Año 1909 N.° 2107

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LOCURA COMUNICADA FAMILIAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO I. ORO RAFFINETTI

Ex-practicante menor (1904), mayor interno (1907-1908)
Médico interno del Hospital Nacional de Alienadas

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1909

LOCURA COMUNICADA FAMILIAR

Año 1909 N.° 2107

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LOCURA COMUNICADA FAMILIAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO I. ORO RAFFINETTI

Ex-practicante menor (1904), mayor interno (1907-1908)
Médico interno del Hospital Nacional de Alienadas

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — CALLAO — 737

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

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » OLHINTO DE MAGALHAES

Académicos

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. » » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI

Secretario Académico

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

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
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (Suplente)
» » JUVENCIO Z. ARCE

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
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
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUAN R. FERNANDEZ

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 Dermatog. 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
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	JULIO [illegible]. 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
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

Doctor JOSE A. ESTEVES

Profesor extraordinario de Clínica Neurológica en la Facultad de Medicina
Médico del Hospital de Niños
Médico Director del Hospital Nacional de Alienadas

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Y DE

MI HERMANO LISANDRO

A MI MADRE

VENERACIÓN Y RESPETO

A MIS HERMANOS

CARIÑO

A LOS MIOS

AL DOCTOR JOSÉ A. ESTEVEZ

MI MÁS PROFUNDO AGRADECIMIENTO Y SINCERA GRATITUD

Á LOS DOCTORES

HORACIO G. PIÑERO

ADOLFO VALDEZ

DE QUIENES FUÍ PRACTICANTE, MIS EXPRESIONES DE RESPETO

INTRODUCCIÓN

Este trabajo que pone término á mi larga carrera de estudiante, versa sobre un punto de Patología Mental, rama de la Medicina humana, que si bien ha sufrido como las demás ciencias al través de las edades el natural impulso del progreso mismo; hoy aún no la vemos todavía libre de incógnitas, porque muchas de sus partes han recibido, es cierto, la consagración hermosa de una verdad; pero otras en cambio duermen en las sombras misteriosas de lo desconocido, hasta tanto un día el espíritu laborioso en su constante afán de investigar, no las penetre y las disipe con su acción luminosa!

De ahí entonces, que la Clínica Psiquiátrica nos brinde un campo de observación vasto y fecundo. Su estudio que se hace tanto más interesante cuanto más se profundiza, me ha llamado siempre la atención y la curiosidad y es lo que quizás también ha contribuido para que yo vaya á buscar allí

el tópico de mi tesis inaugural, que aún cuando modesta, tiene sin embargo la sinceridad de ser en parte obra del esfuerzo personal, fruto de una continuada observación, que he recogido por espacio de algunos años leyendo á diario en el enfermo mismo; libro abierto, fuente inagotable de provechosas y sabias enseñanzas para el médico.

Elijo como tema la «Locura Comunicada Familiar» que si bien no es desconocida para necesitar de investigaciones nuevas resulta interesante sin embargo porque precisamente constituye una de las formas psicopatológicas que no se observa con la regular frecuencia de las otras. Son relativamente raros por así decirlo, los hechos de esta índole en que la trasmisión de las ideas delirantes, se ejerce con iguales caracteres entre varios miembros de una familia, como he tenido oportunidad, de ver algunos casos y de los cuales me ocuparé con el merecido detenimiento porque son los que verdaderamente inspiran este trabajo.

Puedo adelantarme diciendo que durante mis años de internado en el Hospital Nacional de Alienadas, donde hay como naturalmente se comprende, toda la gran variedad de formas mentales, dado el número de enfermas que se asisten; no recuerdo haber visto un caso tan clásico é ilustrativo de Locura Comunicada Familiar, como el qne menciono en la segunda historia clínica.

La literatura médica por otra parte, no es tan rica y abundante que digamos tampoco, en observaciones de hechos de esta naturaleza y si algunos de los autores modernos se han ocupado del punto con cierta preferencia, hay otros en cambio que solo lo tratan en sus obras de una manera general, cuando no de paso, mencionándolo apenas según he tenido oportunidad de comprobarlo.

Antes de entrar ahora directamente á formular las condiciones en las cuales se desarrolla la Locura Comunicada, voy á hacer primero una breve reseña histórica de los trabajos y estudios efectuados al respecto, á fin de conocer la marcha que ellos han seguido. Luego me ocuparé de los factores etiológicos que intervienen en el mecanismo de producción de esta forma particular de alienación mental—Los delirios que tienen mayor tendencia á trasmitirse —Las variedades clínicas con que suele ésta presentarse-—Su pronóstico—Tratamiento y por fin describiré los casos clínicos, cuya evolución he seguido pacientemente por espacio de algún tiempo y que son las que en realidad fundan la índole principal de este trabajo.

RESEÑA HISTORICA

Veamos la evolución histórica que han seguido estos estudios, que hoy todavía llaman la atención del psicólogo y del médico alienista.

Podemos desde luego decir, que no tienen un origen muy remoto, pues recién en el año 1860, se recogieron algunas observaciones aisladas, sobre casos de locura comunicada que se publicaron.

Entre los autores de esa época, unos empleaban el término de locura comunicada (Baillarger entre ellos) y otros designaban esta variedad mental, bajo la denominación de locura á dos.

Poco tiempo más tarde Moreau (de Tours) y M. Dragón publicaron casos de delirio similar en sugetos que hacían vida común, pero solamente á título de simples curiosidades científicas.

En su tesis inaugural del año 1868, Maret cita de paso un ejemplo de delirio de persecuciones en dos esposos, que habían sufrido juntos durante

largo tiempo la influencia de grandes traumatismos morales.

Legrand du Sáulle en el año 1871, estudia superficialmente el punto en su obra sobre el delirio de las persecuciones. Es necesario llegar al año 1877, época en que Lasegue y Falret dieron á conocer recién los verdaderos fundamentos de esta cuestión.

El hecho curioso de un individuo que viviendo en contacto con un alienado perseguido, concluyó por presentar la misma forma de delirio, fué lo que llamó la atención de dichos autores, quienes consideraron esta particularidad mórbida como el resultado de una trasmisión delirante designándola con el nombre de locura á dos ó comunicada.

En ese mismo año presentaron en colaboración un hermoso trabajo á la Sociedad Médico-Psicológica de París, con varios casos clínicos muy demostrativos; exponiendo magistralmente las condiciones necesarias en que se produce y desarrolla dicha enfermedad. A esa memoria corresponde todo el mérito de estos estudios, ella coronó de gloria é inmortalizó los nombres de Lasegue y Falret, abriendo además una era nueva de investigación científica para la patología mental.

En el año 1880, Regis presenta su tesis memorable, que versa sobre locura á dos y en que sostiene distintas ideas al respecto. Para él, los personages

que intervienen en el desarrollo de esta forma psicopatológica que estudiamos, son desde un comienzo francamente alienados; es decir pues que no existe comunicación delirante y lo que se produce es más bien un estallido simultáneo de la psicósis en ambos sugetos, en virtud de ciertas y determinadas condiciones,—de ahí que este autor creó la denominación de locura simultánea.

Maradón de Montyel en 1882 hace algunas publicaciones sobre locura á dos, estudia las relaciones que con ella tiene el fenómeno de la imitación y la divide á la vez en tres grupos; locura impuesta, locura simultánea (típo Regis) y por fin locura comunicada propiamente dicha á la que Lasegue y Falret hicieron referencia en su primer trabajo. Conviene naturalmente tener presente estos tres tipos, porque facilitan la clasificación de los hechos clínicos; aunque bajo el punto de vista psicológico no hay más que una locura á dos, en que el desarrollo puede hacerse, eso sí, de diferente manera según veremos luego.

Maradón de Montyel, publica luego otras memorias ocupándose de las causas ocasionales que favorecen la trasmisión de los delirios. El mismo piensa en una predisposición psicopática, aunque no fatalmente hereditaria.

Fueron varios los autores que después se ocuparon de esta interesante cuestión. Pages, entre otros,

publicó un caso de locura á tres; Martinecq, uno de locura á cuatro. Taguet, á cinco y por fin Collin el de toda una familia que los anales Médico-Psicológicos del año 1890, lo citaron como ejemplo interesante y novedoso.

Estos trabajos, como los que se sucedieron más tarde, fueron inspirados por la fundamental memoria de Lasegue y Falret, que dejó definitivamente aclarados muchos puntos, é imprimió verdadero rumbo y orientación á estos estudios.

GENERALIDADES

La idea del contagio de la locura podemos decir, que es hija de todas las épocas. Dos opiniones han existido casi siempre; la del vulgo en general, que ha llegado hasta creer, que con solo oir delirar un loco uno también podía volverse loco y que bastaba el simple hecho de ser internado en un asilo para perder completamente la razón y la opinión de los médicos alienistas contraria á esta última.

La casi totalidad de los autores, han sentado como un principio, que los alienados entre si no se estiman, ni se entienden, ni conspiran porque como su mismo nombre lo indica, (Alienus) quiere decir extraño al mundo que lo rodea.

Por otra parte, el alienado cualquiera que sea la forma de su enfermedad, resiste con verdadera obstinación á todos los argumentos que puedan hacerse en contra de sus ideas, vive de su propia inteligencia, plegado continuamente á las falsas y

absurdas concepciones, producto de su imaginación enferma; como si una barrera infranqueable lo separase del ambiente exterior de la vida habitual y de sus mismas impresiones.

¿Pero si los alienados no tienen influencia los unos sobre los otros, su acción puede acaso extenderse, sobre las gentes sanas de espíritu?

La idea opuesta ha prevalecido casi siempre en el mundo científico. Se cuenta que un hombre de gran mérito, uno de los especialistas quizás más eminentes, queriendo demostrar sus profundas convicciones sobre la imposibilidad de este hecho, no trepidó en entregar uno de sus pequeños hijos, á una mujer demente inofensiva para que lo criase. Pasaron los años y un buen dia, dice la leyenda, cuando el niño comenzó á darse cuenta de las cosas, dijo á su padre con cierta extrañeza y en su lenguaje sencillo: «¿Sabes papá que la Señorita X.... dice demasiadas tonterías?» Pues bien, esta joven inteligencia, se había desarrollado normalmente, apesar del contacto incesante con un espíritu enfermo.

Tales eran entonces las ideas que al respecto reinaban, cuando Lasegue y Falret publicaron su primer trabajo. Dichos autores han comprobado la acción y la influencia que en realidad puede llegar á ejercer un espíritu enfermo sobre un espíritu aparentemente sano, en la intimidad de la vida

privada y en virtúd de condiciones especiales:

Pero de allí á querer establecer de un modo sistemático, que todo individuo viviendo en relación con estos enfermos, se expone á los serios peligros de un contagio, hay naturalmente un gran paso.

El alienado, han dicho Lasegue y Falret, no actúa sobre las gentes sanas de espíritu, si estas á su vez no actúan sobre él. La vida en común con estos enfermos suele ser perjudicial es cierto, pero para aquellas personas, hereditariamente predispuestas y no precisamente, en virtud de un contagio del delirio tampoco. La prueba la tenemos en la rareza de casos de alienación mental, ocurridos entre el personal de médicos y enfermeros encargados los unos del tratamiento científico y los otros de la vigilancia y cuidado directo de estos enfermos en los Manicomios. Que la influencia nociva de este medio pueda hacerse sentir con sus funestos efectos, sobre aquellas personas taradas, no es extraño. Ellas son precisamente las que corren el riesgo de perder su salud psíquica ante las impresiones del cuadro triste, de emocionantes escenas que la vida del alienado en el asilo habituaimente les ofrece.

Los hereditarios nunca deberían vivir en comunidad con estos enfermos, ha dicho Kraft Ebing y con muy justa razón.

Muchas veces sucede que el asistente en el asilo,

no siempre se resigna á ver sufrir al alienado preso de sus ideas absurdas, extravagantes y de sus alucinaciones que lo atormentan sin cesar y entonces compadecido ensaya todos los medios posibles á su alcance, en bien de la salud del enfermo; se empeña, se preocupa por él, prodigándole toda clase de cuidados en la esperanza y justo anhelo de llegar á devolverle la luz de la razón. Si á las primeras tentativas, fracasa en su noble empresa (como generalmente sucede), èl se esfuerza más aún y si nada consigue se irrita, se desalienta, se fatiga, se agota moralmente y hasta concluye después de un tiempo por sufrir la influencia peligrosa de su congénere, si no es un tipo mentalmente bien equilibrado.

Pero como digo, estos son sugetos que por lo general están ya de por sí predispuestos y no pudiendo entonces mostrarse indiferentes, se imponen ese trabajo inutil del cual solo obtienen consecuencias tan sensibles como dolorosas.

Felizmente no es común observar en los Manicomios estos hechos. Por el contrario, es en la intimidad de la vida familiar misma donde se ven; alli donde precisamente por un cúmulo más de circunstancias, la línea de separación entre el alienado y los que lo rodean, deja ya de ser tan absoluta. Son pues á esos casos á los que se refiere nuestro estudio y á los cuales consagraré particularmente toda mi atención.

En las condiciones ordinarias como vemos, no es posible entonces, la trasmisión de la locura, del alienado al individuo sano de espíritu. Es necesario para que el fenómeno se produzca, que exista desde luego un cúmulo de circunstancias especiales de las cuales, nos ocuparemos enseguida.

LOCURA A DOS Ó COMUNICADA PROPIAMENTE DICHA

Después de tan breves consideraciones, entremos de lleno al estudio del verdadero tipo de la locura á dos, considerada como el resultado de una trasmisión delirante, de donde también su nombre de locura comunicada y que Lasegue y Falret supieron interpretar y describir magistralmente en su genial memoria del año 1877. En el desarrollo de esta forma delirante particular, intervienen dos ó más personajes en que cada cual tiene su rol.

El problema comprende desde luego dos términos, entre los cuales hay que resolver una ecuación, de una parte el sujeto que crea el delirio, sujeto activo ó actor como también se le llama y de la otra, el sujeto pasivo ó confidente que sufre bajo distintas formas y en grados diversos, la influencia de aquél.

El alienado verdadero, de por sí, librado á sus instintos patológicos es relativamente fácil de examinar, pues él no hace más que enunciar continua-

mente, las ideas que lo obsecan, cuando no queda encerrado en un mutismo sistemático, como á veces sucede y que no es tampoco menos significativo. Lo contrario ocurre por lo general, cuando se trata de su asociado, de su cómplice involuntario é inconsciente. Este por lo general es más razonable y sus convinciones; están lejos á veces de tener un carácter francamente mórbido. Al principio exterioriza en una forma vaga y velada las concepciones delirantes que le han inducido, no las sostiene con firme convencimiento, puesto que él no las ha creado, es un alienado por reflejo, un falso enfermo al decir de Lasegue y Falret. No siempre es tarea fácil poder discernir en medio de estos elementos algo confusos, la parte que corresponde al contagio y aquella que pertenece á la naturaleza mental del confidente.

El alienado por su parte, sufre también en un cierto grado la presión y la influencia moral de aquel que se asocia á sus divagaciones. Pero para que se establezca una completa solidaridad delirante entre ambos sujetos, se requiere un concurso de circunstancias especiales, de que á veces no es posible darse una exacta cuenta.

En primer lugar, no todas las formas de delirios pueden transmitirse; es preciso para ello, que revistan desde luego un carácter de verdad, de coherencia y que además tengan un fundamento, una ar-

gumentación más bien lógica y razonable. Hay veces que el delirio es tanto más comunicativo, cuanto más se acomoda á un sentimiento. Si el alienado afirma hechos notoriamente falsos y absurdos, es de pensar naturalmente, que no llegará nunca á insinuarse en el espíritu de las personas que lo rodean y lo escuchan.

Los objetos y las cosas que él ve bajo el dominio de sus alucinaciones, no será visible para los demás; la voz que oye, no será percibida tampoco; la persecusión organizada, hecha pública según él, por intermedio de diarios y escritos, no tendrá por otra parte seguramente el testimonio del libro, ni del periódico, etc. Si en cambio se mantiene en el mundo de las conjeturas y de las interpretaciones; si los hechos que él invoca pertenecen á una época ya pasada y lejana ó no son más que aprehensiones para el futuro, el control directo es indudable entonces que resulta poco menos que imposible. ¿Cómo poderle probar á veces, que el hecho al cual se refiere y detalla minuciosamente no ha tenido lugar en realidad? El lo repite continuamente, lo narra siempre de la misma manera, sin variante ninguna; de modo que su persuación á fuerza de ser monótona y circunscripta, concluye por volverse también comunicativa. El confidente por su parte, no se deja naturalmente convencer, sino cuando el hecho ó la historia que oye narrar le despierta un interés personal.

En estos delirios comunicados existe, desde luego una diferencia de grado entre los sujetos. Aquel que juega el rol de activo, ocupa una posición superior á la del otro. Por lo general, es un patrón que comunica sus concepciones delirantes á su sirviente, ó una hermana ó hermano más instruído, más inteligente, más enérgico el que domina á los otros miembros de la familia y les impone sus ideas.

En cuanto al confidente ó sujeto pasivo, vale decir ese segundo factor de la locura comunicada, se ha dicho que es más delicado el definirlo; pero con una investigación perseverante, se llega también á establecer como en el otro, las leyes que lo rigen. Casi siempre se trata de un tipo intelectualmente inferior, débil de espíritu, falto de carácter, sugestionable; mejor dispuesto á la docilidad que á la emancipación. Se comprende entonces. que si este pobre sujeto es además un hereditario, estando durante un largo tiempo bajo la influencia enervante y depresiva de un alienado, á quien lo ligan intereses comunes, con quien vive en la intimidad más completa, participando de las mismas ideas, aspiraciones, deseos y sentimientos; tiene que concluir también por aceptar sus divagaciones, franquear así el límite que separa el error de la locura y volverse á su vez un alienado.

Es entre los miembros de una misma familia

donde se observa con mayor frecuencia esta uuión delirante, porque allí hay casi siempre carácteres que ejercen la dominación, hay también una mayor comunidad de sentimientos y por fin la influencia de la herencia es una sola.

Lasegue y Falret, han dicho que los niños constituyen un admirable terreno para el desenvolvimiento de estos delirios comunicados. El niño es aprehensivo por naturaleza y confinado en un medio sin expansión, está mejor dispuesto en cualquier momento á constituirse eco de un delirio al cual se le asocia. De razón indecisa, como que no está preparado todavía para la lucha y la defensa de las ideas, fácilmente se deja seducir por las concepciones del alienado con quien vive en contacto. Cree lo que se le dice, con el egoísmo inherente á su edad y su fé en algunos casos va tan lejos, que el alienado mismo titubea en seguirle, lo que parecería entonces que fuese el niño el verdadero creador del delirio, cuando en realidad no es sino su débil reflejo.

En general y salvo raras excepciones, las ideas así transmitidas son más bien de carácter terrorífico, pues se sabe en efecto, que el niño predispuesto á trastornos cerebrales es accesible al temor, al miedo. Casi siempre en estos casos, las manifestaciones sintomáticas consisten entonces en sueños terroríficos, temores en la obscuridad, pesadillas durante la noche, miedo á peligros imaginarios, etcétera.

El niño en cambio, nunca se asocia á los delirios ambiciosos, porque él no comulga todavía con tales ideas, no siente además esas aspiraciones envidiosas hacia el placer y la fortuna, que van apareciendo con los años, á medida que la razón se desenvuelve y que alcanzan su apogeo cuando el niño está próximo ya á ser un hombre. El niño obedece solamente á los instintos de su edad, no tiene la práctica de las cosas, ni la experiencia de la vida y por lo tanto está más fácilmente expuesto quizás á una asociación delirante.

Por el contrario el adulto, el individuo madurado por los años, se constituye como quien dice, en abogado de su propia causa; sabe lo que le conviene ó no; tiene noción de las cosas, bien por referencias ó porque él mismo las ha experimentado y entonces para seducirlo es necesario que correspondan á sus preocupaciones del momento, las fantasías que el alienado crea como producto de su imaginación enferma.

Esta comunidad de sentimientos es posible entonces en la intimidad de la vida; precisamente la cohabitación de un individuo predispuesto, débil de inteligencia y de carácter, con un alienado verdadero sin remisión ni retiscencias, la participación de los mismos deseos, esperanzas y temores; la solicitud de iguales ideas y aspiraciones, dentro del límite de lo posible; amenaza la transición entre la

razón desfalleciente y el delirio. Esta forma de locura que estudiamos, no es el resultado de una invasión súbita; un período prodrómico más ó menos largo es el que prepara incidentalmente las vías. Los sujetos depositan en común sus aspiraciones y sus penas y cuando uno de ellos llega á exceder el límite de lo razonable, el otro no lo franquea bruscamente sino que penetra por una insinuación progresiva. Es entonces poco á poco que ese trabajo de solidaridad se efectúa.

Lasegue y Falret dicen además que para que la conversión delirante sea completa, es necesario que el sujeto pasivo, confidente, asociado ó cómplice como quiera llamársele, esté permanentemente bajo la presión y la influencia moral del alienado, de tal manera entonces que no tenga tiempo suficiente como para retractarse.

Notamos en efecto que en todos los casos de delirio comunicado, la intimidad y las relaciones entre los sujetos, han sido siempre estrechas y largo tiempo prolongadas. El sujeto influenciado recorre desde el comienzo por lo general todas las fases sucesivas del delirio al cual se asocia. Al principio se opone, lucha, se defiende, pero poco á poco va perdiendo terreno hasta que al fin concluye por participar del todo de las concepciones delirantes del primero.

De esta asidua colaboración resulta una homo-

geneidad tal en el pensar y en el decir de los enfermos, que á veces se requiere una larga y constante observación para poder establecer con verdadero acierto cual es el delirante primitivo ó creador del delirio y cual el asociado ó confidente. Ambos sostienen las mismas ideas, se expresan casi con los mismos términos, como si fuese una lección aprendida de memoria. De manera pues, que es necesario separarlos, destruir ese ambiente de unión y comunidad en que han vivido, interceptar esa influencia moral recíproca del uno sobre el otro, para poder entonces romper con el paralelismo y ver á cada cual dentro de su propia esfera, librado á sus propios instintos y manifestaciones patológicas. Es por intermedio de este estudio comparativo que se puede estimar el grado de penetración de la enfermedad adquirida; viéndose además que el término que mejor conviene para designar la situación respectiva de estos enfermos, no es en realidad el de *contagio.*

Después de la separación dicen Lasegue y Falret, el sujeto activo, el creador del delirio, continúa manifestando siempre con la misma tonalidad, las ideas falsas que lo dominan. Es un enfermo verdadero, es un alienado en todo el vasto sentido médico y social del término y como tal resiste con una obstinación patológica á todos los argumentos que puedan hacerse en contra de sus propias divagaciones.

En cambio el otro, el falso enfermo, el alienado por reflejo, como le llaman, que, no ha alcanzado á franquear del todo el límite de lo absurdo, una vez que se le sustrae de la influencia nociva del medio, que deja de sufrir la presión moral de su congénere, pierde poco á poco el convencimiento de sus concepciones parasitarias. No las sostiene con la firmeza y la seguridad de antes, porque le falta indudablemente el apoyo y la adhesión de su compañero, que es en esos casos un auxiliar considerable.

Sin embargo esto no es absoluto, el confidente no siempre conserva la misma pasividad después de la separación y á veces se observa que el delirio persiste durante mucho tiempo, hasta que concluye por fijarse totalmente en este pobre sujeto, quien se vuelve un alienado verdadero, capaz á su vez de influenciar á otro y de transmitirle también sus falsas concepciones. A veces este asociado ó confidente lleva muy lejos las ideas que le inducen y entonces á *prima facie* parecería que fuese él, el verdadero creador del delirio, cosa que en realidad no es así. Sucede en otros casos que la separación de estos enfermos no tienen ninguna influencia y el delirio continúa, revistiendo en el uno y en el otro la misma forma y colorido, lo que quiere decir entonces que ha habido más bien una simultaneidad en el estallido de los fenómenos mórbidos, en vez de una comunicación delirante.

No es siempre tarea fácil á veces poder establecer con precisión el verdadero rol que cada uno de estos sujetos juega en el desenvolvimiento de esta forma mental que nos ocupa. Para ello es necesario un prolijo, atento y continuado estudio; conocer con exactitud los antecedentes de la enfermedad, la marcha y la evolución que ha seguido desde su faz inicial y precisar por fin la época de aparición de los trastornos mentales en uno y otro sujeto.

Para concluir, diremos entonces que la locura á dos ó comunicada propiamente dicha, no es sino el resultado de una verdadera *colaboración delirante*, en la cual cada uno de los colaboradores aporta, en proporción desigual es cierto, su parte de material para la obra común.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Del punto de vista de las condiciones etiológicas que necesariamente intervienen en la producción y desarrollo de esta forma delirante, se ha invocado como factores principales: la predisposición individual y el contagio mental.

El rol importante que la *degeneración heredita-ria* tiene en estos casos, es admitida sin discusión por la casi totalidad de los autores.

Ella fué puesta en luz, primeramente por Morel y luego después con verdadero espíritu de entusiasmo, fué estudiada en sus íntimas relaciones con las diferentes formas mentales, por el ilustre Magnan y sus discípulos.

Todo alienado no es necesariamente un degenerado en el vasto sentido del término y así tenemos que existe una série de intermediarias entre el delirante crónico que no lo es del todo y el obsecado impulsivo que lo es en el más alto grado.

Pueden los degenerados hereditarios ser clasificados en cuatro grupos: idiotas, imbéciles, débiles y degenerados inferiores.

Pues bien, para algunos, los enfermos que presento y son motivo de esta tesis están incluidos entre los del tercer grupo.

Magnan muestra cuán delicadas y traidoras son todavía las pruebas sobre la herencia. Sería, dice, menester investigar prolijamente toda la ascendencia del sujeto en cuestión, para no dejar de lado datos de capital importancia. Esto constituye casi siempre un problema para el médico, porque la familia misma encargada de suministrar los antecedentes, unas veces los ignora, otras veces los oculta y lo que es peor todavía los niega rotundamente con el mayor descaro; de todo lo cual entonces la tarea que el médico se imponía con fin humanitario y científico le resulta infructuosa cuando no inútil por completo.

Volviendo sobre el rol de la herencia, diremos que hay todavía autores que no se pronuncian totalmente en su favor y opinan que en la producción de estas formas de locura á dos ó más, solo se requiere como condición indispensable una simple debilidad mental del participante.

Maradón de Montyel, en cambio dice que la herencia vesánica es casi constante en estos casos y en un total de 87 °/₀ como mínimo.

Por mi parte creo que la predisposición hereditaria es el factor etiológico que debe figurar en primera línea; él es el causante y el generador de todas estas múltiples manifestaciones mórbidas de la inteligencia humana. En la locura comunicada familiar, en que el delirio se transmite de madre á hija, de hermana á hermana, como son los casos que presento, es indudable que ya existe una predisposición de terreno, pues dichos sujetos no solo están unidos por vínculos de sangre, sino también por los lazos de una misma herencia degenerativa y por lo tanto están igualmente expuestos á presentar en cualquier momento bajo la influencia de ciertas causas, las mismas formas de alienación mental. En estos casos el sujeto activo, aquel que crea el delirio, quizás obre más bien como causa ocasional de orden secundario favoreciendo el estallido de la psicosis en los demás. Diríamos que es el que siembra la semilla que luego germina y da su fruto á causa de las inmejorables condiciones del suelo. En una palabra «la gota de agua que hace desbordar el vaso».

Kraff Ebing, es otro de los autores modernos que con brío y entusiasmo sostiene que debe dársele á la predisposición hereditaria una importancia capital de primer orden. No obstante sin embargo, admite excepciones á este respecto y sostiene entonces que es posible que se rompa y destruya el

equilibrio intelectual por la simple fatiga que ocasiona el cuidado de un alienado pariente y en estado de intensa agitación sobre todo.

Nadie ignora con seguridad, cuán penosos son los cuidados á dar á estos enfermos en el seno de la propia familia. A veces estas afecciones mentales tienen una larga duración y muchas de ellas por otra parte una evolución crónica; de manera pues que los miembros de la familia necesariamente tienen que estar durante días, semanas y meses bajo una constante y viva preocupación, á la vez que dominados por el terror que el desgraciado enfermo les infunde. Si de por sí los cuidados y atenciones que á veces son indispensable prestar prolijamente á un enfermo ordinario en el seno de la familia, suele ocasionar cierto estado de surmenage y de nerviosidad, ¿qué se puede pensar entonces de ese estado nervioso en los miembros de una familia en cuya casa se encuentra alojado permanentemente un alienado?.

Se ha hablado también de la acción que pudiera tener el contagio mental. Podemos decir desde luego que en estas circunstancias no desempeña un rol verdaderamente decisivo. El debe ser invocado para aquellos casos en que se trata más bien de personas que no están ligadas por vínculos de sangre y que no tienen tampoco la misma herencia.

Hay quienes excluyen de las locuras por conta-

gio, estos casos que se producen entre hermanos, porque dicen que es la predisposición la verdadera causa de la enfermedad.

De manera pues que la herencia degenerativa, considerada como condición *sine qua non*, con esa tendencia de los miembros de una familia á presentar las mismas manifestaciones psicopatológicas, más la influencia posible de iguales causas exteriores, pueden más que el contagio mental mismo, explicar los hechos clínicos que observamos. El contagio á base de imitación tiene una acción secundaria en esta forma de locura.

DELIRIO QUE SUELE TRANSMITIRSE
SUS CARACTERES CLÍNICOS

Ya hemos visto anteriormente cómo un individuo de espíritu aparentemente sano, puede tornarse enfermo, en contacto con un alienado y cómo dicha enfermedad evoluciona en ambos sujetos bajo un aspecto sensiblemente idéntico.

Veamos ahora cual es entre las formas delirantes la que puede ser impuesta ó comunicada. La observación nos demuestra que es el delirio sistematizado y principalmente de persecución el que ordinariamente se transmite dada la índole de sus propios caracteres. Este hecho está perfectamente justificado y resume la opinión de la gran mayoría de los autores, á contar desde Legrand du Saulle, que fué el primero que lo notó, haciéndolo constar en su trabajo memorable. Maradón de Montyel lo ha confirmado igualmente y este autor considera como excepcionales la transmisión de estados maníacos ó melancólicos.

En realidad pues la casi totalidad de las observaciones publicadas se refieren á perseguidos. Gilbert y Ballet, dicen á este respecto que el más comunicativo de los delirios, es sin duda alguna el de persecuciones.

Según Arnaud, este delirio parcial es el que mejor se adapta á todos los medios sociales, el que presenta mayor carácter de verosimilitud, de lógica y por lo tanto el que reune las condiciones más esenciales para el desarrollo de la locura á dos ó más.

El ilustre Magnan dice: el delirante crónico en general, rara veces puede llegar á esparcir su delirio entre las personas que viven con él—el perseguido perseguidor en cambio fácilmente transmite sus concepciones mórbidas. Con esa aptitud de oprimido con que suele presentarse, relatando sus infortunios consigue conmover á las personas que lo escuchan, llegando á veces hasta convencerlas de sus ideas, dada la dialéctica con la cual las expone y las sostiene.

El delirante crónico cuando más comunica y transmite sus concepciones delirantes á sus propios parientes ó personas íntimas con quienes vive en comunidad.

El perseguido perseguidor no se limita tanto y por el contrario irradia más allá todavía sus ideas, encontrando defensores hasta en la prensa y en el públi-

co». Es pues el delirio sistematizado de persecución el que tiene una mayor tendencia á comunicarse ó transmitirse.

En los casos de locura á dos ó mas, el delirio no se presenta con caracteres ruidosos por decirlo así, sino más bien bajo una forma atenuada. Se desenvuelve lenta é insidiosamente, los sujetos atacados son ya de por sí de un carácter sumamente desconfiado, por lo general tipos muy sugestionables, aprehensivos y supersticiosos; capaces de dar una interpretación enferma á los hechos más comunes y ordinarios de la vida. Ellos recogen los primeros elementos para organizar su delirio, dentro del ambiente mismo que los rodea y los circunda. Los vecinos, son para ellos casi siempre personas muy mal intencionadas, dispuestas en cualquier momento á ocasionarles un «daño» y de ahí que estos pobres enfermos no encuentran paz ni tranquilidad en ninguna parte. La falta de amigos y de relaciones que generalmente es la consecuencia del mal trato social que emplean, lo interpretan como una prueba evidente de la malevolencia del mundo.

Estos sujetos comienzan generalmente entonces por presentar ciertos cambios, rarezas de carácter y algunas anomalías de la conducta, pero que no llaman mayormente la atención de los parientes ó de las personas con quienes viven en comunidad. Recién se hacen sospechosos á la vista del profano

cuando bajo la influencia de causas exteriores, todas fortuitas, entran en una verdadera faz aguda caracterizada por inquietud, angustia y delirio con reacciones violentas.

Por eso muchas veces es difícil saber con precisión el momento en que han aparecido los primeros indicios y manifestaciones sintomáticas, porque como digo el primer período de la enfermedad, casi siempre pasa desapercibido para la familia, que no le da importancia ninguna y ni siquiera lo toma en cuenta. Por regla general, cuando estos enfermos ingresan al Hospital en busca de un tratamiento, la afección ya está en un período evolutivo avanzado.

Practicando un examen metódico del estado mental de estos enfermos se constatan un cierto número de signos cuya reunión constituye un conjunto clínico particular. En primer lugar, no muestran ni rastros de confusión mental; conservan su orientación en el tiempo y el espacio, lo mismo que la memoria y sentimientos en general. Son enfermos de espíritu muy lúcido, bastante concientes; que tienen juicio de su persona y conciencia de su estado. Espontáneamente exteriorizan las falsas y absurdas ideas que los domina y que son motivo de constantes preocupaciones. Se expresan en un lenguaje correcto y tienen absoluta convicción de lo que dicen. Aún dentro de su propio delirio razonan

y argumentan con muy buena lógica. En una palabra son enfermos capaces de llevar la duda no digo al espíritu del profano, sino al espíritu del médico mismo poco experimentado que no ha tenido oportunidad de observar y ver casos análogos.

He aquí rápidamente bosquejado la parte principal del cuadro mórbido. Vemos que es el delirio en sí quien dá toda la característica á esta forma clínica, contrariamente á lo que sucede con otras enfermedades mentales.

Un carácter esencial de este delirio es la extrema lentitud con que evoluciona. Por lo general los enfermos atacados de paranoia en el sentido de Krœpelin, de psicosis por interpretaciones delirantes en el sentido de Capgras; los perseguidos típicos razonadores procesivos no alucinados; no conservan siempre su delirio de una manera fija é invariable durante meses y años; generalmente el número de los perseguidores imaginarios aumenta y entonces el delirio poco á poco se vá enriqueciendo. En cambio en nuestros enfermos el delirio se presenta con un mayor carácter de verosimilitud, pertenece á la categoría de los delirios sistematizados y coherentes, pero es de un contenido pobre y no se enriquece con el tiempo tampoco.

VARIEDADES DE LOCURA A DOS

Forman parte también del grupo, designado con el nombre genérico de locura á dos, la locura impuesta, simultánea, gemelar é inducida. Estas denominaciones que á primera vista parecerían acusar tipos mentales completamente distintos, no indican en realidad sinó formas ó modalidades clínicas de un mismo fenómeno mórbido. Entre ellas solo existen diferencias de grado por decirlo así, deducidas de la observación misma que se tiene de los hechos.

En la *locura impuesta*, como se llama atendiendo á la clasificación hecha por Maradón de Montyel, es un individuo sano de espíritu el que momentáneamente acepta como verídicas las ideas delirantes de un alienado, ya sea porque dichas ideas tienen un carácter de verdad, alguna lógica y cierto fundamento ó bien porque el sujeto mismo moralmente débil se deja fácilmente impresionar por

ellas. Esta variedad tiene un tipo de semejanta tal con la locura comunicada propiamente dicha, que podemos decir que á ella respondieron la mayor parte de los casos y observaciones que Lasegue y Falret, presentaron en su célebre memoria fundamental sobre esta última forma psicopatológica citada.

La *locura simultánea* que fué muy bien estudiada por Regis en su tesis del año 1880. Aquí el delirio estalla á la vez con idénticas manifestaciones en dos ó más sujetos. En estos casos se trata de tipos predestinados á la locura con tara hereditaria casi siempre; miembros de una misma familia por lo general que viven en una intimidad completa, participando de iguales ideas, aspiraciones y sentimientos y que bajo la acción de causas ocasionales también comunes, vuelven alienados. Son como vulgarmente se dice «dos cabezas en un mismo bonete».

Algunos consideran esta forma de alienación como una coincidencia patológica únicamente y otros como el resultado de una influencia moral recíproca entre dichos sujetos igualmente predispuestos y en contacto. Las falsas concepciones y alucinaciones, se corresponden entonces, de manera á formar un todo, presentándose simultáneamente y con idénticos caracteres en ellos.

Citemos la *locura gemelar*, cuyo estudio tan in-

teresante se debe al ilustre psiquiatra Benjamín Ball. Este autor se ocupó de buscar las similitudes que pueden presentar los gemelos al llegar á la edad adulta y observó que muchas veces no existe ninguna semejanza de carácter y de organización entre ellos; que otras tan solo ligeras analogías familiares son las que los unen y que por fin en otros casos, muestran por el contrario del punto de vista intelectual, de la fisonomía y de la expresión; de la enfermedad y de la salud, un parecido tan perfecto que llega hasta la identidad misma.

Ahora bien entre ellos no solamente son estas analogías ó semejanzas del punto de vista físico exterior las que se acusan sinó también del punto de vista de la organización íntima del sistema nervioso y del funcionamiento cerebral.

Y así como se ha vísto una enfermedad común, evolucionar en dichos seres á un mismo tiempo casi y con iguales caracteres; así también se ha podido llegar á observar en ellos el desarrollo simultáneo de la alienación mental.

Existen en la ciencia pocos casos de locura gemelar; pero cuando ella se presenta recordemos que debe reunir los siguientes caracteres: simultaneidad en la explosión de los fenómenos mórbidos; paralelismo de las concepciones delirantes y de todos los otros trastornos psicopatológicos; espontaneidad del delirio en cada uno de los individuos que se encuentran atacados.

En todas las observaciones que se han conseguido recoger á este respecto, se comprende que la forma del delirio es esencialmente la misma en ambos sugetos y que el tiempo de aparición de los trastornos mentales coincide de la manera más evidente en el uno y en el otro; lo que prueba una vez más entonces, que entre ellos existe indiscutiblemente una profunda similitud en la organización mental y un funcionamiento fisiológico que marcha paralelamente por así decirlo.

Los gemelos son hermanos que están todavía más estrechamente vinculados que los otros; nacidos al mismo tiempo, concebidos en condiciones idénticas, ellos han debido sufrir naturalmente las mismas influencias durante todo el transcurso de la gestación y de ahí esa analogía tan marcada que presentan.

Ahora bien estos trastornos psicopatológicos que suelen observarse en ellos y que tanto en uno como en otro siguen una marcha absolutamente idéntica, dada la similitud de organización y funcionamiento cerebral que los liga, son casi siempre el producto de una tara mórbida, de una herencia degenerativa.

Tenemos por fin otra variedad más, que es la *locura inducida*, puesta en luz por el alienista norte americano Kiernan.

Este autor dice haber visto transmitirse las con-

cepciones delirantes de un alienado verdadero á otro. Los hechos de este género me parecen muy extraños sin embargo, por lo menos son contrarios á lo que diariamente se observa. Sabemos que por lo general los alienados tienen entre sí más bien cierta antipatía y escuchan con bastante indiferencia las concepciones delirantes de sus camaradas, sin dejarse influenciar por ellas. Cada cual es dueño absoluto de su propio delirio se ha dicho y con muy justa razón. No existiendo entre los alienados según vemos, esa influencia moral recíproca, es dudoso admitir entonces esta variedad mórbida denominada locura inducida y de la cual por otra parte la ciencia misma no tiene tampoco observaciones, ni hechos clínicos suficientes en qué fundarla.

LOCURA COLECTIVA

Vigouroux y Juqüelier, insisten en su trabajo, sobre la facilidad con la cual ciertas multitudes, se han dejado influenciar por alienados, adoptando sus ideas mórbidas bajo el impulso de las cuales han llegado á cometer á veces los actos más insensatos, extravagantes y peligrosos. En la época de la Edad Media, los casos de epidemia de locura de carácter místico, fueron numerosos.

Según se ha podido ver, entre las emociones mórbidas, no hay ninguna que tenga una tendencia tan marcada á propagarse rápidamente y sobre todo bajo la forma de epidemia, como la locura religiosa. El delirio místico suele existir á veces aislado, pero casi siempre constituye un síntoma de histeria, de ciertas afecciones psíquicas particularmente á forma melancólica.

Las monomanías, ya sean razonantes ó instintivas pueden propagarse por imitación. Pero siempre

es más fácil que se propaguen las primeras que las segundas. En efecto, la monomanía razonante, es la consecuencia de concepciones erróneas y la facilidad con la cual las concepciones pueden trasmitirse á espíritus débiles y por lo general apasionados; puede desde luego explicar suficientemente el carácter epidémico de ciertas monomanías sobre todo de aquellas fundadas en ideas políticas ó religiosas.

Se puede con Ribot reducir á una clasificación simple las manifestaciones de la locura religiosa y considerar: las formas depresivas y las formas exaltadas.

Entre las primeras señalemos la Melancolía religiosa pura y simple (ansiedad á base de ideas de ruina, auto-culpabilidad, etc.) A propósito de la transmisión de esta forma delirante, Ribot, cita el siguiente caso que es interesante: N. N., niña de 18 años, atacada de depresión melancólica con ideas delirantes de carácter místico, alucinaciones y obsesiones, se pasaba los días y las noches rezando y haciendo rezar á sus propios parientes. Un buen día esta desgraciada familia cerró las puertas y ventanas de la casa que habitaba; todos se sentaron luego alrededor de una mesa con la Biblia y un libro de misa por delante. El padre y la madre dando fuertes puñetazos sobre la mesa, exclamaban: «sí todo está bien, eso debe ser». Toda persona

extraña que pretendía entrar á la pieza, era despedida á golpes. La más violenta y agresiva de todas era la hermana menor, es decir, la creadora del delirio.

Los vecinos como es natural se alarmaron al ver este estado anormal de cosas, dieron parte á la policía, quien tuvo que llevar un verdadero ataque á la casa, penetrando á la fuerza y con violencia para poder así reducirlos á todos. Fueron transportados al Hospital, donde permanecieron poco tiempo, saliendo de alta mejorados».

Se sabe que la obsesión de la predestinación (protestantismo), la penitencia, el ascetismo (menosprecio de sí mismo, mortificación física), la mutilación, el suicidio religioso, han tomado en ciertas épocas verdaderos caracteres de epidemias. Los grandes desastres colectivos (epidemias, cataclismos, etc.), han sido á veces considerados por los sacerdotes como manifestaciones de la cólera divina y en el temor supersticioso de males aún mayores, la piedad, la devoción aumentaba como es natural. Con el fin de apaciguar la divinidad temible cada cual ofrecía sacrificios; unos privábanse de sus propios bienes y otros se imponían grandes torturas y sufrimientos físicos. Bastaríanos recordar aquí solamente, las epidemias de penitencia que coincidieron con la llegada del año 1000.

En otras circunstancias era con el fin de rescatar

numerosas faltas, que toda una población se sometía á la penitencia. La mutilación, la castración, han sido verdaderos suicidios parciales cometidos casi siempre bajo la influencia de ideas religiosas. Precisamente la castración y la amputación de los senos era uno de los ritos habituales de la secta de los Skoptzi.

Por fin en otros casos se ha llegado hasta el suicidio mismo, como sucedía con los Indus que se arrojaban en masa bajo las ruedas del carro de Djaganâtra.

Una de las variedades más comunes de locura religiosa, ha sido la demonomanía ó demonopatía, que se observó particularmente durante la Edad Media, bajo las formas de verdaderas epidemias.

Para darse cuenta del poder comunicativo que tomó esta forma de locura, en una época en que las creencias religiosas estuvieron sólidamente arraigadas en el espíritu de lospueblos, hay que consultar el célebre trabajo de Calmeil, que constituye una mina verdaderamente inagotable de ejemplos de demonopatía colectiva. Es una especie de revista general de psicopatología, que abarca parte de los siglos XV, XVI, XVII y XVIII.

La transmisión de ideas delirantes, sobre todo de carácter místico, de alucinaciones múltiples, de fenómenos histeriformes, etc., se encuentran consignados en documentos históricos, recogidos por este autor.

La locura epidémica pues, ha despertado en todo tiempo, la atención no solamente del médico, sino también del filósofo y sociólogo.

Durante los siglos XVIII y XIX, se observaron en Rusia numerosas epidemias de suicidio religioso, en los cuales los enfermos se hacían enterrar vivos.

La última de estas epidemias psíquicas fué estudiada por el profesor Sikorski, la que se produjo en Ternovo (Rusia Meridional) en el año 1897. Una comunidad de viejos creyentes, bajo la influencia de un fanático, resolvieron morir antes de dejarse inscribir en los registros de empadronamiento. Ellos consideraban esto como un sacrilegio y para escapar entonces á las imaginarias persecuciones contra su fé, tomaron esa extrema resolución.

Uno de ellos se encargó de llenar y tapar las fosas, que habían sido cavadas por las mismas víctimas, jurando que después de cumplir su misión se mataría.

El ayudó en realidad á bien morir, á 25 de las personas de la comunidad, pero después no tuvo el valor suficiente para cumplir con su juramento».

Sikorski y Raimann afirman que Rusia ha sido uno de los pueblos europeos más azotado por esta clase de epidemias no menos peligrosas. Raimann se ha preocupado mucho de esta interesante cuestión y tiene un trabajo donde cita numerosos ejem-

plos y observaciones muy demostrativas. Habla igualmente del rol importante que tiene el sentimiento religioso en la propagación de estas epidemias. Entre otras cosas recuerda el de un tal Kanigsberg, que en pleno siglo XIX, se hacía pasar en su pueblo por el hijo de Dios anunciando una era nueva para el año 1836; personas más ó menos instruídas y pertenecientes á la mejor sociedad de allí, se unieron á sus doctrinas y creyeron en su origen divino.

Más ó menos por esa misma época, una niña hija de aldeanos, llamada Margarita Peter, atacada de un delirio religioso con fenómenos alucinatorios intensos, consigue persuadir á un gran número de personas de que ella luchaba con el diablo y de que estaba dotada de poderes sobrenaturales.

En la época actual, la demonopatía no existe, tal como se observó durante los tiempos de la Edad Media.

El misticismo, la creencia en los demonios, brujerías, hechiceras, etc., han ido desapareciendo. Sin embargo el amor á lo maravilloso por un lado y la predisposición al automatismo psicológico por el otro, siempre han subsistido; las viejas supersticiones han sido reemplazadas por otras y los fantasmas no han hecho más que cambiar de nombre.

A los demonópatas poseídos por el demonio les han sucedido los espíritus. A los místicos, que veían

á Dios y escuchaban su voz, les han sucedido los mediums visuales y auditivos Ahora respecto á las formas mórbidas exaltadas del sentimiento religioso, derivan dice Ribot, de la atracción y del amor; tales son las éxtasis, la teomanía, en la cual el paciente se cree Dios ó inspirado por Dios.

La teomanía es la antitesis completa de la melancolía demoníaca y se acompaña de una alegría inalterable y de una exaltación de la personalidad. La historia registra varios ejemplos concernientes á epidemias de estas formas de exaltación mórbida del sentimiento religioso, de los cuales no me voy á ocupar.

Hay entonces hechos incontestables que nos prueban cómo ciertas colectividades, compuestas sobre todo de individuos poco inteligentes, faltos de carácter, débiles de espíritu, sugestionables, mejor dispuestos á la docilidad que á la emancipación, han podido también dejarse influenciar por ideas mórbidas, cometiendo bajo su impulso los actos más graves y delictuosos solo imputables á manifestaciones de un verdadero desequilibrio mental.

Felizmente esas enfermedades epidémicas del espíritu, como les llamó Ribot, han ido también desapareciendo, á medida que las condiciones morales de los pueblos han ido mejorando bajo el impulso de la civilización y del progreso.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico.—El diagnóstico de la locura á dos ó comunicada se hace de por sí. Basta conversar con ambos sujetos para darse cuenta que se trata del desarrollo de un drama á dos personajes. El diagnóstico se le puede también hacer por el examen de uno de los sujetos protagonistas solamente.

Por ciertos detalles, uno mismo enseguida se apercibe que está en presencia de un resitado incompleto y del cual no se oye nada más que una de las voces de un diálogo—como quien dice—por otra parte, el enfermo momentáneamente aislado, no hace más que hablar constantemente de su compañero de delirio, invocándolo en todos los momentos como el mejor testigo de sus propias aseveraciones.

Pronóstico.—En cuanto al pronóstico varía según se trate del sujeto activo ó del sujeto confidente. Se ha dicho que el pronóstico de la enfermedad es

más benigno en el sujeto pasivo ó confidente. Este por regla general, es el menos atacado y basta con sustraerlo á veces de la presión é influencia moral de su congénere, para que el delirio desaparezca en él completamente. En cambio el sujeto activo aún después de la separación, continúa delirando de acuerdo con la naturaleza de su propia afección.

El confidente sin embargo no siempre es un alienado por reflejo ó un falso enfermo, según la expresión de Lasegue y Falret, hay veces que lleva tan lejos las falsas concepciones que le inducen, que él también concluye por franquear del todo el límite de lo absurdo, volviéndose á su vez un alienado verdadero en el vasto sentido médico y social del término. En este caso es claro que la separación no puede tener entonces mayor influencia y el pronóstico de la afección resulta tan sombrío para el uno como para el otro.

Tratamiento.—Para el tratamiento de la locura á dos ó comunicada, la separación y el aislamiento de los sugetos atacados se impone como condición primera.—Es este un principio, sobre el cual todos los autores están de acuerdo. En efecto hemos podido comprobar en varios casos observados, la influencia tan favorable y benéfica que tiene la simple separación sobre todo para el sugeto confidente, quien una vez alejado del delirante activo, comienza por mejorar del punto de vista mental,

abandonando poco á poco las falsas y absurdas concepciones que aquel le indugera. La prueba de esto la tenemos en que cada vez que ambos sugetos, se ponen en contacto como quien dice, la chispa se enciende y el estallido del delirio se produce nuevamente.

Raimann, insiste una vez más sobre la necesidad que hay en tanto que sea posible, de aislar al alienado del resto de la familia, para evitar así la influencia moral nociva de este sugeto sobre los demás parientes. He ahí hasta cierto modo una medida de orden profiláctico ó lo que se podría llamar muy bien un tratamiento profiláctico de la locura.

La permanencia de un alienado en el seno de los suyos, no solo es perjudicial para los miembros de la familia, principalmente para aquellos que tienen una mayor predisposición á esta enfermedad, sinó tambien para él mismo que no puede recibir como debiera los cuidados indispensables que su estado requiere en esos casos

He aquí las palabras de Raimann: «Los alienados en general,cualquiera que sea la forma de su delirio, no deben permanecer en el seno de la propia familia. Las probabilidades de una transmisión delirante son tanto menores, cuanto que los cuidados que el enfermo necesita, le son suministrados por personas extrañas».

Entre los autores que actualmente se ocupan de

la cuestión Arnaud, es quizás el único que indica, la influencia de este tratamiento, sobre las diferentes formas ó modalidades clínicas de la locura á dos. Al principio de este trabajo hablamos de dichas variedades clínicas, haciendo resaltar los razgos característicos que las distinguen; de manera pues que no insistiremos más sobre ese particular. En la locura impuesta, dice Arnaud hay que recurrir á la separación de los enfermos atacados, lo que dá un excelente resultado. En la locura simultanea, tipo Regis, la separación no tiene acción curativa, pero es útil en el sentido que disminuye el eretismo cerebral y la tendencia á los actos graves y delictuosos. En la locura comunicada propiamente dicha, la separación no tiene mayor influencia sobre la evolución de la psicosis.

De cualquier manera pues, en presencia de estos casos de locura á dos ó más, la separación y el aislamiento de los enfermos se impone como primera condición, para los fines de un tratamiento racional y científico.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS

SERVICIO DEL DR. JOSÉ A. ESTEVES

M. R. de P. y A P.—(madre é hija respectivamente) ingresan á este Hospital el mismo día (16 de Julio de 1908).

M. R. de P. argentina—viuda—de 55 años de edad—católica—y A. P. argentina—soltera—de 31 años de edad—recidentes en esta Capital—se ocupaban de los quehaceres domésticos y llevaban una vida cómoda y tranquila.

M. R. de P. ha sido habitualmente una persona retraída,de un carácter más bien enérgico, dominante y de un temperamento algo nervioso· Su hija A. P. tambien ha sido de carácter violento y un poco irritable. Poco afecta á los paseos y diversiones. Ha tenido cierta predilección por la lectura y de ahí que posea una instrucción general relativamente buena. Sin pasiones dominantes. Ha llevado una vida apacible. No ha tenido grandes sufrimientos

morales, ni tampo disgustos y sinsabores que hubieran podido turbar la felicidad de sus días juveniles. Aparte de su carácter, algo raro como digo; esta niña no presentaba otras anomalías particulares que hubieran podido hacer sospechar en un posible desequilibrio de su mentalidad.

Enfermedad actual.—Según manifestaciones de los parientes, fué recien á fines del mes de Mayo de 1908, cuando se comenzaron á notar en A. P. los primeros indicios y manifestaciones sintomáticas de un estado psíquico anormal. Poco á poco se fueron acentuando los síntomas, caracterizándose al fin por ideas delirantes de carácter persecutorio. Alucinaciones de la vista y principalmente del oído, en armonía con sus concepciones mórbidas. Oía la voz de un novio (imaginario) quien se había enloquecido por ella.

Sentía voces que la acusaban de haber sido la causante del suicidio de un hombre casado, por no haber ella correspondido al amor que aquel le profesaba. Un oficial de policía tambien la requería de amores y al verse desdeñado lloraba y le suplicaba que le atendiera.

Los vecinos constantemente la insultaban, sin que ella les diera motiva alguno.

Fuera de esto A. P. se mostraba muy razonadora, lúcida, con su orientación, memoria afectividad y sentimientos en general perfectamente conserva-

dos. Tenía juicio exacto de su persona y conciencia de su estado.

Pasó algún tiempo y esta pobre niña considerándose siempre víctima de sus perseguidores amorosos (imaginarios), y de las ofensas injuriosas que todo el vecindario le dirigía;pidió con insistencia á su madre que cambiaran de domicilio, con el fin de sustraerse á tanta malevolencia y en la esperanza de que en otra casa seguramente encontrarían mayor paz y tranquilidad. Como sus ruegos y súplicas en ese sentido aumentaran día á día, la pobre madre comenzó entonces por inquietarse realmente.

No dormía durante la noche y la duda de que todas esas aseveraciones que su hija formulaba pudieran ser obra de la realidad ,en vez de su imaginación alucinada, fué también poco á poco invadiendo su espíritu. Las sospechas aumentaron cada vez más, hasta que al fin esta pobre señora concluyó por imponerse personalmente de todas esas voces insultantes que partían del vecindario dirigidas ya no solamente á su hija sinó también á ella. Fué entonces que ésta, asociándose á las divagaciones de su hija entró en una verdadera faz aguda de delirio con reacciones violentas. Se tornó sumamente irascible; daba gritos desaforados en la casa, al punto de que un día tuvo que intervenir la policía á pedido de los vecinos.

Ante estas circunstancias, los parientes resolvieron la internación de ambas enfermas.

Observaciones.—Julio 16 de 1908.—A. P., ingresa algo excitada. Muéstrase muy contrariada por el abuso cometido con su pobre madre al internarla en este Establecimiento, tan injustamente. Al examen psíquico se descubren ideas delirantes de carátcer persecutorio bien marcadas y alucinaciones del oído en armonía con sus concepciones mórbidas. Por lo demás es una enferma que conversa y argumenta las cosas con bastante buena lógica. Es lúcida y bastante conciente. Está bien orientada, conserva su memoria y sentimientos en general.

No quiere dejarse vacunar (práctica que se sigue con todas las enfermas en el momento del ingreso) porque dice que ella no es igual á las demás enfermas, pues se considera de clase y posición social algo más elevado. Se excita mucho y se pone hasta obcena cuando se intenta practicarle esta pequeña operación. Se resiste también al examen físico, por considerarlo innecesario.

La madre en cambio ingresa en estado tranquilo. Responde bien al interrogatorio. No se muestra contrariada y tiende más bien á adaptarse al nuevo medio que la rodea. Dice que ha venido únicamente para acompañar á su hija, pero que ella no está enferma. Confiesa que su hija tuvo un ataque de nervios exteriorizado por una gran agitación, lo que motivó para que se llamara á la policía. Es muy lúcida, consciente y no deja exteriorizar claramente

sus ideas delirantes. Sin embargo accede y consciente en todo lo que la hija dice.

Como primera indicación terapéutica en este caso, se procede á la separación y aislamiento respectivo de las enfermas. Quedan en asistencia en el Servicio á cargo del Dr. José A. Esteves.

Julio 17.—A. P. se encuentra algo más tranquila. Ha dormido cuatro horas. Manifiesta que estando en su casa oía voces que le decían que era una *serva*, una *paria*, una *salvage* y una *ladrona*. En el resto de la conversación ha repetido lo que ya hemos consignado anteriormente.

Julio 19.—Refiere al practicante durante la visita, que ha oido una voz de mujer que desde la puerta le reprochaba de haberle robado al novio. Ella no ha visto á la persona que ha pronunciado tales palabras. Ha visto también, á un ex novio suyo, acercarse á la ventana y ejecutar actos indecorosos, teniendo ella que intimidarlo para que se retirase.

A. P. se encuentra completamente adaptada al medio ambiente que la rodea. Ha confesado á la hermana de caridad, encontrarse completamente bien en el Pabellón y le ha expresado sus deseos de quedarse definitivamente.

Su madre (M. R. de P.) se encuentra igualmente tranquila. Ha dormido con regularidad désde el día de su ingreso. El examen psíquico de esta seño-

ra no revela perturbación alguna cuando se lo practica superficialmente; no así cuando se insiste en el interrogatorio, halagando al mismo tiempo su amor propio y haciendo de modo que cobre suficiente confianza hacia el que la interroga en cuyas condiciones manifiesta que debido á la irascibilidad de su hija A. P. se ha visto obligada á cambiar de casa frecuentemente. Dice además ser cierto lo que su hija refiere respecto de los festejantes amorosos que la perseguían.

Insinuadas nuestras sospechas de que ella se hubiera dejado sugestionar por exteriorizaciones delirantes de su hija, nos aseguró haber verificado personalmente la realidad de esos hechos.

Dice esta señora que hay un verdadero complot de enamorados, que no hace mucho se opuso á la unión matrimonial de su hija.

Tiene alucinaciones del oído.

Julio 20.—A. P. manifiesta que estando en su casa, sentía la voz de sus festejantes que le hablaban, pero que nunca consiguió verles la cara. Lo particular, es que siempre se colocaban á su izquierda para hablarle.

Julio 25.—A. P. dice no oir por el momento, las voces que tanto la molestaban en su casa y los primeros días que ingresó á este Hospital. Se encuentra mucho más tranquila. Se alimenta con regularidad.

Agosto 8.—Es menester insistir al interrogatorio para descubrir sus alteraciones psíquicas. Persiste sin embargo su estado delirante.

Doña M. R. de P. en cambio se encuentra actualmente muy mejorada. No manifiesta como antes sus falsas y absurdas ideas. Observa estrictamente las indicaciones que se le hacen.

Agosto 20.—En la fecha sale de alta bastante bien y su hija queda en asistencia en este Establecimiento.

Octubre 1.°—A. P. continua mejorando. En la fecha se le otorga una salida de paseo por ocho días.

Octubre 7.—Vuelve al Hospital tranquila y durante su permanencia fuera de él se ha conducido normalmente.

Noviembre 1.°—A. P. sale de alta mejorada.

2.ª Entrada: Diciembre 1.° de 1908.—En la fecha ingresa de nuevo á este Hospital A. P. solamente presentando la misma sintomatología que la vez anterior, los primeros días los pasó muy bien en su casa; pero luego no más, volvieron á reaparecer en ella trastornos psico-sensoriales de igual naturaleza á los que motivaron su internación la primera vez.

Dice que una vez en su casa volvió á oir la voz de uno de los festejantes. Que detrás de la pared que daba á la cabecera de su cama, un oficial de

policía le gritaba una cantidad de indecencias que no podría repetir. Desea ver á su hermano porque la engañan diciéndole que vive.

Diciembre 3 de 1908.—A. P. se cubre la cara con las ropas de la cama cuando el practicante se acerca á ella manifestando que solo al Director contestará, pues teme á todos los hombres. Si se le interroga no responde. Varias veces ha exteriorizado ideas suicidas. Desea morir y para eso se abstendrá de aiimentarse.

Diciembre 6 de 1908.—A. P., está más tranquila. Se alimenta sola. Las ideas de persecución se manifiestan más acentuadas.

Diciembre 21.—Escribe una carta en la cual dice:

« Yo siempre he sido mala y cuando he sido bue-
« na con alguien es cuando más mal me ha ido, pe-
« ro en fin, sea que yo sea mala ó que esté trastor-
« nada ó en un error, es mucho mejor que esté
« asilada en este establecimiento, á lo menos mien-
« tras lo dirija el Dr..... á quien tengo mucha con-
« fianza. Perdóneme si escribo algunos desatinos,
« pueda ser que yo esté trastornada, aunque el
« Dr..... dice que únicamente estoy nerviosa, pero
« en fin no lo niego ni lo afirmo puesto que es el
« Dr..... el que tiene que diagnosticar » (textual).

Diciembre 31.—La curva del sueño ha sido regular sin tomar hipnóticos. Se encuentra tranquila. Se alimenta con regularidad. Cuando se le in-

terroga referente á su estado, manifiesta *encontrarse bien y no como en los días anteriores que estaba loca*. Dice no oír ruidos ni voces que la molesten.

Enero 4 de 1909.—Desde hace dos días el estado mental ha retrogradado, siendo igual al que presentaba el 1.º de Diciembre, época de su segundo ingreso. Desconfiada, solo se expresa con franqueza delante del Director y Hermana de Caridad, á quienes manifiesta sus ideas delirantes de carácter persecutorio. Se niega á trabajar. Rompe las ropas de su cama y sus propios vestidos. Se pone obscena y agresiva con las personas que la cuidan.

Enero 5 de 1909.—Se niega á tomar alimentos, siendo necesario atemorizarla con la sonda para que lo haga.

Enero 20.—No se muestra tan desconfiada y es menos retiscente en sus respuestas. Duerme y se alimenta regularmente.

Mayo 15.—Desde hace algunos días se encuentra excitada, canta, ríe sin motivo, aborrece á uno de los practicantes por lo que ruega al Sr. Director no le permita la entrada al pabellón. Ideas eróticas acentuadas.

Mayo 17.—Persiste su estado delirante con un fondo marcadamente erótico y persecutorio á la vez.

No ha dormido nada durante la noche. Se le hace una inyección de hioscina 0.001.

Julio 26.—Actualmente se encuentra algo mejorada.

En este caso, como vemos, A. P., ha obrado como sujeto activo y M. R. de P., no ha hecho más que dejarse influenciar por las exteriorizaciones delirantes de ésta.

Observación II

L. M., de 54 años de edad y T. M. de 40. Solteras, católicas, de nacionalidad española y con algunos años de residencia en el país. Se ocupaban de los quehaceres de la casa y llevaban una vida tranquila.

Tanto una como otra, son personas de buena presencia y de modales cultos. T., ha sido muy laboriosa, afecta á la lectura y á la música, por la que tenía cierta predilección, en una palabra se ha preocupado de su educación intelectual, cosa que L., descuidó bastante porque le faltó quizás el estímulo de sus propias aspiraciones que fueron siempre humildes y pobres.

Las dos han sido de buen carácter, pero de un temperamento nervioso, siendo además L., muy susceptible é impresionable. Afectas á las prácticas religiosas. El padre falleció hace algún tiempo (ignoramos la causa. La madre vive pero es una persona muy enferma, que está continuamente postrada en cama.

L. y T., tienen además cuatro hermanos (2 mujeres y 2 varones). Una de las hermanas menores llamada P.... es sorda y ofrece como tal la actitud característica de todo sordo crónico progresivo; es caprichosa, peleadora, esquiva, se aisla del mundo exterior. reconcentrando su personalidad dentro de sí misma. Es sin embargo la más trabajadora en la casa y también la menos molesta. La otra hermana llamada C.... es una jóven muy pobre de carácter y de espíritu. En la casa, es la compañera fiel y la cuidadora de la madre.

Uno de los hermanos, el menor es propietario de una gran cigarrería, es bueno, cariñoso y es el que mantiene la familia, en posición modesta, pero digna, con menos comodidades hoy por las exigencias de la época.

El otro hermano es casado, tiene una hija y reside también en esta capital. Este parece ser objeto de malquerencia por parte de las hermanas L. y T.

L., que es la administradora de la casa, tiene por T., más cariño que por sus otras dos hermanas; la cuida y la mima en extremo y no le permite que efectúe ningún trabajo rudo en la casa. Han sido siempre muy compañeras y L., ha llegado hasta ejercer una verdadera dominación moral sobre T.

Cuenta el hermano que vive con ellas, que un cierto día L., notificó al propietario de la casa en que habitaban, que ésta se hacía insoportable por

los malos olores que salían de todos los rincones. Al poco tiempo T., se quejaba diciendo que de la casa contigua donde había un negocio le gritaban «pintada» y otras cosas poco gratas. Estas voces las oía también su hermana L., pero no les hacía mayor caso.

Poco después L. y T., observaban que ya no solamente eran voces que partían de dicha casa, sino de toda la vecindad. Continuamente les dirigian insultos y ofensas sin que mediara motivo alguno; solo por espíritu de maldad y con el fin de desacreditarlas.

Manifestaban que las personas de su relación, habían levantado contra ellas una gran calumnia. No podían salir á la calle sin que los *pillos* les gritaran toda clase de improperios, etc. En una palabra ambas enfermas, estaban bajo el dominio de un verpadero delirio sistematizado agudo de persecución, con alucinaciones auditivas.

Fué entonces que el hermano resolvió internarlas, para su seguridad y tratamiento.

L. y T., ingresan á este Hospital el mismo día (12 de Diciembre de 1907); en estado de excitación psico-motriz. Manifiestan francamente sus concepciones mórbidas de naturaleza persecutoria. Responden perfectamente bien á las preguntas que se les sugiere. Ambas refieren las cosas de igual manera y hasta con los mismos términos, como si fuera

una lección aprendida de memoria. Tanto una como otra, se muestran muy lúcidas, conscientes, conservan su memoria, su orientación y sentimientos en general. Cada cual dentro de su esfera delirante argumenta y razona con muy buena lógica.

Durante los primeros meses de estadía en el Hospital, estas enfermas siempre nos manifestaban oir voces confusas y desagradables, pero cuya procedencia no podían precisar. Sin embargo en este Establecimiento se encontraban mucho más tranquilas y por lo menos resguardadas en parte de las persecuciones infames de que habían sido víctimas.

Poco á poco fueron mejorando de su estado mental lo que se consiguió con la simple separación y el aislamiento.

L. es dada de alta *el 29 de Marzo de 1908.*

Abril 20.—T. se encuentra todavía en asistencia en este Hospital. Continúa acentuándose su mejoría. Nos pide con insistencia irse á su casa. La curva del sueño es regular sin hipnóticos. Su estado físico es satisfactorio.

Mayo 28 de 1908.—En la fecha sale de alta bastante bien.

2.ª *Entrada:* En el día de la fecha 16 de Mayo de 1909. L. y T. ingresan de nuevo á este Establecimiento, presentando ambas la misma sintomatología que la vez anterior.

T. conversa sin reticencia alguna y declara que

toda su enfermedad consiste en varias voces que oye, continuamente. Son personas de edad las que le hablan y jóvenes que le dicen sonseras. Dice que ella debe estar seguramente «hipnotizada» ó «magnetizada» porqué de otra manera no se explica. A veces siente esas voces como trasmitidas por teléfono» (textual). No habla sola nunca, ni contesta tales voces y más bien afronta sus dudas con estoica indiferencia. Las voces tienen para ella sin embargo una existencia real. T. no puede atribuir esas voces á personas conocidas.

L. y T. se lamentan de su triste situación, dicen que han sido traidas injustamente y que lo que quieren sus hermanos es «secuestrarlas» para siempre en este Hospital.

Dada la importancia clínica del caso, procuramos de la familia algunos datos y antecedentes que nos permitieran ilustrar más aún nuestra historia. El hermano menor, que es quien las ha traído, nos manifiesta que la enfermedad de L. y de T. data de cinco á seis años más ó menos, pero que el no podría precisar bien la época de aparición de los trastornos mentales. Pues por espacio de mucho tiempo hizo caso omiso de los díceres de estas de que (los vecinos las querían mal, se reían de ellas, las insultaban etc., etc. El atribuía estas cosas á simples preocupaciones y tonterías, pero sin darle mayor importancia.

Este Sr. afirma igualmente que la otra hermana menor llamada C. que queda en la casa, oye tambien las mismas voces y que ella fué una de las primeras en increpar al dueño de la casa por las malas condiciones higiénicas de ésta y los malos olores que despedía.

Ultimamente L. y T. comenzaron por aborrecer al hermano casado, á su mujer é hija, llégando al extremo de pedirles que no los visitaran más, cortando así por completo las relaciones. Pues según manifestaciones propias de L. y T. de allí han salido todos los cuentos, las intrigas y los chismes que luego la vecindad se encargó de difundir á gritos.

L. y T. no han tenido nunca relaciones de intrigas, lecturas, adivinaciones, espiritismo etc. La única vez que T. oyó hablar de hipnotismo y magnetismo fué en la casa de un amigo periódista, residente en el Once, donde pasó unos días. Allí le digeron que esas voces que oía era á causa de que estaba hipnotizada y que debía ir á una casa en la Boca para que la deshipnotizaran; de otra manera no se curaría.

T. dice ahora que los médicos que la asistían en su domicilio y una señora amiga, le aseguraron que estaba hipnotizada. Ella no se preocupa por eso y nada teme, pero lo único que desea es que la curen de esas «voces» porque cada vez que manifiesta que las oye le recriminan de que está loca.

T. habla de un pretendiente que tuvo y al cuał su hermana L. despidió por no considerarlo digno. Esto parece que es simplemente obra de la imaginación de T. pues según la persona que nos suministra los datos, T. nunca estuvo de novia, ni fué requerida de amores.

T. nos manifiesta sin embargo que de vez en cuando oye la voz de dicho festejante (imaginario), que le dice muy clarito: «tú estás hipnotizada, secuestrada y no puedes ir á ninguna parte. Cuando salgas del Hospital serás llevada al Colegio de Misericordia de la calle Lorea».

Julio 1.º de 1909.—T. está indignada contra su hermano quien la tiene secuestrada en este Establecimiento, sin motivo ninguno. Protesta igualmente contra el medico de la Sala porque la engaña y la tiene recluida sin estar «loca» y con peligo de llegar á estarlo por todo lo que ve y oye de las verdaderas enfermas que la rodean.

Siempre mantiene la creencia de que está hipnotizada y que nadie podrá conseguir deshipnotizarla.

El estado de su salud general es muy satisfactorio; duerme con regularidad y se alimenta bien. La mayor parte del día se lo pasa haciendo labores.

L. se encuenrta en asistencia en otro Pabellón y no puede entrevistarse y hablar con T.

L. se encuentra bastante mejorada de su estado mental—pide tambien con insistencia que la dejen ir á su casa. Se interesa más por su hermana que por ella mismo.

Aquí se trata de un caso de locura á tres, en que L. desempeña el primer rol, vale decir el de sugeto activo—T. es su confidente y C. que si bien ha tenido un rol importante en el comienzo, sin embargo mantiene su actuación en segundo plano.

Observación III

HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS
SERVICIO DEL DR. H. G PIÑERO

S. D.—27 años. Argentina.—Soltera.—Católica. Se ocupaba en los quehaceres domésticos.—Vivía con la madre y una hermana.

Ha sido siempre de un carácter nervioso; retraída y muy afecta á las prácticas religiosas. Posee una mediana instrucción.

Enfermedad actual·—Hace proximamente seis meses comenzó á notarse en esta joven un cambio de carácter, con ligera exitación psíco-motriz y algunas ideas de persecución. Este estado fué acentuándose poco á poco hasta que un mes despues estalló el delirio con un carácter francamente persecutorio. Alucinaciones visuales y auditivas en armonía con sus concepciones mórbidas. Insomnios. Tendencias á la fuga. Sitiofobia. Irritabilidad mórbida.

Fuera de esto se mostraba más bien razonadora, con su orientación, memoria y sentimientos conservados.

S. D. ingresa á este Hospital el día 9 de Diciembre de 1907, en estado de gran exitación psico-motriz, grita, llora, pidiendo que la dejen ir á su casa. Cuando uno se aproxima á ella para entablarle conversación se cubre el rostro, dando muestras de desagrado.

Observaciones.—Diciembre 11. Se ha disipado su agitación y hoy se encuentra más bien tranquila. Responde bastante bien á las preguntas que se le sugieren, revelando en su conversación ser culta y educada. Se muestra lúcida, razonadora, consciente, con su memoria y orientación conservada. Deja traslucir ideas delirantes de naturaleza persecutoria. Rehusa los alimentos, diciendo que con ellos le quieren hacer ingerir seguramente ciertas substancias nocivas con el fin de dañarla. La curva del sueño es regular.

Diciembre 20.—Continúa tranquila. Retraída, se aisla de las demás enfermas y se lo pasa todo el día sentada al lado de su cama con la cara hacia la ventana, leyendo novelas, revistas, etc., ó bien trabajando en labores.

Diciembre 25.—Después de mucha insistencia accede una tarde salir á dar un paseo por los jardines en compañía de otras enfermas, después de lo cual vuelve al pabellón muy contrariada diciendo que todos se reían de su persona, le hacían burla intentando con eso hostilizarla.

Enero 8 de 1908.—Continúa siempre en el mismo estado. Se alimenta mal. Está contrariada porque su familia no la lleva, ni viene á visitarla. Dice que ha sido traído injustamente á este Hospital, pues ella no está enferma.

Febrero 3.—No quiere conversar y se cubre el rostro como siempre. Se alimenta con más regularidad.

Marzo 16.—Pasa por un período de agitación; rompe las ropas, tornándose á la vez muy agresiva.

Abril 10.—Ha pasado unos días de gran excitación psico-motriz, que han respondido seguramente al tratamiento de duboisina (tres días seguidos), baños y bromuros. Manifiesta deseos de ver á su madre.

Amenorrea desde su ingreso; se la pone en tratamiento.

Julio 30.—Actualmente pasa por un período de tranquilidad. Se ocupa en la confección de sombreros.

Según datos que hemos podido obtener, la madre y la hermana de S. D., padecen igualmente de delirio de persecución. Y más todavía, según parece fué la madre la que realmente inculcó el delirio á sus dos hijas.

Septiembre 7.—Hoy ha recibido la visita de la madre á quien intentó agredir, lo que hubiese con-

seguido á no mediar la pronta intervención de algunas enfermeras.

No ha querido manifestar la causa que le indujo á tomar tal actitud.

Aprovechando la venida de la madre de S. D., al establecimiento, la interrogamos requiriéndole algunos datos y antecedentes. Esta se explicó en los términos siguientes: «tengo la firme convicción de que los vecinos infames, me han enloquecido mis hijas, hablando mal de ellas á los hombres. Cuando salgo á la calle oigo que hablan mal de mis hijas sin motivo» (textual). Esta manifestó también que en la casa donde estaban, no los dejaban vivir en paz, pues los vecinos les dirigían toda clase de improperios. «Esas voces *insultantes de las gentes* malas, dice, concluirán por enloquecer del todo á mi otra hija que es la que trabaja y ayuda á mi sustento. Felizmente ésta aunque sabe y oye lo que dicen de ella, no hace caso y deja que hablen».

Madre é hija resolvieron salir de esa casa con el fin de sustraerse á la acción de sus perseguidores. Pero resultó que al poco tiempo de encontrarse en el nuevo domicilio, los vecinos estaban ya enterados de todo y comenzaron también á hostilizarlas en diversa forma; los miraban mal, conversaban de ellas en voz baja, les tiraban papeles y basuras al patio de la casa, etc., etc.

S. D. era muy solicitada por la madre, quien la

quería sacar de este Hospital con el fin de darle una ocupación afuera. Pudimos notar con cierta extrañeza que cada vez que ambas se entrevistaban S. D. se ponía muy excitada, quedando luego en un estado de gran ansiedad. Nunca conseguimos sin embargo obtener de parte de S. D., ninguna de esas revelaciones que su madre le hacía secretamente. S. D. salió de alta retirada por la madre, el 31 de Marzo de 1909.

CONCLUSIONES

Resumiendo tenemos que en las condiciones ordinarias,no es posible la transmisión de la locura de un alienado á un individuo completamente sano de espíritu.

El contagio de la locura solo se produce en las circunstancias excepcionales que acabamos de estudiar.

En la locura á dos ó comunicada propiamente dicha, uno de los individuos es el elemento activo, más inteligente que el otro por lo general, aunque no siempre; él crea el delirio y lo impone progresivamente al segundo que constituye el elemento pasivo ó confidente. Este en un principo se resiste, pero poco á poco va sufriendo la presión y la influencia moral de su congénere, hasta que concluye por aceptar del todo sus concepciones mórbidas, haciendo entonces con él causa común.

Para que ese trabajo intelectual pueda cumplirse

paralelamente en dos espíritus diferentes, es necesario que ambos hayan vivido durante mucho tiempo, en un ambiente de comunidad completa, participando de las mismas ideas y esperanzas, de los mismos deseos y sentimientos.

La condición esencial para que la transmisión del delirio se produsca, es que ese delirio tenga un carácter verosimil ó que por lo menos se mantenga en los límites de lo posible. El delirio suele ser tanto más comunicativo, cuanto más se acomoda á un sentimiento.

Los delirios sistematizados de carácter persecutorio y místico respectivamente, son los que tienen una mayor tendencia á comunicarse.

En esta forma mental que estudiamos, el delirio tiene un comienzo y una evolución lenta y no se presenta con caracteres ruidosos.

Los casos de locura á dos ó más, casi siempre se producen en las condiciones anteriormente citadas, revistiendo caracteres muy análogos.

Esta forma de locura parece ser más frecuente en la mujer que en el hombre. La herencia psicopática es el factor más importante que interviene en su producción; sobre todo cuando se trata de personas que pertenecen á la misma familia. Esta causa no puede ser igualmente invocada en aquellos casos en que solo existe entre los sugetos atacados víncu-los de parentesco por afinidad.

Entre las variedades de locura á dos, solo hay diferencias de grado, deducidas de la observación misma de los hechos clínicos. La mayor parte de las veces el segundo enfermo; sugeto pasivo ó confidente, es el menos atacado y basta en ocasiones sustraerlo, como habíamos dicho, de la influencia moral de su congénere para que mejore y poco á poco abandone las ideas falsas que le habían comunicado.

La principal indicación terapéutica en esta forma particular de alienación, consiste en separar los enfermos.

Buenos Aires, Octubre 22 de 1909

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. J. M. Ramos Mejía, al Profesor titular Dr. A. Centeno y al Profesor suplente Dr. J. J. Vitón para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Bazterrica

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Noviembre 8 de 1909

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.° 2107 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Bazterrica

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial de la P. general.

II

¿Hay alguna predisposición en la segunda infancia para el desarrollo de los delirios comunicados?

III

Diagnóstico de los estados neurasténicos en su relación con los estados vesánicos.