AÑO 1909 Nº

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEMENCIA PRECOZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAUL SANCHEZ ELIA

BUENOS AIRES

TIP. DE REZZONICO HNOS. — RIVADAVIA 3799

1909

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.
Artículo 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

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
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. JACOBO DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

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

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia 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 Dermato. 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 Médica	» ALFREDO LANARI
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Bactereologia	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica . .	» ELISEO V. SEGURA
Patología exferna	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» M. HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Clínica Neurológica.	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica.	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos
Zoología general, anatomía y fisiología comparada.	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía. . . .	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada. .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada. . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonada	» JUAN A. BOERI
Física farmacèutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas. . .	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognósia y posología razonadas. . . . . ; .	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

PADRINO DE TESIS

Profesor Titular Doctor DOMINGO CABRED

A la memoria de mi madre

MARIA ELÍA DE SANCHEZ

y de mi hermana MENECA

A MI PADRE

A MIS HERMANOS

Señores consejeros:

Señores profesores:

He terminado la primera parte de mi jornada. Tal vez la más grata á las propias modalidades y á los anhelos del espíritu, porque es la que proporciona las satisfacciones más íntimas y profundas de la vida. Llego á la cima de los estudios universitarios, en la rama de la ciencia que abracé con todo el entusiasmo de mi predilección consagrándole las energías más frescas y y espontáneas de mi inteligencia.

En la modesta, pero empeñosa acción de mi vida estudiantil, he definido una orientación, anheloso de sacar consecuencias de mis observaciones personales en el Hospicio de las Mercedes, para reflejarlas y condensarlas en este trabajo que tengo el honor de presentar á vuestra consideración, en cumplimiento de lo prescripto por los reglamentos de la Facultad.

Al dejar las aulas, claustro sagrado, en don-

de tantas veces asomara el desaliento ante la perplejidad que me produjo la convicción de mi insuficiencia y las dificultades del problema que debía de resolver, quiero expresaros, queridos maestros, sinó con la brillantez de la frase, con la elocuencia de la sinceridad, toda la gratitud á que me mueven los beneficios que en el órden moral é intelectual me habéis hecho, ejemplarizando con la austeridad de vuestras vidas é iluminándome con las irradiaciones de vuestros talentos, traducidos en las sabias lecciones, cuyo recuerdo guardaré como uno de los timbres más gratos y honrosos de mi vida.

En esta hora, que marca un jalón, debo ceder sin limitaciones á las exigencias del espíritu y á los anhelos del corazón, y ellos me dictan la nota de agradecimiento que consigno á los Doctores Palma y Susini, por todas las distinciones de que me hicieron objeto durante mi internado en el Hospital San Roque; á mi eminente maestro de laboratorio el Doctor Jakob, por su sabia enseñanza y sus bondades y al profesor y amigo Doctor Cabred, que en todo momento me inculcó el amor al estudio, alentándome pára que obtuviera el título que hoy

me acompaña á recibir, y con el que me lanzo, soldado de la ciencia, con el ideal del bien como mi mayor anhelo en la difícil brega de la vida.

A todos, pues, el cordial y respetuoso saludo, con toda la significación de un homenaje.

CAPITULO I

DEMENCIA PRECOZ

Breve reseña histórica

Conocida desde hace mucho tiempo, esta psicosis ha sido mencionada y estudiada por varios autores. Pero es á Morel, que ya en 1857 habíala determinado con ese nombre, á quien se deben las mejores descripciones que de ella se conocen, así como la bibliografía más autorizada y buscada respecto á su complicada etiología.

Aunque descrita en Francia y bautizada, como hemos dicho, por Morel, el estudio de esta psicosis tiene evidentemente su raíz histórica en Alemania, pues recién después del Congreso de Bruselas puede decirse que los alienistas franceses toman una participación más activa en el estudio de esta entidad mórbida, como también de las diferentes formas con que se presenta á la clínica.

Débesele á Kalhbaum, el célebre psiquiatra, el nombre de una de las formas, la Hebefremia,

pero como cometiera el error de insertarla dentro del cuadro de las viejas clasificaciones á que no pertenecía, es al profesor Kræpelin á quien le corresponde la paternidad de su legítima determinación sintética.

Sin embargo, justo es reconocer que antes de Kræpelin, fueron numerosos los profesores que no aceptaron la concepción de Kalhbaum y que la clasificaron como una forma de la degeneración mental, sin mayores peculiaridades idiosincracicas (Fink, Shule, Sterz).

Después de éstas, surgen variadas y múltiples concepciones, cuya mención no interesa mayormente en razón de su poca consistencia. Llega por fin el año 1893, en el cual Kræpelin manifiesta sus ideas y aproxima la forma hebefremica á la catatoníca y agrega á ambas la paranoidea, considerándolas desde entónces, como diversas formas de una misma enfermedad: la demencia precoz.

Es como se ve á la escuela alemana y muy especialmente, dentro de ella, á Kræpelin, á quienes incumbe el mérito de haber hecho la síntesis legítima de ésta psicosis; de la que solo restaría objetable ante la crítica, el nombre, porque el

estado demencial es muchas veces discutible, y la precocidad, como se sabe, inconstante.

La historia de otra de sus formas, la catatónica, sufre análogas alternativas.

En 1874 descríbese con ese nombre una afección de evolución cíclica y cuyas principales manifestaciones consisten en trastornos del sistema motor. Caracteriza además á esta forma una alternación en la aparición de los trastornos psíquicos, lo que revisten diferentes aspectos, ya melancólicos, ya maníacos ó ya estuporosos.

Entrada asi al terreno de la psiquiatría, surgen sobre ella diversas concepciones. El año 1888 aparece un trabajo sobre la Catatonía de Chaslin y Seglas, los que analizan las diversas creencias vertidas por los autores hasta ese entónces, para concluir que hasta nueva colocación, la catatonia debe ser ubicada al lado del estupor simple, del que sería una variedad en relación con un terreno degenerativo, particularmente el hístérico.

Más tarde, Kræpelin la considera una forma de la demencia precoz y la une á la hebefremica y paranoidea; justifican esta unión, la aparición rápida en ellas de un estado persistente de debilidad intelectual.

Bosquejada así, á grandes rasgos. la reseña histórica de la Demencia Precoz, pasaremos á definirla con el profesor Serieux como: « una « psicosis caracterizada por una afección psíqui- « ca especial, de marcha progresiva, que se pre- « senta generalmente durante la adolescencia y « que en la mayoría de los casos termina por « el agotamiento de toda manifestación de la « actividad mental, sin comprometer nunca la « vida del enfermo».

En el análisis de esta definición vemos que se independiza el estado mental del general del sujeto, ó sea su desvinculación con las lesiones orgánicas que se observan en otras demencias y que comprometen la salud del mismo. Es esta demencia, á tipo de lesiones neuroepiteliales primitivas.

Podríamos agregar á esta definición, para que revista el carácter establecido, que, además de que su aparición se manifiesta en la adolescencia, es indispensable que en ella predominen, con carácter exclusivo, las lesiones neuroepiteliales. En efecto, puede un adolescente caer en el estado demencial á consecuencia de un traumatismo craneano, de una hemorragia, de una

lesion localizada (goma tuberculosa, etc.) siendo pués, en uno y otro caso, muy diferente la causa productora de la demencia.

CAPITULO II

Etiologia y Patogenia

Es este uno de los capítulos sobre el cual reina la mayor incertidumbre; primero, porque las opiniones de los autores distan mucho de llegar á conclusiones definidas, y segundo, por la poca semejanza existente entre los fundamentos que apoyan las diversas concepciones que de esta psicosis se tienen.

Dos opiniones dividen á los neurologistas en esta enfermedad, sobre, si se trata, de una afección de orígen constitucional ó de origen accidental.

La primera de estas, defendida por Ballet, se apoya en los elementos anatomopatológicos y clínicos, sin desconocer la gran influencia de la herencia nerviosa, como factor coadyugante, pero en cambio, considera como hipotética la acción de la autointoxicación.

La segunda, que la considera de orígen accidental, es defendida por los alemanes con Krœpelin á la cabeza, quien se inclina á consi-

derarla como una regresión progresiva que se opera en un cerebro insuficiente.

Ahora bien, ¿porqué un organísmo normalmente constituído, sin causa justificable, se detiene de golpe en su desarrollo y comienza á degenerar, cuando vemos, por el contrario, en la clínica, trastornos psiquicos desarrollarse en terrenos hereditariamente propicios y en los que la degeneración no se opera sinó en un largo lapso de tiempo? Debe llegarse, entónces, á pensar que se trata de lesiones ocultas preexistentes, en un terreno preparado de la corteza y cuyos agentes productores y proceso de formación nos son desconocidos.

Krœpelin se inclina á una autointoxicación, probablemente de orígen sexual, militando en favor de esta hipótesis el principio de la enfermedad, la influencia de la pubertad y la de los trastornos menstruales que acompañan casi siempre á su faz aguda.

Dide (Revue Neurologique) que examina experimentalmente la tesis anterior, no cree ligado el proceso productor á una autointoxicación de orígen sexual, apoyándose en los resultados de los exámenes sistemáticos de enfermos muertos

con esta afección y en los que, tanto en los hombres como las mujeres por él axaminados, la espermatogénesis y la ovulación eran normales.

Separado así de la hipótesis de Krœpelin, el maestro citado, dirige sus investigaciones hacia el aparato intestinal como factor productor de la autointoxicación, fundándose para ello en los trastornos clínicos de esa naturaleza que ha constatado en estos enfermos. Agrega Dide, que la frecuencia de los embarazos gástricos febriles y las enteritis crónicas que presentan los mismos, robustecen su teoría. Además, ha percibido alteraciones en el hígado, encontrando hipertrofia en este órgano, índice revelador de un surmenage funcional depurativo, originado por los productos tóxicos de orígen gastro-intestinal.

Para hallar la fuente productora de la antointoxicación, no encontramos razón alguna que dirija nuestra investigación hácia orígenes exteriores, como sería la lesion específica, causal de los trastornos mentales, desde que en el mismo sujeto encuentran dichos tóxicos su fuente de formación. En cuanto al papel del sujeto sano ó sufriendo las consecuencias de taras hereditarias, es importante hacer notar la resistencia de-

sigual que ofrece en uno y otro de los casos.

Apoyaremos esto, fundándonos en hechos ampliamente comprobados en Patología Interna. Hay sujetos que nacen con ciertas predisposiciones para sufrir con mayor facilidad que otros afecciones del hígado, del riñón, del pulmón etc., y es sabido que estos últimos, puestos en igualdad de condiciones, hubieran permanecido inmunes. Así es, en efecto, que se nace tuberculizable y no tuberculoso. Lo mismo sucedería en el terreno de la psiquiatra donde se nace con una aptitud mayor á la demencia, siendo en este caso el cerebro, el órgano menos resistente, susceptible, por tal causa, de ser más facilmente alterado, como en los otros casos serían el hígado, el riñón y el pulmón los órganos más vulnerables á una afección.

La demencia precoz, no sería una enfermedad constitucional, sinó meramente accidental y primaria, vale decir, que llegado el momento dé la aparición de estos autotóxicos (causa determinante) ellos actuarían sobre el órgano más predispuesto y menos apto para resistir la invasión (el cerebro en este caso) produciendo en consecuencia, un estado mórbido más ó menos profundo.

Réstanos citar, en el dominio de la patogenia, á ciertos autores que consideran que el agente principal en la génesis de la psícosis en cuestión, es la herencia, aduciendo que son numerosas las taras hereditarias existentes en estos enfermos y verdaderas excepciones los casos en que no existen.

Christian cree lo contrario y atribuye una acción esencial á las causas debilitantes accidentales, agrupadas y conocidas bajo el nombre de *surmenage*, considerando á la herencia como un factor secundario.

Estudiada rápida y brevemente la patogenia de esta afección, pasaremos á analizar ciertos factores etiológicos que han servido para fundar ciertas presunciones.

Frecuencia.

Según las estadísticas europeas y tomando del conjunto un término medio, podríamos decir que el 10 °/₀ de las admisiones de los asilos son de dementes precoces.

En la República Argentina y gracias al eficiente concurso del profesor doctor Domingo Cabred, que ha tenido la gentileza de facilitarme

los archivos del Hospicio de «Las Mercedes», hemos sacado la siguiente estadística que data de 10 años consecutivos:

AÑOS	Número de entrados	Número de dementes precoces	Tanto por ciento de dementes precoces en relación al núm. total de alienados	Curados	Mejorados
1899	740 alienados	2	0.27	1	1
1900	878 »	—	—	—	—
1901	855 »	16	1.88	2	1
1902	784 »	6	0.77	3	4
1903	905 »	19	2.01	6	21
1904	977 »	123	12.55	3	47
1905	1220 »	161	13.20	10	40
1906	1158 »	177	15.29	12	62
1907	1289 »	230	17.84	14	74
1908	1177 »	222	18.87	17	52
		956		68	302

Vemos pues, según nuestra estadística y tomando un termino medio de los porcentajes de cada año, que ella es más baja y que proporciona un coeficiente más favorable que la europea. En el cuadro observamos también el gran aumento de dementes precoces en los últimos años y lo elevado del porcentaje que en 1908 llega á un 18.87 % sobre el total de ingresados, marcando el máximun al respecto. Es tanto más digno de

tenerse en cuenta este dato, cuanto que si observamos qué el número total de ingresados es menor que el de otros años, llegaremos desgraciadamente á la conclusión de que esta psicosis aumenta de una manera manifiesta.

Edad.

Es considerable la influencia de este factor; vemos en las estadísticas de autores europeos, coincidir casi siempre el comienzo de la enfermedad con la época de la pubertad y adolescencia.

Krœpelin, sobre 296 casos, señala que en un 60 °/o la afección comienza antes de los 25 años.

Serieux, sobre 50 casos, anota el comienzo de la psicosis distribuyéndola en la forma siguiente:

De	15	á	20	años:	9 casos
»	20	»	25	»	14 »
»	25	»	30	»	12 »
»	30	»	35	»	7 »
»	35	»	40	»	8 »

Según nuestra estadística, en un 65 °/o, la afección comienza antes de los 25 años y en este sentido, como se vé, es bastante análoga á las europeas.

Sexo.

Escasa ó poco manifesta es la influencia de este factor y créese que sea la misma en ambos sexos, aunque parece que algunas formas tuviesen más predilección por uno de ellos.

Según Krœpelin la forma hebefrémica sería más frecuente en los hombres, predominando en la mujer las catatónicas y paranoideas.

Herencia.

Es importantísima la influencia de este factor y ya nos hemos ocupado, al hablar de la patogenia, del grado á que ella llega según los principales autores.

Krœpelin la hace partícipe en un 70 °/o de los casos y señala en un 20 °/o la existencia de accidentes neuropáticos.

La demencia precoz puede encontrarse en la misma familia, entre hermanos ó hermanas. Masselon cita el caso de dos hermanas y un hermano atacados los tres de esta afección.

Después de hecha esta lijera reseña de las causas predisponentes, citaremos algunas, ocasionales, si se nos permite la espresión.

Entre las varias que figuran, citaremos el onanismo, cuya manera de actuar se esplicaría en la forma siguiente: conocida es la secreción interna del testículo y los trastornos que su mal funcionamiento ocasiona, pues, exigido por tan deplorable práctica, el testículo estaría obligado á segregar más esteriormente, disminuyendo, en consecuencia, la secreción interna y sufriendo una modificación *cualitativa*, causante de alteraciones diversas.

En la actualidad, sin embargo, poco ó ningún valor se atribuye á esta causa ocasional.

Entre otros de los factores ocasionales citaremos el surmenage, las infecciones, las autointoxicaciónes, cuya manera de participar en el proceso las hemos ya enunciado en las líneas precedentes y sobre lo que no insistimos á fin de no incurrir en repeticiones.

CAPITULO III

Anatomía Patológica

Es este otro de los capítulos, todavia bastante problemático, en el que se requieren aún múltiples investigaciones de parte de los autores, pues, á decir verdad, hasta la fecha nada preciso se ha escrito, ni nada constante se ha manifestado sobre las lesiones que en esta psicosis existan. Veremos, siguiendo á los diversos autores, las alteraciones que ellos describen.

Pasaremos en revista, con Kahlbaum y Parchape, las alteraciones macroscópicas que estos autores han anotado, El primero de ellos, encuentra una atrofia en masa del órgano, existente sobre siete cerebros por él examinados, esplicándose esta atrofia por la retracción sufrida sobre los terrenos resblandecidos de las diversas partes del órgano. El segundo de los autores constata la atrofia de la region anterior del cerebro y encuentra destruídas un número considerable de células.

Continuando ahora con el estudio de la his-

tología patológica, veremos que sobre esta parte han escrito mucho más los neuropatologístas. Se señala por Alzheimer la tumefacción de los núcleos celulares, con plegamiento de la membrana, y vénse tambien—dice dicho autor—cuerpos celulares retraídos en vías de franca destrucción.

Al lado de estas alteraciones celulares ha constatado además la neoformación de fibrillas en la neuroglia, sobre todo en la parte pericelular. Parece que las capas profundas sufren con mayor intensidad el proceso destructivo.

No se constataron alteraciones en las fibras mielinicas ni en *los vasos.*

Nissl ha descrito modificaciones profundas de las células, encontrándo como Parchape, gran número de ellas destruídas. Ha constatado también en la corteza, gruesos núcleos de neuroglia rodeando, en unos casos, las células enfermas é invadiendolas, en otros.

En las capas profundas observáronse grandes y numerosas células de la neuroglia en vías de sufrir un proceso regresivo. En las pequeñas células piramidales de la corteza cerebral, se ha señalado la atrofia y la disminución en su nú-

mero, aunque estas alteraciones no tengan un valor positivo fundado.

Gonzáles señala también la atrofia general de las distintas células de la corteza, como también la atrofia de las células de la protuberancia, bulbo y médula.

Tales son, descritas á grandes rasgos, las lesiones anatomopatológicas del sistema nervioso que señalan los autores y, como se vé y lo dijimos al principio, trátase de un capítulo en el que es muchísimo más lo que hay que edificar que lo edificado.

Del lado de otros aparatos se han descrito también diversas lesiones, pero su existencia, inconstante por una parte, y el encontrarse en otras afecciones por la otra, hace que estas lesiones tengan á nuestro criterio poquísimo valor, razon por la cual omitimos su descripción.

Contribuiremos al estudio anatomopatológico del sistema nervioso con un trabajo, que merced á la bondad que caracteriza al Doctor Jakob, gefe del laboratorio de psiquiatria, hemos resuelto publicar en breve sobre cincuenta cerebros de dementes precoces, cuyas conclusiones publicaremos en el mismo.

CAPITULO IV

Formas clínicas y Sintomalogia

La entidad mórbida que nos ocupa, de cuya síntesis es autor Krœpelin, aceptada hoy por la mayoría de los autores, preséntase á la clínica bajo cuatro grandes formas á saber: 1° forma simple; 2° forma hebefrémica; 3° forma catatónica y 4° forma paranoide.

Ahora bien, dentro de estas cuatro formas, hay casos cuya ubicación no encuadra netamente en ninguna de ellas, por tener síntomas que les son comunes, sin predominio marcada de ninguno y que en el caso contrario harían su ubicación más fácil y verdadera. Si á esta dificultad, agregamos la semejanza que casos de esta psicosis suelen tener con otros de diferentes afecciones mentales, veremos cuan difícil es, para ciertas formas que se presentan á la clínica, darles su verdadera y definitiva colocación.

Forma simple de la demencia precoz

Negada por ciertos autores, aduciendo que no constituía sinó un momento en la evolución

de la psicosis, ha sido hoy aceptada y de ella se tienen numerosas descripciones precisas, que ponen á cubierto su independencia dentro de la enfermedad.

Como se inicia en forma silenciosa, suele pasar desapercibida en sus comienzos, pero ciertos cambios en la conducta del sujeto, en su carácter etc., comienzan á revelarla. Con la evolución de la enfermedad llegan ciertos síntomas á hacerse francamente apreciables y entre ellos es generalmente la falta de afectividad y una marcada indiferencia por todo, los primeros que se presentan é inducen á los que rodean al sujeto á consultar al médico para tomar las medidas del caso.

Creemos oportuno transcribir á continuación uno de los casos magistralmente descritos por Krœpelin y en el que pone de manifiesto con admirable precisión, las características sintomáticas de esta forma simple de la demencia precoz.

«Trátase de un jóven de 21 años que entra tranquilamente á la clase, se sienta y hace esto sin prestar atención á nada, ni manifestar la mínima emoción. Si se le dirije la palabra, es necesario para obtener una contestación, hablarle

despacio y repetirle varias veces la misma cosa. Por las pocas informaciones que dá, dice atribuir su enfermedad al onanismo que lo practica desde la edad de 10 años. Después de haber leído un libro de medicina, se creyó con una hernia y temiendo que su vicio lo espusiera al ridículo de sus amigos, cortó toda relación con ellos. Todo esto lo dice de una manera monótona, sin levantar la cabeza y con suma indiferencia para los que lo escuchan. Observándolo con atención, se nota al rededor de la nariz y de la boca, una ligera tremulación con tendencias á la mímica».

«Ha cursado el año pasado estudios universitarios cuya preparación lo atestigua, sabe donde se encuentra, pero ignora el nombre de la gente que lo rodea, no haciendo el menor esfuerzo por informarse».

«El caso se asemejaría, sometido á un exámen superficial, á un estado depresivo cualquiera, pero observandolo prolijamente, se ve que es una afección completamente diferente. Si el enfermo no habla, no es por que no pueda, sinó por que no siente la necesidad; escucha y comprende lo que se le dice, pero no presta interés. Sus contestaciones atestiguan un debili-

tamiento de sus sentimientos afectivos ».

«Está callado, exento de temores, de deseos, de esperanzas, no le importa absolutamente nada de lo que pasa alrededor de él. Es esta *falta de reacción* tan marcada, con conservación de la *inteligencia* y la *memoria* la característica de la *forma* que nos ocupa».

«La falta de afectividad coincidiendo con una pérdida del juicio, contrasta con la persistencia de los conocimientos anteriormente adquiridos».

«Es pues un estado mórbido que se traduçe por un estado de decaimiento ó debilitamiento intelectual y afectivo. Tal es la terminación de la afección en cuestión, que en el presente caso evulucionó en tres años á la demencia completa. Se pueden anotar en este caso algunos datos importantes: la risa espontánea que no obedece á nada que es un síntoma frecuente en la demencia precoz, así como una manera singular de dar la mano muy abierta y sumamente rígida. Investigando y volviendo sobre los datos suministrados por el enfermo, nos dijo haberse librado á la práctica del onanismo desde los diez años».

En estos casos tiendese á incriminar á este vicio como causante de la enfermedad, pero Krœpe-

lin piensa que más bien es una de sus manifestaciones.

En efecto, encuéntranse casos graves de demencia precoz independientes en absoluto de la masturbación y, además, el hecho en abierta oposición con dicha creencia, del principio brusco de la psicosis, no puede ser más elocuente.

Pasaremos al estudio de la segunda de las formas.

Forma hebefremica ó delirante

Iníciase esta forma con ligeros trastornos que poco á poco vánse acentuándo con el transcurso del tiempo, llegando á engendrar verdaderas anomalías en el estado general del sujeto, en su carácter, en su conducta, etc. Se nota en algunos de estos, una actividad constante, no pueden estar tranquilos y caminan de un lado al otro sin objeto determinado. Otras veces la enfermedad comienza, y esto es más general, con estados depresivos, ideas de suicidio, situaciones de ansiedad, apareciendo más tarde las ideas delirantes y las alucinaciones.

Estos enfermos son difíciles para hacerles fijar la atención; su lenguaje se torna de pronto

incoherente; insultan y provocan á los que les hablan. Se ven en muchos casos á todos estos estados mezclados al comenzar la afección, deduciendose pues, que es el polimorfismo la predominante y la característica de esta afección. A los estados de depresión ó de agitación del principio, suceden como hemos dicho, las ideas delirantes, á base de alucinaciones del oído ó del olfato ó de la sensibilidad general, las que son muy intensas, en ciertos casos. Estas ideas delirantes son muy movibles y ello parece obedecer á una escesiva sugestibildad, pues, todo lo que el enfermo ve ú oye, las hace modificar continuamente v. g., la presencia de un soldado le hará surgir la idea de que es militar; si oye hablar de una enfermedad creerá enseguida que la tiene. Esta particularidad pone claramente de manifiesto que el delirio no es absolutamente sistematizado.

Este estado característico en la ideación delirante, se encuentra en todas las formas de hebefremia, notándose que á medida que progresa el debilitamiento intelectual, algunas ideas se acentúan más que otras.

Por esta causa aumenta la impresionabilidad

sensorial, sus escritos son cada vez más incoherentes, en las disertaciones no hay sentido en las frases que al decir de Forel, parecen *una ensalada de palabras*. Estos caractéres llegan á su máximun, cuando el enfermo está agitado. En estos casos pueden ser peligrosos, pues tienen impulsiones agresivas, cometen actos de violencia, etc., etc. Con el transcurso del tiempo, desaparecen los delirios, pero dejando tras ellos huellas imborrables como ser tics, restos de reacciones de defensa, cuya terminación habitual es la demencia absoluta.

Forma Catatónica.

Antes de empezar con esta forma, debemos hacer notar que algunos pretenden considerar como sinónimos los términos *catatonía* y *catalepsia,* sin tener en cuenta que el primero no representa, como el segundo, un grupo reducido y característico de síntomas (conservación de los movimientos pasivos) sinó que se extiende á todas las manifestaciones que se observan en estos enfermos, por lo que no hay que olvidar que los trastornos psíquicos, revisten también la máscara catatónica.

El comienzo de esta forma es más rápido, la exitación más intensa, acompañada siempre de *fenómenos motores*. Puede también iniciarse con un estado depresivo acompañado igualmente de los susodichos fenómenos.

Una vez constituída la afección, ella se caracteriza por dos estados, á saber: el de la agitación y el del estupor catatónico.

Agitación Catatónica.

La característica más importante de esta forma, la constituye la tendencia existente en estos enfermos á repetir las mismos movimientos, las mismas frases, etc., fenómeno que se conoce bajo el apodo de estereotipía.

Estas estereotipías son sumamente variadas, pero á medida que en el enfermo progresa la evolución de su enfermedad, su exitación se concreta á un número reducido de palabras ó de movimientos que reproduce frecuentemente de una manera monótona. Son particulares y curiosos los actos que cometen estos enfermos agitados. Déjanse caer, por ejemplo, con el cuerpo inerte al suelo, donde se arrastran ó dan vueltas, pero siempre repitiendo el mismo mo-

vimiento. Esta repetición es sumamente importante, pues ella los caracteríza separándolos de otros agitados que cometen tambien actos estravagantes como los que se observan en los maniáticos y en los paralíticos generales en el principio de su enfermedad.

Estupor Catatónico.

En oposición á los enfermos anteriores, se encuentran los que revisten este estado. Aquí los sujetos están inmóviles, con las facciones inalterables, como agenos completamente al ambiente. En el lecho observan distintas posiciones, pero cada enfermo permanece fiel á la que ha adoptado, denominándose á esta particularidad, estereotipía de la actitud.

La marcha de estos enfermos revíste giros estraños, pues, mientras en algunos se opera á pasos acelerados en otros se efectúa á saltos inconstantes, etc., etc., pero es siempre la misma para el mismo enfermo.

Al lado de estos fenómenos de estereotipía existe otro que es característico de la forma que nos ocupa y es el negativísmo ó sea una tendencia á oponer una resistencia tenaz á todos

los actos que se les quiere hacer ejecutar. Este fenómeno se manifiesta también en la esfera psíquica, como se comprueba en una de nuestras observaciones en que el enfermo, que habla cuando está solo ó cree que lo está, se resiste y es imposible hacerle responder á ninguna de las preguntas que se le hacen.

Puede también estenderse el negativísmo á los actos de la vida vegetativa, (v. gr. retener la orina, no comer, no defecar).

Al lado de estos dos grandes síntomas de la forma catatónica, la estereotipía y el negativísmo, existe un tercero que es la *sugestibilidad*, fenómeno que definiremos con Deny y Roy como: «una tendencia general permanente é ins-
« tintiva á adoptar toda solicitación venida del
« exterior de cualquier naturaleza que ella
« sea».

Estos enfermos pueden presentar estados delirantes de aspecto muy diversos, pero con la característica esencial de ser extremadamente confusos.

Daremos aquí término á la forma catatónica para entrar de lleno á la última forma, ó sea á la paranoidea.

Forma Paranoidea.

Se ha pretendido englobar en esta forma ciertos casos del delirio crónico de Magnan. Pero oigamos primero á los autores, para ver, que por sus características, tiene esta forma su personería propia que la independizan de estos delirios.

Empezaremos por lo que dice al respecto en su trabajo del año 1903 titulado «La demencia precoz», el profesor de la materia doctor Cabred y su laborioso é inteligente profesor suplente doctor José T. Borda:

« No nos ha sido nunca dado observar que « la entidad creada por Magnan con el nombre « de delirio crónico haya llegado alguna vez á « evolucionar rápidamente, recorriendo todas sus « etapas hácia la demencia precoz. El solo he- « cho de la rápida evolución está en un mani- « fiesto desacuerdo con la doctrina del delirio « crónico, pues sabemos que este necesita años « para ir recorriendo todas sus etapas como nos « lo demuestran un buen número de ejemplares « que los venimos observando de muchos años « atrás».

Lo mismo piensan algunos autores franceses como Serieux y Seglas que han objetado también dicha manera de pensar, afirmando que la denominación de demencia paranoidea, debe referirse á ciertos casos de demencia precoz que comienzan por una faz de delirio vagamente sistematizado.

Vese, pues, según los autores citados, que es aventurado encuadrar dentro de la paranoidea, casos del delirio de Magnan, pues, acntuándo esta manera de pensar, se llamaría dementes á sujetos que no tienen ningún signo de ella. Deben, pues, separarse del cuadro de la demencia precoz, aquellos delirios bien sistematizados de los degenerados y reservar el término de paranoidea, como dice Serieux, á las que han comenzado con un delirio polimorfo ó vagamente sistematizado.

En los casos en que hay tendencias á sistematizarse, se observa que esta es débil y que es más bien una fijeza en el delirio que una sistematización definida.

El comienzo de la enfermedad es análogo al de las otras formas y la tendencia en las ideas á sistematizarse se nota desde el principio.

Las concepciones delirantes son absurdas y muy activas; las alucinaciones del oído y de la sensibilidad general bastante frecuentes. La memoria, en general, encuéntrase conservada.

Tal es, trazada á grandes líneas, la sintomatología de las diversas formas en los períodos, que podríamos llamar muy bien, siguiendo á los autores, prodrómico y de estado.

Réstanos por tratar el período terminal de la psicosis, pero antes de esto, creemos oportuno ocuparnos de los principales trastornos físicos, que todavía no hemos mencionado y que abordaremos á continuación, en la forma rápida y superficial de este trabajo.

Signos físicos en los Dementes Precoces.

Estos signos, hasta ahora, han sido muy poco observados. Es sensible, pero es verdad.

Desde luego iniciaremos este capítulo por el estudio de los reflejos.

Serieux ha constatado una exageración de los reflejos tendinosos, comprobando también en estos enfermos, una disminución de los cutáneos, los que, agrega este autor, están abolidos casi en la mitad de los casos.

Los trastornos de la sensibilidad se manifiestan con bastante frecuencia.

Dide ha señalado trastornos tróficos y los ha agrupado bajo el nombre de *dermatosis psiquicas;* en esta acepción está comprendida la púrpura, un pseudo edema, un eritema polimorfo y gangrena en las extremidades de los dedos.

Lesiones análogas han sido descritas por Quinke y atribuídas por este autor á una autointoxicación de orígen intestinal y la mejor prueba de ello, agrega, es que el régimen lácteo mejora estas lesiones, mejora que puede coincidir con análogo estado en los trastornos mentales, lo que haría creer que están bajo la misma dependencia.

Se ha señalado también por otros, una disminución muy apreciable de la urea, índice de una depuración imcompleta, muy frecuente en todos los autointoxicados.

Mencionados estos signos, hay un núcleo de ellos, á los qne les ha sido atribuída por ciertos autores suma importancia, los *trastornos oculares*, que esta categoría de enfermos ofrecen al clínico.

Llama, por otra parte, la atención, la ana-

logía de ellos con los observados en las intoxicaciones, ya exógenas ó endógenas, lo que milita en pró de la creencia de que la causa de la afección hállase ligada á una autointoxicación, cuya fuente de producción todavía nos escapa.

Marandon y Montyel señalaron hace muchos años, sensibles modificaciones de los reflejos pupilares.

Serieux y Masselon notaron el debilitamiento del reflejo á la luz y á la acomodación en un 78 °/o de los casos.

Es curioso observar que los citados autores nunca notaron el signo de Argill Robertson, existente, por otra parte, según el doctor Blin que con singular dedicación lo ha estudiado, en un 10 °/o, como veremos más adelante.

Deny comprobó la disminución del reflejo á la luz en 58 °/o.

Mignot ha examinado 63 dementes precoces encontrando trastornos del reflejo á la luz en 63 °/o y á la acomodación en 12 °/o; dilatación pupilar en 30 °/o y solamente en un caso el signo de Argill (reacción á la acomodación, no reaccion á la luz). Vemos sin embargo por el lado

opuesto, que Marandon y Montyel constatan el Argill en 54 °/o de los casos.

Entretanto, sigamos lo que al respecto dice el citado doctor Blin, en su trabajo del año 1905, titulado «La demencia precoz, manifestaciones oculares», trabajo completísimo llevado á efecto sobre 87 casos del Asilo de Alienados de Rennes, examinados durante dos años, exámen repetido un buen número de veces sobre cada enfermo.

El autor hace las historias clínicas de los 87 casos con toda la sintomatología física y psiquica, estractada para poner de manifiesto que realmente se trata de dementes precoces. Solamente en un 17 °/o no ha constatado trastornos oculares de ninguna especie, pero sí en el resto.

La desigualdad pupilar es persistente en 6 enfermos, intermitente en 19, lo que daría 29 °/o; la dilatación pupilar en un 30 °/o de los casos.

Estudiando los trastornos pupilares con relación á los enfermos, estos se dividen en tres grupos: el primer grupo es el que ha presentado en todos los exámenes, de manera persistente, el signo de Argill; el segundo grupo lo constituye los enfermos que presentaban una disminución del refléjo luminoso progresivo que ha lle-

gado hasta constituir el Argill completo y por último, el tercero, lo forman los sujetos que han presentado un ojo normal en un primer exámen, pero que han tenido después una disminución manifiesta del reflejo á la luz. con conservación íntegra del de la convergencia, no habiendo llegado á constituirse el Argill por la falta de tiempo en la evolución.

De los 87 casos, en 11 se ha constatado el Argill completo, dando un porcentaje de 13.84 °/₀. Si agregamos á estos enfermos, los que han presentado una disminución del reflejo luminoso, se tendría un porcentaje de 17.24 °/₀.

De estas observaciones, concluye el citado autor, que dicho signo es el más constante sinó el más frecuente, por lo que cree que constituye en esta psicosis un síntoma capital.

En realidad, es verdaderamente importante la constatación de dicho signo en esta clase de enfermos, si se tiene en cuenta que la afección no está absolutamente ligada á la sífilis, la que rara vez se registra en los antecedentes de los mismos.

Dide y el autor citado han practicado la punción lumbar en todos estos 87 enfermos y no

han anotado en ninguno de ellos la linfocitósis que en la sífilis se encuentra. Además, dada la analogía existente entre los trastornos oculares de la demencia precoz y las de algunas intoxicaciones y antointoxicaciones, admitese como probable el orígen toxi-infeccioso de la enfermedad en cuestión.

Período Terminal.

Este período puede constituirse de una manera más ó menos rápida y precoz. En él sufren una regresión los accidentes delirantes y se confirma más la decadencia psiquica.

En los casos más favorables, persiste un debilitamiento intelectual y estos casos son los considerados mejorados.

En este estado los sujetos son capaces de llenar ciertas ocupaciones analizándolos con más detención ponen de manifiesto que su actividad es siempre automática. Pero, lo más frecuente es que la demencia precoz efectúe su período terminal con un debilitamiento profundo, que se manifiesta ya en la forma apática ó ya en la agitada de la demencia. Puede, pues, decirse que

la demencia precoz no es tal, sinó en su último período ó período terminal.

En la forma agitada, predominan la ejecución de movimientos que no responden á ningún fin, v. gr., caminan sin cesar, como buscando alguna cosa que no encuentran; otros lo hacen lentamente, pensativos, aparentemente muy tristes; otros lanzan gritos ó hacen disertaciones incoherentes sin ligar las frases entre sí, demostrando una verdadera ruina intelectual. Sin embargo, en oposición á estos, se observan casos en los que la memoria se ha conservado bastante bien, recordando numerosos hechos de su vida.

En la forma *apática*, la actividad del sujeto no es manifiesta sinó en ciertos momentos, pues quedan inmóviles durante largo tiempo, á veces hasta días enteros, viéndoseles, sólo de cuando en cuando, algún movimiento. Se encuentra también en ellos un debilitamiento intelectual profundo; su atención es casi nula; su afectividad en iguales condiciones; no se interesan por nada; no manifiestan ningún deseo, etc.

Tanto en esta forma como en la agitada, es muy frecuente constatar el gatismo, siendo tam-

bién frecuente observar en ellos retenciones voluntarias de materias fecales y de orina (negativísmo).

El estado físico de estos sujetos se mantiene más ó menos invariable. Vénse, sobre todo en las formas catatónica y hebefremicas, sobrevenir una atenuación de los fenómenos agudos, constituyendo lo que se denomina *remisiones*, que generalmente aparecen después de algunos meses del período de estado, pero que pueden aparecer también tres, cuatro y cinco años después de dicho período. Estas remisiones son de una duración variable, habiendo casos, aunque raros, en que la larga duración de ellas, ha hecho creer en una curación de la enfermedad.

CAPITULO V

Evolución y Pronóstico

La marcha de la afección que nos ocupa es de las más variadas y su terminación sigue la ley que dice que cada forma de alienación mental incurable tiende á crear un período terminal que le es propio, es decir, en lo que concierne á sus síntomas fundamentales, pues los signos secundarios se presentan de manera muy distinta.

Comenzando con el estudio de la evolución de las distintas formas, diremos que la catatónica hace su evolución hácia la demencia completa, siendo su duración variable, lo que es á su vez tanto menos fácil apreciar cuanto menos manifiesta sea su período inicial.

La hebefrémica vá á la demencia de una manera progresiva que dura de tres á diez años, pero puede decirse que su término medio oscila de dos á cinco años.

En la forma paranoidea la evolución es más

lenta que en las precedentes y la demencia no es tan marcada como en las otras formas, si bien la terminación habitual es la demencia ó un estado muy pronunciado de debilitamiento intelectual.

La actividad delirante de estos sujetos puede durar más de diez años desde el comienzo de su enfermedad.

Pasando al pronóstico, podemos decir con hechos que así lo prueban, que estas distintas formas son compatibles con una larga vida orgánica, mientras que del punto de vista mental poco hay que esperar, como acabamos de verlo en las líneas precedentes dada la evolución que cada una de las formas está llamada á seguir.

Para algunos autores, el pronóstico sería siempre fatal, aunque en grados diversos, y por nuestra parte, fundándonos en los datos que nos dá la estadística del Hospicio de las Mercedes en estos últimos diez años, obtenemos un porcentaje de 7.11 °/₀ de curados y 31.59 °/₀ de mejorías sobre un total de 956 dementes precoces.

Según Krœpelin se observaría la cura en un 8 % de las formas hebefrémicas y en un 13 % en la forma catatónica.

Hay además un cierto número de casos que no terminan en la demencia profunda, sinó en un debilitamiento intelectual bastante acentuado que no es incompatible, con la vida fuera del asilo, observándose según Krœpelin, que un 17 % de estos casos pertenece á la forma hebefrémica y un 27 % á la catatónica.

Tales son, en resúmen, los mejorados de nuestra estadística, que en conjunto, sin especificar la forma de la demencia precoz, nos da un porcentaje de 31.59 %.

Como se deduce de los datos precedentes, en estos enfermos el pronóstico no es tan grave; pero desgraciadamente estos son los menos, pues el pronóstico de la afección es muy serio, como ya lo hemos dicho.

Hay casos, dice el doctor Cabred, en los que el pronóstico es de suma gravedad, debido á la rapidez extrema con que algunos de estos enfermos se encaminan hácia la demencia y describe al efecto dos observaciones que han llegado en tres ó cuatro meses á un estado de descalabro mental completo.

CAPITULO VI

Diagnóstico

Daremos comienzo á este capítulo haciendo un diagnóstico diferencial con las principales psicosis que pueden ser confundidas con esta, ya sean por presentarse durante la adolescencia, ó por ofrecer síntomas comunes á ella.

Hay ciertos estados maníacos agudos que son suceptibles de ser confundidos con las formas hebefrémica y catatónica de la demencia precoz, pero son los primeros menos frecuentes, pues tienen una viveza intelectual mayor así como un fondo de lucidez más grande, apreciable con mayor facilidad dentro de los estados de calma de estos enfermos. El delirio en las formas hebefrémica y catatónica, es, al decir de ciertos autores, *demencial*, por sus caracteres. Pero ese estado delirante, resistiendo las modalidades de una melancolía aguda, puede evolucionar en pocos meses hácia la demencia, aunque la regla en estos casos sea la curación. Se

describen casos de estos que han sido tomados por estados delirantes maníacos, pero que han ido en tres ó cuatro meses á la demencia, confirmándose el erróneo diagnóstico por la evolución misma de la afección.

Ciertos estados delirantes producidos por el alcohol en ciertos degenerados, pueden tomarse por fases delirantes de la enfermedad. Tendremos en estos casos una pléyade de síntomas para afirmar el alcoholísmo, pero no hay que olvidar que el deliro es fugaz en estos casos.

La forma paranóidea de la afección es fácil diferenciarla de la de los delirios crónicos de Magnan, pues estos son más coherentes, siendo ilógicos y más absurdos los delirios en la forma indicada. Dentro de la misma demencia precoz podrían prestarse á confusión dos de sus formas, la paranóidea con la hebefrémica, cuando hay en esta una tendencia del enfermo á sistematizar sus delirios. En este último caso, desaparecen despues de un período corto las ideas delirantes, siendo persistentes en la paranóidea, en que estas ideas son fijas y la demencia más todavía.

La forma simple de la afección puede confundirse con la idiotez, imbecilidad, teniendo en

estos últimos mucha importancia los antecedentes y las diversas fases de la afección para aclarar el diagnóstico.

La forma simple, puede, además, como la hebefrémica, confundirse con una confusión mental aguda. Para fundar un diagnóstico, es necesario que pasen los signos físicos que acompañan á la confusión mental. Algunos autores creen que la demencia precoz no es sinó una confusión mental crónica. Ahora bien, cuando á los trastornos mentales se agregan signos de confusión mental, el diagnóstico se hace imposible.

La parálisis general juvenil acompañada de un estado de escitación, puede confundirse con la forma hebefrémica de la psícosis, pero en favor de la primera tendrémos siempre los signos físicos que no se constatan en la segunda (disartria, temblor, escritura, etc.). Además, el debilitamiento intelectual es menos rápido y menos global que en la demencia precoz.

La forma estúpida de la demencia precoz y el estupor melancólico, se diferencian por varios datos. El melancólico tiene una cara triste, como que la tristeza domina la escena mórbida; en el demente, en cambio, se observa la indiferencia emotiva. El melancólico es generalmente

limpio; el demente precoz no la es. Si se le ordena algo á un melancólico lo hará *lentamente* mientras que el catatónico cumplirá la orden de una manera brusca cuando no la cumple, que es lo que sucede generalmente.

La demencia precoz puede confundirse con las demencias sintomáticas de la epilepsia, sífilis, tumores cerebrales. Los antecedentes y los síntomas propios á cada uno de ellos determinan sus respectivos diagnósticos.

En su período terminal, se podría confundir también con las demencias vesánicas sobrevenidas en el transcurso de una psicosis. En este caso, los antecedentes serán excelentes medios de orientación. Vemos pues, lo delicado que es en ciertos casos arriesgar un verdadero diagnóstico, sobre todo al principio de un estado mental que solo el transcurso del tiempo es capaz de ponerlo de manifiesto claramente.

Es por esta razón, que los autores aconsejan no hacer un diagnóstico sinó después de una larga observación y esta es condición *sine qua non*, pues es imposible tener bases sólidas para apoyarlo, cuando no obedece al fruto de un largo y detenido estudio del enfermo.

CAPITULU VIII

Tratamiento

Durante la faz aguda de la enfermedad se impone el aislamiento del enfermo y esta precaución es, al decir de Moreau de Tours, la primera condición en el tratamiento de un alienado.

Son múltiples las ventajas que reporta el aislamiento y que se traducen en beneficio del paciente. En efecto, están en estos establecimientos bajo una vigilancia severa, lo que los favorece grandemente si se tiene en cuenta las variadas y muchas veces peligrosas empresas á que se libran esta categoría de sujetos, que, merced á la custodia, no pueden llevar á cabo.

Por otra parte, muchos de ellos, requieren cuidados médicos especiales, los que no tienen á su alcance en sus viviendas, máxime si se considera que en la mayoría de los casos se trata de gente sin fortuna, para las que significa un verdadero sacrificio conseguir ciertos medios de primera necesidad que tienen en los estableci-

mientos á su entera disposición y gratuitos.

Una vez internado el enfermo, el reposo en cama debe prescribirse de una manera contínua y por un tiempo variable, según las necesidades del caso clínico. Cuando comienzan á disiparse los síntomas agudos, podrá permitirse que el paciente abandone el lecho durante una ó dos horas después del medio día y se le hará pasear por los jardines del establecimiento, á fin de que sus pulmones disfruten de mejor aire y su inteligencia de un momento de distracción y esparcimiento.

Los medios terapéuticos para luchar contra los estados de agitación son muy numerosos, por lo que mencionaremos solamente aquellos que se emplean más usualmente en las clinicas.

Los baños calientes prolongados suelen dar excelentes resultados; su duración dependerá de las exigencias del caso, vale decir del grado de agitación del alienado. Se podrá recurrir á los medicamentos calmantes é hipnóticos para luchar contra los insomnios que se manifiestan especialmente en el comienzo de la psícosis, haciéndose uso del bromuro de potasio, del cloral, del trional, sulfonal, etc., administrados á dósis mo-

deradas y por corto tiempo á fin de evitar «l' accoutumance» en cuyo caso necesitaríamos dósis excesivas, que serían por otro lado, perjudiciales para el enfermo..

Transcurrido un cierto tiempo, cuando en el enfermo se inicia un período de mejoría ó de calma, no hay inconveniente en que sean ocupados en trabajos livianos como se practican en muchos asilos abiertos, lo que redunda en su beneficio y los acostumbra á gozar de la libertad de que carecen en los establecimientos de la ciudad. Dichos trabajos y en esas condiciones, son muy beneficiosos para los enfermos, sobre todo para su estado psiquico, pues constituyen un gran medio para ejercitar y educar su atención, fundamento que sirve de apoyo al método pedagógico de que hablaremos más adelante; les crea, además, hábitos que detienen su estado, impidiéndoles en muchísimos casos el derrumbe hácia la demencia completa.

Este tratamiento se lleva á cabo en nuestro país en el *asilo de puertas abiertas,* situado en el partido de Luján, establecimiento que es un modelo por el perfeccionamiento que reina en sus numerosas y confortables instalaciones, agre-

gado al estricto orden interno implantado, tan beneficioso para los asilados.

Con este sistema los enfermos prestan gran utilidad, la que puede palparse de cerca visitando el hermoso establecimiento y viendo en las horas de labor desfilar la caravana de insanos hácia sus diferentes trabajos de horticultura, lechería, carpintería, quesería, panadería, etc.

Son, pues, un elemento sumamente útil destinado á prestar durante mucho tiempo su concurso manual «ad honoren», pero les debe ser completamente prohibida la vida en completa libertad dado el estado de sus facultades mentales, que imprescindiblemente deben estar intactas para la vida exterior, pues ellas rigen y gobiernan la actuación del sujeto en sociedad. Estos enfermos son tambien susceptibles de ser beneficiados por un tratamiento *médico pedagógico*, análogo al que se les dá á los retardados y debe hacérseles sin pérdida de tiempo.

A este respecto, dice Masselon, que ha estudiado la psicología de estos enfermos, que él ha conseguido hacerles efectuar trabajos que antes no podían desempeñar, habiendo logrado también, hacerles fijar mucho más la atención.

Se obtienen también grandes beneficios sometiendo estos enfermos á una gimnasia mental á condición de ser bien reglada, gimnasia que debe, sobre todo, ser dirigida del lado de la atención, de la que dependen la mayor parte de los sentimientos, emociones y deseos.

Creemos, está de más decirlo, que este tratamiento no es aplicable á aquellos individuos en los que el debilitamiento psiquico haya llegado á sus últimos eslabones.

Por último, mencionaremos, para no dejarlos en el olvido, los procedimientos opoterápicos, que desgraciadamente no han dado el resultado que de ellos se esperaba y que han sido ensayados por los que creen la afección ligada á una autointoxicación de orígen interno.

Como se sabe, se dirigieron las investigaciones del lado del cuerpo tiroides, creyendo que la psícosis era debida á una insuficiencia secretoria de la glándula, pero el procedimiento no dió resultado. Otros autores, y dentro de ellos la mayor parte, creían la enfermedad ligada á una antointoxicación de orígen sexual y administraban el principio activo de dichas glándulas, pero sin el menor resultado favorable.

Hay que anotar sin embargo, dice el profesor Serieux, que este tratamiento no ha sido aplicado de una manera metódica y sistemática por lo que cree necesario la repetición de nuevos ensayos, sobre todo en el período agudo de la enfermedad, pues este método del punto de vista patogénico, es el más racional y del que más esperanzas se debe abrigar.

CAPITULO VIII

Concepto médico legal de los Dementes Precoces

Es este un capítulo importantísimo, puesto que en él se ventilan nada menos que hechos de valor tan transcedental, como que, por las consecuencias íntimas que á ellos están ligados y de ellos se derivan, se tratan y resuelven cuestiones que á diario se presentan ante los tribunales de justicia sobre la responsabilidad legal en los asuntos del fuero criminal ó la capacidad, en el civil.

Bosquejada la importancia de este capítulo, podríamos definirlo, diciendo que es la aplicación de los conocimientos psiquiátricos, tendientes á asesorar los magistrados sobre el estado mental de un sujeto en los asuntos judiciales que se tramitan ante los diversos fueros. Si grande es la responsabilidad, no es menos importante el papel del médico destinado á informar sobre el

estado mental de un sujeto, informe sobre el cual debe apoyarse á título de fundamento, el juez encargado en la causa. En efecto, nadie mejor que el médico psiquatra está en condiciones para poderlo efectuar, operación que requiere, por otra parte, la preparación especial del psiquiatra para poder fundar un verdadero diagnóstico ó redactar un informe médico sobre el estado mental, sin llegar al diagnóstico, lo que pocas veces se les exige.

Cuando se habla de esta faz tan importante de la ciencia médica, que hállase vinculada á los problemas más fundamentales de ética profesional, debe recordarse con veneración el nombre del insigne Brouardel, el médico legista más conocido de la actualidad, así como los sabios consejos que de sus lecciones se desprenden.

Es verdaderamente digno de mencionarse el hecho de que algunos jueces quieran y exíjan del médico un diagnóstico en cortísimo plazo, cuando es sabido que solo podría hacerse después de una larga observación, especialmente en aquellos estados tan numerosos de alienación mental, en que un largo estudio es imprescindible. De esta manera, es fácil com-

prender los errores de diagnóstico que puedan cometerse, trayendo aparejadas funestas consecuencias para el interesado y para el médico cuya preparación científica puede quedar también comprometida por la exigencia del magistrado al requerir, en dichos casos, el diagnóstico.

Sería pues, de desear, que no se les exijiese un diagnóstico á los médicos en aquellos casos que el juez fija un plazo reducido para efectuarlo aunque así lo requiera la circunstancia del asunto, sinó pedirles un informe detallado del estado mental del sujeto, sin llegar á precisarlo técnicamente. De este modo, se podría en muchos casos salvaguardar la responsabilidad del médico en lo referente á errores de diagnóstico y el juez hallaríase en condiciones, para deducir del informe correspondiente, la conducta á seguirse en el asunto.

Siendo los dementes precoces, sujetos portadores de una entidad mórbida cuya existencia é individualidad está bien comprobada, no deben escapar, en lo que atañe á las cuestiones de responsabilidad criminal y capacidad civil, á las leyes que rigen á los sujetos que han manifestado trastornos psíquicos que por sus carac-

teristicas encuadran dentro de otras psícosis.

No deja de ser pertinente, hacer notar, que ciertos dementes precoces no presentan actitudes delirantes y que, por lo tanto, puede esto complicar el problema, máxime teniendo en cuenta que es una de las manifestaciones que más impresiona al medio en que vive el enfermo y á los peritos.

Pero, sin embargo, en la ausencia de tales manifestaciones, se constata un debilitamiento intelectual en el sujeto que puede revestir un grado mayor ó menor de intensidad, pudiendo no ser percibido por las personas no profesionales. Más aún, es susceptible un individuo en estas condiciones de delinquir y ser tomado por un delincuente ordinario, en tanto que, sometido á un severo y minucioso exámen mental sería clasificado en su propia categoría.

Deben pues, según nuestro criterio, estar bajo las disposiciones vigentes de la ley tanto estos sujetos, exentos de accidentes delirantes, como los que presenten dicha manifestación.

Agregaremos que ante la clínica son igualmente insanos, debiendo ser considerados como tales ante la faz jurídica y acreedores, por lo

tanto, á las disposiciones que en nuestro código rigen para esta categoría de sujetos.

Sometidos á iguales condiciones deben encontrarse estos enfermos durante los períodos de lucidez que suelen tener y que no son, salvo raras excepciones, sinó simples remisiones de las que ya nos hemos ocupado.

Creemos por nuestra parte, que estos estados en nada modifican la personalidad del sujeto bajo la faz jurídica, pues siempre subsiste en ellos la causa productora de la alteración mental nos sea ella conocida ó desconocida (demencias vesánicas), pero prueba de ello, es la frecuencia con que se repiten después nuevos y múltiples accesos, los que cada vez aumentan su gravedad.

CAPITULO IX

Observaciones Clinicas

Observación Nro. 1

(Forma Simple)

Hospicio de las Mercedes

L. A. nacionalidad argentina, Edad 18 años, profesión telegrafista, fecha de ingreso 15, Set. 1908.

Antecedente Hereditario — Probablemente padre alcoholista.

Antecedente personal—De buen carácter, un poco retraído; sóbrio de palabras; era dedicado á sus obligaciones.

Enfermedad actual.—Hace tres meses que ha comenzado su enfermedad, la que se ha hecho manifiesta por el carácter variable del enfermo. En el desempeño de sus funciones observaba mala conducta. Su carácter se hizo indiferente; reía á solas, gritaba, gesticulaba, ejecutando á la vez, actos estravagantes y frecuentes.

A los cuatro días de su ingreso, se le efectúa un exámen; el enfermo aparece tranquilo para todo lo que lo rodea, no manifiesta expontaneamente deseos de ninguna clase; permanece callado en la sala, responde despreocupado y ajeno á las preguntas que se le hacen, no pide levantarse ni salir de la sala. La memoria, sumamente alterada en todas sus formas.

Estado Actual

Exámen somático—Sujeto de regular constitución. En la cabeza se notan: orejas grandes y separadas, ligera asimetría facial; cavidad bucal y órganos vecinos normales, ojos y pupilas normales, ningún otro signo físico.

Exámen Psiquico.

De palabra clara, contesta bien á lo que se le pregunta, aunque se distrae con facilidad. La memoria se halla alterada, sobre todo para las fechas y cálculos.

Se nota en el enfermo una indiferencia marcada por todo lo que lo rodea, dice haber dejado su empleo por estar cansado del trabajo y que no tiene voluntad para hacer nada. La afectividad

profundamente alterada, como que no siente afectos para su familia ni por nadie; nada parece interesarle, cual si viviera en plena abstracción ajeno á toda impresión objetiva. Produce la impresión de un ser que declina hacia una vida puramente vegetativa.

Observación Nro. 2

(Forma agitada)

R. D. nacionalidad italiano, edad 21 años, ocupación, mozo de café; fecha de ingreso 18 de Abril 1908.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Alcoholista.

Enfermedad actual.—Tres días con anterioridad á su ingreso comenzó su enfermedad actual, exteriorizándose por una agitación intensa, insomnio, incoherencia de ideas y estas de persecución con tendencias agresivas.

Estado Actual

Exámen Somático.—Sujeto bien constituído, buen estado de nutrición, ligera asimetría facial con un temblor fibrilar. Reflejos cutáneos existen normales, tendinosos exagerados del lado izquier-

do. Reflejos pupilares muy perezozos á la luz, normales á la acomodación. No tiene estigmas físicos. Talla 1.70.

Exámen Psiquico.—Palabra de articulación fácil. Presta poca atención á las preguntas, contesta en general mal y de una manera incoherente. Está siempre agitado, y tira las cobijas, rompe sus ropas, salta, grita, es bastante turbulento. Se rie á solas, hace muecas, otras veces se irrita sin motivo y suele ser agresivo.

No se constatan ideas delirantes, no es poble saber si tiene trastornos sensoriales, pues no se puede casi conversar con él. No es posible tampoco analizar su memoria, afectividad ni juicio.

Observación Nro. 3

(Forma paranoidea)

D. A. nacionalidad español, edad 20 años, ocupación jornalero; fecha del ingreso, Setiembre 20/908.

Antecedentes hereditarios—Padre alienado, madre sana.

Antecedentes personales—De temperamento nervioso algo abandonado en su conducta.

Parece que bebía bastante en otras épocas según confesión del mismo enfermo.

Estado Actual

Exámen Somático.—Orejas algo separadas, asimetría facial manifiesta, Argill Robertson. Sujeto de conformación pobre, de 1.62 de talla.

Exámen Psíquico.—La palabra es clara y contesta bien á lo que se le pregunta. Fija por poco tiempo la atención, la memoria se halla relativamente conservada. Tiene ideas delirantes de persecución, cree que la gente que lo ve lo mira mal, que lo adivina por la actitud con que lo miran. Sin embargo, no les da mayor importancia á «estas cosas» y las toma con suma indiferencia.

No hay trastornos sensoriales. Se nota en el enfermo una marcada indiferencia por todo lo que lo rodea. Se queda á veces apático, reconcentrado sobre si mismo.

La voluntad está bastante alterada.

No tiene deseos de ocuparse de nada, carece de actividad y hasta para hablar tiene pereza.

Observación Nro. 4

(Forma catatonica)

Juan Moreno, español, 16 años, herrero, ingresa al establecimiento con fecha 15 de Julio.

Antecedentes hereditarios—El padre suele embriagarse y es aficionado á la bebida.

Antecedente personal—Sin importancia, tuvo sarampión cuando chico.

(a) *Exámen Somático*—Hombre de talla mediana, cabeza chica, región occipital alargada, orejas grandes en asa, lóbulo adherente, cara chica en relación al cráneo. Manchas de vitiligo en casi todo el cuerpo. Sensibilidad genéral conservada en todas sus formas.

Estado actual — Reflejos á la luz y acomodación bien. Reflejos cutáneos existen. Reflejos pupilares normales. Temblor fino vertical en ambas manos. Ligeras aptitudes catatónicas.

(b) *Exámen Psiquico*—Palabra clara, no hay disartria. No tiene alucinaciones, llora con frecuencia y está algo intranquilo. Ha sido siempre de escasa inteligencia y cualquier adquisición la hacía con gran dificultad.

La memoria tanto anterógrada como retró-

grada es muy mala, no tiene noción del tiempo. Su atención es escasa y dificil de hacerla fijar. Parece indiferente á lo que le rodea.

Deja que le efectúen movimientos á sus miembros, los que permanecen durante cierto tiempo en la posición que se les dá.

Retiene ciertas palabras familiares, pero á los 5 minutos de haberlas pronunciado, las olvida completamente, pero si se le vuelven á repetir, las reconoce, lo que prueba que el reconocimiento persiste, no así la evocación de las mismas.

Observación Nro. 5

(Forma catatónica)

P. Mesa, argentino, edad 25 años, ocupación jornalero, fecha del ingreso 25 de Junio.

Antecedentes hereditarios—Desconocidos.

Antecedentes personales—Bebía desde los 14 años hasta el abuso. Siempre ha tenido un carácter sombrío, de inteligencia escasa; se encuentra enfermo desde hace un año, comenzando su enfermedad actual por ideas de persecución, abandono del trabajo y cambio de su carácter. Es irascible y hasta agresivo con suma facilidad.

Estado Actual

Exámen Somático.—Cara pequeña en relación al cráneo, asimetría facial del lado izquierdo, orejas pequeñas, existen reflejos cutáneos, reflejos á la acomodación bien, á la luz disminuidos. Sensibilidad general disminuida al dolor y al tacto. La marcha es lenta, sus movimientos son perezozos.

Existen aptitudes catatónicas, no hay negativismo.

Exámen Psiquico.—Palabra clara, lenta, de buena articulación. Atención nula, no responde á las preguntas que se le hacen y es imposible conseguir hacerle fijar la atención (catatónica).

La memoria está muy afectada tanto de los hechos pasados como de los presentes. No ha tenido alucinaciones. La inteligencia sumamente debilitada, afectividad nula.

Observación Nro. 6

(Forma hebefrémica)

P. D. italiano, 35 años, peón, ingresa al Hospicio el 11 de Junio 1908.

Antecedentes hereditarios—No se conocen.

Antecedentes personales—Ignorados.

(a) *Exámen Somático*—Hombre de estatura mediana, en buen estado de nutrición, cabeza pequeña, pelo abundante, orejas grandes en asa, cara ligeramente asimétrica en favor del lado izquierdo, órganos genitales bien desarrollados, sensibilidad general normal.

Estado actual—Reflejos tendinosos exagerados, no hay trepidación pileptoidae, reflejos á la acomodación normal, perezozo á la luz, reflejos cutáneos existen normales.

(b) *Exámen psiquico*—Palabra clara, la artícula bien, está el enfermo en un estado de agitación general, habla constantemente, tiene alucinaciones numerosas del oído. Cree que Dios le habla desde Europa y siente «la voz bien clara».

Tiene ideas de grandeza y de persecución; creen que le han robado la vida y que quieren matarlo, piensa que es Dios y que el Gobierno le debe muchos millones. En medio de estas ideas de grandeza y de persecución, que aparecen y desaparecen por momentos, se notan ideas hipocondriacas que dominan al cuadro mórbido. Piensa que está endurecido por que la sangre en él no se mueve.

La memoria tanto anterógrada como retrógrada muy atenuada, el juicio lo mismo. Sus ideas son incoherentes fugaces, y confusas, hay un debilitamiento intelectual acentuado.

Observación clínica Nro. 7

(Forma simple)

R. A. argentino, 26 años, soltero, dependiente, ingresó al Hospicio 25 Agosto 1908.

Antecedentes hereditarios—Los padres son sanos, no hay antecedentes neuropáticos.

Antecedentes personales—Ha sido siempre sano; cuando chico tuvo escarlatina y á los 20 años una pneumonía de la que curó bien. Es de temperamento nervioso y facilmente impresionable. Se ha masturbado mucho desde la edad de 10 años.

(a) *Exámen somático* –Sujeto bien constituído, de talla mediana, buen estado de nutrición, cráneo bien conformado, cara en relación con el cráneo, sensibilidad general normal.

Estado actual – Reflejos cutáneos existen, tendinosos exagerados en ambos lados. Trastornos pupilares no existen.

No se constata del punto de vista somático, ninguna alteración digna de mención.

(b) *Examen psiquico*—La palabra es lenta, habla por monosílabos sin prestar interés á lo que se le dice. La voluntad sumamente disminuida, lo mismo que su emotividad y permanece indiferente á todo lo que le rodea.

La afectividad hallase deprimida. La memoria escasamente alterada, la inteligencia en buen estado y es poseedor de una regular instrucción.

En este enfermo, la pérdida de la impresionabilidad tan acentuada, contrastando con la conservación de la inteligencia y de su memoria, caracteristiza á la evidencia, la forma simple de la afección.

No presenta este caso ideas delirantes ni alucinaciones sensoriales ni de la sensibilidad general.

Observación Nro. 8

(Forma paranoidea)

F. G. nacionalidad español, edad 28 años, ocupación comerciante, fecha de ingreso 18 de Abril 1904.

Antecedentes hereditarios—El padre murió

de cólera á los 45 años, era hombre sano, la madre vive y tiene 62 años. Tiene 5 hermanos, una de ellas se hizo monja á causa del pesar producido por la muerte del padre; otro de ellos es de constitución muy pobre y de inteligencia escasa.

Antecedentes personales—Viruela á los 6 años, después dice que nunca ha estado enfermo. Bebía vino y uno que otro aperital. Ha ingresado á la casa en otra ocasión, presentando ideas de persecución, excitación física é intelectual. Reingresa á Las Mercedes con fecha 16 de Abril, llevado por la familia, que refiere haber notado en él insomnios, ideas de grandeza constatados tambien por el médico, creyéndose el enfermo un gran militar.

Estado Actual

Exámen Somático.—Sujeto bien desarrollado, cabeza pequeña, pelo abundante, orejas chicas, en el mismo plano. Buen sistema arterial, sensibilidad general conservada. Temblores en ambas manos y en la lengua muy poco intenso y difícil de constatar. Marcha normal, fuerza

muscular conservada. Reflejos cutáneos normales y tendinosos. Reflejos oculares bien.

Exámen Psíquico.—Hombre de buena instrucción, sabe leer y escribir correctamente. De palabra clara, su atención está algo disminuída lo mismo que su memoria; sin embargo conoce perfectamente el día, mes y año en que estamos, lo mismo que el lugar en que se encuentra. Sus ideas son incoherentes, tanto en la conversación como en sus escritos. La afectividad está bastante disminuida. No tiene alucinaciones especiales ni de la sensibilidad general. Tiene manifiestas ideas de grandeza, se cree un héroe que ha ganado por su valentía numerosas batallas y medallas. Tiene de España diferentes condecoraciones: la cruz de San Francisco, la de Carlos XI, la de Isabel.

En los diferentes negocios que ha emprendido, siempre le han reconocido su superioridad y se ha respetado su palabra, sobre todo, en las reuniones militares por su sabiduría y experiencia.

Observación Nro. 9

(Forma hebefrémica)

R. S. argentino, 18 años de edad, cuarteador,

ingresa al Hospicio el 23 de Septiembre 1907.

Antecedentes hereditarios—El padre es alcoholista; la madre muy nerviosa, no tiene hermanos. Tuvo un tío alienado.

Antecedentes personales—En estos últimos tiempos bebía con bastante frecuencia y en abundancia; antes de entrar ha tenido alucinaciones de la vista, insomnios que lo habían vuelto sumamente desconfiado y nervioso.

(a) *Exámen Somático*—Cráneo bien conformado, algo pequeño, cara con ligera asimetria del lado izquierdo; regular estado de nutrición. Reflejos cutáneos algo exagerados, lo mismo que los tendinosos.

Estado actual—Tiene un temblor febrilar en la lengua; sensibilidad conservada para las diversas formas.

(b) *Exámen Psíquico*—Está bantante excitado, presta poca atención á las preguntas que se le dirigen. Ha tenido sueños terroríficos, dormía poco y desconfiaba de personas que lo querían matar; creía en animales inmundos, conjunto de síntomas que ponen de manifiesto la acción del alcohol.

Estos síntomas hace mucho que los ha te-

nido, según refiere el enfermo, pero los datos no son precisos, pues la memoria del paciente está bastante alterada, lo mismo que su afectividad. Se torna rápidamente agresivo y se irrita con la mayor facilidad. Ejecuta actos extravagantes y demuéstranse en él tendencias destructivas. No recuerda ni la fecha en que ingresó, ni la actual y las contestaciones son por lo general incoherentes y chocantes. Suele tener risas espontáneas, como también llantos sin motivo; otras veces permanece en un estado de apatía durante un largo lapso de tiempo. Es toda esta variabilidad de síntomas estado de escitación ó de calma, unido á los cambios de carácter, risas, llantos, las características de esta forma de la afección.

Observación Nro. 10

(Forma paranóidea)

Gabriel Mendoando, nacionalidad argentino, edad 26 años, ocupación empleado.

Antecedentes hereditarios—Desconocidos.

Antecedentes personales—Ha sido siempre de conducta anormal; ha estado dos años preso por disparo de arma de fuego sobre un hermano.

Dormía en general mal, pasaba las noches encerrado con las puertas aseguradas y no quería dar entrada á nadie. Todo el día lo pasaba vagando ó se encerraba en sus piezas con llave y las puertas trancadas.

Estado actual

Exámen Somático—Hombre de talla pequeña, en buen estado de nutrición, cabeza pequeña, orejas medianas, implantadas en planos desigua. les; cavidad bucal bien, dientes bien implantados, paladar estrecho, buen estado de aliento, órganos genitales bien desarrollados.

Reflejos tendinosos muy exagerados, no hay trepidación especial. Reflejos cutaneos bien. Reflejos pupilares perezosos á la luz, bien á la acomodación. Sensibilidad general conservada á todos los modos, distingue bien las sensaciones.

Exámen Psíquico—Permanece generalmente silencioso, es de palabra clara cuando habla. Protesta generalmente de que él no es loco, sinó un hermano á quien inculpa de su secuestro indebido. No habla espontáneamente y rara vez manifiesta deseos de salir.

Se consigue con dificultad que trabaje; tiene ideas de persecución ligeras, cree que su hermano le hace mal y que «ha obrado como un canalla» como «verdadero loco que es». En la esfera afectiva hay una pérdida de sentimientos hácia los miembros de su familia y una indiferencia casi completa por su suerte.

La memoria está debilitada, no recuerda ciertas fechas importantes, ni puede hacer, por falta de atención, operaciones de aritmética.

No acusa alucinaciones sensoriales. Se le intenta practicar un exámen de sangre y protesta aduciendo que se le hace por quererle hacer un mal.

Demuestra ideas manifiestamente agresivas contra el hermano á quien dice que «le hundiría un puñal en el vientre» ó «le pegaría cuatro tiros si saliera». Se excita mucho cuando le habla de los suyos. La emotividad hállase muy alterada.

Observacion Nro. 11

(Forma hebefrémica)

Benito Paz, nacionalidad argentina, edad 23 años, conscripto de marina.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha tenido varias influenzas, ha hecho uso moderados de vino, poco uso de alcohol.

Estado actual

Exámen somático—Hombre de talla mediana, buen estado de nutrición, de cabeza pequeña é irregular, pelo abundante, ojos chicos, en planos desiguales, helice mal contorneado, cara grande en relación al cráneo, asimetría en favor del lado izquierdo, órganos genitales bien desarrollados.

Reflejos tendinosos exagerados, reflejos pupilares normales, reflejos cutaneos bien.

Exámen psíquico—Tiene alucinaciones é ilusiones del oido en un estado confusional. No duerme sinó algunas horas durante la noche; no presta atención á lo que se le pregunta.

Sus ideas se mezclan sucediéndose desordenadamente, constituyendo un delirio polimorfo en el que tan pronto predominan las ideas religiosas, manifiestas por fervientes plegarias dichas en alta voz, como las de grandeza ó de

persecución. Suele de tiempo en tiempo quedar apático, sin alucinaciones, en un estado confasional, con sus ideas de grandeza, sin coherencia, sin fuerza y sin provocar reacción.

Cree defender el «honor de Dios» á la vez que á la patria y á la América del Sud.

Buenos Aires 14 Junio 1909.

RAUL SANCHEZ ELIA.

Buenos Aires, Junio 14 de 1909.

Nómbrase al señor consejero doctor José R. Semprum, al profesor titular doctor Marcial V. Quiroga y al profesor suplente doctor José T. Borda para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente Tesis, de acuerdo con lo establecido en el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez.

Secretario

Buenos Aires, Junio 15 de 1909

Señor Decano:

Esta tesis está en condiciones de Reglamento y puede admitirse.

JOSÉ R. SEMPRUM.

J. T. Borda.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª — Etiología de la Demencia Precoz.

Semprum.

2ª — Formas clínicas de la demencia precoz.

Marcial V. Quiroga.

3ª — ¿Es curable la demencia precoz?

J. F. Borda.

Buenos Aires, Julio 2 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Nº 2024 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez.
Secretario