



Lib. 3391
Año 1914.

Núm. 2780.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO CLÍNICO
SOBRE
LAS LOCURAS SISTEMATIZADAS
PERSECUTORIA, MÍSTICA Y ERÓTICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO CATALÁN

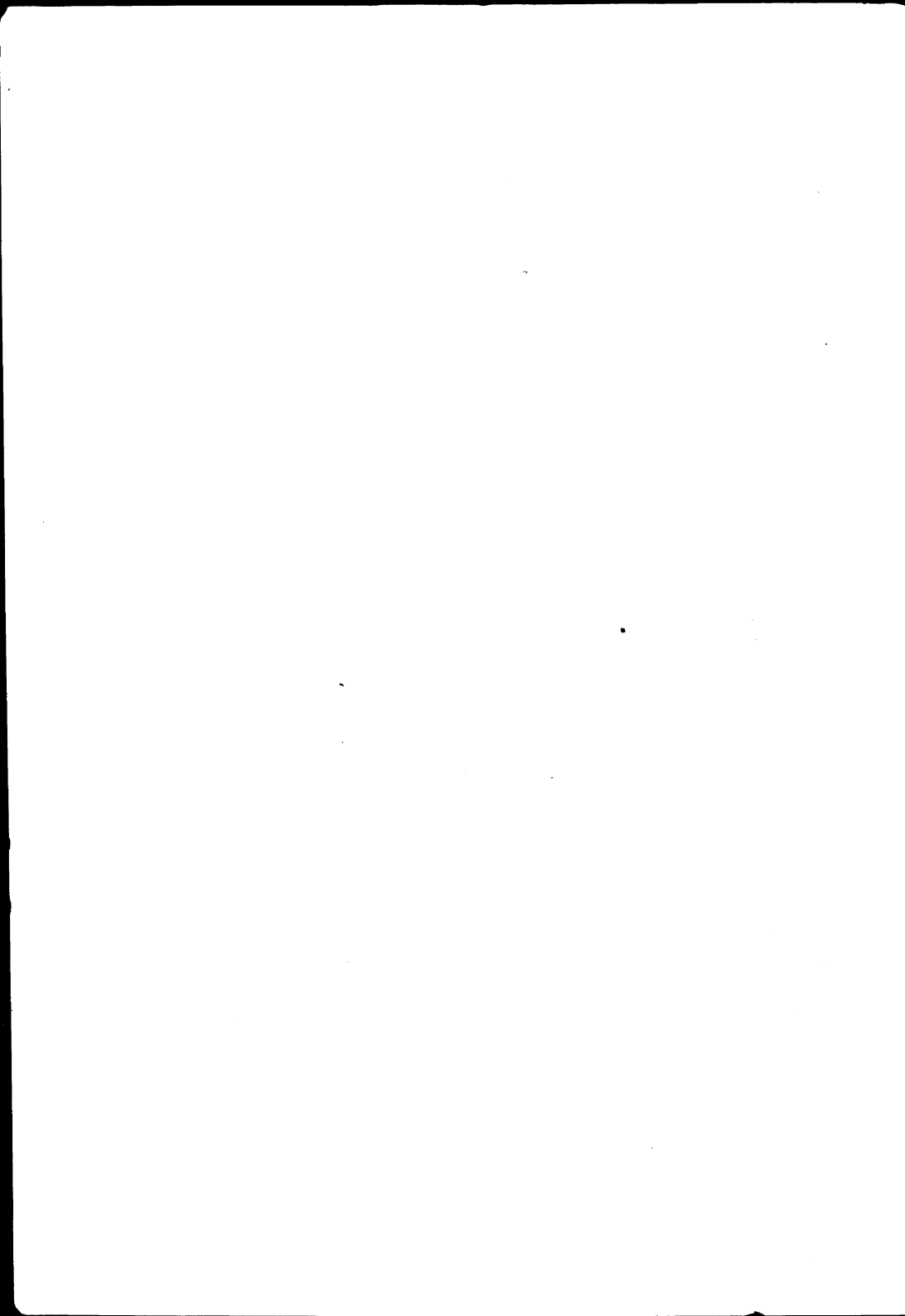
Ex-interno del Hospital Nacional de Alienados
Ex-practicante de la Asistencia Pública



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUÍOI BUFFARINI
2070. CÓRDOBA, 2080. BUENOS AIRES.

ESTUDIO CLÍNICO
SOBRE
LAS LOCURAS SISTEMATIZADAS
PERSECUTORIA, MÍSTICA Y ERÓTICA



Año 1914.

Núm. 2780.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTUDIO CLÍNICO
SOBRE
LAS LOCURAS SISTEMATIZADAS
PERSECUTORIA, MÍSTICA Y ERÓTICA

=

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO CATALÁN

Ex-interno del Hospital Nacional de Alienados
Ex-practicante de la Asistencia Pública

=

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"
CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070. CÓRDOBA. 2080 · BUENOS AIRES



*Man
C
9.7.1*

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

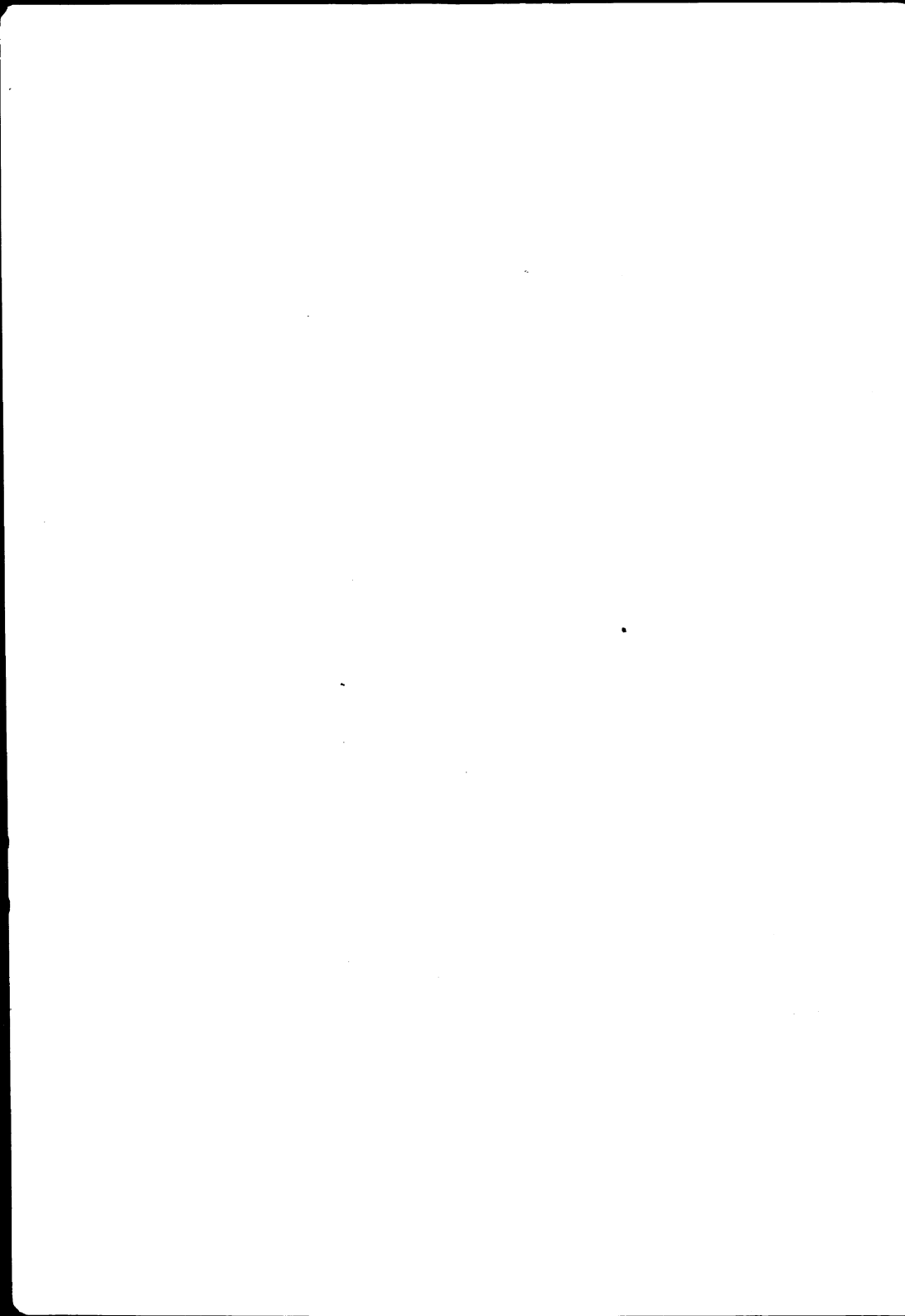
Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. " " JACOB DE TEZANOS PINTO
3. " " EUFEMIO UBALLES
4. " " PEDRO N. ARATA
5. " " ROBERTO WERNICKE
6. " " PEDRO LAGLEYZE
7. " " JOSÉ PENNA
8. " " LUIS GÜEMES
9. " " ELISEO CANTÓN
10. " " ENRIQUE BAZTERRICA
11. " " ANTONIO C. GANDOLFO
12. " " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. " " DANIEL J. CRANWELL
14. " " HORACIO G. PIÑERO
15. " " JUAN A. BOBRI
16. " " ANGEL GALLARDO
17. " " CARLOS MALBRAN
18. " " M. HERRERA VEGAS
19. " " ANGEL M. CENTENO
20. " " DIÓGENES DECOUD
21. " " BALDOMERO SOMMER
22. " " FRANCISCO A. SICARDI
23. " " DESIDERIO F. DAVEL
24. " " DOMINGO CABRED
25. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

 " " DESIDERIO F. DAVEL

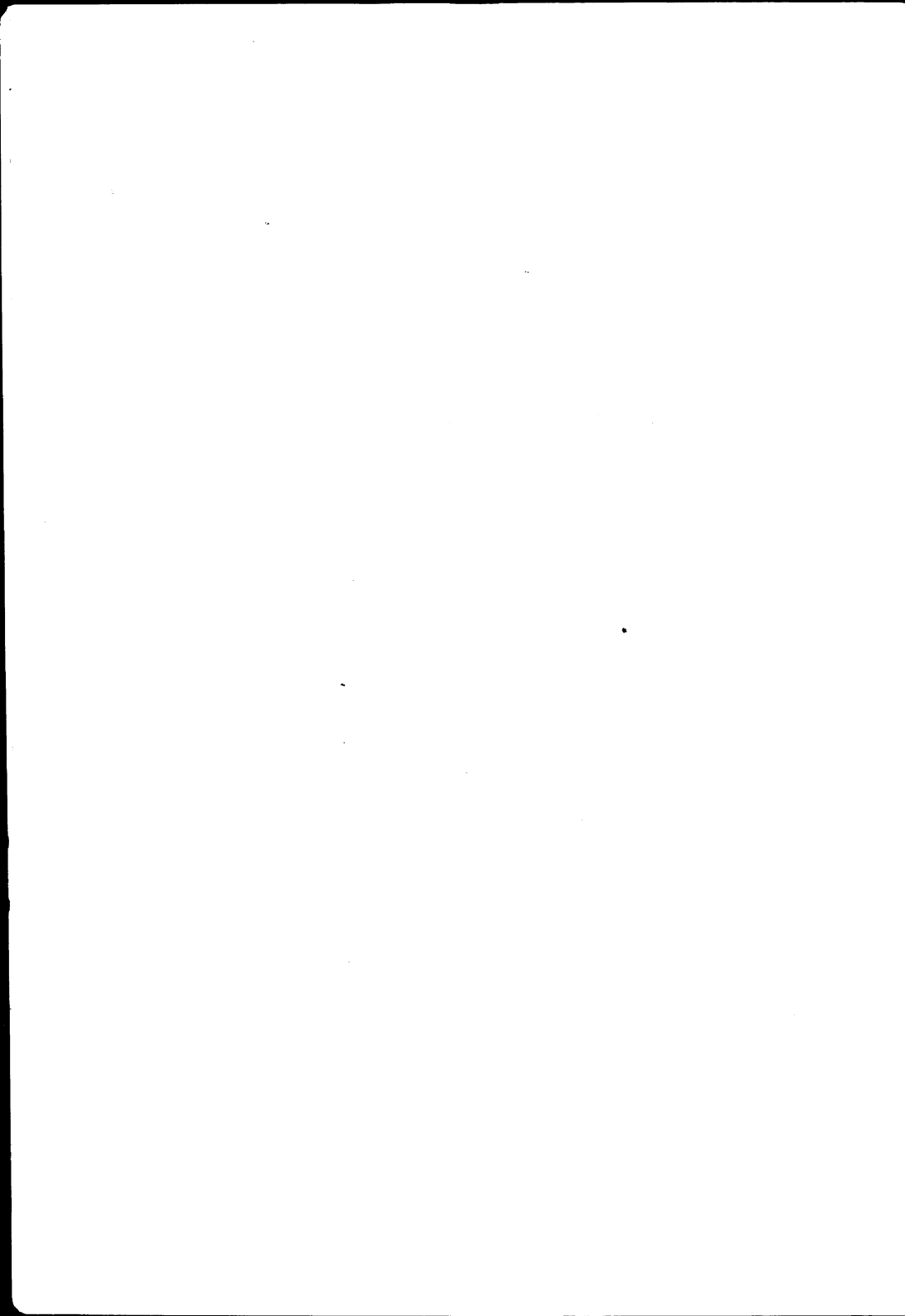


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » TELÉMACO SUSINI
3. » » EMILIO R. CONTI
4. » » OLHINTO DE MAGALHAES
5. » » FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

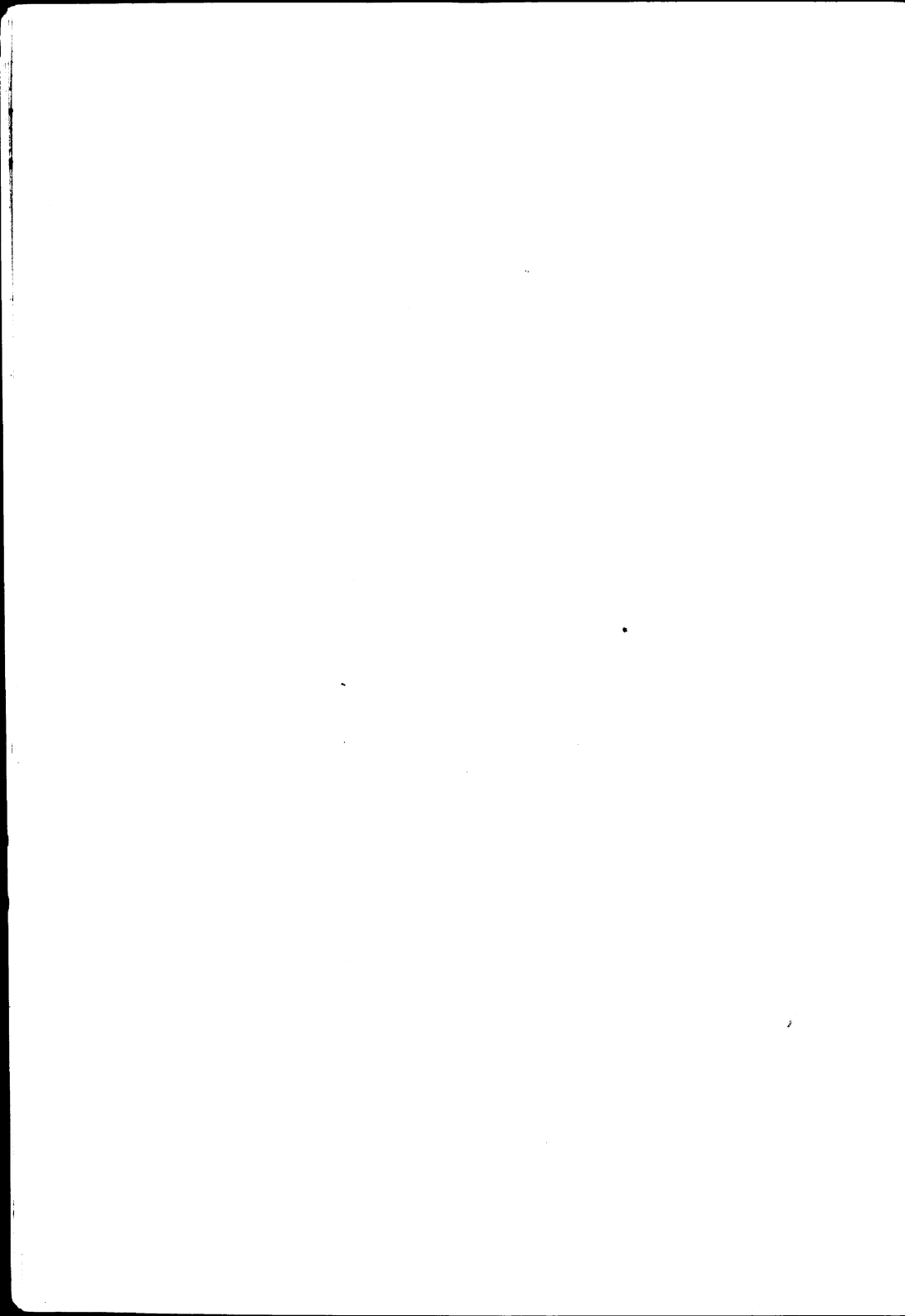
DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

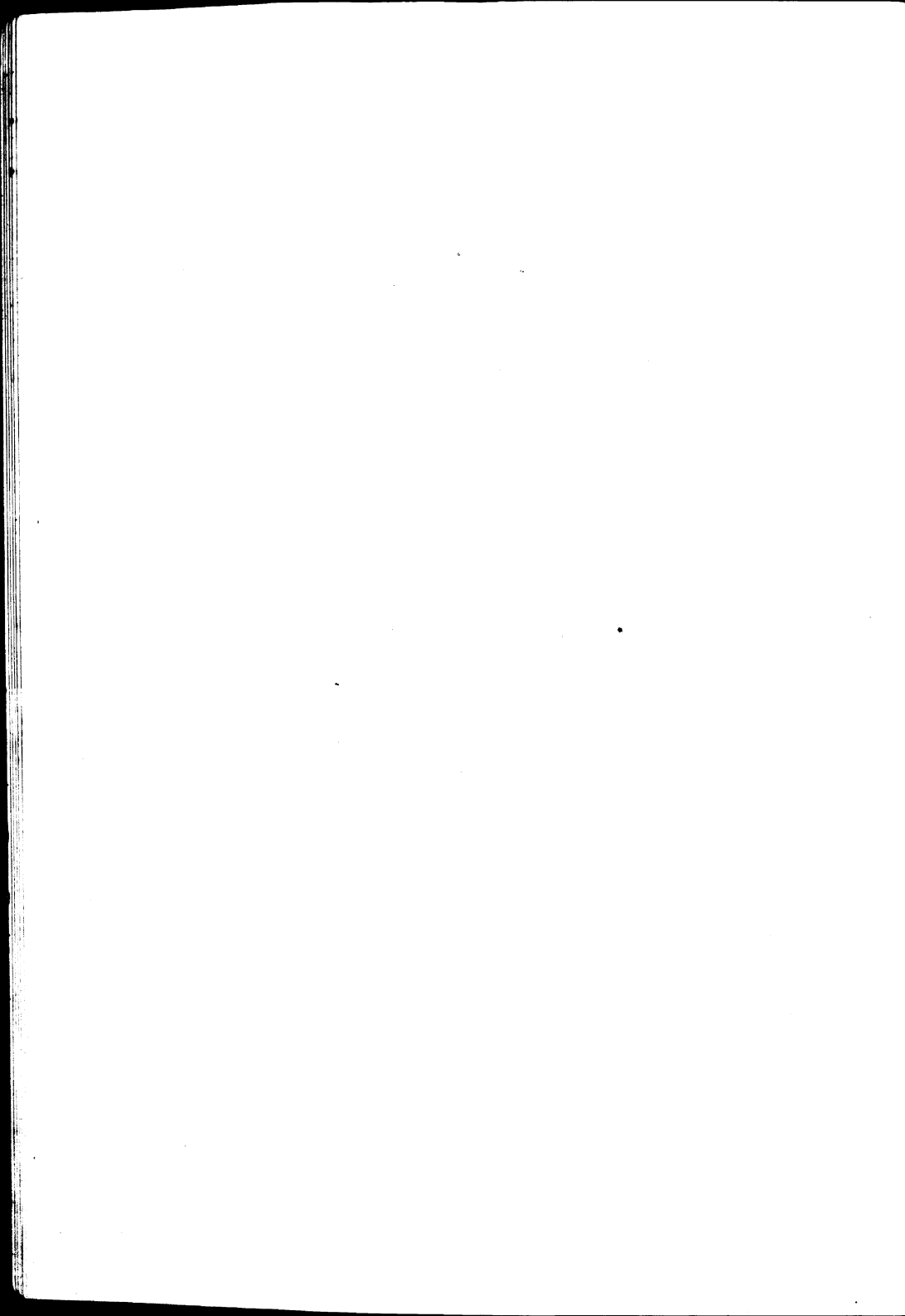
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

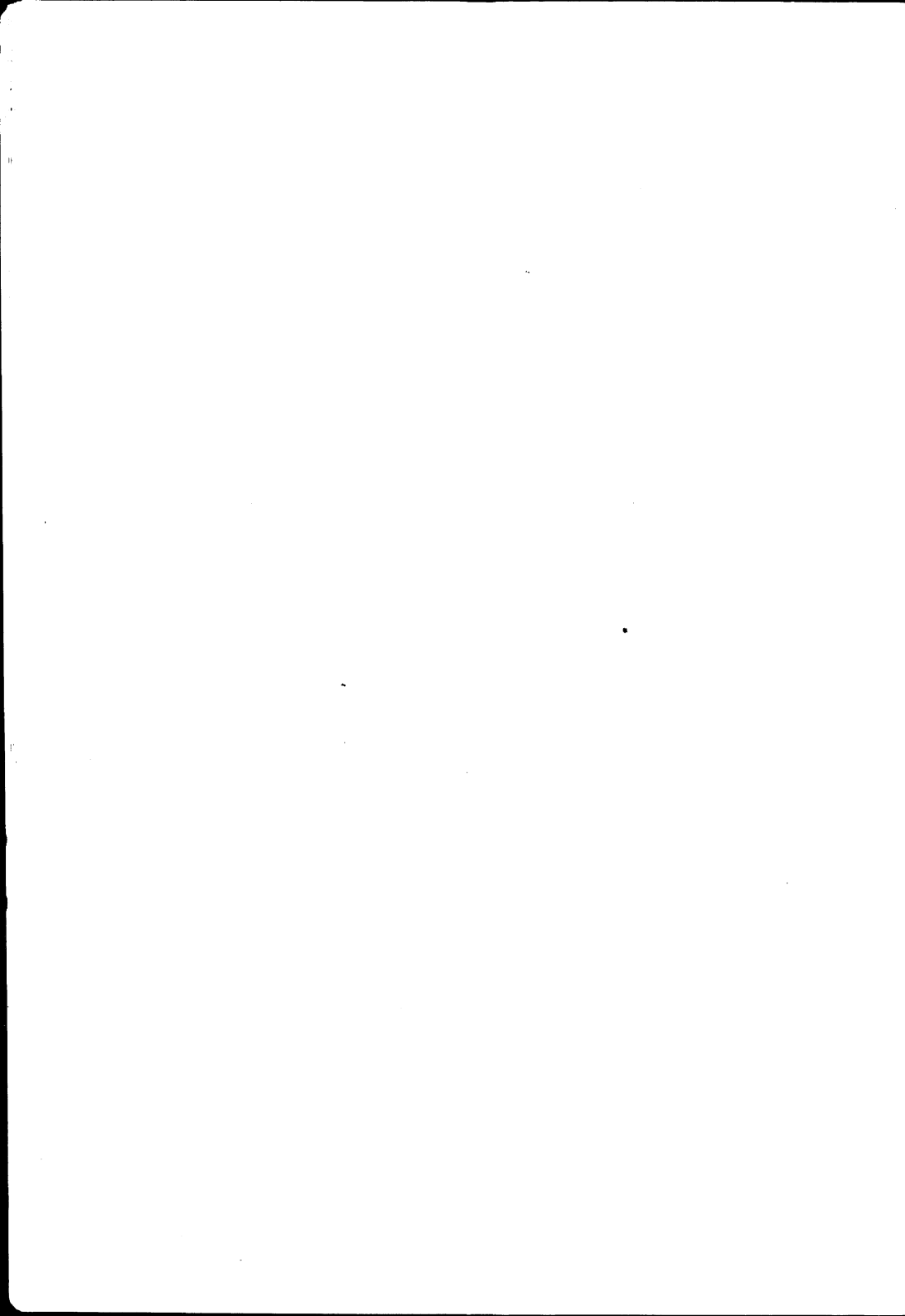
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE
» P. N. ARATA
» F. DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JOSÉ M^a. RAMOS MEJIA



ESCUELA DE MEDICINA

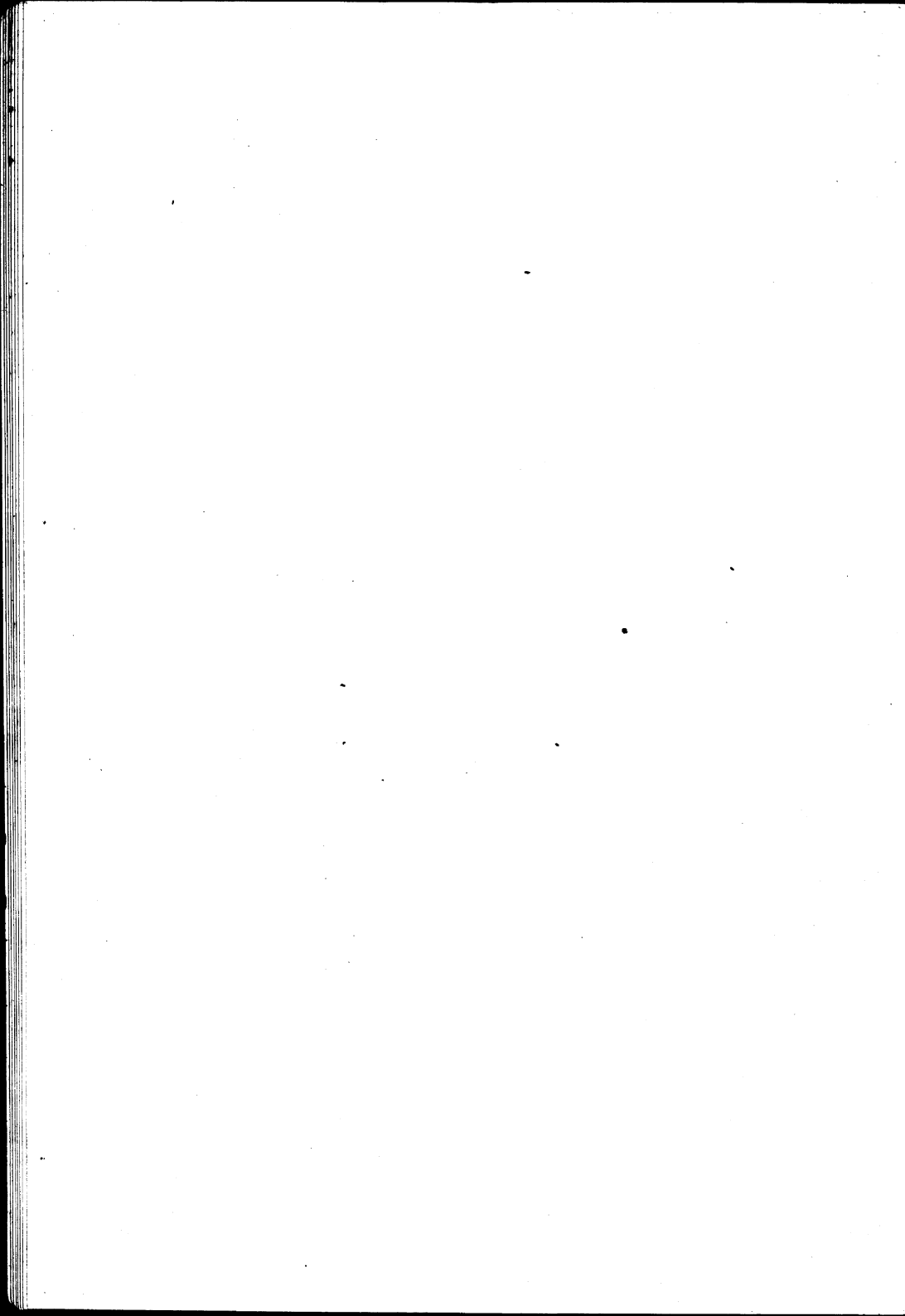
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ÁNGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
	" JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
	" ENRIQUE ZARATE (en ejerc).
Clínica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
	" MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
	" JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	" JOAQUÍN LLAMBIÁS
Patología externa.....	" JOSÉ MORENO
» Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO CHUTRO
» Genito-urinaria.....	" CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica.....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología Interna.....	" PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
» Quirúrgica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" JOSÉ M. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
Clínica Médica.....	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
Clínica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
Clínica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina legal.....	" V. JOAQUIN GNECCO

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 » JUAN A. BOERI
 » JULIO J. GATTI
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignatura

Farmacognosia.....

Catedrático Extraordinario

SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. PASCUAL CORTI
 „ RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ OSCAR MIALOCK
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 „ JUAN A. SANCHEZ
 DR. ANGEL SABATINI

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	}	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

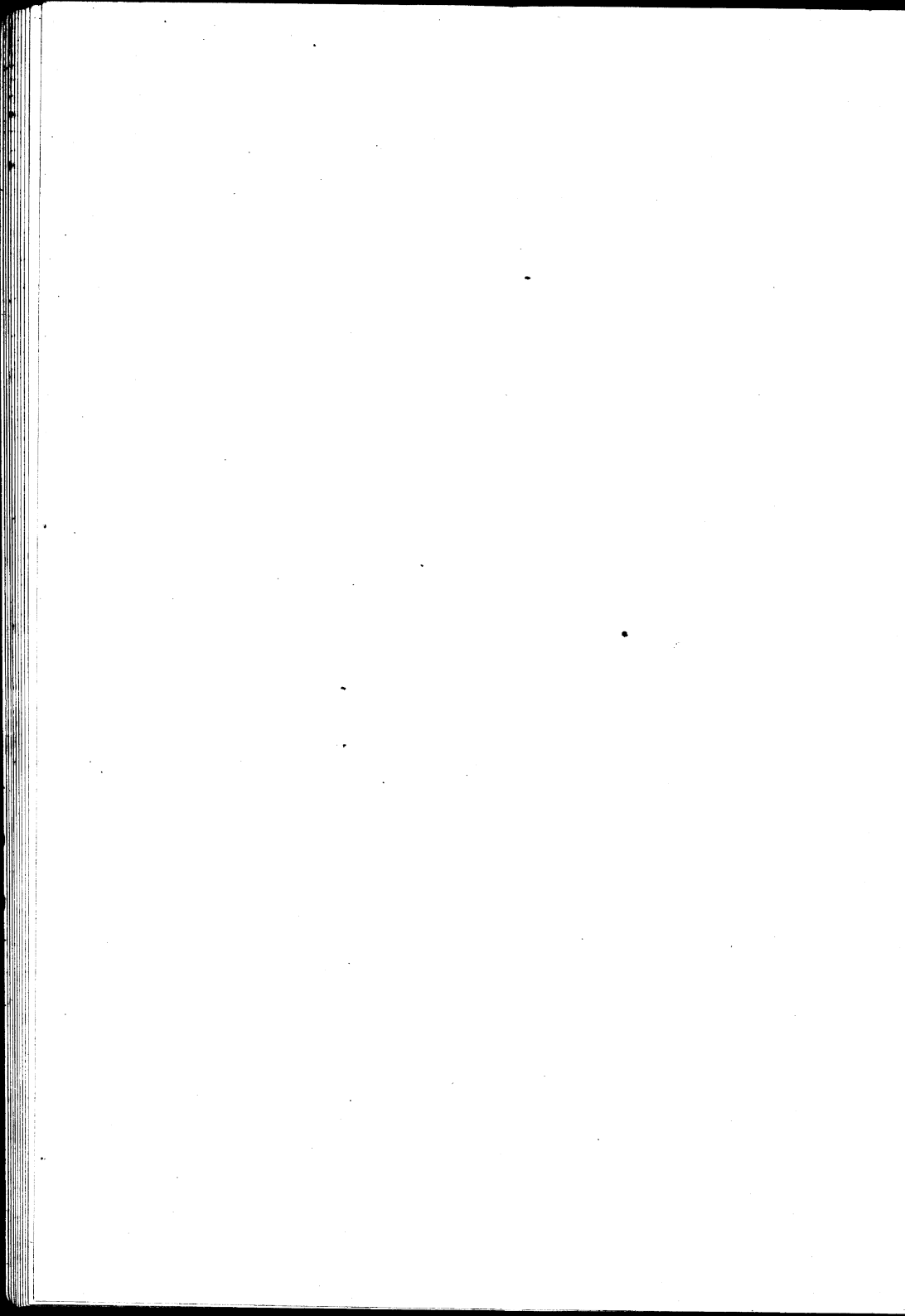
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	}	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

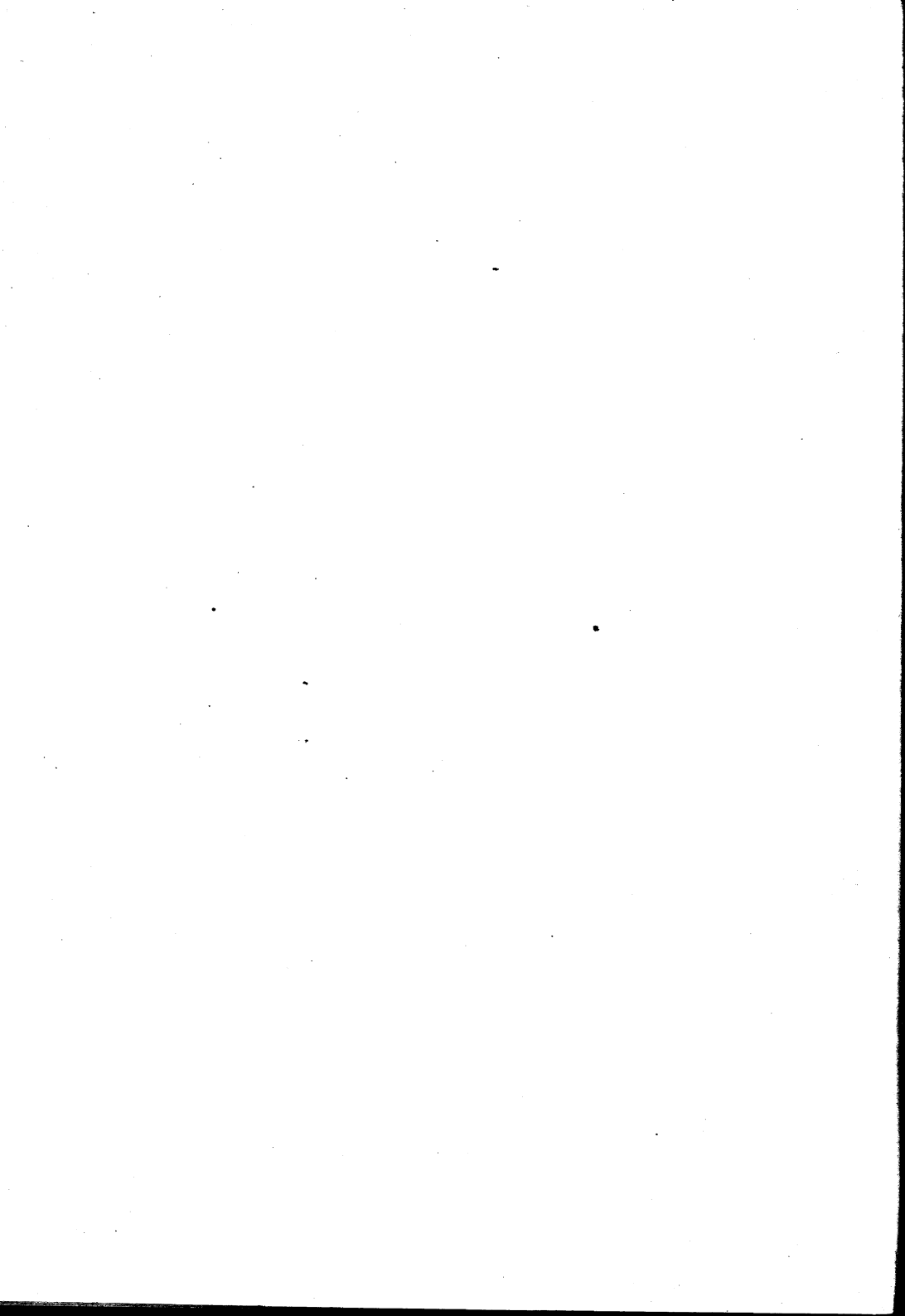
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS :

DOCTOR ADOLFO VALDEZ

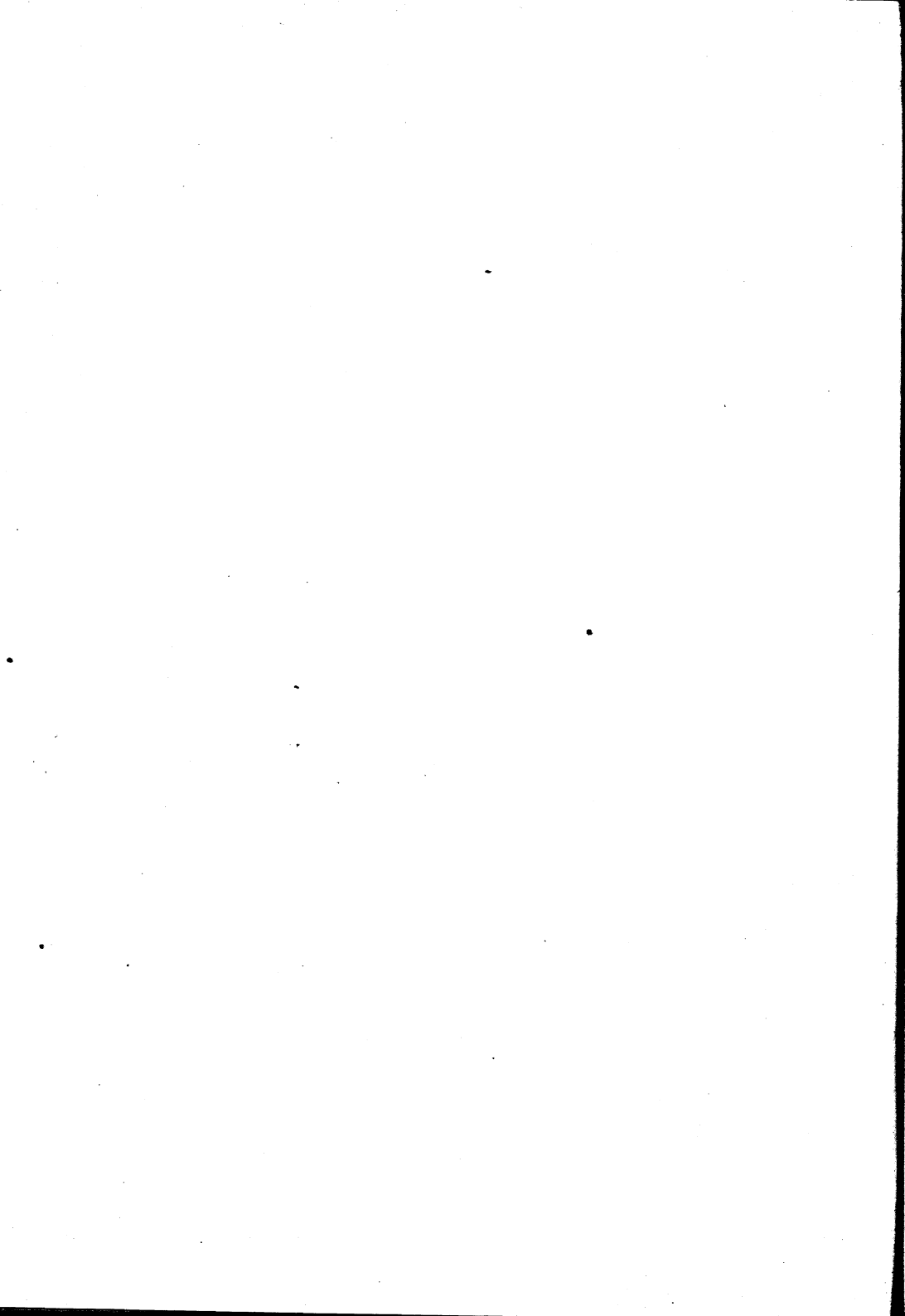
SUB-DIRECTOR Y MÉDICO DE SALA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS



A MI QUERIDA MADRE

CON AMOROSO CARÍÑO, MI PRIMER ABRAZO Y UN BESO FILIAL

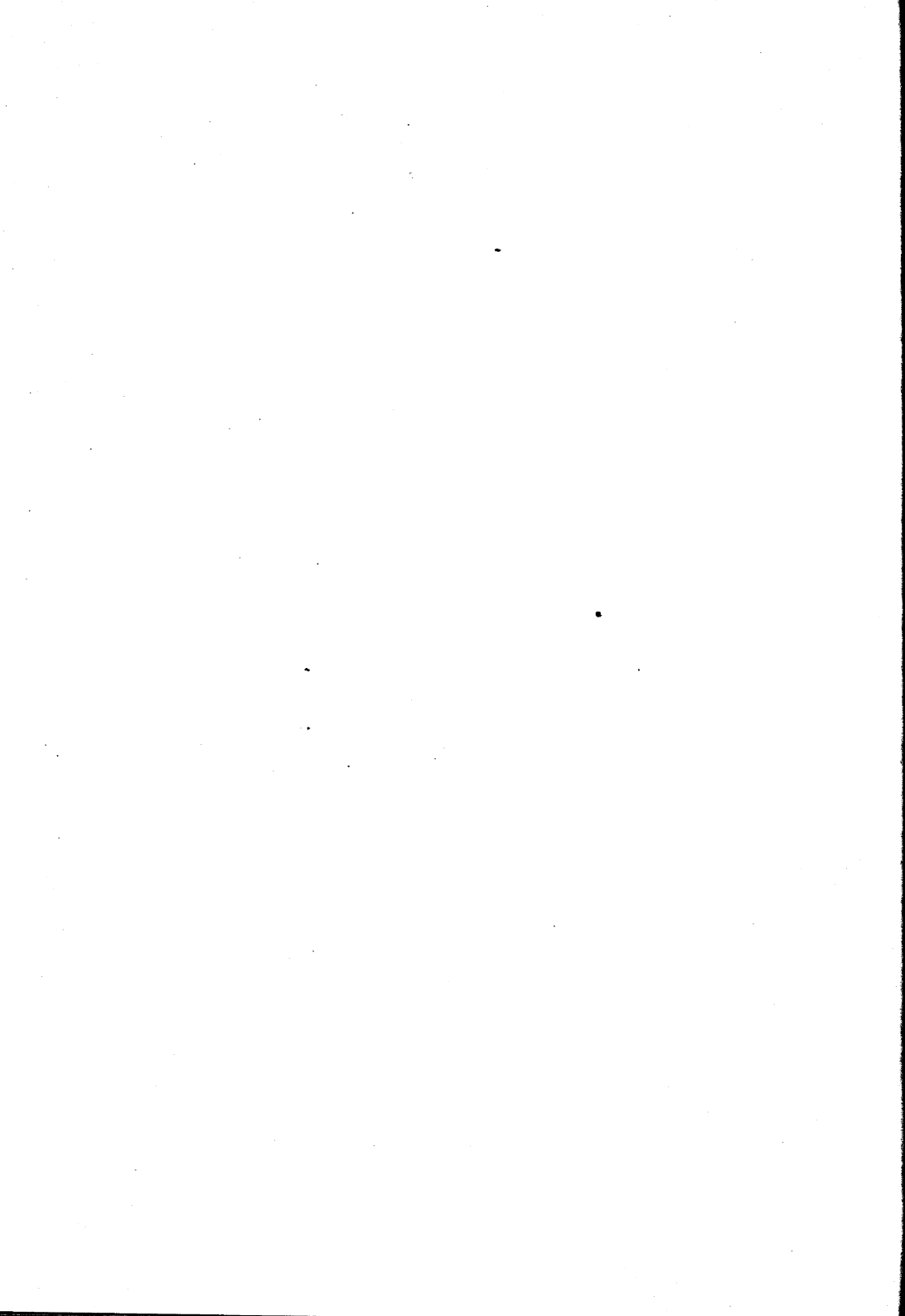
*En esta hora solemne, mi corazón recuerda
las virtudes de tu alma y el sacrificio espontá-
neo para mi porvenir.*



A MI AMADO PADRE

A TI, TODO LO DEBO

*Con respeto y puro sentimiento, sea mi
homenaje la flor más sedosa que simbolice la
sinceridad de mi corazón.*

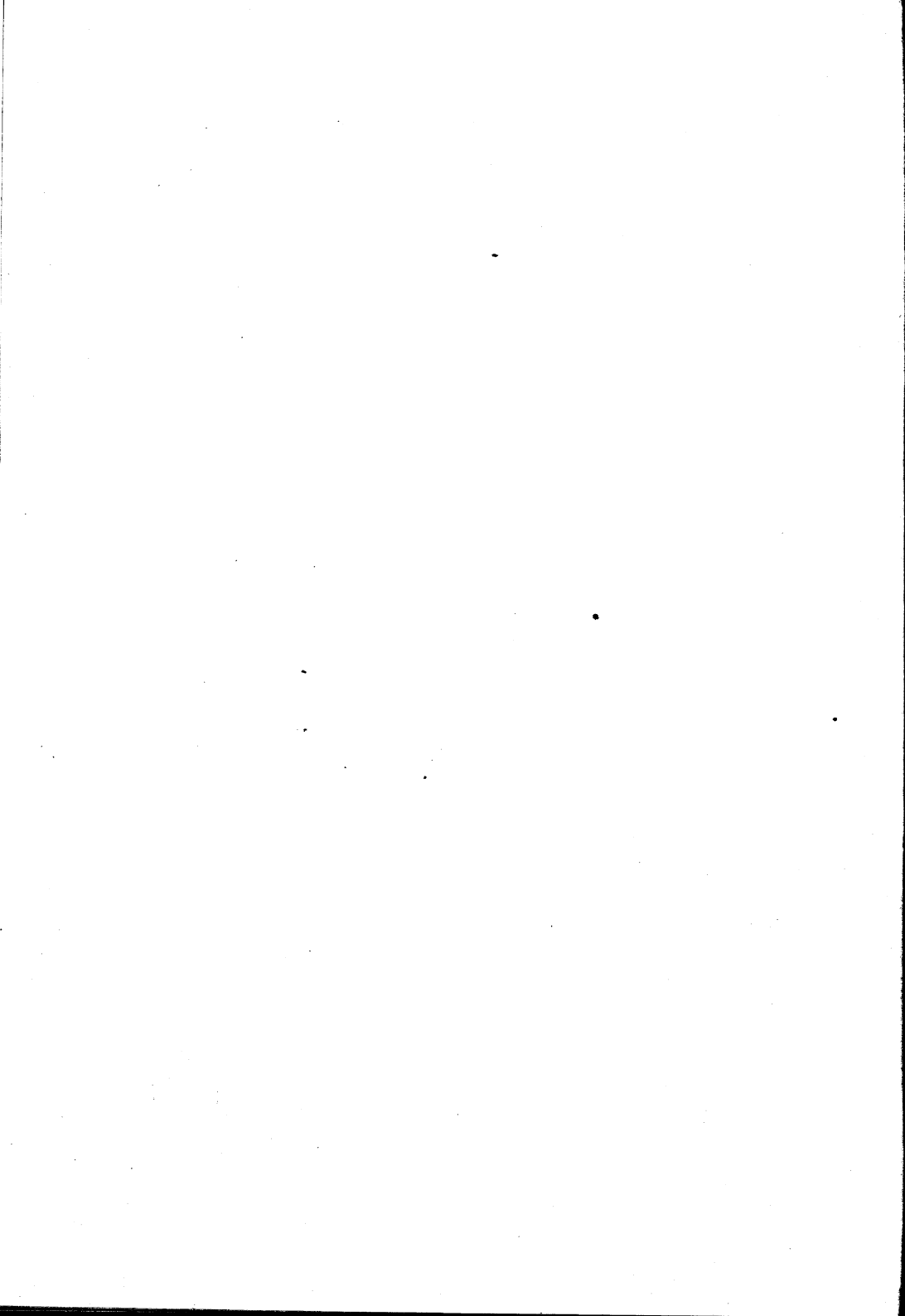


A MIS HERMANOS:

ADORIN, MANUEL Y ALFREDITO

A MI HERMANA ADELA

RECUERDOS VEHEMENTES



PREFACIO

Ningún mal hiere tan lastimosamente la vida humana, como los estados de alienación mental.

Los trastornos psíquicos desordenan la atención, nublan los afectos, atenúan o borran la memoria y ensayando todos los matices de la desgracia, llevan á la inteligencia a los desequilibrios más raros, haciéndoles extraños del mundo.

Glorificados en una época, condenados y quemados en otras, los enagenados son hoy enfermos de clínica como cualesquiera otro, merced al progreso de las ideas que ha destruido tantos errores, hijos del atraso.

En la actualidad con concepciones mejores, con rigorismo científico, el estudio de la Psiquatría es interesante : por la filosofía de la barbarie colectiva de épocas remotas, y el método experimental introducido en sus dominios para enseñar causas cuyo porvenir, trasuntado por geniales médicos, están



fructificando hoy en el laboratorio y la observación junto al hecho del paciente.

Dando pábulo a cierta tendencia de nuestro espíritu, nos interesó estudiar a estos infelices desahuciados de la felicidad.

Un dilatado internado de cerca de tres años en el Hospital Nacional de Alienadas, nos hizo ver de cerca las expresiones insospechadas, los gestos desordenados, la incoherencia, etc., que caracterizan a estos cerebros marchitos, para quienes sin embargo, nunca se seca una esperanza.

Así embebido en ese ambiente, he elegido como tema de tesis este tópico de las *locuras sistematizadas*, cuyo interés dentro de la Patología Mental, no tengo porque hacer resaltar y sí afirmar que son tantos los enfermos que sufriendo de estas psicopatías van en busca de su salud perdida, que realmente su estudio se hace más interesante.

Sin más pretensión que la de sintetizar lo que hasta la hora presente se conoce y acepta, este trabajo es el primero que se produce en la literatura médica argentina, en la parte de los delirios religioso y erótico y el tercero en cuanto se refiere a la locura sistematizada persecutoria.

No tiene los caracteres de la originalidad pero es el resultado de una labor metódica emprendida con las luces dadas por los maestros, los libros y la breve observación que hemos practicado entre innumerables alienadas.

Entrego estas modestas páginas a los respetables miembros de la comisión examinadora para su juzgamiento, pero vaya antes mi amable saludo hacia todos los profesores de nuestra engrandecida Facultad, honra de la ciencia nacional y honor de la América, porque ellos modelaron mi criterio con las más puras intenciones.

Para dos de ellos, hago un paréntesis : el uno, es mi distinguido amigo y maestro, el profesor de Medicina Legal doctor Domingo S. Cavia, espíritu de selecta ilustración, de alta moral y profundo cariño hacia las generaciones estudiantiles, a quienes pregona el bien, los altos conceptos de la profesión y las espinas del camino, con entereza, virtud y palabras de estímulo. Porque a su lado recibí consejos, mi más franco reconocimiento.

El otro, es la encarnación de la modestia : el doctor Ignacio Allende, mi maestro de Clínica Médica, quien en la cátedra enseña a sentir el dolor ajeno, a repartir caridad y consuelo al anónimo doliente, al par que deja en sus discípulos, el recuerdo de su ciencia tan sencillamente transmitida.

Réstame expresar al doctor Adolfo Valdez, mis sentimientos más puros por su proceder caballereesco como jefe en el Hospicio de mi internado y le brindo un leal saludo porque al acompañarme en este acto solemne, me honra.

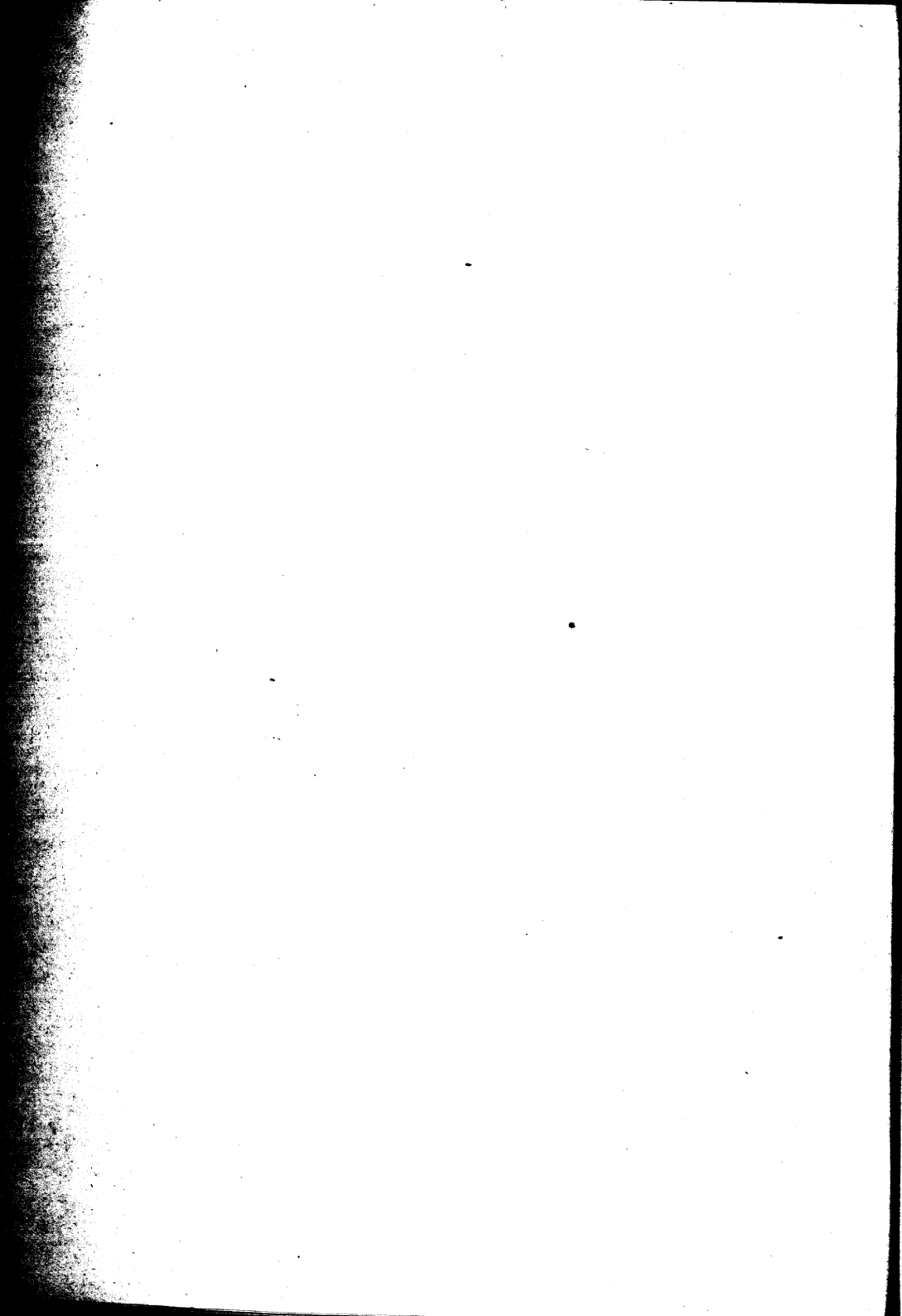
Para mis compañeros de práctica hospitalaria : que la amistad risueña de tantas horas de alegrías, siga uniéndonos eternamente.

Emilio Catalán.

PRIMERA PARTE

LOCURA SISTEMATIZADA PERSECUTORIA

(Delirio crónico de Magnan).—(Paranoia Persecutoria)



CAPITULO I

DATOS HISTÓRICOS

La historia de esta afección tiene sus orígenes en la evolución de la medicina mental.

En sus comienzos, la inteligencia humana se preocupaba más en explicar los hechos que en observarlos, dando nacimiento a ideas metafísicas ó teológicas, a fin de ocultar su ignorancia.

Ante la impotencia de solventar científicamente los numerosos problemas que la patología psiquiátrica presenta, los autores antiguos daban ingeniosas interpretaciones, amoldadas a la época, teniendo alto sitio las causas sobrenaturales como razón de los trastornos del espíritu.

Al contacto de la realidad objetiva y significando un progreso, las observaciones y las descripciones más exactas llegan a hacer desaparecer las teorías anteriores, pero de un modo gradual, subs-

tituyendo las concepciones religiosas y filosóficas de la locura, por nociones positivas, que constituyen en la hora presente las bases de la psiquiatría.

Revistar los diferentes períodos porque ha pasado el estudio de las locuras sistematizadas, es recorrer el camino de la ciencia mental, ya que tan ligadas están entre sí.

Lo haremos suscintamente.

Entre los *antiguos egipcios*, dominaba la idea de que los alienados eran poseídos por los espíritus y los llevaban a los templos destinados al culto de sus dioses para ser purificados.

Los *hebreos*, explican la locura por la acción divina : clásica es la leyenda según la cual el rey de Babilonia, Nabucodonosor fué transformado en animal como castigo a sus faltas, habiendo sufrido de un acceso de *licantropía*.

Entre los *griegos*, reinaron por largo tiempo las mismas ideas.

Las leyendas de los poetas así lo acreditan : se dice que las hijas de Petrus, rey de Argos, habían insultado al dios Juno, el que como castigo, les mandó una terrible enfermedad : sus cuerpos se llenaron de lepra y se creyeron transformados en vacas imitando hasta los mugidos de estos animales.

Relacionadas con la etiología de estas enfermedades, muchos rol desempeñaban las furias, las eu-

ménides y los sacerdotes del templo de Esculapio.

Entre los *romanos*, hasta siglo III antes de nuestra era, la práctica médica se reduce a un grosero empirismo paralelamente a las supersticiones religiosas.

Las epidemias de peste que devastaron a Roma bajo los reyes y la república, fueron consideradas como maldiciones del cielo, enviadas por Dios. Los decenviros consultaban los libros sibilinos; los ediles instituyeron las ceremonias purificadoras; los sacerdotes y los augures multiplicaban las súplicas públicas; en tal atraso llegaron a considerar a los eplépticos como protegidos por el cielo llamándoles el *morbus sacer*.

Hacia el comienzo de la era *cristiana*, en tiempo de los primeros emperadores, la creencia del origen sobrenatural de las afecciones mentales, empezó a perder su prestigio y voga, al menos entre las clases intelectuales.

Se sabe el rol que desempeñaban entonces las torturas, los exorcismos y la hoguera en la terapéutica de las alucinaciones y los delirios. Médicos como Boquet, Fernel, Bodin, etc., explicaban la *demoniomania*, como producto de una lucha tenaz entre el poder infernal y el espíritu del bien.

En los tiempos de Hipócrates, poco digno de mención encontramos. Areteo de Capadocia encarnó entonces la luz más clara en la materia : contrariamente a las ideas del momento proclamó al cerebro como asiento de las pasiones y los trastornos mentales ; dejó así expedita una nueva vía, más científica, cual era la de la interpretación fisiológica de los fenómenos. El detalle, la precisión y la clínica, campean en sus escritos con una evidencia laudable.

Después de Areteo, se debe recordar á Coelius Aurelianus (180 años después de J. C.), el que si bien es cierto añadió poco a la nosografía, tiene el alto mérito de haber sido el primero en destruir la teoría humoral y sostener que la locura depende de causas psíquicas y somáticas. Es un precursor del tratamiento de los alienados, sustituyendo los medios violentos de represión hasta ese entonces practicados, por los procedimientos suaves de la reclusión.

Desde el siglo III hasta el siglo XVI, la literatura médica no registra en sus anales ninguna obra notable de patología mental.

La medicina de los *árabes*, que tiene su época gloriosa en los siglos VIII y IX, tampoco contribuyó con nuevas concepciones.

Llegamos al *medievo*, y el obscurantismo político invade también las ciencias ; en este período de

transición, la psiquiatría estuvo estacionaria. Dominaba el despotismo teológico con toda la magnitud de las hogueras y hay que hacer un paréntesis para esperar en la *edad moderna*, nuevas fuerzas destellantes, que sacudiendo tanto letargo haría del progreso un signo.

El profesor Félix Plater (1536-1614) de la Universidad de Bâle, se consagra al estudio de la psiquiatría. En sus obras se halla, como dice Gilbert Ballet, mejor que un ensayo, insuficiente de descripción didáctica, observaciones claras de los hechos. Estudia la *corea*, *el delirio de los perseguidos perseguidores*, *la melancolía*, *la frenitis*, *la locura impulsiva*, etc.

Casi contemporáneamente aparece Pablo Zacchias (1584-1659), proto-médico del Papa y de los Estados Romanos, el que se levantó con energía contra la *demoniología* y deja en su *Quoestiones medico-legales*, los cimientos de la medicina legal de los alienados.

Sydenham (1624-1689), señala los accesos maníacos sobrevenidos después de las fiebres intermitentes.

Willis (1622-1675), contribuye con nuevos estudios al esclarecimiento de la manía, melancolía, etcétera. Otros culturos de la psiquiatría, Sauvages, Boherhaave y Cullen, continúan la obra emprendida,

pero hay que llegar a un genio, Morgagni (1682-1771) para registrar un gran progreso.

Morgagni, anatomista, estudia el cerebro y da nuevas orientaciones, derribando las teorías metafísicas y sienta el principio de que la locura reconoce como causa una lesión o un trastorno primitivo del cerebro.

La locura sistematizada empieza a estudiarse con Laségue entre los franceses ; este autor hace la descripción del estado mental de los perseguidos en el año 1852, descripción aplicable a los periodos de incubación y estudio del delirio de persecución estudiados en varias enfermedades como la melancolía, el alcoholismo y los delirios a evolución sistematizada, etc. La evidencia de la evolución progresiva y por periodos sucesivos como hoy se acepta, no la encontramos en la obra de Laségue : a ello se llegó más tarde.

Morel estudia en sus *Etudes Cliniques* (1852) y en *Traité des maladies mentales* (1860), la transformación del delirio hipocondriaco en delirio de persecución y éste en delirio megalómano.

A. Foville, analiza el delirio de grandezas en varias enfermedades mentales, y con respecto a los perseguidos, admite que las ideas de grandezas se desarrollan según un mecanismo lógico : estos pacientes llegan a considerarse super-hombres y enal-

tecidos por la circunstancia de que se les ha perseguido con tanta distinción.

Falret (padre), aborda la cuestión con amplitud y divide la alienación parcial en tres períodos, sea cual fuere la forma delirante; estos estudios fueron aceptados por los franceses, alemanes e italianos.

Garnier, describiendo las ideas de grandezas en el delirio de persecución, divide la enfermedad en los tres períodos de Falret (padre) y cuando hace presente que las ideas megalómanas aparecen sin que se borren las ideas persecutorias de las cuales emanan, sostiene la opinión de Foville.

Los estudios de Falret (padre) algo parciales, fueron luego mejor metodizados por su hijo, el que modificó ligeramente las ideas anteriores y considera cuatro períodos que son: 1º De interpretación delirante, caracterizado por una extrema desconfianza y vagas ideas de persecución. 2º Período de estadio en el que aparecen alucinaciones auditivas, que refuerzan las ideas delirantes persecutorias. 3º Período caracterizado por los trastornos de la sensibilidad general. 4º Período que empieza con la aparición de las ideas de grandezas. Este período se prolonga indefinidamente y el enfermo conserva hasta su fin una gran energía intelectual y no cae en la demencia.

En general, las ideas de Falret han sido adoptadas por los alienistas de las naciones civilizadas, constituyendo el tipo por excelencia, del delirio sistematizado primitivo a marcha crónica. Dagonet, Ball, etc., le consagran descripciones particulares y distinguen varias formas : delirio de persecución, delirio megalómano, delirio místico, delirio erótico, etcétera.

Magnan en sus *Leçons sur les maladies mentales*, se separa de las ideas sustentadas por los autores precedentes y se aproxima hasta cierto punto a la concepción alemana de la paranoia.

Así distingue dos grupos de delirios parciales : 1º, el más importante, comprende los delirios primitivos y crónicos, le llama *delirio crónico a evolución sistemática*; 2º, comprende todos los delirios sistematizados agudos, inclusive los delirios degenerativos. Entre estos dos grupos, Magnan establece una oposición absoluta : « delirio crónico y degeneración se oponen el uno al otro totalmente. Quien dice delirio crónico, excluye por este solo hecho la degeneración ».

El delirio crónico presenta cuatro períodos bien definidos que se suceden en un orden invariable y son : 1º período, de incubación, llamado también de inquietud, caracterizado por una vaga ansiedad, tristeza, interpretaciones falsas, desconfianzas, etc.; 2º

período, persecutorio, caracterizado por la aparición de alucinaciones auditivas. Después de algún tiempo se nota en los enfermos que al través de sus ideas de persecución se traslucen ideas de satisfacción; 3º período de grandezas que atenúa o borra gradualmente las ideas de persecución; 4º período, caracterizado por la desaparición de las ideas delirantes y la demencia.

Los trabajos de Magnan sobre los delirios sistematizados primitivos, dieron lugar en Francia a numerosas y acaloradas controversias. Las extensas discusiones que se produjeron en 1887 y 1888 en la *Société médico-psychologique*, mostraron que el desacuerdo era grande. Al lado de Maradon, Saury, Legrain, Garnier, Briand, etc., que están de lado de Magnan, otros como Cotard, Bouchereau y Camucet hicieron sus restricciones y objeciones más o menos fundamentales.

El profesor Ball, refuta la teoría del «delirio crónico» y sostiene la opinión de Falret. Algunos discípulos de Magnan tales como Legrain y Dericq llegan a admitir casos de transición entre los «delirios de los degenerados» y del delirio crónico.

Séglas relaciona los hechos probando que los signos no dudoso de degeneración pueden encontrarse en los delirantes crónicos los más auténticos; este autor concluye legítimamente, de acuerdo con

las ideas de Falret, que no existe entre las dos categorías de enfermos el contraste que Magnan pregonaba.

Régis, reúne por una concepción análoga a la de Magnan, los diferentes delirios parciales crónicos en una sola entidad mórbida: la *locura parcial* o *esencial*, comprendiendo todas las variedades que existen de formas delirantes, separando además estos delirios de los que se desarrollan en los degenerados.

Pasando a los autores alemanes y de éstos a los italianos, la concepción de las locuras sistematizadas se desarrollan, se completa pero al mismo tiempo se complica porque la terminología que emplean es diferente.

Snell describió en 1865 con el nombre de *Primare Wahnsinn*, una forma de delirio sistematizado primitivo, caracterizado por las ideas de persecución y de grandezas, acompañados de alucinaciones. Tres años más tarde, Sander, establece otra forma de delirio sistematizado primitivo que llamó *Verwundtheit originare*. Esta forma es común en la infancia y sólo se halla en sujetos anormales, desequilibrados, y se acompañan de perversiones sexuales.

Westphal en 1878 admite las dos formas antedichas, la una y la otra crónicas, y añade una forma aguda. Krafft-Ebing, al año después adopta el térmi-

no genérico de *Paranoia* para designar los delirios sistematizados en general. Reconoce las formas crónicas primitivas y secundarias. La *paranoia primitiva* es *originaria* cuando aparece en la infancia ; es *tardía* cuando aparece en el curso del completo desenvolvimiento psíquico. La *paranoia secundaria*, mucho menos importante que la primitiva, sería una de las terminaciones de la hipocondría, de la manía y sobre todo de la melancolía.

Kraepelin (1883) acepta las miras de Krafft-Ebing pero describe los delirios sistematizados como Sander y Westphal, bajo la denominación de *Verrucktheit* ; admitió una forma primaria y otra secundaria crónicas y rechaza la forma aguda.

Mendel (1883) restringe el término de *paranoia* como marco común a los delirios sistematizados. Este autor divide la *paranoia primitiva* en dos formas : aguda y crónica ; cada una de estas formas comprende dos variedades, *simple* y *alucinatoria*. Describe una *paranoia secundaria*, de menor interés que la anterior.

Schüle en 1886 empieza a usar el término *Wahnsinn*, ya empleado por Snell. Este alienista lo aplica a los delirios sistematizados agudos, crónicos y estúpidos. En cuanto a la forma originaria de Sander, conserva el nombre que éste le había dado : *originare Verrucktheit*.

Como se ve la confusión en Alemania ha ido creciendo no sólo por las descripciones clínicas sino también por la terminología nueva. Sander, Mendel, Kroepelin, Westphal, colocan el delirio sistematizado originario de Sander entre las *psicosis degenerativas*, desarrolladas en un fondo mental hereditariamente defectuoso.

Para Krafft-Ebing, por el contrario, todas las formas de paranoia que admite, son degenerativas.

Schüle adopta un temperamento intermediario : sitúa en la psicosis degenerativas la *Verrucktheit originaria* de Sander, pero no coloca las otras formas de delirio sistematizado y los reúne con el nombre de *Wahnsinn*, ni en las psico-neurosis puras ni en las degeneraciones. Las coloca en las *cerebro-psicosis*.

Entre los autores italianos, reina la misma divergencia.

Buccola, Morselli, Tanzi y Riva que son de la misma opinión de Krafft-Ebing, consideran a las distintas variedades de la paranoia, como de naturaleza degenerativa. Tonnini y Amadei admiten dos formas de paranoia : la forma degenerativa y la forma psico-neurótica, esta última sería curable. Raggi separa la paranoia de la psicosis de los degenerados.

Hay autores alemanes e italianos que consideran como forma de la paranoia a ciertas ideas fijas como las obsesiones, impulsiones, etc. Westphal en 1878 y Arndt en 1883 designaron a estos estados psicopáticos con la denominación de *paranoia abortiva* o *paranoia rudimentaria*.

Se adhieren a esta manera de ver, Tamburini, Morselli, Salgo, Riva, etc. Un autor portugués Mattos, coloca la paranoia entre las degeneraciones y considera las obsesiones como formas abortivas de la paranoia.

CAPITULO II

CLASIFICACION

Para comprender mejor la diferente nomenclatura de las locuras sistematizadas, transcribimos la tabla general de éstas, donde van señaladas la terminología usada por los autores alemanes y su equivalente en los tratados franceses.

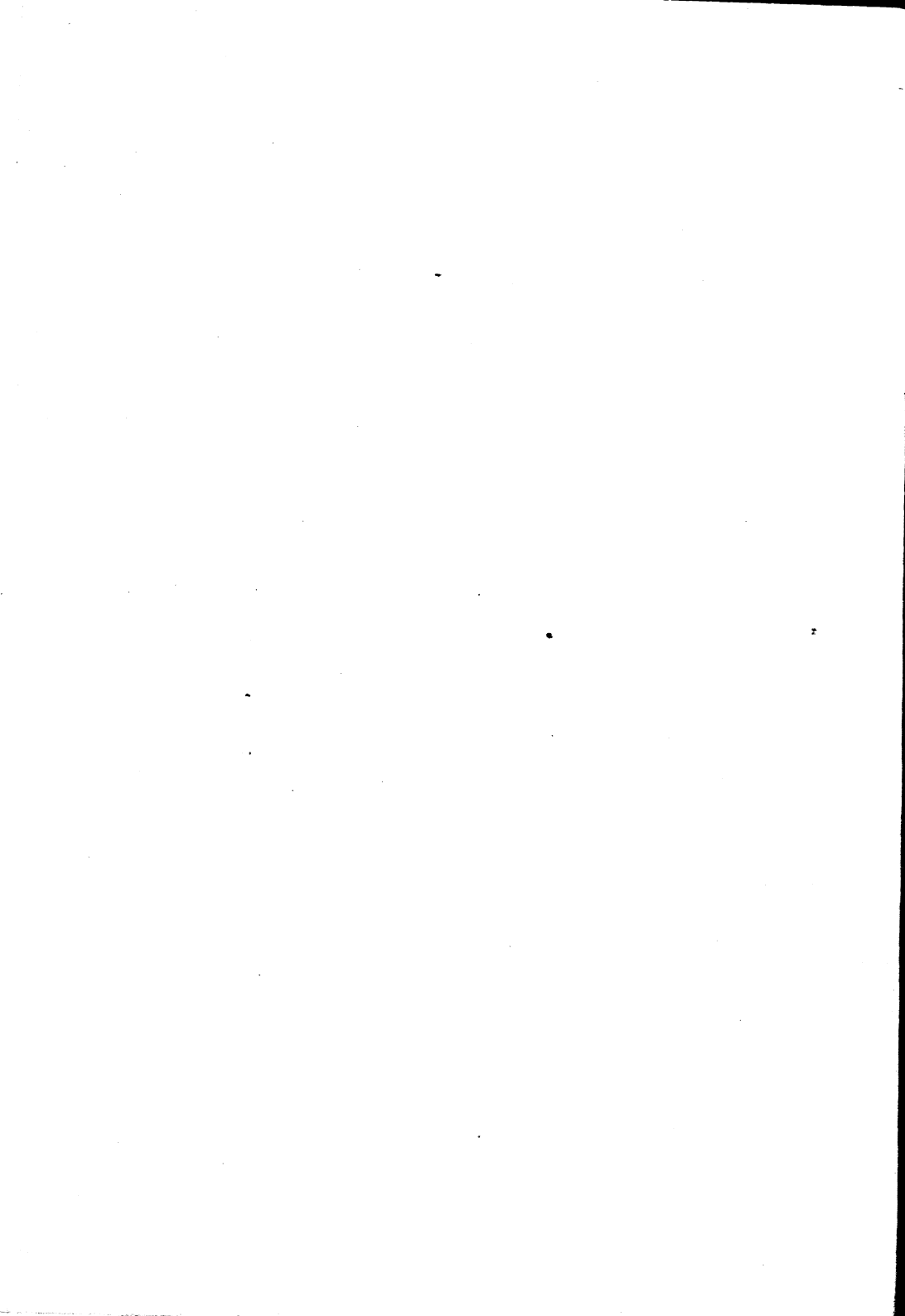
<i>Wahsinn.</i> —(Snell, Schüle). <i>Verrücktheit.</i> —(Sander, Westphal, <i>Paranoia.</i> —(Krafft-Ebing, Mendel, Morselli, Tamburini, etc.).	Original, (Originaria, Verrücktheit, de Sander, Westphal, Schüle)	Forma típica	Megalomanía (Dagonet y Ball). Delirio sistematizado de los degenerados débiles (Magnan).
Crónica...	Depresiva con de- lirio de persecu- ción.....	Delirio que- lurant....	Delirio de persecución & evolución sistemática (tipo Laségue - Falret). Delirio crónico (Magnan).
Paranoia primitiva. Wahsinn Verrück- theit	Tardía o adquirida	Inventores.. Religiosos.. Eróticos....	Perseguidos -perseguidores razonantes (tipo Fal- ret).
	Expansivo con de- lirio de grandeza		Megalomanía..... Delirio sistem. religioso. Locura erótica (Ball)....
Aguda...	Simple..... Alucinatorio (con confusión mental).....		Delirios sistematiza- dos de los degenera- dos (Magnan).
			Delirio sistem. agudo... Ciertos casos de confu- sión mental alucinato- ria.....
Paranoia secundaria.	Melancolía..... Manía..... Paranoia aguda		Delirio d' <i>emblée</i> de los degenerados (Mag- nan)
			Delirio sistematizado post-melancólicos. Delirio sistematizado post-maniacos. Manía crónica, demencia.
Paranoia abortiva o rudimentaria. (Westphal, Arndt, Morselli y Tambu- rini).....	Ideas fijas..... Estados obsesivos.....		Delirio sistematizado post-melancólicos. Delirio sistematizado post-maniacos. Manía crónica, demencia. Locura de duda con delirio, agorafobia, obsesio- nes, impulsiones diversas.
			Síndromes episódicos de la degeneración (Mag- nan).

Hemos combinado, dice Gilbert Ballet, refiriéndose al cuadro anterior, las principales clasificaciones alemanas de los delirios sistematizados con las equivalentes en Francia, de manera de simplificar lo más que sea posible esta cuestión que nos parece haber sido complicada a placer.

Ahora bien, dejando de lado las innumerables controversias teóricas, por cierto algunas fundadas por la corroboración clínica, G. Ballet admite dos grupos de delirio sistematizados, establecidos según su evolución, á saber: los *delirios sistematizados agudos* y los *delirios sistematizados crónicos*.

En cada uno de estos grupos, el delirio, la naturaleza de las ideas delirantes pueden ser de varias formas: delirio de persecución, religioso, megalómano, hipocondríaco, erótico, etc.

Se distinguen ambos grupos, no solamente por su modo de evolucionar y su marcha, sino—y esta diferencia tiene un interés práctico considerable—por su terminación. Así, mientras que los delirios crónicos son permanentes, absolutamente incurables, los delirios agudos por el contrario, son transitorios, y casi siempre curables.



CAPITULO III

CONCEPTOS GENERALES

Los delirios parciales o sistematizados de los autores franceses que corresponden al término *paranoia* de los alemanes e italianos, engloban a los estados psicopáticos funcionales, caracterizados por ideas delirantes permanentes, fijas, metódicamente ligadas entre ellas, y que se desarrollan en un sentido determinado y siguiendo una evolución lógica.

Estos estados independientes de toda lesión orgánica apreciable hasta hoy, parece que tampoco depende de ninguna causa emotiva.

Evidente es que están en relación con trastornos profundos desconocidos aún, de la sensibilidad general, pero se manifiestan por una desviación de las funciones intelectuales, desviación que por sí sola no trae aparejada un verdadero debilitamiento de

la inteligencia y que deja intactos, en apariencia al menos, el juicio y el raciocinio.

Se presenta el delirio, de cualquier naturaleza que sea, como un sistema limitado a una serie de ideas particulares; la inteligencia y las funciones intelectuales en conjunto, parecen normales. Este último carácter es lo que lo diferencia del delirio generalizado (manía, melancolía) en los que están perturbadas por entero todas las funciones mentales.

El carácter del trastorno parcial debe referirse, puramente a la extensión del delirio y no a la extensión del trastorno intelectual, pues el delirio no se manifiesta sino en cierto y determinado orden de ideas, mientras que la inteligencia está falseada en su conjunto puesto que es incapaz de apreciar exactamente las ideas que son evidentemente erróneas.

El criterio está abolido a tal extremo, que los elementos falsos, (por poco que sean los que entran en el sistema mórbido), no son distinguidos de las ideas sanas.

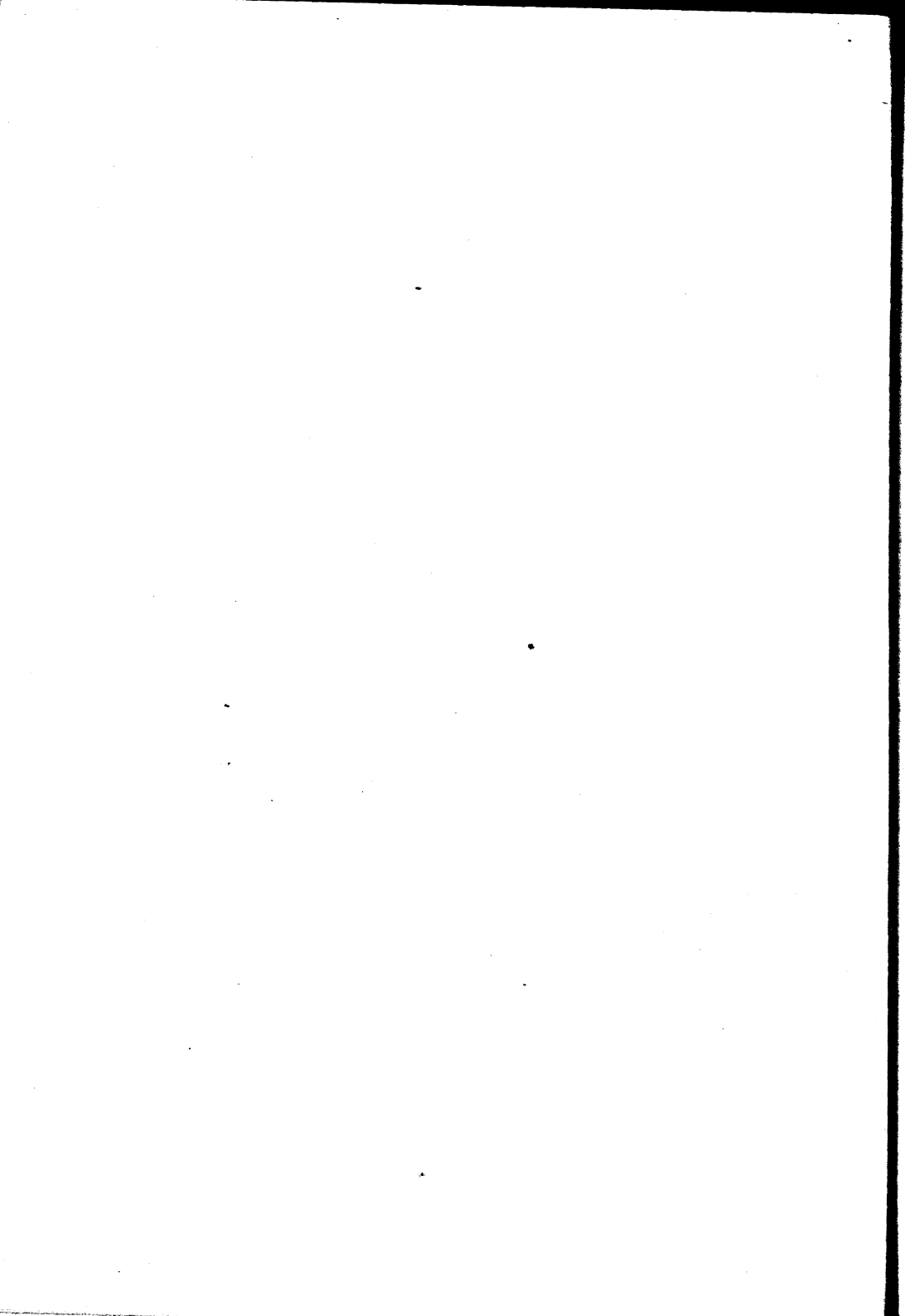
A este respecto Schüle dice «las percepciones reales y las concepciones falsas se combinan en la conciencia, para lo cual tienen un idéntico valor».

De esto se infiere que la inteligencia está lesionada en su función esencial y general.

Teniendo por base premisas falsas, añade Krafft-Ebing, edifican un palacio de ilusiones cuyos ci-

mientos y pilares de sostén no son sino ficciones a pesar de lo correcto de su arquitectura.

Cuando los delirios sistematizados son la primera manifestación de la desviación intelectual que les da origen, se llaman *delirios primitivos* y cuando aparecen consecutivos a otros estados mórbidos, se llaman *delirios secundarios* (post-maniacos, post-melancólicos).



CAPITULO IV

CONDICIONES ETIOLÓGICAS

Nos falta aún nociones precisas sobre la etiología particular del delirio de persecución sistematizado, porque las estadísticas comprenden no sólo las formas típicas, sino los casos más o menos numerosos de delirios persecutorios de otras naturalezas.

De aquí resulta que la frecuencia de este delirio varia mucho según los autores. Legrand du Saulle da un porcentaje de un 16.66 % de perseguidos ; Laségue 14.28 % ; A. Foville llega a 19.49 %. Otras estadísticas son menos elevadas : Ritti y Christian 10.30 % y Planés 8.16 %.

No obstante tales diferencias, la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar que este delirio es más frecuente entre las mujeres ; y en cuanto a la época de la vida en que es más común, parece

ser en la comprendida entre los 30 y 50 años, siendo mayor el número de atacados entre los célibes y viudos que entre los casados.

Es claro que en esta psicosis, como en todas las demás, un gran factor lo forma la herencia psico o neuropática, condición predisponente de alto valor para autores como Krafft-Ebing, Falret y con ellos la mayoría de los tratadistas alemanes e italianos, mientras que para Magnan, estos delirantes crónicos, tienen una tara poco cargada.

También se han invocado a las influencias físicas y morales como causas determinantes u ocasionales. En cuanto a las causas de orden moral es tradicional explicar las locuras por los reveses de la suerte, los amores contrariados, la pérdida de algún pleito, celos, etc., etc.

Pero con criterio científico tales influencias pierden su valor puesto que, en la mayoría de los casos, aquellos hechos no hacen más que marcar el comienzo de la enfermedad, ignorada hasta entonces.

Colócanse entre las causas físicas, las malformaciones genitales, que traen consigo grandes preocupaciones y ciertas veces, privaciones del coito, onanismo, pérdidas seminales en otros.

Entre las mujeres, los trastornos catameniales y la menopausa tienen su importancia y parecen jugar un rol como causa de esta psicosis.

CAPITULO V

DESCRIPCIÓN

Antecedentes personales — Común es observar entre los sistematizados progresivos, ciertos hechos que le revisten de un tinte especial. Nuestros futuros enfermos, son, cuando niños reservados, irritables, de una susceptibilidad extrema, desconfían de sus compañeros de quienes se separan de las diversiones propias de la edad.

Orgullosos y recatados, solitarios y tristonos, van perfilándose para un futuro desgraciado.

Precario sería afirmar, como se comprende, que estas modalidades son habituales en todos, existen numerosas excepciones. Conviene a este respecto hacer constar que los perseguidos razonadores son desequilibrados desde la infancia mientras que los sistematizados progresivos no tienen verdadero desequilibrio de sus facultades.

Aparece la enfermedad para instalarse por completo, en la edad adulta y su comienzo se manifestaría según Laségue por un ictus cerebral.

Los alienistas en su mayoría aceptan en la locura sistematizada persecutoria tres períodos, que se suceden siguiendo un orden más o menos regular en la mayoría de las veces.

Primer periodo — (Prodrómico o de inquietud).

Teniendo en cuenta las anteriores tendencias del enfermo, se hace difícil fijar el comienzo de la afección.

Al principio no se encuentra sino una exageración del carácter normal, que pasa desapercibido la más de las veces, dado que estos enfermos son día a día más desconfiados, menos expansivos y sumamente reservados.

Desde luego estas perturbaciones, que corresponden al comienzo de la enfermedad, no se presentan al paciente bajo la forma de ideas precisas. Para Laségue, el alienado se halla en un estado de malestar intelectual no localizado, trayendo consigo fiebres y chuchos.

Las sensaciones se pervierten, el apetito disminuye y el sueño es intranquilo. Su imaginación se encuentra frente a ideas nuevas, con las que lucha : las rechaza en un principio, hasta que al final

se posesiona de ellas y después de un tiempo más o menos largo de delirio interior, comienza a exteriorizarse, quejándose del malquerer que halla en todas partes, de las miserias, calumnias e infamias que se ve obligado a soportar y de los ingentes perjuicios que los mismos le producen.

Los más sencillos hechos de la vida ordinaria tienen para estos infelices, un significado especial : los reveces más naturales y más fáciles de explicar, les parecen debidos a influencias hostiles (*Paralogía de los delirantes crónicos*).

Viven convencidos hasta la persuasión de que se les amenaza y vigila interpretando en el mismo sentido las palabras y las acciones de las personas que le rodean ; les parece que todo el mundo se ha confabulado para hacerle mal, para mansillar su honra o quitarle la felicidad ; que los transeuntes le miran de mal modo y sus gestos son señales de insultos.

A la simple interpretación del principio, se ha añadido un nuevo elemento, la *ilusión*, que indica a su vez una objetivación más marcada del delirio, lo que quiere decir que ha avanzado un grado más en su trastorno mental.

Aparece desde este primer período el carácter típico que domina y distingue la psicología de estos enfermos : es la enorme exaltación de su persona-

lidad, ese irresistible prurito de relacionarlo todo a su persona, a considerar demostrado hasta la evidencia que todas las personas entre las cuales se encuentra, se ocupan sin cesar de su persona (*Autofilia de los perseguidos de Ball*).

Estos enfermos alimentan sus ideas delirantes no sólo con los hechos recientes, sino que se remontan a su pasado para justificar las ideas presentes, dándoles importante lugar a los hechos más insignificantes. Todo lo que para ellos fué antes confuso, circunstancia que antes no les despertó interés, se aclaran ahora, adquieren alta significación; se debe ésto, que los autores alemanes llaman el *delirio recurrente* o *delirio metabólico*, al examen retrospectivo, que para sí mismo hacen los enfermos.

Laségue hace notar otro punto y es que éstos alienados no tienen en cuenta los hechos que estén en contraposición con sus ideas delirantes, ni se ocupan de controlarlas, siendo tales factores, sin duda a que la idea de persecución toma cada vez más fijeza y llegue hasta absorber por entero la vida psíquica del individuo.

Las influencias exteriores, por otro lado, son impotentes para modificar estas ideas fijas que se sostienen por sí solas.

Estos sujetos disimulan sus pensamientos y sus más hondas preocupaciones: sus peroraciones están

plagadas de ambigüedades y profieren algunos vocablos que sólo ellos los entienden.

Sometidos al interrogatorio o se acorazan en un perfecto mutismo o sus respuestas son las frases tan características que hemos oído en las salas de los manicomios, como éstas : « *Usted lo sabe todo* »... « *Todo el mundo está al corriente de lo que me sucede* »... « *Si vosotros pretendéis ignorar lo que me pasa, lo hacéis para burlaros de mí* », etc.

Algunas veces estas respuestas pueden encaminar hacia el diagnóstico.

En este mismo período que los pacientes empiezan a defenderse y según su carácter y tendencias personales, reaccionan activa o pasivamente.

Los sujetos *activos*, son violentos : se indignan y buscan a menudo defenderse ante todo de sus enemigos imaginarios y es claro que entonces pueden cometer actos delictuosos contra los que le rodean ; mientras que los *pasivos* por el contrario, se dirigen a las autoridades a solicitar su protección y es esta la forma más común, cómo estos enfermos pretenden hacer encarcelar o castigar a sus perseguidores y con tal fin suelen hasta escaparse de los hospicios.

Ciertos sujetos, con el objeto de despistar a sus imaginarios enemigos, suelen encerrarse por semanas y aún meses en sus casas, no salen por temores ;

otros hacen largos viajes, van a regiones lejanas, atraviesan mares y continentes. A estos últimos Foville les llama los *alienados migradores*. No obstante tales medidas, sólo calman a estos perseguidos por corto tiempo. Indican la finalización de este período cuando aparecen las alucinaciones y por lo tanto el comienzo del segundo período.

Segundo período (Alucinatorio, de estado, o de explicación delirante).

En este período aparecen las alucinaciones, siendo las del oído, las más frecuentes; más tarde, en un período más avanzado, aparecen las alucinaciones de la sensibilidad general y genital, las del gusto y el olfato.

No obstante lo que afirman algunos autores, existen también alucinaciones visuales, independientemente de las que son imputables a complicaciones como el alcoholismo, neurosis diversas, etc.

Hemos tenido ocasión de observar en varias sistematizadas que no eran alcoholistas, que tenían sus alucinaciones visuales, como en el caso de la alienada Esperanza D. de F. cuya historia clínica, figura al final de este trabajo.

Ahora que la rareza de estas últimas sea más o menos común, el hecho es que su interés no es mayor, ya que para nada influyen sobre el porvenir de la enfermedad.

Las alucinaciones auditivas se desarrollan de un modo lento y progresivo ; simples y rudimentarias en su comienzo, se hacen aparentes sólo por sonidos imprecisos, ruidos, zumbidos, etc., que molestan al pobre enfermo : son las *alucinaciones elementales de Ball*.

Pero algún tiempo después, variable, los sujetos sienten palabras, frases cortas, casi siempre en relación con el delirio ; estas voces son mortificantes o injuriosas : oyen por ejemplo : « mátenle », « ladrón », « indigno », « criminal », « sin vergüenza », etc.

El silencio más perfecto no es suficiente para que los enfermos dejen de oír tales voces.

Bien pues—y ésto es interesante por cuanto reviste importancia médico-legal—cuando el enfermo oye estas voces en la calle, puede atribuir las a cualesquier transeunte y dado que las tales frases son amenazadoras en la mayoría de las veces, estos perseguidos al creerse ofendidos, pueden cometer delitos defendiéndose de tales enemigos. Felizmente no ven a nadie y se forjan la idea de que el malvado se ha escondido.

La alucinación a medida que se desenvuelve, se complica : las frases cortas se transforman en extensas peroraciones, relacionadas con el pensamiento del enfermo, con sus sensaciones u ocupaciones.

Esas voces le anuncian con antelación lo que hace : si se duerme, si come, si lee, etc., etc. ; ésta es como se entenderá una gran causa de excitación permanente, puesto que lo que piensa es conocido y repetido por personas extrañas. Si la alucinación es imperativa, el sujeto es impulsado al suicidio o bien al asesinato.

Tal es el tormento que sufren estos individuos oyendo semejantes amenazas, que para librarse de su influencia obturan sus oídos con trapos, algodones, papeles hechos bolitas, como hemos observado repetidas veces en numerosos perseguidos.

Tan común es ésto último que se ha hecho clásico en los libros de psiquiatría, decir que ver a un alienado que tenga los oídos tapados, se puede afirmar que sufre de alucinaciones auditivas, exceptuando, es claro sí el sujeto padeciera de otorrea u otra afección que requiera taponaje.

En cuanto al tono de las voces que oyen es variable : unos las sienten de muy cerca y son agudas, otros las sienten apagadas, son graves y vienen de puntos más distantes.

No siempre las voces son de una sola persona : hemos visto algunos de estos enfermos que decían sentir conversaciones entre varias personas, con quienes el paciente puede o no participar.

El caso referido por Baillarger es digno de re-

petirlo en este lugar : dice el eminente sabio francés que un sistematizado le decía que conversaba con cuatro, ocho y hasta quince individuos a la vez, y que reconocía sin dificultad sus diferentes voces. Lo curioso es que dividía en dos grupos a sus interlocutores : un primer grupo lo constituían hombres con instrucción, honrados y dignos, de quienes escuchaba consejos sanos y los atendía con sumo placer ; el segundo grupo, por el contrario, estaba compuesto de personas toscas, de mala moral, que usaban palabras obscenas e injuriosas y a quienes odiaba.

Cuando las alucinaciones del oído alcanzan este grado de desarrollo, están en íntima relación con un trastorno profundo de la personalidad del paciente, trastorno que puede adquirir mayores caracteres aún y producir un verdadero desdoblamiento de la personalidad ; es decir, dado que el sujeto oye voces diversas, las unas consolándole, las otras insultándole, lo que constituye una contradicción alucinatoria, una lucha entre el bien y el mal, resulta que en lugar de oír estas voces por igual en ambos oídos—caso el más común por cierto—sólo oye los insultos y amenazas por un oído y los elogios y buenas palabras por el oído opuesto, de tal manera que en un mismo sujeto encontramos el aparato auditivo como si perteneciera a dos individuos.

Avanzando más allá, aparecen las llamadas *alucinaciones psíquicas*, cuyo punto de partida radican en las alucinaciones verbales, parecen como voces interiores, silenciosas, que los enfermos las localizan en diversas vísceras : el corazón, la vejiga, la cabeza, los intestinos, etc., etc.

Después de los estudios de Séglas, quien ha demostrado que estas alucinaciones dependen del automatismo del centro motor del lenguaje, ideas aceptadas por numerosos tratadistas, han recibido el nombre de *alucinaciones verbales psicomotrices*. El eretismo del centro motor de la articulación de la palabra, puede ser más o menos acentuado y producir fenómenos más complejos que la alucinación motriz o palabra interior simple. A veces, en efecto, la excitación de este centro es tal, que la palabra parece anterior al pensamiento, por lo cual el enfermo carece de conciencia de su propio pensamiento, sino después de haberlo oído formular por la palabra interior. Entonces es cuando se queja de que conocen su pensamiento antes que él mismo, y hasta que le roban el pensamiento : es lo que llaman los alienistas, la *huida del pensamiento*, que es en el orden motor el equivalente al *eco del pensamiento* en el orden sensorial.

El automatismo del centro motor del lenguaje, va más lejos aún, y hasta va acompañado enton-

ces de movimientos musculares conscientes o no de los labios, la lengua, etc.

El paciente en tal situación, pronuncia palabras más o menos inteligibles que las atribuye a otras personas : es una verdadera *impulsión verbal*. Si el sujeto tiene conciencia de lo que pasa, asegura que le hablan por su propia boca.

En el delirio crónico, son interesantes las alucinaciones de la sensibilidad general, ocupando su lugar después de las alucinaciones auditivas y psicomotrices.

Generalmente estas alucinaciones de la sensibilidad general, suelen hacer su aparición en épocas bastante avanzadas del segundo período, pero se registran casos de haber precedido a las alucinaciones auditivas.

Por otro lado, tienen su carácter que las destaca de las que se presentan en otras afecciones : el enfermo se queja porque dice que le pegan a distancia, que le pinchan, le arrancan los cabellos, sienten estar bajo la influencia de las corrientes eléctricas, cuya excitación sienten como sacudidas que le retuercen los intestinos, le maguyen el corazón, etc. Finalmente para impedir que sus perseguidores lleguen hasta ellos—así es el temor—colocan obstáculos en las puertas, ventanas, etc., para evitar ser reconocidos.

Un sistematizado observado por Magnan, vestía medias de seda y corsé lleno de imanes para aislarse de la electricidad.

Frecuente son también las *alucinaciones genitales* en estos enfermos, especialmente en la mujer, desempeñando un buen papel en la formación del delirio. No es raro oír decir a esas alienadas que son violadas, que ultrajan su pudor, y algunas hasta afirman estar embarazadas.

Los hombres provocan erecciones por medios violentos, produciéndoles a menudo desagradables impresiones; se creen candidatos á la castración, o a ocupar el sitio de pederasta, etc. Para evitar tales accidentes, tratan de protegerse: las mujeres se taponan la vulva, la vagina, con algodones, trapos y otros objetos á su alcance, como la enferma de Magnan que se acostaba de tal manera que quedaba su pélvis introducida dentro de una vasija. Los hombres duermen sin quitarse las ropas.

Las alucinaciones *olfativas* y *gustativas*, no son tan raras: los pacientes aseguran sentir malos olores y sabores repugnantes, y es así, como algunos de ellos hacen analizar sus alimentos de consumo, las bebidas, deyecciones, etc.; llegan también hasta rechazar los alimentos, cuando estas alucinaciones toman proporciones mayores.

Alimentadas por las alucinaciones, las *ideas de-*

lirantes, se organizan, precisan y sistematizan; así en el primer período de la enfermedad, el sujeto se limitaba a constatar las sensaciones desagradables que experimentaba; ahora está convencido que existen planes organizados en su contra, y busca a los pretendidos autores a fin de objetivar su delirio.

Tendencia vaga en su comienzo, porque si bien es verdad sabe que le quieren hacer mal, que tiene enemigos, etc., en cambio ignora quienes son éstos.

Pero el progreso de su delirio le hace más operativo el conocer cuáles son sus malhechores y por reclamarlo además su defensa y es cuando señala a sus culpables: es la madre, un vecino, su esposa, como puede serlo el presidente de la república, etc.

Desde ese momento sobre esa persona concretará sus iras y mientras que el perseguido imaginario se convierte en un perseguidor efectivo, el pretendido perseguidor será un perseguido real.

Cuando nos referimos al período de *interpretación delirante*, dijimos que estos enfermos pueden cometer delitos contra las personas, porque interpretando un gesto o una palabra del transeunte que nada tienen de particular como injurias para él; así pasa un individuo a quien el paciente jamás conoció y escupe a su lado, ésta es una poderosa causa para que el perseguido se desate contra él

con una serie de improprios, si es que no llega hasta golpearle.

En otras ocasiones pueden atacar a las personas sin necesidad de considerarse ofendidos y es cuando se hallan bajo la influencia de una *alucinación imperativa*. Más de una vez cuando se visita salas de alienados, se ven algunos sistematizados abandonar las camas y en actitudes bélicas se abalanzan contra los médicos, practicantes ó guardianes, sin que éstos sean según sus ideas delirantes, los enemigos que llegó á crear.

Estos actos son bruscos y automáticos ; las víctimas no corren mayores peligros felizmente.

No se puede decir lo mismo con el perseguido que ha personificado a su enemigo ; desgraciadamente, elegida la víctima y premeditado el plan funesto, las consecuencias del atentado, tienen forzosamente que correr parejas en su resultado final.

Y llegamos al punto de la más alta trascendencia de esta afección : es el período *médico-legal*, la importancia de cuyo estudio resalta no sólo para la clínica psiquiátrica, sino por la atingencia social que el mismo condiciona.

Necesita que el médico lo conozca para practicar con la oportunidad necesaria, la profilaxia que la ciencia aconseja, es decir, el aislamiento de estos

alienados por el peligro que corre la víctima elegida.

El legislador necesita saber que estos pobres enagenados, no pueden sufrir el peso de la justicia, porque *son irresponsables de sus actos*, y en lugar de engrosar las filas de los presidiarios, les corresponde ocupar una cama en el manicomio, como tratamiento a su mentalidad enferma.

La sistematización delirante, se manifiesta además en este período, por modificaciones en el lenguaje hablado y escrito, por la necesidad que experimentan de manifestar sus ideas y sensaciones mórbidas por medio de signos particulares, que ellos consideran más expresivos que los comunmente usados en el lenguaje corriente (*paralogia, paragrafia*). Esa terminología va progresando, se hace cada vez más incomprensible y finalmente los escritos de los sistematizados avanzados, no se entienden.

Un signo pone de relieve la disociación creciente de la personalidad de estos pacientes : él aparece hacia el finalizar el período de estadio y es una especie de transición a la transformación definitiva, que se realiza por entero en el tercer período. Es el *antagonismo de las ideas delirantes*, preparado por el antagonismo de las alucinaciones de que ya hemos hecho mención, antagonismo manifestado bajo

la forma de *ideas de defensa*, ideas que cierran un encarnizado combate con las ideas persecutorias.

Del choque de las ideas, nace una esperanza en la mente trastornada del sistematizado, luego aquella será una aparente realidad salvadora y una agradable corriente (Las ideas de grandeza) vienen a instalarse en el campo de su pensamiento.

El paciente no presenta ya las ideas delirantes con todo el calor y la firme convicción del principio, se atenúan gradualmente y se les oye con santa resignación, exclamar a su médico : ¡«si no fuera mi protector, no hubiera sobrevivido a tanta infamia !».

Los protectores en estos enfermos, son casi siempre, reyes, diputados, generales, etc. ;ciertas veces son personajes ficticios de su propia creación.

Refieren algunos de estos sujetos que sienten voces que le anuncian su pronta libertad del hospicio o le prometen grandes cantidades de dinero para reparar las pérdidas que sus enemigos le ocasionaron.

Tercer periodo — (Megalómano ó de grandezas) — El orgullo es una de las características del estado mental del perseguido : los tratadistas así lo proclaman unánimemente y la observación clínica lo confirma a cada rato.

La sola circunstancia de que todo el mundo

de ellos se ocupan, es una causa para exaltar su personalidad para más tarde manifestarse con mayor ensanchamiento, cuando aparecen sus protectores. En su comienzo no se consideran tanto y los títulos, honores, etc., imaginarios, completan el ciclo enfermizo.

Sobre la frecuencia de esta metamórfosis delirante, se ha discutido largamente: Falret cree que no es constante la faz megalomaniaca en los sistematizados; por eso conviene interrogar atenta e insistentemente a estos pacientes ya que no es raro que disimulen este delirio.

Por otro lado Magnan, engloba en el delirio crónico, el período de grandezas y sostiene que la aparición de las ideas megalómanas es constante en los delirantes crónicos a evolución completa.

Practicamente y dejando de lado estas opiniones extremas, se puede concluir admitiendo que estas ideas de grandezas, se observan en muchos casos de delirios sistematizados, que sería aventurado dar cifras y que algunas veces el enfermo suele morir a consecuencia de otra afección intercurrente antes de llegar a este tercer período; que el delirio es poco intenso otras veces y pasa desapercibido. Razonable nos parece entonces que no pueda existir, sin que por eso se deseche el diagnóstico entre los sistematizados crónicos.

Sobrada razón tienen las palabras del eminente maestro Ball cuando decía que en medicina no podemos decir ni jamás ni siempre : todo es relativo.

Un delirante que haya pasado por los dos períodos que hemos descrito, aunque no tenga ideas de grandezas, es un sistematizado de los psiquiatras frances, o un paranoico crónico según los alemanes.

Aparecida esta magalomania, el enfermo experimenta un verdadero alivio a sus preocupaciones.

De tres maneras pueden aparecer las ideas de grandezas :

Primero y es el más habitual, por la transformación lógica de las ideas persecutorias. Los pacientes al verse perseguidos con tal insistencia, terminan por considerarse mucho más valiosos de lo que aparentan : para que se les ataque en tal forma, lleguen a tener la plena convicción de que sus atacantes tienen un gran interés en ellos y si es tan marcado el deseo en arrojarlos al abismo, es porque sin duda ignorando'o, no saben que ellos son personajes ricos, potentes, colmados de fuerzas, etc. \

Segundo : en otras ocasiones, las ideas de grandezas son consecutivas a las alucinaciones. Claramente dicen oír los pacientes, frases como éstas : «tú eres casto», «tú posees millones de palacios», «tu madre es una princesa», etc., lo que revela su

estado verdadero. Algunas veces los enfermos se resisten por largo tiempo a aceptar estas alucinaciones megalómanas, las aceptan momentáneamente o las rechazan siempre.

Tercero : las ideas de grandeza pueden aparecer súbita y espontáneamente con independencia de alucinación alguna ; un hecho común, una lectura, etc., que llame la atención del sujeto hacia la idea de grandeza puede ser el punto de partida para que nazcan tales ideas y hacerse carne en el pobre enfermo, con todo el imperio de la certudumbre.

Gilbert Ballet describe el caso de un sistematizado que un día había hallado una gran semejanza entre su rostro y el de un retrato que representaba á Napoleón III ; bastó ésto solo para que se creyera hijo de este emperador.

Cada una de estas tres modalidades de las ideas megalómanas, corresponden a la manera cómo se precisan y formulan, más bien que a la forma de cómo nacen y se desarrollan en el espíritu del paciente : lo que quiere decir que es una constatación clínica más bien que una explicación psicológica. Si aparecen las ideas de grandezas es porque existían ya en estado latente en su fuero interior y no han hecho otra cosa que el de pasar de un estado más o menos inconciente a otro conciente.

Esto no da lugar a duda alguna, cuando se trata

de alucinaciones megalomaniacas, puesto que la alucinación no es más que una idea objetivada ; más difícil sería aún explicar la génesis espontánea, es decir, cuándo las ideas de grandezas empiezan a manifestarse después de un hecho accidental y nimio, si no se admite la existencia previa de estas ideas vagas aún, que están a la espera de una causa ocasional cualquiera para darle la fórmula definitiva y es el pretexto por fútil que fuera, será el primer punto de apoyo, la piedra fundamental, sobre la cual el enfermo edificará su delirio.

La teoría del desarrollo lógico en cuanto á la aparición de las ideas de grandezas pertenece a Foville, no siendo aceptada por todos ; autores como Ballet, Ball, Séglas, Cullere, Christian y otros, sostienen por el contrario que esta lógica por aquél invocada, es muy elemental y razonan de esta manera : si las ideas persecutorias indican la existencia de un enemigo que trata de ofender al enfermo, ésto no será causa suficiente para que el perseguido se considere un alto personaje o un multimillonario.

Estudios más recientes han demostrado que la lógica no toma participación en la elaboración de las ideas, sea de la naturaleza que fueren.

La lógica es una operación secundaria que se efectúa sobre elementos que ella no ha creado ; dichos elementos que son las ideas, derivan de fuentes

mucho más lejanas y profundas, y se forman por nuestras tendencias, por nuestros estados afectivos, por nuestros sentimientos o por las adquisiciones de cualquier especie que nosotros hagamos en materia de conocimientos.

Es por esta razón que el perseguido tiene sus tendencias particulares, es orgulloso, tiene la personalidad primitivamente desviada y en la misma forma en que se hizo perseguido, se hace megalómano.

En este sentido puede hablarse de desarrollo lógico, puesto que el razonamiento no interviene sino para relacionar las antiguas ideas delirantes, con las nuevas que aparecen en la conciencia del paciente.

Con toda razón dice Ball que estos enfermos no arrastran su espíritu por el camino del absurdo porque ellos así lo deseen. La lógica interviene más tarde, cuando el espíritu está falseado, para enmascarar las malversaciones de la inteligencia.

Las ideas megalómanas son tan variables como los enfermos. Así algunas de las ideas que emiten, guardan estrecha relación con la situación social que ocupan ; el paciente pretende ser de familia de ilustre abolengo ; otros se creen gobernador, rey, etc. ; otras van más allá y se consideran un nuevo profeta, los creadores del universo, etc., etc.

Pueden llegar a tomar proporciones mayores es-

tas ideas megalómanas y varios tratadistas describen casos en que ciertos sujetos que llegaron a decir que los astros les obedecen, que el sol y la luna le acompañan, y que son el único medio de unión entre la tierra y el cielo.

Estas diferentes ideas de grandezas pueden encontrarse reunidas en un mismo enfermo, pero el caso no es muy común y al principio no tienen ni la firmeza ni la complejidad que encontramos más adelante.

Esto es debido a que a veces se ven modificaciones en las ideas megalómanas, cuyas modificaciones se adaptan a las circunstancias; y en estos casos sí puede tener el razonamiento lógico, una acción manifiesta mucho mayor que sobre la génesis de las ideas.

Interesante es el caso citado por Gilbert Ballet: se trataba de una enferma que afirmaba ser hija de Carlos X, pero como le advirtieran que cuando ella había nacido ese personaje había dejado de existir hacía años, poco después cambió de ideas y se titulaba hija de Luis XVII.

Apagada la irritabilidad de estos enfermos cuando las ideas de grandezas llenan el espíritu por completo, la cólera del período de explicación delirante se borra, adoptan entonces caras sonrientes, cierto aire de satisfacción y mayor animación.

Estos datos son de suma importancia, pues la modificación del carácter en un perseguido que de taciturno e irascible se convierten en bondadosos y tranquilos, quiere decir que los primeros brotes de las ideas de grandeza están naciendo en su cerebro.

Conviene insistir sobre este detalle porque por un sentimiento de desconfianza, el enfermo disimula estas ideas a veces durante mucho tiempo y aún investigándolos con cuidado y habilidad pueden pasar desapercibidas ; en estos casos el prolijo examen de los actos, palabras y actitud que adoptan los pacientes con las personas que le rodean o con los extraños, nos permitirán descubrir las ideas megalómanas disimuladas. A veces la manera de vestir puede servirnos de guía.

Se nota otras veces que los sujetos hablan en tono imperativo, en alta voz, que no quieren dedicarse a los trabajos que eran su hábito o sustento diario, que ya detesta la visita de sus parientes por considerarlos de más baja etapa social.

Al cabo de cierto tiempo, variable, estas ideas megalómanas dominan al sujeto a tal extremo que ya no sólo las disimula, sino que siente la imperiosa necesidad de que la conozca el mundo entero y es entonces cuando el enfermo ciniéndose de los atributos correspondientes, ostenta las insignias ima-

ginarias de su alto rango, y dá a conocer sus pretendidos títulos.

Tampoco es raro ver en los perseguidos megalómanos que a medida que se transforma su personalidad, hacen sufrir a sus ilusorios perseguidores una metamórfisis paralela.

En el caso citado por Falret, se trataba de una alienada que se titulaba la *madre de Cristo*, quien había personificado en dicho psiquiatra su perseguidor y le llamaba el *rey del infierno*.

Uniéndose ambas ideas delirantes, las del segundo con las del tercer período, vienen a complementarse, a hacer una masa armónica y coherente para lo cual la lógica une las dos corrientes de ideas. De ese conjunto, los pacientes justifican sus congojas y temores.

Las ideas de grandezas no hacen desaparecer las ideas persecutorias salvo en contadas observaciones, en las cuales transcurrió un largo espacio de tiempo.

Ball en sus lecciones de enfermedades mentales, dice que el delirio ambicioso de los perseguidos versa siempre en el sentido de la persecución; así por ejemplo en el enfermo cuyo delirio consiste en creerse Dios, profeta o predicador del bien, son los maléficos espíritus que los acomete. Entonces las ideas de desgracias infinitas, de injusticias sin nom-

bre, son los enormes fantasmas que jamás se desligan de la mente enfermiza del perseguido y producen en su ánimo el desconcierto, la apatía, la nerviosidad y la desconfianza permanentes.

Alguien ha querido establecer una especie de oposición entre las alucinaciones y las ideas megalómanas, diciendo que cuanto más desarrolladas son las primeras, menos importancia adquirirán las segundas.

Admitir tales consideraciones sería aceptar un error clínico, puesto que es bastante frecuente hallar en estos enfermos, la coexistencia de grandes alucinaciones con ideas de grandezas bastantes desarrolladas ; pero justo es hacer constar que en ciertos perseguidos de vieja data, las ideas megalómanas permanecen en estado embrionario.

El tercer período de los sistematizados progresivos, sigue con su mezcla de ideas persecutorias y megalómanas, durante un tiempo indefinido ; la complejidad del delirio va creciendo por la penetración recíproca de las dos clases de ideas.

El lenguaje está lleno de rodeos especiales, de vocablos que tienen un valor simbólico para el paciente y por lo tanto poco o nada comprensible para los demás que le rodean.

Las ideas delirantes son siempre las mismas :

el enfermo se expresan en todas las circunstancias con los mismos términos.

Las alucinaciones pierden su vivacidad y el colorido decae y se hace cada vez más difícil distinguirlas de las interpretaciones delirantes que son siempre numerosas.

A estos alienados crónicos, les sucede lo que les pasa a todos los enagenados : van perdiendo gradualmente su *afectividad*, y llega un instante en que son los más indiferentes ante sus hijos, parientes, amigos, etc.

No obstante los trastornos diversos que acabamos de describir, la *memoria*, se conserva como su actividad individual y la asociación ideativa no presenta mayores alteraciones.

Envejecidos al paso de los años, los sistemáticos demuestran tener interés por los acontecimientos del día y se ha visto adaptar a ellos su delirio.

En los manicomios estos enfermos hojean las revistas y periódicos, leen artículos literarios, aprecian las opiniones de los mismos, tanto en la vida política como económica ; suelen escribir su correspondencia con bastante corrección, pocas veces salpicadas de las incoherencias de los dementes.

El estado mental de estos enfermos guarda concordancia con la edad del individuo.

Si sus concepciones delirantes se hacen menos

brillantes y si sus alucinaciones pierden su intensidad, ésto es debido, no al estado mórbido, sino a la edad avanzada de los atacados.

Se ha dicho que estos enfermos terminan en un estado demencial. Schüle que es quien así lo admite nota sin embargo que hay conservación parcial de la inteligencia.

Falret lo ha negado y de la misma opinión es Ritti.

Krafft-Ebing, de la escuela alemana es absolutista cuando dice: *la paranoia crónica, jamás se termina por la demencia*, y para este alienista terminan por «un estado de debilidad psíquica, que se manifiesta más bien por una indiferencia que por debilidad intelectual y en casi todos los casos deja casi intactas las capacidades artísticas y profesionales de los enfermos y hasta el juicio».

Kroepelin, cree que terminan por un debilitamiento general de la actividad mental, pero sin verdadera demencia.

Para terminar con este capítulo y alejándonos de los extremos absolutos, podemos decir que si bien la demencia no es la habitual terminación del delirio crónico, se pueden hallar pacientes que lleguen a tal estado, pero en estos casos, la demencia depende lo más frecuente de una lesión orgánica del

cerebro (ateroma, goma sifilítico, hemorragia, reblandecimiento, etc.), lo que constituiría una asociación mórbida, sobreañadida a la enfermedad primitiva.

CAPITULO VI

SU EVOLUCIÓN

La marcha de esta enfermedad no es rigurosamente regular y continúa en cuanto a la sucesión por orden de los tres períodos que hemos descrito.

Hay a menudo excepciones, presentándonos períodos de calma con atenuación aparente o disimulación del delirio (de las manifestaciones exteriores sobre todo) que pueden conducirnos a pensar en la curación de la afección, luego pueden aparecer paroxismos alucinatorios y delirantes, que disimulando la real continuación del delirio pueden hacernos creer en una recaída.

Se han observado verdaderas remisiones durante los primeros períodos de la enfermedad, en los cuales el sujeto se siente tan bien que suele ser dado de alta si es que estaba alojado en el hospicio.

Este es un nuevo punto de capital importancia médico-legal ya que habíamos explicado al describir el segundo período de esta enfermedad, que los perseguidos no deben gozar de completa libertad porque son una amenaza para la sociedad, como todo sujeto irresponsable. Suelen aparecer síntomas de violenta excitación en los paroxismos de esta enfermedad, revistiéndoles de un carácter especial.

En los manicomios se ven algunos de estos enfermos que profieren terribles amenazas que no tendrían reparo en llevarlas a la práctica, si no se les vigilase, en cuyo caso como se comprende, son bastante peligroso para sus allegados; por el contrario, otros sufren de crisis terroríficas con temblores y sudores profusos, siendo frecuentes estas crisis entre los enfermos con grandes perturbaciones de la sensibilidad general, como ser sensaciones de muerte inminente, de parálisis a los miembros, etc.

Cuando poseídos del delirio, creen ser envenenados, rechazan los alimentos y más de una ocasión hemos presenciado escenas violentas al rechazar la sonda cuando se intentaba alimentarlos. Estas crisis terroríficas pueden producir a veces, alucinaciones muy intensas.

El caso registrado por Arnaud es de un paciente que oye con toda claridad voces que le prometen el trono de Francia, y simultáneamente al

redoblar de los tambores y toques de clarín y seguido de un intervalo corto, siente que alguien le lee su sentencia de muerte por haber pretendido restablecer el imperio. En tal situación, lleno de un intenso terror, tembloroso y balbuciente, va hacia los médicos del hospicio en que se hallaba internado y les implora su protección, no para arrancarlo de los brazos de la muerte, pues tiene la plena convicción de que la sentencia será cumplida, sino para que le proporcionasen un sacerdote que le asistiera en sus postreros momentos y encomendara su alma a Dios.

Tales alternativas en la intensidad de la enfermedad, excitación delirante durante un tiempo y de calma relativa durante otro, sólo se observan en los dos primeros períodos de la afección.

Arraigadas las ideas megalómanas, el enfermo ya no reacciona con la misma intensidad y desaparecen los sobresaltos en la marcha de la enfermedad.

Relativo a la duración de cada uno de los períodos de esta enfermedad, varía considerablemente de un enfermo a otro ; por lo general, la evolución se hace en muchos años, pero hay casos, aunque raros, en que se pasa del primero al segundo período en uno o dos años, sin que por ello se modifique la marcha de la enfermedad.

Lo mismo pasa con las ideas megalómanas ;

a veces siguen tan de cerca a las ideas persecutorias, que parece que hubiesen aparecido ambas al mismo tiempo.

No todos los enfermos llegan hasta el período megalómano : se citan casos en la práctica psiquiátrica de sistematizados que fallecieron a edad avanzada y que sin embargo no habían salido del segundo período ; y otros hay finalmente que pasan diez y hasta quince años con ideas persecutorias y alucinaciones auditivas sin que sean megalomaniacos.

El delirio sistematizado progresivo, es una de las formas más graves de alienación mental.

Se admite generalmente que la curación es posible en los dos primeros períodos de la enfermedad y que es excepcional cuando aparecen las ideas de grandeza ; entonces es casi seguro que no curan.

CAPITULO VII

DIAGNÓSTICO

Ideas persecutorias más o menos sistematizadas son comunes a varias enfermedades mentales: importa mucho entonces diferenciarlas de los delirios sistematizados verdaderos, para evitar las confusiones.

En este lugar haremos un estudio suscinto de los estados psicopáticos con quienes pudiera tener lugar el error, a fin de sentar un diagnóstico exacto.

Parálisis general progresiva (Demencia parálitica) — En el comienzo de esta afección, lo mismo que en la neurastenia, el tabes, la histeria, el bocio exoftálmico, la epilepsia, etc., suelen encontrarse ideas persecutorias más ó menos sistematizadas acompañadas o no de ideas megalómanas. En estos diferentes casos, no son más que episodios relaciona-

dos estrechamente con la enfermedad principal, cuya sintomatología nos hará completar el cuadro y por lo tanto nos ayudará a reconocer el origen real del delirio.

La pérdida de la memoria suele observarse en los paralíticos aún en el principio de la afección, un verdadero estado demencial. Investíguese si hay *disartria*, y si hay *disgrafía*, si así puede llamarse a la manera especial de escribir que tienen estos alienados. Somáticamente se constata: *paresia*, *temblor*, *ataxia* y *espasmo*; antecedentes específicos, etcétera.

En las *neurosis*, el delirio está relacionado directamente con las crisis convulsivas, con las ideas fijas, con las alucinaciones visuales, etc., todo lo cual hace que su marcha sea irregular y caprichosa; por otro lado, si se averigua cómo apareció el delirio nos encontramos que en estos casos no hay período de incubación o de inquietud, ni la sucesión lenta y regular de las fases de las ideas persecutorias y megalómanas, que son las que caracterizan al delirio sistematizado progresivo.

Alcoholismo — Frecuente es encontrar alcoholistas sub-agudos con ideas delirantes persecutorias y hasta megalómanas, pero los caracteres de tales delirios, tienen ciertas diferencias que lo hacen in-

confundible con las que se presentan en los sistematizados crónicos.

El delirio alcohólico está lleno de alucinaciones múltiples y movibles, visuales, gustativas, auditivas y olfatorias, a las que está subordinado dicho delirio que participa también de la movilidad y de la confusión alucinatoria.

Las alucinaciones visuales revisten un carácter particular ; los enfermos ven animales : perros, gatos, caballos, elefantes, etc. (*zoopsias*).

Estas alucinaciones terroríficas se exasperan de noche sobre todo, siendo la causa más común del insomnio en estos enfermos.

Unase a estos datos psíquicos, los síntomas físicos : temblores lingual fibrilar y digital vertical, los calambres de las pantorrillas, los sudores abundantes, las pituitas, etc. Además los alcoholistas son enfermos gástricos, hepáticos, bronquiales, etc.

El delirante crónico, no nos presenta pesadillas, crisis nocturnas ni signos físicos ; las alucinaciones siguen a las ideas delirantes, en lugar de precederlas, ambas son más fijas y bien sistematizadas. El delirio alcohólico se atenúa con la supresión del tóxico y desaparece comunmente después de algunos días, dándose un término de dos o tres semanas de duración máxima.

Si el sistematizado fuera al mismo tiempo un

alcoholista, el error sería más fácil; suprimido el alcohol, el delirio alcohólico desaparecería, pero persistiría en cambio el verdadero delirio sistematizado.

El delirio alcohólico es de buen pronóstico siendo curable en buena proporción. En sujetos con predisposición latente, el alcoholismo puede ser el agente ocasional de un delirio crónico.

Persistiendo aún después de la desaparición de los síntomas agudos de la intoxicación, el delirio alcohólico sistematizado, nos presenta ciertos signos que fácilmente nos colocan en condiciones de hacer el diagnóstico.

Las alucinaciones visuales tan frecuentes y características en los alcoholistas, son por el contrario tan raras, poco precisas o faltan en los sistematizados progresivos.

Las ideas de celos, de envenenamiento, revisten en los alcoholistas formas tan típicas y frecuentes, que por sí solas son capaces de diferenciar ambos delirios. Además las impulsiones homicidas más frecuentes, las perturbaciones más graves de la sensibilidad general, la ligera ataxia, que casi siempre es permanente, los temblores, el vigor intelectual siempre menor que va debilitándose paulatinamente hasta llegar a la demencia, que es la terminación de los delirantes sistematizados alcohólicos.

Los signos diferenciales que acabamos de enu-

merar y cuyo valor real es indiscutible, no son siempre fáciles de constatar, por lo cual ciertas veces es preciso esperar el desarrollo de la enfermedad para sentar diagnóstico certero.

Aunque tales casos no son tan frecuentes, es importante tenerlos en cuenta para cuando hallándose el médico, ante un sujeto que al mismo tiempo denuncie trastornos alcohólicos delirantes y un delirio persecutorio bien sistematizado, no haga diagnóstico precoz y reservar el pronóstico en cuanto se refiera a la duración de la afección.

Melancolía — Los perseguidos eran colocados en el grupo de los melancólicos, hasta que Laségue en sus estudios sobre el alcoholismo sub-agudo, vino a deslindar ambos estados psicopáticos.

El comienzo es muy distinto : en la melancolía el delirio es precedido de una faz depresiva física y moral, con un estado de salud siempre alterado.

El estado moral de los melancólicos se caracteriza por una alteración honda de la cenestesia, por una modificación de la personalidad, por una anormal emotividad, por abulia, por un dolor moral de intensidad variable. Cuando el delirio aparece, siempre es secundario a sus trastornos emocionales.

En el perseguido, el delirio es primitivo y todas las modificaciones que trae consigo la enfermedad,

no es más que la exageración de las tendencias anteriores del sujeto ; tales tendencias en los primeros períodos, no modifican la personalidad del paciente.

Por otra parte, el delirio del melancólico es *divergente*, quiere decir que el paciente coloca en sí mismo el punto de partida de su mal, que se extiende a los demás.

El delirio del sistematizado progresivo, presenta el carácter opuesto, es *convergente* o como dice Ziehen, *ego-céntrico*, es decir, que el enfermo localiza fuera de sí, el foco del mal de que se queja preocupándose únicamente de sus penas.

El melancólico espora resignado el castigo que merece por las faltas que cree haber cometido ; el sistematizado protesta en tono airoso y se subleva contra sus malvados.

Con feliz acierto y brillante talento, Laségue, adjetiva de acusado al sistematizado y de condenado al melancólico.

Schüle, se expresa de idéntica manera al decir que en el sistematizado, la idea delirante hace las veces de un testigo que levanta los cargos que se formulan contra él ; mientras que el melancólico actúa como el presunto reo que convicto y confeso, se hace cargo a sí mismo, agravando su causa propia.

J. Falret trae otras diferencias fundamentales.

que son : 1º los alienados perseguidos son orgullosos, y los melancólicos por el contrario son humildes, apocados, silenciosos ; 2º los perseguidos tienen la atención fija sobre su pasado y su presente, mientras que el malancólico dirige sus preocupaciones en el porvenir. Los primeros se quejan de las torturas que han sufrido en el pasado y de las que están sufriendo en el presente, los segundos se quejan de las desgracias a soportar en el futuro ; 3º el perseguido desconfía de todo el mundo, no confiando sino en sí propio ; el malancólico desconfía de sí mismo y se lamenta sin cesar de su indignidad, incapacidad e impotencia ; 4º el perseguido acusa a los demás, el malancólico se acusa a sí mismo ; 5º el perseguido es amenazador y con facilidad puede volverse un perseguidor, mientras que el melancólico es pusilánime, cree que le están deparadas todas las desgracias por lo cual se ve impulsado muy a menudo hacia el suicidio. El perseguido de entero acuerdo y guardando una lógica perfecta con su delirio, tiene impulsiones homicidas ; 6º el perseguido es activo, el melancólico es pasivo ; 7º el perseguido goza de salud corporal y no sufre sino porque considera que lo hacen sufrir ; el melancólico, al revés, sufre física y moralmente, experimenta un malestar manifiesto, se siente aminorado, desgraciado, no tiene ningún amor por la vida ; 8º en los perseguidos

de períodos adelantados, se encuentran las ideas megalómanas, mientras que en los melancólicos dominan las ideas hipocondriacas y el delirio de negación.

Hay que añadir que las constantes alucinaciones auditivas del perseguido, son raras en el melancólico, pasando lo contrario con las alucinaciones visuales.

Hay casos más complejos, en los que a las ideas de melancolía, se juntan las ideas de persecución. Como se comprende en tal caso, el diagnóstico es más difícil.

En semejantes casos la evolución de la enfermedad es la que nos confirmará el diagnóstico : pues tendremos que en un principio el paciente es un simple melancólico, con sus perturbaciones emocionales, abúlico, depresivo, los síntomas físicos, las ideas de ruina, de auto-culpabilidad, de abandono, miseria y muerte. Pasado este primer período, el enfermo que se creía un indigno, un pobre abandonado, un resignado, el que protestaba contra sí mismo, con lágrimas y dolores en medio de un estado depresivo, comienza a bordar ideas de otra naturaleza muy distinta de las anteriores, aparece el delirio persecutorio, que va creciendo a medida que pasa el tiempo, para después precisarse y sistematizarse con todo detalle.

Nota desde entonces, con otra manera de pen-

sar, que hay una enorme desproporción entre las faltas que pretende haber cometido y los castigos que le fueron impuestos ; más adelante manifiesta que si cometió las faltas, no es responsable de ellas, porque fueron cometidas bajo el influjo de causas secretas que lo impulsaron a ello, que es víctima de un verdadero complot, y como se ve claramente son ideas persecutorias bien netas.

Luego aparecen con bastante frecuencia, alucinaciones auditivas, análogas a las que existen en el delirio de persecución. Progresando estas ideas, vienen a constituir un sistema que el enfermo, como todo delirante crónico, hace remontar a su pasado y manifiesta que desde su nacimiento ha venido sufriendo influencias que le obligaban a seguir la ruta del mal y que si nunca hizo nada bueno, fué porque no se lo permitieron sus enemigos. Acentuadas tales ideas de persecución, constituyen en definitiva un verdadero delirio sistemático, que en este caso secundario y consecutivo a un estado melancólico (*Melancolía crónica a delirio sistematizado*, de los franceses o *paranoia secundaria* de los alemanes).

En algunos casos, sucede lo contrario ; vale decir, primero hay ideas persecutorias y luego ideas hipocondriacas, como sucede en los perseguidos auto-acusadores ; la evolución del estado mórbido, decidirá el diagnóstico.

Delirio sistematizado agudo — Estos pacientes presentan algunas semejanzas con el delirio sistematizado progresivo, pero examinando bien al sujeto, se aclaran ambos estados psicopáticos. En estos delirantes agudos, la sistematización es débil, como así mismo el delirio es móvil y polimorfo, acompañándose generalmente de una excitación o de un grado de confusión mental.

En caso de duda, puede allanarla los antecedentes, y a falta de éstos, la marcha de la enfermedad, en la cual se encuentran irregularidades en la sucesión de las ideas delirantes. Así, no encontraremos los períodos y la evolución clásica de los delirantes crónicos, sin contar que tendremos además la atenuación rápida de los síntomas y la curación habitual del acceso.

Légrand ha descrito con la denominación de *delirio sistematizado agudo a evolución crónica* a ciertas formas de delirio sistematizado agudo que fijándose en una cierta y determinada dirección, toma todas las apariencias de un verdadero delirio crónico. Jastrowitz, les llamaba *formas de transición*.

Son estos últimos casos los de mayor dificultad para el diagnóstico diferencial, porque algunos de estos enfermos se curan al final de muchos años, mientras otros pasan a la cronicidad; entonces, tie-

ne importancia el *grado de sistematización* del delirio y la mayor o menor fijeza de las concepciones delirantes. El pasaje a la forma crónica sólo se exterioriza cuando el delirio se fija y se sistematiza progresivamente, cuando se aleja de las circunstancias ambientales, cuando el dominio de las interpretaciones delirantes se extiende paulatinamente, mientras que las reacciones emotivas disminuyen y se debilitan.

No es siempre posible tales distinciones y nadie mejor que Gilbert Ballet las consigna en su tratado: « estos caracteres, dice el sabio alienista, tienen un valor real para diferenciar los tipos extremos, especialmente el delirio de persecución a evolución sistematizada típica, del delirio de persecución que se encuentra en ciertos degenerados. Pero entre los primeros y estos últimos, hay formas de transición que autorizan a preguntarse, si el delirio crónico constituye una especie mórbida aparte, o bien se trata simplemente de una forma más acabada y más perfecta del delirio de persecución a marcha crónica ».

Sea cual fuere la opinión de los autores, nadie puede tener dudas de que los signos, ya mencionados, disminuyen o hasta pierden en su valor diagnóstico, cuando se quiere aclarar o determinar estas formas intermedias o de transición.

Delirio de los perseguidos perseguidores — La desconfianza, el orgullo, el egoísmo, las interpretaciones delirantes y algunas veces ideas megalómanas, son comunes a esta categoría de alienados con los sistematizados progresivos. Las diferencias que vamos a indicar, dan a una y otra forma delirante un *cachet* especial.

En los perseguidos razonadores no se hallan alucinaciones y si raramente existen, no tienen influencia sobre las ideas delirantes, de las que son independientes. Desde que aparece la enfermedad, el paciente tiene inclinaciones a perseguir y la elección de su perseguidor lo hace precozmente : la sistematización de las ideas es inmediata y definitiva, no presentando transformación alguna. No se altera la personalidad con los progresos del delirio.

En el Congreso de Nancy, Vallon, presentó un caso interesante por su rareza, el único que se conoce en la literatura psiquiátrica. En ese caso, coexistía en el mismo enfermo, el delirio sistematizado progresivo y el delirio de los perseguidos razonadores y cada uno por su parte se había desarrollado con sus reacciones propias, como si los dos delirios, en lugar de estar en un mismo individuo, hubiera evolucionado en dos enfermos.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO

Los numerosos ensayos terapéuticos efectuados á fin de combatir esta psicopatía no han dado resultados satisfactorios : ninguna medicación hasta hoy conocida ha sido capaz de detener su marcha invasora.

La hidroterapia, los purgantes, la electricidad bajo todas las formas, los bromuros a dosis elevadas, etc., han dado pocos resultados.

Contra las alucinaciones, Moreau de Tours, empleó la datura y el haschich, con mal suceso.

La sugestión hipnótica y la intimidación, tienen graves consecuencias, por lo cual se les debe proscribir en absoluto.

En nuestros hospicios nacionales, los períodos de excitación se los combate con baños de ducha y clino-terapia (encamamiento).

El tratamiento de esta afección mental, se reduce en realidad a prevenir los accidentes que pueden traer hondas consecuencias, tanto para el enfermo, como para los demás.

De ahí nacen las razones urgentes de recluir en los manicomios a estos pobres alienados.

La vida monótona, regular y sistemática de los hospicios, son verdaderos sedativos para el delirante y si no llega a adquirir una calma completa, al menos encontrará menos causas para excitarse y por lo tanto pasará días apacibles, calmados de hermosa tranquilidad.

Además en estos establecimientos especiales, se tratan con regularidad y racionalmente las diversas complicaciones de la afección, tales como las crisis de excitación, el insomnio, el negativismo a alimentarse (cuando se creen envenenados), etc.

La falta de higiene los pone en pésimas condiciones para su salud, sin contar el peligro que para la familia entrañan los perseguidos, siendo imposible cuidarlos en sus casas.

Más de una vez, durante nuestro internado en el Hospital Nacional de Alienadas, hemos observado a varias perseguidas, que dominadas por las ideas de envenenamiento, no se alimentaban con la ración diaria por el temor consiguiente y hasta rechazaban la sonda. Alejadas de sus camaradas, en

algún rincón obscuro y apartado veíamos algunas perseguidas ingerir restos alimenticios, trozos de pan viejo, carnes, etc., y eso explica el enflaquecimiento a que suelen llegar. Otras mujeres que sufrían de alucinaciones genitales, taponaban la vulva produciéndose inflamaciones (Vulvitis, vaginitis).

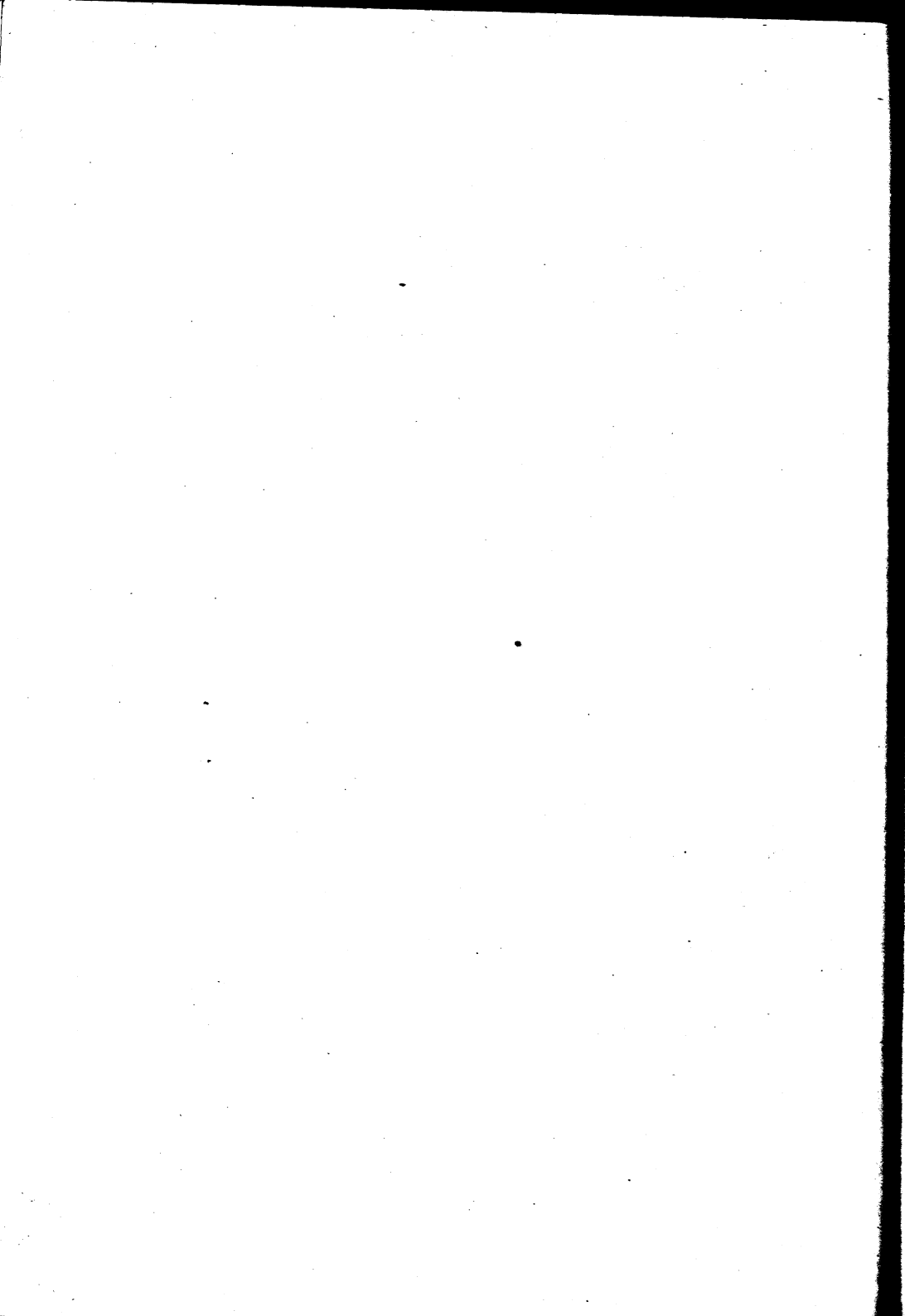
Encerrados en el cuarto en que habitan, algunos sistematizados no permiten que nadie penetre en su alcoba, donde amontonaban sus deyecciones, lo que constituía como se comprende, un foco antihigiénico. Todos estos inconvenientes se evitan en la frenopáticos por los cuidados solícitos que se tienen.

Un perseguido es más peligroso que cualquier alienado, dado que impensadamente, bajo la influencia de una interpretación falsa o de una alucinación imperativa, puede hacer su víctima al primer prójimo que encuentre a su paso, aunque nunca lo haya visto.

Mas serio es el peligro si la persona elegida es su pretendido perseguidor.

Así es que antes de lamentar un hecho criminoso por un individuo irresponsable, mejor es hacer su profilaxia, que no es otra que la reclusión de estos enagenados en establecimientos, asilos o colonias apropiados.

Cuanto más precoz sea tal internación, el peligro será mucho menor.



CASOS CLÍNICOS

I

Esperanza D. de F., del Servicio « Magnan » del Hospital N. de Alienadas, a cargo del profesor doctor Domingo S. Cavia, es una española, viuda, analfabeta, de 34 años de edad, y con 23 años de residencia en el país y que ha ingresado a dicho establecimiento el 6 de septiembre de 1912.

Siendo practicante mayor, la recibí en mi guardia, y dado que el caso es típico, nos interesó seguir la evolución de su enfermedad. La misma enferma, nos sirvió de tema a un trabajo especial : *Informe médico-legal*, que presentamos a la cátedra de Medicina Legal y que obtuvo la más alta distinción de parte de la mesa examinadora, en diciembre de 1913.

Se sabe por los antecedentes suministrados por la familia, que ha sido siempre de genio violento pero laboriosa, amiga de cumplir con las faenas del hogar y nunca ha abusado de bebidas alcohó-

licas. Trataba eso sí, desde hacía cuatro años, época a que se remonta la aparición de la enfermedad, de andar solitaria, con hondas e inexplicables cavilaciones y la notaban irritable a las mínimas incidencias.

Más tarde se hizo violenta, usaba un lenguaje coprolálico, y atentó agredir a varias personas allegadas.

No hay en sus ascendientes y colaterales ningún alienado ni nervioso.

La familia no pudiendo soportarla, en vista que perennemente tal estado continuaba y por consejo médico, resolvieron recluirla.

Al examen, se constata que la actitud, sus gestos, etc., revelan una marcada desconfianza.

De vivaz expresión facial, sus ojos se fijan en el interlocutor, á quien responde con ideas claras, con términos corrientes, vocablos bien articulados y raras incoherencias. Su discurso es en alta voz, con la frente levantada, en tono de profunda penetración, con el aire hidalgo de su patria; hace recalcar algunos pasajes que para ella tienen importancia pero que no obstante ser banales, guardan lógica con sus ideas posteriores. Su atención se sostiene. Está vagamente orientada en las nociones de lugar y tiempo. Reconoce su sexo.

En cuanto a su memoria presente y remota,

hay un ligero grado de disminución. Conserva los afectos, con cierta relatividad.

Su peroración es larga : va acompañada de mímicas expresivas, gestos en abundancia, sus frases son bastante enfáticas ; su disertación gira alrededor de un claro delirio a naturaleza persecutorio, irreductible, razonado, lógico, lleno de trabazones.

Cuenta que en Pergamino, existe un señor Cecilio Estévez, astrónomo de malos instintos, incapaz de concebir la caridad humana e insensible ante el dolor del prójimo, porque, poseedor de una poderosa máquina eléctrica, usa de ese poder con fines inconfesables : « a las personas que se le antoja, las pone en comunicación, las idiotiza, y las hace pensar y obrar, sin que nadie se dé cuenta de ello. Ese hombre (dice levantando la voz) es un malvado, y a él se debe, sin que nadie lo sospeche, la enorme cantidad de dementes que hay en Buenos Aires », (textual).

Con lujosos detalles, cita numerosos casos, con nombres propios de personas, los cuales han sido víctimas, como ella, de este inquisidor moderno.

« Yo estoy bien y si me han traído aquí, es porque mi hija está loca »... « se equivocan al traerme »... « se vé que vienen influenciados por los aparatos de don Cecilio », etc.

Acusa alucinaciones visuales, auditivas y de la

sensibilidad general : ve acercarse de noche a su malvado, oye su voz pavorosa y siente pasar por su cuerpo las maléficas corrientes eléctricas.

Fundando su delirio, dice que la persigue ese sujeto, porque ella es una señora honrada, honesta y le tiene envidia.

Si se la contradice, se levanta de su asiento y enarbolando sus manos, trata de agredir, se cree ofendida, porque a su manera de ver, es incapaz de mentir.

El resto de su ideación, se refiere a escenas de la vida ordinaria, sin mayores atractivos.

Desconfiada, presenta resistencia cuando se intenta practicarle el examen físico, pues ella dice, que «nadie debe revisarla, siendo la mujer más sana».

Insistiendo con palabras suaves, se la persuadió.

Al examen somático, se constata : de piel facial bien conservada con escasas arrugas ; tez blanca ; cabellos canosos, con ligero esbozo piloso en el labio superior. Cráneo dolicocefalo ; pabellones auriculares normales ; bien constituida, en excelente estado de nutrición ; talla 1.54 mts., peso 67 kilos. Los diversos grupos musculares, cumplen bien sus funciones fisiológicas ; las fuerzas están conservadas. Su cuerpo tiene las formas comunes, no habiendo ninguna deformación congénita ni adquirida. Dentadura incompleta, bien implantada, conservada hi-

giénicamente ; paladar ojival ; glándulas mamarias, de escaso volumen sin secreción ; pupilas iguales, reacciona bien a la luz y acomodación. Reflejos tendinosos, fuertes. Sensibilidad (térmica, táctil, a la presión, dolor, etc.), sin variantes.

Las observaciones periódicas consignadas en la historia de esta enferma, denuncian este cuadro nosológico en su marco general, salvo en la última quincena de febrero de 1914, en que se nota que Esperanza no tiene ya tanto entusiasmo en su delirio, y parece que va a entrar de lleno al tercer período de la psicosis.

Su alimentación y sueño siempre han sido espontáneos.

II

María de la Ll., del Servicio «Pinel» a cargo del doctor Adolfo Valdez, es una mujer argentina, soltera, de 31 años de edad, que tiene dos entradas en el Hospital.

En estado de salud era de carácter nervioso, fácilmente irritable. Reconcentrada en sí, poco interés le despertaban las diversiones : gustaba estar aislada. No fué afecta a bebidas alcohólicas. Ad-

quirió regular grado de instrucción en las escuelas que frecuentó cuando niña.

A mediados de 1909, la familia nota que la joven se intranquiliza de vez en cuando, dice a los suyos que algunos vecinos la quieren matar, que oye sus voces. Más tarde las individualiza y los ve acercarse, al par que el número de los mismos aumentaba.

Paralelamente a estas ideas persecutorias, sufre alucinaciones auditivas y visuales ; más tarde manifiesta ideas hipocondríacas ; insomnios y finalmente, poseída de tal creencia, ruega a su padre que mate a varios vecinos, cuyos nombres cita, para que la dejen tranquila.

Ingresa al Hospital por vez primera, el 20 de noviembre de 1909. Llega tranquila. Presta atención al ser interrogada : responde coherentemente. Desorientada en las nociones de tiempo y espacio. Afectiva, recuerda a los suyos y anhela regresar al seno de su hogar, siempre que los vecinos aquellos, no vivan en el barrio, pues son a su manera de ver, los eternos perturbadores de su felicidad ; estas ideas son lógicas y bien fundadas.

Sufre de alucinaciones auditivas : las voces que siente, son amenazas de muerte. La memoria está conservada. El examen somático, no revela nada de particular.

Con tal sintomatología, permaneció seis meses, al cabo de los cuales, empezó a mejorar sensiblemente: sus ideas persecutorias se atenuaron, como sus alucinaciones y se la da de alta provisional el 25 de enero de 1910.

Llena de alegría vuelve a su casa: trabaja, se alimenta y pasea. Sus allegados creen que María ha recobrado su mentalidad.

Pero volvió a Flores, en la misma mansión donde había estallado su enfermedad, junto a la cual seguían habitando los vecinos que constituían en sus ideas mórbidas, sus imaginarios enemigos. Las causas de excitación subsistían y poco a poco, la irritabilidad primitiva de su carácter, aparece de nuevo en el campo de su actividad psíquica. Y de las rarezas que le eran comunes, llegó de nuevo hasta el delirio persecutorio con alucinaciones auditivas manifiestas. La excitación psíquica, exagerada en una logorrea incontinente, hace que la familia la reintorne el 12 de marzo de 1911.

Su cuadro sintomatológico en esta segunda entrada es más o menos igual al anterior. Calmada, presta oídos a las preguntas que se le formulan; la atención y memoria conservadas.

Coherente, aunque vulgar en sus ideas, dice que ha oído voces que salían de las rejillas de los ventiladores (que hay en la sala), las que le decían:

«que reviente en esqueleto», «la voy a matar», voces que la paciente atribuye sean de sus vecinos supuestos perseguidores.

Estas ideas delirantes persecutorias como las alucinaciones auditivas, persistieron durante largo tiempo en su mente; en la anotación de 24 de enero de 1912, refiere que la noche anterior había visto a unos vigilantes en el techo, los que le recomendaban que se cuidara bien porque unos hombres que rondaban por allí cerca (que ella cree sean los vecinos de Flores) la iban a matar de un tiro. (Alucinaciones visuales y auditivas).

Desde entonces la enferma tiene sobresaltos nocturnos, no duerme pues tiene miedo que sus enemigos sabiendo que ella está cerca de una ventana, la puedan dañar con toda facilidad.

María ha concebido siempre que si la perseguían en esa forma, era porque la envidia les impulsaba a esos sujetos, porque era una simpática señorita y requerida en amores, les rehusó siempre sus favores. Su delirio siempre ha sido irreductible y lógico.

Desde entonces hasta ahora, sigue mejorada: sus concepciones delirantes van perdiendo el brillo y su estado físico es inmejorable. Posiblemente curará.

III

Elena R., del Servicio « Connolly » a cargo del doctor Pombo, fué una joven italiana, soltera, de 28 años de edad, con 8 años de residencia en el país ; con regular grado de instrucción. Estuvo en el Hospital, diez años, desde el 5 de enero de 1900, hasta el 8 de marzo de 1910.

Durante su infancia y en estado de salud, era triste, recatada, no gustaba divertirse ; algo perversa, mantenía luchas diarias con sus compañeras de escuela.

De temperamento nervioso, llevaba por otro lado, una tara exagerada, su padre fué alcoholista, un tío paralítico y una hermana histérica.

En su hogar era trabajadora pero por cualquier indicación, se irritaba, dejaba de hacer lo que tenía entre manos y en ese estado de ira se encerraba en un cuarto y sólo se reconciliaba al cabo de algunos días.

Más tarde, una vez salida de la escuela, entrando en la adolescencia, se hizo descuidada en el vestir, sucia en el lecho, tenía sobresaltos nocturnos, creía que la querían matar.

Al llegar a los 18 años de edad, se hace insupportable : es presa de una honda excitación psico-

motriz, vocífera durante todo el día y pide a gritos que la dejen tranquila. « Es usted mi enemiga » decía a su madre, a quien había perdido todo afecto, y trató de agredirla.

El insomnio se hizo persistente y las tendencias a atacar a su madre, llegó hasta el atentado, pues una noche armada con un martillo, quiso asestarle un golpe en el momento que aquella estaba dormida.

En tal estado la recluyen. Viene con ligera excitación psico-motriz. Con sus ojos vivaces mira al interlocutor, y atiende a las preguntas que se le dirigen ; habla en alta voz, respondiendo con incoherencia. Inafectiva : conserva los recuerdos del pasado, relacionados con el delirio persecutorio que caracteriza el estado mental de esta enferma.

Acusa a su madre de haber tratado de persuadirla para que la deshonrara un sujeto (a quien ella nombra) que ella rechazó del plano semejante ultraje, pero—dice—que su perseguidora ante este fracaso, trató de envenenarla con unos polvitos que ella saboreó en las comidas, etc., para « salir con su gusto ».

Desconfiada, no se dejó practicar el examen físico.

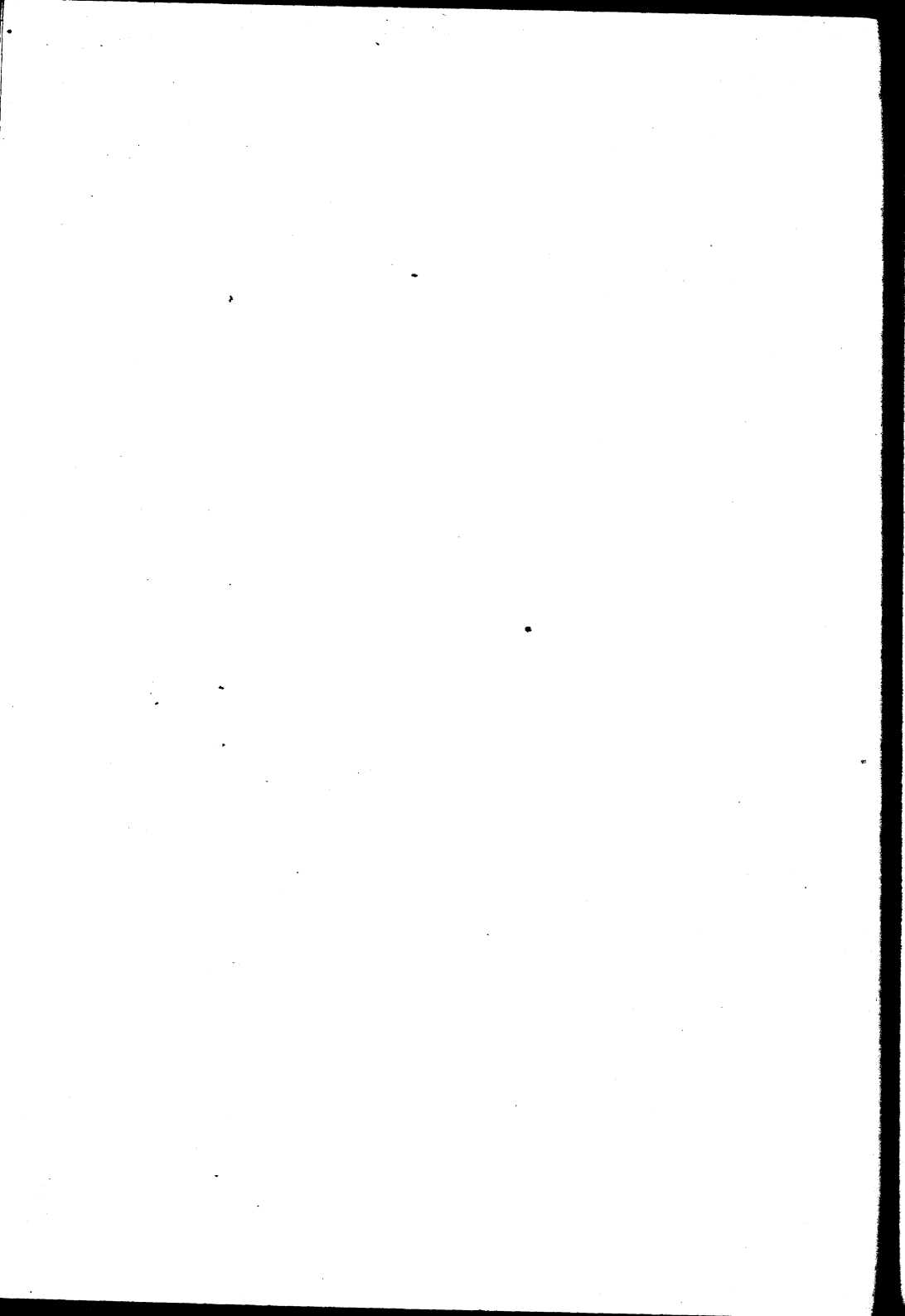
En la sala ha permanecido con períodos alternados de calma y de agitación. Orientada en las

nociones de lugar y tiempo. Bien pronto se añadió a su delirio persecutorio, alucinaciones auditivas : decía oír la voz de su madre que le decía : « mala hija », « ladrona », « desobediente », « allí morirás », etcétera.

Se taponaba los oídos con pedacitos de papel.

Después del sexto año de su internado, la historia clínica dice que su entusiasmo persecutorio había decaído ; hablaba con más calma e individualizó en la hermana del servicio a su protectora. Se la oía decir : « si no fuera esta monja, yo sería una mujer perdida »... « si estoy salvada, ésto se debe a su santa intervención », etc.

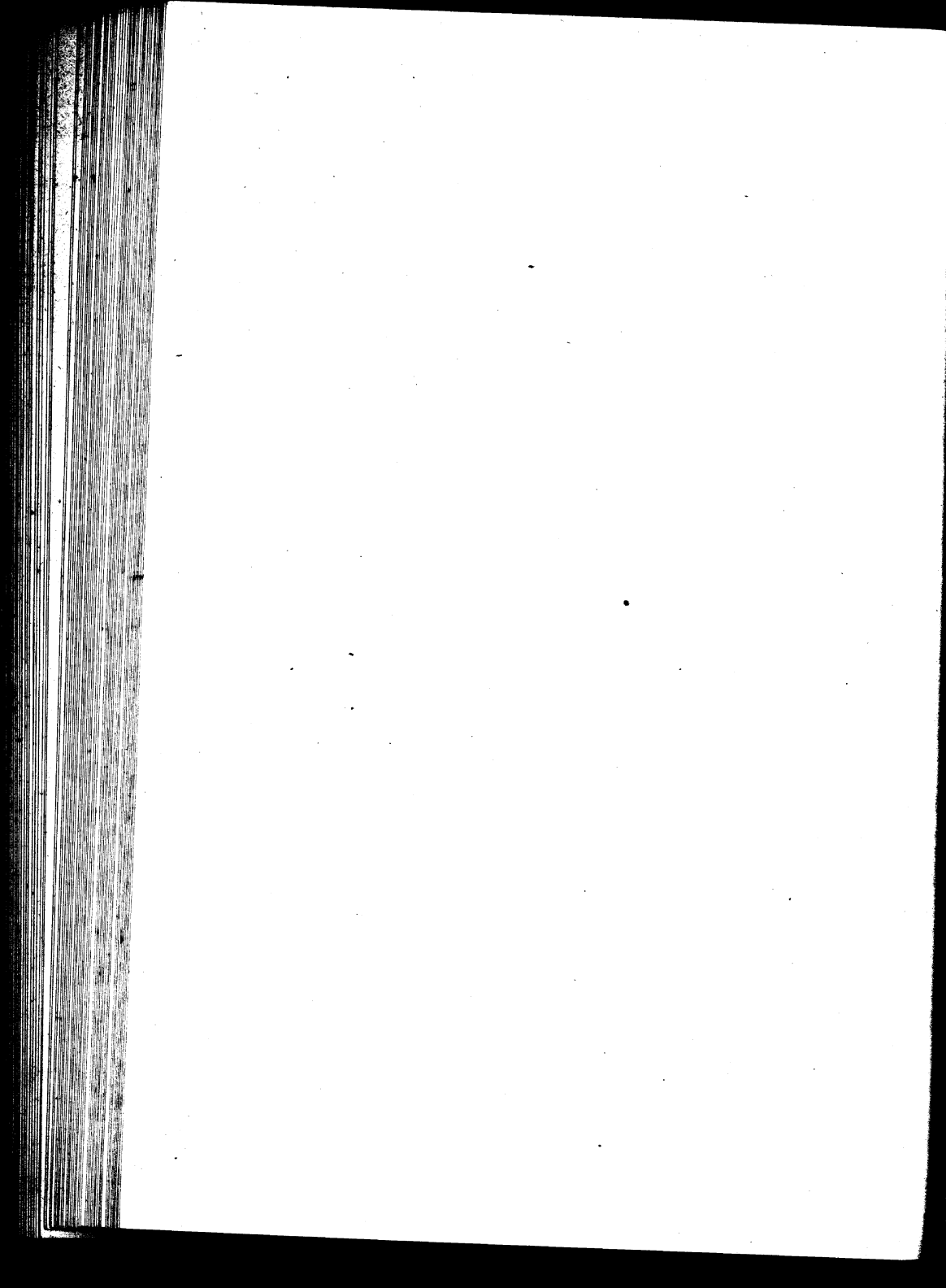
Tranquila, limpia y laboriosa, paseaba por los jardines y hasta servía de ayuda a sus compañeras de desgracia, hasta que una afección intercurrente —fiebre tifoidea— terminó su existencia, el 8 de marzo de 1910, en pleno período megalómano.



SEGUNDA PARTE

LOCURA SISTEMATIZADA MÍSTICA Ó RELIGIOSA

(Delirio religioso; Paranoia religiosa; Demoniomania Teomania)



CAPITULO I

IDEA HISTÓRICA

Las concepciones delirantes presentan en general, ha dicho Marcé, la impresión del medio en el cual ha vivido el enfermo y varían singularmente según la época, los prejuicios sociales y las ideas reinantes

Esta verdad se erige en postulado, cuando se estudia la historia de las locuras místicas o religiosas, que tanto han agitado el espíritu humano bajo el imperio de las supersticiones.

Vamos a hacer una excursión al través de los tiempos, para conocer cómo los errores y la ignorancia han oscurecido la nosografía mentalista, extraviando las luces de la ciencia.

Alienistas clásicos como Esquirol y Calmeil, nos han dejado hermosas páginas que pintan con mano maestra, tales estados de atraso y abandono.

El término *demonio*, entre los antiguos, no se tomaba en mal sentido : él significaba espíritu, genio, inteligencia (*sapiens, sciens, etc.*).

Para Platón el demonio fué el primer genio que gobernó al mundo.

La naturaleza de los demonios, dice este filósofo griego, es intermedia entre la de los mortales y la de los dioses, ella es la que interpreta y trasmite las cosas humanas a los dioses, y las cosas divinas a los hombres ; las plegarias y los sacrificios de los unos, y los preceptos e instituciones divinas de los otros. Los demonios colocados en medio, completan el todo, y por su lazo, el Universo se halla unido en un solo haz. Por medio de la naturaleza demoníaca, nos llegan las profecias de toda clase, lo mismo que el Arte sagrado concerniente a los sacrificios, a las lustraciones y a los encantamientos. Dios no se mezcla con los hombres. Sólo por este intermedio tiene lugar todo comercio y todo coloquio entre la Divinidad y los humanos, lo mismo si están despiertos que si están dormidos», luego sigue el mismo filósofo diciendo «los demonios van vestidos de aire, andan errantes por las aguas, se ciernen sobre los astros, y se alojan en el interior de la tierra».

Sócrates hace a estos genios compañeros inseparables del hombre. Según él, cada hombre tiene

uno ; todo lo que piensa y ejecuta es obra de un demonio que se lo inspira, y afirma de sí propio que a todas horas oye el suyo.

¡Cuánta influencia tuvo sobre la humanidad la neurósís de un filósofo !

Los *caldeos*, afirman que el alma de los difuntos sale a perturbar a los vivos, afectando diversas formas y a esta alma le llaman *utuku* (demonio).

Los *judíos*, atribuían todas las enfermedades a los genios, demonios, etc. Saúl había sido agitado por un maligno espíritu y la disenteria que mató a Joram, reconoció la misma causa.

Trascienden y se propagan luego estas ideas en Roma y hallan confirmación en muchos que afirman que genios salidos del Tártaro, les han contado durante la noche, los sufrimientos de los condenados. Los patricios a causa de su vida disipada, son presa de una sobreexcitación nerviosa. Los delirios, las alucinaciones que sufren, ya nadie los atribuye sino a los demonios.

Pronto los terrores sagrados se acentúan : la cólera de los dioses es ya espantosa, y se muestran en perspectiva para después de la muerte. Para impedir el mal, no se encuentra otro medio que el de amedrentar con las penas de ultratumba, y cítanse como ejemplos, los eternos castigos, el tonel de las

Danaides, que jamás se llena; el hígado de Prometeo que sin cesar picotea un ave; las entrañas de Tityo renaciendo a medida que el buitre las devora; el padre de Pelops, que en vano se esfuerza por coger los frutos que tiene cerca y el suplicio de Tántalo en eterno sobresalto, con el peñasco siempre suspendido sobre su cabeza.

Los que creen en el Tártaro consideran a Minos como a un juez inflexible, de fallos tremendos, que cada día manda más condenados al profundo.

Virgilio que había cantado un infierno que preludiaba al cristiano, aparta la vista con horror, ante los tormentos. En su infierno gimen más bien los criminales que los impíos.

Otros poetas de extraviada imaginación exageran con gozo los horrores de ultratumba; dicen que el Aqueronte no conduce agua sino sangre, que arrastra miembros humanos, cráneos despedazados, que sus ondas en lugar de murmurar, gimen de dolor.

Ovidio desarrolla su más exquisito lujo para describir torturas y espantos que aterran.

Empiezan las furias a azotar impíos; las harpías arrebatánlos en vida; la obscuridad del Tártaro, se iluminan al resplandor del fuego que en él se enciende; entre sus brasas se retuercen venenosas culebras... a través de las abrazadoras llamas la silueta del diablo iba perfilándose. El enfierno se

constituyó y solo faltaba que Satán viniera a habitarlo.

La sumisión a lo divino, eclipsó la noción de justicia.

Todos estos sentimientos adornados más de penas que de tranquilidad, inspiraron desde la primera edad una especie de melancolía religiosa y fué la lipemanía la forma de alienación mental más general y expandida en todos los pueblos.

Cuando el hombre, abandonando el culto de un Dios verdadero cae en la idolatría, los primeros dioses que adoró fueron los astros: éstos fueron los objetos que impresionaron más vivamente los sentidos y los que ejercieron sobre él, una influencia activa y continua.

La melancolía religiosa fué considerada como dependiente del curso de los astros: su periodicidad fortificó tal creencia. Tales alienados fueron llamados *maníacos*, del término griego *luna*; los latinos les llamaban *lunáticos*, que los americanos conservan y los ingleses también (*Lunatics*).

Cuando la doctrina platónica vino a complicar las ideas teológicas, las enfermedades nerviosas y mentales, fueron consideradas como afecciones sagradas. Entre los alienados, los unos eran alegres, audaces, temerarios, se decían inspirados: se les creyó felices, amigos de los dioses y fueron presen-

tados a los pueblos como enviados por el cielo. Estos explicaban los oráculos a su manera o por cuenta de los sacerdotes.

Los otros alienados por el contrario, eran tristes, tímidos, sin espíritus, temerosos, poseídos de terrores imaginarios, se decían dañados; fueron tomados como objetos de la maldición celestial y candidatos a ser devorados por los poderes infernales.

La inquietud, el espanto exageran, desnaturalizan todo: se quería leer en el porvenir lo que se debía creer o esperar; se evoca las almas de los muertos, después de haber consultado los astros y los oráculos.

Los Orficos, dieron nacimiento a la ciencia de las evocaciones, del sortilegio y otras semejantes prácticas misteriosas: la magia y la superchería entraron en el culto religioso.

Los adivinos inundan el imperio: varios emperadores hacen tirar su horóscopo. Marco Aurelio les consulta. Otros patricios hacen venir de la India y Frisia, astrólogos y augures versados en el conocimiento de las influencias siderales.

La plebe va en largas hileras a la casa de las pitonisas para oír hablar a los muertos. Los sacerdotes caldeos son reverenciados; la locura es un don del cielo; el histerismo, posesión divina; los delirantes, son profetas.

El *cristianismo* concreta las ideas religiosas, a la unidad de Dios : hizo callar a los oráculos, iluminó a los hombres, consagra la opinión de Platón y de Sócrates, sobre la existencia de los demonios, operando una gran revolución en las ideas.

Se exageró el poder de los espíritus sobre el cuerpo ; el temor de ceder a las instigaciones del diablo, inspiró el terror ; se creyó esta vida en poder de los demonios.

Así los *demoniomaníacos* se multiplicaron, lo que prueba la institución del *exorcismo* en la iglesia primitiva. Se recurre a sus desgraciados poseídos. Los alienados de una región, se reunían en una determinada iglesia, adonde concurría el pueblo a presenciar tales solemnidades ; la presencia de los obispos, la pomposidad y el aparato, hacían ganar la confianza de estos enfermos, lo que influía en su imaginación contribuyendo al mejoramiento o cura de alguno que otro de estos infelices.

Se creía en los milagros y esta persuasión fué una nueva fuente terapéutica : en lugar de medicamentos, los médicos recetaban amuletos y conjuros. Aquellas funciones religiosas, que en algunas aldeas francesas se celebraron hasta mediados del siglo XVII, no deben ser confundidas con las llamadas *fiestas de los locos*, bizarras saturnales que se efectuaban por los siglos XIV y XV.

Cuando el fogoso Lutero, con el pretexto de atacar tantos abusos, se esfuerza en reformar la iglesia, las discusiones religiosas, fueron el motivo de todos los entretenimientos, el tema de los predicadores y el eje de los actos políticos. Los diversos partidos se amenazaban, con la maldición eterna.

El fanatismo se revela, la melancolía religiosa, se une a todos los males que habían provocado los innovadores. Calvino las agudece, luego : no se vé por todas partes sino excomulgados ; los condenados y los hechiceros se aterrorizan ; se crean tribunales, el diablo fué citado a comparecer y los pobres poseídos fueron arrastrados a las hogueras que tantas víctimas quemaron, después de hacerles un juicio especial que consistía en el renunciamento a un pretendido pacto, que estos enagenados habían hecho con el diablo.

En estos tiempos de tanta barbarie, se propagaban las más fabulescas invenciones por una especie de manía de atribuirlo todo al demonio.

Desde que se les creyó menos, el poder diabólico inquietaba poco. La imaginación en reposo, cuando ya no se quemaban locos, hizo desaparecer magos y hechiceros.

Pero muchos individuos tenían miedo a la policía, como en otros tiempos el temor se refería a los astros y los demonios.

Este temor era mayor y más funesto desde que la policía adquirió más influencia en aquellos tiempos de trastornos y luchas civiles.

Los alienistas no se asombraban ver en los hospicios, a estos nuevos enagenados, que reemplazaban a los demoniomaníacos. Ahora el miedo era al suplicio, la prisión, etc.

Es siempre la debilidad del espíritu humano, el espanto, etc., lo que actúa en estos enfermos.

Los médicos y algunos hombres superiores, han combatido en todas las épocas estos prejuicios que hacían desconocer las verdaderas causas de las enfermedades nerviosas y mentales.

Hipócrates y sus discípulos, aseguran en el libro que trata de las *enfermedades sagradas*, que no puede haber estados mórbidos causados por Dios. Areteo es de la misma opinión.

Cardan, Corneille, Looz, José Duchêne, Bayle, Bekker, Mead, y otros autores citados por Esquirol, defendieron a estos infortunados, contra los prejuicios y supersticiones, frente a los sostenedores de los errores : Del Río, Bodin, Pierre de l'Ancre, etc.

Los parlamentos anulaban numerosos arrestos y d'Aguesseau en un bello pasaje exclamó en pleno parlamento, que para hacer cesar la hechicería, era suficiente con no hablar de hechiceros, de no acordar mayor importancia a estos asuntos, y enviar a

estos enfermos, más dignos de lástima que culpables, a poder de los médicos.

Hubo una jurisprudencia contra la hechicería y la magia, como hubo leyes contra el robo y el asesinato.

Esa exaltación de la imaginación que tanto entretuvo al espíritu con base quimérica, ha ido desapareciendo con los progresos de la verdad : Una educación mejor, libre de prejuicios, ha destruído tantos errores luctuosos, aboliendo la hoguera y abrió campo amplio y fecundo a la verdad científica.

CAPITULO II

ETIOLOGÍA

El delirio sistematizado crónico a forma religiosa, se desarrolla frecuentemente en sujetos de herencia psico-neuropática, pero esta condición no es indispensable, pues se han observado casos en los que los atacados eran personas aparentemente sanas.

La educación y el medio parecen tener una acción preponderante sobre la orientación del delirio en el sentido místico.

El factor sociológico tiene tanta importancia en patología mental, como en criminología : los progresos de la antropología así lo demuestran.

Un hecho real limita en tal sentido : los caracteres diferentes que el delirio religioso ha asumido al través de las épocas remotas, con los pueblos,

las creencias del momento, etc., como hemos descrito en la historia de esta afección, verdaderos acontecimientos colectivos, que lejos de ser actos superficiales y de pura forma, asumen mayor relieve cuando se les analiza profundamente.

En repetidas ocasiones, los alienistas han registrado este delirio en sujetos que desde la infancia tenían disposiciones hacia las prácticas religiosas, tendencias que en la adolescencia y la pubertad, progresaban y luego aparece el raciocinio dogmático, el estudio de los martirios, etc., vale decir, una verdadera exaltación mística.

Las neurósis histérica, epiléptica o hipocondríaca, es frecuente en los candidatos a la locura religiosa y según el delirio, reconoce como punto de partida, los estados de éxtasis histérico, o en los epilépticos, los delirios religiosos de estos enfermos.

Casi siempre son sujetos excitables, de una inteligencia ordinariamente débil.

CAPITULO III

EVOLUCIÓN Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Cuando aparece constituido el delirio, no es sino una amplificación patológica de las tendencias anteriores, una hipertrofia mórbida del carácter en un terreno psíquicamente miserable.

Se distinguen dos formas principales de delirio místico : 1º la forma expansiva o *teomanía* ; 2º la forma depresiva o *demoniomanía*.

Describiremos únicamente la forma expansiva porque es la única que aún se observa : La forma depresiva va delineada en la parte histórica de este trabajo y es muy raro el caso dentro de la literatura médica actual.

Como todo delirio sistematizado crónico, el delirio religioso presenta en su marcha tres períodos :

1º período, de *preparación o incubación*; 2º período, de *estado*; 3º período, de *declinación*.

Primer período — (De incubación o preparatorio). Remonta, como lo hemos afirmado ya, a la infancia y pubertad.

Caracterízalo la aptitud especial de estos enfermos, a las emociones religiosas, las prácticas al culto, etc. Son esos entusiastas asistentes a todas las ceremonias de la iglesia, esos ardientes postulantes que desean ingresar a los seminarios, conventos, esos líricos personajes que anhelan evangelizar pueblos salvajes, etc. Estas preocupaciones elevadas coexisten generalmente con una viva excitabilidad genital, que satisfacen con la masturbación, pero que determinan una tenaz lucha moral, algunas veces muy penosas, accesos de remordimientos, de desfallecimientos, etc.

La excitabilidad genital se traduce así, bajo una forma indirecta e inconciente, por una especie de misticismo erótico que se dirige a tal o cual santo en particular, algunas veces hacia un sacerdote, cuya presencia deseada o al solo recuerdo, les procura sensaciones especiales y vivas.

Desde este período, los futuros delirantes, están absortos en los ejercicios de la piedad, en hondas meditaciones sobre lecturas de obras místicas. Así

distraídos, pierden el gusto y luego el hábito del trabajo.

Ciertas veces aparecen en este período, las alucinaciones visuales, bajo forma de apariciones seráficas, que son un verdadero deleite para estos enfermos, como en nuestra primera observación clínica.

Segundo período — (De estado). El comienzo de este período, es provocado por influencias deprimentes, físicas y morales. Como causas físicas, la más importante está representada por los excesos sexuales o los abusos de la masturbación; las enfermedades graves, las fatigas, las vigiliass prolongadas, etc., desempeñan también su rol como causas determinantes.

Las causas morales son los reveses de la suerte, los amores contrariados, etc.

Numerosos tratadistas insisten sobre la influencia particular que ejercen los sermones de ciertos predicadores vehementes sobre estos espíritus enfermizos.

Actuando sobre un cerebro en estado de inminencia mórbida, aparece el delirio, en medio de una fase de excitación más o menos intensa. Una vez organizado el delirio, éste se caracteriza por ideas delirantes múltiples, alucinaciones y trastornos de la sensibilidad general.

Las ideas delirantes religiosas, son el desenvolvimiento de aquellas ideas ténues que existen en el período de incubación ; las alucinaciones las fijan y precisan. Los pacientes redoblan sus prácticas místicas, pasan sus días orando y no tardan en comunicarse con Dios, con la Virgen, los santos, etc.

Tienen apariciones más frecuentes : aureolas luminosas, cielos entreabiertos, personajes imponentes, etc., que ellos los interpretan y quieren encontrar en todo ésto, reglás de conducta.

Estas apariciones en su principio, son ordinariamente silenciosas : ellas se hacen comprender por gestos o por medio de banderillas que llevan inscripciones. Los enfermos asombrados, creen conocer la voluntad divina, hablan y bajo la influencia de su imaginación sobreexcitada y de su voluntad absorta, llegan a entender una voz que les conforta, que les hace promesas, les trasmite órdenes o le confía una misión especial.

Comunes pero no preponderantes, son las alucinaciones visuales.

Las visiones y las voces se manifiestan al enfermo, durante las crisis de éxtasis, de alborozo, que se acompañan habitualmente de fenómenos catalepticos, cuya intensidad y duración son variables.

En otros casos, existen alucinaciones olfatorias (olor de azufre) que revelan, según los enfermos, la presencia del diablo.

Los trastornos de la sensibilidad general y de la cenestesia da lugar a sensaciones de temblor, de calor interno, que para el paciente, son el indicio de la presencia divina, del soplo celestial que los penetra y los transforma. En la forma depresiva (demoniomanía) por el contrario, son sensaciones penosas, que acusan la acción diabólica.

Los trastornos psico-motores son frecuentes: consisten en sensaciones de desplazamiento del cuerpo, de levantamiento, etc.

Las alucinaciones verbales motrices (voces interiores) se observan algunas veces, como en el enfermo estudiado por Lélut, que escuchaba después de mucho tiempo, voces distintas que venían del epigastrio, las que eran diferentes de las percibidas por el oído, y bien fáciles de distinguir de estas últimas.

Este sujeto sintió una noche la voz de Dios que salía de un disco luminoso. La visión durábale tres cuartos de hora.

Pero las ideas religiosas, las sensaciones de puro alborozo y las alucinaciones correspondientes, se complican, casi siempre con elementos de otra naturaleza. Nos referimos a las *ideas eróticas*, muy a menudo constante en los delirios religiosos sistematizados o no. Todos los autores, los modernos como los antiguos, han señalado esta mezcla y para Ball

«uno de los primeros caracteres de la locura religiosa, es la relación íntima y constante de las ideas místicas con las ideas eróticas».

Estas ideas especiales pueden estar más desarrolladas en la mujer y se acompañan de sensaciones genitales muy precisas y absolutamente místicas. Esto es para el enfermo una causa de trastorno profundo: atribuye entonces a la influencia del Maligno, estas ideas lúbricas y sensaciones voluptuosas. Trata de absolverse por la penitencia, el ayuno y las maceraciones; tienen momentos de duda, de desfallecimientos y de desesperación.

Esta lucha entre las tendencias contrarias, entre el bien y el mal, es característica de un trastorno profundo de la personalidad, de un verdadero desdoblamiento de la misma. Se acompaña a veces, de *ideas de posesión*. Estas crisis depresivas son pasajeras y con la sistematización creciente, aparecen, después de un tiempo más o menos largo, las *ideas de grandezas*, que disipan todas las dudas y angustias.

Si el enfermo es hombre, se considera un profeta, el representante directo de Dios en la tierra, con la misión de asegurar el triunfo de la religión en el Universo, etc.

Siendo una mujer la paciente puede tener una misión análoga pero se creen la madre de Dios fre-

cuentemente, entonces se explican las sensaciones que la trastornaron y ahora gozan sin remordimiento.

El pasaje a las *ideas de grandezas*, es entonces un carácter esencial del delirio sistematizado religioso, a evolución crónica.

A veces hay ideas persecutorias: los enfermos tienen que luchar contra el demonio y sus tentaciones; ahora tiene enemigos que se oponen a su misión, los cuales desconociendo su poder, tratan de oponerles obstáculos. Pero estas ideas persecutorias, secundarias por su desarrollo, también lo son por su importancia, ocupando siempre un lugar inferior dentro de la evolución clínica.

Los delirantes religiosos sistematizados, están generalmente animados de espíritu de *proseletismo*, ellos propalan a su rededor, la buena palabra, las virtudes, etc., con un enardecimiento contagioso.

En ciertas épocas algunos de estos enfermos resultan ser el punto de partida de una verdadera *epidemia de delirio místico*, dando lugar no sólo a extravagancias sino también a actos más graves y dañosos. Estos atacados, tienen una tendencia particular a las auto-mutilaciones y al suicidio; las mutilaciones, que ellos mismos se practican, se refieren a los órganos genitales. Se sabe por otro lado, que la castración y la amputación de los senos, son ritos habituales de la secta de Skoptzi.

La crucificación es un modo de suicidio que algunos alienistas han observado, entre algunos fanáticos que querían imitar el sacrificio de Cristo.

Un caso célebre de auto-crucificación es el de Mateo Lovat, un pobre zapatero que murió en esta forma y cuya historia clínica, puede leerse en el tratado de Esquirol.

Los más moderados, se contentan con mortificarse por medio de cadenas de hierro armadas de puntas que penetran en la carne. Estos sufrimientos y la muerte voluntaria, son a la manera de ver de estos enfermos, agradables a Dios, sin contar que aseguran su futura vida eterna. Así por ese remarcable espíritu de proleísmo, hacen lo posible para procurar a su prójimo, la misma felicidad que ellos creen asegurada. Del suicidio y de auto-mutilación, estos enfermos van hasta el homicidio. No es raro tampoco, que algunos de estos enfermos maten a sus propios hijos, en la convicción de que así van a ir al Paraíso; otras veces obedeciendo a una alucinación imperativa, cometen homicidios impensados, como el caso que trae Calmeil en su obra: un enfermo alucinado, cortó la cabeza de su hermana, imitando el sacrificio de Abraham, en presencia de su familia y exclamó luego: «la voluntad del Padre Eterno, está cumplida».

Se encuentran numerosos ejemplos de estas cla-

ses de epidemias, sin remontar a la edad media.

En los siglos XVIII y XIX se han observado en Rusia, numerosas epidemias de suicidio religioso, en las cuales los pacientes se hacían enterrar vivos, o perecían dentro de una bóveda o tumba. La última de estas epidemias, estudiadas por el profesor Sikorski, es algo reciente, se desarrolló en Ternovo (en la Rusia meridional) el año 1897.

Unos fanáticos que formaban una comunidad titulada los «viejos creyentes», bajo la influencia de uno de ellos, habían resuelto morir, antes que dejarse inscribir en los registros de empadronamiento, lo que ellos consideraban un sacrilegio. Uno de ellos fué encargado de llenar y amurallar las fosas que las mismas víctimas, habían cavado. El compañero encargado de tan triste misión, ayudó a morir a 25 personas, pero él no tuvo el coraje necesario para cumplir el juramento. Así desaparecieron aquellos religiosos, escapándose de sus imaginarios perseguidores.

No hay alienado más dañino tanto para sí mismo, como para los demás, que un delirante sistematizado religioso, ha dicho con todo talento Schüle.

Tercer periodo — (De declinación). La actividad del delirante, termina por atenuarse progresi-

vamente. Las alucinaciones y las sensaciones de éxtasis, pierden sus vivacidades.

Las ideas delirantes son estereotipadas, sin variedad y sin brillo : los enfermos se encierran en fórmulas monótonas, repiten siempre las mismas palabras, ejecutan los mismos actos, adoptan actitudes conformes a su misión imaginaria, ya no les interesa que se les interrumpa en sus oraciones o se les discuta asuntos religiosos.

Se observa así algunas veces, períodos en los cuales el enfermo presenta síntomas *cataleptoides* : el sujeto permanece inmóvil, parece que no vé ni entiende nada, y hasta no se alimenta.

Al cabo de cierto tiempo, los movimientos reaparecen, y el paciente toma nuevamente su habitual existencia.

Por excepción esta enfermedad, termina en la demencia.

CASOS CLÍNICOS

I

María Josefina M., del Servicio « Pinel » a cargo del doctor Adolfo Valdez, es una aristocrática solterona, de 43 años de edad, católica y que tiene, cuatro entradas en este hospital.

Durante su juventud, fué de caracter bondadoso, dócil con los suyos, amable y caritativa con el prójimo. Siempre tranquila, enemiga de rencillas, recibió esmerada cultura en los principales establecimientos de instrucción religiosa. Gustaba poco de la sociabilidad mundana, raras eran las veces que se la veía de paseo ; su inclinación, sus deseos mejores, eran asistir a las fiestas de la iglesia. Diariamente con su libro de oraciones, se dirigía a oír sermones, pláticas sagradas, etc.

Tiene un hermano alienado, en el Hospicio de las Mercedes.

Contraria por temperamento a las emociones amorosas, nunca sintió inclinaciones por hombre alguno. Creía que para servir á Dios con altura y sana moral, los placeres de la carne, deben desecharse para merecer el premio celestial.

Estas tendencias místicas, iban en aumento creciente, hasta que arrastrada por un verdadero fanatismo, ingresó de monja en el convento del Sagrado Corazón de Jesús. Allí fué tal vez la más ardiente de las hermanas en sus prácticas seráficas: rezaba días enteros y en actitudes extasiantes, encomendaba su espíritu a Dios. Tuvo varias crisis nerviosas, y como éstas se repitieran, la familia, se vió obligada a retirarla de la vida claustral.

De nuevo en su hogar, lejos de calmar su exaltación mística, continuaba rezando y asistiendo a todas las ceremonias del culto católico y volvió nuevamente a tener crisis nerviosas.

La internan por vez primera, el 14 de marzo de 1904.

Se presenta calmada, en actitudes extasiantes. Responde al interrogatorio, con coherencias. Bien orientada en las nociones de lugar y tiempo. Memoria y afectividad, normales.

Logorréica: su peroración es correcta en la forma, superficial en el fondo, llena de detalles, acompañada de gestos y mímicas de predicador. Los es-

tribillos que usa son : « todos mis hermanos » (refiriéndose al prójimo), « este mundo bajo y miserable », etc.

El eje de su ideación es un fuerte delirio místico, con alucinaciones visuales, auditivas, gustativas y olfatorias.

Dice que la mayor felicidad en este mundo, es ser una religiosa para sufrir por Dios, que así la vida se hará eterna y el demonio fracasará en su maligno intento de hacer tantas almas cautivas de su repugnante infierno.

Si se la contraría en sus convicciones, se disgusta y en términos enérgicos, repele la oposición. nos en espiral, el que es la tentación que quiere hacer alejar del trono de la Virgen ».

En cuanto a sus alucinaciones visuales, son agradables para ella, son apariciones en forma encantadora : ora es la virgen María, ora son los ángeles con sus trompetas anunciando la redención humana, ora es el Corazón de Jesús que le da la bendición, etc.

Al lado de estas embelesantes alucinaciones, que son todo un contento, tiene otras apariciones desagradables, como el demonio en forma de buey con cuernos de espiral, el que es la tentación que quiere hacerla torcer del buen camino.

Sus alucinaciones auditivas, se relacionan también con el mismo delirio : oye recitaciones, cán-

ticos, sermones y llega hasta distinguir claramente las prédicas del que fué su confesor favorito, el padre Jordán, por quien tiene el más profundo respeto de su memoria.

Las alucinaciones olfativas y gustatorias, son olores y sabores repugnantes en las comidas, frutos de la semilla sembrada por Satanás, que siempre trata de perjudicarla.

La atención es constante y su memoria presente y remota, está bastante conservada.

Los sentimientos afectivos y emotivos normales : recuerda a su familia con las buenas intenciones de regresar junto a ella.

Su conciencia, lo mismo que el raciocinio y el juicio para las diversas asociaciones ideativas, fuera del que es objeto su delirio, están conservados.

La personalidad de la enferma, es más o menos exacta : sólo hay una exaltación manifiesta de su ser, cuando es objeto de las preocupaciones teománicas.

No manifiesta trastornos de la actividad general.

Esta sintomatología ha sido durante toda su permanencia en la sala, el retrato mental de esta enferma, salvo ligeras variantes.

Periódicamente tiene accesos de excitación psi-

co-motriz, que la retienen en cama, usando sedantes durante semanas y hasta meses.

Ha salido tres veces de alta provisoria y ha tenido que reingresar por cuarta vez el 10 de julio de 1912.

Viene aflijida por la muerte de un pariente lejano, a cuyo hecho atribuye el actual estallido de su crisis mental.

La asaltan preocupaciones místicas exageradas, con ideas de persecución y alucinaciones sensoriales diversas, pero predominan las ideas religiosas de naturaleza agradable y protectora.

Ahora tiene espíritu de proleatismo : ella está convencida que su misión es defender la religión a costa de sacrificios, propagar la devoción a Dios, el culto a la fe en la vida eterna, donde ella localiza el origen de la dicha humana y cuyos beneficios piensa alcanzar.

Trata de convencer a las personas que la conversan, en sus creencias teológicas. A sus compañeras de hospital, les predica el bien, levantando los brazos y con aire protector y solemne trata de persuadirlas a que vayan a la capilla, a oír misa, que si no lo hacen van a ir derecho al infierno.

Tiene insomnios persistentes y crisis homorroidales.

Su estado de nutrición es satisfactorio : pesa 72 kilos y su talla es de 1.55 mts. Presenta una hipertrofia rugosa prerrotuliana a consecuencia de tantas veces que se arrodilla en sus oraciones religiosas.

Como decimos, hay épocas durante las cuales, se borran más o menos sus síntomas y tranquilizada vuelve a su casa : permanece algunos días o meses allí, para reingresar nuevamente al Hospicio.

II

Francisca O. de P., del Servicio «Eguia» a cargo del doctor Nogues, es una mujer argentina, de 32 años de edad, casada, con cinco hijos ; de escasa instrucción, lee y escribe.

Siempre ha sido de carácter nervioso y su enfermedad comenzó cinco días antes de ser internada, manifestándose bajo la forma de ideas persecutorias y místicas. Violenta, sumamente excitada, trató de agredir. Estaba inquieta y en continuos sobresalto porque creía que le habían hecho daño.

Con ese conjunto sistomático, ingresa el 28 de octubre de 1913, en un estado de honda agitación psico-motriz : acciona y gesticula desordenadamente, grita y canta.

Interrogada, responde con coherencias. Bien orientada en las nociones de lugar y tiempo ; conserva los afectos hacia el hogar abandonado.

Logorréica : su discurso es extenso, con pasajes brillantes, lleno de detalles referidos a una idea fija, según la cual, ella ha sido embrujada para dañarla ante Dios, para quitarle toda su esperanza celestial. Ha consultado a la Madre María, sin resultados palpables. Con todos estos malos ratos, ella siempre está con Dios, reza, ora y evoca su Magestad, porque es su único protector. Varias veces se le ha aparecido y ella se pone lo más contenta al referir tan hermosa alucinación visual.

Refiere que ha sostenido una lucha tenaz contra el diablo y la Madre María, de resulta de las cuales, ostenta en sus manos varias escoriaciones y equímosis.

En actitudes éxtasiantes, fija su mirada en el techo, junta ambas manos en beatífica manera, comienza a implorar favores santos, pide protección a sus penas. Dice que come por amor de Dios. Así ha permanecido unos quince días.

En las numerosas observaciones que tiene la historia clínica se hace constar que su sueño ha sido con hipnóticos algunas noches, cuando los terrores de sus enemigos la sobresaltaban.

Ha tenido incoherencias, intercalando maldiciones y palabras obscenas entre alabanzas a Dios y a los Santos. Alucinaciones auditivas y visuales. Facies de tristeza.

Comenzó después de unos 20 días a mejorar. Su delirio místico carecía de interés, se levantaba, rezaba poco y sensiblemente mejorada y con ánimo de trabajar se le da de alta el 20 de diciembre de 1913.

Al abandonar el Hospital dijo : « yo decía esas cosas, porque estaba mal de la cabeza ».

III

Antonia M., del Servicio «Eguia», a cargo del doctor Nogues, es una joven argentina, soltera, de 22 años de edad, que ingresó al hospital, el 28 de junio de 1913.

De mediana instrucción : lee y escribe. Se ocupaba en las labores domésticas ; no es alcoholista.

Siempre ha sido de carácter nervioso, pero no hay tara hereditaria conocida.

Su enfermedad comenzó cinco meses antes de ser recluída, y sus principales manifestaciones fueron : incoherencias en su lenguaje, abandono del trabajo y trataba de andar solitaria.

Al examen de ingreso, se consigna que llega tranquila, no oponiendo resistencia a penetrar al establecimiento. Su atención es móvil, pero sometida al interrogatorio responde con marcadas incoherencias y risas inmotivadas.

Su memoria está conservada, como la noción de tiempo. No sabe dónde se halla. Juicio auto-crítico, erróneo.

Las observaciones hechas en la sala, dicen que la enferma se alimentaba bien y dormía espontáneamente.

Incoherente siempre, cree que la toman por San Ramón, se dice estar en manos de santos, junto a ideas persecutorias, según las cuales malos espíritus tratan de hacerla salir del virtuoso camino que ella sigue en esta vida.

Su delirio místico, se concentra más tarde : cree que todos sus actos son obra de los santos, quienes les influyen su soplo divino. Se halla en estado de agitación por intermitencias.

Luego se hizo logorréica, y casi todas sus abundantes conversaciones giran sobre asuntos místicos : dice que sus parientes la mutilaron porque intentó suicidarse y que si ella quería desaparecer del mundo, era para ascender al cielo, a la diestra de Dios.

Hay hipermimias, risas abundantes y reza con desconfianza.

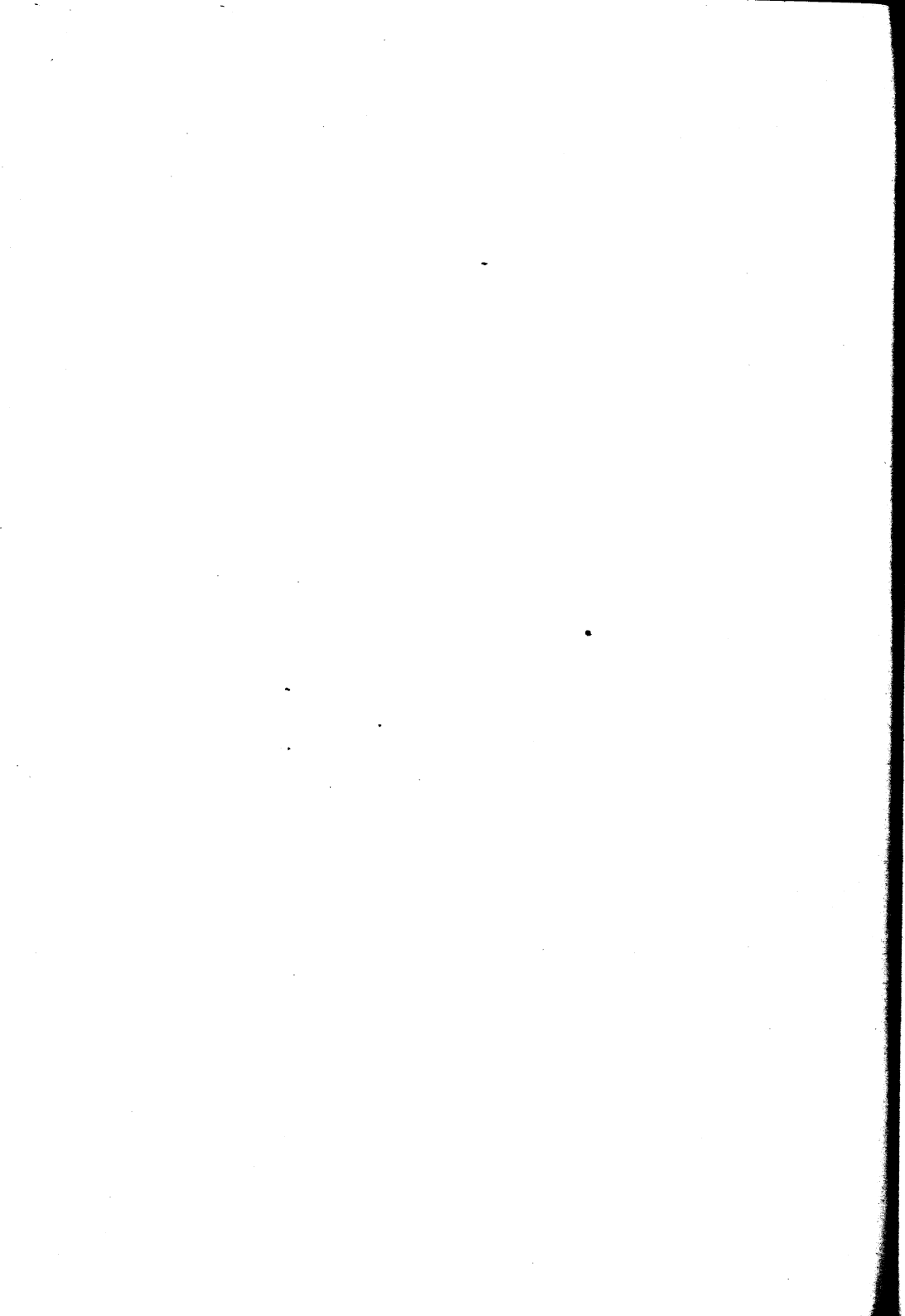
Es ociosa : descuidada en el vestir y sólo se preocupa en molestar a las otras alienadas con sus prácticas religiosas, que realmente cansan, pues sus ideas son vulgares y tiene pocos conocimientos en la materia.

En cuanto a su estado físico, es satisfactorio.

TERCERA PARTE

LOCURA SISTEMATIZADA ERÓTICA

(Erotomanía de Esquirol; Delirio erótico; Paranoia erótica)



CAPITULO I

DEFINICIÓN E HISTORIA

La erotomanía, tal como la ha definido Esquirol, está « caracterizada por un amor excesivo tanto para un objeto conocido como para un objeto imaginario ; en esta enfermedad la imaginación solamente está lesionada... el amor está en la cabeza. El erotomaniaco no desea, no sueña tampoco con los favores que podría pretender del objeto de su loca ternura ; ciertas veces su amor se manifiesta hacia seres inanimados ».

Entonces la erotomanía es una forma especial del amor mórbido, desprovisto de todo apetito carnal.

El erotómano, es en efecto un sentimental, un platónico ; en él, el sentimentalismo ha alcanzado un grado extremo, que indica claramente que esta-

mos en presencia, no sólo de un pasional amoroso, sino de un verdadero enfermo.

Este amor mórbido, había sido conocido por los antiguos. Los filósofos y los poetas han descrito estos deseos y los médicos de todas las edades, han hecho estudios.

Aristóteles, Orfeo, Salomón, Tasso, etc., dicen que se consumieron de amores insensatos; Aristóteles ofrecía a su esposa, el humo de los perfumes; Salomón llegó hasta la idolatría. Lucrecio despedazó a su hijo, en un acceso de amor.

En la *edad media*, se halla la erotomanía en los romances de caballería, en los romances de la Tabla Ronda, lo que no tiene nada de exagerado, si se sabe que en esa época, la mujer era objeto de un verdadero culto. Para agradarlas y obtener de ellas tan sólo una sonrisa ó una mirada ¡qué de extravagancias no se han hecho! Toda esa época, se resume en la divisa de los caballeros: « ¡Dios y mi dama!... ».

Según algunos autores, el inmortal Don Quijote, de Cervantes, no es sino el cuadro fiel de un erotómano a quien su delirio lo llevó a todas esas excentricidades, que con tanto brillo, describe el príncipe de la literatura castellana.

Dom Vaissette, en su « Historia de Languedoc » y Lacurne de Sainte-Pelaye, en su « Memoria sobre

la antigua caballería», hablan de una verdadera epidemia de erotomania.

En el siglo XIV, en la región de Poitou en Francia, se formó una sociedad de entusiastas, conocida con el nombre de « Gallois » y « Galloises ». Su gloria era representar el martirio del amor, y en tal sentido, sus miembros hacía los votos.

Este delirio los llevó a cometer actos extraños, como dice Moreau de Tours ; durante los fuertes calores, estos sujetos andaban cubiertos con vestidos de cueros de ovejas, otros andaban errabundos, casi desnudos, cubiertos de nieve, etc. Cada mañana, el carretón del Señor de la comarca, recogía algunos de estos infelices, muertos de frío unos, otros de fatiga y de hambre.

También hablan los autores antiguos de casos en que el objeto amado, era un ser inanimado.

Se cita el caso de Alkidias (de Rodas), que había sido atacado de delirio erótico, por la estatua de Cupido, de Praxiteles.

Variola refiere un hecho semejante en un habitante de Arles.

En este mismo orden de ideas, se puede añadir dos casos más : el primero es el de un jardinero que se había enamorado de una Venus de Milo, que estaba en el jardín donde él ejercía su oficio ; el otro caso pertenece al profesor Tarnowski, de un joven

de San Petersburgo que se enloqueció por una estatua que representaba una bella ninfa, adorno que se hallaba colocado en la terraza de un palacio.

Recién en el siglo XIX, la erotomania ha sido bien estudiada y clasificada.

De las tres facultades del espíritu humano, la voluntad puede ser considerada como un fenómeno reaccional de una de las otras dos : sensibilidad e inteligencia. Todo desorden, sea de la sensibilidad, sea de la inteligencia, tendrá por consiguiente su repercusión en los fenómenos voluntarios, es decir, que la voluntad está siempre perturbada, cuando una de las otras dos lo está.

Pero de estas dos últimas ¿ la una puede ser trastornada independientemente de la otra ? Es posible, pero en general, en los desórdenes primitivos de la sensibilidad (estado maniaco o melancólico) hay desórdenes de la inteligencia (ideas delirantes) ; estos trastornos son secundarios.

Bien pues ; hasta principios del siglo XIX, se admitía que en la locura, el desorden primordial era siempre el sensitivo (Griesinger).

Esquirol, Ferrus y otros reaccionan contra esta doctrina y demuestran que el trastorno de la inteligencia puede ser primitivo, que el mismo puede existir aisladamente, sin otra lesión del entendimiento,

como puede, secundariamente, complicarse con trastornos de la sensibilidad.

En virtud de este principio, Esquirol crea las *monomanías*, que las distingue en intelectuales, afectivas e instintivas, describiéndolas separadamente. La erotomania fué colocada en esta clase.

Le cabe a Esquirol la gloria de ser el primero en aislar esta enfermedad, dando en su hermoso tratado de 1838, una descripción completa.

Bien pronto se vió que las diferentes monomanías pueden coexistir en un mismo sujeto, que muchos se confundían. Otros autores demostraron que no puede haber lesión aislada del entendimiento sin participación de las otras partes (Fabret, Griesinger, etcétera). Las doctrinas de Esquirol fueron defendidas por Leuret, Georget, Guislain y otros.

En tal estado la cuestión, Morel en 1857, llama la atención del factor *herencia*, como noción etiológica de primer orden en la locura. Si bien es cierto, que antes de Morel se conocía tal factor, nadie lo había explicado y precisado ; se hablaba de alienados que nacían directamente de otro alienado. Morel demostró que la trasmisión por la herencia, no era de la locura propiamente dicha, sino de un estado mental que predispone.

La degeneración mental se aceptó desde entonces, como un hecho adquirido. No se tarda en hacer

notar que las diferentes monomanías de Esquirol no son sino formas múltiples de alienación inger-tadas todas sobre un fondo común : la *degeneración*.

El estudio se extiende y como lo que caracteriza estos estados, es la conservación de la conciencia, el enfermo razona bien, ellos han recibido diversos nombres.

Trélat los sintetiza en 1861, con el nombre de *locura lúcida*; Baillarger (1861) las describe bajo el nombre de *monomanías con conciencia*, y las divide en intelectuales e impulsivas. Las primeras están caracterizadas por una idea delirante que se impone al espíritu y resulta el punto de partida de una serie de deducciones lógicas que reglan la vida del enfermo; la erotomanía entró en este grupo.

En 1866, Jousset, pone en relieve su carácter *conciente pero irresistible*. El mismo año, Morel, estando con su fondo común, la degeneración, las describe con el nombre sintético de *delirio emotivo*.

Más tarde las discusiones y los trabajos no hacen más que repetir las mismas cosas. La erotomanía es una manifestación especial de la degeneración y la impulsión a amar, es descrita al lado de la impulsión a volar, a beber, a incendiar, etc.

Sin embargo, bajo el punto de vista de la degeneración mental, hay una distinción que hacer : la erotomanía no se observa entre los idiotas, ni en

los imbéciles, esta afección es especial, como los otros trastornos de la inteligencia, de los *degenerados superiores*, de los *desequilibrados*.

Los trabajos de Ball, Magnan, P. Garnier, etc., han mostrado en efecto, que los erotómanos deben ser colocados en esa categoría : uno de sus grandes caracteres, es la predisposición a las aberraciones del sentido genésico.

La aberración constituye una derogación a las leyes que rigen la sensibilidad propia de los órganos y de las facultades. Con este término, Moreau de Tours, entiende todos los casos en los cuales la observación constata un cambio contra-natura excepcional, patológico, que significa un desorde palpable del funcionalismo regular de una facultad.

Cullere, Taguet, etc., ven en el erotómano como un perseguido, pero un perseguido razonador, diferente por consiguiente del perseguido ordinario.

Todos tienen razón : el erotómano es a la vez lo uno y lo otro. Se encuentran, en efecto, en los erotómanos, los estigmas psíquicos y aún físicos de la degeneración. Forman parte de la categoría de individuos que en el mundo se llaman *los originales*, y *los excéntricos* ; se les trata de personas bizarras, de candidatos a la locura, etc.

La erotomanía es la contraria de la *satiriasis*, y *ninfomanía*, en las cuales la excitación sexual, es

tan vivaz que se hace imperioso calmarla con la satisfacción física. En la erotomania el amor es imaginativo, casto, la pasión absolutamente profunda, absorbe sus entretenimientos pero alejados de todo contacto carnal.

Los trabajos de Trélat, Legrand du Saulle, Magnan, Ball, Krafft-Ebing y otros demuestran que uno de los caracteres más importantes en las aberraciones sexuales de los degenerados, es su naturaleza *obsedante e impulsiva*. Esta obsesión continua a que está sometido el enfermo, no sólo traba el libre juego de su voluntad, sino que aniquila completamente esta última : el enfermo actúa como un verdadero autó-mata.

CAPITULO II

DE LA DEGENERACIÓN MENTAL

La degeneración mental es el fondo necesario de la erotomanía. El estudio de los fenómenos ligados a este estado, se resume en la constitución neuropática o *debilidad irritable nerviosa*. En estos sujetos, en efecto, el sistema nervioso presenta una fuerza de resistencia mínima, una susceptibilidad y una facilidad de agotamiento anormales. Las funciones cerebrales, comprendiendo las funciones psíquicas, se manifiestan o con una intensidad mórbida o de una manera imperfecta o perversa, según Krafft-Ebing.

Como todos los degenerados, frecuente es hallar entre sus ascendientes, a alienados, enfermos nerviosos, anormales bajo el punto de vista del carácter, o bien ellos han tenido en su juventud, procesos constitucionales que han ejercido influencia

perjudicando el desarrollo del cerebro o del cráneo, tales como afecciones cerebrales graves consecutivas a enfermedades infecciosas, raquitismo, traumatismos o las excitaciones del onanismo, han atentado el cerebro en vías de desenvolvimiento orgánico y funcional.

El desarrollo se suspende completamente y entonces nos da un *idiot*a, ó bien se hace un *anormal* o *perverso* : se tiene el degenerado, pero no se trata de una degeneración anátomo-patológica de la corteza cerebral, sino de una desviación funcional, permanente y progresiva.

Este funcionamiento anormal y pervertido del órgano central, se manifiesta por ciertos signos, a los cuales se les ha dado el nombre de *estigmas de la degeneración* y que se los encuentra entre los erotómanos como en todos los degenerados.

Estos estigmas se dividen : en estigmas físicos y estigmas psíquicos.

Krafft-Ebing, Magnan y Legrain, han hecho los más completos estudios sobre este tópico y siguiendo a estos autores, los resumiremos brevemente.

Estigmas físicos — 1º En el dominio de los procesos vitales, se encuentra : gran mortalidad entre los degenerados ; baja en la duración media de

la vida ; reacción insólita a las influencias atmosféricas, telúricas y alimentarias ; gran elevación en la curva de la temperatura durante las enfermedades febriles, que tienen una evolución y marcha típicas ; excitabilidad nerviosa extrema, pudiendo determinar algunas neurosis sobre todo en las épocas de la dentición, pubertad, menopausa, etc. ; entrada precoz a la pubertad, desarrollo prematuro del cuerpo y del espíritu, pero el cuerpo resta frágil, la tez fina, etc. ; constitución linfática, tendencia a las enfermedades constitucionales (anemia, clórosis, tuberculosis, etc.).

2º Del lado del sistema nervioso hay : excitabilidad anormal de los nervios sensibles, duración más larga de la emoción ; tendencia a la hiperestesia ; notación extraordinariamente viva de las impresiones para los sentimientos de placer o de desagrado ; falta de equilibrio en la inervación vaso-motriz. Esta falta de equilibrio se manifiesta por su intensa participación en las emociones psíquicas (palidez, rubor, palpitaciones, etc.).

3º En el dominio motor : estrabismo, tartamudez, contracturas, convulsiones y hasta fenómenos epileptoides.

4º En la estética general : distrofias, atrofas, malformaciones de la oreja, caracterizada sobre todo

por la ausencia del lóbulo o su escaso desarrollo y su adherencia. Asimetría facial, paladar ojival.

Estigmas psíquicos — Magnan los ha sintetizado con el nombre de «síndrome episódicos de los degenerados». Pero el primer carácter del estado mental de estos sujetos, el más importante (ya que todos los demás no son más que consecuencia del mismo), reside en la desaparición del equilibrio de las facultades, de la armonía funcional de los diversos centros. Este carácter es muy neto entre los erotómanos, donde los centros psíquicos funcionan sin la cooperación de los centros sensitivos y espinales.

Este desequilibrio puede invadir las tres facultades : las del sentimiento, la de la concepción y la de los fenómenos voluntarios.

Se puede, como muchos autores lo han hecho, dividir a los degenerados, en desequilibrados de la inteligencia, de la sensibilidad, y de la voluntad. Pero la voluntad no es sino un fenómeno reaccional de las otras dos facultades ; todo desequilibrio producido sea en la esfera de los sentimientos, sea en la esfera de las ideas, entrañará como consecuencia una desequilibración en la esfera de los fenómenos voluntarios.

1º Dominio de los sentimientos : el desequilibrio

se traduce por sensibilidad e irritabilidad sorprendentes de los sentimientos ; fácil producción del dolor y de emociones psíquicas. En muchos individuos de este género, existe por momentos una emotividad tal, que «cada pensamiento le produce una emoción».

Pueden producir este mismo efecto, ligeras indisposiciones, la menstruación o hasta un simple cambio del tiempo.

De allí que Magnan llame a estos degenerados los *emotivos excitables*, en el sentido que la impresión es en ellos profunda y en los *obsedantes*, en este sentido, persiste indefinidamente. En los erotómanos, como en los otros degenerados, las sensaciones y las imágenes se imprimen con una intensidad tal, que repercuten durante un tiempo indefinido, produciendo fenómenos de inhibición característicos de la obsesión conciente. En todo momento, están dominados por las mismas ideas, las mismas tendencias que son tanto más desordenadas, cuanto aquellas sean más concentradas o exasperadas por la contrariedad.

El temor, la esperanza, los celos, el furor, la alegría, etc., parecen concurrir todos a la vez, uno después del otro, para hacer más cruel el tormento de estos infortunados, los cuales descuidan, abandonan y hasta se fugan de sus parientes o amigos ;

dilapidan su fortuna y desprecian los convencionalismos sociales.

2º Por el lado de la inteligencia, hay facilidad de las representaciones, fuerza de imaginación extraordinaria, pudiendo hasta producir alucinaciones ; prontitud en las asociaciones ideativas. Por esto se vén muchos de estos enfermos, figurar dignamente en la sociedad : muchos son profesores, literatos, artistas, poetas, etc.

Sus cartas bien concebidas, poseen razonamiento irreprochables ; pueden seguir estudios y diplomarse en las Universidades, pero para Partemer, no son maestros de sus Facultades, por sus extravagancias y así, no obstante las ventajas intelectuales que los hacen capaces de trabajos científicos, la debilidad irritable le impide al individuo a arribar a resultados.

3º Por el dominio de la voluntad, como consecuencia de la falta de equilibrio en las otras facultades, encontramos los actos llamados *impulsivos*. Los enfermos se sienten impulsados, atraídos, durante los períodos que se hacen frecuentes y regulares, a actos extraños, extravagancias, violencias, etc., cuyo móvil está siempre en las concepciones delirantes. Son los sujetos que Morel los designa con el nombre de *hombres instintivos*. Sus concepciones

obsedantes, sus actos impulsivos, y sus extrañas asociaciones ideativas, justifican esta manera de ver.

Esta desequilibración total, puede traer como consecuencia, la pérdida completa del sentido moral. El enfermo no posee más la noción del bien y del mal.

El desequilibrio se manifiesta no sólo sobre las facultades propiamente dichas, sino también sobre el equilibrio cerebro-medular. Magnan y Legrain, han demostrado en lo que concierne a los erotómanos, que el centro psíquico posee un tonus exagerado, produciendo sobre los otros centros un fenómeno de paro o inhibición. O resumiendo se puede decir, que el carácter saliente de la degeneración mental es la *ausencia de sinergia*, en la cooperación de los diversos centros, que se traducen en los erotómanos por :

a) Predominio y tonus exagerado del centro psíquico.

b) Inhibición y paro de los otros centros.

Este es todo el secreto de la obsesión, dice el maestro Magnan.

En suma, lo que caracteriza al degenerado superior es la *falta de equilibrio y de ponderación*. Sus actos y sus concepciones no tienen punto, no obstante su extravagancia y su extrañedad, esta impresión de tontería es como la marca de la impotencia

intelectual. Lejos de allí, es susceptible de ideas generosas y de altas concepciones, pero su actividad cerebral actúa de un modo desigual y a sobresaltos.

El degenerado superior tiene entonces, un corazón preparado para recibir el amor mórbido. Algunas veces el amor aparece en estos sujetos, súbitamente, y por así decir, sin razón. Otras veces es el resultado de una serie de sugestiones, tanto del medio ambiente como del objeto amado, pero casi siempre la sugestión parte del sujeto mismo, se *auto-sugestióna*. Su amor se parece a la idea fija de los alienados, pero la idea viene de él, «si no se les aprueba su loca pasión, si se trata de mostrarles cómo su amor es ridículo e insensato, el enfermo, os dirá, dice E. Laurent en su obra «L'amour morbide», que sois hombres duros, de corazón seco, etcétera».

CAPITULO III

NOCIONES ETIOLÓGICAS

Fuera de la predisposición creada por la degeneración mental, poco sabemos sobre los factores etiológicos que pueden tener alguna influencia sobre el desarrollo de la erotomanía.

Es cierto que en el degenerado la tendencia anormal y especial del carácter determina la forma de su delirio : así se ve un sujeto desconfiado y solitario y resultará un perseguido ; un hombre egoísta, irascible, y defectuoso en sus ideas ser un chicanero y querellante ; una persona devota y excéntrica, será a la vez un místico ; finalmente un individuo afectuoso, amante pero exaltado en sus sentimientos, va derecho a la erotomanía.

En cuanto a la época de la vida en que se observa con mayor frecuencia esta enfermedad, es la

edad adulta, pero se han visto algunos casos entre niños y ancianos.

La pubertad tiene su influencia sobre la eclosión de esta afección. En esta época se produce el romance acariciado en las profundidades de la inteligencia. Las disposiciones mórbidas, se desenvuelven y se exageran : el delirio se constituye. Es suficiente una causa ocasional súbitamente puesta en juego para hacerlo aparecer (Ball).

La menstruación es considerada como influyente en los paroxismos amorosos. Se ha señalado también en ciertas erotómanas, crisis de ninfomanía aparecidas con la menstruación y desaparecidas con la misma, lo que da a esta enfermedad un sello especial.

La menopausa ha hecho eclosionar la erotomanía en algunas viejas. En un caso de Esquirol, por el contrario, a una erotómana le volvió la menstruación después de mucho tiempo que estaba en el período de la menopausa.

Las afecciones orgánicas de los órganos genitales, particularmente del útero, tiene su importancia : es posible que la irritación nerviosa que siempre es consecuencia de las afecciones uterinas predisponga á la erotomanía, pero predispone más á las otras anomalías sexuales, en las que interviene el elemento carnal.

La histeria ha sido considerada como factor etiológico : es un hecho común hallar en numerosos erotómanos, especialmente mujeres, los estigmas de esta neurósis, pero en estos casos hay simplemente una coexistencia de la histeria con una psicósis.

Vulgarmente, histeria y erotomanía son sinónimos casi siempre. A decir verdad, existe una manía histérica a forma erótica que puede llevar a la confusión, pero en esta última, las ideas amorosas se extienden a todos los objetos propios para excitar el sistema nervioso, mientras que en la erotomanía, los afectos tienen el carácter de la monomanía, es decir, son fijas y concentradas en un solo objeto.

Las influencias climatológicas son nulas. Portemer afirma que no obstante el calor que reina en Midi, los erotómanos del Norte de Francia, tienen la obsesión tan violenta como los del Sud, y se entregan a las mismas extravagancias. Lo mismo se dice de la influencia de un medio urbano o rural : la primera se admite generalmente. Los casos de erotomanía son más frecuentes, relativamente a la cifra de la población, en las ciudades. « Es que, como dice Jacoby, en los grandes centros están los talentos, las capacidades, todas las fuerzas vivas de la nación y producen por esta selección, las generaciones inteligentes, pero neuropáticas y estériles ».

Para Cullere, la razón de estas generaciones neuropáticas, estriban en el *surmenage* cerebral, el ardor en la lucha por la vida, los excesos de todas clases, el libertinaje, etc. Estas causas son más frecuentes en las grandes ciudades. Son factores de degeneración y secundariamente de erotomanía. Esquirol ha señalado casos de erotómanos en la campaña pero en mínima cantidad.

El sexo no tiene influencia especial.

Más característica y cierta, es la influencia que ejercen la educación y el género de vida : los erotómanos son casi todos, espíritus cultivados, han adquirido buena instrucción y excelente educación. Pero esta cultura está afinada con un sistema nervioso llevado a la exaltación por su debilidad irritable, resultado de la tara degenerativa.

Una vida afeminada, blanda y soñadora, una imaginación vivaz, la lectura de libros eróticos, de novelas amorosas, la frecuentación de los teatros, en una palabra, todo lo que represente una imagen cualquiera de la vida donde el amor entre en juego, son suficientes para producir un trastorno en estos sujetos, preparados para recibirlos.

Muchos autores dan importancia, al menos en el hombre, al onanismo, como causa de erotomanía. Esquirol ha señalado la continencia, que provoca una actividad muy enérgica y predispone al amor

platónico. Bien pues : todas las influencias que acabamos de señalar no son más que *causas predisponentes*.

Para que el delirio nazca tiene que intervenir siempre una causa ocasional : puede ser una lectura o un encuentro fortuito.

La aparición de esta afección, se remonta á un buen día en que uno de estos sujetos, encuentra en otra persona (de sexo opuesto), casi siempre de mayor nivel social, la personificación de su ideal. Los más insignificantes gestos de tal persona, son considerados por estos desgraciados, como manifestaciones favorables hacia ellos. Creen que ciertas aventuras de novelas eróticas, se refieren a ellos... hasta se les oye hablar solos en las calles, de sus imaginarias aventuras.... luego aparecen con frecuencia, alucinaciones auditivas merced a las cuales oye voces que le vaticinan su próxima elevación de rango. Así se instala el delirio.

Se ha querido dar un *asiento anatómico* a esta enfermedad : Esquirol lo sospechó y escribía que «esta enfermedad es una verdadera alteración de la sensibilidad y de la facultad pensante, para concluir que el encéfalo está lesionado pero no se sabe bien dónde se localiza».

Después de este autor, que así decía en 1838,

la anatomía patológica de la erotomanía ha progresado.

Sabemos que el cerebro está lesionado pero desconocemos dónde es su sitio : hay una laguna, una de las tantas cuya localización no se conoce aún en el estudio de otras enfermedades mentales.

Magnán en una Memoria a la Academia de Medicina de París, en 1885, se esfuerza en precisar no el asiento anatómico exacto, sino la zona cerebral de donde depende la erotomanía.

Según este alienista, tales enfermos se distribuyen en cuatro grupos : 1º los *espinales*, se reducen al reflejo simple. Su dominio se limita a la médula, al centro génito-espinal de Büdger, es el onanismo en el idiota completo ; 2º los *espinales cerebrales posteriores*, cuyo campo de acción se extiende hasta la región posterior del cerebro. Colocada detrás de la circunvolución parietal ascendente. Esta región contiene los centros sensitivos o perceptivos : así tienden a demostrarlo los experimentos fisiológicos recientes y algunos resultados anatómo-patológicos, en particular los que se refieren a la sondera y ceguera psíquicas. Esta zona de los centros corticales, no es otra que el substrato orgánico de los apetitos y de los instintos, el asiento del automatismo cerebral, todas las veces que por causas diversas, la región anterior viene a perder su

alta dirección funcional, como en el sueño o ciertos estados patológicos, como la epilepsia. En estos enfermos la sola vista, la imagen de un sujeto de sexo diferente, cualquiera que sean sus cualidades, ya sea hermoso o feo, provoca el orgasmo venéreo ; es el acto instintivo puramente brutal ; 3º los *espinales cerebrales anteriores*, en los cuales el punto de partida del reflejo está en la corteza cerebral anterior, y de allí toca a la médula ; hay allí una influencia psíquica que como en el sentimiento que los inclina están aquí pervertidos. Nosotros tenemos en efecto, la inclinación anormal de una mujer por un niño de dos años ; por otra parte el acto sexual en un hombre bajo la dependencia exclusiva de recuerdos de rostros de mujeres ancianas, etc. Para seguir, frigidez completa en la primera noche de las bodas, la imagen no ha sido evocada más ; 4º los *cerebrales anteriores y psíquicos*, son indiferentes al instinto de la generación ; la médula, el cerebro posterior permanecen silenciosos ; está instalado en plena región frontal, en el dominio de la ideación. Es el amor sin deseo venéreo, por fuera de toda preocupación carnal.

CAPITULO IV

SU EVOLUCIÓN Y TERMINACIÓN

La erotomanía tiene una evolución crónica, lenta y progresiva la que se hace lo más a menudo por sobresaltos. En toda esta evolución los hechos y los gestos del paciente, son el resultado de deducciones lógicas, sacadas de razonamientos justos.

El erotómano razona bien : lo que hace lo comprende y explica ; parece que la manera de conducirse es la misma que la de un hombre en plena posesión de sus facultades. Pero hay una diferencia y es el punto de partida de este encadenamiento de ideas : punto falso, es la idea delirante que traduce la forma de la lesión del intelecto.

Estas ideas falsas, son ayudadas por las ilusiones que conducen al enfermo a su apogeo.

El «yo» sucumbe sin resistencia ante las creaciones de la enfermedad.

La evolución general puede ser dividida en varios períodos : hay un estado de debut, donde se manifiestan los presentimientos y las suposiciones. Las impresiones provenientes de la esfera intelectual del paciente y de su individualidad se añaden a las percepciones recogidas del mundo exterior.

El paciente halla relaciones con estas ideas, considera tales relaciones como hechos adquiridos y actúa de conformidad con las mismas. Así se manifiesta el período de estado, caracterizado por la implantación de la idea delirante propiamente dicha. El erotómano interpreta todo lo que entra en el campo de su conciencia en el sentido de esta idea, sea favorable u hostil, resulta de ésto, el *perseguido amoroso*, y después el *perseguido perseguidor*. En este estado, pueden según Krafft-Ebing, Dagonet y Trelat, producirse verdaderas alucinaciones auditivas o visuales, mientras que otros autores la niegan. Estas alucinaciones están casi siempre en relación con las ideas de persecución que existen siempre en un momento dado, o con las ideas de grandezas que se encuentran siempre al comenzar el delirio. Se vé que los erotómanos pasan así fácilmente de una alternativa a otra, desde el punto de vista de su propia personalidad ; esta última puede ser

favorecida (megalomanía) o despreciada (persecución).

Como fenómenos reactivos secundarios, se producen emociones violentas, angustias, explosiones de desesperación, o por el contrario de entusiasmo. Ciertos enfermos tienen crisis de furor, que hace necesaria su reclusión si es que están con otros sujetos.

La marcha crónica de esta afección, se hace como hemos dicho, por sobresaltos. Estas crisis de emociones, tienen relaciones con síntomas somáticos: estado de excitación y de fluxión cerebrales, con insomnio, salivación o con los síntomas psíquicos de delirio, éxtasis, estado de agitación, verbigeración, etc.

Esquirol ha trazado con las siguientes palabras tal estado: «en la erotomanía, los ojos son vivos, pasionales, los propósitos son tiernos, las acciones expansivas, pero los erotómanos jamás pasan los límites de la decencia. Ellos se obligan a sí mismos; hacen del sujeto amado, un culto puro, a menudo secreto, se hacen sus esclavos, ejecutan sus órdenes, con una fidelidad pueril, obedecen a los caprichos de aquéllos. Están en éxtasis, frente a sus perfecciones, casi siempre imaginarias.

Desesperados por la ausencia del objeto amado, la mirada de estos enfermos está abatida, su rostro pálido, sus rasgos se alteran y el sueño y el apetito

se pierden. Estos pacientes están inquietos, desesperados, agitados, irritableš, coléricos, etc. La vuelta del objeto amado los embriaga de gozo, la felicidad se manifiesta de nuevo».

En estos estados donde la actividad de la esfera inconciente predomina, se forman nuevas series de ideas delirantes, continuación de las primeras. Después de numerosas *poussées*, al cabo de un cierto número de años y bajo la influencia del aislamiento en el Asilo (porque dejados en el seno de la sociedad estos enfermos son peligrosos) la enfermedad se termina por un estado de debilidad psíquica general, manifestada mejor por una indiferencia amorosa, que por defectos intelectuales. Estos enfermos terminan en la demencia según Ball, Esquirol y otros. En cambio para Krafft-Ebing y Cullere, la erotomanía como las otras paranoías o las locuras razonantes, no llegan directamente al estado demencial y sí cuando interviene otra causa. Cuando se observa la demencia, añade Krafft-Ebing, no puede ser sino la expresión de una senilidad precoz, de excesos alcohólicos o de masturbación o bien ella es el final de una psicosis de complicación.

La erotomanía existe sola en general, pero puede coexistir con otras obsesiones. Se concibe bien que sobre un fondo común (degeneración mental), las ideas delirantes de naturaleza diversa, puedan

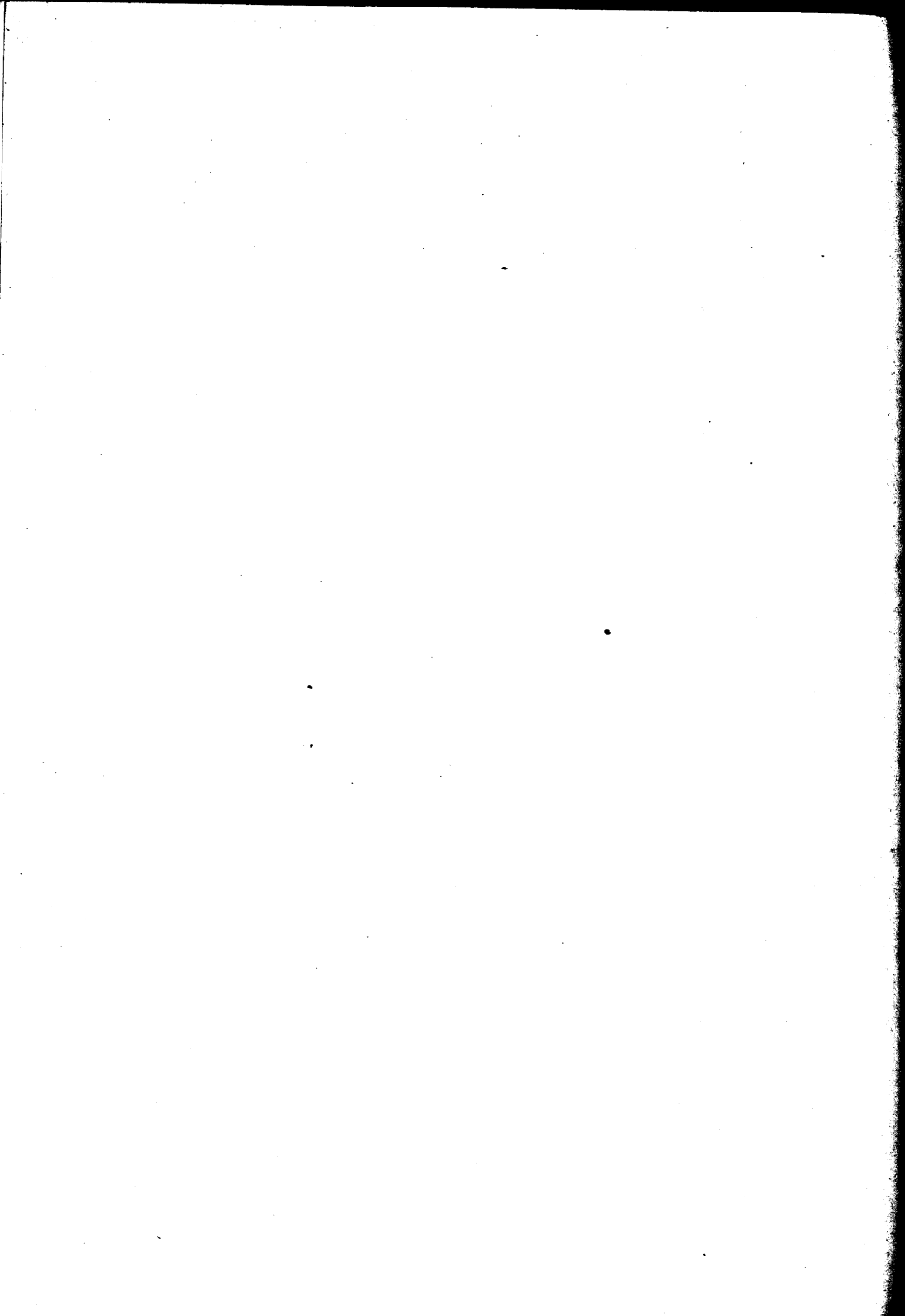
asociarse. Así se junta al *misticismo*, lo que no es de extrañar, sabiendo que los delirantes religiosos, no son más que erotómanos con objeto saturnal. Trélat cita un curioso caso de asociación con ninfomanía, en una mujer menstruando.

Para Esquirol, la erotomanía no siempre presenta la marcha lenta y crónica que hemos estudiado. Es tanto más violenta, escribe, cuanto más concentrada, hasta caen en una fiebre que Lorry llama la *fiebre erótica*, de marcha aguda, y una terminación más o menos peligrosa.

Este estado con gran palidez puede ser fácilmente confundido con la clórosis pero un atento examen evitará el error.

El médico con todos los antecedentes posibles, observará que el rostro del paciente toma color y se anima, que el pulso se hace más frecuente y fuerte, si se le pone a su vista el objeto amado o al sólo pronunciar su nombre o hablar del mismo.

Relata Esquirol casos en que jóvenes enfermos, llegaron a tal grado de depresión con fiebre, que cayeron en el marasmo y la muerte. Hay ejemplos clásicos como éstos: Hipócrates dice que Perdiccas, hijo de Amintas, rey de Macedonia, murió de amor por Phyla, la concubina de su padre. Galien cita el caso de Justino que se enamoró del histrión Pilade.



CAPITULO V

SU IMPORTANCIA MÉDICO - LEGAL

Mientras el erotómano no entrañe sino lágrimas, enternecimientos, escenas extravagantes y de desesperación, ellos pueden permanecer en el seno de su familia, pero cuando comete actos graves, necesariamente tiene que comparecer ante la justicia.

El homicidio seguido de suicidio sería el caso más frecuente entre estos alienados, pero hay que añadir además—porque son comunes las observaciones—el doble suicidio por asfixia en la misma habitación sobre el lecho.

En algunas cartas que dejan para algún pariente, amigo o la autoridad policial, justifican su muerte voluntaria y asignan como causa única un malquerer entre las dos familias o sólo de una de ellas. En dos casos de perfecta autenticidad, Legrand du

Saulle, estudia a dos jóvenes que habían dormido juntos y la investigación médico-legal había comprobado que la joven fué castamente respetada.

Pero cuando el amor no es pronto disuelto, se vé a uno de los amantes, armado, atentar violentamente contra la vida del otro ; hay un acto de profunda desesperación y que no es digno de atención, sino por cuanto está bien averiguado que el asesino no ha podido ceder a sus sentimientos de inícuca celosía, que ha sido impulsado al homicidio por un implacable odio, y que él, no ha satisfecho una horrible venganza. En otros casos se presenta todavía cuando la pasión no es recíproca o bien uno de los amantes altera los rasgos del otro, lo desfigura, lo priva de sus atractivos o lo mutila ; otras veces asesina a su rival.

Casos análogos ha descrito P. Moreau de Tours, con el nombre de *locura celosa*. En estos casos, donde el homicidio no ha sido seguido del suicidio del asesino, son en los que el médico legista tiene que intervenir. Estos hechos dan compasión e indulgencia, puesto que son la consecuencia de un estado enfermizo de la inteligencia y donde se puede demostrar la monomanía de que sufre el matador.

Por otra parte la erotomanía, puede determinar manifestaciones diversas. Si el enfermo es casado, dirige su protesta a una tercera persona, se

previene de lo que puede pasar en el hogar. El otro cónyuge puede ignorar el estado mental del paciente, se irrita, amenaza, golpea o bien intenta una acción de divorcio, cuando todo sería sencillo, si se sometiera el enfermo al aislamiento y el cuidado.

Se han observado casos en que los erotómanos, impulsados de desinterés, para colmar de presentes y regalos al objeto de su amor, llegan a despojarse de su propia fortuna, roban a su familia, exigen lo que no les pertenece, se vuelven ladrones por necesidad, habiendo casos en que bajo la influencia de su idea delirante, el erotómano puede desheredar a los suyos y hacer testamento a favor de la persona amada.

Así para decir cómo y por qué el médico legista puede y debe intervenir y cuál es la conducta a seguir en sus investigaciones y conclusiones, es importante discutir la cuestión de saber si el erotómano es o no responsable de sus actos.

Ante todo : ¿un alienado es responsable ? Así colocado, es fácil resolver el punto.

Un alienado, en efecto, no es un hombre que se equivoca : es un enfermo preso de un estado patológico tal, que la sociedad o la familia deben interponerse, substraerlos de su voluntad y tanto la una como la otra, deben conducirlo, defenderlo, vigi-

larlo o cuidarlo. No obstante que la ley proclame la libertad humana, el alienado cuyos actos están subordinados a su enfermedad y por lo tanto no es aplicable, como consecuencia, sino con el principio de la libertad individual. «La ley, dice Legendre du Saulle, esa moral escrita de la sociedad, no puede recaer sino para el hombre libre, que goza de la razón en el momento cuando comete un acto que sabe es contrario al bien».

El libre albedrío, no reside de una manera absolutamente exclusiva en poder cometer el acto que se quiera. En alienación mental, es inexacto decir que el hombre libre, es aquel que tiene voluntad y pueda manifestarla; numerosos alienados manifiestan su voluntad y sin embargo, bajo el punto de vista de la responsabilidad moral, ellos no son libres. Obedecen, fatalmente, por el solo hecho de su enfermedad, a una fuerza superior a su voluntad.

Es que la voluntad no es una facultad independiente, susceptible de actuar libremente en todos los casos, cuando no esté lesionada: su acción está subordinada al funcionamiento regular de las otras facultades.

Cuando se pregunte al médico legista, si el acto cometido por un reo que se supone esté alienado, ha sido *voluntario*, es difícil responder afirmativamente, porque si la responsabilidad es la conse-

cuencia de la manifestación de la voluntad, el alienado sería reconocido culpable y condenado.

La cuestión se hace diferente, cuando si en lugar de investigar la alienación mental en general, se quiere determinar cuál forma revista, en una palabra, cuando se coloca en presencia de una abstracción pero de realidad viviente.

Es diferente cuando se halla frente a esta categoría de enfermos que Esquirol llamó los monomaniacos : en estos últimos, el delirio es bien organizado, bien sistematizado y los enfermos pueden resultar dañosos. Para bien decir, todas las formas de monomanías intelectuales, pueden conducir a atentados contra las personas. En todos estos casos, el asesino ha premeditado, ha razonado perfectamente ; a los ojos del enfermo, el atentado es legitimado por la serie de deducciones lógicas partiendo de la idea delirante primitiva.

Delasiauve se entretuvo una hora en un frenopático, junto a una dama que sufría de erotomanía, y no obstante estar prevenido, este alienista no pudo sino admirar «el resplandor de una viva inteligencia y el testimonio de una educación distinguida».

Relatando este hecho, el mismo autor emite esta opinión : «se puede divagar sobre un punto, guardar un razonamiento correcto sobre los otros, aban-

donarse en la esfera delirante a actos bizarros sin transgredir las conveniencias sociales».

Esta particularidad del estado mental de los monomaniacos es lo que ha hecho preguntar si se los debe considerar como irresponsables en la esfera delirante solamente y responsables en todos los otros casos : en una palabra, si hay en estos alienados una *responsabilidad parcial*.

Pero sabemos actualmente que no puede existir delirio parcial sin que el resto del entendimiento no sea lesionado (Tardieu, Falret, etc.). De eso disminuyen las teorías científicamente demostradas de Morel, quien ha dicho que los delirios parciales no son más que modalidades de la degeneración mental. El sujeto está totalmente enfermo bajo el punto de vista mental, con el carácter de que la enfermedad presenta en un punto, un grado más elevado : es la esfera delirante propiamente dicha.

El degenerado hereditario, dice Falret, presenta las concepciones delirantes en la categoría de sus ideas, pero estas concepciones delirantes son, por su naturaleza obsedantes e impulsivas, amenazantes para los que le rodean puesto que el enfermo puede cometer actos donde la voluntad no tome parte alguna.

Tal individuo no puede ni debe ser considerado como responsable de sus actos. Sabemos en efecto,

que si por una parte, esta obsesión es conciente, ella es por otro lado, irresistible. Se ha contestado este último carácter, bajo pretexto que a menudo el enfermo resiste a esas impulsiones. Pero esta expresión «irresistible» no debe ser tomada en sentido absoluto : significa simplemente que las impulsiones (a las cuales el paciente habrá resistido mas o menos tiempo) pueden adquirir de golpe una energía tal, que ningún obstáculo podrá oponerse a su desenvolvimiento.

El erotómano que bajo la influencia de su delirio, perseguido, se encarniza después con el objeto de su ardorosa pasión, se subleva, se escapa o se defiende contra tales perseguidores, llega hasta la violencia sea contra la persona amada, sea contra tal o cual otra que él cree se opone a sus proyectos, es entonces *perfectamente irresponsable*.

No se le puede pedir rendición de sus actos : lo más que se podría, dice Cullere, será discutir la cuestión de la responsabilidad parcial, cuando el enfermo esté demorado aún en lo que este autor llama las *fronteras de la locura*, en la *zona mixta* de Moreau de Tours. Pero cuando han franqueado el límite de la *locura razonante*, cuando han entrado de lleno en la enfermedad, ellos deben gozar del beneficio de la *irresponsabilidad absoluta*.

La conclusión de todo esto, es la siguiente : cada vez que el erotómano sea requerido ante la autoridad inculpado de un crimen o de un delito cualquiera, la ley no debe ser aplicada : este es el pago, la sociedad no se venga. Pero si ella no se venga, dice Ball, conserva el derecho de defenderse. Así no será puesto en libertad el enfermo y desde que sabemos que estamos frente a un individuo dañoso, tanto para sí mismo como para los demás, es necesario prevenirse de su persona. Todo erotómano debe ser internado, con mayor razón, si ya es autor de actos criminales.

Sin haber llegado hasta ese punto, todas las veces que el erotómano esté frente al médico (ya sea requerido de parte de la familia del enfermo o de la persona en quien localiza la obsesión), se debe aconsejar las mismas medidas, porque no obstante las manifestaciones de pureza de sus sentimientos, la nobleza de las intenciones, etc., que hacen estos enfermos, llegará fatalmente un día a atentar contra la vida de sus semejantes.

Pero la naturaleza misma de la erotomanía, debe hacer prevenir ciertos casos que pueden presentarse y que han sido estudiados a propósito de otras locuras parciales, de otras monomanías.

Los erotómanos forman parte de la categoría de los enagenados designados con el nombre de lo-

cos razonadores. Todos los signos de lo que el público ha convenido en llamar la locura faltan, porque para el vulgo, la locura está esencialmente constituida por la ausencia de la razón y del razonamiento.

Ahora bien ; en estos enfermos, la razón existe porque saben lo que hacen, lo comprenden, razonan y lo explican. Si no se apela a las luces del perito médico, si el juez no piensa por el reo, a ninguna persona se le ocurrirá de que se trate de un alienado verdadero. Resultará que los erotómanos así acogidos, irán a engrosar el número de los « alienados desconocidos y condenados ».

Entonces será necesario que en todos los casos de este género, como en muchos otros que los autores han señalado, el médico pueda intervenir de derecho para evitar que un enfermo sufra una pena judicial cualquiera.

Después de algún tiempo, la atención de los alienistas se concentró sobre este punto. Cada año estos individuos son condenados porque no habían jamás presentado las apariencias de trastornos mentales, pero cuando pasan delante del médico después de algún tiempo de prisión, pueden ser reconocidos como alienados verdaderos.

Numerosos casos de esta índole, pueden presentarse y por ende, dar lugar a errores judiciales.

Habitualmente todo individuo pasible de demanda judicial, no es objeto de un reconocimiento médico (salvo que los jueces, sea durante la instrucción del sumario o en el curso de las actuaciones, crean haber reconocido la necesidad de provocar esta medida).

Ahora bien : el magistrado manifiesta, a menudo, la más viva repugnancia en someter a la apreciación del perito las cuestiones que consideran, por tradición, como del resorte de su competencia, y no es raro que entiendan declarar que son tan capaces como los médicos para saber si un sujeto, goza o no, de la integridad de sus facultades mentales. Entonces el magistrado piensa en tal caso, como el público profano, es decir, que sólo es loco un individuo que carezca de razón y razonamiento y que por el contrario, si un sujeto aprecia y explica su conducta, apoyándose en deducciones perfectamente lógicas, no debe ser considerado alienado.

Ahí está el por qué, el erotómano, como los otros monomaniacos que razonan perfectamente, pueden pasar desapercibidos ante el magistrado y ni sospeche siquiera, estar en presencia de un enfermo.

Lejos de eso, ni se consultan peritos y las tramitaciones judiciales siguen su curso, como si se tratara de un hombre normal y entonces el pobre enfermo es condenado.

Es necesario entonces prevenirse de tal eventualidad, y digan lo que quieran los jueces, sólo el médico puede, en esos casos, dar un informe racional.

«Se comprende fácilmente, dicen Pactet y Colin, que para resolver el problema delicado que consiste en buscar en un acto delictuoso, su origen patológico, no se necesita una inteligencia brillante, pero sí, es necesario recurrir á las operaciones habituales de un diagnóstico médico riguroso.

Entonces, confiar a un magistrado la misión de reconocer la alienación mental, es tan extraña, como si se pidiera a un médico, la solución de un delicado problema de derecho».

Para que la justicia sea recta, cada vez que un erotómano sea inculpado de un atentado cualquiera, nos parece evidente que el examen médico debe ser la primera etapa de la actuación judicial.

De esta manera podemos estar seguros de que no se condenarán más enfermos: todo erotómano saldrá indemne de las manos de la justicia.

Pero como de una parte se ha creado un precedente, como por otro lado, la sociedad debe protegerse contra estos enfermos, entonces convendremos, que el erotómano, como todos los *alienados criminales*, debe ser internado en un asilo especial. Al lado de las reformas que tendrán por objeto prevenir o reparar los errores judiciales, vamos a señalar cuáles

les son los medios que permitirán evitar los crímenes y otros delitos de los erotómanos.

Ante todo : es raro que los erotómanos sean objeto de la vista médico-legal, sino en el caso de ser delincuentes.

Antes de llegar al acto criminal, estos sujetos se hacen notar por su carácter singular, sus excéntricas, extravagancias, y hasta violencias. Muy a menudo, la persona obsedada por estos amorosos perseguidores, se quejan a las autoridades y no quieren que se las despidan como siempre con la gastada frase : « No podemos hacer nada, no hay medios de ejecución ».

Al contrario, las autoridades deberían intervenir en estos casos, poner a disposición del juez competente al ardiente enamorado para su reconocimiento médico necesario y no esperar que el erotómano consuma un crimen, para recién proceder contra él.

Tomado a tiempo, el médico, una vez hecho su diagnóstico sobre bases sólidas, debe aconsejar la *internación inmediata y definitiva*.

CASOS CLÍNICOS

I

Graciana O. de A., del Servicio «Eguia», á cargo del doctor Nogues, es una mujer italiana, de 26 años de edad y 17 de residencia en el país, que tiene tres entradas en el Hospicio.

La familia dice que en estado de salud, era bondadosa, de carácter expansivo ; laboriosa, mostrábase entusiasta y fuerte en los quehaceres domésticos. De regular instrucción, sabe leer y escribir. Nunca ha sido alcoholista. Entre sus parientes no hay ningún enagenado ni nervioso.

La tranquilidad del hogar, empezó a resentirse a partir del mes de agosto de 1910, porque Graciana se había transformado en obscena e inmoral en sus palabras y acciones, al par que sus ideas se matizaron de incoherencias. A ésto se unió luego, una

marcada tendencia al infanticidio : trató de matar a sus hijos, y de lleno aparecieron ideas delirantes eróticas. Sus conversaciones se referían a actos sexuales, a espasmos ideales, rechazando a su esposo.

Su menstruación y evacuaciones eran normales, no presentando ninguna novedad.

En este estado y dada la logorrea insoportable por lo continua e incoherente que presentaba, resuelven recluirla.

En su primera entrada —10 de diciembre de 1911— la historia clínica registra : que se presenta tranquila, con expresión de estupidez en el semblante, con escasa atención. No mira al interlocutor, e interrogada, sólo responde a una que otra pregunta, con lenguaje burdo, coprolálico e incoherente. No muestra interés por nada, se irrita después ; se resiste a continuar hablando y cae en un perfecto mutismo del que no sale ni ensayando los artificios de excitación corporal.

Así ha continuado un breve tiempo, con ligeros intervalos de agitación psíco-motriz. Se insistía con la misma enferma y al fin tranquilizada, conversó, empezando un buen día a pedir perdón. Orientada en la noción de lugar, no sabe el mes en que vive, pero sí el año ; memoria conservada, coherente, alimentación espontánea y el sueño a veces natural, requería otras el uso de hipnóticos. Domina en su idea-

ción las ideas eróticas : su actitud, sus gestos y sus frases están llenas de amoroso sentir, localiza el objeto de su ternura en seres imaginables, a los que evoca sin arte pero con insistencia. Poco a poco, merced a la permanencia en la sala, aislada de sus compañeras, mejoró ; su lenguaje se hizo correcto, y el erotismo se borró. Mejorada, se la da de alta provisoria el 12 de enero de 1912.

La familia pudo tenerla a su lado más de un año, pues Graciana, tranquila y laboriosa era en su hogar, aparentemente, la misma de antes.

Pero aparecieron en ella, bien pronto, ciertas ideas raras, de naturaleza persecutorias, por las cuales acusa a su marido de quererla mal ; sus conversaciones giraban de nuevo sobre temas amatorios, de las dulzuras de amores ideales, donde el placer estaba lejos de la carne, es decir, volvía de nuevo a las mismas ideas anteriores. Sumamente logorréica, reingresa en tal estado, sin oponer resistencia el 28 de enero de 1913. Su facie retrata un estado de honda satisfacción, de una verdadera euforia. Interrogada, presta atención, tiene interés en lo que se le pregunta y responde coherentemente, con una logorrea pesada, sin brillo, plagada de términos obscenos, relacionados con su delirio erótico. No quiere a su marido, porque no es el ideal de su corazón. necesita un amor más casto y más puro que el

de la simple vulgaridad. Ruega al practicante que la examina, que le corresponda en su pasión, pues ella desea elevar su nivel social y nadie mejor que el presunto candidato que tiene a su frente, podría resolver su loco proyecto.

Recuerda su estadía anterior en el Hospicio : el nombre de la sala, del amable doctor Nogues, etc. Siempre comunicativa, alegre, logorréica, en actitudes de enamorada, sus ideas eróticas ocupan por completo, su campo ideativo. Más de una vez se la sentía gritar desde su lecho, llamando al personal docente, adoptando voluptuosas posturas. En sus ojos picarescos y saltones arden deseos de caricias platónicas. En sus palabras dulces, escogidas del léxico sentimental, destila toda la pasión desenfrenada de un corazón guiado por el trastorno psíquico, pero su ideación es vulgar, y la eco y coprolalia, señalan la condición social de esta infeliz mujer.

Inafectiva, ha olvidado su hogar, no tiene el recuerdo de madre para sus hijos ausentes ; su esposo no tiene ya el atractivo de días mejores y en soliloquios intermitentes, adornados con risas sugestivas y actitudes extasiantes (alucinaciones visuales) repite sus inexactos amores.

Las continuas y periódicas anotaciones dicen que Graciana, coherente en sus manifestaciones, continuaba siempre con las ideas delirantes eróticas, em-

pezando a aparecer tendencias a la fuga, cuya primera tentativa fué el 17 de marzo con resultado negativo, pero no obstante la vigilancia ejercida se fugó el 24 de abril.

Encontrada en la vía pública por la policía, ésta la entregó á la familia quien la tuvo en su casa algún tiempo ; pero resultó que se fugaba continuamente, por lo cual la reinternan el 19 de noviembre de 1913. Viene con gran excitación psico-motriz, protestando por haber sido traída a este establecimiento, al que reconoció pronto y recordó haber estado otras veces.

En verdadero estado confusional, incoherente y sin atención.

Trata siempre de fugarse. Su cuadro mental desde entonces hasta ahora, es el mismo que hemos relatado, predominando en todas sus manifestaciones psíquicas, las ideas eróticas bien sistematizadas.

Su salud física es buena, y en cuanto a su estado general sin variantes.

II

Julia G. A., del Servicio «Eguia», a cargo del doctor Nogues, es una joven argentina, soltera, de 20 años de edad y perteneciente a una distinguida

familia de abelengo patricio. Tiene dos entradas en el Hospicio.

Ha vivido en un pueblo de la provincia de Buenos Aires, junto con su familia, donde era una simpática niña, atrayente por su carácter alegre, siempre amante de los suyos, gustaba de la compañía de sus amigas. Nunca ha sido alcoholista. Lleva una cargada tara psico-neuropática: su padre es nervioso y un tío alienado.

A mediados de 1909, empiezan a notarla con insomnios, logorréica, incoherente en todas sus ideas, acompañándose bien pronto, de una intensa excitación psico-motriz. Irritable, se inquietaba por las más mínimas incidencias, haciéndose insoportable. Pierde sin razón el afecto hacia su madre. Obscena, reía y cantaba, ciertas canciones y poesías de amores vulgares. Como tratara de suicidarse, la familia la recluye el 25 de junio de 1909.

Las observaciones del servicio «Esquirol», a cargo del doctor Lucas Ayarragaray, consigna en el estado mental de esta enferma, el cuadro de una erotómana. En efecto, su discurso giraba sobre la felicidad humana a base de espiritualidad, sobre besos amorosos, pero saturadas estas ideas de términos ordinarios, no escaseando las evocaciones de bajas pasiones que retrataban amores materiales.

Apereciéronle ideas persecutorias, objetivadas en su madre a quien acusaba de quererla mal, pues ella cree que su mamá la considera prostituta al oírla hablar tanto de amor.

Permaneció un tiempo tranquila y su estado general mejoró notablemente hasta que se la da de alta el 1º de febrero de 1910.

Regresa a su casa tranquila, se incorpora de nuevo a las faenas diarias, sus amigas la encuentran como antes, amable y buena compañera. Esto dura por espacio de tres años.

Sus allegados notan que a principios de 1913, trató de fugarse y mutilaba a los animales. Su lenguaje se hace coprolálico. Prefería andar sola. Se hace agresiva y destruía sus vestidos.

La segunda entrada al Hospicio tiene lugar el 2 de abril de 1913. Viene tranquila y risueña, con buena expresión. Mira a su interlocutor, a quien presta atención. Responde coherentemente, articulando bien los vocablos. Bien orientada en las nociones de lugar y tiempo. Recordó haber estado en dicho establecimiento. Inafectiva : desprecia a su propia madre, en quien concreta el delirio persecutorio que ya hemos hecho mención. Memoria disminuída. Ideas eróticas del mal gusto, con palabras obscenas. Pronto se unieron ideas de grandeza : dice que su padre es Intendente Municipal, Diputado, etc.

En posteriores anotaciones, se consigna que andaba arreglada, cuidadosa de su persona y bastante vanidosa : suele decir « ¿cree usted que yo me voy a rebajar desluciendo delante de usted ? ».

Inmoral en su lenguaje. Se hace violenta y agresiva, y por cualquiera indicación que se le hace de su conducta, se levanta de la cama y trata de pegar. Insomnios : toma hipnóticos.

Como causa etiológica, en esta enferma, se puede atribuir a los trastornos de la menstruación, pues desde que se regularizaron sus reglas, el 1º de marzo, su estado mental comenzó a mejorar sensiblemente. Adquirió la conciencia de su estado psíquico, desaparecieron por completo sus ideas delirantes eróticas y persecutorias. Se la da de alta el 29 de noviembre de 1913.

III

Josefina de Ch., del Servicio «Eguía» a cargo del doctor Nogues, es una joven brasilera, de 17 años de edad, soltera, que vivió durante mucho tiempo en el Paraguay.

Sabe leer y escribir. De carácter retraído, siempre ha sido tímida, apática, pero le gustaba leer

mucho sobre todo novelas amorosas, por las cuales hasta descuidaba los quehaceres domésticos.

Ingresó al Hospital el 1º de febrero de 1913, pero su enfermedad se remonta al año de 1910. Empezó ésta, con irritabilidad nerviosa, tendencia a la fuga, pérdida de memoria y de la afectividad. Se hizo irrespetuosa con sus padres y hermanos, desobedecía y su lenguaje se hizo incoherente. Buscaba el aislamiento. Descuidaba en sus vestidos, destructora y dañina. Una hermana murió alienada, y otra estuvo recluída en un frenopático durante ocho meses y según la familia salió curada.

Josefina llegó tranquila pero opuso algunas resistencia al ser examinada. Desconfiada, no presta atención y es indiferente al medio que la rodea. Insistiendo sólo responder con incoherencias.

Después de algún tiempo se tranquilizó por completo y respondía en idioma portugués, con incoherencias y palabras obscenas.

Se descubrieron ideas eróticas, mal delineadas, pero con abundantes detalles. Dice que la traen a este Establecimiento porque para ella no hay mejor cosa en este mundo que el amor. Evoca escenas amorosas, repitiendo capítulos enteros de novelas que había leído y donde ella se cree la protagonista.

A su lenguaje burdo se añadió un estado de agitación marcado, por el cual se la retuvo en cama durante mucho tiempo.

Actualmente está tranquila y sus ideas eróticas siguen siendo menos marcadas.

Enferma en buen estado de nutrición; reflejos rotulianos y pupilares normales. Lengua saburral; dentadura en buen estado de conservación. Paladar ojival. Marcha normal. Duerme y se alimenta espontáneamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Pinel** — Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale.—París, 1809.
- Esquirol** — Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygienique et médico legale.—París, 1838.
- Calmeil** — De la folie, considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.—París, 1845.
- Laségue** — Du délire des persécutions.—En «Archives gén. de Médecine», febrero de 1852.—París.
- Marcé** — Traité des maladies mentales. — París, 1862.
- Griesinger** — Traité des maladies mentales.—Pathologie et therapeutique.—Traducción francesa.—París, 1865.
- Laségue** — De l'alcoolisme subaigu.—1869.
- Legrand du Saulle** — Le délire des persécutions.—París, 1871.

- A. Foville** — Les aliénés voyageurs ou migrants.
—En « Annales médico-psychologiques », 1875.
- Paul Garnier** — Des idées de grandeur dans le délire de persécution.—Tésis de París, 1877.
- J. Falret** — Des aliénés persécutés, raisonnants et persécuteurs. « Annales médico-psychologiques »
—Tomo XIX, 1878.
- J. Falret** — Du délire de persécution chez les aliénés raisonnants « Annales médico-psychologiques ». Tomo XX.—1878.
- Magnan** — Leçons cliniques des maladies mentales.
—París, 1882-1891.
- Paul Gerente** — Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie.—Tésis de París, 1883.
- Manuel Vasallo** — Delirio de las persecuciones.—Tesis de Buenos Aires, 1884.
- Legrain** — Du délire chez les dégénérés.—Tesis de París, 1886.
- Ritti** — Délire de persécution.—Article du « Dictionnaire Encyclopedique des Sciences médicales ».—París, 1887.
- Schüle** — Traité clinique des maladies mentales.—Traducción francesa de la alemana.—París, 1888.
- Dupain** — Etude clinique sur le délire religieux.—Tésis de París, 1888.

- Séglas** — Les hallucinations psycho-motrices.—En « Progrès médical » 18 y 25 de agosto de 1888.
- Ball** — Leçons sur les maladies mentales.—Paris, 1890.
- Lefèvre** — Etude clinique des néologismes.—Tésis, Paris, 1891.
- Séglas** — Des troubles du langage chez les aliénés.—1892.
- Christian** — Des idées de grandeur chez les persécutés.—En « Archives de Neurologie ».—Paris, 1892.
- Lachaux** — De la dissimulation des idées de grandeur sans le délire chronique.—Tesis de Paris, 1893.
- Roubinovitch** — Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices. — En « Annales médico-psychologiques » — Janvier de 1893.—Paris.
- Magnan et Serieux** — Le délire chronique à évolution systematique.—Paris, 1893.
- Dagonet** — Traité des maladies mentales. — Paris, 1894.
- A. Marie et Ch. Vallon** — Des psychoses religieuses a evolution progressive et a sistematization dite primitive.—En « Archives de Neurologie », diciembre 1896.—Enero y febrero, 1897.

- J. Falret** -- Des varietés cliniques du délire de persécution. -- En « Annales médico-psychologiques », -- Paris, 1896.
- Carpentier** -- De la defense dans le délire de persécutions chronique. -- Tesis de Paris, 1896.
- Taty et Toy** -- Des varietés cliniques du délire de persecution. -- En « Annales médico-psychologiques », 1897.
- Krafft-Ebing** -- Traité clinique de psychiatrie (traducción francesa de la alemana). -- Paris, 1897.
- Verger** -- Contribución á l'étude du délire de persécution a evolution systématique. Tesis, Paris, 1898.
- Anglade** -- Rapport sur les délires systematisés secondaires au Congrès de Marseille, 1899.
- Portemer** -- Les erotomanes. -- Etude médico-legale. -- Paris, 1902.
- Gilbert-Ballet** -- Traité de Pathologie mentale. -- Paris, 1903.
- Bianchi** -- Trattato de psichiatria. -- Nápoles.
- Bodros** -- De la pretendue demence des persécutes.
- Pascual Schinelli** -- Delirio sistematizado progresivo. (Delirio crónico de Magnan). -- Tesis de Buenos Aires, 1910.
- F. Pactet et Colin** -- Les aliénés devant la justice (aliénés méconnus et condamnés). -- Paris.

Krafft-Ebing — Médecine légale des aliénés (traducción francesa del prof. A. Remond). — París, 1911.

Régis — Précis de Psychiatrie.—Collection Testut. París, 1914.

Buenos Aires, Abril 18 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Domingo Cabred, al profesor titular doctor Domingo S. Cavia y al profesor suplente doctor Joaquín V. Gnecco, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

EDUARDO OBEJERO

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Mayo 4 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2780 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.

Secretario.

30673

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Peligrosidad de los sistematizados religiosos.

D. Cabred.

II

¿ Pueden ser capaces de testar,—del punto de vista psiquiátrico,—algunos locos sistematizados ?

D. S. Cavia.

III

Con relación al Código Penal, ¿ cómo deben considerarse los distintos períodos de estos delirios crónicos ?

J. V. Gnecco.



