civil: Soltero.
Profesión ú ocupación: Empleado.
Instrucción: Sabe leer y escribir.

Antecedentes hereditarios.—Tiene toda su familia excesivamente nerviosa.

Antecedentes individuales.—Muy nervioso. Sueños terroríficos. Alucinaciones visuales. Gran bebedor.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Ligera asimetría facial. Prognatismo de la mandíbula inferior. Paladar ojival. Ligero tem-

blor vertical de los dedos y de las manos. Reflejos exagerados. Insomnio. Anorexia.

b) Psíquico.—Respuesta fácil. Atención y memoria conservadas. Sueños terroríficos. Ideas persecutorias y ambiciosas.

Desde hace tres años, ha abusado continuamente de bebidas. Tiene sueños terroríficos de toda clase. Cuando entra á su casa á altas horas de la noche, camina mirando á todas partes y abre su puerta para entrar con suma desconfianza. Desde hace tres años, es decir, desde que ha comenzado á beber, ha tenido varios ataques con pérdida de conocimiento. El enfermo clasifica esos ataques como «mal de corazón», teniendo todos los caracteres de ataques epileptiformes. (Epilepsia alcohólica.)

Tratamiento.—Clinoterapia, bromuros á altas dosis, baños templados, leche, higiene.

Noviembre 10.—El enfermo sigue muy agitado, moviéndose y caminando todo el día. Aparecen, asociándose al delirio de persecución, algunas ideas ambiciosas: dice haber realizado grandes actos en Montevideo, increíbles teniendo en cuenta las condiciones sociales del enfermo. Entona cantos patrióticos en la guitarra; se cree una personalidad.

Abril 1903.—Se nota una sensible mejoría en el estado psíquico y físico del enfermo.

OBSERVACIÓN VII

SERVICIO DEL DOCTOR SCARANO

Diagnóstico.—Demencia de origen alcohólico.

L. L.—Ingresó el 26 de Enero de 1903.
Edad: 53 años.
Nacionalidad: Argentino.
Estado civil: Soltero.
Profesión ú ocupación: Jornalero.
Instrucción: No sabe leer ni escribir.
Procedencia: Policía de Santiago del Estero.

Antecedentes hereditarios.—Se ignoran.

Antecedentes individuales.—Solo se sabe que ha abusado de toda clase de bebidas alcohólicas.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Degenerado físico: cráneo mal conformado, asimetría facial, paladar algo ojival, mala implantación de las orejas. Arterio-exclerosis genera-

lizada. Temblor de la lengua. Temblor fino y vertical de los dedos. Reflejos exagerados.

b) Psíquico.—Responde con incoherencia. Memoria disminuida. Atención disminuida. Alucinaciones del oído y de la vista. Ideas de persecuciones. Impulsos agresivos.

Este enfermo ha sido traído de Santiago del Estero, algo excitado, lleno de alucinaciones y tendencias agresivas. Existe un debilitamiento general, tanto físico como mental. La memoria se halla completamente perdida. Está en un estado de completa incoherencia. Habla continuamente solo. Llora frecuentemente sin motivo alguno.

Tratamiento.—Clinoterapia, baños, leche, higiene.

Mayo 31.—Persiste el mismo estado.

OBSERVACIÓN VIII

SERVICIO DEL DOCTOR BORDA

Diagnóstico.—Delirio agudo alcohólico.
P. M.—Ingresó el 21 de Mayo de 1903.
Edad: 30 años.
Nacionalidad: Italiano.
Estado civil: Soltero.
Profesión ú ocupación: Agricultor.
Instrucción: Sabe leer y escribir.

———

Antecedentes hereditarios.—Se ignoran.

Antecedentes individuales.—Solo se sabe que ha abusado de toda clase de bebidas, desde hacen varios años; habiendo exagerado esos abusos, sobre todo en estos últimos días.

ESTADO ACTUAL

a) Somático.—Pupilas estrechas, casi puntiformes, sin reacción. Pulso débil y frecuente. Insomnio.

b) Psíquico.—Palabra clara. Respuestas con incoherencias. Atención disminuída. Ideas de persecuciones. Exaltación violenta, con impulsos agresivos.

———

Este sujeto hace cuatro días que comenzó á decir que le perseguían, que le querían matar. Actualmente se halla en un estado de agitación continua y violenta, requiriéndose la presencia de varios asistentes para tenerlo sujeto en cama. Se agita, se retuerce, escupe á todo el que se le aproxima y trata continuamente de pegar. Duerme muy poco. No es posible explorar en él ninguna idea delirante, pues toda su contestación se reduce á actos de violencia.

Mayo 24.—Sigue con mucha agitación, á pesar de haberse instituido un enérgico tratamiento. Sus movimientos son desordenados y no obedecen á un fin determinado. No responde á las preguntas que se le dirigen, pronunciando solamente algunas frases sin sentido, indicando á veces ideas de grandezas; así por ejemplo, dice ser Napoleón. Las pupilas son estrechas y sin reacción; los ojos hundidos, la mirada lánguida, la cara cianótica, el pulso débil y frecuente. Se auscultan los tonos cardiacos en todos los focos, algo debilitados. Se ha elevado rápidamente la temperatura del enfermo, hasta 40°, no observándose causa alguna que pudiera explicarla.

Mayo 26.—La temperatura ha llegado á las 3 de la tarde, hasta 41°,5. La agitación incoherente se mantiene. Hay una acentuada obtusión intelectual. El pulso es más débil: la cara algo cianótica. Hay fuliginosidades de los labios y de la lengua. Persiste el insomnio. El enfermo se resiste á tomar alimentos.

Tratamiento. — Inyecciones de ergotina Ivon (3 grs. diarios), dermoclisis de 500 grs. de suero Hayem.

Mayo 27.—Desciende la temperatura, pero persiste el estado general. Hay tendencias al enfriamiento de las extremidades. El enfermo, al menor esfuerzo, se pone cianótico. Se niega á tomar alimentos, por cuyo motivo tiene que recurrirse á la alimentación forzada, con la sonda gástrica. La debilidad cardiaca persiste. Las fuliginosidades de los labios y de la lengua han desaparecido. Las pupilas se hallan más dilatadas. La obtusión intelectual persiste.

Mayo 30.—La temperatura más alta ha sido 38°,2. Se agita por momentos, aunque sus manifestaciones no son ya tan violentas á causa de la postración en que se halla; permanece indiferente al interrogatorio. Rechaza los alimentos. Los latidos cardiacos se auscultan sumamente debilitados. El pulso es frecuente, débil y algo desigual.

Mayo 31.—Sigue más ó menos en el mismo estado. Se nota gran postración y desnutrición del enfermo. La obtusión intelectual es absoluta. Las pupilas, de tamaño regular, no reaccionan á la luz.

Junio 1.º—Se observa un gran descenso de la temperatura á las 6 de la mañana para volver á elevarse hasta adquirir su máximum á las 3 p. m. (39°). El estado de postración es mayor, el pulso es muy débil y frecuente, la sensibilidad al dolor muy disminuída; un estado de adinamia intensa se apodera del enfermo. El corazón no reacciona bajo la influencia de los tónicos cardiacos. El enfermo fallece á las 6 p. m., sin que haya habido un estado agónico prolongado.

Como complemento de esta observación, extractamos el informe de la autopsia practicada por el doctor C. Jackob, director del laboratorio de psiquiatría.

AUTOPSIA DE P. M.

Día y hora del fallecimiento: Junio 1º de 1903, á las 6 p. m.

Día y hora de la autopsia: Junio 2 de 1903, á las 10 a. m.

Meníngeas.—Dura-madre no adherente. Espacio sub-dural con ligera cantidad de líquido amarillento. Vasos de la pía-madre muy inyectados. Aracnoide transparente. Espacio sub-aracnoide con escaso líquido claro.

Encéfalo.—Aspecto general: congestionado, configuración exterior normal, consistencia y peso normales. Desarrollo normal de las circunvoluciones. Pequeña sufusión sanguínea fresca en la región parietal izquierda. Ventrículos normales. Cuerpo calloso bien desarrollado. Substancia gris de la corteza y de los núcleos centrales, fuertemente inyectada, color moreno.

Substancia blanca con numerosos puntos sanguíneos. Cápsula interna y centro oval, normales. Nervios bulrares sin alteración. Cerebelo, puente y médula oblongada, normales.

Pericardio—Normal.

Corazón—Algo grande. Miocardio algo hipertrofiado. Resto normal.

Aorta—Normal.

Pulmones—Congestión y edema de las bases.

Hígado—Moscado.

Estómago—Congestión de la mucosa.

Bazo—Normal.

Riñones—Congestionados. Por lo demás, normales.

Intestino delgado—Inyección é hiperhemia de la mucosa. Numerosos folículos hinchados.

Vejiga—Sin orina.

Sumario general—Congestión cerebral y pulmonar. Hipertrofia cardiaca. Degeneración grasosa y congestión del hígado. Congestión renal. Enteritis folicular. Gastritis aguda. Traqueo-bronquitis.

Como se ve, no se han hallado sinó las lesiones congestivas propias del alcoholismo, como dijimos en el capítulo que trata de la anatomía patológica de la locura alcohólica.

Junio de 1903.

VIRGILIO GIUSTINIAN.

Buenos Aires, Junio 17 de 1903.

Nómbrase á los señores: Académico Dr. Rafael Herrera Vegas, Profesor titular Dr. Domingo Cabred y Profesor suplente Dr. José T. Borda, para que, constituidos en Comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el artículo IV de la ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

Julio 1° de 1903.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la presente tesis:

«En el local de la Facultad á 27 de Junio de 1903, reuni-
»da la Comisión que subscribe, encargada de dictaminar res-
»pecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno D. Vir-
»gilio Giustinian, que versa sobre *Locura alcohólica*, resolvió
»admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmado: Herrera
»Vegas.—D. Cabred.—J. T. Borda.—Carlos Robertson, pro-se-
»cretario.»

Zenón Aguilar.

Julio 1° de 1903.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, fijándose por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

Proposiciones accesorias

Diagnóstico diferencial entre la parálisis general y la pseudo-parálisis alcohólica.

Necesidad de una legislación sobre el alcoholismo, en la República Argentina.

Circunstancias que modifican desfavorablemente el pronóstico en los delirios alcohólicos.

Bibliografía

Lasegue—Études mèdicales.

Magnan—De l'alcoolisme.

Ball—Leçons sur les maladies mentales.

Jaccoud—Dictionnaire de mèdecine et de chirurgie—Artículo: «alcoolisme».

Dechambre—Dictionnaire des sciences mèdicales—Artículo: «alcoolisme».

Cantani e Maragliano—Patologia e terapia medica.

Informe del Dr. Cabred—De la obra publicada por la comisión investigadora de impuesto á los alcoholes, en cumplimiento de la ley 3987.