Año 1909 N° 1962

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

IDEAS DELIRANTES

BREVES CONSIDERACIONES

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EUDOXIO GANDOLFO

Ex-practicante menor 1904-5-6-7 y mayor 1908-9 del Hospital Nacional de Alienadas

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

IDEAS DELIRANTES

BREVES CONSIDERACIONES

Año 1909 N° 1962

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

IDEAS DELIRANTES

BREVES CONSIDERACIONES

—o—

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EUDOXIO GANDOLFO

Ex-practicante menor 1904-5-6-7 y mayor 1908-9 del Hospital Nacional de Alienadas

«LA CIENCIA MÉDICA»

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Academia de Medicina

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTOS
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice decano

DR. D. ANTONIO GANDOLFO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con licen.)
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " ENRIQUE BAZTERRICA
" " ANTONIO C. GANDOLFO
" " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
" " BALDOMERO SOMMER
" " GREGORIO ARAOZ ALFARO
" " ABEL AYERZA
" " JOSÉ R. SEMPRUN
" " JAIME R. COSTA
" " FRANCISCO SICARDI
" " NICASIO ETCHEPAREBORDA
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. JONÀS LARGUÍA (Consejo Directivo)
" " RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. 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	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejer.)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología externa	» OBDULIO HERNANDEZ (Con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» 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	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDÍT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

ROBERTO WERNICKE

JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	**Catedráticos extraordinarios**
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE / JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL / AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES / JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. J. GREENWAY
Física Mèdica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ / JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología	» LEOPOLDO URIARTE / ALOIS BACHMANN
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino.laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON / RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clinica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET / MARCELO VIÑAS / MARCELINO HERRERA VEGAS / JOSÉ ARCE
» Neurológica.	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING / LUIS AGOTE / DAVID SPERONI
« Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO / ENRIQUE ZÁRATE / ARTURO ENRIQUEZ / ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS / MAMERTO ACUÑA / GENARO SISTO
» Génito Urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica.	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA (con lic.
Química inorgánica aplicada. . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonoda	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso).	» FRANCIRCO P. LAVALLE
Tecnica farmaceutica	» MANUEL J. IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedratico sustituto
Farmacognósia y posología razonada	SR. JUAN A. DOMINGUEZ en ejer.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedraticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica Parto Distócico y Clínica Obstetrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto Distócico y Clínica Obstétrica	» UBALDO FERNÁNDEZ
» » » »	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedraticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. .	DR. DEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica, Terapéutica dentarias, Medicina Legal . . .	» ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Dr. JUAN A. FARINI

Dermatólogo del Hospital N. de Alienadas y de la Armada Nacional
Médico jefe de sala del Hospital Muñiz
Ex-jefe de clínica del servicio de piel y sifilis del Hospital San Roque

AL ALTRUISTA SEÑOR

LEONARDO PEREYRA IRAOLA

IN MEMORIAM

Al Dr. Juan A. Farini que me ha brindado con su amistad sincera y que me confiere el honor de acompañarme en este acto, como padrino de tesis, mi más profundo agradecimiento.

Al Dr. Manuel T. Podestá cuyas bondades, enseñanzas y consejos no olvidaré jamás, la expresión de mi sincero y respetuoso afecto.

Al señor Diputado Nacional Dr. Antonio F. Piñero. Gratitud.

A mis compañeros de internado. Mi sincera amistad.

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Y DE MI HERMANO EVERARDO

A MI MADRE

VENERACIÓN, RESPETO Y GRATITUD

A MI HERMANA

CARIÑO

INTRODUCCION

El estudio de las ideas delirantes tiene para el psiquiatra enorme importancia, por cuanto, ellas constituyen uno de los fenómenos elementales de la fisio-patologia cerebral, que con más frecuencia se observan, siendo además en muchas ocasiones, su predominio tal, sobre los síntomas coexistentes, que llegan por sí solas, á caracterizar ciertas formas vesánicas.

Inoficioso me parece encarecer lo útil y fatalmente necesario que es para el alienista, el conocimiento de estos estados delirantes, bajo cuya perniciosa influencia la razón se derrumba, y durante los cuales el hombre víctima de ellos, se agita á veces entre las sombras de la inconciencia, deja de pertenecerse, pierde su libre albe-

drío, al par que sus pensamientos en caótica confusión en ciertos casos, aparentemente lógicos en otros, se elaboran y encadenan sin sujección á las leyes del determinismo de la producción y asociación de las ideas normales.

Al abordar este tema en nuestra tesis inaugural, lamentamos no poder hacerlo con los detalles y extensión á que es acreedor tópico tan interesante de clínica psiquiatrica, pues, desgraciadamente á ello se opone las rudimentarias cualidades de psicologo que poseemos, poco aptas por cierto, para profundizar las complejas y abstractas manifestaciones del espíritu enfermo.

Lejos de nosostros la pretensión de aportar nuevo conocimientos; de nuestra propia cosecha y como exponente de nuestra observación personal, durante el largo internado en el Hospital Nacional de Alienadas, agregamos á estos breves datos semiológicos, una serie de historias clínicas de enfermo en estado delirante, cuya evolución hemos seguido pacientemente, en algunos de ellos, durante dos y tres años.

DEFINICION

Dado el poliformismo de las ideas delirantes, de la disparidad que entre muchas de ellas existe, es difícil hallar una fórmula sintética que las comprenda á todas.

Para Morselli, delirio significa "un sistema más ó menos complejo de ideas mórbidas concernientes al "yo" ó relacinadas con el mundo exterior." Y luego agrega, "la morbosidad del sistema no consiste tanto en la falsedad absoluta de su contenido representativo, como en el contraste que ellas presentan comparadas con la personalidad anterior del enfermo ó con la condición real de la misma personalidad, relacionada á su vez al medio ambiente."

Marchand define las ideas delirantes, diciendo que son concepciones absurdas y contrarias á la evidencia de los hecho.

Para Cullére, "son ideas falsas, pero que, mientras unas presentan un fondo absurdo, otras son posibles, aun cuando manifiestamente contrarias á la evidencia de los hechos reales."

Es oportuna una observación. Si conceptuamos como delirantes á todas las ideas patológicas que surgen en el campo del psiquismo, como pudiera pensarse, correriamos el riesgo de tomar como tales, manifestaciones mórbidas, que guardan con ellas diferencias profundas, ostentando algunas de estas últimas, carácteres patognimonicos, me refiero especialmente á la idea obsedante y á la impulsiva. La primera de estas dos, es imperativa, incoercible, psiquialgica y va acompañada de conciencia. La segunda, tiene estos mismos carácteres, pero á la angustia que precede el acto, sucede una sensación de bienestar, de satisfacción, apareciendo paroxisticamente. El conjunto de estos carácteres es negativo en las ideas delirantes.

MECANISMO DE PRODUCCION

Aún cuando es difícil establecer con certidumbre la génesis de las concepciones delirantes, por la naturaleza misma de los procesos mentales que en su elaboración intervienen, se acepta que ellas nacen y se organizan, según los mecanismos psiquicos que pasamos á enumerar brevemente, de acuerdo con los cuales, se han dividido las ideas delirantes en cuatro grandes grupos.

Al primero, pertenecen aquellos delirios, cuyas ideas surgen subitamente en el espíritu, á consecuencia de una irritación expontánea de los centros de la ideación ó sea por automatismo cerebral. Al nacer estas ideas, el enfermo las analiza bajo la impresión que le causa el descubrimiento de su existencia, las rechaza luego, pe-

ro reproduciéndose con fatal insistencia, terminan por instalarse definitivamente, quedando así constituido el delirio.

Es condición casi expresa podriamos decir para que se produzcan estos fenómenos psiquicos, la preexistencia de causas profundas heredadas ó adquiridas, pues de lo contrario, dificilmente la idea surgida subitamente por automatismo cerebral, podrá germinar y desarrollarse hasta la organización de un delirio.

Falret (padre) dice al respecto, "que para que una idea, obtenga derecho de domicilio en un alienado hasta el punto de convertirse en centro de la mayor parte de sus pensamientos y de sus actos, es menester algo más que causas accidentales y ocasionales. La causa primera de la producción de un delirio, reside en las disposiciones mórbidas generales de la sensibilidad ó de la inteligencia. Son ellas las que dan nacimiento y determinan su forma general; las circunstancias accidentales, no dan lugar sino á variedades secundarias."

Debe hacerse presente que por lo general las concepciones delirantes así engendradas, guardan relación en cuanto á su expresión, con la idiosincracia ó modo de ser habitual del sujeto, siendo á veces el delirio simplemente la exageración de este último.

Las pertubaciones de orden sensorial, (ilusiones, alucinaciones, sensaciones cenestésicas) sirven de nucleo de origen á un segundo grupo de ideas delirantes.

El delirio alucinatorio, — que ha dado motivo á discusiones entre diversos autores sobre si debe considerarsele tan solo como síntoma ó como entidad mórbida perfectamente definida (Farnarier, Seglas), — pertenece á esta categoría.

El tercer grupo lo forman aquellos delirios que tienen por base alteraciones en la esfera moral ó en el ser físico. Contrariedades sociales, padecimientos corporales, etc., son causa de preocupación para el enfermo, en cuyo espíritu se afectuan procesos mentales anormales, cuyo término esta formación de ideas delirantes.

En el cuarto y último grupo se incluyen aquellas ideas delirantes consecutivas á la persistencia durante el estado de vigilia, de las concepciones nacidas y desarrolladas durante el sueño, (delirio onírico), en el que sabemos se efectua un trabajo mental subconciente, dando origen á una serie de ideas erroneas más ó menos coordinadas, bajo cuya influencia el enfermo ejecuta á veces actos incoherentes y hasta criminales una vez despierto. Es clásica la historia del campesino que al salir de un sueño, en el que vió á su esposa en brazos de otro hombre, corre conforme despierta hacia esta, que se encontraba en ese momento tranquilamente ocupada en los quebaceres domésticos y le infiere un feroz hachago, dejándola muerta. Nosotros hemos tenido oportunidad de ser testigos de uno de estos delirios oníricos, en que la enferma habiendo soñado que sus ropas estaban envueltas en llamas, al despertarse se le-

vanta bruscamente, corre hacia uno de los baños y se coloca debajo del chorro de un robinete de aguas corrientes, donde la encontramos contándonos con acento angustioso lo que le había sucedido.

Para Morelli este mecanismo de producción de las ideas delirantes, presenta las tres modalidades siguientes:

1.° Delirio de inferencia. En este caso el alienado llega á formular sus ideas delirantes, merced á un razonamiento que pasa por todas las faces del proceso lógico del pensamiento conciente, pero partiendo de una premisa falsa, se acompaña de juicios incorrectos y cae así en conclusiones erroneas. Este es el caso de los delirios primitivos, que se forman lenta y gradualmente, al rededor de los que se agrupan por las leyes de la asociación otras ideas, constituyendo un sistema delirante complejo, un edificio grandioso, pero deforme. Un ejemplo lo tenemos, en el delirio evolutivo de la locura sistematizada, (paranoia tardia, delirio crónico de Maguan) así como también, en un gran número de melancólicos y maníacos, en los que se observan idéntica evolución razonada del delirio (delirio de interpretación ó alegórico). (Morselli).

2.° Delirio de percepción inmediata. — Son aquellos en los cuales las concepciones delirantes, tienen su origen en ilusiones y alucinaciones, que introducen de improviso en el campo de la conciencia, elementos de percepción erronea. La psicologia moderna ha demostrado

que aun en la más simple percepción, existe un proceso de raciocinio que es efectuado por habito y de un modo subconciente (A. Binet) ; ahora, si es verdad, que nuestra inteligencia trabaja mientras tanto con los elementos perceptivos, se comprende como en muchos alienados, puede observarse delirios originados por fenómenos alucinatorios ó ilusorios acompañados por un razonamiento inconciente.

3.° Delirio por simbolismo verbal. — Son los delirios más avanzados en la gerarquía de las ideas mórbidas. Se basan en la relación en cuanto á la forma, que existe entre ciertos símbolos del lenguaje hablado. Una sola palabra puede convertirse en núcleo de un sistema amplio de conceptos erroneos. Es suficiente que su significado se exagere, para dar nacimiento á una asociación bizarra de imágenes verbales, que no corresponden á ninguna realidad exterior, ni á condición subjectiva alguna.

CAPITULO II.

CARACTERES GENERALES DE LAS IDEAS DELIRANTES

Cuando se analiza en su conjunto las distintas modalidades del delirio, se ve, que mientras en unas ocasiones tiene un caracter parcial, es decir, que solo afecta una sola de las facultades psíquicas, en otras, su acción se extiende á todas las expresiones de la actividad cerebarl, siendo entonces difuso.

Foville refiriéndose á este hecho dice, que si bien el delirio puede ser limitado á una de las operaciones del entendimiento, se debe agregar que este aislamiento es muy raro y casi siempre temporario." Efectivamente, dada la energia funcional de las células cerebrales, la solaridad íntima de las diversas facultades mentales, es difícil que puedan localizarse y limitarse las pertuba-

ciones durante toda la evolución de la enfermedad. Solo cuando el proceso psicopático se inicia puede observarse esto, no tardando por cierto en generalizarse. Lo que es más frecuente es el predominio de las ideas delirantes en una de las esferas psiquicas, siendo las alteraciones de las demás insignificantes.

Entre los procesos mórbidos mentales en que se observa la perversión de una sola de las facultdes, tenemos lo que se ha llamado "delirio intelectual", en el que la esfera homónima está poblada por concepciones delirantes de la que el enfermo tiene conciencia, cuidando por consiguiente, de no exteriorizarlas mediante actas extravagantes, sino que por el contrario, las esconde regularmente. Si en ocasiones las manifiesta, lo hace de manera discreta y á personas que le merezcan plena confianza.

El sentido moral y afectivo pueden estar afectados aisladamente también por aberraciones de naturaleza delirante, y esto se ve sobre todo, cuando la psicopatia se inicia, en que se presentan entonces como síntomas prodrómicos: lijeros cambios de caracter, cierta movilidad en sus sentimientos, que no son sino esbozos del futuro cuadro nosológico y que pasan muchas veces desaperbicidas para las personas que rodean al enfermo. Individuos habitualmente de una solicitud y cariño acentuado hacia su familia, se tornan subitamente huraños y de caracter irascibles, cometiendo actos antisociales y llegando hasta castigar á esposa é hijos por motivos ni-

mios. Estos fenómenos mórbidos pueden ó no ir acompañados de conciencia. En el primer caso, el enfermo se da cuenta de las modificaciones experimentadas por su caracter, se preocupa y aflige, siendo presa de intenso dolor moral, (neuralgia psíquica de Kraepelin).

En los estados maníacos la esfera ideativa es asiento, ella sola, del delirio. En estos enfermos hay una producción exhuberante y tumultuosa de ideas, — ideorrea, — que se asocian viciosamente. La atención está disminuida y aún abolida. El discernimiento entorpecido Estas ideas delirantes que surgen subitaneamente y que se suceden con rapidez, se forman según el proceso psíquico que hemos vista ya, con el nombre de automatismo cerebral.

Las concepciones delirantes pueden presentar además los caracteres siguientes:

Vagas, indeterminadas: cuando no son expresadas con claridad.

Precisas, cuando son formuladas netamente.

Fijas: las que persisten y no varían en su forma, expresión, etc. Son por lo general absurdas, sirven á menudo de centro de origen á otras ideas, que se agrupan á su alrededor.

El enfermo tiene acerca de su veracidad, una convicción profundamente arraigada. El hipocondriaco, dice Marchan, que se cree afectado de una lesión orgánica, se preocupa de todas sus sensaciones y relaciona á las falsas ideas cualquier dolor que siente.

Una variedad de idea fija, es la llamada prevalente de Wernicke, bajo cuyo imperio, toda la actividad funcional del sujeto es relacionada á ella. Debe hacerse una distinción entre una idea fija y una obsedante. Esta última es impositiva, imperiosa, incoerable, psiquialgica, irresistible, acompañada de conciencia.

Móbiles, son las que aparecen y desaparecen del espíritu con frecuencia ó cambian de forma.

Uniforme, cuando pertenecen á una sola y misma variedad delirante.

Monomorfas, cuando se exteriorizan bajo la misma forma.

Polimorfas ó proteiformes, en el caso de que varias formas de ideas delirantes se asocian entre ellas.

Múltiples, cuando son númerosas.

Monótonas, las que no varían en su expresión y son formuladas en igual forma siempre.

Sistematizadas, aquellas que perteneciendo á una misma ó á distinta categoría, se encadenan, se coordinan en un sistema delirante continuo que se enriquece incensantemente con nuevos argumentos, hasta el día en que se esteriotipan.

No sistematizadas, son incoordinadas, polimorfas y móviles.

Absurdas, cuando chocan al sentido común coherentes, las que guardan entre ellas cierta relación lógica.

Incoherentes, en caso contrario.

Antagónicas, son aquellas ideas delirantes que están en contradicción manifiesta con otras ideas delirantes, ó bien con una idea normalmente exteriorizada.

Retrospectivas ó recurrentes, las que hacen referencia á hechos pasados.

Primitivas, aquellas que no son precedidas por ningún otro desórden psíquico. Estas ideas aparecen, constituyendo el primer síntoma de locura. En unas ocasiones bruscamente, mientras que en otras, se desarrollan paulatinamente. Estos estados delirantes son á veces la exageración de la mentalidad habitual del sujeto enfermo.

Secundarias, cuando son consecutivas á otras pertubaciones (de la esfera afectiva, moral ó á alucinaciones visuales ,auditivas, cenertesicas, etc.

Falret padre, estudiando la evolución de las ideas delirantes, la divide en cuatro períodos: de incubación de organización, de sistematización y de esterioripación.

DIVISION

Teniendo en cuenta la naturaleza de las ideas delirantes, estas se han dividido por:

Ball y Ritti en: 1.° Ideas de satisfacción, de grandeza, de riqueza; 2.° de humildad, desesperación, ruina, de culpabilidad; 3.° de persecución; 4.° hipocondriacas; 5.° religiosas; 6.° erótica y 7.o de transformación corporal.

Morselli en:

1.° Delirios relacionados con el "yo" que pueden referirse á su vez al sentimiento (exaltación, depresión y alteración) ó á la inteligencia (en totalidad ó en parte).

2.° Delirios que hacen referencia á las relaciones del "yo" con el mundo exterior, con sus dos variedades: concéntrico (perseguido; excentrico ó centrifugo, (melancólico) .

Esta clasificación es como lo declara el mismo Morselli, demasiado complicada y artificiosa, para las necesidades de la práctica, por lo que no entramos en sus detalles.

Séglas:

1.° Ideas delirantes de auto-acusación.
2.° ,, ,, de persecución.
3.° ,, ,, de defensa.
4.° ,, ,, de grandeza.
5.° ,, ,, hipocondríacas.
6.° ,, ,, de negación.
7.° ,, ,, de enormidad.
8.° ,, ,, místicas.
9.° ,, ,, eróticas.
10.° ,, ,, palingnósticas, metabólicas, de transformación corporal.

Esta última es la que seguiremos en nuestra descripción semiológica.

CAPITULO III.

ESTUDIO SEMIOLOGICO

DE LAS PRINCIPALES FORMAS DE IDEAS DELIRANTES

IDEAS DE PERSECUCION

Capítulo hermoso, interesante y extenso es el que se relaciona con el estudio de las ideas de persecución. Dada las modestas proporciones de esta tesis, no nos es posible consagrarle toda la ampliación que él merece, limitándonos á enumerar los datos semióticos más importantes.

Los que hemos observado y seguido á través de sus etapas evolutivas algunos de estos estados delirantes, tan admirable y concienzudamente estudiados por emi-

nentes alienitas, tales como Falret padre, Magnan, Emil Kraepelin y otros, hemos podido comprobar el interes científico que presentan para el psiquiatra, cuando se las contempla á través de la multiplicidad de sus formas y expresiones y cuando se las considera bajo el punto de vista médico-legal.

Desde Laségue que en el año 1852 inicia el estudio de estas concepciones delirantes, hasta nuestros días, la literatura médica ha ido enriqueciéndose paulatinamente con númerosas obras en las que se las analiza con exhuberante lujo de detalles.

La mayoría de los autores han dividido las ideas de persecución, en activas y pasivas. Influenciando por las primeras, el alienado hace objeto de sus persecuciones á otro ú otros seres; mientras que por las segundas, el mismo se constituye en víctima de las acechanzas y crimenes de los demás. Estos delirios pueden ó no sistemaiizarse.

Ciertos alienados en presencia de los actos hostiles de sus perseguidores imaginarios, reaccionan y se convierten á su vez en perseguidores, o que hace que ellos sean sumamente peligrosos, por el hecho de que en esos cerebros, de funcionamiento extraviado, germinan y se desarrollan admirablemente tendencias á la reivindicación y á la venganza, no tardando en consecuencia en tomar la ofensiva, que si bien en ocasiones se limita á proferir frases denigrantes é injuriosas, á veces llegan

hasta la agresión armada, como sucede con el delirio de persecución, en su forma razonante de Falret.

El origen de este delirio puede ser ya una perturbación de orden sensorial ó un hecho real retrogrado ó anterogrado el que sirve de base á una serie de razonamientos ilógicos, á través de los que elaboran las falsas ideas.

El examen psíquico del perseguido presenta á veces ciertas dificultades, debido á que muchos de ellos, tienen conciencia de sus manifestaciones mórbidas y tratan de ocultarlas. Recordamos varias enfermas desimuladoras de su delirio, que hemos visto en el H. N. de Alienas, una de las cuales lo mantuvo en secreto durante dos años consecutivos, exteriorizándolo bruscamente cierto día á raiz de un disgusto que tuviera con otra alienada.

Algunos de estos enfermos solo confiesan sus pensamientos á determinadas personas, no sin antes pedirle discreción y reserva para sus confidencias.

Unos perseguidos muestran su ideas delirantes con franqueza, puntualizando todos los pormenores de la persecución; mientras que otros, lo hacen en forma velada, empleando frases reticentes y neologismos.

El alienista en presencia de uno de estos enfermos debe procurar conocer los datos siguientes: nombre del ó de los perseguidores, la época á que se remonta el comienzo de la persecución, los medios empleados (tóxicos, electricidad, etc.), caracteres de los sufrimien-

tos experimentados, el motivo y fin propuesto por el enemigo, y las intenciones del perseguido con respecto á los que lo hostilizan, pues todos y cada uno de ellos tienen su importancia.

El conocimiento de la naturaleza y medios empleados en la persecución nos impondrán de la existencia de perturbaciones diversas de la sensibilidad general, etc.

El saber la época de iniciación del delirio nos permitirá formular con más fundamento un pronóstico.

La designación del perseguidor tiene su importancia, por cuanto puede este prevenido, ponerse á cubierto de posibles agresiones á que está expuesto, dada las violentas reacciones de algunos de estos enfermos.

El fondo de estos delirios de persecución tiene diversa expresión; así, mientras unos perseguidos se revelan altaneros y orgullosos, otros por el contrario se muestran tristes, apesadumbrados y abatidos, caracteres estos últimos que no deben confundirse con los del melancólico, pues este, se considera una víctima culpable y acepta por lo general con estoica resignación y humildad el castigo; el perseguido, convencido de la injusticia de la persecución, protesta y trata de defenderse.

Estudiando la evolución de estos estados delirantes se observa que no se circunscriben, sino que por el contrario, su esfera de actividad se extiende, pues buscan los enfermos incensantemente, — ya en su pasado, ya en el medio ambiente que en la época de la afección los

rodea, — nuevos argumentos que ratifiquen sus erroneos asertos.

Aparte del delirio sistematizado primitivo ó paranoia de Kraepelin, en que se presentan ostentando tan variados aspectos, estas ideas figuran episodicamente y con más ó menos tendencia á la sistematización, entre los síntomas de otras psicosis: alcoholica, tóxica, melancolía, demencia precoz, (forma pranoica), pobres de espíritu, imbéciles, estados demenciales, paralisis general progresiva, en los histéricos y aun en los maníacos, teniendo caracteres especiales en cada uno de ellos.

Entre las pertubaciones psíquicas engendradas por el alcohol, se observan con frecuencia estas ideas secundarias á alucinaciones visuales y auditivas, especialmente á las primeras, que como sabemos predominan en los etilistas, contrariamente á lo que sucede en el paranoico en que las auditivas son las más importantes, aparte de que en este último, el delirio es primitivo. En los alcoholistas, se observa una variedad importante de ideas de persecución, en que la ofensa lesiona los derechos conyugales, es el delirio celoso de Moreau de Tours. La concepción delirantes en estos enfermos son móviles y arraigadas.

Semejante en caracteres á estos últimos es el delirio de los epilepticos, histéricos y paraliticos generales.

En la melancolía son vagas. El enfermo no precisa ni al perseguidor, ni aún los actos hostiles de que se cree víctima. No trata de sustraerse á ellas y como dijimos

anteriormente las acepta resignado. Pueden en determinadas condiciones sistematizarse, pero esto no es lo corriente.

En los delirios tóxicos y en la confusión mental, tienen estas ideas importancia secundaria, siendo síntomas inconsistentes y móviles.

En la demencia precoz (forma paranoica), en los pobres de espíritu y en los imbéciles, según Séglas, se muestran con los siguientes caracteres: aparición brusca, marcha remitente, sistematización defectuosa, coexistencia con otras ideas lelirantes.

Las ideas de persecución asumen formas y expresiones diversas, en conformidad con la personalidad del sujeto, con su sexo, su edad, con la época histórica, con el grado de su cultura, con las ideas dominantes populares, con los sucesos públicos que han llamado la atención del delirante, con su intelectualidad, etc. (Morselii).

Para terminar con este breve estudio de las ideas de persecución, mencionaremos un hecho importantísimo y que no debe olvidarse y este es, que los perseguidos sistematizados no evolucionan hacia la demencia como otras psicosis crónicas. Si en algunos de ellos se observan ciertos síntomas propios de estados demenciales, deben ellos relacionarse á la senilidad, pero no considerárseles como perteneciente á la etapa final de su delirio crónico.

IDEAS DE NEGACION

Las ideas de negación se presentan muy frecuentemente en patologia mental, formando parte del cuadro sintomatológico de varias psicosis, especialmente de la melancolía y de la demencia precoz (forma catatónica).

De intensidad, forma y expresión variables, se las observa respondiendo á uan tendencia mórbida y sistemática á oponerse, ora, á toda solicitud que procesa del exterior, ora, á sus propios deseos y necesidades fisiogicas.

Estas ideas pueden referirse á conceptos abstractos, á su personalidad moral ó física ó á los agentes y objetos del mundo exterior. Bajo la influencia de ellas el enfermo niega la existencia de la bondad, del cariño, del

pensamiento, de su propios organos, carece de lengua, pulmón, etc., no puede respirar, su corazón no funciona, etc.

Los enfermos negativistas afirman con vehemencia la veracidad de sus manifestaciones, mostrándose completamente refractarios á todo argumento tendente á convencerlos de sus errores, persistiendo á veces su delirio aún teniendo bajo el dominio de su vista, el órgano, sér ú objeto cuya existencia niegan.

Segun que el alienado exteriorice su negativismo en presencia de incitaciones exteriores ó que esta tendencia afecte especialmente sus propios deseos y necesidades fisiológicas tenemos lo que se ha llamado, hetero y auto-negativismo respectivamente.

Weygand ha estudiado en la demencia precoz catónica una variedad de negativismo que él ha denominado *activa*, bajo cuya influencia el enfermo no tan solo no ejecuta lo que se le ordena, sino que hace precisamente lo contrario.

Explica este autor el fenómeno, diciendo que es el resultado de una idea contraria ó negativa, que surge simultáneamente y se asocia á toda idea positiva de movimiento voluntario y que dado el funcionamiento cerebral patológico llega á predominar, determinando un movimiento adverso al insinuado. Para Pick, el fenómeno es debido á la ausencia de inhibición del mecanismo antagónico, que según Scherrington, acompaña toda tendencia á un movimiento dado.

Suelen ser estas ideas origen de episodios ansiosos, que cuando van acompañadas por otras concepciones delirantes ,de damnación, de posesión, hipocondrias) y analgesia, sitiergia y propensión al suicidio, constituye el sindrome de Cotard.

Baillarger ha descrito en la paralisis general progresiva, una variedad de delirio hipocondriaco con ideas de no existencia y de destrucción y que conceptúo como un síntoma prodrómico de especial importancia para el diagnóstico. Las ideas de negación de esta afección, son por lo genera absurdas, incoherentes y móviles. Voisin y Burlureaux han observado que ellas aparecen súbitamente. Algunos autores han pretendido de que es suficiente para formular el diagnóstico de parálisis general, en su período de iniciación, la existencia de ellas, opinión por cierto muy poco aceptable, por cuanto, igualmente caracterizadas, acompañan la sintomatologia de los pobres de espíritu y claro es, que sustentar ese pensamiento nos expondría á cometer errores sensibles de diagnóstico, á los cuales podemos sustraernos facilmente, esperando otros síntomas más típicos de la mencionada encefalopátia.

Para Séglas la causa de esta analogía de caracteres de ambos delirios,—el del paralítico y el del pobre de espíritu,—reside en la debilidad intelectual, adquirida en el primero y congénita en el segundo.

IDEAS DE AUTOACUSACION

Bajo la influencia de esta variedad de concepciones delirantes, en enfermo expresa juicios desfavorables sobre su propia persona. (Séglas).

Se las observa en formas psicopáticas diversas: locura alcohólica, melancólica, locura de los degenerados, histéricos, etc. Como delirio secundario, figura muy frecuentemente entre los síntomas de la melancolía ansiosa, de las que fueron consideradas por Guislain como patognómicas. Son precedidas por otras manifestaciones patolológicas propias de esta afección, (perturbaciones en la esfera ideativa, alucinaciones cenestésicas, etc.).

Es de notarse el carácter penoso del delirio y se explica, pues como bien dice Krafft Ebing, "en estos alienados, solo son posibles las ideas dolorosas, desde que,

su base y aiento, la conciencia, tiene un fondo de tristeza acentuado".

En la confusión mental, afección en que á menudo se las suele encontrar, como resultante del automatismo cerebral, son por ende primitivas. No son penosas tampoco como las del melancólico.

El hábito exterior de estos enfermos es interesante, porque generalmente refleja su estado psiquiálgico.

Generalmente el delirio de autoacusación está relacionado con la religión ó la voluptuosidades genésicas. Sus variedades de indignidad, corrupción, incapacidad, remordimiento, humildad, etc., se constituyen estableciendo comparaciones entre su persona y las que las rodean; entre su propio pasado y su presente, ó bien parangonando su personalidad actual con una futura superior ó inferior.

De estas comparaciones deducen sus ideas delirantes, que traen como corolario, temores infundados de castigo, damnación ó ruina.

La autoacusación ó autodenunciación (Régis) existe cuando el enfermo se limita á culparse á sí mismo de delitos ó faltas imaginarias.

Dupré ha dado el nombre de auto-hetero denunciación á los casos en que el enfermo no solamente se acusa, sino que hace cómplices á otras personas de sus actos delictuosos.

Un carácter de estos delirios y que ha sido obesrvado por varios autores, es el que se ha denominado irradia-

ción ó dirección centrífuga de las ideas. El enfermo cree ser molesto á los que lo rodean y á los que están en convivencia con él (Séglas).

Estas ideas delirantes pueden presentarse solas ó ser acompañadas por otras concepciones delirantes; en el delirio sistematizado progresivo se las observa conjuntamente con lasde persecución. En ocasiones se alternan estas dos modalidades de ideas delirantes.

La autoacusación en los degenerados suele verse, pero ligeramente esbozada, bajo la forma de susceptibilidad, timidez, escrupulosidad ó desconfianza.

En la demencia senil y parálisis general progresiva son estas ideas móviles, difusas, incºherentes y contradictorias.

IDEAS DE GRANDEZA O MEGALOMANAS

Muchas son las psicosis en que se muestran estas ideas aun cuando no con idénticos caracteres en todas ellas, pues, examinando el delirio megalómano de un paranoico y el de un paralítico general, se ve que existe entre ambos profundas diferencias que luego mencionaremos.

Séglas las ha agrupado en dos categórías, principales:

1ª Ideas de satisfacción, de capacidad, de fuerza, de poder y de riqueza.

2ª Ideas orgullosas, de grandeza propiamente dichas é ideas ambiciosas.

Las primeras son regularmente vagas, móviles, poco propensas á la sistematización y van acompañadas de un sentimiento general de satisfacción, de placer.

Las segundas son más precisas, más constantes, más uniformes, se sistematizan con más frecuencia y corresponde á un sentimiento exagerado, á una hipertrofia del "yo".

La parálisis general progresiva es una de las encefalopatias en que estas concepciones delirantes pueden estudiarse en sus detalles, por cuanto, se ostentan bajo múltiples formas y en sus expresiones más típicas é interesantes, constituyendo en ella un síntoma de alto valor para el diagnóstico.

No es fatal su, presencia en esta entidad mórbida pues otros delirios suelen presentarse ocupando su lugar lo que depende como ya lo hemos dicho, de las predisposiciones individuales congénitas ó adquiridas. Los caracteres que afectan están en consonancia con el estado de debilidad mental de estos enfermos. Fabret ha sintetizado en la siguiente fórmula estos caracteres: movibles, absurdas, incoherentes y contradictorias. No se sistematizan. Este delirio en el paralítico se esboza ya en el período podrómico ó preparalítico. El alienado hace gala del optimismo más puro y á través de su hábito exterior especial dejan ver la franca alegría que los domina. Hacen objeto de sus demostraciones cariñosas á toda persona que á ellos se acerca; afables y altruistas en extremo, muestran ostentosamente sus casas, sus muebles, sus vestidos y hasta los más insignificantes objetos que le pertenecen" (Marché). Es además un enfermo dócil, eufórico, convencido de su poder no lo amilanan las

grandes empresas y negocios, se sienten capaces de hacer inventos notables; si son de condición social humilde hable de espléndidos jornales, convida á todo el mundo á beber, etc, si se trata de un individuo que se halla en buena posición pecuniaria, refiere sus proyectos de fundar asilos, sanatorios, etc. Todas estas concepciones delirantes son inconsistentes, debiéndose notar que contrariamente á lo que sucede en el perseguido y el melancólico ansioso, el paralítico no trata de llevar el convencimiento á los espíritus de los que lo rodean de que lo que manifiesta es verdad.

Cotard piensa que estas ideas de fuerza, capacidad, etc, se originan debido á que ellas germinan y se desarrollan sobre los centros motores y volitivos, funcionando defectuosamente, sobre la hiperbulia que se traduce por una actividad exhuberante.

J. Falret y Régis han insistido mucho respecto al carácter diferencial que existe entre la generosidad del paralítico general, que hace alusiones continuamente á la forma de distribuir sus riquezas y el egoísmo acentuado del loco intermitente.

Una forma especiaí del delirio de grandeza, lo tenemos en la paranoia imaginaria de Sander, en que no existe debilitamiento intelectual.

En los maniacos suelen observarse exteriorizaciones megalómanas, pero ellas, no tienen carácter delirante, siendo tan solo producto de la superactividad psíquica.

Semejantes á las del paralítico son las que se presen-

tan en los pobres de espíritu; similitud que reconoce cº-mo causa el debilitamiento mental de ambos.

En la pseudo parálisis general alcohólica, también se han visto ideas de grandeza, participando en lo que se refiere á su aspecto, expresión é instabilidad del carácter de las del paralítico.

Las ideas ambiciosas las vemos con frecuencia coexistiedo con las de persecución, en el delirio sistematizado progresivo, ostentando sus formas típicas. Es interesante el estudio de la asociación de estas formas delirantes. Por lo general las de persecución preceden á las ambiciosas. Algunos autores han pretendido que estas últimas llegan á predominar y hasta á hacer desaparecer á primeras, opinión que no es compartida por Falret, que "dice que la idea de grandeza tan solo justifica, pero no reemplaza á la de persecusión". Según Séglas las dos formas se alimentan y fortifican mutuamente.

Las ideas ambiciosas al igual de las de persecución son estables y se desarrollan paulaiinamente, adquiriendº día á día más firmeza hasta que se sistematizan. Estas concepciones delirantes, tras de una evolución más ó menos larga y accidentada motivan la transformación de la personalidad; se creen reyes, emperadores, grandes guerreros, etc.

Así como el perseguido, el megalómano sistematizado exterioriza mediante frases coherentes y enérgicas su delirio. Adºptan por lo regular actitudes y vestimentas de acuerdo con la elevada personalidad, misión ó profesión

que en su delirio desempeñan. El guerrero ruega se le faciliten trajes militares, cuyo peto engalanan con medallas; el enviado por Dios convierte cualquier sitio ú objeto que les permita elevarse sobre los demás en púlpito, desde donde se entrega á peroraciones místicas, etc.

En la confusión mental las ideas de ambición hacen su aparición episódicamente; son indecisas y vagas. Raras en la melancolía crónica.

En los delirios alcohólicos se presentan mal coordinadas marcando su presencia la iniciación de la cronicidad. En el dementia precoz tienen caracteres parecidos á los del paralítico.

IDEAS HIPOCONDRIACAS

Se da el nombre de idea hipocondriaca á toda idea triste y sin fundamento y que hace referencia á la personalidad misma del enfermo. (Marchand).

Pueden afectar su ser físico ó psíquico. Se quejan estos enfermos de tener sus órganos profundamente alterados, de que carecen de pensamiento, de que no son dueños de su voluntad, etc.

Varios autores las han dividido en simples y delirantes, según que ellas se traduzcan tan solo por preocupaciones exageradas sobre su porvenir, etc., ó por la creencia de un desórden físico imaginario. Esta división es artificosa desde el momento que entre unas y otras no existen diferencias sino de grados.

Más científica y razonada es la clasificación de Gilbert Ballet que las agrupa en tres grandes categorías.

1ª Ideas hipocondriacas, cuyo conjunto forma lo que él llama, *hipocondría minor* que se observa en los neurasténicos, en los dispépticos y en algunos artríticos y herpéticos. Ellas se constituyen teniendo como base sensaciones cenestésicas, cuyas causas, naturaleza y ulterioridades preocupan grandemente al enfermo. Se caracterizan por su vaguedad. El enfermo que las presenta es aprehensible en extremo. Como no están suficientemente arraigadas en el espíritu, con un tratamiento apropiadopsicoterápico se logra vencerlas y hacerlas desaparecer.

2ª En esta categoría incluye las ideas hipocondriacas bien perfiladas que se sistematizan y resisten á todo argumento tendente á demostrar su falsedad, constituyendo su reunión la *hipocondría mayor*.

La tercera y última variedad de delirio hipocondriaco está formado por aquellas ideas que llevan al espíritu del enfermo el temor, la aprehensión, con todos los caracteres de una verdadera obsesión angustiosa y tenaz y que ha sido denominada *fobia hipocondriaca, nosomania ó nosofobia.*

En el delirio crónico de Maguan las ideas hipocondriacas se diferencian notablemente de las del hipocondriaco. El perseguido relaciona sus sensaciones penosas á las maniobras de sus enemigos, mientras que el último las refiere á alguna enfermedad ó á ciertos agentes exterio-

res, temperatura, etc. En cuanto á la sensibilidad general se nota que los primeros experimentan sensaciones internas especiales, sienten que su organismo funciona bien, y con alientos para la lucha y á la resistencia. Los segundos, algunos de ellos, no todos, viven constantemente temerosos de que sus vísceras sean asientos de lesiones patológicas, de que sus fuerzas se debiliten en poco tiempo, etc., en una palabra se creen incapaces de cualquier empresa y de toda resistencia.

Las ideas hipocondriacas pueden encontrarse en ciertos sistematizados, coexistiendo con las ideas de persecución y de grandeza.

En la paralisis general, especialmente en su forma depresiva se ostentan, ya como única perturbación en la esfera de la ideación, ya asociadas á otros delirios.

El delirio de las pequeñeces ó micromanía, se ve en esta misma afección. El alienado cree haber disminuído enormemente de volumen así como cree que sus órganos sumamente atrofiados han quedado reducidos á la minima expresión (Materne). Este delirio que fué considerado en épocas anteriores como patognomónico de la parálisis general; se ve también en estados demenciales.

Los melancólicos bajo su influencia exteriorizan sus preocupaciones por su estado físico, temiendo por su salud, se imaginan tener afectado alguno de sus órganos, etcétera.

En la locura intermitente se presentan durante los episodios meláncolicos.

En el alcoholismo crónico estas ideas hipocondriacas están ligadas á alteraciones de la sensibilidad general. En estas hace notar Chadzinski, debe tenerse muy en cuenta su existencia, puestº que pueden ser causa de actos de automutilación.

Bajo la forma de simples preocupaciones ó bien como un delirio perfectamente organizado, se las observa en los imbéciles y débiles de espíritu.

En la confusión mental son vagas, móviles y están relacionadas con sensaciones internas anormales.

Frecuentes son en los epilépticos donde dependen, como dice Moundlic, más de la mentalidad del enfermo que del mal comicial mismo, siendo un delirio agregado que se presenta especialmente en los períodos prodómicos de los ataques.

IDEAS RELIGIOSAS

Muchas son las psicopatias en que las ideas místicas figuran entre sus síntomas.

En la melancolía, se presentan bajo aspecto diversos. Unas veces el enfermo se cree víctima de la maldición divina, manifestando el temor del castigo por faltas que reconocen han cometido. A este delirio ha llamado Leuret, terror de la damnación; Macario, damnomania; y Guislain, damnofobia.

Otros alienados se acusan de no haber cumplido con los deberes que la Iglesia impone á todo buen feligrés y exteriorizan su pesadumbre por ello.

Un grupo interesante de estos enfermos lo forman aquellos que se creen tentados por el Demonio á blasfemar de Dios y sus ministros, lo que hacen contra su pro-

pia voluntad, pero se ven obligados á hacerlo por la fatal y perniciosa influencia que sobre ellos ejerce el diablo, cuyas órdenes no pueden desacatar.

Se quejan á menudo de una oposición inmediata y constante á todo lo que piensan y tratan de hacer.

La *demonopatia* ó *demonomania* puede manifestarse bajo dos formas distintas: interna y externa. (Macario, Dagonet, etc.)

Bajo el dominio de la primera, el alienado afirma que el diablo se ha radicado dentro de su cuerpo. Oye sus voces, recibe sus órdenes, no es dueño de su propia voluntad ni de su pensamiento.

Por la segunda el alienado se cree víctima del maquiavelismo del diablo, estando este á distancia de él. Dominan en estos poseídos las alucinaciones sensoriales.

En la *demonomania verdadera*, el enfermo se imagina haberse convertido en Demonio, perdiendo á veces por completo la noción de su primera y real personalidad.

En los teómanos al carácter místico del delirio, se agrega un fondo megalómano acentuado. Son enfermos que están en relación con el Espíritu superior mediante aparatos misteriosos ó bien perciben el soplo divino que los anima é inspira, que penetra al interior de su organismo.

En algunos alienados se alternan estas dos variedades de delirio místico, la demonomania y la teomania ó bien coexisten y en este caso solicitado por las dos tendencias antagónicas, el enfermo se encuentra perplejo é indeciso,

dado que los mandatos del uno contrarían los del otro, siendo esto causa de pesar, dolor moral.

Así como hemos visto que algunos místicos, creen ser el Diablo, otros hay que alimentan la convicción de ser Dios en persona y adoptan en consecuencia actitudes de superioridad.

Otros delirantes religiosos en su exaltación mística, manifiestan haberse iniciado en el estudio de ciertos misterios, se entregan á prácticas cabalísticas, hacen gala de cºnocimientos filosóficos, se someten á torturas fakíricas, llegando en ocasiones hasta el crimen en cumplimiento de las leyes y mandatos divinos. Presentan á veces una escrupulosidad mórbida, para todo lo que se refiere á obligaciones religiosas, temen ejecutar actos nimios y sin importancia alguna, y piden incesantemente el confesor que les confiera el perdón para sus faltas imaginarias.

En la parálisis general, el misticismo tiene un carácter de puerilidad acentuada y va acompañada de un sentimiento de satisfacción.

En los débiles de espíritu dado su precaria mentalidad existe propensión al fanatismo, persistiendo sistematizadas estas ideas unas veces, mientras que otras son incoherentes y fugaces.

En la idiocia é imbecilidad el delirio místico es poco acentuado y absurdo.

En el epiléptico tienen los siguientes caracteres: Co-

mienzo brusco, incoherente, onírico, acompañado de alucinaciones, inconciencia y amnesia consecutiva.

En los histéricos, son sumamente móviles presentándose durante las crisis convulsivas ó bien entre l°s intervalos de estas. Según Dupain, la más alta expresión de ellas, es el comercio íntimo de orden genésico más ó menos materializado con la divinidad ó con el diablo (incubos y subcubos) . Debe observarse que en estos enfermos dado el grado acentuado de sugestionabilidad, presentan un terreno excelente para el desarrollo de los delirios religiosos.

El origen tóxico de algunas ideas místicas ha sido estudiado desde lejanas épocas. Los antiguos conocían con el nombre de demonolatria las concepciones delirantes religiosas originadas por la ingestión de ciertas solanaceas (belladona, mandragora, etc. Estos fenómenos de intoxicación estaban en posesión de las adivinas y hechiceras que las aprovechaban para sus prácticas misteriosas.

IDEAS EROTICAS

Se da este nombre á toda idea delirante relacionada con los órganos ó funciones sexuales.

El erótico experimenta por lo general sensaciones voluptuosas, complaciéndose con la reproducción mental de actos sensuales ó con la satisfacción material del apetito genésico. Otras veces este erotismo va acompañado de dolor moral, esto se observa con frecuencia en los delirantes perseguidos. (Morselli).

Estas ideas se presentan con gradaciones distintas cuando se las examinan en su conjunto. Séglas que ha praticando un estudio circunstanciado de ellas, ha establecido cuatro grupos principales.

Primer grupo: aquellas que dependen de un estado de exicitación general:

En la parálisis general se ostentan muy acentuadas en el período prodrómico que se exteriorizan bajo la forma de actos y excesos venerianos: exhibicionismo, atentados al pudor, tentativas de violación, etc.

En la locura intermitente durante sus episodios de exitación psíco-motriz, así como en la psicosis puerperal (forma maníaca), se las ve frecuentemente manifestándose en sus actitudes de lascividad sugerente, en su mímica expresión y en su lenguage obceno.

Tendencias eróticas se notan también en ciertas intoxicaciones, (opio, alcohol, etc.), tornándose bruscamente el enfermo un exhibisionista ú onanista, etc.

El epiléptico se entrega á un onanismo automático, observándose esto en las proximidades de sus crisis.

En el segundo grupo, las ideas eróticas forman parte integrante de un delirio organizado, estando asociadas á alucinaciones del sentido generico (incubos y sucubos), picoteo, quemadura, etc. Los enfermos acusan á enemigos imaginarios ó reales de violaciones.

Ciertos de estos perseguidos especialmente los del sexio femenino, traducen su delirio bajo la forma de ideas de celos, de adulterios imaginarios y absurdos.

Entre los delirantes razonadores en que la persecución es activa, existe un grupo sumamente interesante, es el de los perseguidores amorosos, que hacen objeto de sus obsequiosidades eróticas á determinadas personas ó bien á todo al que á su paso se presente.

En los delirios místicos es frecuente el erotismo y co-

mo dice Ball, la relación es tal, entre la locura reiigiosa y la excitación sexsual, que se podría creer que son las mismas células cerebrales que presiden los dos fenómenos.

En ciertas ocasiones estas ideas eróticas tienen un fondo mistico muy acentuado, y creen los enfermos en embarazos imaginarios, producto de sus intimidades ilícitas con Dios ó el Demonio. Estas relaciones sexuales pueden ser simplemente alucinatorias ó bien ser reales, pero, entonces la personalidad del co-actor es falsamente interpretada relacionándola á la divinidad, satán, etc.

En el delirio histérico sobretodo "los enfermos hablan con frecuencias de amantes, de maridos, de violaciones, de embarazos."

Según Tollier no es raro ver á estos enfermos formular acusaciones que tienen por base alucinaciones genitales.

En el tercer grupo, Séglas incluye aquellas ideas eróticas cuya reunión constituye una forma especial de delirio erótico, puramente platónico, la *erotomania*. Son conpeciones delirantes de caracteres obsedantes, siendo obcenas en sus manifestaciones.

El cuarto grupo lo consttuye las perversiones sexuales.

IDEAS DE DEFENSA

La mayoría de los autores incluye el estudio de las ideas de defensa en el capítulo consagrado á las de persecución. Séglas quebrantando esta rutina hace de ellas una descripción aparte, por conceptuar, que las reacciones defensivas tienen su importancia en clínica psiquiátrica.

Las divide este autor en activas y pasivas, según que el enfermo al ejecutar ciertos gestos ó pronunciar ciertas palabras les atribuya un significado ofensivo para sus enemigos ó que el enfermo sustente la creencia de que al lado de los individuos que lo persiguen, existen otros que lo defienden. El defensor es perfectamente personificado ó es desconocido é intederminado, siendo á veces colectividades de individuos los encargados de su defensa.

La designación de los enemigos por parte de los perseguidos es ó no precisa, usando á veces neologismos y reticencias.

Estas ideas están intimamente ligadas á las alucinaciones especialmente auditivas, raras son los visuales. El enfermo oye las voces amigas que disputan en su favor, entre las muchas de sus adversarios que tratan de injuriarlo. A veces oye diálogos entre unos y otros, en pró y en su contra, pudiendo ó no tomar parte él en las discusiones.

A veces las ideas de defensa están relacionadas á alucinaciones visuales verbales y motrices y en este caso el alienado asiste á la lucha, las unas representando el ataque, las otras la defensa.

Las ideas de defensa activa se exteriorizan mediante ciertas frases pronunciadas con entonación enérgica, signos gráficos ó gestos particulares á los que dan una falsa interpretación, creyendo que tienen una acción ofensiva para sus enemigos.

Algunos perseguidos como hemos hecho mención al hablar de las ideas de persecución se tornan sumamente peligrosos por sus tendencias á tomar la ofensiva armada.

IDEAS METABOLICAS Y PALINGNOSTICAS

El alienado en cuyo espíritu aparecen las ideas de metabolismo da á las personas, á los hechos ú objetos de mundo exterior ó á su propia personalidad, una significación distinta de la que le acuerda el consenso universal y experimentan una transformación en consonancia con sus ideas delirantes (Séglas). Confunden á las personas que lo rodean, con altos personages políticos ó religiosos, son reyes, etc.

La representación compleja del "yo" ó de la personalidad misma del enfermo, pueden perturbarse total ó parcialmente.

1.° Cuando existe un desorden general se forma un "yo" nuevo ó mejor dicho un concepto nuevo de la per-

sonalidad, que con relación á la anterior ó real, puede tener tres variantes.

El "yo" nuevo se sustituye completamente al antiguo, hay un cambio de personalidad, (paranoicos y algunos melancólicos).

El "yo" nuevo y el antiguo se alternan, es un estado de doble conciencia (histérico).

El "yo" nuevo coexiste con el antiguo, el enferm° se cree doble ó múltiple ó bien poseido (demonopatia).

Cuando existe un desórden parcial puede creer el alienado que su sexo, su especie, etc., ha cambiado (delirio de metamorfosis) : licántropos, zoantropos mega y microántropos, xiloántropos, etc. Otros creen haberse convertido en estatuas, piedras, etc. (Morselli).

El delirio palingnóstico de Mendel se refiere á aquellos casos en que el enfermo cree rec°nocer en lo que vé por vez primera, personas ú objetos que ha conocido ó visto anteriormente. A este fenómeno psiquico se le ha llamado también falsa ilusión.

Tanto las ideas delirantes como las palingnósticas se las encuentra en las vesanias crónicas y en las psicosis con debilitamiento intelectual.

IDEA DE ENORMIDAD

Interesante variedad de ideas delirantes que deben distinguirse de las ideas megalomanas con las cuales se confunden con frecuencia. Cotard que los ha estudiado en el delirio de las negaciones de ciertos melancólicos, dióles el nombre.

Además de observárselas en esta última afección, se las encuentra en la paralisis general progresiva, pero mientras en aquella se sistematizan, en esta no.

Los enfermos manifiestan que son inmortales. Como bien dice Séglas, este fenómeno, no es en el fondo sino una idea hipocondriaca con etiqueta de megalomania.

La diferencia esencial entre el ambicioso verdadero y estos pseudo-megalómanos estriba en que mientras estos, se quejan de su inmortalidad que los condena á vi-

vir eternamente por lo que piden deseperados la muerte, aquellos son orgullosos y ostentan con íntimo placer sus pensamientos. Otros enfermos se quejan de su talla gigantesca, etc.

CAPITULO IV

PRONOS'TIC OY TRATAMIENTO

Capítulo asaz interesante y escabroso cuando se pretende abordarlo con detalles, es el que se ocupa del pronóstico en psiquiatria.

Los facultativos que prestan sus servicios profesionales en manicomios, con harta frecuencia se ven asediados por los parientes de los enfermos, que en medio de su dolor, piden con insistencia chocante á veces, pero dispensable, que se formule un pronóstico, que si bien en ciertos casos es extremadamente sencillo y matemático, también es cierto, que esta medalla presenta un reverso lleno de sombras y muchas son las ocasiones en que el

alienista, antes de aventurar opiniones que luego la realidad desvanece, se ve obligado á emitir frases evasivas y ambiguas que pongan á cubierto y no comprometan su reputación científica.

Dentro del criterio relativo de la medicina y en tesis general trataremos el tema teniendo en cuenta la intensidad, la generalización, la forma y el estado de la conciencia de las ideas delirantes, así como la edad, etc. del sujeto.

Cuanto más agudo, más brusco y más pronto ha alcanzado su acmé el delirio, tantas más probabilidades de curación tiene, siendo por el contrario los que han tardado cierto tiempo en su organización, graves.

Existen ciertos estados delirantes agudos, en que se observa una mezcla de concepciones: persecución, místicas, hipocondriacas, grandeza, etc., así como su aparición y desaparición de un día á otro, en cuyos casos, debemos ser parcos y reservados en el pronóstico, pues con frecuencia esa versatilidad de ideas delirantes, se radican en fondos psíquicos debiles, siendo candidatos estos enfermos á caer en estado demencial.

Los delirios generales son regularmente de caracter más begnino que los parciales. Los últimos evolucionan sistematizándose, siendo habitualmente incurables, factibles sí, de remisiones más ó menos largas y falaces. No quiere esto decir, que todos los delirios sitematizados son crónicos y rebeldes á todo tratamiento, pues los que se

presentan d'emblée en los débiles de espíritu y los del alcoholista son de buen pronóstico.

Aún en los casos de delirio generalizado, deben distinguirse los poco ó muy generalizados. Los primeros cuando es restringido el círculo de las ideas delirantes, son menos susceptibles de curación. Se trata comunemente en estos casos de alienados con debilitamiento mental, en los que á menudo el tratamiento influye poco ó no influye nada.

Las ideas delirantes que se presentan intermitentemente, son de evolución generalmente crónica.

En ciertos degenerados hereditarios ó no, cuyo delirio va acompañado de conciencia, se ve á este persistir rebelde á todo tratamiento. Las curaciones en estos casos son raras.

La confusión de ideas es siempre de mal pronóstico. No debe confundirse la confusión con la fuga de ideas. Esta última existe en los maniacos, paralelamente á hiperproducción de ideas, mientras que en la confusión mental, estas ideas no se formulan netamente en el espíritu del alienado, que es víctima de ilusiones continuas.

La edad también influye en la evolución de los delirios; cuanto más joven es el enfermo, tantas más probabilidades tiene de curar.

TRATAMIENTO

Enumeraremos brevemente los procedimientos y agentes terapéuticos más usuales en medicina mental.

El *aislamiento* es una medida previsora y de real influencia en psiquiatria. Es notorio que la evolución de los estados delirantes suceptibles de curación tratados en el seno de la familia, es más larga y accidentada en establecimientos ad-hoc.

El aislamiento hospitalario sustrae al enfermo del medio familiar poco propicio para su curación y le brinda en cambio, una vida tranquila y disciplinada, ajena á toda influencia sentimental nociva que fomente su delirio.

El aislamiento familiar tiene el inconveniente de que los padres, hemanos, etc., del alienado, lejos de tener la

suficiente discreción para observar rigurosamente las prescripciones facultativas, dificultan, movidos por ese sentimentalismo hasta cierto punto explicable y justo, la acción eficiente del médico.

Es de rigor este procedimiento en los perseguidos delirantes con tendencias á reaccionar y á tomar la ofensiva.

Los hipocondriacos y los que sustentan ideas de autoculpabilidad, cuyo delirio los impulsa á atentar contra su integridad orgánica deben ser también recluidos para ser vigilados más eficazmente.

Entre los místicos se ven algunos que cumpliendo mandatos divinos, tienen tendencias á la automutilación lo que exige su internación para protegerlos contra ellos mismos.

La *clinoterapia* presta grandes servicios en el tratamiento de los diversos delirios, siendo los melancólicos ansiasos y los maniacos los que más provecho sacan de ella.

Aparte de la influencia benefica que tiene sobre la agitación, sobre el metabolismo orgánico, sobre la respiración, circulación, etc., permite la vigilancia continua de los enfermos especialmentes de los hipocondriacos, propensos siempre á sustentar ideas suicidas ó de automutilación.

Los beneficios que este tratamiento reporta son más acentuados en los estados delirantes agudos que en los crónicos, en los que su acción es poco acentuada.

Serieux que se ha preocupado mucho de la clinoterapia, ha sintetizado en la fórmula siguiente las indicaciones del "alitement."

"En los casos de surmenage cerebral, por funcionamiento exagerado de las zonas motrices (estados maniacos), sensitivos (estados melancólicos), sensoriales (estado alucinatorio), ó que su actividad haya disminuido de intensidad por la acción de un tóxico (confusión, catatonia), y en todos los casos en que es urgente dejar reposar el órgano fatigado á fin de permitir el retorno al estado normal de las mutaciones nutritivas del neurón."

La *psicoterapia* es un hermoso procedimiento de curación, cuya práctica convierte al médico en director moral del alienado. Los más beneficiados son los delirantes melancólicos.

El médico debe al intentar este tratamiento mostrarse en extremo afable y bondadoso con los enfermos, debe tratarlos como han dicho muchos autores "con su corazón y con su alma" y conduciéndose así, se hace presto acreedor á la confianza de los mismos, los que no titubearán en trasmitirle sus pensamientos extraviados, lográndose con ello, el poder combatir á estos con más probabilidades de exito, mediantes suaves consejos é insinuantes exhortaciones.

La acción de la psicoterapia es mucho más manifiesta en el período de declinación de la afección, pues como ha dicho Sange, "si en el período de acuidad de la enfermedad este tratamiento es á veces imposibles, no lo

es, en el período de declinación. Cuando la inteligencia comienza á funcionar, cuando se presentan las remisiones, es necsario activar las operaciones cerebrales."

Los confusos mentales también benefician de sus consecuencias.

La hidroterapia en sus diversas formas es un método curativo de vasta aplicación en las enfermedades mentales.

Las envolturas hidropáticas que consisten en envolver el cuerpo — en su totalidad ó tan solo en parte — del alienado con una sábana sumergida en agua fría, tienen propiedades sedantes notables, permitiendo combatir con exito los episodios ausiosos de los melancólicos y la excitación psico-motriz de los maníacos y de alguno sistematizados.

De tecnica sencillísima, su empleo escorriente en los manicomios, siendo raro como dice Magnan, que con su aplicación no se obtenga buenos resultados.

Los baños de inmersión fríos tienen una acción estimulante, tónica y diurética, especialmente indicados en los deprimidos. Los tibios á 33° ó á 34° poseen vrtud sedativa (excitades).

La duración de estos métodos hidroterápicos es variable, según el estado de ansiedad ó agitación.

La ducha fría ó caliente no debe prolongarse más de 3 á 5 minutos.

Tanto en las envolturas hidropáticas como en los baños de inmersión, no debe olvidarse nunca, de colocar

sobre la cabeza del enfermo una bolsa de hielo ó paños de agua fría y de dar á beber agua con frecuencia al alienado.

Los sedantes é hipnóticos químicos más usados son:

El hidrato cloral hasta 3 y 4 gramos diarios.

El bromuro de potasio á la dosis de 5 y 10 gramos.

La asociación de estos dos medicamentos se emplea corrientemente y según Magnan, produce resultados que no se obtienen con la administración por separado.

El sulfato de duboisina, en injecciones hipodérmicas. Dosis 0, gr. 001 á 1 1|2 miligramo.

Clorhidrato de hioscina 0. gr. 001 milígramo.

El extracto tebaico es un medicamento que brinda efectos hermosos calmantes. Mencionaremos un fenómeno que en varias ocasiones hemos observado en ciertos melancólicos ansiliosos, y es el siguiente: que la tranquilidad se lograba con una cantidad que oscilaba entre un límite máximo y otro mínimo, saliendo de los cuales la ansiedad aperecía de nuevo, mientras que por el contrario, la calma persistía si se dosificaba el opio entre esos límites.

La cantidad de extracto tebaico diaria es variable. Cuando se aumenta en dosis creciente es tolerado bastante bien por los enfermos, alcanzandos dosis exhorbitantes á veces.

El clorhidrato á morfina á la dosis de 0.01 y 0.02 centigramo es empleado en la agitación del melancólico ansioso, prefiriendo á este en los maniacos, la hioscina ó

duboisina, por no ser estos últimos congestionantes como aquel.

El veronal 0.75 centigramos es un buen hipnótico, lo mismo que la cloretona en cápsulas de 0.30 centigramo cada una, tres diarias.

El sulfonal y el trional son hipnóticos que deben desterrarse de la terapéutica del psiquiatra á menos de darle á dosis pequeña pero en este caso su acción hipnótica no se produce.

El tratamiento de la sitio fobía mediante la alimentación forzada, require cierta práctica con la que esta operación se efectua sin dificultad y sin peligro alguno.

CAPITULO V

Ideas de persecución sistematizadas — Ideas misticas — Insomnio Periodos de depresión psico - motriz, alternados con otros de exitación — Obcena en sus lenguajes — Mutismo periódico.

Datos tomados el día del ingreso (18 Febrero 1908— N. C., 23 años, argentina, soltera, católica, procedente de la Capital Federal.

Antecedentes hereditarios.—Madre de temperamento nervioso.

Antecedentes personales.—N. ha sido habitualmente de carácter bondadoso, de temperamento nervioso, susceptible é impresionable. Afecta á los teatros y paseos. Extremadamente cariñosa con los suyos. Posee regular instrucción.

Enfermedad actual.—Según la familia su comienzo se remonta al mes de Enero de 1907. Durante estos últimos meses ha estado deprimida, concentrada y retraída hasta el punto de aislarse completamente de sus padres y hermanos. Ha hecho abandono de sus ocupaciones domésticas y del estudio del piano, por el que tenía especial predilección.

La enfermedad que se ha iniciado lenta y progresivamente, se ha acentuado en estos últimos días, presentando actualmente la siguiente sintomatología:

Estado de depresión psico-motriz intensa. Mutismo. Temores infundados. Llantos inmotivados. Ideas delirantes de carácter persecutorio. Rehusa tomar alimentos por temor de ser intoxicada. Muy desconfiada. Insomnio

Ha tenido breves períodos de excitación psíquica, durante los cuales se torna irrascible y obcena en su lenguaje.

En estos cuatro días últimos ha exteriorizado ideas místicas. Bien orientada. Conserva su memoria anterograda y retrógrada ó retroactiva, así como sus sentimientos afectivos. No tiene conciencia de su estado.

Se presume que la causa determinante de su enfermedad sean disgustos de familia. Se ignora como se cumplen las funciones catameniales, la enferma ha tratado siempre de ocultarlo, negando datos al respecto á su propia madre.

Observación del Pabellón Charcot á cargo del Doctor . . José A. Estéves.

C.. 18 Febrero 1908.—Ingresa tranquila. Al intentar practicarle el examen somático, que sistemáticamente se hace en el servicio é insinuársele que se quitara sus ropas exteriores, no solamente no accede á ello, sino que comienza á protestar enérgicamente en voz alta de la pérfida acción de su padre, al traerla engañada y encerrarla en un hospital.

19 Febrero — No ha dormido durante la noche. Se consigue practicar su exámen físico, que no revela lesión orgánica alguna. Se niega á permanecer en cama, siendo necesario colocar dos asistentas á su lado para obligarla á ello, lo que es motivo de llantos y nuevas protestas de parte de la enferma. Baño sábana, 1 hora. Hipnóticos: Veronal 0.75 ctgs.

29 Febrero—Llora con frecuencia. Exterioriza su indignación por el proceder de su padre que sin previa autorización de la madre, se ha permitido internarla en un manicomia. Bien orientada. Se muestra pesarosa por temer "que á sus padres ó hermanos les haya acaecido alguna desgracia". Pregunta con mucha insistencia por la salud de los suyos.

23 Febrero—En la fecha es visitada por un distinguido facultativo que le había prestado asistencia médica antes de ingresar al servicio, á quien apostrofa de haber abusado de su debilidad de mujer, en ausencia de sus

padres, para perpetrar sobre su persona, actos criminales debido á los que ha quedado deshonrada. Breves instantes más tarde se apacigua la explosión de cólera que provocara la presencia del mencionado médico y cambiando de actitud, se torna suplicante y le insinúa la posibilidad de su perdón, sí como se lo pedía, borraba con un hecho noble su bajo é indigno proceder para con ella; olvidaría cuanto había pasado entre ambos, con tal que la restituyera al seno de su familia.

Todas estas manifestaciones las hace empleando frases que pronuncia en tonos variados. Gemebundos, traduciendo íntimo dolor y cuando parece inevitable su resolución en llanto se los ve trocarse en otros intensos y altaneros, expresando el desdén y la resignación con que sobrellevará los males de que la hagan víctima.

28 Febrero.—Continúa con sus quejas y lamentaciones, protestando en la fecha por habérsela suministrado medicamentos que, "la *hacen dormir y es criminal aplicarle electricidad durante el sueño*". Ha manifestado sus temores de que médicos y practicantes hagan daño á los miembros de su familia. Al interrogarla respecto del por qué de estos señores, nos dice que como se comete un acto delictuoso al tenerla encarcelada en el pabellón, se intenta hacerlos desaparecer, para que no se presenten á las autoridades correspondientes en demanda de justicia. Ruega, adoptando actitudes imploradoras, que se respete la vida de sus padres y hermanos y no se les haga daño de ninguna especie.

2 Marzo.—La curva de sueño tiende á regularizarse. Se alimenta bien. Las funciones menstruales se han cumplido.

2 Abril.—Se excita M. cuando el médico ó practicantes se acercan á su cama y les ordena entonces con acento imperioso que se alejen y á gritos los acusa de ser los asesinos de sus hermanos. Alucinaciones auditivas; ha oído la voz de los practicantes que ordenaban le suministrasen venenos para hacerla dormir, y aprovecharse luego de su cuerpo indefenso. También ha oído que la hermana de servicio, ha mandado que asesinen á uno de sus hermanos.

4 Abril.—M. continúa excitada. Al penetrar el practicante en su habitación le manifiesta sus deseos de que se retire si no le trae noticias de los suyos.

5 Mayo.—Continúa alucinada: ha llegado hasta ella, la voz de uno de sus hermanos. Trata despectivamente á los practicantes y les pide no se acerquen á su cama.

19 Mayo.—En la fecha se le permite vea á su padre, á quien pide insistentemente la lleve á su casa y al ver que éste, en su presencia comunica al señor Director sus deseos de que dé su opinión al respecto y que esta opinión contraría sus anhelos de egresar del establecimiento, se dirige al último y le pregunta en tono airado y amenazador "¿qué clase de veneno ha dado á tomar á mi padre, para que se haya trastornado, pues dudo de que goce de su razón desde el momento en que se deja influenciar por Vd.?" y bordando luego un razonamiento

paralógico al rededor de una premisa falsa, como lo es la de que ella no padece afección mental alguna, llega á la conclusión de que su permanencia en el hospital es indebida y hasta criminal, exigiendo en consecuencia que se le devuelva su libertad. Después de retirarse el padre, prorrumpe en llanto el que dura media hora, quedando después tranquila.

10 Junio—M. al observar que preparan lo necesario para practicar una alimentación forzada, pregunta con insistencia si es á su padre á quien se le iba á dar el alimento en esa forma, y no se tranquiliza hasta que no se cerciora personalmente en quien se efectuaba tal operación.

11 Octubre.—Persiste sistematizado el delirio de esta enferma. Ha sido visitada en diversas ocasiones por su padre, en presencia del que se excita siempre, pidiéndole que la saque del establecimiento. Durante estos períodos de excitación, se torna sumamente obcena en su lenguaje.

Persiste su adversión á médicos y practicantes. Se alimenta suficientemente. Sueño normal.

12 Octubre.—Manifiesta al padre que en el pabellón se la hace víctima de ultrajes á su pudor, obligándosela á despojarse de sus ropas, quedando completamente desnuda. Se permite también la entrada á su habitación "a hombres que le faltan al respecto que ella merece, intentando cometer sobre su cuerpo actos inmorales".

15 Octubre.—En la fecha la Dirección le otorga una salida de paseo por ocho días, egresando en el mismo estado que el que presentaba el día de su ingreso al establecimiento.

28 Octubre.—La enferma es considerada dada de alta definitivamente, por no haber sido restituída al hospital en la fecha fijada por la Dirección.

Tratamiento: Baños sábana. Baños de inmersión. Psicoterapia. Vigilancia. Hipnóticos: alternados, cloretona 0.90 ctgrms., veronal 0.75 ctgrms. y bromuros y cloral. Clinoterapia.

II

Insomnio - Misticismo acentuado - Ideas de grandeza - Cree ser enviada por Dios, para redimir al mundo - Alucinaciones visuales y auditivas - Mandatos imperativos divinos - Destructora.

Datos tomados el día de su ingreso (29 Marzo 1900).—A. D., 58 años, soltera, francesa, procedente de la Capital Federal. Se ocupaba de los quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A. ha sido una persona de hábitos de trabajo, de carácter jovial y afable, siendo sumamente cariñosa con los suyos.

Tuvo su primer ataque hace cinco años, habiendo sido internada en este hospital y egresando á los nueve meses

algo mejorada á pedido de su familia. La remisión duró dos meses, presentándose nuevamente sus síntomas mentales, que persistieron por espacio de cinco meses, al termino de los cuales se inició una segunda remisión, que se prolonga hasta hace mes y medio.

Actualmente su estado mental se caracteriza por: Insomnio. Habla sola. Logorreica. Ideas religiosas acentuadas. Destructora, rompe sus ropas. El día 27 de Marzo ppdo. habiendo quedado sola en su casa, destruyó muebles, espejos, baterías de cocina, etc., cumpliendo según propias manifestaciones, un mandato emanado de Dios, para salvar de la molicie y corrupción terrenal á sus semejantes, que guiados por el Demonio, siguen una senda extraviada".

Se alimenta bien. Se presume que la causa determinante de su enfermedad sean disgustos motivados por el abandono de su amante.

Las funciones digestivas se cumplen con regularidad. Menopausa.

Observación del Pabellón Charcot á cargo del Doctor José A. Esteves.

Mayo 30 de 1906.—Ingresa tranquila. Examen somático negativo. Peso ks 76.5. Análisis de orina; elementos anormales: rastros de albúmina, poca urobilina, pus, filamentos de mucus y hematies bien conservadas.

17 Junio—Continúa tranquila. Curva de suño es muy regular. Digestión normal. Alimentación suficiente. Mis-

ticismo acentuado. Como se le ofreciera en la fecha dulces, los rechaza manifestando que había hecho una promesa al Señor, de no ingirir sustancia azucarada alguna, durante cuatro meses. Cuando se le dirige alguna pregunta, queda por unos instantes en actitud de meditación y pronuncia algunas palabras en voz sumamente bajas, respondiendo luego. Concepciones delirantes absurdas é incoherentes. Se niega á sentarse en un sillón que hay en su habitación, porque si lo hace, "será transportada velozmente á Francia".

25 Junio.—Muy alucinada. Nos refiere que Dios se le apersonó bajo la forma de una luz y que le pidió comunicara á sus semejantes, que ella era su esposa hacía cinco años y los exhortara al mismo tiempo á que fuesen buenos y caritativos. También Dios se dignó hacerla protagonista de un acto milagroso, pues, habiendo tomado un fragmento de género blanco, este se transformó en sus manos en jabón virtuoso con el que consiguió lavar mucha ropa. Al concluir el trabajo observó con sorpresa, que el agua empleada en el lavado, que había perdido su limpidez, la adquirió nuevamente, tornándose cristalina.

14 Julio.—Se queja de que durante la noche se le ha aplicado hipnotismo, rogándole al Sr. Director no se repita tal operación, que le causa dolores en la cabeza y en la nuca. Duerme bien.

10 Agosto.—Se niega á hablar con determinadas personas del pabellón.

20 Septiembre.—En momentos en que una asistenta efectuaba la limpieza del piso de la galería, se levanta las polleras, se sienta sobre el suelo mojado y en esta forma se arrastró cierto trecho para empaparse bien, según dice, cumpiiendo así un mandato divino. Por la noche, se presenta en el salón de recreo, sube á una silla y convirtiéndola en púlpito, comienza á perorar, manifestando á las demás enfermas que era enviada de Dios, el que le había confiado la misión de convertirlas.

27 Octubre—Dos días hace que se alimenta deficientemente. En el día de hoy se ha negado en absoluto á ingerir cuanto se le ha ofrecido. Esta negativa obedece á órdenes recibidas de Dios, que la obliga á permanecer veinte días sin comer, no debiendo tampoco en este lapso de tiempo sacarse sus ropas. Se le atemorizó con la sonda para ver si se lograba que se alimentase por sí sola, con resultado negativo venciendo con dificultad, la tenaz oposición se consiguió hacerlo. Al terminarse la operación, nos dice que esta nueva tortura la acepta con indiferencia en obsequio á su misión divina.

1 Noviembre.—Se alimenta expontáneamente.

10 Noviembre.—Vuelve á su estado sitiofobico. Al presentarse el practicante en su habitación, se dirige hacia él y en tono airado le dice "yo no he comido nada, pero si Vd. quiere darme de comer con sonda yo estoy dispuesta á ello, pero no me mande los alimentos á mi

pieza, porque los voy á arrojar por la ventana al jardín".

14 Noviembre.—Destruye dos sillas golpeándolas contra el piso y contra los hierros de la cama, procediendo en esa forma por orden de Dios. Es necesario colocarla en un aislamiento. Se pasea continuamente de un extremo á otro de la habitación, pronunciando palabras en voz baja. Cuando se le dirige alguna pregunta, no responde.

17 Diciembre. — Concepciones delirantes á base de alucinaciones. Ha contemplado á Dios en persona, quien le hizo presente que era indispensable que desapareciera de este pabellón el 5 de Marzo próximo. Tiene la idea fija de que el Director del establecimiento la ha hipnotizado.

Marzo 15 de 1907.—Tranquila. Curva de sueño normal.

4 Junio de 1907.—Se desnuda completamente y permanece así en un rincón de su habitación. Cuando alguna persona entra en ella, llora y presa de desesperación por tenerse que presentar con el cuerpo descubierto, manifiesta que obediente á las órdenes divinas, tiene que estar durante tres días consecutivos en esa forma. Se hace necesario aislarla nuevamente dado que se pasea desnuda por la galería, oponiéndose enérgicamente á que la vistan. Ingiere tan solo determinados alimentos.

12 Septiembre 1907.—Persiste su estado delirante. Mandatos imperativos de orden místico. Con frecuencia permanece dos ó tres días sin probar alimentos. Otras veces queda noche y día sin acostarse.

20 Diciembre. — Tranquila. Alucinada. Sentimientos afectivos conservados. Bien orientada.

25 Marzo 1908—Emotividad mórbida. Habiéndola visitado uno de sus hijos cierto día, fuera de los reglamentarios, prorrumpe en llanto al verlo y lo besa efusivamente. Alimentación regular. Curva de sueño normal.

20 Septiembre.—No ha experimentado variación alguna el estado mental de esta enferma.

8 Octubre.—Enferma poco sociable. Se encierra en su habitación no saliendo sino para ir al comedor. Se queja de que con frecuencia algunas enfermas la hacen objeto de mofa.

Marzo 12 de 1909.—En el mismo estado.

Aun en asistencia.

Tratamiento:—Clinoterapia periódicamente Baños de inmersión. Vigilancia. Hipnóticos: bromuros y cloral alternados con Veronal 0.75 ctgrms. Alimentación forzada durante los períodos sitiofóbicos.

III

Ideas hipocondriacas y de antoculpabilidad - Ansiedad extrema - Temores infundados - Negativismo - Prurito anogenital - Padece de colitis muco - Membracosa - Hernia ingenial izquierda.

Datos tomados el día del ingreso—8 Marzo 1907.

F. S. M., 55 años, argentina, soltera, procedente de la Capital Federal. Católica. Rentista.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—F. ha sido una persona de temperamento nervioso y de buen carácter. Hacendosa. Regular instrucción.

Enfermedad actual.—Hace un mes y medio que comienza con la siguiente sintomatología. Excitación psi-

co-motriz. Temores infundados. Disminución del sentimiento del pudor. Ideas hipocondriacas. Prurito ano-genital. Insomnio. Inapetencia. Conserva su memoria. Esfera afectiva intacta. Le es indiferente el aislamiento ó la sociedad.

1er. ataque—Padece de colitis muco membranosa y hemorroidea. Alternativas de constipación y diarrea. Menopausa.

Observación del Pabellón Charcot á cargo actualmente del doctor José A. Esteves.

13 Mayo 1907.—F. ingresa al servicio extremadamente ansiosa. Cuando alguien se acerca á su lecho se baja de él, se arrodilla y en actitud suplicante, pide la salven, "se ahoga por falta de aire". Pérdida del sentimiento del pudor. Pide también que no se la castigue, por las muchas faltas que ha cometido. Peso 45 ks.

23 Mayo.—Continúa muy ansiosa, siendo de observarse que esta ansiedad aumenta cuando ve que se la está mirando. Concepciones delirantes de naturaleza hipocondriaca. Ruega al médico del servicio la examine por "tener deshechos por completo su vientre, garganta, corazón, piernas, órganos genitales, etc." Se alimenta deficientemente. Engaña á las enfermeras que la cuidan, diciéndoles que ha ingerido los alimentos, los que esconde muy discretamente y luego arroja por la ventana cuando nadie la vigila. Idéntico procedimiento usa con las orinas y las materias fecales. Se le prescribe trata-

miento apropiado para el tratamiento de su colitis (1). régimen alimenticio, enemas durante los períodos de constipación. Magnesia, talco, bicarbonato sodio al interior. En las deposiciones se encuentran abundantes membranas. Cuando las materias fecales son duras las deshace para hacer creer, según propia manifestación, que está muy descompuesta de vientre. Curva de sueño muy irregular. Baños de sábana 2 horas. Baño asiento 1|2 hora. Hipnóticos.

17 Abril.—Muy ansiosa. Trata de salir de su habitación continuamente. Manifiesta "que en el pabellón han preparado un recipiente con aceite hirviendo, del que le darán á beber para hacerla sucumbir".

26 Abril. — Alucinaciones del olfato; siente olores nauseabundos. Alucinaciones visuales: ha estado presenciando la construcción de un altar en el pabellón, por delante del cual harán desfilar á toda persona condenada á suplicios. Teme que la hagan sumergir en una bañadera con agua caliente. Ideas de damnación: se muestra pesarosa debido "al castigo que Dios la hará sufrir, por los pecados cometidos en su infancia, en que unas malas sirvientas la acostumbraban á manosearse los órganos genitales". Estas manipulaciones la deshonraron y para que se confirmen sus aseveraciones se levanta el camisón y pide se la examine.

---

(1) Via rectal borato sodio.

14 Mayo.—Ideas hipocondriacas. Desciende de su cama y camina inclinada simulando dolores abdominales y pronunciando las siguientes palabras: "Ya no hay remedio, ya está muy avanzado el mal canceroso que padezco".

5 Julio.—Persiste su ansiedad. Se le ha administrado extracto tebaico en dosis progresivas (0.03 centígramos cada día) llegando hasta 1.06 gms. en veinticuatro horas.

16 Julio. — Mucho más tranquila. Exterioriza sus ideas de auto culpabilidad, pero no en la forma ruidosa en que lo hacía anteriormente.

13 Agosto. — Después de haber mantenido la dosis más arriba indicada hasta la fecha, se comienza á disminuirla, en forma decreciente 0.03 centgs. por día.

18 Agosto. — Apenas disminuida la cantidad de extracto de opio á 0.80 centigramos, vuelve á su agitación anterior, por lo que resuelve aumentarla de nuevo.

30 Septiembre. — Ansiosa siempre. Dado la gran cantidad de opio ingerida y en vista de que esta ansiedad no cede, se resuelve suprimirselo pauatinamente. En tono amistoso nos refiere que no ha cumplido el 6° mandamiento y que lo ha infringido con sus propias manos.

26 Diciembre. — Continua en el mismo estado de ansiedad. Baños sábana.

28 Enero 1908. — Sueño deficiente. Alimentación regular. Hipnóticos: veronal 0.75 centígramos.

30 Mayo. — F. continua presentando accesos paroxísticos de ansiedad, causada por sus ideas de autoculpabilidad. Se levanta continuamente del lecho, se hinca, junta sus manos en actitud imploradora, pidiendo se le conceda perdón por sus númerosas faltas y pecados. "Soy una mujer impura que he cometido actos atentatorios á la moral". Estas palabras las repite insistentemente.

Practicado en la fecha un examen físico, se le descubre una hernia inguinal izquierda.

22 Junio. — Tranquila cuando está sola; se exicita en cuanto vé á algún médico ó practicante, á los que se dirige con los brazos abiertos é intenta abrazarlos refiriéndoles llena de angustia, sus dolores morales.

8 Octubre. — Ha sido visitada por sus hermanas en varias ocasiones, conduciéndose en presencia de ellas, en la misma forma que con el personal técnico.

15 Enero 1909—El estado mental de F. no ha sufrido variación alguna. Camina sin cesar por su habitación, lamentándose del estado de su organismo.

4 Febrero. — En la fecha ha tenido un largo período de tranquilidad, durante el que habló calmosamente con una de las Hermanas de Caridad del servicio. Recordó con cariño á los miembros de su familia, á quienes quiere ver, deseando saber si los suyos se preocupan de su

salud. De súbito prorrumpe en llanto y dice "A mi me querían mucho, pero como soy muy mala es justo que se nieguen á visitarme. Yo lo merezgo".

15 Febrero 1909. — Siempre ansiosa. Exterioriza tendencias al suicidio. Manifiesta al practicante que desea arrojarse bajo las ruedas del tren, para quedar destrozada. Debe morir, pues por su culpa, "no llueve y los campos se están secando, muriéndose de hambre la hacienda de su hermano."

Negativismo: no respira, todos los poros de su piel están cerrados, no tiene corazón y para que se convenzan de que esto es cierto, pide á los que la rodean le tomen el pulso. Pulsada la radial derecha, hicimos que la enferma con su mano izquierda tuviera la percepción tactil de las expansiones arteriales, diciéndonos entonces "efectivamente tengo todavía pulso, pero es muy poco, se va extinguiendo."

Cuando se le llama la atención sobre los movimientos toráxicos, reconoce que respira y añade que no es su cuerpo sino el aire es el viciado. Se queja de que se "la considere una loca, siendo como es, una persona normal."

10 Marzo. — Persisten en todo su apogeo las pertubaciones mentales de F. Buen estado de nutrición. Curva de sueño irregular. Continua en asistencia.

Pronóstico: grave en cuanto á la curabilidad de su psicosis.

Tratamiento:

Baños sábanas de dos y tres horas de duración diarios. Extracto opio temporalmente. Hipnóticos: veronal, cloretona, bromuro y cloral. Clinoterapia. Psicoterapia.

IV.

Ideas eróticas acentuadas - Ideas de persecución no sistematizadas - Tendencias al suicidio: varias tentativas - Llantos inmotivados - Mutismo y sitiofobia periódica.

Datos tomados el día del ingreso — 20 Enero 1906.

E. D., 30 años, argentina, soltera, católica, procedente de la Capital Federal. Instruída.

Antecedentes hereditarios: Familia de neurópatas.

Antecedentes personales: E. ha sido una niña de carácter bondadosa, afectuosa con los suyos, apasionada por el estudio de la música. Se ocupaba de los quehaceres domésticos. No ha abusado de bebidas alcoholicas.

Enfermedad actual. Hace dos años proximamente que ha comenzado su afección mental, la que se ha caracterizado por: Cambio brusco de caracter. Irascibili-

dad. Pérdida de la afectividad. Ideas de persecución. Tendencias al suicio. Mutismo. Sitiofobia. Períodos breves de excitación. 1er. ataque. Se queja con suma frecuencia de que una de sus hermanas le ha robado su novio. Prefiere la soledad. Ha intentado suicidarse, pegando fuego á sus vestidos. Constipada. Las funciones meustruales se cumplen regularmente.

Observación del Pabellón Charcot á cargo en la actualidad del Dr. José A. Esteves.

27 Enero 1906. — Ingresa tranquila al servicio. Estado de nutrición deficiente. Peso 43.8 ks. Examen somático negativo.

15 Junio.—Curva de sueño regular, sin tomar hipnóticos. Tiene conciencia de su enfermedad. Memoria auterógrada y retrogada conservada. Coherente en su lenguaje y en sus actos. Se ocupa en labores de costura y bordados. Enferma sociable. Ideas eróticas, que solo exterioriza ante sus más intimas compañeras y con mucha discreción. Por la mañana se acerca cautelosamente al consultorio y arroja sobre el escritorio una carta dirigida al practicante, á quien manifiesta por su intermedio la pasión que por él siente, lamentándose asimismo de que su padre en complicidad con un joven que la había festejado, hubiera permitido que este atentara contra su honor. Aborrece á varias personas de su familia, negándose á recibirlas cuando la visitan.

15 Octubre. Llora durante casi todo el día por el hecho de que el practicante no concurrió al servicio, quejándose de que este no la saluda y dirige miradas más expresivas á su compañera de habitación. Debido á los celos que por esta siente se hace necesario separarlas.

8 Noviembre. — Muy delirante, concentrada, meditabunda. Llora porque creee que el practicante ha contraído matrimonio con otra enferma. Escribe una carta al Sr. Director manifestándole sus deseos de salir del pabellón, é ir á reunirse con su madre á cuyo lado quiere terminar sus dias.

30 Junio 1907. — Alimentación deficiente. Ha abandonado sus labores. Se niega á salir de su habitación, permaneciendo la mayor parte del día con la mirada clavada en el suelo.

16 Julio. — Alucinaciones visuales y auditivas. Ha oído la voz de una persona que pronunciaba las siguientes palabras "ahora la vamos á matar", sostiene así mismo, haber visto su alta escrita en manos del practicante.

12 Agosto. — Tendencias á la fuga, que pone en práctica en dos ocasiones, no logrando su objeto debido á la intervención de dos enfermeras. Sitiofóbica, es menester alimentarla á sonda. Permanece en cama enteramente cubierta con las frazadas, oponiéndose energicamente á que se la descubra.

23 Octubre. — El día 21 consigue fugarse del pabellón, pasando á través de una de las rejas del comedor

y se dirige hacia la secretaría del hospital, en busca de su padre, para pedirle que la saque del establecimiento. Cuando se la alimenta con sonda se resiste mucho.

2 Enero 1908.—La sitiofobia parcial ha desaparecido. Abandono de su persona, descuida totalmente su toilet. Pide con insistencia que la lleven á su casa por hallarse perfectamente bien de su cabeza.

La predilección amorosa de que era objeto el practicante, se ha trocado en odio intenso. Cuando este se acerca á hablarla, hace una mueca despectiva y se aleja.

16 Enero. — Interrogado por el médico jefe del servicio respecto de su actitud para con el personal del Pabellón, le manifiesta claramente su antipatía hacia las Hermanas de Caridad. Al mostrársele la carta que en el mes de Junio 1906 había dirigido al practicante, prorrumpe con llanto, preguntando después á que obedecía el que se le presentasen sus escritos.

26 Febrero. — E. sale en la fecha de paseo en el carruaje de la casa, conduciéndose bien durante el mismo. Duerme bien.

15 Marzo. — Interpela al practicante para que le dé satisfacciones sobre su proceder, pues ha sabido que visita su casa en carácter de novio de una de sus primas.

30 Abril. En la fecha E. refiere confidencialmente á otra enferma sus deseos de tener á manos un veneno para ingerirlo. Alimentación deficiente, es necesario ate-

morizarla con la sonda para que lo haga. Se queda en cama cubriéndose con las frazadas.

15 Septiembre—E. se ha negado varios jueves á recibir á sus visitas, diciendo que si no se la llevaba á su casa, no vería á ningun miembro de su familia. Trabaja poco.

8 Octubre. Recibe á su madre á quien pide la saque del establecimiento en medio de sus llantos. Descuida su higiene personal: se niega á cortarse el vello abundante de su rostro. Duerme y come bien.

15 Enero 1909. — Desde la fecha de la última anotación en el estado mental de E. se han notado alternativas. Períodos en que trabaja y es docil, mientras que en otros está concentrada, no responde cuando se la habla, se cubre su rostro con las manos y no se ocupa en las labores.

13 Febrero. — Se niega á ver á una prima, manifestando que esta anda en amorios con el practicante.

15 Marzo. — El estado mental de E. no ha experimentado variación alguna.

Continua en tratamiento.

Tratamiento:

Clinoterapia. Baños higiene. Psicoterapía. Trabajos manuales para distraerla en sus períodos buenos. Hipnoticos. Alimentación forzada durante los períodos sitiofóbicos.

V.

Delirio sistematizado, forma ambiciosa - Celos infundados - Agresiva - Alucinaciones visuales y auditivas - Ideas de persecución y misticas no sistematizadas.

Datos tomados el día de su ingreso—21 de Septiembre 1906.

R. N. de C., 36 años, casada, italiana, católica. Se ocupa en los quehaceres domésticos. Sabe leer y escribir No ha abusado de bebidas alcoholicas.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: De caracter habitual enérgica. Afecta á los paseos y diversiones.

Enfermedad actual. El primer ataque se remonta al año 1903, en que presentó como síntoma predominante,

una fuerte excitación psico-motriz, que persistió durante tres meses consecutivos, al término de los cuales, se inició una remisión no muy franca, pues de vez en cuando, se tornaba irascible llegando hasta la agresión.

Este segundo ataque comenzó hace 6 días, bajo la forma de un estado maniaco, con ideas delirantes de persecución, místicas y de grandeza. Violenta y agresiva. Se alimenta bien. Insomnio. Evacuaciones regulares. Funciones catameniales normales.

Observación del Pabellón Charcot á cargo del doctor Manuel T. Podestá.

22 Septiembre 1906. — En la fecha ingresa al servicio tranquila, pero excitable y emotiva. Manifiesta no querer á su esposo; por haberse este portado incorrectamente con ella. Protesta contra él, por haberla traido al hospital. Se le conforma facilmente con la promesa de que pronto se le podrá complacer, pues se le dice, que está nerviosa y que en pocos días más estará completamente restablecida.

Refiere el esposo que R. ha sido muy afecta á consultar adivinas y charlatanes espiritistas, uno de lo que le había entregado un amuleto para defenderse de las mujeres, con las cuales le hacían ver que su marido tenía relaciones. Una de estas brujas le hizo creer que en su propia casa había una mujer, con la cual su marido mantenía relaciones amorosas y que dicha persona sería la primera que se le presentase al volver á ella. Sugestio-

nada con esta advertencia, vuelve á su domicilio y encontrándose de pronto con la sirvienta, interpreta el aviso de la divina, se exita y le arroja una maceta á la cabeza, felizmente sin herirla.

Como se le hiciese ver varias piezas de ropa interior traidas por su familia, se rehusa á aceptarlas, protestando de que eran usadas. No fué posible convencerla de que eran nuevas y sin uso á pesar de mostrarle la etiqueta de la tienda donde habían sido adquiridas. Manifiesta que esa ropa había servido para otra mujer, que debe estar en su casa. Se niega á tomar sus alimentos en el comedor.

24 Octubre. — Pide con insistencia que se la cambie de dormitorio porque, "las demás enfermas que se encuentran en su habitación no son casadas."

26 Noviembre. — Ideas megalómanas. Pregunta cual será el día en que se le permita salir, porque debe tomar posesión de la casa de gobierno, desde el momento que le pertenece por ser la reina de la R. Argentina. Esta exaltación á tan alta gerarquía le había sido comunicada por Jesucristo por intermedio de un niño y de sacerdote. Durante su estadia en el pabellón vecino había ganado muchos millones.

1 Diciembre. — Persiste en estado delirante. Nombrará herederas á la corona á sus hijas. Insiste que en su casa hay otra mujer que vive con su esposo.

5 Diciembre. — Manifiesta sus temores de que se pretenda engañarla, deteniéndola en el pabellón, para ofrecerle el reinado á otra enferma, pero que no lo conseguirán porque si ella falta, están sus hijas que son las verdaderas herederas.

17 Diciembre.—Amenaza con la prisión al Director y á todos los que le impidan recibir el dinero que ganó el día que ingresó al hospital. Se alimenta bien.

28 Diciembre. — Muy delirante. Trata de asesinos á los que dirigen el hospital. Curva de sueño normal. Bien orientada.

15 Enero 1907. — R. rehusa alimentarse en cantidad suficiente. Turbulenta, violenta y destructora. Desgarró sus ropas, arroja los colchones al suelo, dió vuelta la cama ,etc.

20 Enero. — Ante la insistencia del esposo se permite que se entreviste con la enferma, lo que provoca un estado de gran excitación. Se torna sitiofóbica.

14 Marzo. Es visitada por el esposo nuevamente pero permanece tranquila. Come bien.

11 Abril. — Con motivo de otra visita del esposo se excita mucho y se torna bulliciosa. Fué difícil separarla de su esposo.

3 Junio. — Se queja de que las enfermeras de otro pabellón intentara ultimarla dentro de una bañadera, lo

que le consta por haber oido á una de ella, que decía, que era necesario matarla para robarle la fortuna.

20 Julio. — Agresiva. En la fecha golpea con un cepillo de lavar pisos á otra enferma produciéndole un traumatismo en la mano, un segundo en la región supraciliar, y un tercero en una pierna. Como intervinieron varias enfermeras, comenza á protestar, por no haberla dejado continuar golpeándola.

15 Agosto. — Sostiene que todas las personas son hijos de ella, á todos los que se acercan á hablarle, les dice "figlio mio."

23 Diciembre 1907. — El esposo resuelve llevarla contra la voluntad de la Dirección. Egresa sin mejoría alguna.

Tratamiento: Aislamiento. Clinoterapia. Psicoterapia. Baños de inmersión de dos horas duración. Hipnoticos.

EUDOXIO GANDOLFO

Buenos Aires, Marzo 16 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. José M. Ramos Mejia al Profesor Titular Dr. Domingo Cabred y al Profesor Suplente Dr. B. T. Solari para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente Tesis, según lo establecido en el art. 4 de la Ordenanza sobre Exámenes.

E. CANTON
R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 20 de 1909

Habiendo la comisión precedente, aconsejado la aceptación de la presente tesis, segun consta en el acta N. 1962 del libro respectivo, entreguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento del alcoholismo.

J. M. Ramos Mejia

II

¿Que importancia tiene la reeducación en la terapéutica.

D. Cabred

III

La degeneración en las razas de color.

B. T. Solari