

Psiquiatra - Esquizofrenia
(5)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

67

ESTUDIO CLINICO DE LA ESQUIZOFRENIA
Y
DE SUS DIFERENTES FORMAS

TESIS

QUE PRESENTA PARA SU EXAMEN GENERAL
DE MEDICO, CIRUJANO Y PARTERO

GUILLERMO DAVILA G.

DE LA FACULTAD NACIONAL DE
MEDICINA DE MEXICO.



MEXICO, 1925.

À mis padres:

el Sr. Don

Guillermo Dávila

y la Señora

Victoria García Besué

de Dávila.

con todo cariño y veneración.

A mi abuelo:

el Señor Don

Benigno García Benítez,

modelo de virtudes.

A la memoria

de

Mi abuelo

el Sr. Doctor Don

Guillermo Dávila.

A mis hermanos.

A mis maestros

los Doctores

Julian Villarreal

y

Jenaro Escalona,

con profunda admiración

y respeto.

Al Doctor

Samuel Ramirez Moreno,

que tantas enseñanzas

me ha impartido

A los Señores Doctores:

Luis A. García,

Alfonso R. Erdozain.

Meladio Gutiérrez,

Nicolás Martínez

y

Rómulo Ramírez.

Modelo de médicos honrados y competentes.

Señores Jurados:

Desde que comencé a tratar con enfermos mentales, dos cosas me sorprendieron grandemente: el número tan elevado de dementes precoces que hay en los frenocomios y el hecho de que a pesar de estar sometidos a diferentes tratamientos y de tener algunos de ellos varios años de internados, no se curen, sino que muy al contrario, en la mayoría de ellos, la evolución de la dolencia es progresiva, y los lleva a la demencia global que los convierte en seres inanimados, y cuerpos sin alma, situación que se agrava por el hecho de que pueden permanecer en este estado por muchos años.

Estas consideraciones me inclinaron a hacer un estudio sobre la Demencia Precoz, enfermedad sumamente obscura, de la cual sólo la parte clínica es bien conocida, pero que carece de Etiología clara, de Patogenia, de Anatomía Patológica, que es confundida (especialmente algunas de sus formas) con diferentes padecimientos mentales y que carece de un tratamiento específico eficaz.

En este trabajo después de un resumen sobre lo más sobresaliente que de cada capítulo de esta dolencia se conoce hasta la actualidad, doy la opinión que me he formado sobre él y que buena o mala es mía, no siendo una ocurrencia más o menos razonada, sino el resultado de estudios teóricos sobre la dolencia, de la observación continua de dementes precoces y de prolongadas reflexiones.

Procuré al hablar de Síntomas extenderme un poco en el estudio del estado del Sistema Nervioso de la Vida Vegetativa en los dementes precoces por conceptuarle de sumo interés dadas las nuevas orientaciones de la Medicina y porque no se han hecho estudios en este sentido.

Espero de Uds. que al leer este trabajo tengan en cuenta que es producido por un principiante, sin larga práctica en estos asuntos y que puedan perdonar la insuficiencia de él.

I

SINONIMIA

Pocas enfermedades hay que tengan tantas denominaciones como tiene la **Demencia Precoz**. Si se consultan las obras de Psiquiatría, se encuentra que casi cada autor propone un nombre diferente, defendiendo las ventajas de él y tratando de poner en relieve los defectos de los otros. Esta diversidad de denominaciones indica lo difícil que es encontrar una adecuada. Se le ha llamado:

- 1.—**Idiotéz accidental o adquirida**. (Esquirol y Spurheim, Nombre el más antiguo y desechado completamente en la actualidad).
- 2.—**Demencia Precoz Juvenil**. (Morel).
- 3.—**Hebefrenia** (Kahalbaum) y **Hebefrenia Juvenil**. (Aragón).
- 4.—**Demencia Vesánica Precoz**. (Gilbert y Ballet).
- 5.—**Locura de la Pubertad**. (Mairét).
- 6.—**Confusión Mental Crónica**. (Régis).
- 7.—**Locuras Discordantes**. (Chaslin).
- 8.—**Atimormia Juvenil**. (Pérdida del impulso del alma cenestésica y afectiva.—Dide y Guiraud).
- 9.—**Demencia Aperceptiva**. El trastorno principal de esta enfermedad es la pérdida de la atención.—Weygandt).
- 10.—**Demencia Sejuntiva**. (Lo importante es la disgregación o se-junción de la conciencia.—Gross).
- 11.—**Paramimia Hebefrénica**. (Ziehen).
- 12.—**Desarmonía Intrapsíquica**. (Urstein).
- 13.—**Ataxia Intrapsíquica**. (Incoordinación entre los atributos afectivos e intelectuales de la Psiquis o sea desacuerdo entre la **Thymopsiquis** y la **Noopsiquis** y es por lo tanto una **Noop-Thymopsiquis ataxia** como la llama Sransky).

- 14.—**Schizofrenia.** (Desquiciamiento o estallido de la Psiquis de Bleuler).
 15.—**Hebefreno-Catatonia** (Laignel-Lavastine y otros autores franceses).
 16.—**Dementia Praecox.** (Dercum y varios autores norteamericanos. (1)).
 17.—**Demencia Precoz.** (El nombre más usado).

De esta larga serie de denominaciones, las más usadas son tres: **Schizofrenia** por los autores alemanes; **Hebefreno-Catatonia** por los franceses y **Demencia Precoz**, la de uso más generalizado en todo el mundo. Tiene la primera el defecto de haber sido aplicada por su autor a un grupo muy amplio de padecimientos que englobaba bajo este término: **Demencia Precoz, Paranoia, Síndrome de Cotard, Psicosis de Korsakow**, algunos casos de Psicosis **Maniaco-Depresiva**, etc., y además que según Dupré, Devaux y Logre, esta división de la conciencia como indica el término **Schizofrenia**, se encuentra en la **Histeria**, formando el estado segundo y en la **Obsesión** en la que los fragmentos disociados de la personalidad sostienen un combate doloroso; por lo tanto no podría considerarse como específico este término de la **Demencia Precoz**. La segunda tiene el defecto de sólo abarcar con el nombre dos formas clínicas dejando excluidas a otras dos muy importantes. Se ha objetado a la tercera el hecho de aplicarla a una enfermedad que por lo común se desarrolla o aparece tarde en la vida de una persona y no en la adolescencia y en la que frecuentemente la demencia es un síntoma más aparente que real. Algunos autores que como A. White, sostienen este término, sugieren que la palabra **precoz** debe de aplicarse al síntoma **demencia** y que de este modo implicaría el hecho de que se trata de una enfermedad en que la demencia aparece rápida y precozmente, independiente del hecho de que aparezca temprano en la vida del hombre, cosa que por otra parte es lo más frecuente.

Como puede verse, todas las denominaciones propuestas tienen defectos y una perfectamente adecuada no existe; sin embargo, de todas ellas la más correcta me parece ser **Esquizofrenia**; en efecto, si se recuerda que de esta enfermedad tan obscura sólo el aspecto

(1) Dercum engloba bajo el nombre de **Heboid-Paranoid Affections** la **Demencia Precoz**, la **Paranoia**, la **Paranoia Alucinatoria** con sus formas **Hipocondríaca**, de **Auto-Acusación**, **Mística** y **Paranoia Simplex** por considerar a estos padecimientos como muy semejantes.

clínico es lo único bien conocido y estudiado y en la sintomatología lo dominante, lo esencial, aquello de donde resultan los demás síntomas, es el desquiciamiento o la incoordinación de los elementos componentes de la Psiquis (véase sintomatología); alteración que se encuentra muy bien expresada por el término antes mencionado. Por otra parte, las objeciones que se le han hecho, casi únicamente se encuentran basadas en la extensión que le dió su autor, pero aplicado sólo a lo que se entiende por **Demencia Precoz** en la actualidad, me parece ser el más correcto o siquiera el menos impropio.

Sin embargo, dada la extensión y el uso tan frecuente que se hace del término **Demencia Precoz**, me conformaré con la costumbre y por ese motivo continúo dándole en este estudio tal denominación.

En el fondo el asunto no tiene mayor importancia.

II

DEFINICION

Si es difícil dar la definición correcta de cualquier padecimiento, más difícil es hacerla de una enfermedad tan obscura como es ésta; pero de todas las explicaciones que se han dado, más bien que definiciones, para conocerla de conjunto, las más apropiadas y menos defectuosas me parecen ser las siguientes:

A.—“La Demencia Hebefreno-Catatónica, es una psicosis de la adolescencia y a veces de la edad adulta, caracterizada clínicamente:

Primero: Por la sucesión irregular o por combinaciones variables o de estados delirantes, alucinatorios, mal sistematizados, estados de excitación y estados de depresión.

Segundo: Por debilitamiento demencial que evoluciona progresivamente sin trastornos graves del estado físico”.

A. DELMAS.

B.—La Demencia Precoz es una afección mental crónica, de marcha irregularmente progresiva, que sobreviene habitualmente en los jóvenes y caracterizada clínicamente por un conjunto de reacciones morbosas, de la esfera afectiva, psico-motriz o voluntaria y propiamente intelectual, reacciones que tomadas en bloque, son todas o casi todas ellas manifestación directa o indirecta de debilitamiento de la actividad psíquica en sus diferentes modos”.

DENY.

Estas definiciones tienen el defecto de ser muy largas y aun comprendiendo lo difícil que es poder en pocas palabras explicar los caracteres específicos de este padecimiento, propongo la siguiente, que aunque de seguro incompleta, a mi juicio da clara idea de esta enfermedad, ya que pone de manifiesto sus caracteres principales hasta este momento conocidos:

C.—La Demencia Precoz es una Psicosis principalmente de la juventud, con aspectos clínicos diferentes, pero caracterizada sobre todo por la desunión de los elementos psíquicos que funcionan automáticamente; por ser de marcha progresiva y hasta hoy completamente incurable.

III

HISTORIA

Podemos, para comodidad de la exposición, esquemáticamente dividir en tres períodos la historia de la **Demencia Precoz**:

PRIMER PERIODO

Descripciones fragmentarias.—En las edades antigua y media fué completamente desconocida. La primera descripción la encontramos en Hipócrates, quien estudió una **locura especial**, que se producía en el momento de la instauración menstrual y muy parecida en sus caracteres clínicos generales a la actual **Demencia Precoz**. Posteriormente Willis, en 1672, observó varios casos de “personas que, habiendo sido inteligentes hasta cierta época de su vida, caían violentamente en la imbecilidad, más o menos completa”. Sydenham, Pinel (1809), Esquirol (1814) y Spurzheim (1818), (idiotéz accidental o adquirida), a principios del siglo próximo pasado estudiaron la **Demencia Precoz**, aunque imperfectamente: “niños hay, decían, en perfecto estado al nacer, con crecimiento físico normal y en armonía con el desarrollo psíquico; sensitivos, irritables, frecuentemente apasionados y de brillante imaginación, unido a un espíritu activo y emprendedor, que con el transcurso del tiempo sus facultades se estacionan, que son incapaces de adquirir nuevos conocimientos, y, por último, retroceden para ser lanzados en un estado francamente demencial.”

Dividían estos autores la alienación mental según la edad, en los siguientes estados: en la infancia se desarrolla la **imbecilidad**; en la juventud, la **manía** y la **monomanía**; a la edad adulta corresponde la **melancolía** y la **lipemanía**, y a la vejez, la **demencia**.

Como puede verse en este período, esbozóse apenas el conocimiento de la enfermedad, pero sin aislarla y siendo confundida con la mayoría de los síndromos mentales.

SEGUNDO PERIODO

Epoca de Morel (escuela francesa) y de **Kahlbaum** (escuela alemana).—En 1838, Morel, en un trabajo magistral, aísla por completo de los otros síndromos mentales la **Demencia Juvenil**; señala sus principales caracteres clínicos, tales como la **augestibilidad**, el **negativismo**, al que denomina **nihilismo**; describe las **estereotipias del lenguaje**, de la actitud y aun se aventura un poco en la probable etiología de esta enfermedad, señalando la frecuencia en los dementes precoces de las taras hereditarias y la considera como una manifestación tardía de la **degeneración**. Por primera vez entonces se pronuncia el término **Demencia Precoz**, y Arnold Pick aplica el vocablo latino **Dementia Praecox**.

En 1852, Delasiauve incrimina como etiología a los traumatismos craneales, al onanismo y a las convulsiones.

A mediados del año 1865, Kahlbaum describe la **Demencia Juvenil** de la escuela francesa con el nombre de **Hebefrenia**; considera la pubertad como su causa y la declara incurable. Hecker, discípulo de Kahlbaum, en 1871 estudia la **Hebefrenia** de este autor, dándole la misma etiología y siendo para él también incurable. Numerosos autores se rebelaron contra esta noción, especialmente Schüle, Skae y Kraft Ebbing, quien dice: "se trata simplemente de una psicosis de los degenerados, cuya evolución es hacia la demencia y, por lo tanto, a la incurabilidad, y sólo puede hacerse en los individuos de inteligencia ya debilitada congénitamente". Por esa época Kahlbaum describe al lado de la **Hebefrenia** la **Heboldofrenia** o **estado hebroides**, caracterizado especialmente por alteraciones del sentido moral, y que sería susceptible de curar. Posteriormente y en el año de 1874 este mismo autor describe otro síndrome, al que denomina **Catatonía**, y que lo caracteriza por alternativas de agitación y estupor sobre un fondo demencial y por trastornos motores espásticos; asimilándole la misma etiología que la **Hebefrenia**.

Desde esta época encontramos una frente de otra, a la escuela francesa representada por Morel, Magnan, Falret, Legran de Sautle, invocando la degeneración mental hereditaria, sin conceder ninguna importancia a la pubertad como causa patogénica y a la escuela alemana con Kahlbaum, Hecker, Fink, Heus, Aschaffenburg y Soukhanoff, que la consideran como **una locura puberal con especiales caracteres**. Hizo su aparición entonces la escuela inglesa con Hammond y Maudsley, sosteniendo un punto de vista intermediario y considerando que el desarrollo de la pubertad es de tiempo en tiempo la ocasión de un acceso de alienación mental, sobre todo cuando existe predisposición hereditaria.

Posteriormente, comentando estos estudios, Mairret describió dos formas: la **Locura Puberal**, caracterizada por detención del desarrollo intelectual y muy parecida a la **Hebefrenia**, que declara incurable, y la **Locura Puberal Simple**, semejante a la **Catatonía**, pero de pronóstico menos grave. Al cabo de algunos años, Marro, en su libro titulado "**La Evolución Psicológica Humana en la Epoca Puberal**", considera agrupadas en tres clases las enfermedades que se desarrollan en este período de la vida:

- 1o. Las que encuentran en el estado puberal una condición meramente predisponente.
- 2o. Las que están estrechamente ligadas a la evolución puberal, y
- 3o. Las enfermedades ligadas a una evolución puberal imperfecta.

El primer grupo debería a la acción de una causa cualquiera que obrara sobre un sistema nervioso central hiperestesiado por el desarrollo puberal; en el segundo grupo podría considerarse la **Hebefrenia**; correspondiendo al tercero la **Locura Moral**, la **Imbecilidad** y algunas formas de **Parancia**.

De todo este largo período y como resumen de lo escrito en él sobre la **Demencia Precoz**, se llegan a sacar las siguientes conclusiones:

Primera.—Existe como entidad nosológica la **Demencia Precoz** con dos formas clínicas:

- a) La **Hebefrenia**, de Kahlbaum, **Demencia Primitiva de los Jóvenes**, de Morel; **Demencia Puberal con detención del desarrollo**, de Mairret, y

b) La **Catatonia**, de Kahlbaum, o **Demencia Puberal Simple**, de Mairret, de pronóstico menos severo.

Segunda.—Respecto a la etiología, queda el asunto sin resolución; la escuela alemana frente de la francesa y en un lugar intermedio la inglesa y la americana.

TERCER PERIODO

Epoca de Kraepelin.—Después de una larga serie de estudios cuidadosos, este autor completa la obra de síntesis y aísla la **Demencia Precoz** de las otras enfermedades mentales, agregando a las dos formas ya descritas la forma **Paranoide** que él considera como estando caracterizada por **ideas delirantes, absurdas, extravagantes, contradictorias, no sistematizadas** y por **alucinaciones** que varían constantemente. Más tarde le agregó a esta forma los **delirios sistematizados** y la **locura de persecución**. Según este concepto, la **Paranoia** por entero pasa a formar parte de la **Demencia Precoz Paranoide** a la que divide en dos grupos: el primero caracterizado por **delusiones e ideas delirantes polimorfas no sistematizadas**, y el segundo por **delirios coherentes, sistematizados** y que se admiten en la actualidad como formas alucinatorias de la **Parancia**.

Kraepelin desde el punto de vista etiológico la relaciona a la pubertad y emite la opinión de que se trata de autointoxicación de origen genital.

Posteriormente a este autor, los trabajos que han aparecido sobre la enfermedad, han tenido por objeto atacar tal concepción de Kraepelin desde el punto de vista clínico, especialmente la forma **Catatónica** y sobre todo la **Paranoide** (véase formas clínicas) tratando por otra parte de ampliar la etiología y así Dide y Chenais, hacen desempeñar un papel importante entre las causas, a las alteraciones tiroideas y especialmente a una distrofia de origen bacilar: la tuberculosis. Por último, Régis en su obra, ha emitido la teoría de que la **Demencia Precoz** es consecutiva a una **Confusión Mental Aguda**, que pasa al estado crónico, siendo por lo tanto una **Demencia Post-Confusional**.

Todos estos trabajos y algunos otros que han aparecido posteriormente, no han aportado en resumen ningún resultado definitivo

en sentido nosológico o patogénico, y la concepción Kraepeliniana, subsiste aunque algo modificada, pero puede decirse que en medio del polimorfismo clínico que dificulta considerablemente el diagnóstico, la **Demencia Precoz** como entidad existe, aunque con límites confusos y etiología oscura.

IV

ETIOLOGIA

La etiología de la **Demencia Precoz** es muy oscura. Poco hay que decir sobre ella; los datos que se tienen bien adquiridos, son aislados y muy escasos. La causa eficiente es desconocida y sólo se conocen algunas predisponentes y determinantes u ocasionales cuyo papel por otra parte es muy incierto.

1.—FRECUENCIA

La **Demencia Precoz** es seguramente entre las enfermedades mentales una de las más frecuentes, pues alrededor de 25 por ciento de los asilados de todos los manicomios están atacados de esta dolencia. Sólo podría comparársele en proporción, si acaso, la **Parálisis General Progresiva**. En el sanatorio de Tlalpan he encontrado poco más del 33 por ciento de dementes precoces.

2.—CAUSAS PREDISPONENTES

a) **Raza**.—No tiene ninguna importancia. La **Demencia Precoz** es igualmente frecuente en todas las razas. Parece sin embargo ser poco menos en la raza negra.

b) **Sexo**.—Sobre la influencia del sexo las opiniones se encuentran divididas; mientras que Dereum y Rudin la creen más frecuente en los hombres, Meeus, White y Claus aseguran serlo en la mujer. En mis observaciones la he encontrado igualmente repartida en los

dos sexos: 17 por 16 y pienso que éste no influye para nada en su producción.

c) **Edad.**—La **Demencia Precoz** es una enfermedad esencialmente de la pubertad; se desarrolla de preferencia entre 14 y 30 años con diferentes variantes según la forma clínica y así: más temprana en declararse es la forma **Simple**, entre 14 y 18 años; en seis casos la media observada por mí es de 18 años; la **Hebefrénica** y la **Catatónica** hacen por lo general su aparición entre 18 y 23 años; en siete casos que observé apareció como término medio a los 22 años; por último, la forma **Paranoide** que es más tardía, hace su aparición entre 25 y 30 años; en cinco casos observados apareció como término medio a los 29 años. En uno de mis enfermos, el mal se inició a los doce años. A esta edad es excepcional la aparición de la dolencia, aunque ya se citan algunos casos por varios autores denominándola **Precocísima**.

d) **Ocupación.**—La **Demencia Precoz** parece ser un poco más frecuente entre los que estudian que entre los que se dedican a trabajos materiales.

e) **Herencia.**—A una de las causas predisponentes que se le ha dado más importancia, es a la herencia. Todos los autores están acordes en señalar su constancia: Christian la encuentra en 50 por ciento; Kraepelin en 70 por ciento; Mallet en 77 por ciento; Zablocka en 90 por ciento; Wolfsohn en 92 por ciento. Yo la he encontrado en todos los casos observados, en 100 por ciento. Diferencias debidas por una parte a la falta de connotación de lo que debe entenderse por "**factores hereditarios**" exactamente y por otra, a la falta de uniformidad sobre lo que conviene aceptar por el significado de **Demencia Precoz**. Kraepelin señala casos de herencia directa, habiendo comprobado la **Demencia Precoz** en varios miembros de una familia; cinco de un caso citado por Dereum, cuatro en otro mencionado por Masselon; por mi parte no he encontrado en ninguno de mis enfermos esta herencia directa, pero de todos modos la herencia similar es muy rara. Rüdín, White y Wimmer suponen que en la mayoría de las veces la herencia en los dementes precoces sigue las leyes Mendelianas en su forma recesiva, notando la frecuencia y la predominancia de la herencia colateral y discontinua sobre la herencia directa. Se ha citado la herencia en casos de padres con pa-

decimientos nerviosos. Wolfsohn señala cuatro factores como determinando la herencia.

- 1o. Locura en general.
- 2o. Alcoholismo.
- 3o. Enfermedades nerviosas, y
- 4o. Taras hereditarias diversas.

Cree este autor que el primero obraría en 65 por ciento de los casos y especialmente sobre la forma **Catatónica**, las otras tres reunidas en 30 por ciento. La combinación más frecuente encontrada por este autor ha sido **Locura y Alcoholismo**.

Entre las infecciones que presentan los antecesores, la más importante es la Sífilis, según se desprende de las cuidadosas estadísticas de Pilez, Elutscheff, etc. En apoyo de esta opinión, recientemente Bahr, en un estudio que practicó, encontró el Wassermann positivo en los padres de 32.1 por ciento de sus casos observados y emite la hipótesis de que posiblemente se trate de heredo distrofia sífilítica.

La Tuberculosis en los antecesores ha sido señalada con mucha insistencia en estos últimos años, sobre todo por Roubinovitch, y por los autores americanos.

Entre las intoxicaciones de los antecesores, la más frecuentemente mencionada es el alcoholismo, como puede desprenderse de los estudios de Diem, Rüdín y Fuhrman.

3.—CAUSAS OCASIONALES

Se han señalado como causas ocasionales sin que su importancia haya podido ser demostrada, el **surmenage intelectual**, fatigas físicas repetidas, infecciones (sarampión, difteria, gripa, tifo, escarlatina y con especialidad la tuberculosis, que es frecuentísima entre los dementes precoces); traumatismos craneanos y conmociones cerebrales. Se ha hablado también del onanismo y Tierch ha considerado como factor causal las abstinencias sexuales prolongadas.

Otro de los factores etiológicos más insistentemente señalados en la producción de esta enfermedad, es la alteración de las glándulas de secreción interna, especialmente de los testículos, ovarios y tiroides que obrarían por la toxemia que ocasionan. (Véase Patogenia).

La infuncia del embarazo y del parto ha sido señalada por algunos autores y Kraepelin en 100 dementes precoces estudiadas encontró que en 24 de ellas se había desarrollado esta enfermedad cuando se encontraban en gestación.

Régis ha lanzado la hipótesis de que en la **Demencia Precoz** desde el punto de vista etiológico, se deben estudiar dos formas: una constitucional y que sería desarrollada por un factor tóxico puberal en un organismo predispuesto por herencia y otra accidental con tres fases:

Primera fase: Confusión Mental Aguda.

Segunda fase: Confusión Mental Crónica, que es una transición, sin embargo no fatal ni inevitable, que nos conduce a la

Tercera fase o sea la **Demencia Post-Confusional**, que sería única e incurable.

Desde este mismo punto de vista, Levy cree que la llamada **Demencia Post-Traumática** o **Connocional**, observada con especialidad después de la guerra europea, ocasionada por traumatismos craneanos o por deflagaciones de grandes proyectiles y considerada por algunos como **Confusión Mental Crónica** y, por lo tanto, como **Demencia Precoz**, ha obrado simplemente o desencadenando una **Demencia Precoz**, que empezaba a evolucionar, o realizando lesiones cerebrales anatómicas superponibles a las de esta enfermedad, o bien, se trataría de simple coincidencia y que en ninguno de los casos se puede considerar como factor esencial a la confusión mental que se desarrolla en un principio. Esta opinión de Régis ha sido vivamente atacada por Delmas, Chaslin y Rogués de Fursac, tanto desde el punto de vista etiológico como clínico, considerando que su opinión proviene de estudios incompletos de los casos observados, pero que la **Demencia Precoz** siempre debe de considerarse como primitiva.

Las investigaciones recientes, sobre todo de autores americanos, tienden a estudiar la etiología desde otro punto de vista y conceden gran importancia en su producción a los factores mentales; así, por ejemplo, Jung le otorga vital importancia al análisis de los complejos sumergidos u ocultos con sus síntomas resultantes. Meyer estudia la cuestión desde un punto de vista meramente biológico, como el resultado de una continua dificultad de ajuste entre reacciones biológicas enfermizas y la realidad, y lo describe bajo el nombre

de **conflicto mental**, diciendo: "esta dificultad de ajuste se presenta generalmente en personas que poseen carácter peculiar, autoritario y seco (él denomina con el término de **Shut in character**). Son individuos que comunmente no encuentran dificultades serias en su vida, que inclinados al ostracismo, por lo general carecen de amigos o personas con quienes tener confianzas; son frecuentemente tímidos, llenos de escrúpulos y con sentimientos religiosos a veces exagerados; no llegan a tener noción clara de las realidades de la vida y tarde o temprano, en el transcurso de ella, se les producirá un choque o conflicto mental, trayéndoles como consecuencia el desarrollo de este padecimiento."

Como se ve por lo anteriormente expuesto, la etiología de la enfermedad es muy confusa; todo se reduce a suposiciones u opiniones más o menos fundadas y que, en muchos casos, distan bastante de la verdad, y no podemos con certeza, hasta ahora, decir sino que lo único que se tiene bien conocido es el papel de la herencia.

V

PATOGENIA

Si el estudio de las causas de la **Demencia Precoz** está incompleto y poco firme, como lógicamente se comprende, más difícil y obscuro se hace el estudio del modo como obran estas causas tan poco conocidas. En efecto; el conocimiento de la patogenia de este padecimiento, casi se reduce a la exposición de teorías más o menos ingeniosas de diversos autores. Procuraremos enumerarlas, dándoles importancia a las que, según nuestra opinión, tienen mayor interés:

PRIMERA TEORIA

Teoría psicológica.—Esta teoría, que nació con motivo de los trabajos sobre **Psico-análisis** publicados por Freud, alcanzó gran auge, especialmente con Jung (véase **Etiología**), quien estudia la enfermedad como producida por complejos sumergidos que, según A. White, no la causan, pero sí coloran el síntoma y explicarían especialmente las estereotipias y los neologismos, a semejanza de lo que acontece con la **Histeria**. Carece esta teoría de fundamentos reales (clínicos o anatómicos) y se trata, simplemente, de especulaciones más o menos sugestivas.

SEGUNDA TEORIA

Teoría psico-fisiológica de Toulouse y Mignard.—Lo mismo que se dijo de la anterior, podría decirse de ésta, pues supone que los síntomas de la **Demencia Precoz** son producidos o acondicionados,

no por un trastorno anatómico de las células cerebrales, sino por la alteración de una función de coordinación psíquica o de síntesis superior encargada de dirigir los procesos intelectuales y afectivos del sujeto, a la que se llama **función de autoconducción**. Igualmente, carece de fundamento.

TERCERA TEORIA

Teoría de la degeneración.—La **Demencia Precoz** encuentra su causa determinante o predisponente en una anomalía evolutiva, llamada **estado degenerativo**. Por lo tanto, se trata de una **afección constitucional**. En su apoyo se citan los argumentos siguientes:

a) En los dementes precoces se comprueban frecuentemente en sus antecedentes personales, manifestaciones degenerativas. La existencia de dichas manifestaciones es claramente demostrada, si en lugar de estudiar globalmente el psiquismo de estos enfermos, como lo hacían Esquirol y Aschaffenburg, quienes negaban la existencia de debilidad mental entre sus antecedentes personales, se entra en detalle tratando de investigar pequeñas anomalías psíquicas, que constituyen indicios de gran valor acerca de la existencia de predisposición psicopática. Estas anomalías son: **tendencia a la masturbación, carácter caprichoso, timidez excesiva, apatía, debilidad intelectual, inclinación al aislamiento, orgullo desmedido, afición por las bebidas alcohólicas, por la lectura de novelas folletinescas o policíacas** (uno de mis enfermos, a la edad de trece años, había leído más de quinientas novelas policíacas).

b) Influencia en los dementes precoces de la herencia. (Véase Etiología.)

c) Frecuente existencia de deformaciones anatómicas congénitas; según Mairé, existente en 25 por ciento de los casos observados; según Kraepelin, en 50 por ciento. Consisten, o en detención del crecimiento del organismo, caso poco frecuente, o de infantilismo esplácnico, sobre todo, del sistema nervioso (cerebro pequeño, fragilidad de las circunvoluciones, asimetría del cerebelo, etc.); del aparato circulatorio (corazón de poco tamaño, aorta estrecha, nanismo mitral, etc.) y de los pulmones, riñones e hígado.

Esta teoría por sí sola es insuficiente para explicar la aparición de la **Demencia Precoz**, pues, si bien es cierto que los tres datos reuni-

dos implican predisposición general, ésta no difiere de la predisposición común encontrada en las demás psicosis y sólo tiene valor unida a otra teoría, como veremos después.

CUARTA TEORIA

Teoría de la autointoxicación.—La **Demencia Precoz** sería ocasionada por factores tóxicos desarrollados en la pubertad, que es la época en que aparece generalmente la dolencia. Estos factores son varios y de diversos orígenes.

1o. Trastornos fisiológicos propios del crecimiento y condicionados por el exceso de trabajo que tienen todos los órganos durante tal época de la vida, tanto espontáneos como provocados por la intervención de hormonas de varios de ellos.

2o. Infecciones diversas (acción bien demostrada por la frecuencia de antecedentes infecciosos en estos enfermos y que explican, por otra parte, el hecho de **demencias precoces** declaradas fuera de la pubertad); agudas, como fiebre tifoidea, gripa, escarlatina, etc., y crónicas, tuberculosis especialmente, temible por la distrofia general que engendra aun en las células nerviosas; acciones todas que obrarían sobre diversas glándulas vasculares sanguíneas, de preferencia sobre las glándulas sexuales (Kraepelin), cuya evolución se hace en la pubertad. De este mismo modo obrarían las penas, las emociones, los traumatismos, el **surmenage intelectual**, la masturbación, etc.

En favor de esta teoría glandular se citan los hechos siguientes: En las niñas la instauración menstrual se hace imperfectamente, las reglas son irregulares y acompañadas de trastornos variables, hay dismenorrea frecuentemente; por otra parte, no es raro observar que los síntomas de las dementes precoces se exageran con motivo de la venida del período, como puede verse en el caso número 9. Sajous cita alteraciones del timo que obran sobre el desarrollo general del organismo y que traen como consecuencia la desviación o detención del crecimiento en los enfermos. Barbo y Haberkandl señalan la coexistencia de osteomalacia y de **Demencia Precoz**. Tsisch y Lomet indican la precocidad o el retardo de las funciones sexuales y sus frecuentes perversiones o exaltaciones encontradas en estos sujetos. Fauser, fundándose en el hecho de que por la reacción

de Abderhandel se ha podido comprobar la existencia de fermentos autolíticos para el testículo y ovario y que son venenosos o tóxicos para el tejido cerebral, pues traen como consecuencia la destrucción o la lisis de las neuronas, cree que existe una secreción anormal interna de las glándulas sexuales, de naturaleza protéinica, y que al entrar en la sangre traería como natural consecuencia la producción de estos fermentos por reacción del organismo contra dicha secreción anormal. Sea lo que resultare en el futuro, dice Dercum, se puede concluir que en la **Demencia Precoz** hay metabolismo desarreglado, un estado autotóxico en el cual las anormalidades funcionales de las glándulas de secreción interna, especialmente las sexuales, desempeñan un gran papel.

Esta teoría, aunque muy aceptable, no es suficiente para explicar por sí sola la aparición de la **Demencia Precoz**. En primer lugar, anatómicamente no se ha podido encontrar alteración marcada en las glándulas de secreción interna (véase anatomía patológica), y en segundo lugar, en la pubertad se observan padecimientos llamados **psicosis puberales simples**, que revisten varias formas: **maníaca, melancólica, estupor lipemaniaco, catatónica** y que no estando acompañadas de debilitamiento intelectual curan casi siempre al contrario de lo que acontece en la **Demencia Precoz**. Por estos motivos ha surgido la

QUINTA TEORIA

Teoría heredo-autotóxica. Laignel-Lavastigue. Lhermitte, etc.— La **Demencia Precoz** es el resultado de la acción de factores tóxicos múltiples desarrollados en la pubertad, que obrarían sobre un cerebro tarado o degenerado (antecedentes personales y hereditarios), es decir, en estado de **meionexia**, o sea sobre un **locus minoris resistentiae**. Tal hipótesis explicaría por qué en un caso, los trastornos puberales, obrando sobre células nerviosas con resistencia normal a las causas morbosas, traen como consecuencia trastornos pasajeros curables, y en otro, obrando sobre un cerebro en estado de **meionexia** en estado latente y, por consecuencia, sin ningún síntoma aparente, no pudiendo, sin embargo, reaccionar y atrofiándose, traen como resultado debilitamientos intelectuales incurables.

White, comentando esta teoría, dice: “el potencial intelectual que tiene todo sujeto al nacer, es definitivo y suficiente para llevarlo a través de toda la vida si ningún accidente sobreviene hasta el fin de ella; en el futuro demente precoz por alteración constitucional, este potencial es menor y suficiente sólo para llevarlo hasta cierto término, es decir, que es detenido en su evolución por el primer escollo que encuentra en su camino, y el primer escollo es la pubertad.”

Como puede verse, esta quinta teoría es la que en el estado actual de nuestros conocimientos sobre tan obscura enfermedad da más luces respecto a la patogenia, y es la que nosotros aceptaremos provisionalmente.

VI

ANATOMIA PATOLOGICA



La Demencia Precoz está esencialmente caracterizada desde el punto de vista anatómico, por lesiones situadas únicamente en los elementos de origen ectodérmico, es decir, sobre la neuroglia y células nerviosas. Es, por lo tanto, una demencia neuroepitelial.

Klippel y Lhermitte.

La anatomía patológica de la **Demencia Precoz** es sumamente intrincada e incierta. Se han descrito dos clases de lesiones: lesiones no específicas y lesiones específicas, sobre las cuales los autores no se han puesto de acuerdo.

Entre las no específicas y que son comunes a muchos padecimientos mentales, se encuentran:

1o. Alteraciones congénitas, correspondiendo a verdaderas detenciones de desarrollo o atroñas y deformaciones cerebrales o viscerales y que serían verdaderos estigmas de degeneración (véase patogenia).

2o. Alteraciones neuro-epiteliales primitivas, muy discutidas y poco frecuentes. Se observan degeneraciones de los cordones posteriores de la médula, cordón de Goll y de Burdack, sin participación de las raíces posteriores; atrofia casi total del cerebelo (2), etc.

3o. Por último, en el tercer grupo de lesiones no específicas se señalan las producidas por la infección o intoxicación que, como accidente intercurrente, ocasiona la muerte del sujeto (modo el más frecuente de morir del demente precoz). A la cabeza se encuentra la tuberculosis pulmonar aproximadamente en 65 por ciento de

(2) González.—Revista de Freniatria. 1906.

los casos, con sus lesiones habituales; la bronco-neumonía en 12 por ciento, las nefritis en 6 por ciento y la degeneración grasosa del hígado en 3 por ciento, etc.

Hasta aquí todos los autores están de acuerdo en la descripción de las lesiones no específicas; pero al tratar de señalar las específicas, las opiniones se dividen, aceptando algunos que no hay tales lesiones, mientras que otros las consideran esencialmente histológicas, microscópicas, y otros, por último, piensan que consisten, sobre todo, en cambios cualitativos y cuantitativos, verificados en la constitución química íntima de las células; en alteraciones bioquímicas entre los elementos constituyentes de las neuronas, que con los actuales medios de investigación de que disponemos, no pueden ser encontrados.

De estas diversas opiniones, la más aceptable nos parece ser la segunda, que vamos a describir. Las alteraciones histológicas se encuentran principalmente en el cerebro, dominando en la corteza, con mayor número de lesiones en los lóbulos frontales, menos frecuentes en los occipitales y raras en los parietales, especialmente en la zona motriz; en los núcleos grises centrales, principalmente en el cuerpo estriado. En el bulbo y médula las lesiones son raras.

Cerebro. Corteza.—Las alteraciones se producen en las células nerviosas y en la neuroglia. Las lesiones celulares se ven en las grandes células piramidales, especialmente a nivel de sus capas profundas, alterando las neuronas que se encuentran atrofiadas y sus prolongamientos disminuídos de volumen. Se coloran mal por el reactivo de Nissl.

El protoplasma de estas células presenta sobrecarga de pigmentos granulosos. Existe cromatolisis difusa más o menos completa en el interior de las células, entre el núcleo y la periferia, fuertes aglomeraciones de productos, especialmente lipoides, que se coloran característicamente por el ácido ósmico, por el rojo escarlata, por el Sudán III, por el verde claro de Alzheimer y por el sulfato azul de Vil, sustancias llamadas por los alemanes **de demolición** y por los americanos **restos o productos de desecho**.

El núcleo se encuentra alejado del centro, deformado, con su membrana plegada y en algunos casos llega a desaparecer. El nucleolo alterado, fragmentado y también, a veces, desaparece.

Los prolongamientos de estas células, si son coloreados por el método de Golgi, por el de Nissl o el de Crisafulli, se ven tortuosos, varicosos, privados de ramificaciones, con fragmentación del cilindro-eje y de las dendritas.

Pal, Veigart y Marchi han descrito degeneraciones granulosas de las fibras mielínicas subcorticales.

En la neuroglia se pueden observar fenómenos de proliferación y fenómenos de regresión. Los primeros consisten en aumento del número y del volumen de los núcleos neuróglícos, que forman satélites alrededor de las células ganglionares. Esta **satelitosis** es indicio de desintegración cercana y puede dar lugar a focos de esclerosis o de gliosis.

Los fenómenos de regresión originan la formación de lo que se llama "**Ameboide glia**", células homogéneas que presentan numerosos prolongamientos cortos y sin vida y que encierran un núcleo fuertemente colorado.

En las meninges y en los vasos sanguíneos no se encuentran alteraciones.

Núcleos grises centrales.—E. Fünfgeld ha emitido recientemente la teoría de que los síntomas fundamentales de la **Demencia Precoz** se explican por alteraciones de los núcleos grises de la base. Se funda en los frecuentes desórdenes de la vida vegetativa encontrados en los enfermos, especialmente en los catatónicos y en la semejanza que presenta esta forma con el **Síndrome Parkinsónico**.

Con este objeto, el autor estudió varios cuerpos estriados de dementes precoces catatónicos, y encontró atrofia muy marcada de cierto número de pequeñas células ganglionares, de preferencia en la porción central del lóbulo medio y, además, aumento de las fibras de neuroglia.

En los vasos sanguíneos no observó ninguna alteración.

Cree que tales lesiones sean consecutivas a las de la corteza cerebral.

Bulbo y médula.—Lesiones escasas y sin importancia.

Glándulas de secreción interna.—Otro capítulo de gran interés en la Anatomía Patológica de la **Demencia Precoz**, es el estudio his-

tológico de las glándulas de secreción interna. Sobre el estado de ellas, la opinión no ha podido ponerse de acuerdo. Morse, haciendo sus estudios en el Hospital Psicopático de Boston, sobre los cadáveres de doce hombres y quince mujeres atacados de **Demencia Precoz** que murieron entre 45 y 48 años de edad y en contraprueba con otra serie de individuos que murieron a la misma edad, de otros padecimientos, obtuvo los siguientes resultados:

a) **Glándulas genitales.**—En más de la mitad de los casos (16) se encontró con glándulas activas; en los hombres caracterizadas por la existencia de espermatogénesis y en las mujeres por la de cuerpos lúteos y folículos en maduración. En dos casos apareció infantilismo muy marcado. En los que no murieron de **Demencia Precoz**, comprobó el mismo estado de las glándulas sexuales.

b) **Hipófisis o pituitaria.**—Presentaban en poco menos del 50 por ciento de los casos, fibrosis semejante a la encontrada en algunas glándulas sexuales. Estas lesiones no pueden considerarse peculiares de la **Demencia Precoz** y probablemente dependan de enfermedades intercurrentes y del estado de la nutrición.

c) **Glándulas suprarrenales.**—Con lesiones sin importancia y en algunas, lesiones tuberculosas muy marcadas (caseificación, granulaciones, cavidades, etc.).

d) **Glándula tiroides.**—En lo general la encontró menos alterada que las otras, con ligera hiperplasia glándular y aumento del tejido conectivo.

Las otras glándulas no presentaban alteraciones.

Como conclusión de este trabajo, se desprende la importancia que tiene en la producción de alteraciones en las glándulas endócrinas, la influencia de diversas infecciones, en particular de la tuberculosis, pues todas determinan esclerosis en sus tejidos. Es más aceptable y menos hipotético el considerar estas lesiones como consecutivas a infecciones diversas y no a la acción de la **Demencia Precoz**. De ahí ha partido la concepción de que en esta psicosis, las glándulas endócrinas se encuentran alteradas funcionalmente (dado que,

como veremos, el examen clínico permite comprobar esta alteración) y que presentan lesiones tan pequeñas que no pueden ser encontradas por los medios actuales de investigación. Lo mismo podría decirse del sistema nervioso de la vida vegetativa, pues según Kraepelin refería durante su reciente estancia en México, en más de doscientas autopsias de dementes precoces que ha hecho, nunca lo ha encontrado alterado anatómicamente.

Esto no excluye la posibilidad de alteraciones funcionales y bioquímicas.

VII

ESTUDIO CLINICO DE LA ESQUIZOFRENIA

“Desde el punto de vista psicológico, en la **Demencia Precoz** el debilitamiento de las facultades sintéticas, se hace de tal manera, que los elementos más desarrollados de la personalidad, son los que primero desaparecen. El sujeto recorre en sentido inverso las diversas etapas de su desarrollo hacia su niñez, retrogradación interrumpida por brotes de excitación y de depresión”.

MAIRET.

La sintomatología reviste gran importancia y se puede considerar de hecho, que es lo único bien conocido sobre esta psicosis. Describiré desde luego el período de principio, importante tanto desde el punto de vista social como médico-legal por los problemas que origina. En el período de estado haré un estudio de los síntomas, sobre todo desde el punto de vista psicológico, poniendo por último un resumen de todo lo que en Clínica se puede encontrar en un demencia precoz.

PERIODO DE PRINCIPIO

La variedad y el polimorfismo de los síntomas de principio y su débil valor diagnóstico, hacen constantemente dudar, si se trata de síndromes que preceden y preparan a la **Demencia Precoz**, o de padecimientos diferentes.

El diagnóstico durante el período de principio tiene inmensa importancia desde el punto de vista social, pues los pacientes en esta

época cometen errores múltiples, dando lugar a dificultades familiares y sociales que llegan a ser de trascendencia. Ya se trata de un sujeto que abandona bruscamente la carrera que con gran provecho sigue; de otro que arruina a su familia gastándole su dinero, o que causa trastornos serios en su oficina, etc.

Ciertos actos irreflexivos y bruscos de los enfermos, debidos sin duda a la obtusión intelectual de principio, revisten caracteres muy importantes por sus consecuencias y debe el alienista tratar de evitarlos en lo posible, ya que se haya compenetrado de la enfermedad.

Para ser más claro en mi exposición, pongo los siguientes ejemplos:

I. C., joven trabajador y cumplido, sostén único de su familia, empezó a esbozar ideas de persecución de origen profesional. Creía que sus compañeros le tenían mala voluntad, que sus jefes le daban los cargos más pesados y difíciles, que se tramaban múltiples conspiraciones para molestarlo, etc. Cambió de carácter y cometía irrespetuosidades para con sus jefes, al grado de que en efecto, lo malconquistaron con ellos. Un día que vio abrir los sótanos de la casa en que trabajaba, pensó inmediatamente que era porque sus superiores lo iban a enterrar vivo y sin más dilación se escapó de su empleo mandando inmediatamente su renuncia que le fué aceptada desde luego. Ni los razonamientos ni ruegos de la madre, ni las consideraciones sobre el futuro que le esperaba, ni el conocimiento del deber le hicieron desistir de su idea, y poco tiempo más tarde la familia, compuesta por la madre y por dos tías, ancianas todas, quedó en la indigencia más completa. Actualmente el enfermo se encuentra en completo período de estado de la **Demencia Precoz Paranoide**.

Otro ejemplo:

R. R., estudiante aventajado de la carrera consular, empezó a tener tristeza profunda, a aislarse de sus familiares, a no compartir en sus pláticas y a mostrar gran indiferencia para con ellos. En cierta ocasión que se encontraba en su casa solo con su madre, de manera brusca y sin motivo alguno, se fué sobre ella golpeándola brutalmente y arrojándole los macetones del corredor. Las lesiones sufridas por la madre fueron de gravedad y a no ser por la ayuda de los vecinos que acudieron a los gritos, la hubiese matado. El joven R. R. cayó pronto en la **Demencia Precoz Simple** y en la actualidad vive recluido en el Sanatorio de Tlalpan en completo estado demencial.

Es de gran importancia por lo tanto, conocer bien los síntomas de principio, que pueden presentarse de varios modos, pero sea cualquiera la forma que afecte, hay cuatro síntomas muy importantes, que son:

a) **Modificación de las inclinaciones afectivas hacia la familia.** En casi todas mis historias clínicas, esta alteración, como puede verse, es constante.

b) **Afición a lo extravagante.**—Es en efecto frecuentísimo encontrar dementes precoces, especialmente de la **Forma Paranoide**, partidarios de todas aquellas reformas sean puramente científicas, sean sobre nuevas orientaciones artísticas (en pintura las escuelas modernistas, poesía, estridentistas, etc.) que de modo inflexible combaten, negando rotundamente las ideas dominantes adquiridas con el transcurso de los años. Ejemplo:

E. V., a los veintidós años expresaba los deseos de formar un periódico que hiciera revolución en ideas, en originalidad, en informaciones, en grabados, etc. Todos sus ahorros los gastó en realizar su deseo y el periódico salió a la publicidad. Por supuesto que nadie lo compró, pues era extravagante, raro, incomprensible, lleno de neologismos, de figuras sin sentido, de incoherencias, de dibujos sin significado alguno, que hacía pensar a todo aquel que lo leía, el resultado producido por un cerebro perfectamente enfermo.

El paciente, que es un **Demente Precoz Paranoide**, vive aún soñando en reeditar su periódico, por supuesto, con nuevos atractivos y reformas para que el público se anonade con su lectura.

c) **La falta de juicio.**—Omiten hechos de los cuales su inteligencia les da perfecta cuenta, pero que no va acompañado de ningún sentimiento afectivo, y si existe éste, es diferente del que se observa en una persona normal. No pueden resolver los problemas más sencillos de la vida.

d) **La risa.**—Es ruidosa, se produce sin causa que la motive, sin ir acompañada de ningún estado afectivo determinado, frecuentemente prolongada, es, en una palabra, una risa loca. Otras veces es ligera, esbozada, amanerada, rápida, dando a la fisonomía cierta expresión enigmática.

De cualquier modo que sea el principio, puede englobarse en dos tipos:

Primero.—Síndrome de principio progresivo.

Por lo general es más o menos así: tratase de un sujeto joven y en apariencia normal desde el punto de vista psíquico, con inteli-

gencia muy despierta a veces (profesionistas, diplomáticos, etc.), en el que se producen rápidamente, modificaciones o cambios en sus sentimientos afectivos; se vuelve apático, despreocupado, indiferente a todo, incapaz de hacer algo, parece no tener voluntad; se encoleriza por cualquier causa, presenta reacciones contradictorias y discordantes. Ejemplo:

D. J. M., desde niño observó conducta intachable, magníficos principios morales, católico ferviente y respetuoso con sus padres. Poco a poco empezó a hacerse brusco, a olvidar sus prácticas religiosas, a contradecir y responder de mala manera a su madre, a ser displicente e inafectivo. Con el transcurso del tiempo todos estos síntomas se acentuaron, al grado que terminó por odiar a su religión, por golpear a su madre y por perder la educación y sus buenos modales.

Frecuentemente presentan ideas místicas, eróticas, de carácter fugaz y mal sistematizadas con ligero matiz hipocondríaco, acompañadas de cierto esbozo de negativismo (rehusan tomar algún platillo, acompañar a un amigo, etc.) y con movimientos anormales (**estereotípias**). Estas acciones, que parecen de difícil interpretación, se deben, en realidad, a un principio de desunión que se lleva sobre los elementos superiores de la personalidad. Desde este momento, el sujeto se convierte en un autómatas; falto de personalidad aunque sus facultades intelectuales no presenten ninguna alteración profunda, sí carecen de **impulso vital** y parece que funcionan aisladamente. Este estado se va acentuando progresivamente y la **Demencia Precoz** confirmada hace su lenta aparición. Lo más frecuente es que esta forma dé origen a la **Demencia Precoz Simple** o **Demencia Primitiva de los jóvenes de Morel**.

Segundo.—Formas iniciales larvadas o asociadas.

Este principio es mucho más variado, presentando formas completamente diferentes entre sí, a las que, sin embargo, si se les estudia cuidadosamente, se comprueba en todas ellas algo de característico y particular a la **Demencia Precoz**, que debe de hacer pensar en ella.

Todas las múltiples formas, a su vez, pueden agruparse en otros dos: formas que revisten la apariencia de psicosis y formas que revisten la apariencia de psiconeurosis:

A.—Formas que revisten el aspecto de psicosis.

a) **Síndrome de aspecto melancólico**.—Comienzan los enfermos por presentar ideas de persecución, tristeza, miedo, negativismo, trastornos caracterizados por su falta de lógica, por la movilidad de las ideas y por carecer de sistematización o de coordinación. Es difícil diferenciar este principio de un estado de **depresión melancólica simple** y sólo debe de basarse tal diferenciación en la presencia de elementos demenciales, como la falta de juicio, inercia afectiva y motriz, etc. Ejemplo:

O. B.—Joven muy trabajador, dedicado y de carácter jovial, empezó a tener tristeza constantemente. Se retiró de sus amistades y de su trabajo; se volvió apático, desinteresado. Al mismo tiempo empezó a manifestar ideas de persecución mal sistematizadas. Se quejaba de que se burlaban sus familiares de su modo de vestir, de que en todas partes donde iba se reían de él, de que le envenenaban los alimentos, etc. Lloraba frecuentemente y sin motivo. Por las noches su tristeza y sus terrores aumentaban, al grado de que se quedaba noches enteras sin dormir, llorando, tratando de salirse de la pieza gritando. Rehusó comer y la mayor parte del día se la pasaba gimiendo y muy deprimido. Abandonó su trabajo y pudo apreciarse la desaparición de sus afectos para con su familia. Fué necesario su internamiento en un manicomio, y en la actualidad presenta multitud de estereotípias y los síntomas característicos de la **Demencia Precoz Hebefrénica**.

b) **Síndrome de agitación maniaca**.—Desde el principio y sobre un fondo que se va haciendo demencial, aparecen alternativas de agitación y de depresión. Esta forma, por lo general, corresponde a la **Demencia Precoz Hebefrénica**. Ejemplo:

E. E.—Con motivo de un dolor moral, quedó en estado de abatimiento profundo, tristeza y apatía, pero por corto tiempo, pues de improviso se volvió locuaz; cantaba constantemente, formaba múltiples proyectos de diversiones, de paseos, etc. Era logorreica, risueña, manifestaba intensa alegría por el motivo más fútil, gesticulaba y se movía a toda hora, etc. Es ahora una **Demencia Precoz Hebefrénica**.

c) **Principio por confusión mental aguda**.—Opinión muy generalizada por Régis, pero que indudablemente en algunos casos se presenta. Pasada la confusión, se aprecia la existencia de síntomas característicos de la **Demencia Precoz**. Ejemplo:

S. L.—Estudiante de medicina, enfermó de tifo y en la convalecencia se le presentó el cuadro de la Confusión Mental Aguda: desorientaciones crono y autopsíquicas alucinaciones visuales múltiples, agitación psicomotriz, fiebre, lengua saburral, rubicundez de la cara, etc. Este estado confusional se fué disipando hasta desaparecer por completo, pero poco tiempo después se empezaron a esbozar síntomas propios de la **Demencia Precoz**.

b) **Principios por fugas**.—Se trata, en este caso, según Dany, de impulsiones no irresistibles, subconcientes, que no traerían amnesia consecutiva, pero producidas sin objeto preciso, sin método y con tendencia a la estereotipía; son, en realidad, polimorfos, y Ducoste, que ha hecho un estudio completo sobre ellas, las divide en: **fugas de inestabilidad, fugas de impulsión y fugas de déficit o de demencia ligera**. En todos estos casos, la demencia al comenzar les quita la cohesión, tiende a fragmentarlas, a disociarlas, a hacerlas pueriles y contradictorias.

Los síntomas que deben de atraer la atención sobre una **Demencia Precoz**, son: crisis de miedo, particularmente intensas; impulsiones de diversos órdenes y, sobre todo, cólera, seguida de actos hostiles. Ejemplo:

S. O.—Señora casada, a quien su esposo había encontrado rarezas de carácter, extravagancias, misticismo exagerado y otro número de pequeñas anomalías psíquicas. Un día al llegar a su casa supo que la señora no estaba; fué corriendo a su habitación y halló los muebles en desorden, los cajones del tocador abiertos y los estuches de las alhajas tirados por el suelo. Al mismo tiempo notó la falta de algunos vestidos y abrigos. Pensando desde luego que la señora hubiese huído de casa, se dirigió ayudado por la policía a las diferentes estaciones de ferrocarril, y en una de ellas la encontró sentada en espera de la salida del tren, pero en una actitud de despreocupación, y al preguntarle el motivo de su conducta, contestó tranquilamente que se iba a los Estados Unidos, sin agregar más razón para ello.

b) **Formas que revisten la apariencia de psiconeurosis**.

Los síndromes de aspecto de psiconeurosis, son:

a) **Síndrome de aspecto neurasténico**.—Este síndrome es el más frecuente, según Serieux y Kraepelin. Las alteraciones intelectuales pasan a segundo término, son casi siempre de aparición tardía, a menudo van precedidas por alteraciones físicas, que son las que de preferencia atraen la atención. Se encuentra: astenia con los ca-

racteres siguientes: ser continua, con crisis de inercia inmotivada, sin causa aparente e interrumpida a veces por necesidad súbita de movimiento; alteraciones de la sensibilidad, como dolores vagos, cefalea constante y a veces muy marcada, hiperestesia exageradísima del cuero cabelludo; adelgazamiento y a veces brotes febriles. Analizando con cuidado el estado mental, es frecuente encontrar parálisis de la esfera afectiva, al contrario de lo que acontece en los neurasténicos, en los que se encuentra exaltada; además, éstos presentan irritabilidad y emotividad muy intensa. El demente precoz no ama a nadie, ni a sí mismo, opuestamente a lo que pasa en el neurasténico, que se vuelve egoísta y padece de verdaderas, aunque ligeras amnesias de evocación.

Esta forma es de diagnóstico difícil y puede durar muchos años. Las ideas hipocondríacas son variables, pueriles y no obsesivas. Sin embargo, Grülhe describe una forma de principio hipocondríaco, en la cual los enfermos relacionan a su organismo las extrañas ideas morbosas que se les ocurren, y casi todas ellas son delirantes. Estos hipocondríacos realmente pueden ser neurasténicos; pero por lo general se quejan de modo pueril y cómico. No así el neurasténico verdadero, que a partir de un acontecimiento desagradable, sufre y le vienen trastornos varios, como algías, parálisis, temblores, etc. Tales manifestaciones, a pesar de ser cómicas y pueriles en los dementes precoces, pueden traer serios errores de diagnóstico o de terapéutica, sobre todo, cuando se trata de manifestaciones dolorosas, por las intervenciones innecesarias que originan, especialmente cuando se localizan en la cabeza o en el vientre. Deberá de pensarse en **Demencia Precoz Neurasténiforme**, cuando se trate de molestias raras, aparentemente injustificadas y referidas de modo especial. Ejemplo:

E. B.—Demente precoz simple, desde hace muchos años se queja diariamente con el médico cuando pasa visita, de la supuesta enfermedad de un oído, diciéndole en tono plañidero: “¿Cuándo me cura usted mi orejita?” Al principio dió la impresión de que se trataba de una enfermedad real y fué sometido a un minucioso examen que reveló la integridad y buen funcionamiento del oído. Para satisfacer los deseos del enfermo, el médico ha simulado varias veces un minucioso examen por medio de lavados profusos y hasta le ha enseñado cuerpos extraños como si le hubieren sido extraídos. Después de esta prueba, el enfermo queda bien, no revela molestias ni dolor alguno, mas pasando algunos días, vuelve con sus ideas quejándose exactamente como si no se le

hubiese hecho nada. Se le tranquiliza prometiéndole otra futura intervención y E. B. queda perfectamente calmado hasta el siguiente día en que vuelve a ver al médico.

Otro ejemplo:

La enferma del caso número 9 se queja de que sus enemigos la golpean y le mueven las quijadas descomponiéndole la cara y alterándole la fisonomía. Otras veces habla de molestias y dolores que le ocasionan en el vientre y órganos genitales. A veces dice que la violan durante las noches, le enganchan el cuello y la transforman de personalidad, convirtiéndola en caballo y le ponen ojos de buey. En la actualidad se queja de que le agrandan los pies.

b) **Síndrome de aspecto histérico.**—Este síndrome lo consigno por haber sido señalado por diversos autores. Difiere, en realidad, bastante de la Histeria y, si acaso, se presenta con alguno que otro síntoma que pudiera asemejarse a los de esta enfermedad. Por mi parte, hasta la fecha no he podido encontrar un caso suficientemente claro.

c) **Principio por crisis epileptiformes.**—Señalado por Magnan. Es, a mi juicio, en los casos en que se asocia la **Demencia Precoz** con la **Epilepsia**.

d) **Principio por Ictus Apoplectiformes.**—Mencionado por Mlle. Pascal. Este y el anterior son excepcionales y sólo se citan como mera curiosidad científica.

Fácilmente se comprende que todos estos principios de la **Demencia Precoz**, pueden mezclarse entre sí y presentarse en el mismo individuo; en efecto, en Clínica se raro encontrar en un sujeto en estudio, un tipo puro. Sea como quiera, se nota desde este momento, aunque esbozado, decaimiento de las facultades superiores, **demencia electiva**, que resalta claramente en el período de estado.

Gilbert y Ballet compara las formas de principio como avenidas convergentes por las cuales los jóvenes se encaminan a la **Demencia Precoz** confirmada.

En verdad, todas las diferentes formas con que puede principiar la **Demencia Precoz** tienen gran valor desde el punto de vista del diagnóstico diferencial; pero buscando siempre los caracteres de esta dolencia, la confusión es menos frecuente. Los síntomas

dominantes de que antes he hablado, son por sí solos tan demostrativos que llevan desde luego sobre la pista del diagnóstico, a pesar de que el enfermo revista un aspecto melancólico, neurasténico, maniaco, etc. Hay que dirigirse desde un principio a lo que es constante: la desunión o desquiciamiento de las diferentes facultades psíquicas.

PERIODO DE ESTADO

La misma variedad o polimorfismo que se encuentra en el principio de esta enfermedad se presenta en el período de estado, y para su mejor estudio veremos primero los síntomas mentales y después los síntomas físicos.

Síntomas psíquicos.—Los síntomas psíquicos los estudiaré según su importancia, y así, en primer lugar, veremos los síntomas esenciales, después los delirios y, por último, los trastornos psicomotores.

Primero.—Trastornos esenciales.

Son los decisivos para el diagnóstico, pues, como hemos visto, se resumen en debilitamiento progresivo y desunión de las facultades intelectuales con profundas alteraciones de las facultades afectivas. Podría decirse: el espíritu de un demente precoz es incapaz de hacer un trabajo de síntesis personal con los datos suministrados por los sentidos.

Dividiendo desde el punto de vista psicológico las facultades del alma en: intelectuales, afectivas y volitivas, describiremos las alteraciones en cada una de ellas.

A.—Alteraciones de las facultades intelectuales:

a) **Trastorno de la percepción.**—Por lo general poco alterada y en algunos detalles de notable agudeza. Aun en los estados muy acentuados de **estupor**, los enfermos son verdaderos **registradores**, a pesar de que en apariencia no se dan cuenta de nada. Hay a veces insuficiencia de las percepciones, que es explicable por la falta

de atención. Las ilusiones son especialmente auditivas y visuales. Más constantes son las alucinaciones, de las que las auditivas ocupan el primer lugar. Cuando existen, son de grandísima importancia, pues suelen presentarse constantemente y los enfermos están abstraídos durante horas y aun días escuchándolas. Viven en un mundo interior absortos con ellas. Se presentan, ya elementales (zumbidos, silbidos), ya completas (voces de personas conocidas que desarrollan largas conversaciones, cantos, etc.)

Dichas alucinaciones, sobre todo en los dementes precoces de **forma paranoide** he observado que tienen en lo general dos cualidades que las caracterizan:

A.—**Son constantes, es decir, el enfermo oye las mismas palabras, las mismas repeticiones, las mismas conversaciones, los mismos insultos (números neologismos), aun por espacio de varios años.**

B.—**Tienen la propiedad de reproducir exactamente la voz, la risa, el llanto de las personas a quienes las refieren, y así, cuando son múltiples, los enfermos pueden distinguirlos y precisar de quiénes son.**

Siguen en frecuencia las alucinaciones visuales y, por último, las táctiles que en los casos muy avanzados, son muy frecuentes, y a semejanza de las auditivas, son siempre las mismas; les dan carácter a veces a la forma de principio neurasténico. Las del olfato y del gusto son raras.

Se han tratado de explicar por alucinaciones auditivas las actitudes y los **manierismos** que presentan estos enfermos; pero, dado que la explicación por sí es muy complicada, puesto que a su vez las alucinaciones necesitarían serlo, hay que considerarlos más simples, como trastornos primitivos de la voluntad, sobre todo estudiados desde el punto de vista psicológico, y así explican el hecho de que sean movimientos sin ninguna utilidad, uniformes, estereotipados y sin ligas entre sí; aparte de que, como veremos, las mismas alteraciones existen en el lenguaje.

b) **Trastornos de la atención.**—De las dos clases de atención, la espontánea y la provocada, la más alterada, según Masselon, sería la primera. Estas alteraciones nos explican los ligeros trastornos

de la memoria que se pueden encontrar en los dementes precoces. Rogués de Fursac ha estudiado la atención en estos pacientes, haciéndoles que en una serie de letras impresas en un papel, tachasen determinadas, por ejemplo, todas las "A" que encuentren. Según los resultados por él obtenidos, los divide en dos grupos:

Los del primero, son enfermos inertes, indiferentes, desprovistos de espontaneidad; pero cuando se las solicita, se les encuentra atentos (atención voluntaria).

En los del segundo grupo, se encuentra profundamente alterada la atención voluntaria, al grado de que apenas logran con muchos esfuerzos tachar tres o cuatro letras. En general, bien conservada, como dijimos al hablar de la percepción, la atención pasiva, a veces está muy desarrollada, pues los enfermos, de preferencia los cata-tónicos, que parecen muy alejados del mundo e indiferentes a lo que les rodea, son verdaderos "registradores", pues recogen todas las sensaciones y no pierden detalle, por fútil que sea. Esto puede conocerse por el mismo enfermo, porque tiempos después llega a relatar cosas que no parecía las hubiese tenido en cuenta.

e) **Alteraciones de la memoria.**—Es de las facultades intelectuales, probablemente la más conservada. Sólo en los períodos avanzados y especialmente en la de forma simple se encuentra perturbada. De sus tres etapas: fijación, reproducción y evocación, la más comprometida probablemente será la primera, hecho explicable por la falta de atención que traería insuficiencia de las percepciones.

A veces, por el contrario, se presentan casos de **hipermnesias**. El siguiente ejemplo, tomado de uno de mis enfermos, es muy demostrativo: (Caso clínico 10).

J. R.—Demente Precoz Paranoide, que cuenta en la actualidad 72 años de edad, conserva todos los recuerdos de su juventud, los sucesos que acontecieron en ella, las personas que conoció, etc. Todo con verdadera prolijidad de detalles, pues refiere la genealogía de muchas familias; evoca la disposición de las calles de México hace 50 años, los nombres, las fachadas de las casas, y muchas otras cosas más. Esto en lo que se refiere a la memoria retrógrada, pues en cuanto a la anterógrada, vive al día en todo lo que se relaciona al movimiento del Sanatorio; en la noche platica de las altas y bajas habidas durante el día en el personal, la entrada y salida de los enfermos, las inyecciones puestas, los reconocimientos verificados en los pacientes, la hora de llegada de los médicos, las conversaciones que éstos han tenido, los platillos servidos en las comidas y además las noticias dadas por los periódicos, del

país y del extranjero, el movimiento de política mundial, etc., etc. Basta que sólo una vez vea a una persona para que reconozca inmediatamente cuando la vuelve a ver y evoque todo lo que de ella supo en la primera entrevista. En una palabra, no hay detalle, por pequeño que sea, que no lo almacene en su bastísimo caudal de memoria.

d) **Orientación.**—Por lo común bastante correcta, pues tienen el conocimiento completo de tiempo y de lugar (**alopsíquica y cronopsíquica**). Es decir, saben la relación que guardan entre sí con el espacio y con el tiempo. La de la propia personalidad que constituye la conciencia autopsíquica, por el interés que revisten sus anomalías, merece ser descrita con mayor amplitud.

e) **Trastornos de la personalidad.**—La noción que se tiene de la propia personalidad, es el resultado de una serie de funciones de diversas facultades intelectuales y podría expresarse por el célebre aforismo de Aristóteles siguiente: **A es A y no es no A (yo soy yo y no soy no yo)**.

En un grado ligero, la identificación, en el demente precoz es incompleta y por momentos no sabe si A es A (**si yo soy yo**), dado que sus ideas son poco precisas e insuficientes, fragmentadas y sólo admitidas en uno de sus sentidos, sin coordinación entre sí. Estas alteraciones se acentúan a medida que las ideas de concretas se van haciendo abstractas. Al demente precoz le es más fácil comprender la noción de **pan**, que la de alimento, y ésta que la de **alimentación**, (1) concepto que se le escapa completamente a su comprensión. Este estado, al acentuarse, hace que las ideas se vuelvan complejas, aun las más simples, que se mezclen y que adquieran un sentido más amplio del que tienen. Tal alteración, que en un grado ligero se manifiesta simplemente por sofismas y paradojas, en un grado avanzado se muestra por la imposibilidad de hacer un juicio concreto correcto, hasta llegar a un grado avanzado en el cual confunden A con no A. Para estos enfermos **sí** y **no** es lo mismo, y de ahí nace la **ambivalencia** tan acentuada en ellos. La alteración de los elementos de la personalidad no es global, sino que es electiva, y los enfermos se dan cuenta de que ésta se les está fragmentando; y así,

se quejan de que pierden sus ideas y poco a poco se van convirtiendo en niños, con completo automatismo de sus funciones de asociación e incapaces de afrontar la lucha de su existencia. De este estado de demencia electiva o parcial, fácilmente se pasa por el progreso de las lesiones a la demencia completa, que es la terminación larga o cercana de estos enfermos.

f) **Trastornos de la imaginación.**—Esta facultad, que en Psicología es aún muy compleja, en el demente precoz es pobre, en ocasiones casi no existe, lo que tal vez se deba al poquísimos interés que tienen los enfermos por todos y a la indiferencia absoluta. Siendo que la imaginación necesita para funcionar de la intervención de las facultades sintéticas, y que éstas se encuentran alteradas, las sensaciones y las representaciones tienen una asociación aislada; las ideas y los recuerdos se asocian, pero los lazos que los unen no tienen nada de lógico, es decir, no es el resultado de la síntesis normal del espíritu, sino el resultado de una asociación fortuita, frecuentemente verbal, y aún únicamente verbal, haciéndose por contigüidad, por asonancia, o que reproduce asociaciones antiguas y que no formando nunca un sistema coordinado, trae como consecuencia alteración profunda de esta facultad.

g) **Trastornos del juicio y del razonamiento.**—Precozmente alterados y en grado profundo. Puede uno darse cuenta de esto por las pruebas psicológicas. Ejemplo (caso número 9): **Enferma de 32 años de edad, con Demencia Precoz Paranoide.**

Se le presentan algunas oraciones incompletas, indicando que por el sentido de la frase supla la palabra que falta. Se obtuvo el resultado siguiente: (1)

El niño **quchara** con la pelota.

Mi **comida** ladra muy fuerte.

El año tiene **todopoderoso días**.

Una cabeza es parte de un **qhuepo**.

La **que no tiene espíritu** es una flor sin aroma.

(1) Las palabras subrayadas son las que la enferma indicó. Se conserva la misma ortografía.

Esta prueba duró veinte minutos, y como se ve, el juicio y la ideación están sumamente alterados en esta enferma, pues son oraciones sencillas, que las resuelve fácilmente un niño de cinco a seis años.

h) **Trastornos en la asociación de ideas.**—Generalmente se hace por reproducción de la memoria de asociaciones antiguas. Difícil, sobre todo, para las ideas abstractas. El ejemplo siguiente es característico. A la enferma (caso 9) se le enumera una serie de pares de palabras, suplicándole que se fije para que al decirle una, repita la otra que le acompaña.

reloj—hora

hora—día

música—piano

piano—colcha

colcha—cama

cama—ver

escribir—lápiz

lápiz—escribir CORRECTA.

ver—ojo

ojo—ver CORRECTA.

Esta prueba, muy sencilla, duró quince minutos, y de los cinco pares de palabras, como se ve, sólo dos pudieron ser correctamente contestadas.

B.—Alteraciones de las facultades afectivas.

Sin género de duda, la afectividad es una de las facultades más profundamente alteradas en el demente precoz, al grado que da uno de los matices dominantes a esta dolencia, y su estudio detallado por sí sólo, es suficiente para hacer el diagnóstico diferencial con todas las enfermedades mentales. Es una psicosis esencialmente afectiva.

Entre los sentimientos afectivos, no todos son atacados de modo uniforme y, por lo general, los primeros en alterarse son los sentimientos altruistas, que pueden estar disminuídos o abolidos.

Así se explica la inversión de los cariños familiares, odios para los padres o los hermanos, etc. Ya he referido en ejemplos anteriores los cambios que tienen estos enfermos para con sus padres.

A pesar de la alteración creciente de esta facultad, se observa que los sentimientos egoístas son de desaparición más tardía y, por lo general, incompleta.

En esta primera fase más que indiferencia completa, se aprecia discordancia entre los procesos afectivos y los intelectuales. Hablan los enfermos de asuntos tristes riéndose y estando alegres. Se les relata la muerte de sus padres y se ponen contentos (**afectividad paradógica**). La enferma del caso número 9 decía, refiriéndose a su madre: "Lo mismo me da que se muera o que no; ya me harté, es una vieja necia. . . . Una alcahueta que ya no le importo yo", y esto lo decía riéndose.

En un grado más avanzado, los enfermos pueden, casi completamente, perder la afectividad, se vuelven indiferentes, apáticos y nada les conmueve; sin ninguna reacción espontánea, sin expresar ningún deseo, con indiferencia absoluta a todo y a todos los que le rodean. El enfermo del caso número 1 permanece los días enteros de pie en el corredor, con las manos en los bolsillos, sin moverse, sin manifestar ningún deseo, ni cuando lo visitan sus familiares, y a todo lo que se le pregunta, por respuesta saca la lengua, movimiento estereotipado en él.

A pesar de este estado, pueden persistir algunos instintos perversos, que a veces salen a la superficie. Este enfermo, por ejemplo, es muy masturbador.

La inercia afectiva puede desaparecer espontáneamente bajo la influencia del miedo o de la cólera.

A mi juicio, la afectividad no se pierde de manera completa como se ha pensado, sino que el tono afectivo no está de acuerdo con la idea o el acto que muchas veces es contradictorio. El hecho de que un enfermo experimente cólera al ver a su padre, sólo revela el signo opuesto al estado afectivo, que normalmente, en el caso debe ser alegría. Es otra manifestación muy clara de lo que ca-

racteriza a esta dolencia; el desquiciamiento o desarmonía de los diferentes procesos psíquicos entre sí.

C.—Alteraciones de la voluntad.

La voluntad se encuentra debilitada en todas sus formas. La inercia psicomotriz es completa y profunda y está bajo la dependencia, o es producida por los trastornos de las facultades intelectuales y afectivas, especialmente por estos últimos, pues ya se ha indicado la indiferencia afectiva tan notable, que trae como consecuencia la falta de interés para todo, la apatía absoluta y que se traduce por la ausencia de actividad consciente, es decir, por el **querer** y el **obrar**, que constituyen el dominio perfecto de la voluntad.

En un primer grado, lo que se observa es más bien irresolución, incapacidad para tomar decisiones, y así se va comprobando la desaparición de los actos reflexivos, dando lugar a la presencia de impulsividades. Esta abulia, más o menos completa, da origen a la aparición, por una parte, de la sugestibilidad morbosa, y por otra, al negativismo, síntomas psicomotores que son el indicio de la disociación psíquica fundamental de esta psicosis.

Hay tres síntomas cuyo estudio corresponde a este capítulo y que tienen gran importancia en el diagnóstico de la dolencia; la **inhibición psíquica**, el **negativismo** y lo que Kraepelin ha llamado **sparrow** y los franceses posteriormente le han apropiado el término de **barrage**. Ambos son de difícil traducción, pero para darles cabida en nuestro idioma, lo más adecuado me parece traducirlos por **paro** o **suspensión** de estados de conciencia.

Debe entenderse por **inhibición psíquica** la retención de todo proceso mental, a pesar del esfuerzo que se haga para darle curso. Es el almacenamiento de las facultades mentales por larga o corta duración.

El **negativismo**, del que hablo en otro lugar con mayor extensión, es la tendencia de los enfermos a hacer todo lo contrario de lo que se les indica. Si se intenta abrirles los ojos, los cierran; si se les da de comer, rehusan; si se les ordena hablar, se callan; si se les cambia de lugar, resisten. Llega esto a exagerarse hasta para

las necesidades orgánicas. Sienten la necesidad de defecar y se contienen, etc.

Por último, el **sparrow** es el fenómeno que se presenta en los enfermos cuando en el curso de una conversación la suspenden bruscamente; el sujeto interrumpe su discurso como si hubiese una **barrera** que totalmente lo detuviera en la evolución de sus ideas; el proceso mental no es suspendido ni agotado, es simplemente detenido.

Kraepelin con mucho ingenio nos expresaba la siguiente comparación para demostrar claramente lo que son estos tres síntomas: Supongamos que una persona le tiende la mano a otra; que ésta trata de dársela, pero lo hace muy lentamente, con gran dificultad, como si hubiera una rienda que lo sujetara y a pesar del esfuerzo sólo se desaloja unos cuantos milímetros. **Esto es inhibición.**

Pero supongamos que en lugar de llevar la mano al encuentro de la otra, hace un movimiento en sentido contrario. **Esto es negativismo.**

Por último, la mano va con facilidad al encuentro de la otra, pero en el movimiento que efectúa, bruscamente se queda inmóvil, sin ir hacia adelante o hacia atrás, a un lado o al otro. **Esto es sparrow.**

De los tres síntomas que antes menciono, el último es casi patognomónico de la **Demencia Precoz**, de ahí que su conocimiento sea de capital importancia para el diagnóstico.

Segundo.—Delirios.

Poco frecuentes, cuando se presentan, son esencialmente delirios no sistematizados y polimorfos, pudiendo considerarse de dos categorías; los especiales, que se originan por el miedo y la cólera con impulsiones hostiles y reacciones antisociales, y los accesorios, que son delirios de grandeza, de persecución, con síntomas de excitación, de depresión, estupor, etc.

Los delirios favorecen el desarrollo de estados de agitación y de depresión con síndromos maníacos y melancólicos, asociados a veces a reacciones psico-motrices, poco usuales; a alegría ficticia, etc. Aunque algunas de estas manifestaciones tienden a adquirir orientación hacia un delirio sistematizado crónico, si se estudian

con cuidado, se observa que no sucede así y que en lugar de verdadero delirio, se trata más bien de ideas delirantes, múltiples fragmentarias y sin sistematización alguna.

Tercero.—Trastornos psico-motores.

Haciendo un análisis de estas alteraciones se encuentra:

a) **Actitudes.**—Los enfermos adquieren actitudes extrañas que conservan durante mucho tiempo, sin hacer el menor esfuerzo, sentados y con la mirada fija, arrodillados, en gatillo de fusil, etc. Ejemplos:

Caso 7.—J. H., tiene varios meses de permanecer de pie, con los talones juntos, el cuerpo rígido, la cabeza levantada, los brazos caídos a lo largo del cuerpo, las manos extendidas, los ojos cerrados y las facciones rígidas. No efectúa movimiento alguno, pasa días enteros en la misma posición, y su aspecto es el de una estatua. Por unas semanas, inclinó lateralmente el cuerpo con relación al eje vertical, pero más tarde volvió a tener su actitud primitiva.

Caso 6.—M. T. V., Dura varios días sentada, con los brazos caídos y cruzados sobre la pierna, la cabeza flexionada e inclinada hacia un lado y en absoluto estado de inmovilidad. De cuando en cuando fijase su mirada en un punto, y así está por largo tiempo.

Caso 10.—J. R. R., Hace más de 25 años ha adoptado la postura de permanecer de rodillas. No se sienta nunca, todas sus cosas las hace en esta posición, al grado de que su cuerpo ha adquirido cierta adaptación. Los ortijos por estar de continuo apoyados sobre el suelo se flexionan considerablemente cuando se traslada de un lugar a otro, único momento para levantarse y caminar, lo que hace difícilmente; los miembros inferiores no pueden extenderse completamente, sino quedan semiflexionados; la marcha la efectúa apoyándose sólo en la cara plantar de los ortijos.

Según el modo como estos enfermos reaccionan a los excitantes que les viene del mundo exterior, se dividen en tres grupos:

Pasivos.—Se dejan mover sin oponer la menor resistencia y cuando se suspende el excitante vuelven a su posición primitiva.

Enfermos que presentan la misma pasividad que los anteriores, pero que al ceder la acción, no vuelven a su primera actitud, sino que quedan en la nueva, conservándola indefinidamente, pues no existe en ellos contractura (flexibilidad cerea). Llegan a la catalepsia cuando no pueden hacer otros movimientos que los que se

les imprime debido a la imposibilidad que tienen para la contracción voluntaria.

Por último, los **negativistas**, que son enfermos en quienes se presenta la tendencia instintiva a rehusar todas las sugerencias que se les hacen. Esta alteración ya ha sido estudiada al hablar de las perturbaciones de la voluntad.

b) **Movimientos habituales.**—**Gestos y estereotipias.**—Los primeros, por lo regular se encuentran reducidos al menor número, otras veces son lentos, ejecutados con esfuerzo. Por el modo de hacerlos, se semejan a los de un niño mal educado; así su manera de comer es desordenada, sucia e irregular; su marcha descompasada, con pasos desproporcionados, siguiendo líneas curvas y quebradas. Ejemplo:

R. R., camina siempre dando tres pasos largos y luego un pequeño salto sobre un pie, y así continúa sucesivamente.

Por lo general, la mímica es amanerada, pueril, ilógica, extravagante y automática. Por sugestibilidad imitan lo que se hace delante de ellos y así copian los gestos de sus vecinos (**ecopraxia**), repiten sus palabras (**ecolalia**) o le dan la misma expresión a su rostro (**ecomimia**).

c) **Tiques.**—Son difíciles de distinguir de los gestos estereotipados. Por lo general, son más bruscos y se producen siempre de la misma manera, sin ser variables. Se presentan en la misma raíz de los miembros, en el cuello, y con especialidad en la cara. G. Guinon los define como “movimientos convulsivos habituales y conscientes que resultan de la contracción involuntaria de uno o varios músculos del cuerpo y que reproducen a menudo, pero de manera intempestiva, gestos reflejos o automáticos de la vida ordinaria”. Dejerine agrega que se presentan de modo intermitente, entre uno y otro, el enfermo queda calmado; escapan de la acción de la voluntad, aunque con esfuerzos pueden retardarse; pero esto origina angustia muy penosa. Un enfermo me decía que no sólo son involuntarios, sino contra la voluntad, pues tratan de reprimirlos haciendo poderosos esfuerzos y a su pesar no pueden evitarlos. El último carácter señalado por Dejerine es que cesan durante el sueño.

d) **Risa.**—Difícil de estudiar por su variabilidad. Casi cada enfermo tiene su risa especial, pero por lo general tiene los caracteres de sobrevenir bruscamente, ser inadecuada al humor del sujeto, no tener causa aparente; a veces exagerada y con caracteres de necedad, y otras, maliciosa e irónica. Esto es debido a que la risa está formada por elementos contradictorios; por la intervención de estereotipias y de contracciones musculares, resultado de ideas discordantes y contradictorias. No es raro verla revestir un carácter negativista y alterar con crisis de lágrimas.

e) **Lenguaje.**—El lenguaje es característico. Las palabras son afectadas, enfáticas, teatrales o declamatorias y litánicas; algunas veces evocadas por asonancia, otras formadas por reunión de dos vocablos con numerosos neologismos; otras repetidas constantemente, **verbigeración**. A veces se trata de frases correctas arregladas por una conservación mnésica de construcciones antiguas. Su entonación es, por lo general, variable e inadecuada, sonando como en falso. Sin embargo, el lenguaje puede ser **fluido**. Ejemplo:

J. R. R. Demente Precoz Paranoide.... Cuando llego a saltarlo me dice:

“A ver si pre-estudian, pre-rezan, pre-aprenden, pre-infalibilidades, que indiquen positivo pre-adelanto en pre-religiones, ciencias, pre-letras, artes, pre-canto, declamación, pre-música y baile, desde lo pre-antiguo hasta el presente a continuar. Yo sigo peor y peor y no tengo nada, ni pre-asco, ni pre-vergüenza a nada y a nadie. Todos siguen peor y peor a continuar. ¿Cómo están tus parientes, harientes, conocidos y desconocidos? Como se encuentra de salud el señorito tu padre papa uno de ellos, José pipino Guillermo, y la señorita tu madre mama una de ellas María Emilia, Emilita, Militas, una de ellas, etc., etc.”

Quando tiene alguna queja:

“Voy a existir pre-acerbismos castigos infernos y quejas contra pre-todos y cada uno de ellos y ellas, de preferentes y contradictorias maneras a continuar, etc.”

Quando se prepara a comer y le pido sus alimentos al enfermo:

A ver si pre-crean pre-novísimas adoraciones al Dios del cielo y de la tierra; a los pre-infinitos pre-cielos, glorias y divinidades pre-manifestas y en pre-adoraciones continuas e infinitas. No se les pre-olvide nada en pre-exi-

tencias, pre-religiosas, pre-científicas, pre-recreativas, pre-criminalógicas y pre-infernales, etc. En pre-existencias pre-psíquicas y pre-materiales siempre en presente, pre-conscientes y pre-inconscientes, pre-conscientes y pre-ultrarecordabilísimas de pre-diferentes y contradictorias maneras a continuar.

Preciosísimo niño pre-Inclanes y pre-Tinocos, pre-etc., preciosísimo niño pipino José Eduardo:

A ver pre-etcétera si no se les pre-olvida nada psíquica y materialmente de todo lo que he tenido pre-honras y gustos de indicarles de pre-pensamientos, palabras y obras desde antes de pre-naceres hasta los presentes a continuar, desde pre-existencias infinitas, hasta el presente a no terminar jamás pre-etcétera.”

A ver si tienen la pre-fineza, cariño y bondad de pre-crear novísimas adoraciones a Dios del Cielo y de la Tierra, glorias y divinidades, si creen en ellos, y a mí, si creen en mí, de administrarme, entre otros pre-santísimos y divínísimos pre-sacramentos, pre-manifestos y en pre-adoraciones continuas e infinitas pre-etcétera, el primer pre-platillo de carne doble, un pre-platillo de pre-carne de res bien asada, bien frita, bien preparada, bien sazónada, bien salada, con pre-salsas de pre-capsicums, de pre-chiles, de pre-picantes, bien preparadas; pre-exquisiteces de frutas, cuando menos dos pre-piezas de pre-bananos, pre-plátanos; pre-exquisiteces de pre-mieles, pre-dulces, pre-etcétera, y un pre-vaso de pre-infusiones fuertes de pre-café, cafés pre-negros, si es posible extractos concentrados; pre-azúcares exquisitos en bastantes cantidades y pre-vaso de aguas limpias y puras del puritito y meritito pre-chorrito pre-etc.

No vayas a pre-criar novísimas adoraciones del Dios del Cielo y de la Tierra, glorias y divinidades, si crees en ellos, y a mí, si crees en mí, a traerme, como me han traído de sin pre-principios increados hasta el presente, los purititos pre-tóxicos, pre-venenos, pre-ponzoñas, pre-infernos psíquicos y materiales como hasta el presente.

Aunque quieran darte más, no recibas ni un átomo ni una brizna de nada y por ningún motivo.

No me vayas a traer pre-carne pre-podridas, pre-hediondas, pre-corrompidas, pre-apestosas, etc., ni pre-salsas pre-agrias, pre-ácidas, pre-descompuestas, etc., ni pre-frutas pre-agusanadas, pre-podridas, pre-ácidas, pre-descompuestas, pre-sépticas, etc., como me han traído infinidad de veces; ni pre-dulces pre-ácidos, pre-corrompidos, pre-descompuestos, como me han traído algunas veces; ni pre-aguas pre-corrompidas, pre-hediondas, pre-sépticas, pre-malsanas y pre-infectadas como me han traído siempre desde antes de pre-naceres hasta el presente; ni pre-infusiones de pre-café, azúcares, etc., y toda clase de alimentos o diz que mezclados siempre con pre-diversas clases de pre-tóxicos, pre-venenos, pre-ponzoñas; verdaderos y purititos pre-infernos, como por ejemplo pre-pedazos de pre-mecates, pre-astillas de madera, pre-popotes, pre-ixtles, pre-sedas, pre-cabellos o faneros pilosos, pre-esquirilas de pre-hueso, pre-alfileres, pre-piedras, pre-cáscaras, pre-pedazos de carbón, pre-cacas de ratas, pre-excrementos humanos, pre-orines, pre-ácidos minerales, pre-álcalis, pre-sustancias cáusticas, pre-etcétera, etcétera.

El enfermo de este ejemplo, como se ve, antepone a casi todas las palabras el prefijo **pre**; a los nombres propios de hombre, **Jose**, y a los de mujer, **Maria**, y tiene numerosos neologismos, repeticiones, plurales y sinonimias.

En algunos casos, al contrario, puede existir mutismo completo, como sucede con el enfermo J. H. (Caso 7).

6.—**Escritura.**—La escritura adolece de los mismos defectos que el lenguaje. Hay manierismo caligráfico, desigualdad de las letras y neologismos.

Weygant describe la llamada escritura en espejo.

Como ejemplo de la escritura de estos enfermos, véase la figura 1.

Los versos de los dementes precoces están basados en la consonancia, sin la menor significación, las expresiones se agrupan con repeticiones estereotipadas, al contrario de los producidos por los maníacos, en que entra en gran parte la rima y los sonidos.

Ejemplo de versos de un demente precoz paranoide:

Quedas (1)

(Carta de amor)

Quedas en el desvan de tu ambrosía
Como una perdonada fechoría:

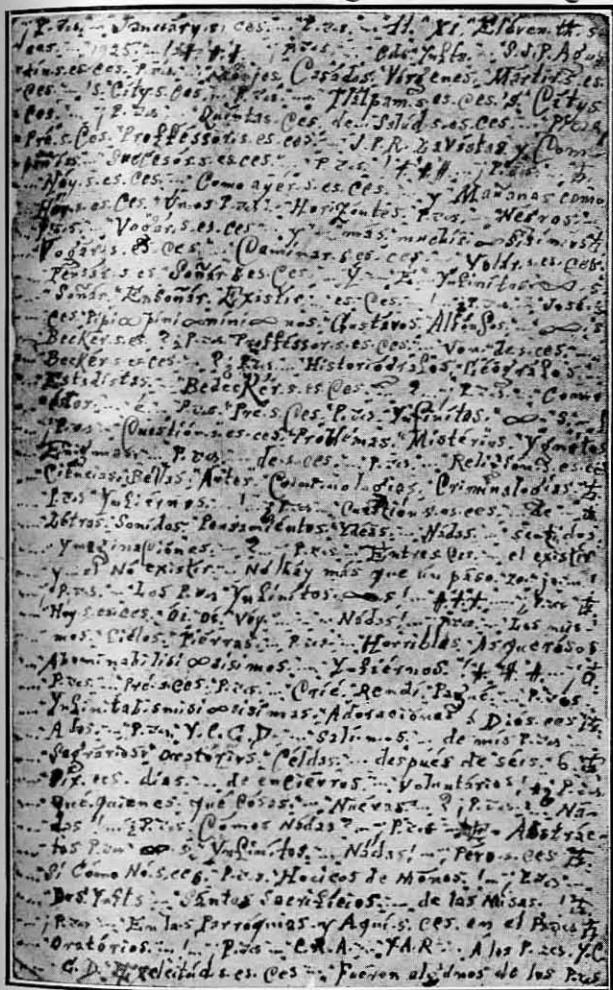
Quedas comunmente al tierno alago
Complaciente y feliz del cual yo te hago

Quedas zuzurrante de la noche a tus sombras
En el rojo: cearmin floreo de tus alfombras.

Quedas de entonces sujeta al imno
Hideal que te apartó del alubión maligno:

Quedas tengo de pequeños momentos
Asemblanzaz vertigionosas de amor, afanes lentos

Quedas valbucen mi dicha y mi desgracia
Que mi amor es muy grande y está en gracia:



(Fig. 1) ESCRITURA DE UN DEMENTE PRECOZ PARANOIDE.
Enfermo número 10

(1) Se conserva la ortografía de los originales.

¡Que dás sí congratulo a tus afectos de amor
 Cuando mis ojos te digan: ¡dame un beso cantor?
 ¡Que dás porque no lo oigan, tal mi dicha y mi desgracia
 Sabiendolô ya que mi amor está de Dios en gracia?
 ¡Que dás, contemplaciones? para contemplaciones
 Te enviaré las mías atadas a dos moños de listones.

Otro ejemplo:

Consiguio

Consigo comenzó con él
 El, el de las pléllades ocultas
 Y ella, al sol, rojo clavel.

Crecía ella, y crecía él
 Ambos contenidos en sus cuitas
 Y era el suelo su docel.

De Orcagna y Carpacio el pincel
 Nunca pudo favoritas
 Vírgenes mostrar a granel.

Para ambos fúe el ayer del
 Mañana, contra el pulveritas
 Que reberteris "Murillo y Rafael"

Unísonos abanderados, templan el
 Escalafon de dos banderas infinitas
 Y el pendón universitario es él.

Fuerza verficadora del
 Cruel destino, con Santas cuitas
 Verificadoras "ruinas de Babel":

Tierra, fango, cenizas, todo él
Cuerpo que en falsos gravitas
"Astro"; te devoró influjo de aquel

Porque injusticia al papel
De las cerias de la ley citas,
Sin salvar a tu docel.
De la ley y los profetas.

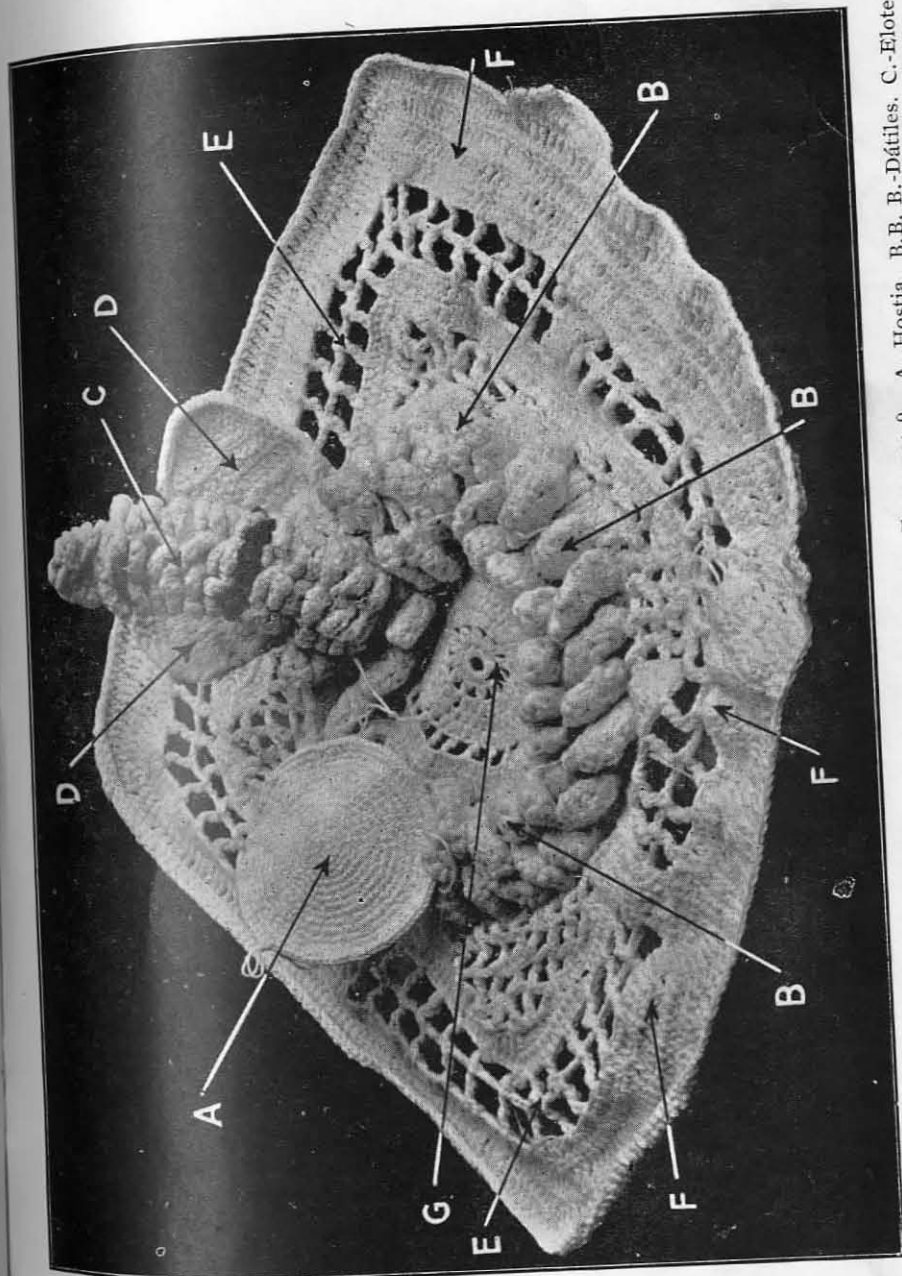
NOTA.—Se conserva la ortografía de los originales.

En las mujeres, las labores de costura, bordado y trabajos manuales adquieren frecuentemente modificaciones, indicando estereotipias y perturbaciones imaginativas. En la fotografía adjunta (fig. 2) reproduzco el tejido de una enferma, hecho con hilaza, que es extravagante, no corresponde a ningún objeto definido, sino con figuras y dibujos creados por ella, y a los cuales les ha dado distinta significación, como puede verse. Todo de manera arbitraria y caprichosa.

Las mismas anomalías y rarezas se notan en los dibujos y pinturas de estos enfermos. Para mayor demostración reproduzco algunas de las que me han parecido más interesantes. (Véanse figuras números 3, 4 y 5).

De todo lo anteriormente expuesto, se desprende que la mayor parte de los trastornos están bajo la dependencia de la **sugestibilidad y del negativismo**. La primera es acondicionada por estados de conciencia y se debe a la reaparición de un modo de actividad observado en los niños y en los adolescentes y que desaparece por la voluntad reflexiva. Es una alteración, en resumen, debida al decaimiento de la síntesis psíquica voluntaria.

El segundo se traduce por la resistencia a las necesidades, a los sentimientos, a los instintos. Estas alteraciones, se observa que son el resultado de la disociación intrapsíquica existente (debilitamiento de las facultades sintéticas con conservación de las inferiores). El demente precoz es un niño, en el cual, al empezar a adquirir nociones, una idea siempre viene acompañada de la evocación de la idea antagonista, por ejemplo, **salud**, se acompaña de **enfermedad**, etc. En los adultos esto desaparece o sólo existe en casos



(Fig. 2) TEJIDO DE HILAZA DE UNA DEMENTE PRECOZ PARANOIDE.— ENFERMA 9. — A.-Hostia. B. B. B.-Dátiles. C.-Elote. D. D.-Hojas del elote. E. E.-Corredores de palacio. F. F.-Oficinas del palacio. G.-Capilla real.

muy limitados, pues las ideas se hacen bastante claras para limitarse por sí solas. De tal alteración resultan las contradicciones y las ambivalencias que se presentan en los enfermos.

Al avanzar la dolencia, teniendo estos pacientes perdidas la personalidad y la afectividad, seguirán una u otra idea con la misma facilidad. De ahí provienen las frecuentes reacciones antisociales.

Existen, por último, algunos trastornos que no se encuentran bajo la dependencia ni del **negativismo** ni de la **sugestibilidad** y que serían producidos por la existencia de ideas delirantes.

La alteración del tono muscular se explica por ataque de las neuronas mesencefálicas.

Las estereotipías, los neologismos y la detención brusca en las conversaciones, con dificultad para encontrar la ilación (debido a que sienten que sus pensamientos los abandonan violentamente), lo que tratan de explicarse por la existencia de enemigos que los molesten, han sido aclarados por los autores americanos como producidos por complejos sumerjidos.

SINTOMAS SOMATICOS

Primero.—**Sistema nervioso.**—Sus lesiones son las más importantes de todas.

a) **Trastornos motores.**—Aparte de las alteraciones de la marcha de origen psíquico ya estudiadas anteriormente, las correspondientes a perturbaciones somáticas revelan que es incierta, a veces titubeante, con apariencia de la del estado de ebriedad. La abertura de los pies es diferente a izquierda que a derecha.

Se pueden encontrar, temblor, atetosis, movimientos coreícos, apraxia, tetanía, afasias transitorias, ictus, contractus con retracciones fibrosas, etc. Todo esto último es, sin embargo, poco frecuente.

b) **Trastornos de la sensibilidad:** La **objetiva** se encuentra disminuida, y no es raro descubrir hipoestesia. La **genital** por lo general está exagerada. Subjetivamente se comprueba, cefalalgia de intensidad variable, dolores y parestesias extravagantes.

c) **Estado de los reflejos.**—Habitualmente los tendinosos se encuentran exagerados, especialmente los rotulianos y aquilianos, sin tener, sin embargo, la característica de la brusquedad, como sucede en los estados espasmódicos; ni el sobresalto frecuente de los neuropatas. Los reflejos cutáneos están alterados a diferentes grados: el cutáneo plantar frecuentemente abolido, así como el del *fascia lata*; el cremasteriano y los abdominales normales.

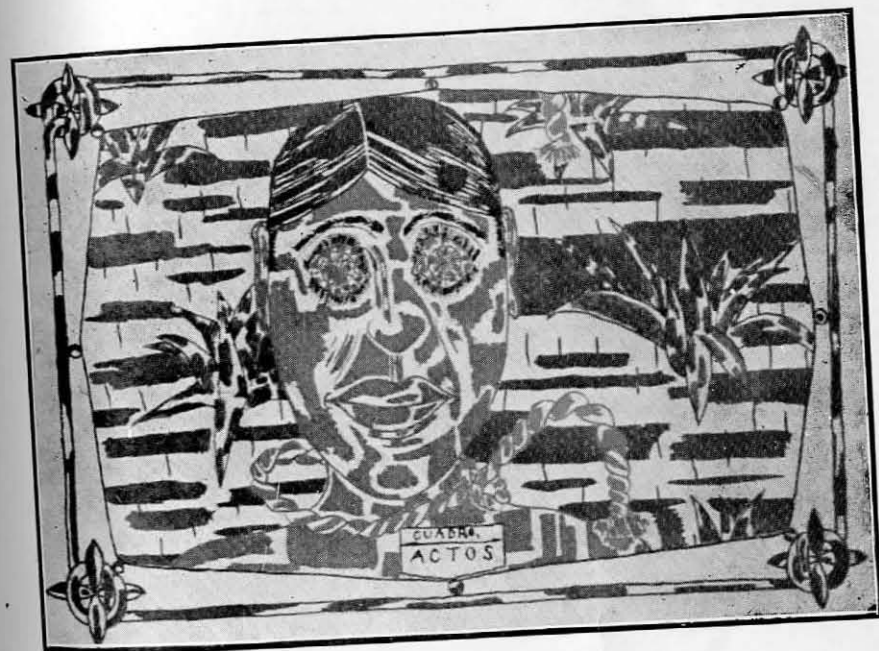
Algunos autores manifiestan que el clonus del pie se presenta con frecuencia. Yo nunca lo he encontrado en los enfermos estudiados. El reflejo corneano está debilitado. El reflejo óculo-motor está, según Truelle, en 75 por ciento de los casos invertido o abolido, al contrario de lo que sucede en otras psicosis en que esto es la excepción.

Se ha observado el fenómeno paradójico de Piltz-Westphal, que consiste en el estrechamiento de la pupila consecutivo a la oclusión enérgica de los párpados. Bumke considera como típico del demente precoz la ausencia del reflejo psíquico de los ojos (falta de movimientos del iris en respuesta a emociones y a estados afectivos y la ausencia de dilatación a estímulos sensoriales). Pero este estado es característico de todas las enfermedades en que hay destrucción mental.

d) **Organos de los sentidos.**—Se ha señalado, además de lo anteriormente dicho, desigualdad pupilar (posible de atribuir a tuberculosis ganglionar); midriasis, irregularidad en las pupilas. Tyson encuentra frecuentes lesiones en el fondo del ojo, y Dide señala estados de anemia y de congestión pupilar. El resto de los órganos de los sentidos normales.

Segundo.—**Aparato cardio-vascular.**—Cuando hay lesiones, casi siempre son asociadas (insuficiencia y estrechez mitrales, etc.) La presión arterial, según varios autores, está disminuía. En mis observaciones la he encontrado, unas veces aumentada y otras disminuía. (Véase observaciones relativas al estado del sistema de la vida vegetativa).

Los trastornos vaso-motores muy frecuentes en la forma **Catatónica**, son cianosis de las extremidades, hiperhidrosis con parestia



(Ffig. 3) Acros.

de las reacciones vaso-motoras (**dermografismo**), edemas, sobre todo en los miembros inferiores (**seudo edema catatónico de Dide.**)

Estas lesiones se encuentran íntimamente relacionadas con alteraciones de las glándulas de secreción interna y probablemente con el Simpático.

Tercero.—**Aparato digestivo.**—Urstein llama la atención sobre la existencia de trastornos gástricos, periódicos, frecuentes, y atribuibles probablemente a un estado neurasteniforme. Yo he podido comprobar en casi todos ellos, especialmente en los catatónicos, constipación tenaz, lengua saburral y fetidez del aliento.

Cuarto.—**Aparato urinario.**—La orina se secreta en cantidad inferior a la normal. La urea se encuentra disminuída y le indican el exceso.

Quinto.—**Aparato respiratorio.**—Signos frecuentes de lesiones pulmonares; en la mayoría de los casos, de origen tuberculoso.

Sexto.—**Sangre.**—Regis, Dide y Chenais encuentran linfocitosis y eosinofilia, 3.4 por ciento.

Lewis, Bruce y A. M. S. Peebles han citado en las fases agudas leucocitosis moderada y persistente, sobre todo de polinucleares y de grandes mononucleares. En las fases de estupor de la **catatonía**, la leucocitosis es de 12 a 16.000. El porcentaje de polinucleares desciende por abajo de 55 por ciento con linfocitosis y eosinofilia. Al salir de este estado, los leucocitos polinucleares aumentan y se elevan a 60 por ciento, y más; cuando los enfermos entran al período demencial, el tanto por ciento de polinucleares desciende a 40 por ciento y aun a 30 por ciento y a veces se encuentra hasta 10 y 8.000 de polinucleares. Estos datos se consideran como importantes para el diagnóstico.

Los mismos observadores han logrado obtener cultivos de estreptococos con la sangre de dementes precoces y, como consecuencia, han usado la seroterapia estreptocócica sin ningunos resultados hasta ahora.

La reacción de precipitación usada por Geissler, así como la hemólisis por veneno de cobra, que sería impedida por el suero de

un demente precoz, no tienen ningún valor diagnóstico, pues son de técnica delicada y sus resultados completamente infieles.

Séptimo.—**Líquido céfalo-raquídeo.**—En lo que se refiere a los elementos figurados, no hay alteración alguna.

La albúmina por lo general se encuentra ligeramente aumentada.

Octavo.—**Glándulas de secreción interna.**—Sus alteraciones son frecuentes. Se traducen por: trastornos circulatorios, irregularidades de la menstruación (reglas retardadas, poco abundantes, a veces suspendidas). Estas alteraciones las he observado casi constantes en las dementes precoces. Hipertrofia del cuerpo tiroideo (en uno de mis enfermos, R. R. esta hipertrofia es considerable), y variaciones sobre todo, en la utilización basal de las grasas, con alternativas de adelgazamiento y de engrasamiento muy marcadas y sumamente frecuentes.

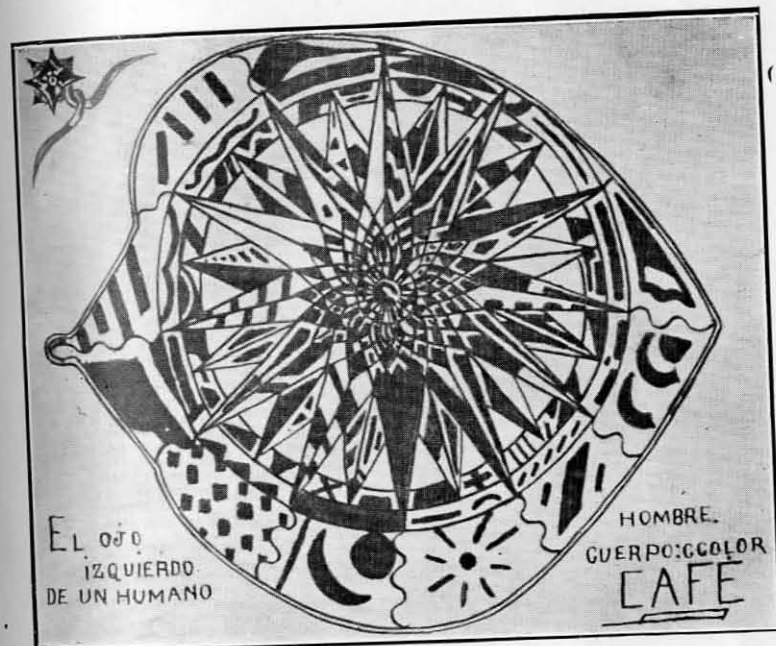
Rogues de Fursac señala la lipomatosis simétrica.

D'ornea refiere que en los estados catatónicos se comprueba la disminución del calcio y del magnesio eliminados; atribuido por él a alteraciones del sistema nervioso de la vida vegetativa. Fauser señala la existencia de fermentos anti-tiroideos, anti-ováricos, testiculares y pancreáticos (véase anatomía patológica). Berkley señala en sus estadísticas los buenos resultados de la tiroidectomía parcial combinada a una opoterapia bien llevada.

De estos datos oscuros y contradictorios, y dado que hasta la actualidad no se ha podido demostrar por la Anatomía Patológica la existencia de lesiones anatómicas de las glándulas de secreción interna, se puede, a lo menos, concluir que hay alteraciones funcionales de estas glándulas, demostrables principalmente por las modificaciones tan manifiestas de la nutrición y comprobadas por la utilización basal de las grasas que, como hemos visto, se hace de modo muy irregular. Se espera que futuras investigaciones de laboratorio detalladas, demuestren la certeza de estas alteraciones.

Noveno.—**Sistema nervioso de la vida vegetativa.**

Ninguno de los autores a quienes he consultado, que se ocupan del estudio de esta psicosis, mencionan el estado en que se encuen-



(Fig. 4) OJO DE UN HUMANO. (Amplificación del ojo de la figura anterior.)—Dibujo de un Demente Precoz Paranoide. Enfermo 8.

tra el sistema nervioso de la vida vegetativa en los dementes precoces. Deseando conocer si existen algunas alteraciones, me he dedicado a explorarlo funcionalmente, basándome en las siguientes observaciones:

Es un hecho aceptado por casi todos los autores, que en la **Demencia Precoz**, las glándulas endócrinas se encuentran perturbadas funcionalmente a lo menos. Se fundan para aseverar esto, en datos clínicos principalmente. (Véase Patogenia y Sintomatología.)

Las relaciones que existen entre el sistema de la vida vegetativa y las glándulas de secreción interna, es íntima y se demuestra por la existencia de:

a) **Relaciones embriológicas.**—El simpático y las células cromafines derivan las dos de una célula madre o **simpaticogenia**, que al diferenciarse, se originará por una parte el **simpaticoblasto** y por otra el **faecromoblasto**, que da origen a la célula **adrenalínica**.

b) **Relaciones histológicas.**—La semejanza histológica entre las células cromafines y las simpáticas, es completa.

c) **Relaciones fisiológicas y farmacodinámicas.**—Los productos que excitan el sistema nervioso de la vida vegetativa, parcial o totalmente, se dividen en: sustancias exógenas (drogas o venenos) y endógenas, que pueden ser de dos clases:

Productos resultantes de la secreción interna de las glándulas endócrinas, **las hormonas**, y

Productos resultantes del funcionamiento, ya sea normal o patológico de los aparatos orgánicos. **Las hormonas** excitan el sistema nervioso de la vida vegetativa; aunque no de un modo bien conocido, sí se sabe, a lo menos, la electividad que presentan: la **Adrenalina** (producto de la secreción interna de la parte medular de las cápsulas suprarrenales) excita al simpático verdadero. La acción de las hormonas de las otras glándulas es menos bien conocida, pero se puede considerar dividida en dos grupos:

A) Las secreciones internas del tiroide y de la hipófisis. La **vodotirina** y la **pituitrina** o **hipofisina** obran excitando el simpático verdadero, pero parcialmente, y así, la primera excita las porciones

cervical y torácica, y la segunda rige la vaso-motricidad general y obra sobre el dominio del ganglio mesentérico inferior.

B) Las secreciones internas del páncreas y de la corteza suprarenal, son estimulantes del sistema parasimpático; la primera obra reforzando el tono de todas las funciones que tienen por objeto verificar el metabolismo gástrico, y la colina suprarrenal refuerza todo el tono del parasimpático.

d) **Relaciones anatomopatológicas.**—En casi todos los padecimientos de las glándulas de secreción interna, se comprueba a la autopsia, alteraciones del simpático. Síndrome de Addison, enfermedad de Basedow, etc.

e) **Relaciones clínicas.**—En todos los padecimientos de origen endócrino se comprueban, al lado de síntomas que claramente dependen de alteraciones de origen glandular, síntomas dependientes de la alteración del sistema nervioso de la vida vegetativa, tales como: irregularidades del pulso y de la tensión arterial, melano-dermia, dolores lumbares, signo de Moebius, de Graefe, etc.

De todo esto se concluye que, estudiar las alteraciones anatómicas y funcionales de las glándulas de secreción interna, sin hacer un estudio concomitante del estado del sistema nervioso de la vida vegetativa, es hacer una labor, como dice Ojeda, arbitraria e incompleta.

Todas estas razones me llevaron a explorar funcionalmente el estado del sistema nervioso de la vida vegetativa, habiendo obtenido los siguientes datos:

En primer lugar, exploré el estado del simpático, por medio de una inyección subcutánea de cloruro de adrenalina de 0.001 gramos de la casa Parke-Davis, observando las modificaciones del pulso, de la tensión arterial y del reflejo óculo-cardíaco, según el cartabón después indicado.

A los sujetos que por el estado del reflejo óculo-cardíaco y el modo como reaccionaron a la prueba de la adrenalina, me pareció indicado, les exploré el estado del parasimpático por medio de la inyección subcutánea de 0.01 gramos de nitrato de pilocarpina, observándoles, igualmente, las modificaciones habidas en el estado del pulso, de la tensión arterial y del reflejo óculo-cardíaco.



(Fig. 5) EL BESO PERDIDO.—Dibujo de un Demente Precoz Paranoide—Enfermo 8.

Los resultados que obtuve fueron los siguientes:

Prueba número 1

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001, vía hipodérmica.

Sujeto R. R., demente precoz simple.

Datos clínicos: Véase historia clínica número 1.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 74. rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 128. Mínima: 78.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	19	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	17	”
Durante el segundo cuarto de minuto.	17	”

Conclusión: Normal, por disminución de 8 pulsaciones.

9h. 10m.—Inyección de adrenalina.

9h. 15m.—Pulso: 68, arrítmico.	Tensión arterial máxima: 122.	Mínima: 78
9h. 20m.— ” 69, ” ” ” ”	122.	” 78
9h. 25m.— ” 66, ” ” ” ”	124.	” 80
9h. 30m.— ” 65, ” ” ” ”	120.	” 78
9h. 35m.— ” 67, ” ” ” ”	122.	” 78
9h. 40m.— ” 62, ” ” ” ”	120.	” 78

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	16	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	17	”
Durante el segundo cuarto de minuto.	17	”

Conclusión: Invertido por aumento de 4 pulsaciones.

9h. 50m.—Pulso: 84.	Tensión arterial máxima: 130.	Mínima: 82
10h. 00m.— ” 83.	” ” ” 132.	” 84
10h. 10m.— ” 82.	” ” ” 132.	” 84

Conclusión: Reacción ligeramente positiva por aumento del pulso y de la tensión arterial, con inversión del reflejo óculo-cardíaco.

Prueba número 2

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001, vía hipodérmica

Sujeto E. B., demente precoz simple.

Datos clínicos: ninguno que revele simpaticotonía.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 78, rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 114. Mínima: 70.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	19	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	18	"
Durante el segundo cuarto de minuto.	20	"

Conclusión: Invertido por aumento de 4 pulsaciones.

9h. 45m.—Inyección de adrenalina.

9h. 50m.—Pulso: 76.	Tensión arterial máxima: 120.	Mínima: 68
9h. 55m.— " 31.	" " "	122. " 66
10h. 0m.— " 79	" " "	124. " 70
10h. 5m.— " 81.	" " "	120. " 68
10h. 10m.— " 80.	" " "	122. " 68
10h. 15m.— " 81.	" " "	122. " 66

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	19	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	16	"
Durante el segundo cuarto de minuto.	19	"

Conclusión: Negativo por no haber disminuído ninguna pulsación.

10h. 25m.—Pulso: 77.	Tensión arterial máxima: 120.	Mínima: 64
10h. 35m.— " 80.	" " "	120. " 64
10h. 45m.— " 81.	" " "	118. " 68

Conclusión: Ligero esbozo de reacción simpático-tónica, por aumento del pulso y de la tensión arterial, con reflejo óculo-cardíaco invertido.

Prueba número 3.

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto O. B., demente precoz hebefrénico.

Datos clínicos: véase historia clínica número 3.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 108, rítmico.

Tensión arterial máxima: 152. Mínima: 100.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	29	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	26	"
Durante el segundo cuarto de minuto.	24	"

Conclusión: Positivo por disminución de 20 pulsaciones.

14h. 55m.—Inyección de adrenalina.

15h. 0m.—Pulso: 118.	Tensión arterial máxima: 154.	Mínima: 96
15h. 5m.— " 118.	" " "	152. " 88
15h. 10m.— " 124.	" " "	148. " 86
15h. 15m.— " 122.	" " "	152. " 86
15h. 20m.— " 118.	" " "	148. " 86
15h. 25m.— " 116.	" " "	150. " 84

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	30	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	29	"
Durante el segundo cuarto de minuto.	28	"

Conclusión: Normal por disminución de 8 pulsaciones.

15h. 35m.—Pulso: 116.	Tensión arterial máxima: 150.	Mínima: 84
15h. 45m.— " 116.	" " "	154. " 80
15h. 55m.— " 116.	" " "	158. " 82

Conclusión: Reacción ligeramente positiva por aumento del número de pulsaciones, de la tensión arterial y porque el reflejo óculo-cardíaco se hizo normal después de la inyección, siendo que antes de ella, era intensamente positivo.

Prueba número 4

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto D. J. M., demente precoz hebefrénico.

Datos clínicos: Ninguno que revele simpático-tonía.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 80, rítmico.

Tensión arterial máxima: 124. Mínima: 82.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	20	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	18	"
Durante el segundo cuarto de minuto.	18	"

Conclusión: Normal por disminución de 8 pulsaciones por minuto.

9h. 30m.—Inyección de adrenalina.

9h. 35m.—Pulso: 76.	Tensión arterial máxima: 124.	Mínima: 76
9h. 40m.— " 82.	" " "	126. " 76

9h. 45m.— " 82.	" " "	128.	" 72
9h. 50m.— " 82.	" " "	130.	" 70
9h. 55m.— " 88.	" " "	130.	" 66
10h. 0m.— " 82.	" " "	128.	" 62

Reflejo óculo-cardíaco.

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	21	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto de compresión.	20	"
Durante el segundo cuarto de minuto de compresión	19	"

Conclusión: Normal por disminución de 8 pulsaciones.

10h. 10m.—Pulso: 84.	Tensión arterial máxima: 128.	Mínima: 68
10h. 20m.— " 86.	" " "	134. " 72
10h. 30m.— " 90.	" " "	128. " 74

Conclusión: Reacción positiva en pequeño grado, por aumento del pulso y de la tensión arterial, con conservación del mismo estado del reflejo óculo-cardíaco antes y después de la inyección de adrenalina.

Prueba número 5

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto E. E., demente precoz hebefrénico.

Datos clínicos: Véase historia clínica número 4.

Exploración funcional del simpático:

Pulso: 88, rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 110. Mínima: 80.

Reflejo óculo-cardíaco.

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	22	pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	21	"
Durante el segundo cuarto de minuto.	20	"

Conclusión: Normal por disminución de 8 pulsaciones por minuto.

10h. 20m.—Inyección de adrenalina.				
10h. 25m.—Pulso: 88.	Tensión arterial máxima: 110.	Mínima: 78		
10h. 30m.— " 90.	" " "	112.	"	78
10h. 35m.— " 92.	" " "	112.	"	76
10h. 40m.— " 90.	" " "	110.	"	76
10h. 45m.— " 94.	" " "	114.	"	78
10h. 50m.— " 92.	" " "	112.	"	78

Reflejo óculo-cardíaco.

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	23 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	23 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	22 "

Conclusión: Normal por disminución de 4 pulsaciones por minuto.

11h. 0m. Pulso: 90.	Tensión arterial máxima: 112.	Mínima: 76
11h. 10m.— " 88.	" " "	110. " 74
11h. 20m.— " 88.	" " "	110. " 76

Conclusión: Reacción negativa a la adrenalina por casi no haber habido alteraciones en el pulso, la tensión arterial y el reflejo óculo-

Prueba número 6

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto M. N., demente precoz hebefrénico.

Datos clínicos: Digno de mencionarse, sólo la constipación.

Exploración funcional del simpático:

Pulso: 88, rítmico.

Tensión arterial máxima: 98. Mínima: 70.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	22 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	22 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	23 "

Conclusión: Invertido por aumento de 4 pulsaciones por minuto.

15h. 20m.—Inyección de adrenalina.				
15h. 25m.—Pulso: 92.	Tensión arterial máxima: 116.	Mínima: 80		
15h. 30m.— " 88.	" " "	116.	"	78
15h. 35m.— " 92.	" " "	122.	"	82
15h. 40m.— " 94.	" " "	120.	"	78
15h. 45m.— " 94.	" " "	120.	"	76
15h. 50m.— " 96.	" " "	124.	"	72

Reflejo óculo-cardíaco:

No fué posible buscarlo, pues la enferma no lo permitió a pesar de todos los intentos que se hizo para ese objeto.

16h. 0m. Pulso: 100.	Tensión arterial máxima: 116.	Mínima: 74
16h. 10m.— " 96.	" " "	106. " 74
16h. 20m.— " 102.	" " "	106. " 74

Conclusión: Reacción positiva por aumento del número de pulsaciones y aumento de la tensión arterial, con estado de inversión del reflejo óculo-cardíaco. Desgraciadamente no pudo conocerse las modificaciones que sufrió con la inyección.

Prueba número 7

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto R. R., demente precoz catatónico.

Datos clínicos: Véase historia clínica número 5.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 84, rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 102. Mínima: 66.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	22 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	19 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	17 "

Conclusión: Positivo intenso por disminución de 20 pulsaciones.

15h. 30m.—Inyección de adrenalina.

15h. 35m.—Pulso: 74.	Tensión arterial máxima: 102.	Mínima: 63
15h. 40m.— " 80.	" " " 98.	" 66
15h. 45m.— " 84. (1)	" " " 108.	" 66
15h. 50m.— " 82.	" " " 118.	" 60
16h. 0m.— " 78.	" " " 122.	" 56

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	26 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	18 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	14 "
Conclusión: Positivo muy intenso por disminución de 48 pulsaciones.	

16h. 10m.—Pulso: 88.	Tensión arterial máxima: 138.	Mínima: 56
16h. 20m.— " 88.	" " " 132.	" 48
16h. 30m.— " 88.	" " " 122.	" 46

Conclusión: Reacción negativa, pues si bien es cierto que la tensión arterial aumentó, en cambio el pulso permaneció estable y el estado positivo del reflejo óculo-cardíaco, aumentó considerablemente después.

Prueba número 8

Acción de la adrenalina. Grms. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto M. T. V., demente precoz catatónico.

Datos clínicos: Véase historia clínica número 6.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 78, arrítmico.

Tensión arterial máxima: 134. Mínima: 72.

(1) El pulso se hizo completamente alorrítmico.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	18 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	18 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	15 "
Conclusión: Positivo débil por disminución de 12 pulsaciones por minuto.	

15h. 45m.—Inyección de adrenalina.

15h. 50m.—Pulso: 76.	Tensión arterial máxima: 128.	Mínima: 76
15h. 55m.— " 80.	" " " 126.	" 74
16h. 0m.— " 78. (1)	" " " 124.	" 76
16h. 5m.— " 85.	" " " 124.	" 70
16h. 10m.— " 94.	" " " 124.	" 68
16h. 15m.— " 96.	" " " 130.	" 70

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto.	24 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	21 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	14 "
Conclusión: Positivo intenso por disminución de 40 pulsaciones.	

16h. 25m.—Pulso: 94.	Tensión arterial máxima: 132.	Mínima: 64
16h. 35m.— " 94.	" " " 128.	" 62
16h. 40m.— " 104.	" " " 130.	" 64

Conclusión: Reacción negativa por haber disminuído la tensión arterial y el reflejo óculo-cardíaco haberse hecho más intensamente positivo después de la inyección.

Prueba número 9

Acción de la adrenalina. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto J. H., demente precoz catatónico.

Datos clínicos. Véase historia clínica número 7.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 74, rítmico e igual.
Tensión arterial máxima: 110. Mínima: 74.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 18 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto. 18 "
Durante el segundo cuarto de minuto. 18 "
Conclusión: Negativo por no haber disminución en el número de pulsaciones.

15h. 10m.—Inyección de adrenalina.

15h. 15m.—Pulso: 76.	Tensión arterial máxima: 104.	Mínima: 68
15h. 20m.— " 76.	" " "	104. " 66
15h. 25m.— " 80.	" " "	108. " 64
15h. 30m.— " 84.	" " "	106. " 62
15h. 35m.— " 82.	" " "	110. " 68
15h. 40m.— " 80.	" " "	110. " 66

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 20 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto. 18 "
Durante el segundo cuarto de minuto. 18 "
Conclusión: Normal por disminución de 8 pulsaciones.

15h. 50m.—Pulso: 84.	Tensión arterial máxima: 112.	Mínima: 70
16h. 0m.— " 82.	" " "	112. " 66
16h. 10m.— " 82.	" " "	112. " 66

Conclusión: Reacción negativa por no haberse observado alteraciones del pulso ni de la tensión arterial y el reflejo óculo-cardíaco, apenas se hizo normal después de la inyección.

Prueba número 10

Acción de la adrenalina. 0.001 vía hipodérmica.

Sujeto M. C. C., demente precoz paranoide.
Datos clínicos: Véase historia clínica número 8.

Exploración funcional del simpático.

Pulso: 100, rítmico e igual.
Tensión arterial máxima: 144. Mínima: 94.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 25 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto. 17 "
Durante el segundo cuarto de minuto. 10 "
Conclusión: Positivo intenso por disminución de 60 pulsaciones.

15h. 20m.—Inyección de adrenalina.

15h. 25m.—Pulso: 80.	Tensión arterial máxima: 146.	Mínima: 88
15h. 30m.— " 88.	" " "	150. " 90
15h. 35m.— " 88.	" " "	148. " 86
15h. 40m.— " 82.	" " "	152. " 82
15h. 45m.— " 82.	" " "	148. " 84
15h. 50m.— " 88.	" " "	148. " 84

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 22 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto. 16 "
Durante el segundo cuarto de minuto. 10 "
Conclusión: Positivo intenso por disminución de 48 "

16h. 0m.—Pulso: 80.	Tensión arterial máxima: 148.	Mínima: 82
16h. 5m.— " 78.	" " "	150. " 80
16h. 10m.— " 80.	" " "	148. " 82

Conclusión: Reacción negativa a la adrenalina, por no haber aumento de la tensión arterial, el pulso disminuyó y el reflejo óculo-cardíaco siguió siendo positivo fuertemente.

Prueba número 1 bis

Acción de la Pilocarpina. (0.01) vía hipodérmica.

Sujeto: El mismo que el de la prueba número 8 de la adrenalina.

Exploración funcional del parasimpático:

Pulso: 70, rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 122 Mínima: 76.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 18 pulsaciones.

Durante el primer cuarto de minuto. 19 ”

Durante el segundo cuarto de minuto. 19 ”

Conclusión: Invertido por aumento de 4 pulsaciones por minuto.

17h. 30m.—Inyección de pilocarpina.

17h. 40m.—Estado: Ligera congestión cefálica.

17h. 50m.— ” Continúa la congestión cefálica. Hay aumento de la secreción salival.

18h.—Estado: El mismo que el anterior.

Pulso: 71 por minuto.

Tensión arterial máxima: 114. Mínima: 64

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 17 pulsaciones.

Durante el primer cuarto de minuto. 16 ”

Durante el segundo cuarto de minuto. 14 ”

Conclusión: Positivo por disminución de 12 pulsaciones.

18h. 15m.—Estado: Disminuye la congestión cefálica y la secreción salival.

Pulso: 70. Tensión arterial máxima: 110. Mínima: 62.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 18 pulsaciones.

Durante el primer cuarto de minuto. 17 ”

Durante el segundo cuarto de minuto. 14 ”

Conclusión: Positivo por disminución de 16 pulsaciones.

18h. 30m.—Estado: Nada de particular. Pulso: 68 por minuto.

Conclusión: Reacción positiva débil.

(1) Esta enferma estuvo sometida en el intervalo de las dos pruebas, a un tratamiento consistente en 8 gotas de adrenalina tres veces al día.

Prueba número 2 bis

Acción de la Pilocarpina. (0.01) vía hipodérmica

Sujeto: El mismo que el de la prueba número 9 de la adrenalina.

Exploración funcional del parasimpático.

Pulso: 72, rítmico.

Tensión arterial máxima: 110. Mínima: 76.

Reflejo óculo-cardíaco.

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . . 18 pulsaciones.

Durante el primer cuarto de minuto. 17 ”

Durante el segundo cuarto de minuto. 17 ”

Conclusión: Normal por disminución de 4 pulsaciones.

18h. 5m.—Inyección de pilocarpina.

18h. 15m.—Estado: Ligero aumento de la secreción salival.

18h. 25m.— ” Continúa la secreción salival aumentada, hay ligera congestión cefálica.

18h. 35m.—Estado: El mismo que el anterior.

Pulso: 70 por minuto.

Tensión arterial máxima: 108. Mínima: 78.



Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	18 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	17 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	17 "
Conclusión: Normal por disminución de 4 pulsaciones.	"

18h. 50m.—Estado: Nada de particular.

Pulso: 70 por minuto.

Tensión arterial máxima: 110. Mínima: 80.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	18 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	18 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	17 "
Conclusión: Normal por disminución de 4 pulsaciones.	"

19h. 5m. Estado: Nada de particular. Pulso: 70 por minuto.

Conclusión: Reacción negativa a la pilocarpina. .

Prueba número 3 bis

Acción de la pilocarpina. (0.01) vía hipodérmica.

Sujeto: El mismo que el de la prueba número 5 de la adrenalina.

Exploración funcional del parasimpático.

Pulso: 84, rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 102. Mínima: 66.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	22 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto de compresión.	19 "
Durante el segundo cuarto de minuto de compresión	17 "

Conclusión: Positivo intenso por disminución de 20 pulsaciones.

15h. 10m.—Inyección de pilocarpina.

15h. 20m.—Estado: Congestión cefálica bastante acentuada.

15h. 30m.— " Aumento de la congestión cefálica y de la secreción salival.

15h. 40m.—Estado: El mismo que el anteriormente descrito.

Pulso: 78 por minuto.

Tensión arterial máxima: 96. Mínima: 64.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	19 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto de compresión.	15 "
Durante el segundo cuarto de minuto de compresión	11 "
Conclusión: Positivo muy intenso por disminución de 32 pulsaciones.	"

15h. 55m.—Estado: Continúa con la congestión cefálica y ha aumentado notablemente la secreción salival.

Pulso: 80.

Tensión arterial máxima: 94. Mínima: 64.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	20 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	15 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	10 "
Conclusión: Positivo sumamente intenso, por disminución de 40 pulsaciones.	"

16h. 10m.—Estado: Disminuye la congestión cefálica y la secreción salival.

Pulso: 80 por minuto, rítmico e igual.

Conclusión: Reacción intensamente positiva, por disminución de la tensión arterial, con exageración del reflejo óculo-cardíaco y fenómenos físicos muy acentuados; congestión cefálica y exageración de la secreción salival.

Prueba número 4 bis

Acción de la pilocarpina. (0.01) vía hipodérmica.

Sujeto: El mismo de la prueba 10 de la adrenalina.

Exploración funcional del parasimpático.

Pulso: 100, rítmico e igual.

Tensión arterial máxima: 144. Mínima: 94.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	25 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto de compresión. . .	17 "
Durante el segundo cuarto de minuto de compresión . . .	15 "

Conclusión: Positivo muy intenso por disminución de 40 pulsaciones.

10h. 10m.—Inyección de pilocarpina.

10h. 20m.—Estado: Congestión cefálica intensa. Agitación continua.

10h. 30m.— " Aumenta el estado de agitación y la secreción salival se hace muy abundante. Hay sudores profusos.

10h. 40m.—Estado: El mismo que el anteriormente descrito.

Pulso: 100.

Tensión arterial máxima: 136. Mínima: 92.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	25 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	17 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	10 "

Conclusión: Positivo sumamente intenso, por disminución de 60 pulsaciones.

10h. 55m.—Estado: La secreción salival se ha hecho **abundantísima**. Hay ligero temblor en las manos; continúa la secreción cefálica.

Pulso: 96.

Tensión arterial máxima: 136. Mínima: 92.

Reflejo óculo-cardíaco:

Antes de la compresión en un cuarto de minuto. . .	24 pulsaciones.
Durante el primer cuarto de minuto.	15 "
Durante el segundo cuarto de minuto.	12 "

Conclusión: Positivo muy intenso por disminución de 48 pulsaciones.

11h. 10m.—Estado: Disminuyen los fenómenos anteriormente descritos.

Pulso: 98 por minuto.

Conclusión: Reacción sumamente intensa a la pilocarpina.

En conclusión, de las investigaciones antes mencionadas se desprende que en la mayoría de los dementes precoces explorados, el sistema nervioso de la vida vegetativa se encuentra funcionalmente alterado.

Esta alteración, sin embargo, no es uniforme en todos ellos y pueden dividirse, desde este punto de vista, en tres grupos:

Primero: Los que reaccionaron a la inyección de adrenalina, o sea los simpático-tónicos (cinco).

Segundo: Los que dieron reacción positiva a la pilocarpina, los vagotónicos (tres).

Tercero: Los que tuvieron reacción negativa a la inyección de adrenalina y a la de pilocarpina, o sean los normales (dos).

Es sumamente importante mencionar que de todos los dementes precoces de las formas **simple** y **hebefrénica** explorados, ninguno resultó ser vagotónico, sino que la mayoría de ellos (cinco), dieron reacción positiva a la adrenalina, y uno, negativa. (1) Por el contrario, la exploración del sistema nervioso de la vida vegetativa en los dementes precoces de la forma **catatónica**, demostró que en la mayoría de ellos (dos) la reacción a la pilocarpina daba resultados positivos y ninguno de ellos resultó ser simpático-tónico.

(1) Este mismo enfermo dió también reacción negativa a la pilocarpina.

- | | | | | |
|--------------------|---|-------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------|
| SINTOMAS SOMATICOS | } | Sistema Nervioso. | { | 1º Cefaleas, insomnios. |
| | | | | 2º Ictus. |
| | | | | 3º Tremulaciones de los nervios de la cara. |
| | | | | 4º Disestesias. Analgesias. |
| | | | | 5º Modificaciones de los reflejos. |
| | | | | |
| | | Aparato Circulatorio. | { | 1º Crisis vaso-motoras, (dermografía) |
| | | | | 2º Edemas, Pseudo edema catatónico de Dide.) |
| | | | | 3º Disminución de la tensión arterial. |
| | | | | 4º Lentitud del ritmo cardiaco. |
| | | | | 5º Aplasias cardio-vasculares. |
| | | | } | |
| | | Aparato Digestivo. | { | 1º Crisis gástricas. |
| | | | | 2º Constipación tenaz. |
| | | | } | |
| | | Secresiones y humores. | { | 1º Aumento de la cantidad de saliva. |
| | | | | 2º Supresión de las reglas. |
| | | | | 3º Modificaciones de la sangre. |
| | | | | 4º Modificaciones de la orina. |
| | | | } | |
| | | Aparato Ocular. | { | 1º Paresia de los reflejos. Midriasis. |
| | | | | 2º Lesiones del fondo del ojo. (Fenómeno de Piltz.) |
| | | | } | |
| | | Nutrición general. | { | Alternativas de adelgazamiento y engrosamiento frecuentes y rápidas. |
| | | | } | |

VIII

FORMAS CLINICAS

“Las formas clínicas de la **Demencia Precoz** se deben a la diversidad de reacción de un cerebro de diferentes edades a una misma causa que obra sobre ellos.”

Lugaro.

Con posterioridad a los trabajos de Kraepelin sobre esta psicosis, son aceptadas por todos los autores cinco formas clínicas de la **Demencia Precoz** y sólo entran en desacuerdo al tratar de limitar la extensión de cada una de ellas.

Estas cinco formas son:

Primera. Forma simple o Heboidofrenia.

Segunda. Forma hebefrénica o delirante de Serieux.

Tercera. Forma catatónica o estúpida de Deny y Roy.

Cuarta. Forma paranoide o delirante de Kraepelin.

Quinta. Formas mixtas.

PRIMERA

Forma simple o heboidofrenia

Esta forma está caracterizada por la abolición de los centros superiores e inferiores del polígono de Grasset. Constituye la forma típica o fundamental, mostrando en sí el fondo de destrucción esencial con pocos o ningún síntoma sobreañadido. Es la forma a la que propiamente conviene mejor al término **de Demencia Precoz**.

Es la que más pronto aparece, entre 14 y 16 años y generalmente su principio se hace en escolares; por lo común, es lento, insidioso, con síntomas que no son apreciados en todo su valor. Un joven que hasta cierto momento ha presentado desarrollo físico y psíquico normal, frecuentemente hasta con inteligencia muy desarrollada, comienza a quejarse de insomnios, cefalalgias y cefaléas; cambia de carácter, volviéndose irascible, impulsivo y soez. Esboza desinterés por todo, rehuye las amistades, se vuelve retraído, las lecciones son mal aprendidas y se nota en él dificultad para adquirir nuevos conocimientos, al grado que es motivo para que los profesores lo reprendan y den quejas a la familia de su falta de aplicación y aprovechamiento; a veces, hasta se le expulsa de la escuela. Todos los autores citan ejemplos de casos que han sido conocidos por notas de mala conducta enviadas a los padres del joven.

Al mismo tiempo, no es raro que aparezcan algunas alucinaciones auditivas y a veces visuales y que se desarrollen hábitos extraños, tales como deseos de estar constantemente solos, manierismos, etc. El juicio y el razonamiento son pueriles. Hay a veces trastornos del pensamiento aperceptivo. La memoria está, por lo general, conservada, aunque se supone aparentemente que está dis-

minuída por el mutismo; pero si se les hace preguntas a este respecto, se comprueba que se conserva bastante bien. La indiferencia afectiva es total; la inercia absoluta es la regla, aunque sin llegar al estupor.

No existen episodios delirantes, ni alternativas de agitación y de depresión. Los trastornos psico-motores se encuentran reducidos a algunos tiques y ligeras estereotipías.

En esta forma se podrían agrupar las formas esbozadas y abortivas y los ligeros episodios demenciales frecuentemente encontrados en la historia de prostitutas, ladrones, bandidos, pseudogenios, excéntricos y vagabundos. La tendencia a la vagabundez es el resultado de la ineptitud de que están atacados estos sujetos para adaptar su vida a las condiciones y requisitos complejos de la vida social; y a la indiferencia que poseen para pasar de una situación a la otra.

HISTORIA CLINICA

Caso número 1

J. R. R.; de 26 años; natural de México, D. F.; de raza blanca; soltero; estudiante de la carrera consular y oficinista; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 4 de marzo de 1923.

Antecedentes hereditarios.—Por parte de la madre ha habido numerosos vesánicos y nerviosos. Ella ha padecido ataques histéricos. Tuvo cuatro hijos, el enfermo es el primogénito.

Antecedentes personales no patológicos.—El desarrollo físico y psíquico, la marcha, el habla y la primera dentición se hicieron oportunamente. De inteligencia muy desarrollada desde niño, hizo brillantes estudios. De carácter afable y cortés, fué muy respetuoso y cariñoso con sus padres y hermanos y observó conducta intachable. Cumplido en su trabajo, dedicado en sus estudios y enemigo de diversiones y paseos. Desde hace nueve años cambió de costumbres; se excedió mucho en los placeres venéreos y en la práctica de la masturbación. Se hizo de carácter raro; tenía fobias para las enfermedades.

Antecedentes personales patológicos.—De pequeño padeció casi constantemente del tubo digestivo; con frecuencia corizas intensos; en la niñez variceloides y en la juventud blenorragia.

Enfermedad actual.—Hace seis años, convaleciente de fiebre tifoidea, le aparecieron bruscamente las primeras manifestaciones de la enfermedad: anorexia e insomnios. Se besaba las manos de continuo y pedía con insistencia a un médico para que le inyectara Neosalvarsán, pues tenía la obsesión de creerse enfermo de la sangre (sifilofobia). Se volvió irascible, colérico con sus padres y en una ocasión golpeó fuertemente a su madre. (1) Se masturbaba delante de ellos y en alguna ocasión anduvo dentro de la casa desnudo (exhibicionismo).

Después entró en período de calma con síntomas de depresión, cacosforia y lipemania. Rezaba con fervor, se ponía de rodillas, pedía perdón a sus padres, así como por todos los pecados que había cometido, y besaba el suelo.

Le fueron practicadas las reacciones de Wassermann y de Hecht en la sangre, con resultado positivo franco. El examen del líquido céfalo-raquídeo demostró que estaba normal.

Fué tratado por Neosalvarsán y posteriormente por Trépol, habiendo tenido que suspender este último por los fenómenos de excitación que le aparecieron.

Examen clínico.—Persona íntegra, proporcionada, de estatura media, de buena constitución, tiene actitudes estereotipadas. Permanece de pie cerca de la pared, siempre en el mismo lugar y con las manos en los bolsillos.

Camina a pequeños brinco, uno o dos pasos naturales y un salto con el pie derecho, levantando el izquierdo. Es descuidado en su porte y su actitud es estúpida. De fisonomía indiferente, o bien se ríe y llora sin causa ninguna; tiene, además, melindrería y manierismos.

Examen psíquico.—Al interrogarlo se necesita producirle grandes excitaciones para que preste atención, la que está muy disminuía. El campo de la conciencia es muy pobre. Conserva escasísimos recuerdos y en general las facultades intelectuales están destruídas. Se le dice, verbigracia, ¿cómo te llamas? repetidas veces y contesta en voz apenas perceptible su nombre por dos o tres veces, acompañado del sonido chists. A continuación se le pregunta ¿cuántos años tienes, 25 ó 26? y él repite: "¿cuántos años tienes, 25 ó 26?" (ecolalia) acompañada de ecomimia. Se le dice: "25 ó 26", y la palabra que se suena más fuerte es la que repite. Las cosas que se le plantean en sentido afirmativo o negativo le concede el mismo valor (ambivalencia).

Su afectividad es paradójica y los sentimientos familiares se encuentran destruídos. La visita de sus padres no le produce el menor placer. Si ellos se ríen, él se ríe también, como manifestación exclusiva de sugestibilidad.

Referente a las perturbaciones volitivas, lo más característico es el sparrow que se presenta múltiples veces en el curso de su conversación.

Come glotonamente, ensuciándose mucho y sin orden ninguno.

(1) Al hablar de los síntomas de principio de la Demencia Precoz refiero este caso.

El lenguaje, como ya dije, es casi imperceptible; es, además, monótono, afectado y con alguno que otro neologismo como el que he indicado, o bien las palabras sí y no intercaladas. Puede leer sin darle expresión a lo que lee y sin entender. Lo mismo sucede en lo referente a la escritura.

Tiende a masturbarse con frecuencia; comete actos verdaderamente sucios, como coger excrementos, orinarse en los botellones del agua, etc.

El examen físico no dió nada de particular, excepto la lengua saburral, casi constante, mal aliento y constipación. El examen funcional del sistema nervioso de la vida vegetativa, dió los resultados ya mencionados. (Caso número 1).

Diagnóstico.—Demencia precoz simple en período de estado con la circunstancia de ser un caso en el que existe destrucción completa de las facultades psíquicas y, por lo tanto, el estado demencial es absoluto.

HISTORIA CLINICA

Caso número 2

E. Z. de M. C.; de treinta y seis años; natural de México, D. F.; de raza blanca; casada; profesora normalista; fué internada en el Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 6 de diciembre de 1918.

Antecedentes familiares.—El padre padeció dispepsia y murió de cáncer del recto. La madre, según parece, alcohólica; padeció dispepsia hipopéptica y murió de tuberculosis pulmonar.

Tuvo cuatro hermanos, siendo ella la primogénita.

Tiene una hijita de diez años, que está buena y sana.

Antecedentes personales no patológicos.—El desarrollo físico y psíquico se hicieron prematuramente. La época de la marcha, habla y primera dentición fueron normales. Desde pequeña demostró viveza extrema e inteligencia muy desarrollada. A los 17 años se tituló, habiendo obtenido en todos sus estudios desde el primer año, el primer premio. Carácter apacible; costumbres morigeradas; poco afecta a las diversiones y dedicada especialmente a sus estudios. Tenía períodos de tristeza y manifestaba no llegar a ser feliz nunca. Se sentía por temporadas muy inquieta y nerviosa, lo que la afectaba en extremo. A los 14 años le apareció la menstruación; fué regular en duración, tiempo y cantidad hasta poco antes de adquirir el padecimiento que ahora tiene. Contrajo matrimonio y este cambio de vida le produjo impresiones morales. El parto que tuvo fué a tiempo y normal.

Antecedentes personales patológicos.—De pequeña fué débil y de temperamento linfático. Por dos veces padeció erisipela en la cara. Hace nueve años y medio tuvo tifo exantemático.

Enfermedad actual.—Durante la convalecencia del tifo exantemático se presentaron los primeros síntomas del mal que ahora la aqueja. Estos síntomas fueron de euforia; cantaba constantemente con alegría exagerada. Empezó a esbozar ligeramente delirio de persecución, se quejaba de que no podía tener confianza en nadie, pues todos trataban de hacerle mal; sus cuñadas tenían ánimos de matarla; a toda hora le enviaban ondas hertzianas; su esposo ya no la quería, etc. Se volvió indiferente a todo, no le importaba el estado de su hijita, olvidaba el arreglo de su persona y los cuidados del tocador; la mayor parte del día lo pasaba encerrada en su habitación.

Fuó tratada por varios médicos especialistas, sin haber obtenido ningún resultado.

La reacción de Wassermann practicada en la sangre dió resultado negativo.

Examen clínico.—Se encuentra en actitud indiferente, sin darle importancia a lo que pasa a su alrededor; a ratos se sienta, a ratos camina, y esto casi constantemente frente a su habitación, donde hace años da de vueltas en una pequeña faja de terreno de medio metro de ancho por diez de largo, al grado de que ha señalado la huella de sus continuos paseos. Parece que está sumergida en grandes preocupaciones, con la cabeza inclinada y las manos unidas hacia atrás. Da pasos grandes, iguales, apoyando fuertemente la planta sobre el suelo.

Examen psíquico.—Se necesita dirigirle preguntas muy repetidas para llamarle la atención y que conteste, pues por lo general se encuentra como abstraída en un mundo interior (autismo de Bleuler). Por el modo como contesta, se aprecia que la memoria está bastante conservada. Recuerda el nombre de su esposo e hijita, y evoca muchos de los sucesos de su vida. La orientación autopsíquica está conservada, no siendo así con la crono y la alopsíquica, que se encuentran alteradas, especialmente la primera. Las asociaciones de ideas se hacen con lentitud extrema y es fácil notar la incoherencia que existe en ellas.

La afectividad está completamente perturbada. Tiene accesos de risa sin motivo alguno, o a veces ocasionada por palabras que ella misma dice y que le causan hilaridad. Durante su estancia en el sanatorio, que data de algunos años, ha tenido dos o tres accesos de agitación psico-motriz furiosa. Ha golpeado a las enfermeras y desgarrado sus vestidos. Cuando esto ha sucedido, su fisonomía toma aspecto iracundo, los ojos brillantes y las facciones restiradas.

Su estancia en el sanatorio le es completamente indiferente. Aunque recuerda muy bien, como he dicho, a su esposo e hija, no sólo no desea verlos, sino que se opone a ello, y al preguntarle por qué no quiere verlos, dice: "¿para qué?" Cuando le envían de su casa obsequios, como dulces, vestidos y zapatos, los recibe con gran displicencia y no expresa alboroto.

Raras veces habla; cuando lo hace, es posible apreciar que el lenguaje es monótono, casi monosilábico, pero de acuerdo con lo que se le pregunta.

La mímica es muy reducida.

Por el examen físico se pudo apreciar que todos los aparatos y sistemas se encuentran normales, y es digno de mención, como dato positivo importante, el hecho de que la menstruación es normal. Duerme bien y come poco.

Diagnóstico.—Demencia precoz simple en período de estado.

SEGUNDA

Forma hebefrénica o delirante de Serieux

Hebe ($\eta \beta \eta$) pubertad y fren ($\varphi P \gamma \eta$) principio.

Masselon dice: "Está individualizada esta forma por estados de depresión y de agitación, caracterizados por alteraciones delirantes y polimorfias sin tendencia alguna a la sistematización y que se encuentran basadas en alucinaciones e interpretaciones delirantes acompañadas de confusión y de imprecisión en las ideas. Evolucionan estos estados a una demencia completa e incurable."

Es la forma más frecuente. Se observa, por lo general, en individuos que en la pubertad presentan oscilaciones del equilibrio psíquico, más acentuadas que las de un sujeto normal. Siendo muy emotivos, reaccionan fuertemente a la acción de cualquiera impresión con accesos de sentimentalidad morbosa y de melancolía; turbulentos, presuntuosos, frecuentemente emplean expresiones frívolas o vulgares y tal cual vez bruseas; caracteres éstos que, siendo ligeros y transitorios en un sujeto normal, durante la pubertad, se exageran y perduran en un futuro hebefrénico.

El principio de esta forma, que se hace entre 14 y 18 años, es más bruseo que el de la anterior, considerándose, sin embargo, algo más insidioso en la mujer que en el hombre. El período prodrómico puede prolongarse muchos meses, durante los cuales sólo se encuentran como síntomas: anorexia, insomnio y cefalea. Bien pronto se presentan delusiones desagradables y alucinaciones auditivas y visuales, sobre todo, las primeras. Las delusiones son, sobre todo, de autoacusación y originadas por el hábito de masturbación, que es frecuentísimo en ellos. Las alucinaciones auditivas consisten en voces que los insultan y los maldicen.

Período peligroso es éste, por la angustia que les produce y que puede impulsarles a arrebatos violentos y aun al suicidio. Durante este primer estado, los síntomas intelectuales esenciales faltan, pero cuando el período ha pasado, el defecto fundamental se hace aparente; las delusiones y alucinaciones que son cambiantes y móviles, no son de ninguna manera razonadas o lógicas, no pareciendo estar asimiladas a la mentalidad del sujeto; se presentan como ideas falsas, desconectadas de su psiquismo global.

La alteración emocional es rápidamente puesta de manifiesto. Hay enfermos que ven que los persiguen varios enemigos y que los matan repetidas veces, sin producirles emoción alguna. En los que están internados en frenocomios, es común notar que creen que los demás enfermos que los rodean tratan de hacerles mal, ya sea de palabra o de hecho. Se encuentra en ellos gran dificultad y lentitud extrema en el curso de sus pensamientos, con incoherencia muy grande, que traduce la movilidad de las ideas, que se hace de modo brusco, violento y diferente, por lo tanto, de la prontitud y actividad en el cambio de ellas observado en los maníacos y que los conduce a una verdadera incoordinación. En los primeros, la falta de sentido en las ideas es por pobreza de ellas, porque no pueden completarlas y pasan de una a otra, quedando trunca (incoherencia). En los segundos, es por riqueza, pues se agolpan de tal modo, que cuando se desarrolla una, el campo de la conciencia es invadido por las demás, y la primera queda también incompleta, pues da curso a las otras (incoordinación). Estos trastornos, que a primera vista y frente al enfermo, parecen iguales, como se ve, son opuestos, pues en la **incoherencia** se revela la destrucción mental y en la **incoordinación**, la exaltación psíquica. Como éste tiene gran importancia para el diagnóstico diferencial, pongo ejemplo de uno y otro trastorno.

Incoherencia:

Pues sí, no, déjeme salir, sin cigarro, bueno, estoy bien, no me importa, ¡ay, ay!, así es, já, já, já, já, etc.

Incoordinación:

Buenos días, días bonitos, Porfirio Díaz, el presidente de la República, imperio, Alemania es imperio, la guerra europea, mister Wilson se murió, Monroe fué el autor de, actor de teatro, Caruso, el gran cantante, etc.

En esta forma existen más acentuados que en la simple, los hábitos extravagantes, la sugestibilidad y los manierismos. Se ve a los enfermos que hablan consigo mismos o se ríen de modo tonto y sin motivo. Si se les interpela a propósito de lo que están haciendo, o no contestan o contestan una tontería. (**Síndrome de Ganser.**) Presentan, además, un estado de negligencia absoluto, descuido completo, apatía y desinterés marcado, con poca tendencia a la actividad.

Lo característico de esta forma son los frecuentes estados de excitación y de depresión que alternan entre sí, durando un tiempo muy variable, que puede llegar de algunos días a dos o tres semanas, y aun en algunos casos muy raros, a dos o tres meses. Esto último, en lo que se refiere a los estados de depresión, pues los de agitación son más cortos.

Los de excitación están caracterizados por agitación muy marcada, desordenada y necia, acompañada de cólera, no siendo raro ver a los enfermos lastimarse, desgarrarse los vestidos y golpear a los que los cuidan; en el lenguaje, su incoherencia se acentúa al grado de constituir lo que se ha llamado **ensalada de palabras** (Forel), acompañada de abundantes neologismos. Estos accesos, sin embargo, no llegan a adquirir la brillantez y la intensidad de los estados maníacos de la psicosis maníaco-depresiva.

Tanto los accesos de agitación como los de depresión, van acompañados de multitud de ideas delirantes, notables por la movilidad, el polimorfismo y la fugacidad de ellas, ligadas a la existencia de alucinaciones auditivas ya mencionadas.

Christian divide esta forma en dos variedades: la forma **ligera** o **mitigada** y la grave, la que a su vez subdivide en otras dos: la **simple** y la **catatonoide**, fundándose para esta subdivisión, en el estado de la espasticidad muscular.

Esta opinión no ha sido aceptada por todos los autores.

Las remisiones citadas en esta forma, son muy raras, lo que, unido a la evolución progresiva que sigue hacia la demencia, hace que el pronóstico de ella sea muy grave.

HISTORIA CLINICA

Caso número 3

O. B.; de 24 años de edad; natural de México, D. F.; soltero; de oficio ferrocarrilero y de raza mestiza; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 11 de mayo de 1925.

Antecedentes familiares.—Por la línea materna hubo dos tíos abuelos extravagantes y un primo suicida; por la paterna, ha habido algunos alcohólicos.

Antecedentes personales no patológicos.—El desarrollo físico y psíquico fué normal y aun se le tuvo por inteligente cuando cursó su instrucción primaria; pero su carácter fué siempre triste y apático.

Antecedentes personales patológicos.—De niño tuvo anemia y sarampión, y de joven, blenorragia y varicocele.

Estado actual.—Su padecimiento comenzó hace tres años; se hizo displaciente, retraído, no le importaba su situación ni su trabajo, tenía insomnios, pero hasta ocho días antes de su ingreso al sanatorio empeoró, pues los síntomas anteriores se acentuaron; además, presentaba ideas de persecución, terrores, accesos de agitación bruscos con impulsividad e insomnios. Más tarde entró a un completo estado confusional con fiebre y constipación.

Exploración clínica.—Persona robusta, en buen estado de nutrición, ligera asimetría facial. Conserva actitud de indiferencia, pero la expresión de su fisonomía es variable; en ocasiones, triste hasta el llanto; a veces, alegre con risa estúpida; luego irascible. Su porte es generalmente descuidado.

Examen psíquico.—La conciencia se encuentra debilitada, tanto en lo que se refiere a la propia personalidad, cuanto al mundo exterior y se manifiesta por desorientación en tiempo y lugar y por desconocimiento de su actual situación, pues juzga inútil permanecer en el sanatorio, porque se siente sano, aunque por instantes ha creído "perder la cabeza."

Las percepciones son lentas e insuficientes y su atención está muy debilitada; contesta con lentitud las preguntas que se le dirigen, dejando transcurrir entre éstas y las respuestas un tiempo bastante largo; en ocasiones hay que repetir varias veces la misma pregunta para conseguir poder fijar su atención.

Tiene alucinaciones auditivas, escucha cuando está en su pieza la voz de su padre; luego son voces desconocidas que le dan malas noticias: "B., acaban de matar a tu padre". En estos casos su rostro denota miedo y tristeza, llora y todo su cuerpo es agitado por un temblor convulsivo.

La ideación es muy pobre, la asociación de ideas es muy lenta y a veces hay incoherencias.

La memoria está globalmente disminuída; pero la amnesia es en especial de fijación y de reproducción.

Existen ideas delirantes polimorfas, las principales son de melancolía y de persecución, relacionadas y causadas muchas veces por las alucinaciones.

Tanto unas como otras provocan reacciones violentas de forma agresiva; en varias ocasiones y de modo brusco se ha ido sobre los enfermeros, golpeándolos.

La afectividad reviste aspectos paradójicos: la noticia de que toda su familia había muerto, le causó risa.

El lenguaje es lento, monótono y paupérrimo.

Examen físico.—Hay exoftalmia; temblor en las manos de oscilaciones pequeñas y frecuentes; los reflejos tendinosos están exaltados.

Ninguno de sus aparatos se encuentra alterado.

Se hicieron análisis del líquido céfalo-raquídeo, que resultaron normales, y se verificaron las reacciones de Wassermann y de Hecht en su sangre con resultados negativos. Las mismas reacciones y las de las albúminas se hicieron en el líquido con idénticos resultados.

Diagnóstico.—Demencia precoz hebefrénica.

HISTORIA CLINICA

Caso número 4

E. E.; de 32 años de edad; originaria de Villahermosa, Tabasco; de raza blanca; soltera y dedicada a las labores del hogar; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 22 de noviembre de 1918.

Antecedentes familiares.—El abuelo dipsómano; bebía durante seis o siete días seguidos en gran cantidad, para dejar de hacerlo por un mes o más. Su padre padeció cefaleas; adelgazó bastante y perdió el sueño, que cuando le venía se acompañaba de pesadillas terroríficas. Este estado le duró dos años y fué desapareciendo poco a poco. La madre ha padecido desde hace mucho tiempo reumatismo articular crónico, con frecuentes exacerbaciones. Tuvo tres hijos, la enferma es la primogénita. El segundo padeció ataques histero-epilépticos.

Antecedentes personales no patológicos.—El desarrollo físico y psíquico se hizo oportunamente, habló al año de nacida, desde los nueve meses caminaba y la primera dentición comenzó a los cuatro, siendo completa al año y medio. Se educó en un colegio de religiosas. De carácter voluntarioso; era activa y sumamente afecta a los viajes, a la lectura y a las diversiones. Organizaba constantemente fiestas y era la más alegre entre las jóvenes de su tierra, al grado que no había proyecto para cualquier festejo que no fuera a ella a quien se le consultase y era la encargada de llevarlo a efecto. Siempre fué de temperamento nervioso.

La menstruación le apareció a la edad de trece años y fué regular hasta el principio de su padecimiento.

Antecedentes personales patológicos.—De buena salud, sólo padeció a la edad de ocho años ligera infección intestinal. A los 19 se quejaba de tener la impresión de que "algo como un animal se le subía del estómago a la garganta". Fué tratada por antihelmínticos, sin ningún resultado.

Enfermedad actual.—Consecutivamente a una neuralgia que le duró un año, y a varias impresiones morales: "decepción amorosa" y disgustos, etc., hace tres que empezó a manifestar ideas extrañas: "se le iba el mundo"; tenía miedo por todo; a veces tan intenso, que la hacía llorar y le ahuyentaba el sueño. Este estado desapareció para transformarse en otro, caracterizado por agitación; gritaba constantemente, se desgarraba los vestidos, se reía, hablaba y cantaba sola hasta dos y tres horas consecutivas.

Al cabo de cuatro meses tuvo una fase melancólica con tristeza profunda y abatimiento marcado. Volvió a aparecer la agitación más acentuada, daba de gritos y expresaba ideas delirantes múltiples, cambiantes y no sistemáticas.

Los estados de agitación se repetían más frecuentes y coincidían con la aparición de las reglas.

Fué tratada por sedantes del sistema nervioso, sin ningún resultado.

Se le practicaron las reacciones de Wassermann, Hecht y Jacobsthal, con resultado positivo. El análisis del líquido céfalo-raquídeo dió signos de ligera congestión meníngea (aumento de albúmina y disminución de glucosa).

Examen clínico.—Persona de elevada estatura, robusta, descuidada en el vestir, sus ropas se ven rotas y sucias. Los zapatos raspados, las medias caídas, el cabello en desorden. Habitualmente se encuentra sentada en una silla, ajena al mundo exterior, hablando consigo misma palabras ininteligibles por la rapidez con que las dice y que revelan incoherencia psíquica; por ejemplo: "ya lo mató, ya lo mató, eso no puede ser, el niño, el niño", etc. Coloca el pie derecho entre los barrotes horizontales de las patas de la silla y la pierna izquierda la pone sobre la derecha. Colecciona hojas de las plantas y las rompe en pequeños pedacitos que pone sobre su mano derecha extendida y con el índice y el pulgar de la izquierda los mueve, haciendo grupitos separados, volviendo a juntarlos, y así sucesivamente. Esta es su actitud principal; hace algunos años que la tiene y pasa con ella muchas horas del día.

Está de tal modo concentrada con el juego que tiene con los pequeños fragmentos de hoja, que para hacerla hablar se necesita llamarla varias veces, y si logra responder, lo hace rápidamente, con monosílabos, pero sin prestar atención a la persona que le habla. La memoria, ideación, juicio y orientación están considerablemente debilitados. Tiene trastornos psico-sensoriales constituidos por alucinaciones auditivas, que se presentan especialmente cuando está bajo la influencia de estados de agitación.

Los sentimientos afectivos se encuentran grandemente destruidos; carece de interés y es indiferente a su situación. Rehusa sistemáticamente todo lo que se le ordena; hay, pues, negativismo.

El lenguaje es monótono, monosilábico. La mímica es automática y desunida del proceso psíquico a que debe referirse.

Periódicamente y por lo general coincidiendo con la aparición de las reglas, sobrevienen accesos de agitación; excitación psico-motriz muy acentuada, se desgarran las ropas, tiene actos de impulsividad agresiva, grita, canta, etc. Hay, además, ensalada de palabras, coprolalia y verbigeración. En ocasiones intenta golpear o maltratar a las enfermeras que la cuidan y es muy difícil sujetarla, pues adquiere fuerzas extraordinarias y seis enfermeras son insuficientes para contenerla. Entonces se le aísla en una habitación desamueblada hasta que le pasa el acceso. Dura por lo general de tres a cuatro días y desaparece, quedando la enferma en la situación anteriormente descrita.

El examen físico reveló que todos los aparatos y sistemas están normales.

Diagnóstico.—**Demencia precoz hebefrénica** en período de estado, con destrucción bastante acentuada de las facultades psíquicas. El estado demencial es casi completo.

TERCERA

Forma Catatónica o estúpida de Deny y Roy

De esta forma aislada por Kahlbaum y que resalta por el predominio de trastornos psito-motores, en la actualidad se divide en dos tipos: uno correspondiente a la **Esquizofrenia** y considerado como uno de sus aspectos clínicos y otro que no es sino un síndrome **catatónico** o **cataléptico**, llamado por Brissaud **Catalepsia Sintomática**, susceptible de encontrarse en numerosas psicosis y neurosis, especialmente en algunas formas de **Paranoia** (Grale), en la **Melancolía** (Seglas), en la **Histeria** (Funck), y en las autointoxicaciones más diversas (Regis, Lamy, Latron y Lalanne).

El principio de esta forma es un poco más tardío que el de la precedente, y por lo general se hace entre 18 y 23 años. Comienza aproximadamente en la mitad de los casos por fenómenos de depresión; en 25 por ciento por síntomas de excitación y en otro 25 por ciento por síntomas variados. De cualquier modo que sea, siempre es **subagudo** o **crónico**, y es frecuente observarlo precedido por síntomas vagos, pero muy semejantes a los de la **Forma Hebefrénica**.

Se citan casos, sin embargo, en que el principio es brusco y en apariencia provocado por una causa ocasional cualquiera, ya sea un choque emocional intenso, una pérdida abundante de sangre, etc., pues el paciente violentamente cae en un estado estuporoso profundo.

En la mayoría de los casos el principio se presenta por ligero grado de depresión, dando la apariencia de un estado melancólico, acompañado a veces de ataques histéricos y algunas convulsiones epileptiformes.

El período de estado está caracterizado por dos grupos de fenómenos que se presentan con alternativas irregulares: el **estupor** y la **excitación catatónica**.

El **estupor catatónico** se encuentra constituido por:

a) **Estupor**. Bastante acentuado, pudiendo llegar en los casos extremos hasta colocar al enfermo en indiferencia absoluta, sin que ejecute ningún movimiento; sin reaccionar a ningún estimulante por poderoso que sea y sin responder a las preguntas que se le dirigen.

b) **Negativismo**. Descrito por Kahlbaum de la siguiente manera: "es una tendencia permanente e instintiva a oponerse contra toda solicitud venida del exterior, cualquiera que sea la naturaleza de ella". Es una verdadera **locura de oposición**, y es el resultado según Weygandt, no de ideas delirantes o de alucinaciones, sino de perversión primitiva de la voluntad, de disociación de los elementos que determinan la impulsión motriz; es la **abulia** o pérdida completa del dominio del sujeto sobre sus propios actos. Ya he expuesto en otra parte los caracteres de este síndrome para no insistir más en ellos.

c) **Sugestibilidad**. También llamada **automatismo ordenado** que en ciertos casos llega a la **flexibilidad cerea** o **paratonía de Bers-tein**; trae como consecuencia las actitudes catalépticas. Puede originar exageración en el tono muscular, lo que se demuestra por la rigidez que se presenta cuando se trata de hacer flexionar a los pacientes un miembro, o de provocarles movimientos de inclinación de todo el cuerpo; en la cara se traduce por gestos producidos por la contracción de los músculos faciales que le dan extrañas y peculiares expresiones a la fisonomía, aspecto de mal humor o de **Schawauskrampl** de los autores alemanes. La oclusión de los párpados es casi constante.

d) **Estereotipias**. Son sumamente abundantes y típicas de esta forma de **Esquizofrenia**, estando caracterizadas por la duración anormal de las impulsiones motrices, por la repetición de un mismo

movimiento, o por la contractura de un grupo muscular, como consecuencia de la exageración del tono muscular ya citado.

Según Rice y Seglas, se dividen en **estereotipias de actitud o akinéticas** y **de movimientos o actos, parakinéticas**.

a) **Akinéticas**. A su vez se subdividen en **totales o generales** y **parciales o locales**. Las primeras son posiciones anormales forzadas, extravagantes y múltiples. Las segundas son **paramimias** por disociaciones musculares, expresando por ejemplo, en la cara, gusto o contento por un lado y contrariedad por el otro.

b) **Parakinéticas** o de **movimiento**. Se manifiestan en los gestos, el lenguaje, la escritura y la marcha. (Incongruencia, variabilidad en el timbre, articulación y tonalidad del lenguaje, etc.)

En los períodos de excitación los enfermos están hablando constantemente, se tiran de la cama cuando se les acuesta, no pueden estar quietos ni un instante; manifestaciones que implican aumento de la actividad psico-motriz y caracterizadas por actos absurdos combinados con actitudes estereotipadas y movimientos caprichosos. Hay verbigeración y perseveración. Se presentan además actos impulsivos, tales como el hecho de romper una puerta o golpear a una persona. Tienen interés porque aparecen de súbito y terminan prontamente, volviendo a quedar el enfermo en la actitud primitiva, por lo que como puede comprenderse, el paciente se hace peligroso para las personas que lo rodean.

Los síntomas físicos son mucho más abundantes y más marcados en esta forma que en las otras, notándose especialmente midriasis, irregularidad pupilar, fenómeno de Piltz, exaltación de los reflejos, dermatografismo y alteraciones muy manifiestas del metabolismo basal, íntimamente relacionadas con alteraciones de las glándulas endócrinas y del simpático.

Grühle en su última obra, (1) describe una catatonía por accesos en el intervalo de los cuales, las facultades psíquicas están muy bien conservadas, pero a medida que estos se suceden se llega a la demencia final.

(1) La psiquiatría para el médico práctico.—Editorial dator S. A. 1925.

Existe en la actualidad tendencia manifiesta a semejar la **Catatonía** con la **Encefalitis Letárgica**.

Algunas de las alteraciones de la motricidad de los catatónicos, tienen la apariencia de los encontrados en la **Encefalitis** y especialmente en algunos **Síndromes Parkinsónicos**, en la **Enfermedad de Wilson**, en la **Corea**, en las **Pseudo-Esclerosis** y en la **Atetosis**.

Se señalan semejanzas entre el **Estupor Esquizofrénico**, con fiebre, desórdenes del sueño, resistencia a los movimientos pasivos, falta de mímica y las alteraciones de la **Encefalitis**, al punto de que Steiner cree que muchas rigideces catatónicas no son otra cosa, clínica y neurológicamente que rigideces extrapiramidales con predilección por ciertos músculos o grupos musculares. (Véase alteraciones del tálamo en la **Catatonía**, en el capítulo de Anatomía Patológica).

Sin embargo, en la **Encefalitis** existe adiadococinesia y no hay sensación de entumecimiento y pesantez al verificar los movimientos.

Las remisiones son más frecuentes que en la forma precedente, la demencia más tardía y el pronóstico por lo tanto, menos grave.

HISTORIA CLINICA

Caso número 5

R. R.; de quince años de edad; natural de Villanueva, Estado de Zacatecas; de raza blanca; estudiante de primaria; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 10 de noviembre de 1924.

Antecedentes familiares.—Su padre padeció varios ataques de reumatismo y como consecuencia le ha quedado una afección cardíaca. Su madre es sana. Han tenido once hijos, ocupando el enfermo el octavo lugar. Todos los hermanos son sanos.

Antecedentes personales no patológicos.—El desarrolló físico y mental se hizo oportunamente, así como la época de la marcha, habla y primera dentición. Se le pudieron apreciar desde pequeño las siguientes particularidades: carácter violento, inteligente, activo, aficionado al dibujo, al canto y al teatro. Se dedicó con ahinco a leer novelas folletinescas, policíacas y de aventuras, habiendo leído alrededor de 500.

Antecedentes personales patológicos.—Hace cuatro años tuvo cierto padecimiento intestinal que le obligó a guardar cama por dos meses. Reciente-

mente, coriza crónico que le produjo gran malestar y dió la idea de que era de origen tuberculoso.

Enfermedad actual.—Cuatro meses antes de ingresar al sanatorio, comenzaron sus padres a apreciar que el jovencito presentaba cambios bruscos de carácter con accesos de irascibilidad tremendos y provocados por la más pequeña causa. Notaron la existencia de ideas absurdas y faltas de ilación. "Haré con la electricidad cuanto quiera"; desconocía a sus padres y hermanos, etc. Esto se observaba cuando estaba disgustado. Frecuentemente se dedicaba a escribir absurdos y a pintar planos de pueblos imaginarios, no siendo raro observarle accesos de risa sin causa aparente que la motivara.

En este estado fué llevado a reconocer por un especialista, que le estuvo aplicando inyecciones de Neosalvarsán sin resultado, pues los síntomas existentes persistieron y aparecieron algunos nuevos.

Se le practicaron las reacciones de Wassermann y de Hecht en la sangre, habiendo dado resultado ligeramente positivo.

Examen clínico.—El enfermo presenta aspecto indiferente, con la mirada distraída y sin hacer caso de lo que a su alrededor pasa. Se aleja del grupo de los demás enfermos. Permanece largas horas "como ensimismado en sus propias ideas". Toma actitudes especiales; se acuesta en su cama y coloca las manos debajo de la nuca, o bien se sienta en una banca con los codos sobre las rodillas y la frente apoyada en las manos. A ratos se pasea en el mismo lugar y cuando ve a alguna persona, se va en sentido opuesto. Si se le llama, acude y no pregunta cuál es el objeto del llamado, a menos de que se le interrogue. Su memoria está bastante bien conservada, recuerda muchos detalles de la ciudad de Aguascalientes, en donde ha vivido, la entrada al sanatorio, los nombres de sus hermanos, etc. A veces manifiesta el deseo de salir, pero casi de manera automática, sin que exprese profunda preocupación por su enfermo. La ideación es pobre. Tiende a darle el mismo valor a lo negativo y a lo positivo (ambivalencia), y es característico el **paro del pensamiento** en el curso de una disertación.

Presenta crisis de agitación de bastante intensidad y de duración a veces hasta de cuatro o cinco días, durante los cuales se aprecia verdadera ensalada de palabras, incoherencia absoluta, excitación motriz, etc. A veces se presentan momentos de sugestibilidad extrema y de negativismo.

La afectividad está considerablemente alterada; largas crisis de risa sin causa ninguna, períodos de tristeza y mutismo, desinterés absoluto por su situación. Al decirle, como vía de prueba, que su padre acababa de morir, no se inmutó en lo más mínimo ni reveló pesar alguno.

Su lenguaje es pobre, en ocasiones monosilábico y sólo motivado por preguntas muy insistentes.

La escritura es incorrecta, con letras desiguales, sucia y hecha en papeles rotos, papel de periódico, etc.

La mímica es amanerada, con frecuente oclusión de los ojos y movimientos ticosos del carrillo derecho.

Desde el punto de vista físico no presenta nada de particular y sus aparatos digestivo, respiratorio, cardio-vascular y urinario están normales.

Se le ha podido observar como dato curioso, alternativas de adelgazamiento y engrosamiento rápidas, no obstante que conserva el mismo régimen alimenticio e higiénico.

Por lo que al sistema nervioso se refiere, no hay signo ninguno digno de mención, sino en el de la vida vegetativa, del que ya hablé al referirme al estado del simpático en estos enfermos. (Véase observación 7).

Existe ligera hipertrofia del tiroides.

Diagnóstico.—Demencia precoz catatónica en período de principio con la particularidad de presentarse en un niño. (Demencia precocísima).

HISTORIA CLINICA

Caso número 6

M. T. V.; de 42 años; natural de Matehuala, San Luis Potosí; de raza blanca; soltera; empleada de comercio; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 7 de noviembre de 1923.

Antecedentes familiares.—El padre padeció tuberculosis pulmonar y murió a consecuencia de los progresos de esta dolencia. Fué alcohólico y durante largas temporadas bebió con exceso. La madre, de constitución débil, padeció reumatismo articular crónico y murió de enfisema pulmonar. Tuvo siete hijos. La enferma ocupó el cuarto lugar.

Antecedentes personales no patológicos.—Se ignora la época del habla, marcha y primera dentición. Su desarrollo físico e intelectual lo hizo oportunamente. Durante la niñez fué de carácter apacible, con gran resignación en todos los actos de su vida. De inteligencia bastante desarrollada. En la pubertad se acentuó el estado de apacibilidad, habiendo gran dominio para soportar todos los sufrimientos.

Antecedentes personales patológicos.—Ha padecido escarlatina, sarampión y varicela. Desde muy joven se queja de cefaleas muy intensas y rebeldes a todo tratamiento. A los trece años le apareció la menstruación y desde entonces ha sido muy irregular en tiempo, duración, cantidad y muy dolorosa. Estos trastornos se exageraron desde que cumplió 22 años, época en que tuvo flujo blanco poco abundante.

Enfermedad actual.—Hace cinco años y con motivo de la muerte de su madre, comenzó a cambiar de carácter; se puso muy triste, no gustaba de platicar con nadie y se quejaba de que la molestaban en el trabajo. Empezó a esbozar ligero delirio de persecución; algunos de sus familiares trataban de hacerle mal y hasta de matarla. Poco a poco se volvió agresiva y en varias ocasiones trató de golpear a sus familiares.

Fué atendida por un médico durante un año, sin ningún resultado, pues los síntomas de agitación continuaron, desapareciendo por temporadas para dar lugar a un estado de depresión intensa. Se pasaba las horas enteras sentada en una silla, con la cabeza inclinada y sin contestar a las preguntas que se le dirigían. Por las noches no dormía y la mayor parte de ellas las pasaba sentada en la cama con los ojos cerrados. En este estado fué internada al sanatorio.

Examen clínico.—Es de cabeza pequeña, acercándose a la microcefalia y casi asimétrica. Se encuentra en estado de indiferencia absoluta. La mayor parte del día lo pasa sentada en una silla con la cabeza inclinada y los ojos cerrados. Otras veces levanta la cabeza y fija la mirada en el objeto que le ha llamado la atención, permaneciendo así varias horas consecutivas. En ocasiones se pone a tejer y cuando oye pasos, suspende su labor, quedando por tiempo indefinido en la actitud en que se la sorprende.

Siempre acostumbra vestirse de negro.

Examen psíquico.—La conciencia y la orientación (alopsíquica, crono y autopsíquica), están conservadas. No contesta generalmente cuando se le pregunta; pero si lo hace, se puede observar que la atención está bastante bien. La memoria, tanto retrógrada como anterógrada, se conserva. Recuerda el nombre de sus hermanos, el idioma inglés que aprendió en su juventud, así como la taquigrafía, que puede escribir correctamente. La asociación de ideas se hace con lentitud y es frecuente observar incoherencia en ellas. El juicio está ligeramente alterado.

La afectividad se encuentra perturbada; además del estado caecofórico que habitualmente presenta, no se preocupa por salir del sanatorio, ni le importa el estado de sus familiares, no expresa deseos de verlos ni de saber de ellos.

Su estado de depresión va acompañado de negativismo muy manifiesto. Rehusa hablar, alimentarse; si se trata de hacerla algún movimiento, se opone a él, etc.

Esta situación de vez en cuando es modificada por ligeros estados de agitación, que son poco marcados y pasan rápidamente.

El lenguaje es monótono, frecuentemente reducido a monosílabos y acompañado de sonrisas peculiares. La mímica es muy pobre.

Examen físico.—Los aparatos respiratorio, circulatorio y urinario están normales. Por parte del aparato digestivo hay anorexia y constipación.

Sus reglas son irregulares, dolorosas, escasas, y cuando se presentan, le aumenta la depresión psico-motriz.

Sistema nervioso.—Tiene ligero temblor de oscilaciones pequeñas, frecuente y rápido en las manos y en los miembros inferiores. Es de reposo; no se exagera ni desaparece cuando la enferma efectúa algún movimiento, pero sí aumenta cuando nota que la observan o se emociona por cualquier motivo. En el sistema nervioso de la vida vegetativa se encuentran las alteraciones ya mencionadas. (Caso número 8). Duerme poco.

Exámenes de laboratorio.—Se le practicaron las reacciones de Wassermann y de Hecht en la sangre, con resultados negativos. El examen de orina fué normal.

Diagnóstico.—Demencia precoz catatónica en período de estado, con estupor muy marcado y con pocas alternativas de agitación.

HISTORIA CLINICA

Caso número 7

F. J. H.; de 27 años; natural de Chihuahua, Estado de Chihuahua; soltero; ingeniero de minas; de raza blanca; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 2 de septiembre de 1924.

Antecedentes familiares.—Su abuelo materno se suicidó por dificultades financieras. Sus padres viven y han sido sanos. Tuvieron cinco hijos y el enfermo ocupó el último lugar.

Antecedentes personales no patológicos.—El desarrollo físico y psíquico fueron normales. Hizo una carrera brillante. Se le pudo apreciar, sin embargo, que desde joven fué muy retraído, no tenía amistades, no frecuentaba la sociedad ni las diversiones y de carácter melancólico, la mayor parte del tiempo se la pasaba estudiando encerrado en su pieza. Además, era déspota con las personas y ostentaba gran orgullo y egocentría. Muy trabajador en su profesión, en la cual se excedía, dedicándole todas sus actividades. A la edad de 8 años tuvo terror injustificado por las urracas.

Antecedentes personales patológicos.—De pequeño padeció viruela, escarlatina y sarampión.

Enfermedad actual.—Hace año y medio que los familiares notaron que el carácter retraído y melancólico se acentuaba. Empezó a esbozar descom-

fianza para sus compañeros de trabajo. Quejábanse de que trataban de molestarlo porque le tenían envidia; sus jefes lo despreciaban; en todo veía la intención de perjudicarlo, lo que expresaba por múltiples interpretaciones, ya le ponían mala cara, ya le encomendaban los trabajos más difíciles, etc.

No quería platicar con sus hermanos y procuraba estar solo encerrado en su habitación. El desinterés por el trabajo fué aumentando. Uno de sus hermanos, para poder hacerlo hablar, le daba a tomar varias copas de cognac y entonces se volvía comunicativo y le refería los temores y las penas que le sucedían. Pero pasaba este estado y el decaimiento volvía con más intensidad.

Los afectos se alteraron; de cariñoso que era con sus padres, se volvió violento, irrespetuoso y empezó a quejarse de mala voluntad de sus padres para con él, llegando a odiarlos y a no desear para nada estar con ellos.

Varias noches se levantaba de su cama e iba a la habitación de sus hermanos con intención de golpearlos, o bien se paseaba por toda su casa muy agitado y buscando por todas partes algo con gran insistencia.

En dos ocasiones se escapó de su casa, y en una de ellas fué recluso en la cárcel por haber golpeado, en un momento de cólera, a una persona.

Fué tratado por dos médicos, que le dieron calmantes del sistema nervioso, obteniéndose ligera mejoría; pero posteriormente se rehusó a tomarlos y con frecuencia se pasaba dos y tres días sin comer. En este estado fué internado en el sanatorio. Para ello se aprovechó de las ideas delirantes que tenía: "era perseguido por el Gobierno, pues lo tomaban como conspirador en la revolución del año de 1923 y lo habían acusado de tal modo, que no tenía salvación posible. Estaba condenado a ser fusilado y esperaba de un momento a otro que fueran por él". Cuando tocaban el zaguán de su casa, se atemorizaba de modo extraordinario y decía que "ya lo iban a matar". Al simularle que iban por él de orden de la Secretaría de Guerra, ardid de que se valieron para internarlo, con resolución dijo: "estoy a sus órdenes", y se dejó conducir desde Chihuahua al sanatorio con el convencimiento de que iban a ejecutarlo.

Examen clínico.—Es una persona de estatura elevada, delgado, de cara alargada, nariz muy grande, aguiluña, ojos pequeños, hundidos, paladar ojival. A su ingreso estaba robusto y fuerte, tenía actitud resignada y la creencia firmísima de que estaba preso y en capilla para ser fusilado.

Si se le ofrecía alguna cosa, si se le invitaba a escribir a su familia, contestaba siempre que era inútil todo, que ya no podía desear nada, puesto que "lo habían arruinado" y que "se apresuraran a acabar con él para no hacerlo sufrir ya". Cada día se hacía más retraído, más desconfiado. Se ponía de rodillas y en oración por largas horas, se alimentaba poco y no dormía. Primero era obediente a todo lo que se le ordenara, después se oponía a ello. Dejó de comer y adoptó las actitudes catatónicas características que he descrito ampliamente al hablar de los trastornos psico-motores. Varios meses tiene de permanecer en la misma postura, tiempo en el cual ha adelgazado considerablemente.

Epocas ha habido en que le aparecen edemas en los miembros inferiores y en las manos (**sendo edema catatónico de Dide**) Las extremidades las tiene frías y cianosadas; los cambios orgánicos son muy débiles, la respiración es apenas perceptible. Los latidos cardíacos se escuchan difícilmente. En estos últimos días parece que de manera muy lenta va saliendo de este estado, pues los alimentos líquidos los toma ya por su voluntad. Por sí solo acude a que le apliquen sus inyecciones cuando se le llama. El mismo levanta el brazo y no tolera que nadie lo coja. Su aspecto es el de un autómatas movido por resortes.

Diagnóstico.—**Demencia precoz catatónica** con la particularidad de haberse presentado el estado catatónico absoluto acompañado de negativismo, durante varios meses.

CUARTA

Forma paranoide o delirante de Kraepelin

Esta importante forma de la **Demencia Precoz** fué aislada por Kraepelin, quien hizo amplísimos estudios de ella, extendiéndola de tal modo, que invadió el campo de otras enfermedades, y así le introdujo los **delirios degenerativos de conjunto de la paranoia aguda**; la mayor parte de los **delirios sistematizados de la paranoia crónica** con el **Delirio crónico de Magnan**.

Posteriormente han sido reconsiderados los estudios de Kraepelin y varios autores han reducido la amplitud de esta forma; otros han llegado hasta suprimirla, como, por ejemplo, Laignel-Lavastine, quien piensa que no es sino un aspecto del **Delirio crónico de Magnan**. Otros la reducen exclusivamente a los **delirios polimorfos de los degenerados**, de ninguna o de esbozada sistematización; delirios que caminan hacia el debilitamiento más o menos marcado de las facultades psíquicas y cuyo síntoma principal está constituido por ideas delirantes. El mismo Kraepelin, en los últimos tiempos, la ha circunscrito mucho más a favor de un grupo de síndromes que denomina **Parafrenias** y que más tarde describo.

El cuadro clínico de la **Demencia Precoz Paranoide**, perfectamente estudiado por el profesor Kraepelin, es el siguiente:

Aparece más tarde que las otras formas, pues por lo común lo hace entre 25 y 30 años. Se presenta preferentemente en personas de inteligencia muy desarrollada. El principio es lento, de tal modo, que casi nunca se dan cuenta los familiares de los cambios que se operan en el enfermo; pasan en ocasiones varios meses, hasta uno y dos años, sin que adviertan trastorno alguno y, si acaso, pe-

queños cambios, como menor interés por los asuntos familiares, ligera indiferencia para sus ocupaciones o para sus estudios. En lo que a éste se refiere, se queja de vez en cuando de ligeras molestias físicas; pero posteriormente se presenta un acceso de agitación psico-motriz, acompañado de temor, miedo y angustia, que es, con frecuencia, el principio de un delirio de persecución, que también puede reconocer como causa, alucinaciones, sobre todo auditivas. El paciente oye voces que lo acusan de prácticas sexuales perversas; que lo insultan con palabras soeces, que le dan malos nombres, lo amenazan, etc. Avanzando este período, se constituye claramente la enfermedad.

El período de estado se encuentra caracterizado por concepciones delirantes, contradictorias y absurdas; por desproporción manifiesta entre las ideas; por debilitamiento de las facultades afectivas y de la voluntad.

La voluntad se ve grandemente comprometida, como ya dije al hablar de síntomas en general: maneras especiales para hablar, saludar, comer, marchar, estereotipías, verbigeración y neologismos. Weygandt admite tres variedades de esta forma:

La Paranoica alucinatoria.

La Paranoide propiamente dicha.

La Paranoica fantástica.

A) **Paranoica alucinatoria.**—Está formada por perturbaciones sensoriales intensas e ideas delirantes. Dominan las alucinaciones auditivas, que ocasionan a los enfermos estar abstraídos y atentos oyéndolas, y en ocasiones sostienen pláticas en alta voz con los supuestos personajes que les hablan.

Las ideas delirantes les son transmitidas por las alucinaciones, y uniéndose estas últimas, constituyen delirios, entre los que domina el de persecución; pero casi siempre son múltiples.

En estos mismos **paranóicos alucinados** se presentan impulsiones, tiques y manierismos de la mímica, dominando siempre los síntomas psico-sensoriales.

El psiquismo de los pacientes, no obstante, está bien conservado; la orientación, el juicio, el razonamiento y la memoria son casi normales; los conocimientos adquiridos son utilizados constante-

mente, y si hay desarreglos entre estos componentes del psiquismo, se debe a la relación que tengan con las alucinaciones y con las ideas delirantes. De las tres formas de Weygandt, es la más común.

B) **La Paranoide propiamente dicha** y que es la magistralmente descrita por Kraepelin, se caracteriza por delirios mal o nada sistematizados. Es la forma sugestiva de la **Demencia Precoz**. Se agrupan en gran número y sin conexión de ninguna especie, ideas delirantes de persecución, de grandeza, variables al infinito, pero muy accesibles a ser cambiadas por procedimientos sugestivos.

La cenestesia se encuentra exaltadísima y la afectividad destruida.

Las ideas delirantes y los delirios van haciéndose menos intensos y aun desaparecen con el tiempo, hasta que el enfermo llega a quedar con un aspecto definido: amaneramientos del lenguaje, actitudes estereotipadas, etc.

A este pesar la demencia no llega a constituirse, y si así sucede, sólo se presenta en excepcionales casos.

C) **En la Paranóica fantástica**, la tercera que estudia Weygandt, dominan de manera muy marcada las concepciones delirantes, al grado que desempeñan papel mucho más importante que en la primera variedad, sin que los síntomas psico-sensoriales sean intensos, sino por el contrario, escasos y de poco interés. El principio es muy lento, con accesos de mal humor, de irascibilidad y de decaimiento o depresión. Después vienen ideas delirantes de celos, de grandeza o de persecución, etc.

Los pacientes, para explicarse las alucinaciones e ilusiones, forjan pensamientos confusos, fantásticos y contradictorios, que denotan principios demenciales que poco a poco se acentúan. Sus actos, por insignificantes que sean, los subordinan a las ideas delirantes, y así Weygandt cita el ejemplo de aquella enferma que llevaba constantemente el brazo derecho en cabestrillo para justificar la existencia de cierta parálisis que decía tener, por las fuertes corrientes de aire que sus enemigos le lanzaban de continuo. Esta tercera variedad presenta remisiones con cierta frecuencia, remisiones susceptibles de durar varios años, para caer nuevamente en la dolencia, con todo su cortejo de síntomas, como sucede en la **Pará-**

lisis General Progresiva, cuando desaparece la r emisi on; las facultades intelectuales se encuentran muy seriamente comprometidas. Mas sin embargo de la marcha progresiva, no es com un que los enfermos lleguen a la demencia global. El enfermo del caso 10, cuya historia clínica presento, tiene 72 años de edad; desde hace 40 años principi  su padecimiento, y en la actualidad aún conserva bastante bien muchas de sus facultades psíquicas.

Kraepelin describe dos formas: una con el nombre de **Demencia Paranoide Erste** o grave y la **Demencia Paranoide Zweite** o ligera. Dereum piensa que, por sus estrechas relaciones con la **Esquizofrenia**, constituye la primera la **Heboido-paranoia** o **Demencia Paranoide**, y la segunda, por el predominio de las alucinaciones, debe de ser aceptada como formando parte de la **Paranoia Alucinatoria**. Como antes he hecho mención, Kraepelin, a últimas fechas, ha reducido la forma **paranoide**, creando lo que denomina las **Parafrenias**, que se caracterizan por el decaimiento de la personalidad y de la afectividad, con disminución mental muy ligera, la que puede no ser advertida durante muchos años.

Este grupo de las **Parafrenias** las engloba en cuatro variedades:

- A) **Las Parafrenias Sistemáticas**.—Caracterizadas por delirios de persecución sistematizados y progresivos y, consecutivamente, delirio de grandeza. En esta variedad incluye algunas formas del **Delirio Crónico de Magnan**.
- B) **La Parafrenia Expansiva**.—Se presenta casi únicamente en las mujeres y está formada por incommensurables delirios de grandeza, euforia muy marcada y ligera agitación.
- C) **La Parafrenia Confabulans**.—El sistema delusional, que presenta componentes de grandeza y de persecución, se encuentra basado en falsificaciones de la memoria, es decir, en paramnesias.
- D) **La Parafrenia Fantástica**.—Se encuentra esta variedad caracterizada por la existencia de delusiones móviles, desconectadas, de gran desarrollo imaginativo y de extraordinaria brillantez. En esta forma hace entrar el autor a casi todos los casos que antes describí como **Demencia Precoz Paranoide**.

A pesar de que se ha aclarado bastante el concepto en que debe tenerse la **Demencia Precoz Paranoide**, realmente no est  en definitiva resuelto, pues se aleja bastante de las demás formas de la **Esquizofrenia**, y el lazo que con éstas la unen, es esencialmente por los trastornos psico-motores, ya que se asemeja mucho más a otras psicosis, especialmente en sus formas atenuadas, a la **Paranoia** y al **Delirio Crónico de Magnan**.

 Pertenece, realmente, a una o a otra, o tan sólo es un síndrome de transición? Con ambas tiene grandes semejanzas e inmensas diferencias.

Desde luego, con la **Demencia Precoz** tiene de común las estereotipias, los tics, los neologismos, los amaneramientos del lenguaje, de la mímica, etc. Si acaso algo de desconexión de los diferentes procesos psíquicos, pero no de manera tan constante como en la **Demencia Precoz**. Tiene de diferencia, en primer lugar, la edad en que aparece; ya hemos dicho que se presenta entre 25 y 30 años ( poca que no es de la adolescencia ni de la juventud, sino de la edad adulta); después, las facultades afectivas no se destruyen, las ideas delirantes y los delirios, si acaso se presentan éstos, no llegan al absurdo completo y, por fin, por último, la demencia terminal es rarísima; de donde vemos que este síndrome, más que ninguno, ni es precoz ni es demencial. Pequeños otros aspectos nos revelan más y más diferencias con respecto a la **Demencia Precoz**. Los pacientes viven más en contacto con el mundo exterior, que los esquizofrénicos, y aunque presentan reacciones antisociales, tienen muy pocas manifestaciones de negativismo o de sugestibilidad. No pierden su yo y opinan, piensan y razonan en un terreno morboso, es cierto, pero dando a demostrar que la personalidad existe, que no hay desunión de los procesos psíquicos, sino que hay cierta liga de ellos entre sí.

El principio del síndrome con la **Paranoia** es casi el mismo. Si sabemos que la **Paranoia** no se considera exclusivamente, en los momentos actuales, como puramente de orden intelectual, sino que existen en ella perturbaciones afectivas intensas en su principio, como depresión emocional, lo que es también frecuente con la **Esquizofrenia** y en esta forma que ahora nos ocupa, la confusión, como se ve, es absoluta.

Si se encuentra uno frente a un sujeto de 25 a 30 años de edad, que presenta un sistema delusional bien organizado, pero deprimido, con ligeras alteraciones intelectuales, con tendencia al aislamiento y con aparente ineptitud para poder resolver sus pensamientos o sus deseos hacia un fin determinado, es sumamente difícil saber si se trata del principio de la **Paranoia** o de la **Demencia Precoz Paranoide**.

Kraepelin, sin embargo, dice: "Cuando un paciente tiene una historia clínica de principio agudo con síntomas de **insomnio, depresión, pérdida del apetito y ligera emaciación**; si a la exploración revela un sistema delusional constituido por **delusiones numerosas, fantásticas y frecuentemente cambiantes**, asociadas a **múltiples y fugaces alucinaciones**, se debe de considerar como atacado de **Demencia Precoz Paranoide**." Se confirma el diagnóstico por la presencia de síntomas psico-motores, tales como **verbigeración, sugestionabilidad, negativismo**, etc.

La evolución de la **Demencia Precoz Paranoide** es más rápida que la de la **Paranoia**, que es esencialmente crónica, lo que ha hecho que la primera reciba múltiples denominaciones, y así se le llama: **Delirios Sistemizados Agudos** (Serieux y Capgras); **Delirios Sistemizados de Conjunto** (Magnan); **Paranoia Acuta** (Mendel y Schüle); **Acuter Wahssinn** (Schüle) y **Acuter-Verrücktheit** (Weygandt).

La **Demencia Precoz Paranoide** tiene, como la **Paranoia**, amplísimos sistemas delusionales, manifestaciones de orden intelectual, como ideas delirantes y aún delirios de interpretación. La **Demencia Precoz Paranoide** tiene el aspecto alucinatorio señalado por Weygandt, como ya hemos visto, y que está casi confundido con el **Delirio Crónico de Magnan**, sin que tenga, como este último, un orden de sistematización.

Bien es cierto que el paranoico es más sutil, más fino; no pierde el contacto con el mundo exterior, razona en bases falsas (**raciocinaciones**); pero su lógica muchas veces es convincente. Se observan pocos absurdos, pocas contradicciones; en fin, es un individuo instruido e inteligente y, en cambio, el demente precoz paranoide es mucho más burdo, más ilógico, sus perturbaciones son consideradas para todos, aun para el vulgo, como manifestaciones de desequilibrio psíquico. Las tendencias antisociales son más marcadas,

pero tienen, indiscutiblemente, los dos padecimientos, un fondo común.

¿Por qué, entonces, si la **Demencia Precoz Paranoide** tiene grandísima semejanza con la **Esquizofrenia** y grandísima semejanza con la **Paranoia**, se incluye dentro de la primera y no dentro de la segunda? Es realmente el lazo de transición entre una y otra. Así lo han visto algunos autores que, como Dercum, considerando que estos padecimientos constituyen un grupo íntimamente ligado entre sí, les da la denominación de "**Heboid-Paranoid Affections**" y estudia continuamente, dentro de este grupo, la **Demencia Precoz** con todos sus aspectos: **simple, hebefrénica, catatónica y paranoide**; la **Paranoia**, o sean los **Delirios Sistemizados Crónicos de los franceses**, con sus formas **alucinatoria, hipocondríaca, de autoacusación, mística y simple**.

En ocasiones, un **demente precoz paranoide** se acerca a la **demencia precoz**, ótras a la **paranoia**; de ahí que los autores hayan tenido múltiples equívocos y que el mismo Kraepelin hubiese desmembrado algunas psicosis, llevando parte de ellas al terreno de la **Demencia Precoz**. De ahí que Laignel-Lavastine haya restituído a varios padecimientos mentales lo que estaba dentro de la **Demencia Precoz Paranoide** y ésta haya quedado reducida a la mínima expresión.

No estamos suficientemente autorizados para aceptar el síndrome llamado **Demencia Precoz Paranoide**, dentro de la **Demencia Precoz** ni dentro de la **Paranoia**. Es, y en otra ocasión más lo repetimos, la transición entre una y otra. ¿No encontramos en Clínica y en Patología muchas enfermedades que forman los eslabones de una cadena entre varias dolencias, sin que pertenezcan a ellas, sino que constituyen entidades nosológicas?

La **Demencia Precoz Paranoide** tiene mucho de propio, mucho de exclusivo. Basta, por otra parte, ver a unos cuantos pacientes para que se distinga la diferencia que hay entre los dementes preoces y los paranoicos.

Es, pues, dentro de mi humilde opinión, un síndrome que por tener ciertas condiciones etiológicas especiales, sintomatología propia y evolución determinada, debe de constituir una entidad; es un síndrome que ha vivido durante mucho tiempo parásito a expensas de varias enfermedades y que, por esas transiciones que tiene con

otras dolencias, no se le ha querido separar de ellas; pero espero que, ampliando los estudios sobre su etiología, sobre su patogenia, etc., se confirme la idea que hoy me formo de ella, y queriéndole dar desde luego completa autonomía, me parece apropiarle la denominación de "Pseudodemencia precoz con aspecto paranoide o Esquizofreno-Paranoia".

HISTORIA CLINICA

Caso número 8

M. C. C.; de 43 años; nacido en México, D. F.; célibe; sin profesión ni oficio; de raza blanca; fué admitido al Sanatorio "Dr. R. Lavista", el día 16 de mayo de 1915, por encontrarse enfermo de sus facultades psíquicas.

Antecedentes familiares.—El padre murió asfixiado por unos asesinos. La madre sana. Tuvo el enfermo 12 hermanos y él ocupó el cuarto lugar; uno de ellos es demente precoz, otro es alcohólico.

Antecedentes personales no patológicos.—Hubo retardo en sus desarrollos físico y psíquico. Astuto y travieso desde sus primeros años. De sentimientos crueles, martirizaba a los animales y urdía maldades groseras para sus amigos. De carácter extravagante y de costumbres disipadas, se fueron acentuando a medida que crecía. No obstante ser rico, pues la familia es millonaria, ha sido cleptómano desde pequeño; formó sociedad con un grupo de rateros y gente perversa de la más baja clase social, para efectuar diferentes robos, y por ese motivo fué internado dos ocasiones en la Penitenciaría. Uno de los robos que fué verdaderamente absurdo, revelaba desde luego las perturbaciones mentales que ha tiempo se esbozaban.

Mientras sus compañeros entraban a la casa elegida para el robo y se dedicaban a recoger los objetos más valiosos y de más fácil transporte que encontraban, él se fijó en un inmenso reloj de pared, al que le dedicó toda su atención, no obstante lo difícil que le fué sacarlo de la casa. Como se percatara la policía del robo y persiguió desde luego a los ladrones, todos huyeron y ninguno fué aprehendido, a excepción de M. C. C., que por no dejar el reloj, no procuró escapar.

Sus costumbres degeneraron. Vivía entre rufianes. Se dedicó a toda clase de excesos; se habituó a diferentes drogas heroicas y adoptó el vocabulario soez y el calor especial de la gente del hampa.

Siendo de muy buena familia, los errores de conducta motivaron grandes dificultades familiares y escándalos en la sociedad, hasta que, pensando que

estuviese enfermo, fué sometido a un estudio médico, que aclaró su padecimiento mental, y entonces fué internado.

Antecedentes personales patológicos.—Hace 10 años sufrió un traumatismo en la columna vertebral.

Enfermedad actual.—Los trastornos de carácter que desde niño se le notaron, revelan que su padecimiento se esbozó hace muchos años, pues la familia vió ya con cierta alarma sus rarezas como 11 años antes de su ingreso. Los múltiples aspectos que ha presentado durante su estancia en el sanatorio, nos harían llenar numerosas páginas para describir el polimorfismo de las perturbaciones que tiene; pero resumiré lo esencial.

Examen clínico.—Persona íntegra, de buena constitución, fuerte, de estatura media, cara ancha y ligeramente asimétrica, camina inclinado hacia adelante y toma posiciones estereotipadas, como la de unir los pies en tierra y hacer movimientos con los brazos extendidos hacia los lados horizontalmente, después hacia arriba y termina golpeándose el pecho con los puños cerrados y haciendo una fuerte espiración. Esto, que él le llama "Extractions", lo hace "con objeto de absorber agua del mar", y de manera rítmica ejecuta tales movimientos durante 100, 200 veces y aún más.

Es muy laborioso. De continuo está pensando en ideas fantásticas e imaginando las cosas más extravagantes y absurdas. Según manifiesta con gran proligidad de detalles, "que cada hombre nace bajo la influencia de su astro patria, que lo protege en todo". Los astros patrias de que él habla, los representa en un dibujo por medio de siete esferas concéntricas, de diferentes colores y que, según sus cálculos, le asigna a cada una de las personas que conoce. "Es perseguido por sus enemigos; pero pronto va a desquitarse de todo lo que le ha hecho el Water eye (nombre con que los designa), y saldrá un día volando para recobrar su libertad." Ha reformado todas las cosas que conoce. Así, por ejemplo, dice que: "la tierra está formada por fierro y el eléctrico natural; que los hombres deben de aprovechar siempre que puedan para comer fierro" (una ocasión se comió varios tornillos y por poco muere). "Los hombres primitivos tenían dobles órganos genitales, así como las mujeres y la cópula la efectuaban con dos penes, uno adelante y otro atrás, que introducían en las vaginas de las mujeres, que se encontraban en situación especial para recibir a los órganos viriles." "Lo que dicen los libros acerca de la estructura del cuerpo humana, es mentira, pues la digestión no se efectúa en el estómago, sino que los alimentos van a dar al corazón."

Las ideas de reformarlo todo, lo llevan a hacer dibujos rarísimos, de los que en otra parte reproduzco dos; versos, figuras de madera, de cartón. A sus ropas las adapta a los usos que pretende darles. Así, por ejemplo, ha construido una cachucha llena de pedazos de plomo, que se coloca cuando hace gimnasia y no se quita sino hasta que está completamente empapada en sudor; los pantalones los recorta hasta la rodilla y usa medias de lana. Tiene

una bicicleta, la que ha sido numerosas veces armada y desarmada, para quitar y poner tornillos, enredar alambres, etc.; de modo que ahora es un aparato indefinible.

Cuando se conversa con él, muchas veces da la impresión de ser normal en sus facultades psíquicas; platica recordando fechas, nombres, sucesos importantes y aun se le puede proponer problemas de lógica, que los define satisfactoriamente. Las conversaciones se ven, sin embargo, llenas de neologismos, y cuando se le presentan nociones de conocimientos de geografía, mecánica, medicina, etc., es cuando inmediatamente revela las ideas, los inventos y las investigaciones que en todos esos sentidos tiene.

Su permanencia en el sanatorio la toma como encarcelamiento y no tiene el menor deseo ni interés por ver a los miembros de su familia.

Es obediente y sometido a la disciplina. Con frecuencia se le recomienda trabajos de curiosidad, que los hace con toda dedicación y esmero.

Físicamente sólo tiene un acodamiento del pene, provocado por la rotura de la capa fibrosa, que se produjo al doblarlo fuertemente entre sus manos cuando estaba en erección.

Diagnóstico.—Demencia precoz paranoide en período de estado.

HISTORIA CLINICA

Caso número 9

P. A.; de 41 años de edad; natural de Arandas, Estado de Jalisco; de raza blanca; soltera y profesora de música; ingresó al Sanatorio "Dr. R. Lavirata", el día 5 de diciembre de 1924.

Antecedentes hereditarios.—El bisabuelo materno murió de parálisis general progresiva. Dos tías-abuelas maternas padecieron enajenación mental. El padre fué alcohólico inveterado; padeció de joven blenorragia y murió a consecuencia de úlcera del estómago. La madre, que aún vive, es de carácter nervioso y, además, artrítica. Tuvo la enferma siete hermanos; uno murió de alcoholismo crónico. Viven dos hermanas, una de las cuales es neurasténica.

Antecedentes personales no patológicos.—La marcha, habla y primera dentición tuvieron lugar en tiempo oportuno. De inteligencia muy desarrollada, ingresó a la escuela a los 3 años de edad, donde obtuvo buen aprovechamiento.

De carácter y costumbres extravagantes; fué enemiga de los quehaceres domésticos y se dedicó, de preferencia, a la música y al canto, habiendo llegado a ser buena cantante, lo que motivó que fuera invitada con mucha frecuencia a reuniones sociales, a funciones de beneficencia en teatros, etc. Para ello gustaba de vestirse elegantemente y a ese objeto gastó fuertes sumas de dinero, de manera desordenada. Irascible y con cambios bruscos de carácter,

se empeñó en ir al extranjero para perfeccionar sus conocimientos de canto. La familia le concedió el viaje, para quitarla del medio en que vivía, pues siendo persona muy honorable, se volvió disipada y conqueta; pero no sirvió esta medida, pues fué desflorada y se entregó sin escrúpulo a sus amigos, poseída de constantes excitaciones sexuales.

En Europa continuó con sus costumbres desordenadas; no le alcanzaba ningún dinero que se le mandaba para sus gastos, y dió a luz un niño, a quien puso un nombre extravagante y llamativo. No tuvo cariños ni apego para su hijo, el que se crió en manos ajenas y posteriormente internado en un colegio.

Antecedentes personales patológicos.—Las reglas aparecieron a los 14 años y han sido dolorosas y acompañadas de cólicos. De niña padeció pulmonía y siempre se ha quejado de dolores huesosos, de preferencia en las piernas. En 1915 contrajo sífilis.

Enfermedad actual.—El carácter de la enferma desde hace años reveló su constitución psicopática, y las diferentes alteraciones de conducta fueron, seguramente, pródromos de su padecimiento actual. Cinco años antes de su ingreso al sanatorio y teniendo como causa aparente cierta impresión moral que recibió, entró a un período de tristeza y abatimiento profundos, con ideas pesimistas, angustia extrema y deseos de morir. Expresaba ideas extravagantes e incoherentes: "tengo horror por los microbios; la procreación humana es indecente; hay escasez de comida; tengo mucha conmiseración por los enfermos y las personas pobres." También se presentaron ideas de persecución: "Mi madre me ha echado sus gentes encima para que me maltraten y me cambien la fisonomía."

Vista como vesánica, fué indispensable internarla en un sanatorio en el extranjero, donde permaneció por dos años; pero posteriormente, y parece que después de ligera mejoría, fué traída a México, donde estuvo en manos de varios especialistas y en dos o tres manicomios, donde se la trató por medicamentos antiluléticos.

Examen clínico.—Es una persona íntegra, proporcionada, de cara ancha, ojos grandes; gran desarrollo del tórax. Toma actitudes forzadas; por ejemplo, hace grandes inspiraciones y quedá con el tórax dilatado, los hombros levantados y la cabeza ligeramente hacia atrás.

Usa pinturas para la cara, se pone los párpados con un rodete negro, gran cantidad de polvo en la cara y cosmético para los labios, lo que le da la apariencia de máscara. Sus peinados son variables; pero el que más usa, es llevando el pelo restirado hacia la región occipital, lo enrolla formando una trenza muy apretada, que queda después en posición horizontal. Otras veces se hace copete, encima del cual coloca una peineta española. Sus vestidos son de colores chillantes, con numerosas adaptaciones creadas por ella; así, la

unión de la falda con la blusa, es muy alta y ancha y deben de ser sumamente holgados.

Su lenguaje se encuentra plagado de neologismos: "prechioso, ~~sarros,~~ **energo**", etc., y revela múltiples ideas delirantes; se siente perseguida y molestada. En las noches cree que entran a su habitación y le descomponen los huesos, le maltratan los ojos, etc.

En lo que a sus afectos se refiere, a su madre y hermanas las odia, piensa que son las que tratan de perjudicarla y quienes le envían gentes para que la "mortifiquen espiritualmente".

Hay días que está enojada, habla soezmente y hasta llega a golpearlos con crueldad.

Se pueden sostener largas conversaciones con ella y se aprecia que la atención y la memoria están perfectamente bien conservadas. En esta última aun los detalles más pequeños no han sido borrados. Sin embargo, asocia concepciones delirantes a hechos reales, especialmente de los acontecimientos que han sucedido desde el principio claro de su dolencia.

Su manera de escribir, así como las labores manuales que efectúa, son reformadas y les ha dado carácter especialísimo.

El juicio y el razonamiento están acordes con las ideas delirantes. Hablo de estas alteraciones en páginas anteriores.

El examen físico resultó normal. Tiene reglas dolorosas y que exacerban sus síntomas psíquicos.

Diagnóstico.—Demencia precoz paranoide en período de estado.

HISTORIA CLINICA

Caso número 10

J. R.; tiene 72 años de edad; es originario de Guanajuato; de raza mestiza; viudo; de profesión ingeniero y médico cirujano; ingresó al Sanatorio "Doctor R. Lavista" el día 22 de agosto de 1900.

Antecedentes familiares.—Tanto por la rama paterna como por la materna hubo gran número de vesánicos, y se han contado entre los ascendientes, personas de gran inteligencia; el padre fué verdaderamente genial y era conceptuado en su época como la primera figura intelectual de México. Puede decirse que la mayoría de sus familiares han sido de vastísima cultura, pero extravagantes y de costumbres raras.

Antecedentes personales no patológicos.—De gran vivacidad e inteligencia, desde pequeño se hizo notorio por la facilidad y el buen aprovechamiento para emprender sus estudios y los primarios los terminó aún siendo muy niño.

Estudió la carrera de ingeniero en su ciudad natal y en el segundo año de ella fué nombrado profesor de física, cátedra que desempeñó con todo acierto.

Pero teniendo más inclinación por los estudios médicos, al terminar la carrera de ingeniero ingresó a la Facultad de Medicina de México, donde siguió haciendo magníficos estudios y logró ocupar la primera figura entre sus compañeros. Obtuvo el título el 15 de mayo de 1878, cuando él contaba 25 años.

Se casó a los 23 y no tuvo familia.

De carácter extravagante desde pequeño, como estudiante se hizo más llamativo y por sus rarezas le nombraban sus compañeros "el loco R." Disipado en sus costumbres, burlaba la vigilancia de la escuela, donde en aquella época vivían varios alumnos, y se salía la mayor parte de las noches a pasear y a satisfacer sus apetitos genésicos, que eran bastante insaciables. Se preocupaba poco de las conveniencias sociales. Tuvo varias queridas, con las que paseaba públicamente y en su vida de estudiante hubo épocas de desenfreno exagerado. Irascible e impulsivo, era pendenciero y con frecuencia tenía disputas y altercados con sus amigos y con sus compañeros.

La vida de hogar no pudo llevarla a largo tiempo, pues desde el primer día de su matrimonio tuvo ideas de celos irrefrenables, las que motivaron la separación de su mujer, pues la golpeaba frecuentemente y la tenía encerrada bajo llave. La rarísima vez que accedía a sacarla de casa, era por las noches, pero disfrazada de hombre con los trajes de él y la llevaba por los lugares más apartados y solitarios de la ciudad.

Como médico ejerció brillantemente. Tuvo numerosa clientela y era admirado y respetado por los demás médicos, que veían en él grandes aptitudes como clínico. Partidario grandísimo de la circuncisión, la efectuaba sistemáticamente en todos los enfermos que atendía, y en plazo relativamente corto hizo más de 2,000.

Estuvo en el extranjero, donde fué aceptado con toda clase de honores por los médicos franceses, y ante ellos demostró sus vastos conocimientos en medicina.

Antecedentes personales patológicos.—Padeció sífilis y blenorragia.

Enfermedad actual.—Hace cuarenta años, cuando él contaba treinta y dos, se manifestaron de manera clara síntomas del mal que ahora tiene. Le empezó a invadir profunda melancolía; desconfiaba sus quehaceres profesionales, sus negocios de familia y sentía tedio para todo y por todo. La melancolía se acentuó de tal modo, que se encerró en una habitación de su casa, donde no se salió por espacio de un año; permanecía callado, en la misma actitud, con la habitación a oscuras y no permitía que entrasen a verlo. Sólo tomaba determinados alimentos y dormía muy poco. Se dejó crecer el pelo y la barba y lo único que había en su habitación era un colchón para dormir.

Al año de esta situación cambió bruscamente de modo de ser; se hizo locuaz, alegre, expresaba ideas optimistas, cantaba y bailaba casi de continuo,

etc., lo que motivó que fuese internado al antiguo manicomio de "San Hipólito", de México, donde estuvo por espacio de 14 años.

Poco se sabe de la vida del enfermo en ese lugar. Los primeros años y, dada su buena conducta y su aparente mejoría que notaron los médicos, le era permitido salir de paseo con un enfermero, pero después él mismo evitó esos paseos y volvió a aislarse y a expresar ideas delirantes, sobre todo místicas. Pasaba gran parte del día de rodillas, rezando y con los brazos en cruz. Trataba de demostrar la más severa austeridad en todas sus costumbres, se deshizo de muebles y objetos de valor, comía alimentos pobres y sólo los indispensables para no morir de inanición. Poco a poco fué creando estereotipías, la de permanecer de rodillas, verbigracia. Se le presentaron tiques de la cara, alucinaciones auditivas, cambió de manera de escribir y fué creando neologismos de casi todas las palabras.

Durante los 25 años que lleva en el sanatorio de Tlalpan, no ha habido cambios de importancia en su estado, permanece de rodillas y la descripción de esta actitud, así como las que se refieren a sus escritos y neologismos las he hecho en otros lugares de este trabajo, por lo que creo innecesario repetirlas.

La atención se conserva perfectamente bien, y aun si se quiere, está exagerada, pues al sostener una conversación y fijarse en lo que se le dice, está escuchando las alucinaciones auditivas que tiene constantemente y registra todo lo que sucede a su alrededor.

De la memoria, ya hablé al consignarla como un caso de hipermnnesia y tampoco creo insistir a este respecto.

Su ideación debe de considerarse en dos aspectos: cuando sostiene conversaciones, revela su buen juicio, su atinado criterio, y aun plantea problemas tan bien razonados, que muchas personas normales no los piensan. Por otra parte, en lo que se refiere a sus ideas propias, la ideación es perfectamente morbosa. Tiene ideas delirantes de reivindicación: "Es precriminal de herencia y por sí mismo y tiene que purgar sus faltas"; ideas de inmortalidad, "no he de pre-morir nunca de diferentes y contradictorias maneras; todos somos pre-inmortales"; ideas místicas, las más acentuadas y numerosas que le han originado crear rezos y oraciones, palabras cabalísticas, modos especiales de persignarse, etc.; ideas de humildad: una sólo paños menores y no acepta vestirse sino la rarísima vez que lo visitan; duerme en el suelo, come en platos de peltre, hace penitencias como la de soportar el frío o el calor; no quejarse cuando se siente enfermo y soportar los dolores físicos y morales que le aquejan; ideas de inmensidad: para él todo es infinito, parte desde el átomo hasta lo inconmensurable; ideas de transformación corporal: a casi todas las personas a quienes conoce les atribuye la personalidad de otras que ha conocido con nombres diferentes; en una cocinera ve a la reina de Holanda; en un practicante, al hijo mayor del Kaiser; en un enfermo, al torero Gaona, etc.

Las perturbaciones psico-sensoriales están constituidas por alucinaciones auditivas constantes con la particularidad de que reproducen exactamente las voces de las personas a quienes las refiere, muchas de las cuales ya hace

años murieron, de escuchar siempre las mismas palabras y de poder distinguir cuando se presentan en gran cantidad, todas las diferentes voces.

Además, tiene alucinaciones cenestésicas. Siente que algo parecido a una garra le raspa la garganta y le impide hablar; alucinaciones olfativas, en ocasiones cree percibir olores fétidos.

Sus conversaciones las llena de ironías y a semejanza del maníaco, se burla de las personas con quienes habla, las ridiculiza en sus ideas y en sus actitudes y a veces francamente les manifiesta hostilidad.

En lo que se refiere a las facultades afectivas, tiene accesos de risa y de tristeza acompañada con llanto, pero siempre motivados por algo pueril o importante. A todas las personas les manifiesta tenerles mucho cariño, pero si alguien que ha vivido muy cerca de él, como los enfermos, los enfermeros, etc., enferma o muere, lo toma con gran naturalidad y no le da importancia. Tiene gran repulsión por su familia; nunca ha aceptado ver a ninguno de sus parientes y hace años, cuando todavía vivía su madre, fué a visitarlo, pero él, de manera terminante, se rehusó a recibirla. Odia a las personas que favorecieron su internamiento en el sanatorio y hace extensivo ese odio a los familiares de ellas o a otras en quienes encuentra semejanza física.

Examen físico.—Es una persona muy adelgazada; permanece en actitud de rodillas durante todas las horas del día; tiene tiques en la cara, que se acompañan de risa y de un sonido particular. El color de la piel en los lugares descubiertos es muy moreno debido a las largas exposiciones que tiene a los rayos solares. Conserva sólo una pieza dentaria.

Es arterio-escleroso y tiene insuficiencia y estrechamiento mitrales. Por parte del sistema nervioso hay hiperestesia y exaltación de los reflejos tendinosos.

De toda esta larga exposición de síntomas, los más importantes que quiero resumir, son:

Reacciones antisociales, ideas delirantes múltiples, alucinaciones auditivas, estereotipías, neologismos y tiques, acompañados de conservación de la memoria, de la atención, del juicio y del razonamiento.

Diagnóstico.—Demencia precoz paranoide.



QUINTA

Formas mixtas

En la práctica psiquiátrica raramente se encuentran las formas clínicas puras con los caracteres que se les describen teóricamente, pues lo común es observar enfermos que presentan síntomas resultantes de la mezcla de dos formas clínicas. De ahí resultan las formas mixtas que en realidad son las más frecuentes. En las historias que presento he procurado buscar casos típicos, mas no obstante hay síntomas mezclados, dominando los característicos de la forma que describo.

La unión más común está constituida por la **hebefreno-catatonia** y por la **heboido-hebefrenia**.

La forma **paranoide** es la más fácil de encontrar pura.

Para terminar, mencionaré que se han descrito además las siguientes formas clínicas:

Primero: **Forma depresiva simple.**

Segundo: **Forma depresiva delusional** con las siguientes variedades: **agitada, circular y periódica.**

Tercero: **Demencia confusional del lenguaje o esquizofasia.**

Cuarto: **Formas frustras.**

Quinto: **Formas en remisión**, generalmente ligeras.

Sexto: **Formas fijas o detenidas**, que realmente corresponden a remisiones incompletas que se prolongan indefinidamente.

Todas estas variedades tienen poca importancia y las clásicas son las cinco primeramente mencionadas y las únicas sobre las que insistimos ampliamente.

IX

PRONOSTICO, TRATAMIENTO Y PROFILAXIA

Por desgracia muy poco tengo que decir para terminar este trabajo, en lo que se refiere al pronóstico y al tratamiento de la **demencia Precoz**.

En los momentos actuales la **Demencia Precoz**, es un padecimiento incurable y sólo se observan remisiones que pueden favorecerse mediante la apropiación de procedimientos de higiene mental. Tal vez estudios posteriores sobre endocrinología lleguen a dar algo benéfico para los esquizofrénicos.

El tratamiento es común al del mayor número de los padecimientos mentales. Los dementes precoces son pacientes que deben aislarse de la sociedad y recluirse en frenocomios, pues por las reacciones antisociales que presentan, por las impulsiones, por las tendencias agresivas, etc., no pueden vivir dentro de la vida común con las personas normales.

El aislamiento los aleja de los continuos excitantes y del medio que los rodea estando en familia, factores perjudiciales, puesto que obran directamente sobre su psiquismo debilitándolo más. Es, pues, indispensable, recluirlos. Pero la reclusión debe de ser bien entendida; apropiarles sistemas ordenados de higiene, y al decir esto me refiero a la buena alimentación, al sueño, a los ejercicios ordenados, etc. Además, si se considera que son seres alejados del contacto de los demás hombres y condenados a vivir en aislamiento, conviene proporcionales distracciones por medio de juegos, exhibiciones cinematográficas y conciertos.

Es conveniente reprimir el hábito de la masturbación tan desarrollado en ellos y ejercer disciplina sobre sus costumbres; en una palabra, aplicar la psicoterapia.

La parte terapéutica propiamente tal, consiste en fortalecer su organismo y su sistema nervioso, pues son enfermos que tienen tendencia a adquirir otros padecimientos, como la tuberculosis por ejemplo, que da buen contingente de mortalidad como se observa en las estadísticas de los manicomios; de ahí, que además de todas las reglas de higiene ya mencionadas conviene instituir tratamientos ya sea por vía digestiva, ya sea por medio de inyecciones que tengan la propiedad de ser tónicos. Los compuestos arsenicales verbigracia, como el cacodilato y el metilarisnato de sodio, las nucleínas, los preparados ferruginosos, fosforados, etc., son indiscutiblemente muy benéficos.

Las ideas que se manifiestan respecto a las perturbaciones endócrinas en los dementes precoces, no teniendo aún conocimiento claro sobre cuál o cuáles glándulas de secreción interna se encuentran afectadas, nos ponen en el caso de aplicar tratamientos plurglandulares que están fácilmente a nuestro alcance y que son de sencilla administración.

Los tratamientos sintomáticos son numerosos.

Los estados de agitación se combaten por medio de baños tibios y calientes, por la fototerapia usando focos azules o verdes, por encamamiento, por el ejercicio, etc. En ocasiones, si es muy intensa, conviene usar sedantes químicos de los que sin embargo, siempre hay que ser muy cauto.

Los estados depresivos se tratan por duchas frías, por luz amarilla y roja, por inyecciones de estrienina, etc.

Recientes estudios hay para combatir el estupor catatónico, sobre todo en los casos muy avanzados, y los autores americanos recomiendan el empleo del bromhidrato de escopolamina a la dosis de un cuarto a medio miligramo en inyección subcutánea.

La medicación purgante es de uso común por los trastornos gastrointestinales, y la constipación que es muy frecuente.

En las mujeres en quienes se presentan desarreglos menstruales, es debido tratarlos por medio de medicación emenagoga y aún puede acudir a los extractos glandulares tales como la "Tiro-ovarina", la "Ocreina", etc., de las cuales por mi parte he obtenido muy buenos resultados.

Los últimos trabajos sobre profilaxis de este padecimiento, emprendidos en Norteamérica especialmente por Jung y Meyer, vienen

a demostrar la importancia que hay en dar educación especial a los jóvenes.

Recordando los dos factores que tienen mayor influencia, según parece, en la producción de esta dolencia, se comprende que la profilaxis tiene que llenar dos objetos:

El primero, es que las personas que presenten cualquier tara psicopática, sean motivo de vigilancia cuidadosa, de preferencia en el tiempo de la evolución puberal, que es el momento crítico.

Debe evitárseles las fatigas físicas e intelectuales, procurando que hagan ejercicios moderados, que vivan en el campo y que se alimenten bien.

Es necesario educarles su voluntad y conducir sus afectos por caminos normales, evitando todas las causas capaces de desviarlos.

En segundo lugar, es necesario combatir en ellos los excesos sexuales y la tendencia a la masturbación.

Se procurará hasta donde sea posible hacer la profilaxis de las diversas enfermedades infecciosas, con especialidad de la tuberculosis.

