



Año 1916

3193

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Dr. B. h. g.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
MEDICINA LEGAL de la DEMENCIA PRECOZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CÉSAR G. GUTIÉRREZ

Ex-practicante menor interno del Hospital Vecinal San Carlos

Ex-practicante menor interno del Hospital Durand

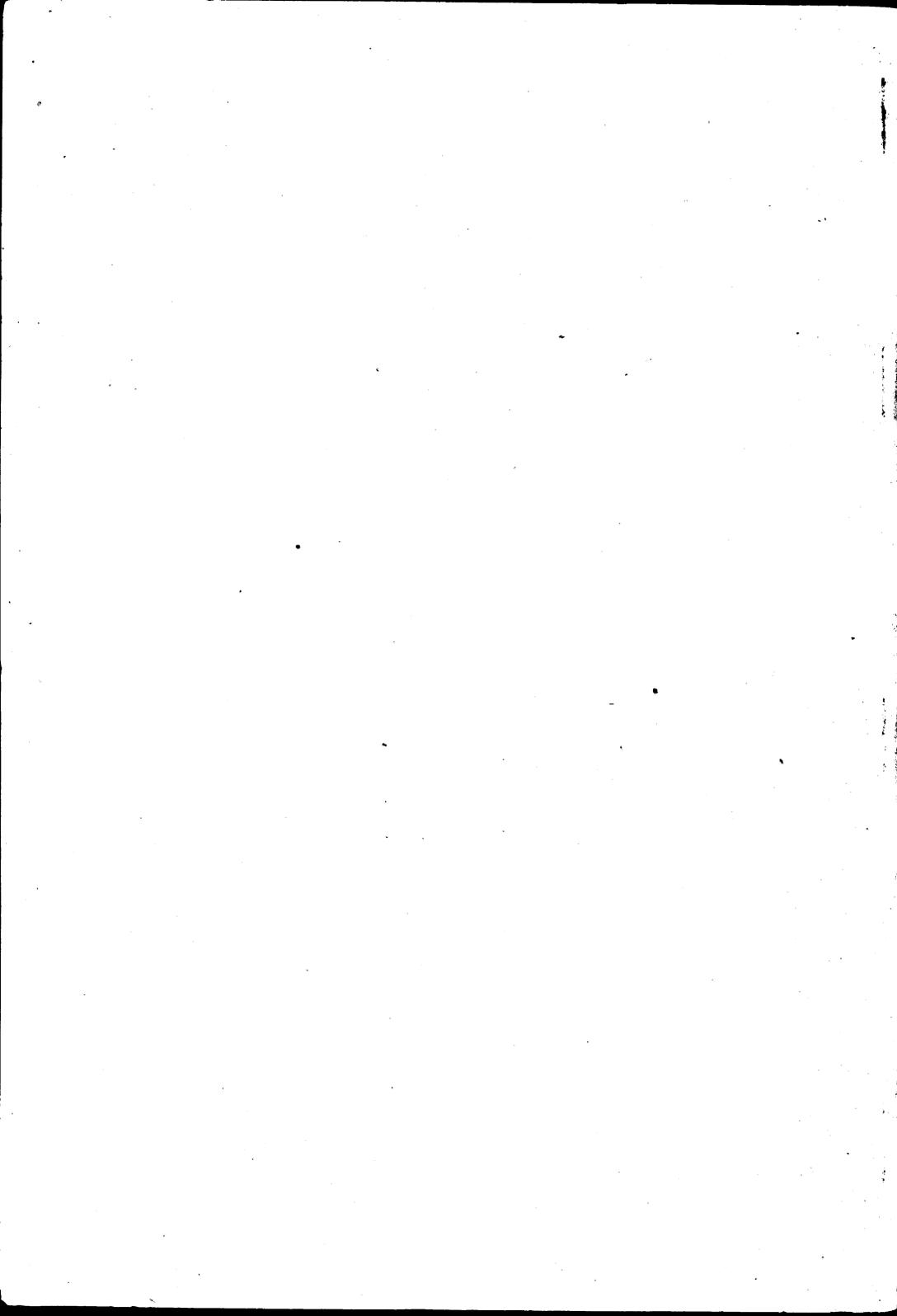
Ex-practicante mayor interno del Hospital Fernandez



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
MEDICINA LEGAL DE LA DEMENCIA PRECOZ

Año 1916

3193

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO
DE LA
MEDICINA LEGAL de la DEMENCIA PRECOZ

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CÉSAR G. GUTIÉRREZ

Ex-practicante menor interno del Hospital Vecinal San Carlos

Ex-practicante menor interno del Hospital Durand

Ex-practicante mayor interno del Hospital Fernandez

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. » » EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

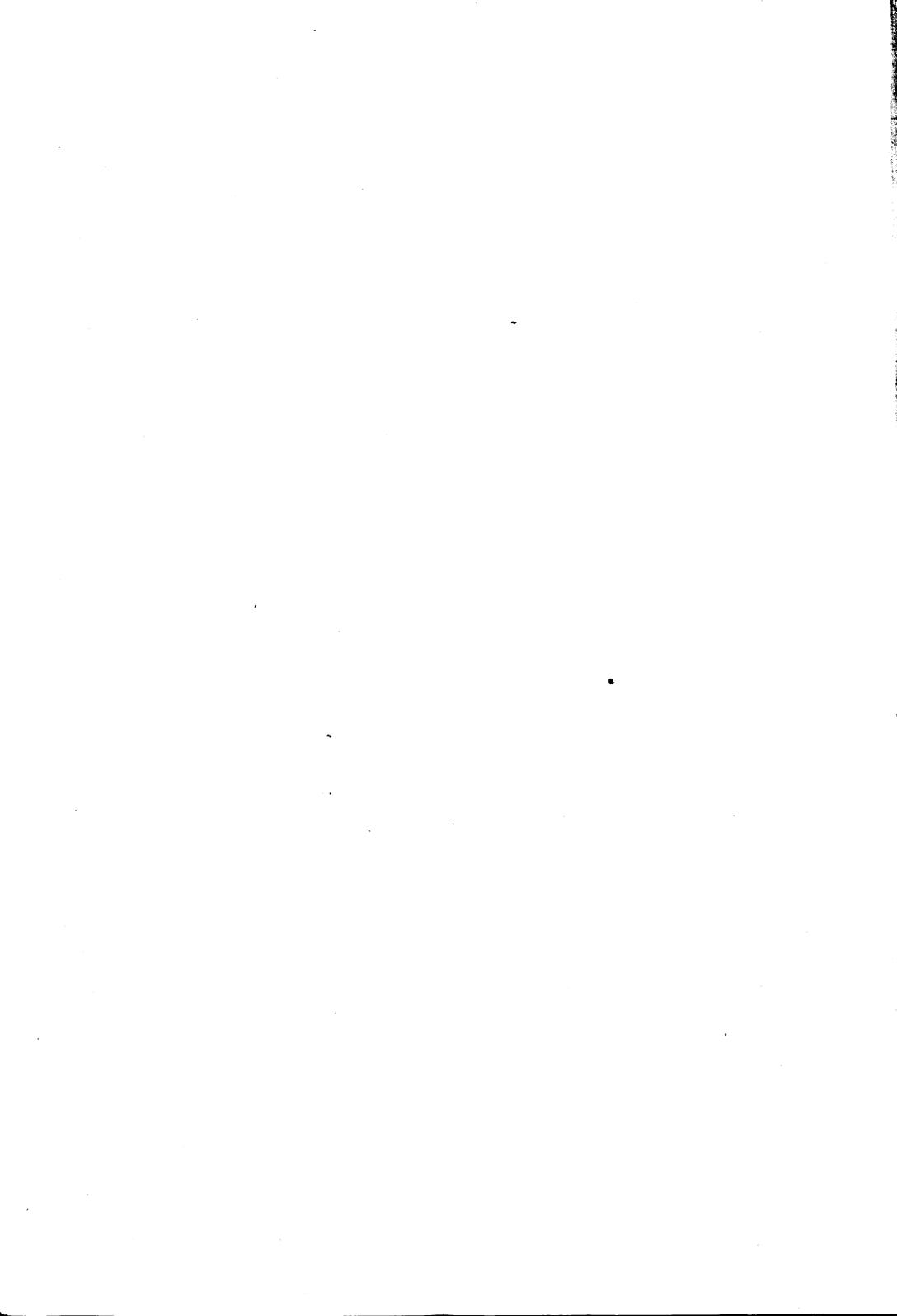


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

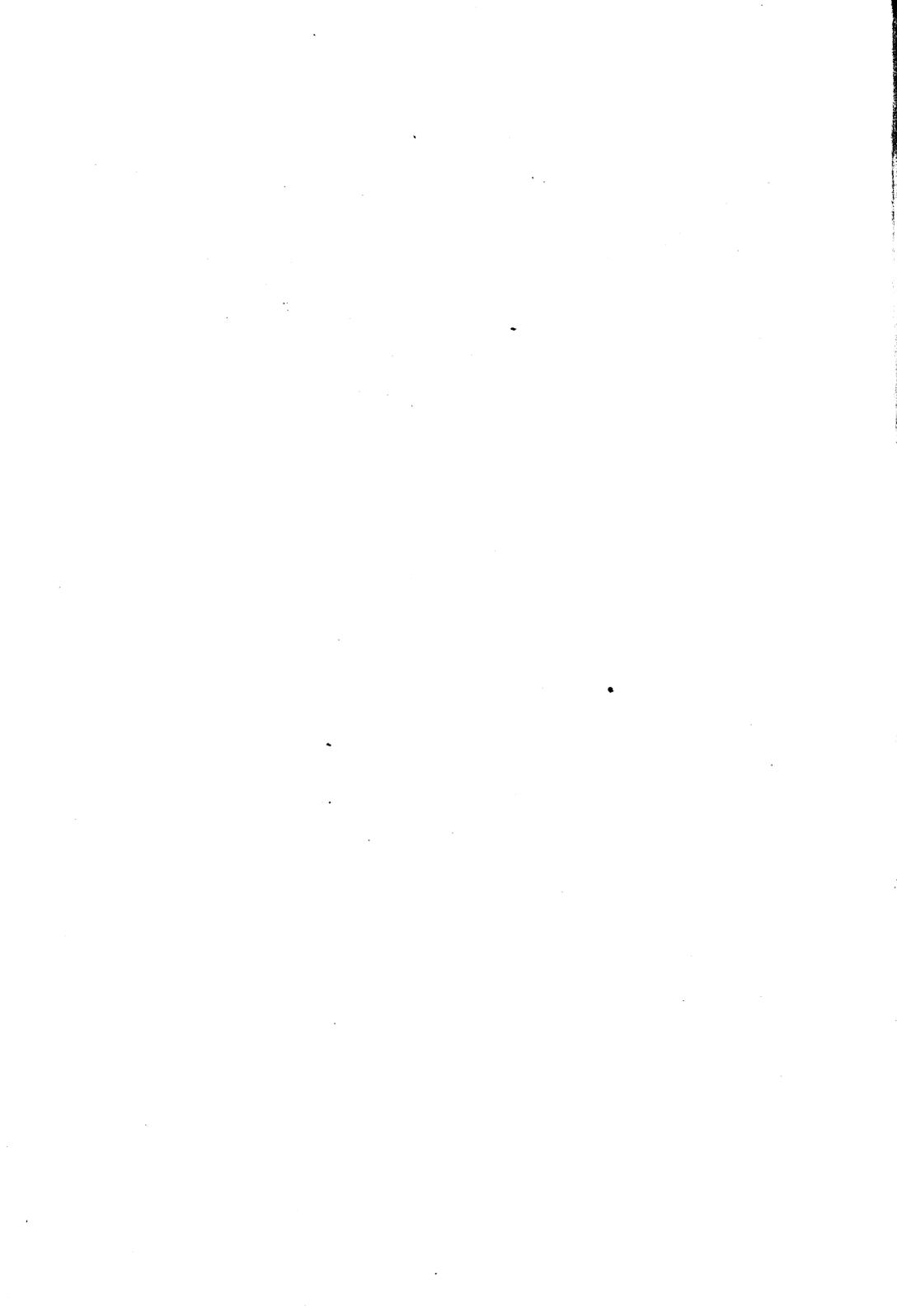
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜRMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAYRA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARQE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

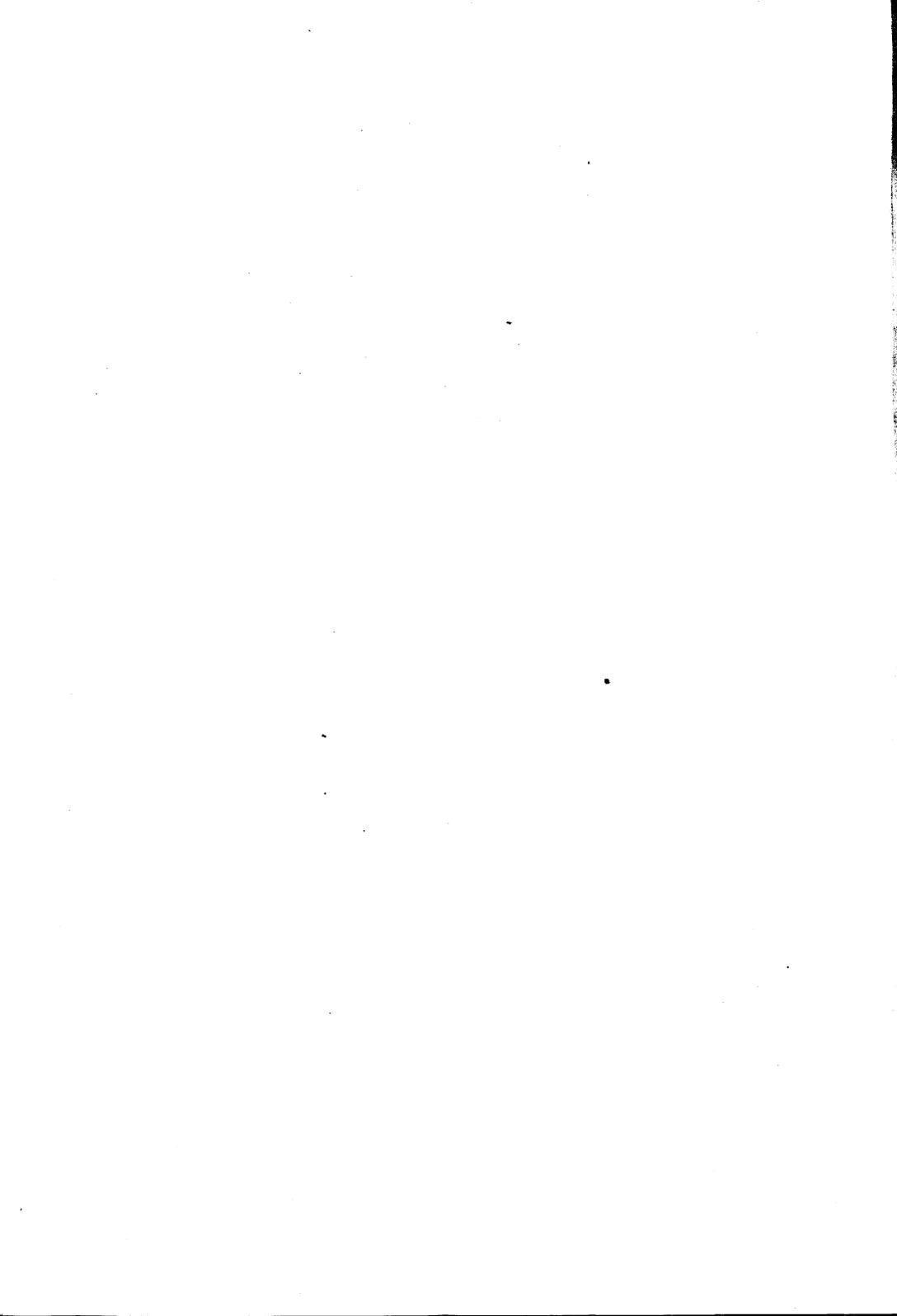
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Facultad de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

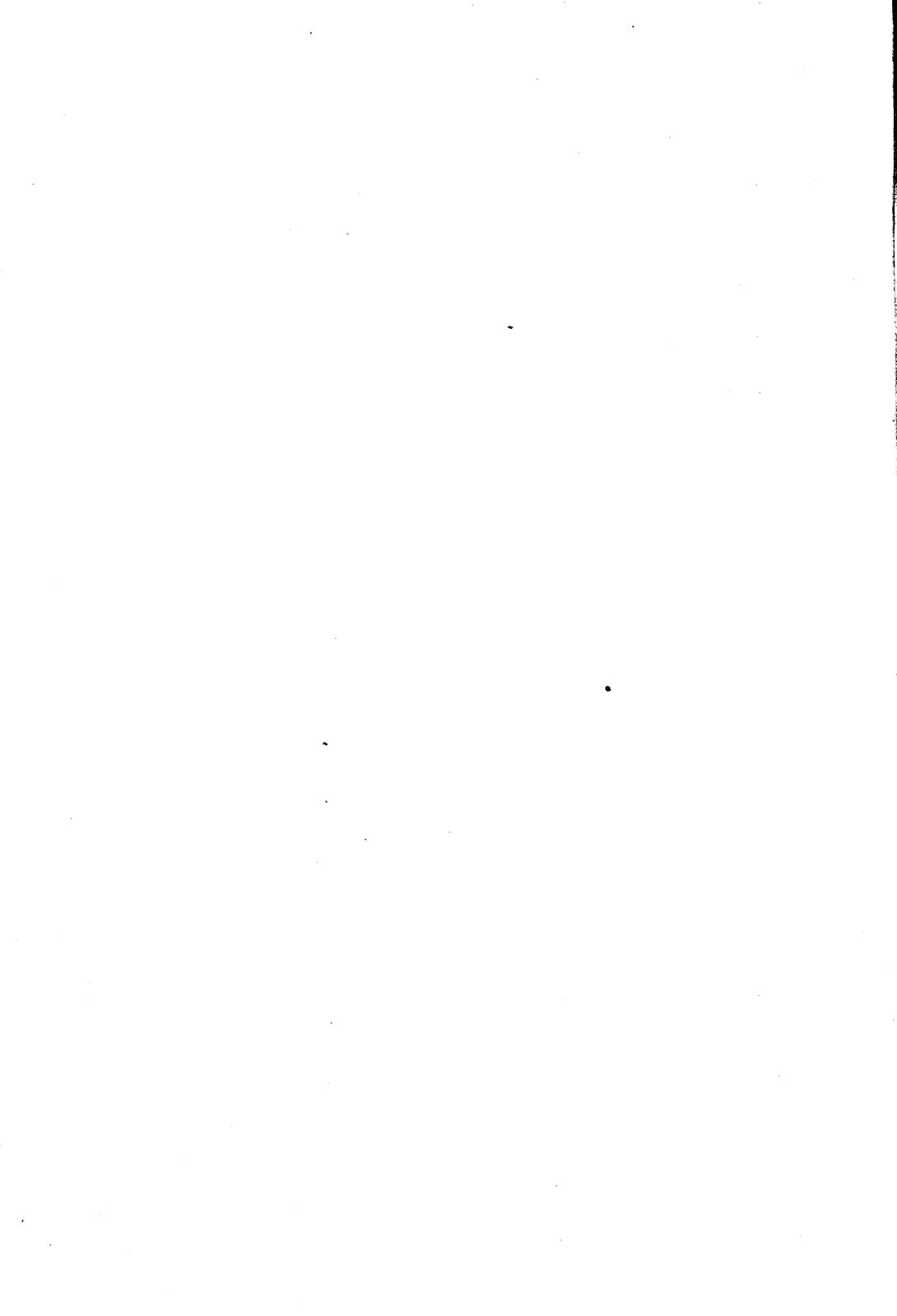
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

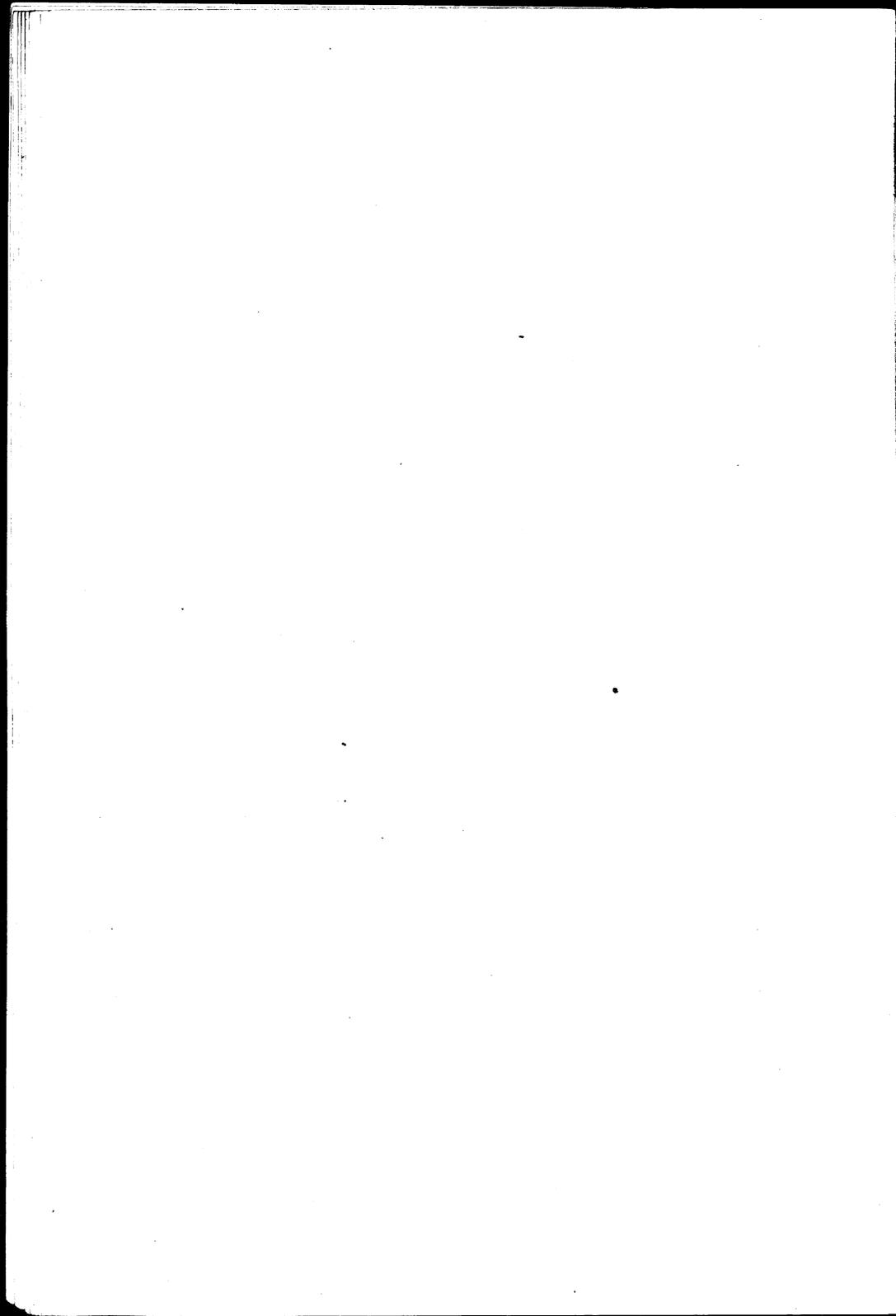
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química 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 Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVEZ
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

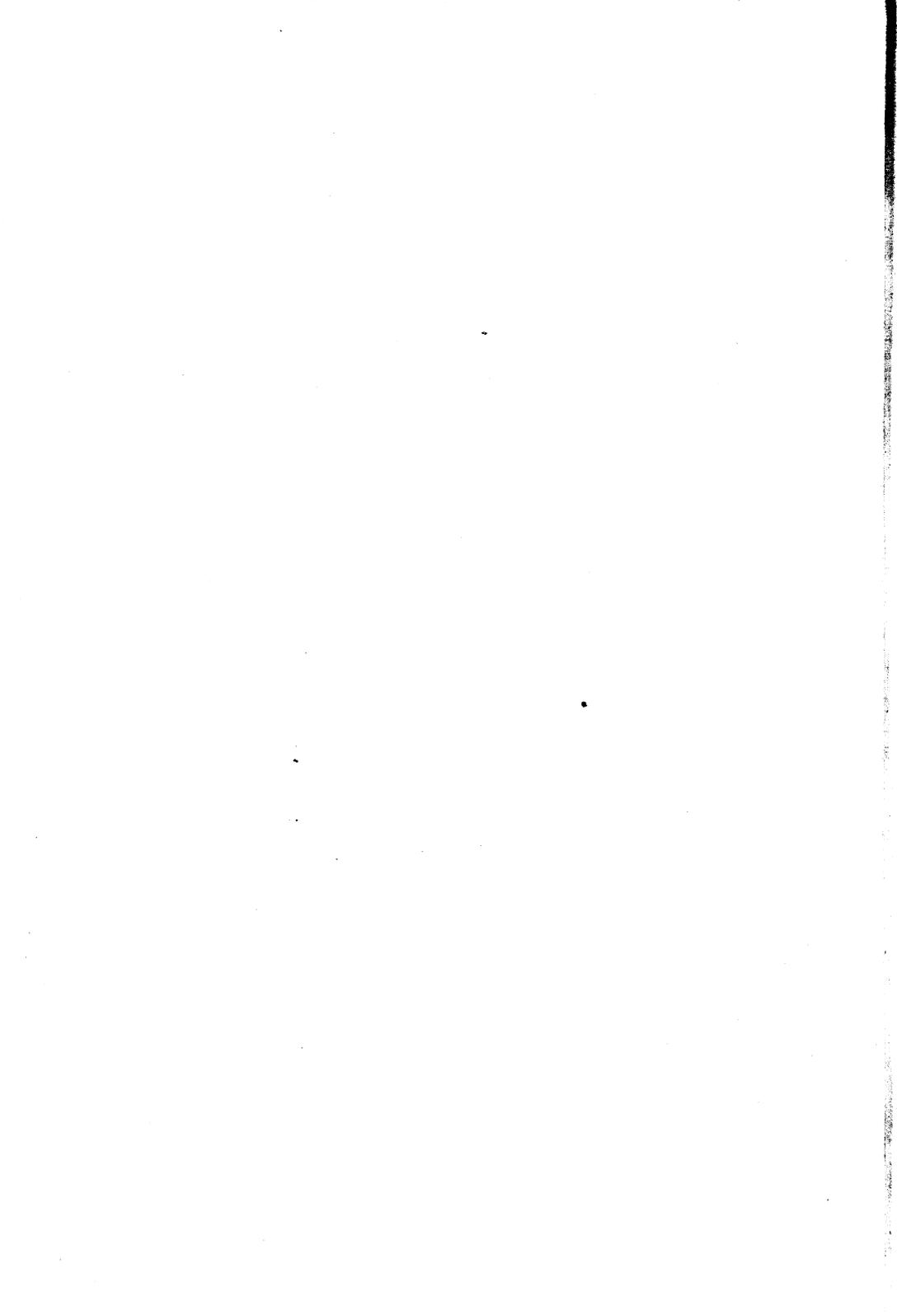
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALLIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clínica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" PATRICIO FLEMING
" Génito urinaria.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	" BERNARDINO MARAINI
Clínica Pediátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	" MARIANO ALURRALDE
Clínica Quirúrgica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Quirúrgica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Patología interna.....	" MANUEL A. SANTAS
Clínica oto-rino-laringológica.....	" FRANCISCO LLOBET
" Psiquiátrica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA
	" JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	GUILLELMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	BERNARDO HOUSSAY
Higiene Médica.....	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	ALOIS BACHMANN
Anat. Patológica.....	GERMAN ANSCHUTZ
Materia Médica y Terapia.....	BENJAMIN GALAROE
Medicina Operatoria.....	FELIPE JUSTO
Patología externa.....	MANUEL V. CARBONELL
Clinica Dermato-sifilográfica.....	CARLOS BONORINO DAONDO
» Epidemiológica.....	ALFREDO VITON
» Oftalmológica.....	JOAQUIN LLAMBIAS
» Oto-rino-laringológica.....	ANGEL H. ROFFO
Patología interna.....	JOSE MORENO
Clinica Quirúrgica.....	ENRIQUE FIOCCHIETTO
Clinica Neurológica.....	CARLOS ROBERTSON
» Médica.....	FRANCISCO P. CASTRO
» Pediátrica.....	CASTELFORT LUGONES
» Ginecológica.....	NICOLAS V. GRECO
» Obstétrica.....	PEDRO L. BALINA
Medicina legal.....	FERNANDO R. TORRES
	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONINO MARCO DEL PONT
	ENRIQUE B. DEMARIA
	ADOLFO NOCETI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINO
	JOSE ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHUTRO
	JOSE M. JORGE (hijo)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAFFORI
	JUAN JOSE VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCIA
	JOSE DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIMÉ SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	A. PERALTA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONZE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA



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
SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Dr. JULIO J. GATTI

» FRANCISCO P. LAVALLE
» J. MANUEL IRIZAR

» FRANCISCO P. LAVALLE

» RICARDO SCHATZ

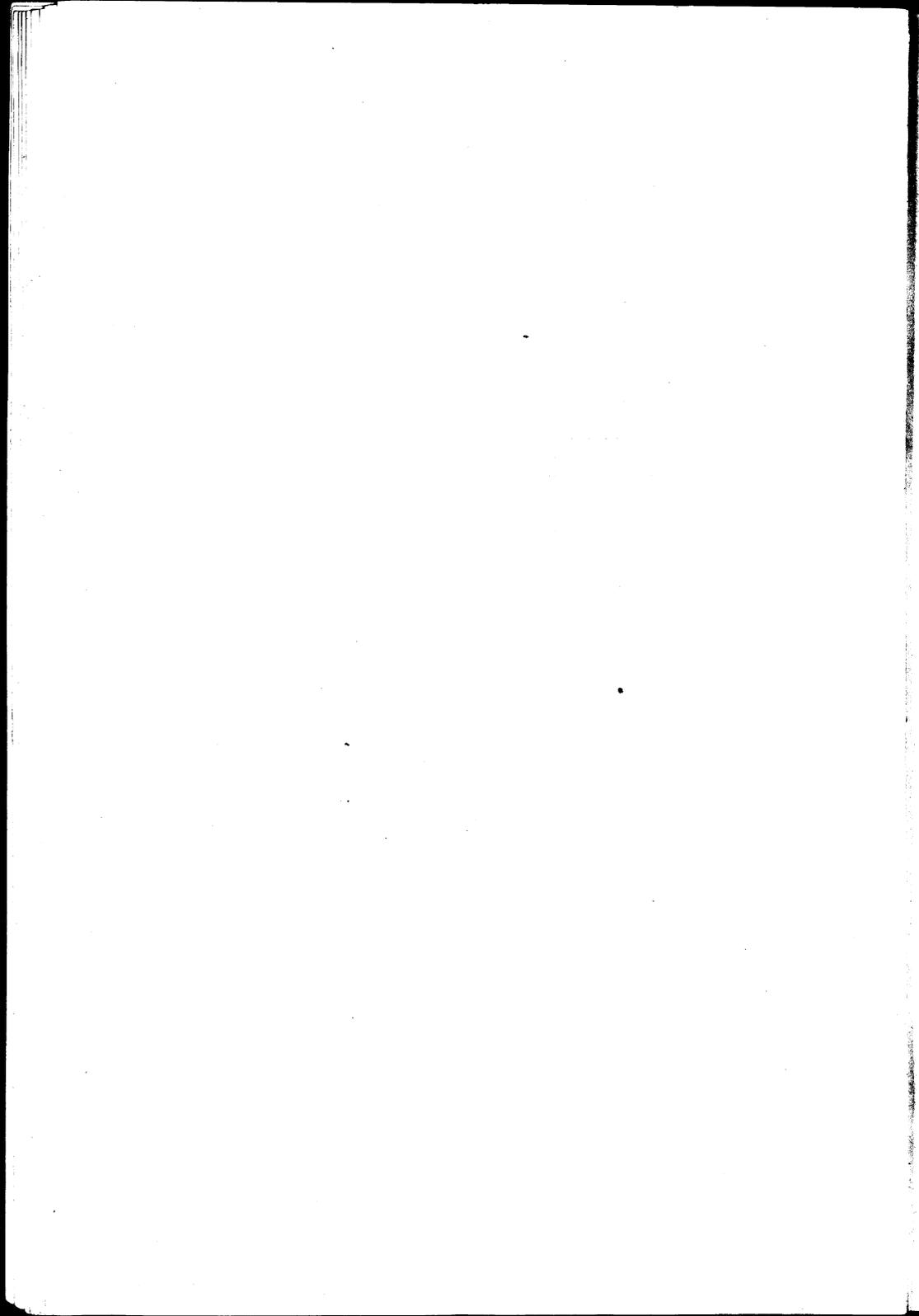
Asignaturas

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

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
" PASCUAL CORTI
" OSCAR MIALOCK
DR. TOMÁS J. RUMÍ
SR. PEDRO J. MESIGOS
" LUIS GUGLIALMELLI
DR. JUAN A. SANCHEZ

" ANGEL SABATINI
" EMILIO M. FLORES

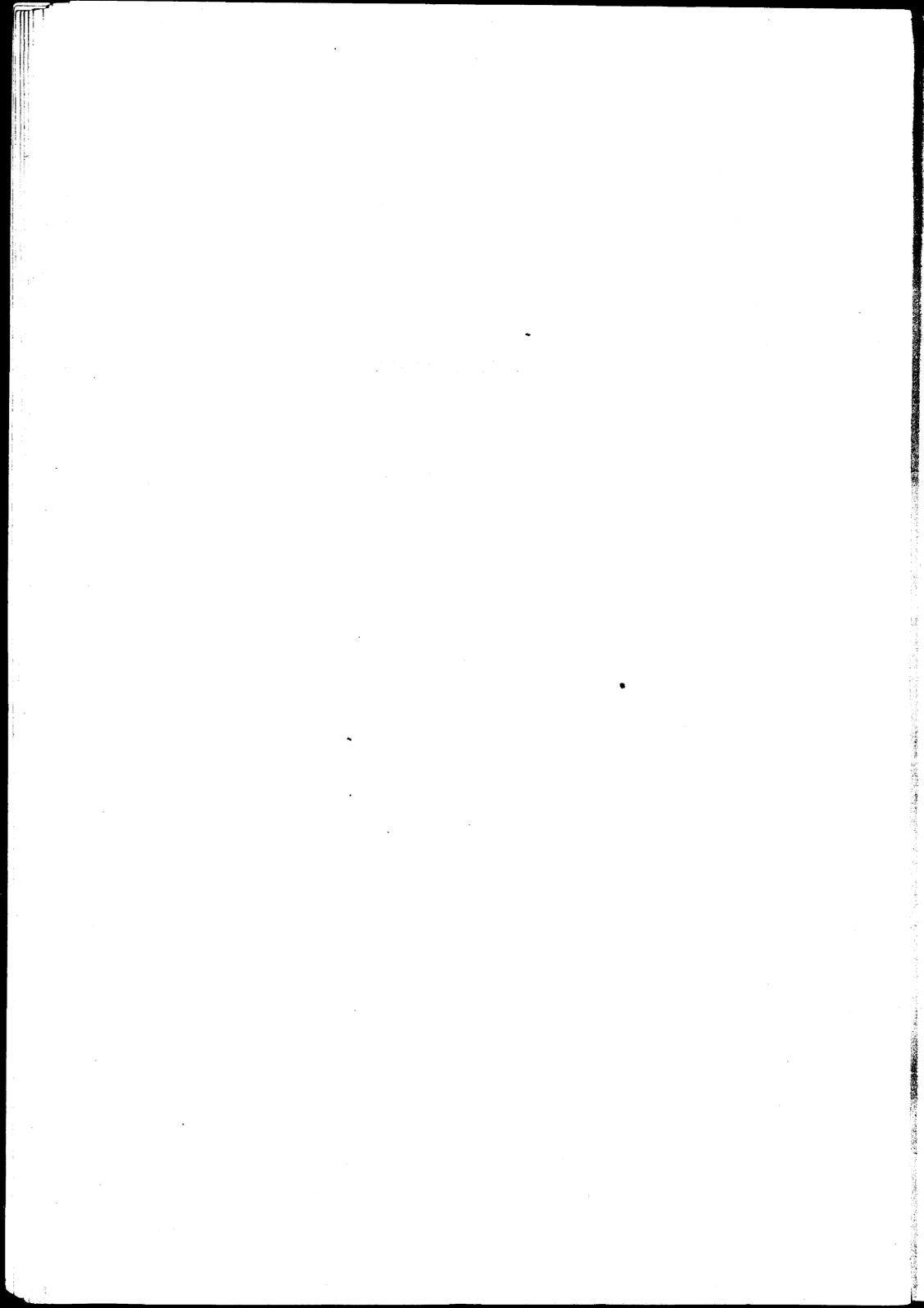


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

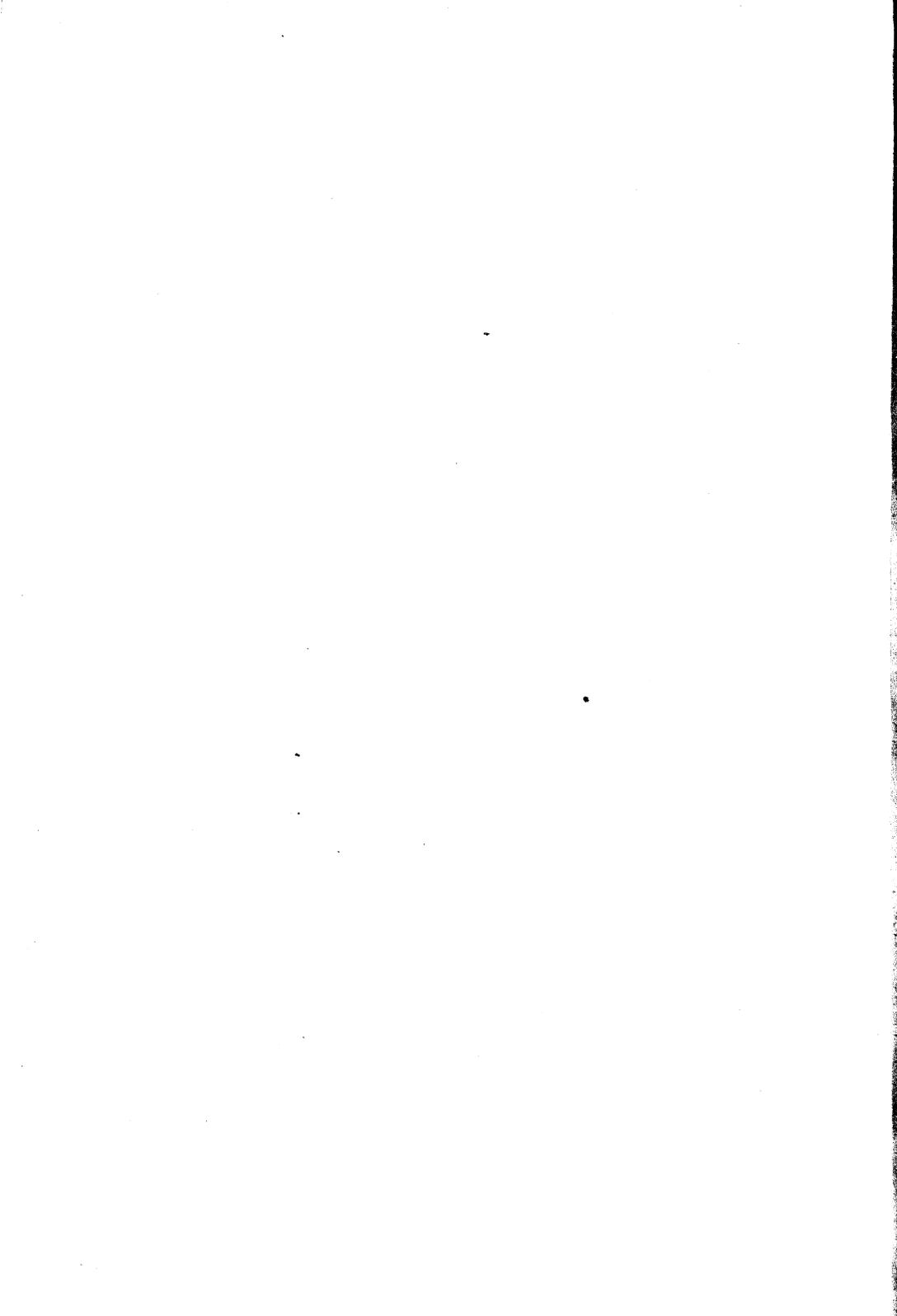
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE;
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura	DR. UBALDO FERNANDEZ

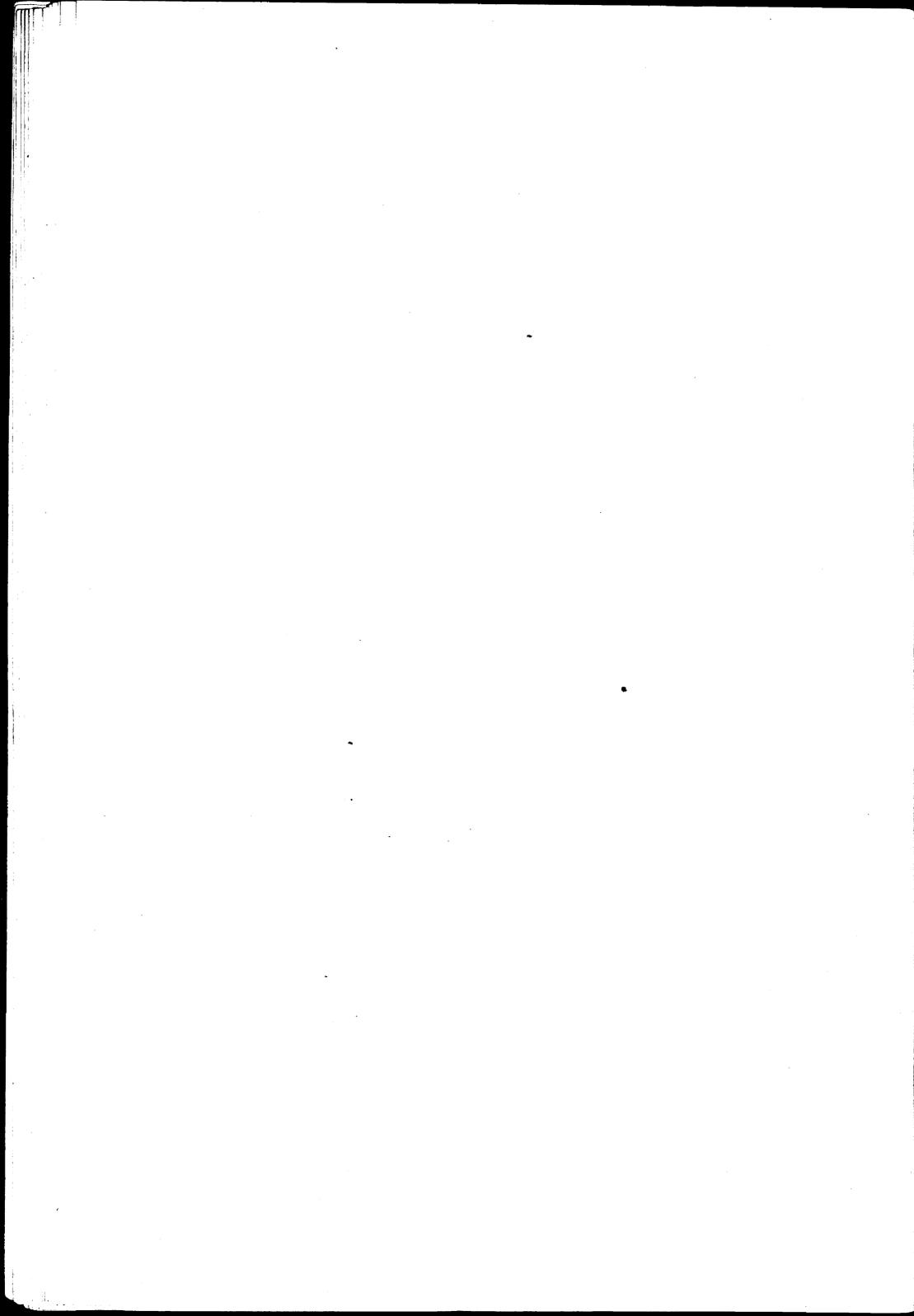


Padrino de tesis:

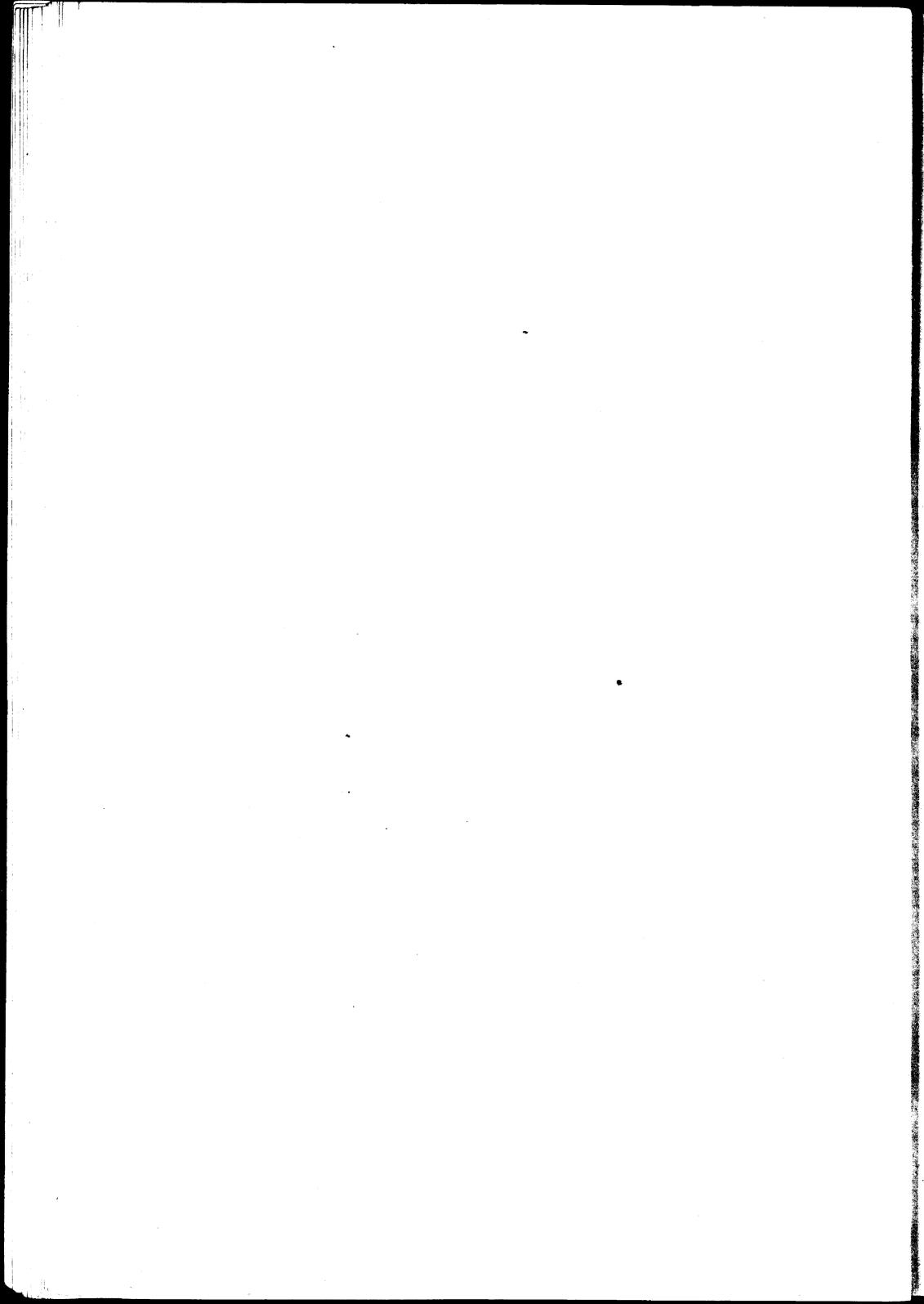
Doctor DOMINGO CABRED

Académico, Consejero

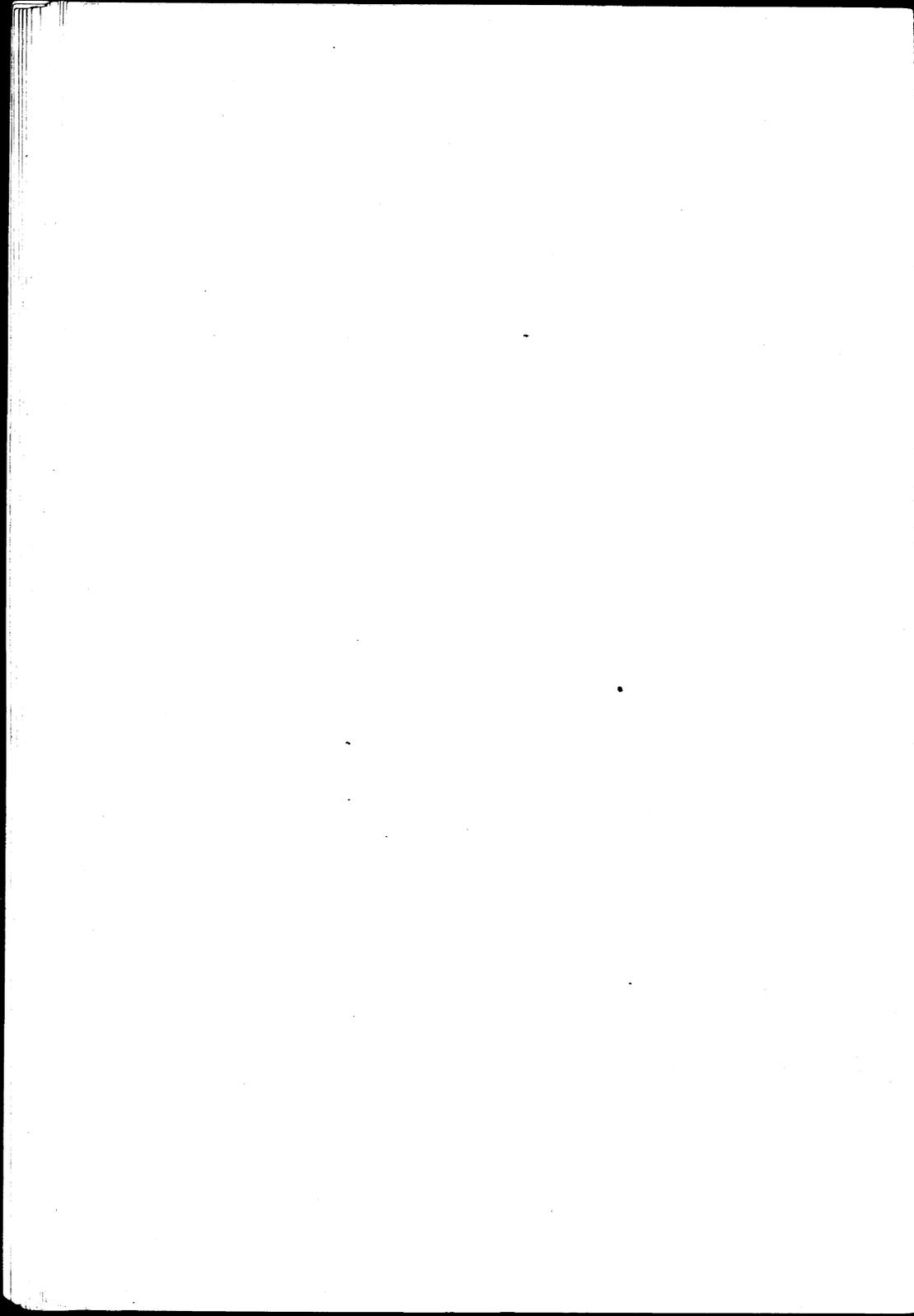
Profesor titular de Clínica Psiquiátrica



A MIS PADRES



A MIS HERMANOS



A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS LOS DOCTORES:

JAVIER CASTRO

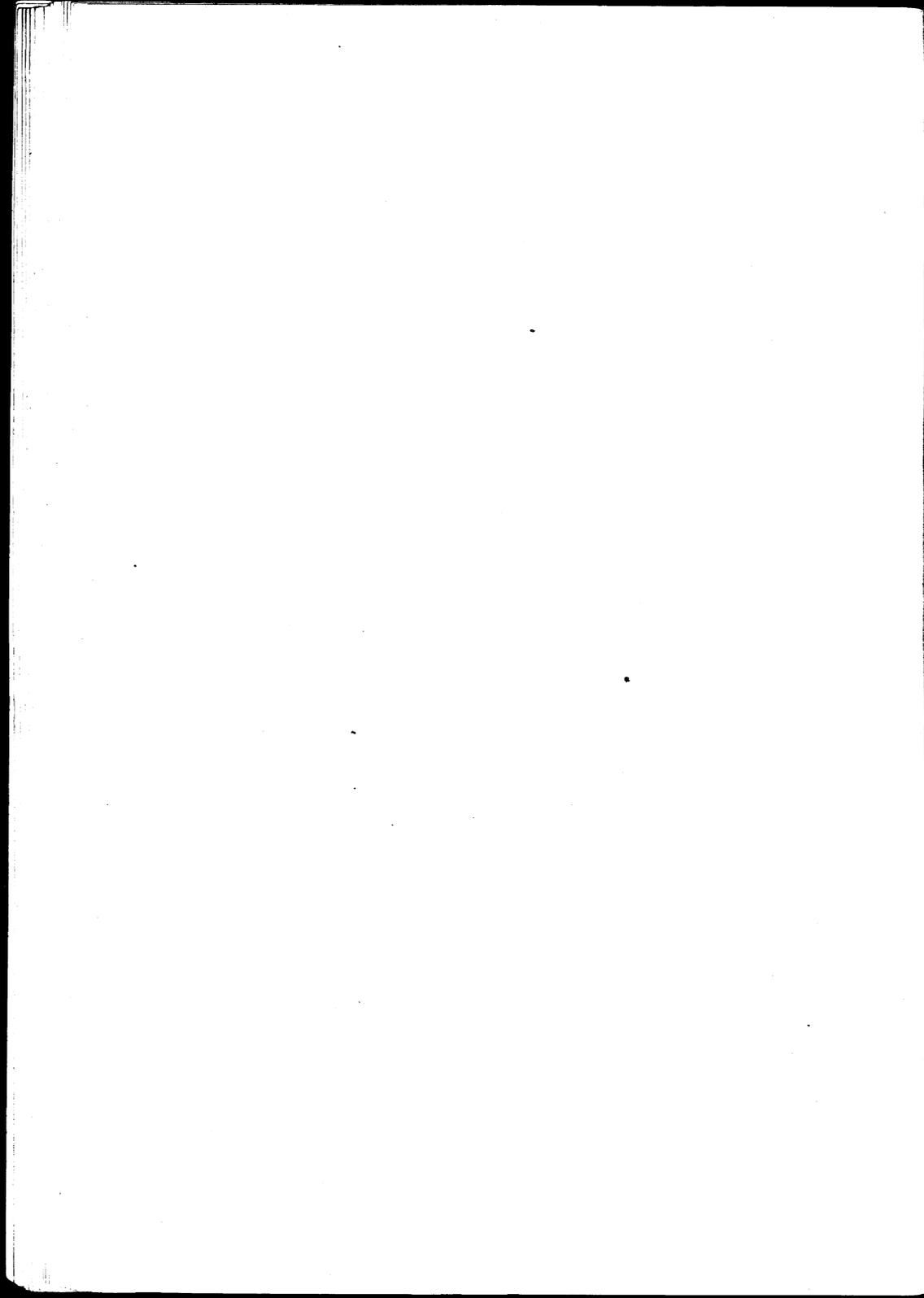
MANUEL L. PEREZ

RICARDO P. LEVALLE

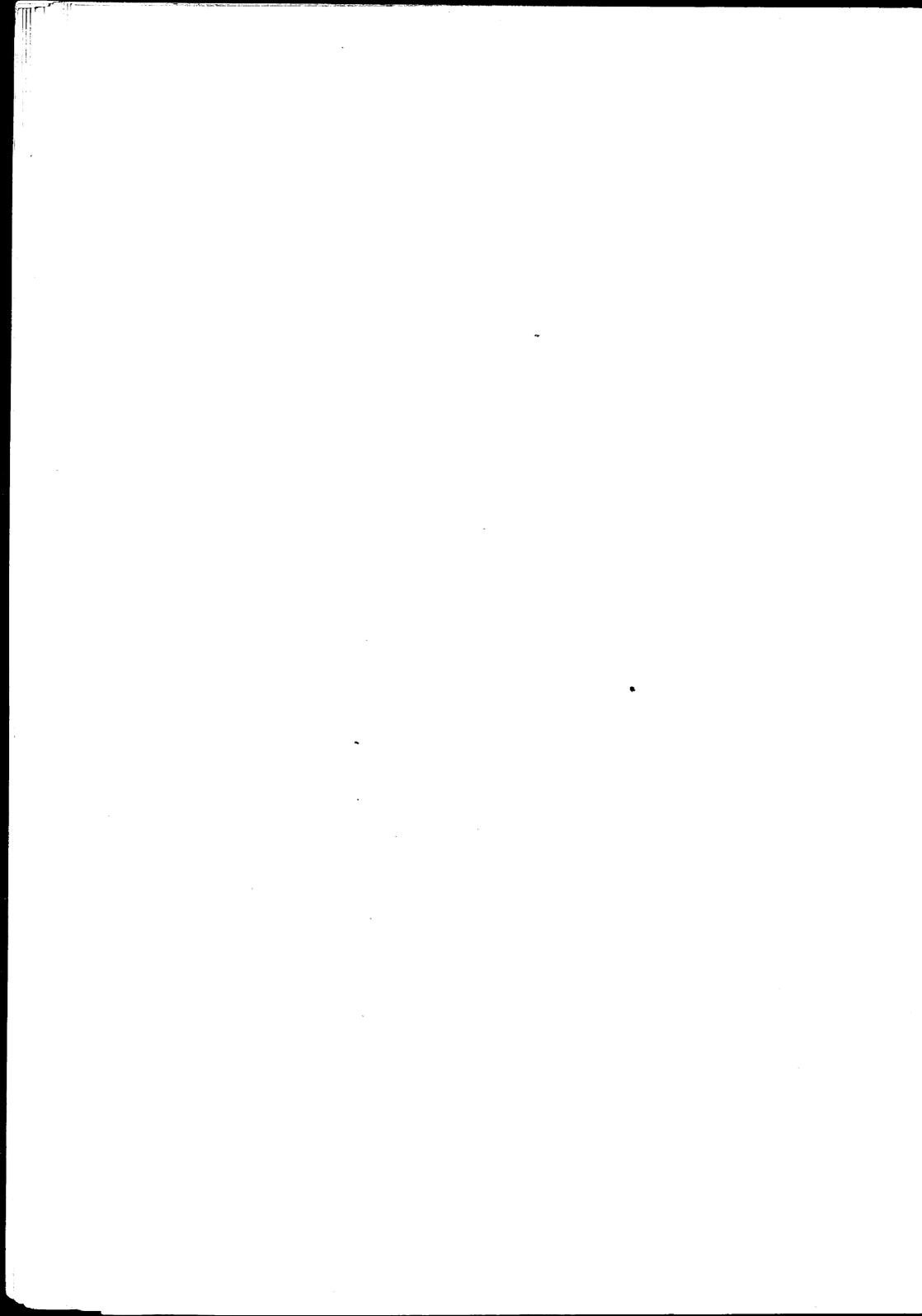
MANUEL GALDOS

RODOLFO LUCHTER

FLORENCIO ETCHEVERRY BONEO



A MIS CONDISCÍPULOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO
DEL HOSPITAL DURAND



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Al egresar de la Facultad, llevamos tan solo un conocimiento general de las distintas ramas médicas ; apenas hubo el tiempo necesario para admirar la amplitud del cuadro, vasto como un horizonte y noble como un ideal, cuyos contornos junto con la ciencia y la verdad, confunden sus líneas en las brumas del infinito.

De manera, que esta tesis inaugural no puede ser otra cosa, que unas horas de estudio y observación dedicadas a un tema que conquistara nuestra simpatía y moviera nuestro entusiasmo. Es él LA MEDICINA LEGAL DE LA DEMENTIA PRECOZ, que une al interés de su importancia, la novedad de no haber sido tratado entre nosotros.

Las conclusiones a que llegamos son el resultado del análisis de ciento catorce dementes precoces procesados, que constituyen todos los casos

de esta enfermedad, ingresados desde 1904 hasta 1916 en el Pabellón Lucio Melendes, para alienados delincuentes del Hospicio de las Mercedes, de donde hemos sacado el elemento de observación en que se funda esta tesis, auxiliados por sus excelentes historias clínicas y por los datos de sus libros, que nos han permitido formar los cuadros numéricos que la acompañan.

Contando con este abundante material de estudio que hemos interpretado a la luz de las doctrinas corrientes y guiados por el profesor Cabred, tienen nuestras conclusiones el valor de su documentación y el apoyo de una buena estadística.

Exponemos el tema en cuatro capítulos; el primero lo titulamos «Locura y Crimen», haciendo notar sus afinidades y puntualizando la acción de la medicina en provecho del alienado, al cual no sólo tuvo que reintegrar a la categoría de enfermo, según la expresión consagrada, para hacerle llegar los beneficios de un tratamiento, sino que debió también humanizar a las leyes reinantes, demostrando que el alienado que delinque, no es un retoño del estigma de Caín, que desde los tiempos bíblicos florece trágicamente en los desbordes del egoísmo humano, sino que es la víctima inocente de una psicosis, de la cual la sociedad no puede de-

fenderse, hiriéndose a sí misma con una injusticia que recae sobre uno de sus elementos más desgraciados.

El segundo capítulo lo dedicamos a un resumen clínico de la demencia precoz y a su frecuencia criminal; en el tercero nos ocupamos de sus delitos más frecuentes y de la importancia médico-legal de sus distintas formas clínicas, y el cuarto lo destinamos al problema de la reclusión de estos alienados.

No por seguir la tradición y la costumbre, sino para dar cumplimiento a un sincero mandato de mi espíritu, quiero antes de entrar en materia, dejar constancia en estas páginas de aquellos nombres a quienes me une la vinculación afable de la gratitud.

Al citar en este sentido, a los profesores de la Facultad y entre ellos muy especialmente al doctor Ignacio Allende, no puedo dejar de recordar con todo afecto a los que también saben ser maestros fuera de ella, brindándonos sus enseñanzas diarias en la sala del hospital.

Al doctor José M. Escalier, que prefiere a la ampulosidad de la conferencia, la disertación más útil y silenciosa sobre la cama del enfermo, ofre-

ciéndonos con la enseñanza de sus lecciones, la lección moral de su conducta de caballero.

Al doctor Pascual Palma, profesor de clínica quirúrgica, a cuyo servicio he pertenecido como practicante y que imprime a su cátedra toda la autoridad de su reconocida sinceridad científica.

Igualmente muy reconocido al doctor Pedro Bolo, su jefe de clínica, bajo cuya inteligente dirección he practicado mis primeros ensayos quirúrgicos.

Muy agradecido al doctor Alberto Chueco, a cuyo lado he hecho mi aprendizaje de ginecología, que posee en la propaganda de sus ideas una tenacidad admirable y que pone en sus conceptos científicos el sincero apasionamiento de un convencido.

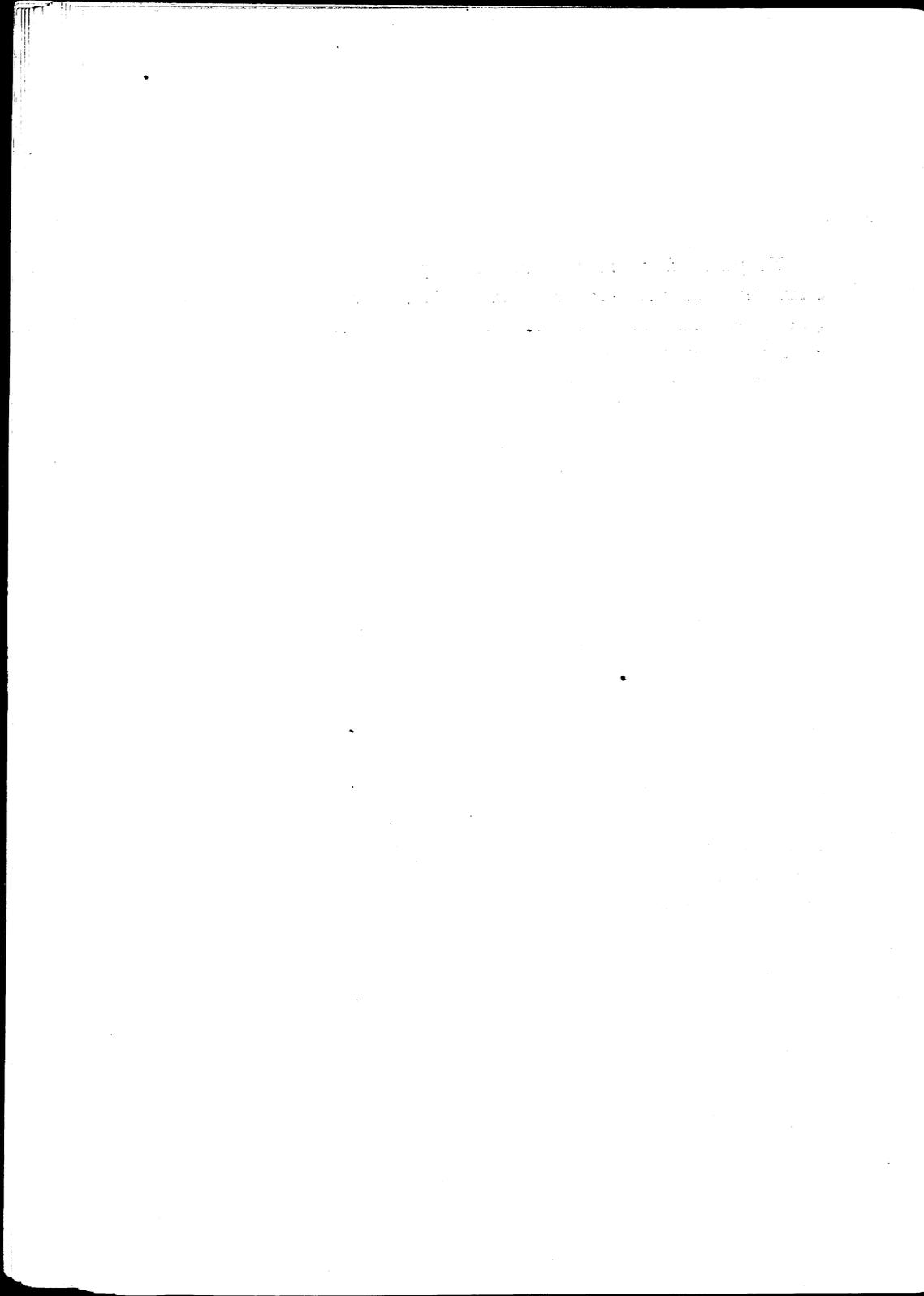
Al profesor suplente de pediatría, doctor Marmerto Acuña, expreso mi agradecimiento por las atenciones y enseñanzas recibidas durante el tiempo que pertencí a su servicio.

Quiero citar con especial y sincera gratitud al profesor Cabred, a quien estoy doblemente reconocido, porque además de haberme sugerido el tema de esta tesis y facilitado su material de observación, me honra poniendo en su padrinazgo todos los prestigios de su nombre.

No puedo dejar de citar en esta página a mis compañeros de internado del Hospital Durand, con quienes el acaso hizo que nos reuniéramos en su Pabellón de Practicantes y nuestra voluntad y nuestro afecto hizo que fraternizáramos en ese ambiente insuperable, en que todos oficiaban en el templo del compañerismo, en una comunión de ideales que nos solidarizaba en la acción y nos unificaba en el sentir.

En mis evocaciones, tendré que volver a esa casa para encontrar las emociones más gratas de mi vida de estudiante, a ella le debo mis mejores momentos y a los compañeros que me los brindaron, les ofrendo junto con la página que dedico en su honor, el culto íntimo de la amistad como se consagra a aquellos que tienen su escogido sitio en el relicario de nuestros recuerdos.

Mis expresiones afectuosas a los buenos compañeros del Hospital Fernández, donde hice mi último año de internado y en cuyo medio he encontrado espíritus a quienes me unen vinculaciones tan sinceras, que no puedo dejar de recordarlos y reiterarles nuevamente las seguridades de mi estima.



CAPITULO I

LOCURA Y CRIMEN

Consideraciones generales. — Concepto orgánico de la alienación mental. — Sus relaciones con el crimen. — Característica del hecho. — Necesidad e importancia del criterio clínico. — Frecuencia de errores judiciales en el fuero Civil y Militar. — Psicosis carcelarias, sus divisiones. — Responsabilidad en los alienados, su discusión.

Este capítulo de la locura y el crimen relaciona estrechamente la psiquiatría con la criminología, y debemos hacer constar que en esta rama más que en ninguna otra, ha tenido la medicina, que ser perseverante, noble y vasta en su acción; no se limitó como en las demás a formular las indicaciones terapéuticas solamente, sino que tuvo que luchar por los principios de humanidad, levantando su palabra triunfadora y de rebeldía, contra los prejuicios de la ignorancia, evitando muchas veces, no todas las deseadas, que sobre el cuerpo del alienado, en que ya había hundido su garra la demen-

cia, se prendieran también las cadenas del error y la injusticia.

Pocos conceptos han sido tan falseados y discutidos como el de la alienación mental, pocas veces ha sido tan áspera y larga la trayectoria luminosa de la verdad, en su vía crucis triunfadora del error y de la sombra.

Tiempos hubo, bajo el imperio del fanatismo religioso, en que el loco se consideraba como un embrujado y un poseído, víctima de todas las crueldades y de todos los martirios. En esas épocas se perseguía al arte y a la ciencia, que para vivir debían encadenarse al servicio de la iglesia y de la fe, y como dice Heckel, donde la fe comienza la ciencia acaba. Ella tenía otra religión nueva, otra fe: la verdad, y no podía cercenar su ascensión, esclavizándose a lo absurdo y a lo dogmático.

Durante el paganismo floreció fecunda la imaginación, en su creación de dioses y semi-dioses, ídolos y espíritus tutelares, y si bien la facultad imaginativa es parte integrante de la inteligencia y contribuye poderosamente al arte y a la poesía, es indudable que sin el cultivo armónico y solidario de las otras facultades, es impotente para ensanchar los dominios de la ciencia y enriquecerla con nociones nuevas.

Pero hay un algo instintivo en el hombre que le impulsa a conocer lo desconocido, a penetrar en su trama y comprenderla; y como es más fácil tejer una teoría metafísica y subjetiva, que encontrar una explicación exacta y sabia, se recurrió ante las masas a lo fantástico y sobrenatural. La ignorancia supersticiosa todo lo aceptaba, arena sin cohesión y unidad, que conservaba el molde de la huella que se le imprimía.

Mas todo ésto no hizo más que estimular la reacción y retoñaron investigaciones nuevas, como ramas después de la poda, se cumplió aquello de Ferri, que el ánimo humano es como el vapor de agua, que cuanto más se le oprime más aumenta sus fuerzas explosivas, mientras que libre en la atmósfera sólo es nube pasajera e inofensiva, y el espíritu científico, a pesar de sus ligaduras, amplificó su horizonte intelectual, mientras extendía a la luz sus alas de águila en un gesto simbólico de emancipación de lo ficticio y de la mentira.

En medio de la desorientación se fueron conquistando pequeñas adquisiciones, hasta que las teorías de los juristas italianos del siglo XVI, que traspasan las fronteras para irradiarse a los países vecinos, abren un paréntesis de progreso y seriedad, traduciendo la influencia de las observaciones mé-

dicas sobre las desviaciones de la patología mental.

Empieza el médico a actuar en los asuntos forenses, como precioso auxiliar de la justicia, y toman las cuestiones legales un mayor relieve de prestigio y acierto, entrando en vigor esta conducta, con la penetración de la Carolina, en Alemania (1532) y con la constitución de la Ruota Romana, en Roma.

Ya se inician las discusiones sobre la ausencia de la capacidad de imputación, en los que padecían de enfermedades mentales, punto éste que a pesar de los avances de la ciencia y de lo mucho que se ha conquistado ante la ley, no deja de acompañarnos todavía en la actualidad con los esfumados contornos de un problema. Una falange de médicos y filósofos, destruyen la superstición de las masas, demostrando que los alienados eran enfermos del cerebro y no poseídos del demonio, distinguiéndose Zacchias, como el vocero más clarovidente de las doctrinas nuevas, al echar las bases de la psicología jurídica.

Sin embargo, la barbarie de la edad media influencia el derecho penal hasta el siglo XVIII, que se hiergue en la historia como el alma inicial de hechos futuros, que conmovieron la sociedad en la

plenitud de sus raíces tradicionales, y en que floreció el espíritu humano en la potencia intelectual y revolucionaria de Voltaire, Beccaria y otros que contribuyeron eficazmente a humanizar las leyes, establecer la igualdad ante ellas y suprimir la crueldad.

Durante el período de consolidación de la psiquiatría, muchos filósofos especulaban con polémicas enojosas, que son destruidas con sus progresos, y los adelantos de la psicología, que aumenta su caudal de observación, al intervenir más frecuentemente como colaboradora de la justicia.

A partir de ahí afianza cada vez más la medicina legal, su individualidad y su concepto.

Como iniciadores de la época moderna deben citarse a Pinel y su sucesor Esquirol, que unían a los conocimientos del hombre de estudio, la acción perseverante y fecunda de los reformadores, que al par que escribían un nuevo capítulo de psiquiatría, fundaban un nuevo asilo para alienados, atesorando junto al cerebro del sabio, el corazón del filántropo. Ante asambleas médicas desprendieron las cadenas que ligaban a la fiera humana, elevando al alienado a la categoría de enfermo, susceptibles de la libertad y de beneficiar con un tratamiento.

En las líneas que anteceden no nos ha guiado el propósito de hacer la historia de la medicina leagl en su parte psiquiátrica, que para trazarla medianamente se necesitarían muchas páginas, sino tan solo, echar una mirada justiciera y recordatoria sobre la senda andada, que como en un surco en germinación, a pesar de todas sus vicisitudes, el espíritu científico ha hecho brotar sobre el error destruído, la pujanza de una verdad nueva, que no permaneció estática y pasiva al borde de los hechos sociales, sino que se confundió en su torrente, para aplacar los desvíos de la ignorancia, humanizar los principios reinantes y hacer más justas las leyes.

Y veremos como a pesar de lo andado quedan trechos por recorrer, como en las revistas y en los libros, los cerebros más esclafecidos cruzan su pensamiento en el terreno de la polémica y como quedan todavía capítulos que lo finaliza a manera de rúbrica un signo interrogante.

Durante mucho tiempo la interpretación de la locura perteneció a la filosofía, primando los espiritualistas, que le daban por asiento el alma, lo que comenta acertadamente el doctor Gache, diciendo : como podían creer que un alma inmortal, puro espíritu, fuera susceptible de alteración en su esencia y de asimilarse así a la materia.

La psiquiatría ha descendido a la alienación de su pedestal de misterio, para abordar su estudio, con el mismo método que se aplica para cualquier función desviada, ya que los procesos psíquicos, no son más que procesos fisiológicos regidos por las leyes de la biología, con su substractum anatómico en el cerebro.

Así que la alienación mental es una enfermedad orgánica como cualquier otra, que se caracteriza, por ser la función psíquica la que está alterada y ser el cerebro el órgano enfermo.

Toulouse considera el fenómeno psíquico como uno fisiológico, en que interviene un factor más, la conciencia, y A. Marie, en su psicología patológica, llama psíquico, un acto, un fenómeno en cuya realización interviene el pensamiento y la inteligencia; y los divide en dos grupos: superiores, conscientes y voluntarios, que son los mentales; e inferiores o automáticos, reduciendo la psiquiatría, que es el estudio de las enfermedades mentales, a una parte de las enfermedades psíquicas, las que atacan al psiquismo superior.

Reposando la personalidad psíquica sobre el cerebro, es la alteración de sus células que repercutirá sobre las funciones que ellas rigen modifi-

cando la personalidad en formas más o menos intensas, según la intensidad del proceso.

El hecho que las conquistas de la anatomía patológica, no expliquen plenamente el proceso celular de algunas afecciones mentales, no disminuye en nada el valor del concepto orgánico, de la alienación mental a base cerebral.

La inteligencia, el sentimiento y la voluntad, se aceptan como las grandes columnas que constituyen el sostén de la arquitectura psíquica del individuo, y si una lesión sobre cualquiera de ellas basta para traer un desequilibrio en la personalidad, comprenderemos, como la localización en la esfera de los sentimientos, en la moral, puede sintetizar en un mismo enfermo, el doble infortunio de la locura y la delincuencia.

Y esta simbiosis nefasta está comprobada por la estadística de todos los países, que consigna la huella del loco delincuente; así Dejerine da un 74 por ciento de los criminales, como hijos de alienados.

Bajo el nombre de loco delincuente, la criminalología reúne, hace notar Ingegnieros, como en un grupo homogéneo y bien delimitado, elementos que responden a distinta etiología orgánica, a procesos adquiridos en unos, congénitos en otros y que alteran

diversas partes del psiquismo. Cita los cinco casos siguientes :

1°—Un individuo puede tener su anormalidad, principalmente localizada en la esfera de su inteligencia : es el loco.

2°—Puede tener su anormalidad, principalmente localizada en la esfera moral, en los sentimientos : es el delincuente.

3°—Puede localizarse su anormalidad, en el orden intelectual y moral al mismo tiempo : es el loco y el delincuente.

4°—El que tiene su anormalidad principalmente, en la esfera intelectual, puede tener latente una morbosidad en la esfera moral, o puede la primera repercutir sobre la segunda desequilibrándola : es el loco delincuente.

5°—El que tiene su anormalidad principalmente en la esfera moral, puede tener latente una morbosidad en la esfera intelectual, o puede la primera repercutir sobre la segunda desequilibrándola : es el delincuente loco.

Es indiscutible, que cada uno de estos casos es susceptible de hermanarse uno con otro y confundirse, asociándose ; pero su enunciado demuestra palmariamente, la diversidad de proceso, que

abarca la denominación genérica de loco delincuente.

El prof. Ottolenghi, al ocuparse de este asunto, los divide: en «loco criminal», en los que el crimen no es nada más que un episodio de su enfermedad mental, un exponente de la alienación, y en «criminales locos», en los que el crimen es propio de su personalidad individual y en los que la alienación aparece después de cometido el hecho, durante la pena y forman un grupo heterogeneo. Considera que en los primeros, después de su arrebato ocasional, puede haber sentido moral. En cambio los segundos, forman el grupo de los incorregibles, que con alienación no reconocida pasan de la cárcel al manicomio, o vice-versa, y tienen en la cárcel crisis de alteración mental, que luego se hacen permanentes; sin merecer la denominación de alienado, por no serlo bastante, no son normales y no pueden juzgarse con el criterio del Código Penal.

Hace notar la influencia del carácter personal, sobre la alienación, a la cual imprime su sello y modalidad especial. Así, no se confundirá un paranoico, no criminal antes de su alienación, con un criminal vuelto paranoico, en quien la exageración del sentimiento de la personalidad, las ideas de vio-

lencia, de impulsividad, encauzarán el desarrollo de la parancia, con tendencias hacia el crimen y en su estado demencial, en sus restos psíquicos, se verá al antiguo criminal.

Sin embargo, Carrara se opone a esta división de locos criminales y criminales locos, no aceptando que el orden cronológico del hecho, sea factor suficiente para diferenciar un psiquismo idénticamente viciado.

Ingenieros se manifiesta en igual sentido, no aceptando tampoco, la división que considera, como locos delincuentes aquellos que delinquen bajo el influjo de su anomalía psíquica; como locos y delincuentes a la vez, aquellos cuyo delito es independiente de su alteración psíquica; y como simples delincuentes que enloquecen, aquellos cuyo crimen es anterior a la aparición de los trastornos psíquicos. Ese criterio es falso, dice, porque se funda en la consumación del delito y si desde el punto de vista jurídico no hay delincuente mientras no hay delito, para la psiquiatría criminal, lo hay latente aunque él no haya sido cometido. Basta que existan los factores orgánicos de la delincuencia.

Así el criminal nato, que Lombroso consideraba, como el hombre primitivo resurgido por regresión en la sociedad moderna, estigmatizado en

el atavismo orgánico y psíquico, es un criminal nato aunque nunca haya delinquido; si no lo es, para el juez hasta después del delito, la ciencia lo considera como tal, antes y después, no siendo el crimen más que un episodio en íntima concordancia con su desarrollo orgánico.

Con este criterio de apreciación, dice Ingenieros, que es más razonable la denominación de « loco peligroso », que la de « loco delincuente », pudiendo el médico juzgarla, según las tendencias de sus ideas delirantes y de sus alucinaciones.

El mismo autor propone una clasificación psiquiátrica de los criminales, en tres grupos, ya que, como hemos dicho anteriormente, la expresión de loco delincuente, no se ajusta a la psiquiatría :

1º— El primer grupo está formado por individuos arrastrados al delito por una anomalía en su esfera moral, que puede ser congénita (delincuentes natos o locos morales de Ferri) o adquirida (delincuente habitual).

2º— El segundo grupo lo forman individuos arrastrados al delito por una anomalía en su esfera intelectual, que puede ser congénita (delincuentes por locuras congénitas) o adquiridas (delincuentes por locuras tóxicas).

3º— El tercer grupo lo constituyen individuos

arrastrados al delito por una anomalía en su esfera volitiva, congénita (delincuentes impulsivos congénitos) o adquirida (delincuentes de ocasión).

Estos tres grupos no son absolutos ; muy al contrario, por lo general se asocian. Su diferenciación está basada, sobre la facultad psíquica más profundamente alterada ; pero no quiere decir, que también no puedan estarlo las otras, en mayor o menor grado, como casi siempre sucede, repercutiendo la lesión de una esfera sobre las otras. Además, la enfermedad no queda estática y estacionaria, sino que se modifica o avanza completando su obra de derrumbe mental.

La clasificación que antecede, tiene en vista tan solos los factores orgánicos del delito, y trata de bosquejar algo concreto en la vaguedad reinante, en el capítulo de los locos delirantes. No se ocupa de las otras causas múltiples, que también son los factores del crimen, como lo considera Ferri al definirlo, como el producto simultáneo e indivisible, ya de las condiciones biológicas del criminal, ya del medio en que nace y vive.

Si según una expresión conocida, locura y crimen son dos ramas distintas, que nacen del tronco común de las degeneraciones humanas, es indiscutible que ligados a este mismo tronco pato-

lógico, como un retoño vigoroso, están los alienados delincuentes, cuya anormalidad fructifica doblemente en su déficit mental, y en la ausencia de inhibición que frene sus reacciones criminales.

Si bien la orientación del delirio o la alucinación, pueden presentar al alienado más o menos peligroso, se puede afirmar que no hay un grupo de alienados con caracteres comunes, fatalmente arrastrados al crimen, todo alienado es capaz de cometer un crimen, como todos los crímenes pueden ser cometidos por los alienados.

Pero si es cierto, en tesis general, que no hay una alienación condenada al delito, ni un delito que por su solo enunciado diagnostique una alienación, no es menos cierto, que no por eso deja de ser interesante y provechoso el estudio de éste, con sus caracteres y sus motivos, que muchas veces pone toda la eficiencia de un síntoma guía, que nos conducirá a sondear la integridad psíquica de quien lo comete, mediante el examen clínico cuidadoso, único elemento de juicio capaz de orientarnos exactamente por la malla de dudas e incertidumbres que tan a menudo presenta en sus consecuencias sociales, la unión de la demencia con el delito.

Así como el sentido moral, la inteligencia y la voluntad, se anastomosan y aunan en la formación

de la individualidad psíquica, así también la enfermedad, al desviar el psiquismo, a pesar de su iniciación más o menos electiva, generaliza su lesión; resultando, que aunque no empiecen por atacar el sentido moral, concluirá por alterarlo, y vemos como todos los alienados pueden encontrarse sin esta facultad, que orienta las acciones del hombre, en armonía con lo colectivo, acallando su egoísmo y frenando sus impulsos, y entonces con ella suprimida, desviada o modificada abandonar sus rutas y entrar en conflicto con la justicia, arrastrados por su nuevo yo patológico. De esta manera, se explica la estrecha afinidad que existe, entre estas dos manifestaciones mórbidas.

Muchas veces, la alienación se constata, después de cometido el hecho, y practicado el arresto, que actúa como piedra de toque, por las emociones y disgustos que produce; tratándose la mayoría de las veces, como veremos más adelante, de la exacerbación de una situación anormal, que existía con anterioridad al hecho.

A pesar de no existir, como hemos dicho, una forma específica de alienación condenada al crimen, ni una forma criminal característica de la alienación, hay, sin embargo, en su actividad criminal particularidades dignas de anotarse.

Algunos consideran como lo más ilustrativo, el motivo, que ocasiona el crimen, que es injustificado, patológico, constituyendo un nuevo elemento en el proceso psíquico de estos alienados, aunque la acción se efectúe normalmente. El motivo se caracterizaría, por su ausencia, o ser desproporcionado, pueril, que no explica el hecho, que a nada responde ni beneficia a su autor.

No siempre sucede así, haciendo notar Ferri, que los alienados y epilépticos los cometen a menudo por motivos criminales, como ser venganza y celos; para este autor, se diferencian en que confiesan su motivo, con una narración minuciosa, cumpliendo la acción con agitación, ferocidad furiosa y sangre fría, no siendo seguida de arrepentimiento, cualidad esta última que Lombroso atribuye al criminal nato.

Además, el loco actúa por la tiranía de un impulso, independiente a veces de causas exteriores, forjado en la intimidad de sus delirios, con los caracteres violentos de un espasmo, sin echar raíces en su personalidad pensante, sin detenerse en el arrebató a serenar la conciencia para madurar un plan; mientras que el criminal no alienado, premedita su delito, razona con su lógica especulativa, disciplinada en el vicio y elige la hora en que

la noche, pone su venda de sombra a los ojos de la justicia.

Hay en este cuadro toda la evidencia de una antítesis ; pero es indudable, que si hay muchos casos que lo corroboran hay otros, que están en contradicción.

Hay que analizar la acción en sí misma, su explicación y realización como idea y como hecho recogiendo las enseñanzas que de todo ello se deduce.

Casper y Liman dicen, que es de alienado cuando no está de acuerdo no sólo con la moral social, sino con la moral individual del autor ; pero ésto sucede también en muchos crímenes pasionales, a los cuales se parecen en sus modalidades, según Krafft-Ebing, no faltando a veces el fondo afectivo.

Morselli basa su diferenciación en tres caracteres : 1º Incorregibilidad final, la acción criminal no lo favorece, como los demás, le es nociva ; 2º contraste en la acción cometida y en la psicología anterior del sujeto ; 3º desadaptabilidad social, violación de los sentimientos altruistas.

Esta tercera condición, vemos que no les es propia ; pues es común a todos los criminales.

Esquirol, ha descrito admirablemente la lucha entre la impulsión criminal, la razón y el senti-

miento, lucha tanto más viva, cuanto más fuerte es la tendencia y más elevada la inteligencia; y comprenderemos, como un alienado desigualmente, pero conjuntamente herido en los atributos más nobles de su personalidad, quedará con su voluntad flotante, dúctil y maleable a la tiranía de los impulsos.

Los distintos grupos mentales dan un tono especial a la ejecución y a la cerebración de su crimen.

En la psicosis melancólica, por lo general, el enfermo se considera un ser nefasto, causa de todas las desgracias que aquejan a los suyos y termina por suicidarse, siendo esta manifestación mucho más frecuente que el homicidio. A veces mata a otro, para que la justicia le aplique la pena de muerte y se suicida así indirectamente. Sus homicidios presentan de característico, que se cumplen en personas de su afecto y de su estima y atenta contra ellas para evitarles las amarguras de la vida, o el deshonor que él motiva con su persona; siguiendo a veces al homicidio con su suicidio. Regis hace notar, que en ellos es frecuente la autodenunciación, por la cual se hacen responsables de hechos que pueden existir y en los que a veces han participado realmente. Pueden involucrar

en su acusación a otras personas, constituyendo la auto-hetero-denunciación, del mismo autor.

En las manías con ideas de grandeza, en que una idea delirante dirige las acciones y domina toda la actividad mental, cometen crímenes, convencidos que les asiste ese derecho, de acuerdo con el alto sitial en que les coloca su delirio.

La psicosis sistematizada, constituye la forma mórbida en que el homicidio es más frecuente. Los delirantes místicos, creen cumplir una misión del cielo, al matar una persona que consideran enemiga de Dios, o a veces le ofrecen en holocausto sus propios hijos. Por lo general, el examen conduce fácilmente al diagnóstico.

Los que padecen del delirio de persecución, se transforman frecuentemente de perseguidos en perseguidores, sus facultades se van degradando, su cerebro sigue hilando en la rueca de su delirio la fantasía de sus males y a la pasividad inicial de su espíritu le sucede lo que a todas las tolerancias humanas que por amplias y generosas que sean, terminan al final, por ceder el paso a un gesto de rebeldía. Constituyen la forma de alienación más peligrosa, atacando sus enemigos ficticios. Hay los «perseguidos alucinados», en que el diagnóstico se hace fácilmente y los «perseguidos razonantes», en

que no sucede así, porque son coherentes en sus concepciones y de una lógica conservada en sus razonamientos ; como en las alorritmias, en que hay cierto ritmo en la rarritmia, hay en la organización de sus delirios, una unidad bien encadenada, una trabazón lógica, que pone un poco de razón aparente, en la sinrazón del delirio.

Estos perseguidos razonantes, son los que motivan procesos más ruidosos ; pues piensan firmemente su acción y la defienden y sostienen con una relativa lucidez, que aleja en el público y los magistrados la idea que pueda tratarse de un alienado. Influyen sobre su alrededor convenciendo de la exactitud de sus afirmaciones, sobre todo cuando su moral todavía está intacta ; pero si cometen un crimen sus partidarios de la víspera, son sus primeros acusadores, porque ignoran la morbilidad de sus actos.

Estas consideraciones, pueden generalizarse al grupo paranoico que Lombroso llama « Mattoides », formado por individuos cuya inteligencia es clara y hasta exagerada, en lo que no se relaciona a su profesión, que conservan el sentido moral y una conducta ordenada en lo que se refiere a la vida diaria, y cuyo impulso criminal se despierta al ver que el mundo no es como ellos lo anhelan, matan-

do por el bien público para lograr desalojar el régimen imperante. En sus filas militan casi todos los que atentan contra la vida de los hombres de gobierno.

El alcoholismo, junto a la debilidad mental, produce una decadencia progresiva de los sentimientos morales más elevados, como la afectividad, siendo en cambio muy irritable, bastando una causa nimia para encenderlos en cólera. Como la voluntad está debilitada en su potencia inhibitoria, pasan fácilmente del acceso al crimen, que se caracteriza por su ferocidad extrema, conocida ya por los antiguos bajo el nombre de «ferocitas ebriosa», que conocían también el alto porcentaje que ocupa en la etiología de la delincuencia.

Es el que más interviene, de todas las intoxicaciones externas; pues las otras, como la morfina, poco influyen en las cifras del delito, produce un sopor que enerva en vez de excitar y se ingiere en medio de la soledad, distintamente del alcohol que se consume en la promiscuidad perniciosa de la taberna.

La epilepsia, ocupa uno de los primeros puestos, con marcada preferencia por el homicidio y los incendios, cumpliendo el acto de acuerdo con ciertas características que en muchos casos permite re-

lacionar el hecho con el diagnóstico, en el cual no se había pensado hasta ese momento. La acción se cumple con la instantaneidad de una impulsión brusca y violenta, que es seguida de amnesia retrógrada, es decir, que el enfermo no la recuerda después de realizada. Esto es propio de la epilepsia, porque no se encuentra en ninguna otra lesión.

El histerismo interviene como factor criminal, sobre todo en sus asociaciones con la degeneración, pudiendo cometer todos los delitos, aunque primen por su frecuencia, las denuncias, la simulación de la violación y los envenenamientos. Da un tono especial, personal, a todo lo que hace, diferenciándose de los demás en la ejecución del hecho y en los móviles que lo inspira, en que pone su sello la neurosis. Sin embargo, dice A. Marie que en todos los países, suceden casos que se repiten con una desolante monotonía, probando que la perspicacia del hombre está desarmada ante los recursos infinitos de la morbilidad mental.

La parálisis general en su período prodrómico, ha sido objeto de un estudio de Legrand du Saulle, que le llama período médico-legal, asignándole como delito más frecuente el robo, el atentado al pudor, la falsificación, el abuso de confianza y raramente el homicidio. El robo se caracteriza por hacerlo a

la vista de todos e ir dirigido contra una insignificancia, que en nada lo beneficia. Sus delitos, por lo general, se caracterizan por su simpleza y puerilidad, sin habilidad en el plan y sin utilidad en los resultados.

Nos hemos referido a los delitos, en las principales formas de alienación, dejando intencionalmente, la demencia precoz, de la que nos ocuparemos detalladamente en el capítulo que sigue.

Hay en lo anterior, algunas características del crimen en los alienados, en lo concerniente a su ejecución y a su cerebración, y es indudable, que si el hecho con los detalles que lo rodean, contribuyen a iluminar el proceso por sí solo, la generalidad de las veces, es insuficiente para definirlo. Pero es un factor que no pierde por ello su utilidad, ya que muchas veces bastará para presentar a quien lo estudie la posibilidad de una enfermedad mental y motivar el examen clínico que es la mejor y única base para llegar a una conclusión con rigurosidad científica.

En la actualidad se ha amplificado la concepción de la locura, extendiendo los reducidos límites a que la relegaban los antiguos, que la reconocían tan solo en la presencia de ideas delirantes o errores sensitivos sensoriales.

Así dice Morel, que si toda locura es un delirio, todo delirio no es una locura.

Schüle, define la alienación como un cambio de la personalidad, es una enfermedad de la personalidad, y sabemos que ésta, según Ribot, «tiene su representación suprema en el organismo y en el cerebro, que es la personalidad real, conteniendo en él los restos de todo lo que hemos sido y las posibilidades de lo que seremos. El carácter individual entero está inscripto ahí, con sus actitudes activas y pasivas, sus simpatías y su antipatías, su genio y su talento, su abandono o su actividad, sus virtudes y sus vicios. Lo que emerge hasta la conciencia es poco, comparado con lo que sin llegar a ella actúa sin embargo. La personalidad consciente, no es sino una* débil parte de la personalidad física.

Ahora bien, una salud psíquica normal no es nada más que un ideal, que la imaginación apenas puede concebir y que cada uno modela la suya, individualizando su yo con el sello de sus condiciones y sus tendencias, que delimita las distintas aptitudes humanas. Y esta ausencia de igualdad en las aptitudes y en los caracteres, se manifiesta también en la desigualdad de los desvíos de la alienación mental, que parece confundirse con la salud

en esos estados en que la razón crepusculiza esfu-
madamente, antes de llegar a la niebla de la de-
mencia.

Dice Korhn, que diferenciar el sano del alie-
nado, presenta las mismas dificultades que la di-
ferenciación del reino animal del vegetal. Así es,
efectivamente; nadie dudaría en distinguir un ve-
getal desarrollado y organizado con los atributos
que le son propios, de un animal superior, pero
en sus ejemplares más rudimentarios presenta in-
cógnitas, que la agudez investigadora del micros-
copio, no ha podido resolver, creándose el grupo
intermediario de los « protistas » que tienen su equi-
valencia en el grupo que la clínica psiquiátrica cla-
sifica de « fronterizos ».

No hay un síntoma patognomónico, un signo
somático que la aise, nada específico que la ca-
racterice.

Siendo una enfermedad de cerebro, va acom-
pañada de perturbaciones en el conjunto de las fun-
ciones cerebrales, de manera que con las altera-
ciones psíquicas en muchos casos encontraremos
también desviaciones físicas, en la sensibilidad, mo-
tilidad, etc., que tienen la ventaja de no prestar-
se tanto a la simulación como las anteriores. De
manera que siendo enfermedad de un órgano, cum-

pie el postulado fisiológico, de repercutir sobre la sinergia del organismo.

La apreciación de estos elementos pertenece a la clínica psiquiátrica, que debe agrupar y reunir los síntomas, estudiando su orden y relación para combinarlos e interpretarlos, dándoles su valor según la individualidad del enfermo, para concluir en la síntesis definitiva del diagnóstico. Debe procederse como en cualquier otra lesión, buscando sus causas, sin descuidar la herencia, más importante aquí que en ninguna otra parte, investigando cuidadosamente los antecedentes personales y la iniciación de la enfermedad.

En el examen del enfermo no se debe descuidar la parte física, buscando la presencia de los estigmas, que Boinet llama piezas de identidad de la degeneración, como también los signos de arterio-esclerosis o decadencia general. El examen del sistema nervioso debe practicarse minuciosamente, en su motilidad, sensibilidad y trefismo, sin pasar por alto las demás funciones orgánicas.

Siendo el examen psíquico el que contribuye con más luz al diagnóstico, es el que exige más perspicacia y experiencia a quien lo practica.

El interrogatorio ha de cumplirse repetidas veces para ser provechoso, no olvidando que el en-

fermo está sujeto a las inclinaciones de la simpatía, que hay que conquistar para que se franquee en sus contestaciones.

Se debe examinar, sondear, las funciones cerebrales en su esfera moral, intelectual y volitiva que forman una trinidad, que como la evangélica, también se unifica en la constitución de una sola salud psíquica. Se observará el debilitamiento progresivo de las facultades intelectuales y de los sentimientos, deteniéndose en las alteraciones de idea-ción, de la percepción, de la afectividad, de la conciencia, de la personalidad y de la actividad, a la cual pertenecen los impulsos que tantas veces arrastran estos enfermos a actos delictuosos.

Después de recogidos todos estos datos ilustrativos, entra el clínico en la difícil tarea de agruparlos e interpretarlos convenientemente, que no habiendo en los casos confusos nada específico, su criterio deberá hacer un estudio de selección, dando a cada síntoma su significado particular en cada caso y llegar a una síntesis definitiva y verdadera.

Para ello se necesita, según Krafft-Ebing, ciencia y experiencia, quedando así bien demostrado la necesidad e importancia del criterio clínico.

La frecuencia de los errores judiciales ha dado tema a una infinidad de publicaciones probando,

que a pesar de los progresos de la práctica judicial, infinidad de veces y con una repetición insistente se resuelve en forma injusta los problemas de la irresponsabilidad patológica.

Pactet y Colin, autores de un importante trabajo sobre alienados desconocidos y condenados, dicen que se llega a este resultado: Por falta de peritaje médico-legal, por rechazo de las conclusiones del perito o por error de éste, asegurando que se cuenta por centenares el número de alienados recluidos en las prisiones, colonias penitenciarias de niños y presidios militares. Un sinnúmero de autores corroboran estas afirmaciones, con estadísticas que ratifican la verdad de esta aseveración. Así Paul Garnier y Magnan, revisando los procesos de 1886 hasta 1890, encuentran 255 alienados desconocidos y condenados, que equivalen a 50 errores judiciales anuales.

Rudin en 1901, llama la atención sobre la existencia de delirio de persecución y alucinaciones en los penados, y Penta en 1904, sobre un total de 2080 criminales de presidio, encuentra el elevado porcentaje de una tercera parte, de degeneraciones en sus múltiples combinaciones, con demencia precoz, histeria, parálisis general, epilepsia, delirios sistematizados, etc.

Pactet y Colin proponen una serie de reformas, para evitar la repetición de estos hechos, tales como: 1º medidas destinadas a disminuir el número de crímenes de los alienados y en particular su rápida reclusión en un asilo; 2º examen médico obligatorio de todo detenido después de su arresto; 3º atribución exclusiva de los peritajes concernientes al estado mental a los médicos alienistas, únicos competentes en la rama; 4º el control del estado mental de los detenidos en las penitenciarías, por los médicos de las prisiones, a los que convendría exigir en el momento de su nombramiento la justificación de conocimientos reales en psiquiatría, y por médicos inspectores alienistas, como se practica en Bélgica; 5º revisión de los procesos de los alienados desconocidos y condenados, bajo citación del procurador general, en los dos meses de la condena.

Entre nosotros, aunque no podemos citar una estadística, también se reeditan estos casos de errores judiciales, estando bien presente por su actualidad y magnitud el caso de Godino, que no se le quiso reconocer una idiocía tan clara, que el profesor de la materia lo utilizó como elemento de enseñanza para sus alumnos.

En los informes expedidos por el asilo para

reforma de menores varones, sobre un total de 547, versaban 68 sobre alteraciones mentales, lo que arroja un porcentaje de 12 por ciento en estos detenidos.

Sin embargo, con satisfacción consignamos que existe aquí una Sala de Observación de Alienados, en la policía de la capital, fundada por el doctor Francisco Veyga, donde pasan para su examen los delincuentes sospechados de alienación y los individuos recogidos en la calle presentando signos dudosos, aunque no haya cometido ningún delito. De manera que no sólo ilustra la justicia y resguarda a la sociedad, sino que también beneficia a muchos alienados indigentes que están en el desamparo.

En la penitenciaría existe el Instituto de Criminalología, que examina a los presidiarios comunicando a la dirección los anormales que encuentra, para que se tramite su traslado a donde corresponda.

Mucho más elevado, que en lo civil, es el porcentaje de los errores en la justicia militar. Es una noción largamente comprobada en psiquiatría, que el ejército enriquece la estadística de la alienación, con infinidad de alteraciones mentales, influyendo los disgustos producidos por la disciplina y las asperezas de la vida militar, unido a que forman en

sus filas muchos elementos incorregibles, insoporables dentro de la familia, que llevan consigo una tara predisponente y para quienes el servicio militar es una piedra de toque de su equilibrio mental.

En los oficiales también son frecuentes estos casos, ocupando el primer término la parálisis general, que supera en mucho a las demás, viniendo luego las psicosis traumáticas, alcohólicas y vesanías diversas.

En los soldados pueden encontrarse todas las formas psicopáticas, demostrando Saporito, médico del manicomio civil y judicial de Aversa, que domina la degeneración en sus múltiples formas, desde la pequeña desarmonía psíquica, hasta el déficit profundo de la imbecilidad, asemejándose tanto las unas a las otras y conservando características tan comunes, que según él, basta ver una para conocer a todas, pudiendo un especialista habituado al recorrer un asilo, reconocer al militar. Sobre 85 soldados que observó en el asilo, todos eran degenerados, con o sin delirio, combinados o no con la epilepsia.

Pactet, sobre 1088 y 1097 bajas dadas en el ejército francés en 1903 y 1904, por alteraciones mentales, encontró 194 y 185 casos de imbecilidad, respectivamente.

También hay que citar por su frecuencia, la demencia precoz a base degenerativa y a forma hebefrénica, presentándose muy a menudo con los caracteres de la simulación o de la sobresimulación de Ingegneros, que en este caso, como en la mayoría de las veces, no hacen sino agregar un elemento extraño a una realidad psicopática.

Estas cifras crecidas de por sí, se multiplican en los tiempos de guerra, cuyas excitaciones y horrores actúan en el ánimo de los soldados como las grandes catástrofes y las desgracias colectivas, dando lugar a epidemias de alteración mental. En la guerra ruso-japonesa se ha comprobado la exactitud de esta observación, presentando Roubinovitch una documentada comunicación al congreso de Nantes, consignando que en Kharbine había más de 2000 alienados, que representaban sobre el total un promedio superior al uno por mil, que creaban una situación embarazosa, obligando a improvisar asilos especiales; hecho que recalca una vez más la necesidad de una preparación psiquiátrica en los médicos militares, que en algunas naciones como en Alemania se les exige un examen sobre esta materia.

Conociendo los elementos que constituyen el ejército, comprenderemos el estudio que merecen

los delitos que en él se cometan, o mejor aún los autores de estos delitos, tantas veces erróneamente interpretados por el amor a la disciplina, aunque lleve consigo un agravio a la justicia.

Data de poco tiempo la intervención de los médicos en estos asuntos ; así Granjux, que ha pasado muchos años como médico militar, dice que jamás había sido llamado para pronunciarse sobre el estado mental de individuos sujetos al consejo de guerra.

En compañía de Regis presentan al congreso de Marsella (1899) la siguiente moción que fué adoptada : « El congreso emite el voto, que el peritaje médico-legal, sea organizado ante los tribunales militares de tierra y de mar, como lo está ante los tribunales ordinarios y en particular que el examen mental de todo militar en prevención, sea practicado por los médicos de cuerpo, con adjunción posible, bajo su pedido, de peritos civiles ».

En estos últimos años se han introducido modificaciones ventajosas y en casi todos los países está consagrado como una adquisición, recurrir a los médicos militares en semejantes casos, como también para seleccionar los soldados que ingresan, uniendo al examen físico, el psíquico, que pue-

de revelar un impedimento tan atendible como el anterior.

Una de las manifestaciones que plantean a estos enfermos mayor número de conflictos con la disciplina, son las fugas y las deserciones, que a menudo ha hecho notar Regis, han sido precedidas por fugas escolares reiteradas e incorregibles, lo que probaría su carácter en cierto modo constitucional. Pueden ser únicas o repetidas, con intervalos más o menos variables, son impulsivas y revelan diversos estados psicopáticos: degeneración simple o combinada con epilepsia, alcoholismo, etc. Ocupa un lugar muy importante la fuga de la demencia precoz.

De manera que se debe examinar cuidadosamente al autor, dosando su caudal mental, y a la fuga en sí, analizando sus causas, caracteres y precedentes, única forma de juzgar si se trata de un delito responsable o de un acto impulsivo, que revela una perturbación psicopática y sobre la cual no puede caer sin injusticia e inhumanidad la rigurosa severidad de las leyes militares.

Entre los delitos característicos del ejército, merece citarse el « misdeísmo », denominado así porque Misdea se llamaba el primer soldado que lo hizo, consistente en el atentado de éstos contra sus

superiores, y que una fuerte racha se extendió por el ejército italiano motivando infinidad de penas de muerte que se cumplieron.

Es con sentimiento que se constatan estos hechos, en que la justicia que medita sus fallos, tendientes más a corregir que a castigar y que se dictaba por cerebros esclarecidos, desoía la voz de la ciencia, para precipitarse en un error tan repudiable como el hecho que condenaba, que tenía su explicación por ser el extravío de un cerebro deficiente. Pero luego se aceptó la indicación de la psiquiatría, que pregonaba las ventajas de seleccionar los conscriptos y demás aspirantes, que se cumple en casi todas partes y en la misma Italia se exceptúan más de 1000 por año, librándose al ejército de esta plaga.

Schultze examinando muchos militares condenados, ha constatado en infinidad de ellos la alienación mental, previa a la condena. Becker, publica 25 relaciones médico-legales, de delincuentes militares detenidos y con perturbaciones psíquicas.

Es muy elevado el número de casos, que abonan la frecuencia de los errores judiciales, más frecuentes aún en el orden militar que en el civil, aunque con el examen psiquiátrico previo, se sana

el ejército de un elemento que no lo beneficia y se reducen estos hechos.

« Las psicosis carcelarias » en su mayoría están en íntima relación con los errores judiciales, de manera que las cifras consignadas en el párrafo anterior, ilustran igualmente a éste. Además, es una observación ya comprobada, la frecuencia mayor de la alienación mental en las agrupaciones de individuos criminales y condenados, citando Regis a la prisión como una de las causas ocasionales de la locura ; si bien hay que reconocer que las emociones y disgustos que producen la detención, encuentran vasto campo para actuar en los detenidos, que por lo general son individuos tarados y predispuestos, que están al borde de la alienación, que estalla en sus distintas formas a consecuencia de la nueva vida.

De manera, que la explicación de las psicosis carcelarias, se encontrará más que en la prisión en sí, en los presidiarios, que cuando no aportan una lesión existente con anterioridad, pero desconocida, aportan casi siempre un organismo con sus taras latentes, prontas a eclosionar al primer sacudimiento psíquico.

Siendo la cárcel el destino de los delincuentes y yendo a ella a menudo los que padecen de la enfermedad, que acarrea consigo el doble infor-

tunio de la demencia y de la delincuencia, comprenderemos el amplio material de estudio que ha brindado a la psiquiatría; así Ottolenghi, dice que las psicosis carcelarias, son para el sistema penal y penitenciario, lo que las deducciones de la necropsia en la mesa anatómica representan para la clínica. Proyectan nueva y viva luz sobre la naturaleza delincuente, que habíamos estudiado antes, bajo la acción del ambiente carcelario y sobre el delito cometido antes de la vida carcelaria.

No sólo demuestran con la diáfana claridad de una evidencia la relación entre locura y delito, sino que prueban la acción ocasional de la cárcel en los predispuestos a la locura, en los anormales, en los desequilibrados y también en los sanos.

Semal, citado por Regis, presentó al congreso de Paris (1889) un estudio minucioso sobre 905.000 condenados de Bélgica, estableciendo que la predisposición y la herencia principalmente, constituyen los dos grandes factores de la alienación en los detenidos y clasifica en el orden siguiente las causas ocasionales: 1º alimentación insuficiente; 2º aislamiento celular; 3º onanismo; 4º la pérdida de la libertad, con su vida sedentaria; 5º las influencias morales diversas.

El medio influiría además en la fase clínica

de la psicosis, siendo características, por ejemplo, las alucinaciones auditivas en los castigados con la incomunicación celular.

Las formas elínicas son muy variables, actuando las distintas excitaciones que produce la condena, la incomunicación y la vida carcelaria, en forma diferente y variada, según las heterogéneas predisposiciones individuales.

Cramer, al ocuparse de este punto, dice que a veces anteceden a la psicosis estados precursores; pero otras veces aparece de golpe una gran excitación que puede ser pasajera, aunque por lo general es la iniciación aguda o la exacerbación de una paranoia crónica o de una demencia precoz con evolución lenta, siendo esta psicosis la que se manifiesta más frecuentemente en la incomunicación, pudiendo empezar en forma muy tormentosa o con estupor pronunciado, lo que no evita que actúen como directores de complot.

Es tan manifiesta la acción de la cárcel sobre estos estados, que este autor, cita un caso de un condenado, que presentaba delirios y alucinaciones que desaparecían en el hospicio, reanudándose nuevamente cada vez que lo internaban en la cárcel.

Dice Willmanns, que las psicosis carcelarias re-

velan tres grupos de enfermedades mentales : el primer grupo se refiere a la demencia precoz, el segundo a la forma degenerativa (epilepsia, etc.), que en sus fases agudas presentan serias dificultades para diferenciarla del primero, cosa que es conveniente porque en éstos la vida carcelaria, puede tener una influencia secundaria, mientras que en aquellos ejerce una influencia primaria ; el tercer grupo, menos frecuente, está formado por el alcoholismo, la parálisis general, etc., en proporción muy inferior a las anteriores.

Ottolenghi, considera estas psicosis, como muy diversas, tratándose en la mayoría de simples « trastornos de la cárcel », otras « productos de la cárcel », y otras por fin verdaderas « psicosis carcelarias », algunas veces preexistentes y que sólo se han hecho más manifiestas. Hay que distinguir, dice este autor : 1º síntomas leves, de pura reactividad más o menos morbosa, vértigos, irritabilidad, debilidad intelectual, carácter epiléptico, etc., que no constituyen una enfermedad mental propia, pero que son la envoltura de casi todos los degenerados aún no locos ; 2º síntomas psicopáticos de locura mucho más interesantes y mucho más raros, que pueden presentarse como una simple acentuación de una constitución psíquica originaria o tomar otras dos formas distintas, traduciéndose la primera por

síntomas catatónicos o hebefrénicos (superficialidad de ideas con variabilidad e influencia en su contenido), en suma trastornos demenciales, y la segunda más variable, ofreciendo síntomas de psicosis verdaderas, evolucionando algunas en formas crónicas, caracterizadas por el síndrome paranoico, otras en formas sub-agudas y agudas, otras en que predomina el síndrome de Ganger (estado crepuscular, sub-consciente, reacción ilógica, etc.).

Vemos cuan distinta es la naturaleza que se conoce a las psicosis por prisión, aceptándose que sólo el grupo agudo a fondo alucinatorio puede presentarse en individuos sin antecedentes previos y constituyendo las verdaderas psicosis carcelarias.

Esto es exacto en lo que se refiere a la etiología, que respecto a su fisonomía clínica casi todos los autores que las han estudiado, reconocen que la cárcel da una modalidad, un color especial a las psicosis que en ellas se desenvuelven. Así la demencia precoz, que es la más frecuente entre las llamadas psicosis carcelarias, tiene como comienzo una explosión de fenómenos psicopáticos, que Sommer llama «locura carcelaria» y Kirn «locura del delincuente», y que no son sino la influencia del ambiente carcelario sobre la demencia precoz, que estalla súbitamente con excitación, alucinaciones au-

ditivas, ideas de persecución, que cuanto más avanzan, más se organizan y a las que se unen después las de grandeza, estereotipía y confusión. Sin embargo, hay que hacer constar, que a la forma anterior, la sobrepasa en frecuencia la iniciación lenta, con cambio de carácter, inestabilidad e indolencia, que en la cárcel se exacerban rápidamente.

Rudin, ha llamado la atención sobre la existencia frecuente en los detenidos, de delirio de persecución en forma aguda y con alucinaciones, prevaleciendo las auditivas, que se repiten con insistencia en este ambiente.

Penta, que ya hemos citado, encontró el predominio de las degeneraciones y hace notar la gran frecuencia entre estas psicosis de la demencia precoz y la forma paranoica. Observaciones hechas en el manicomio de Aversa y Ombrogiana, consignan en primera línea a la forma paranoica, demencial y epiléptica.

Ottolenghi, en la cárcel de Torino, en un total de 800 detenidos observados en un espacio de nueve años, registró la mayor frecuencia de estados demenciales, correspondientes a la demencia precoz, en forma explosiva, psicosis agudas a base alucinatoria y maníaco-depresiva. Esto en lo referente a síndromes episódicos, que como síndrome

permanente, predominan las reacciones epilépticas y las formas paranoicas.

En tesis general, en los manicomios italianos, los alienados criminales presentan en orden de frecuencia, la demencia paranoica, demencia precoz, epilepsia e imbecilidad.

La influencia carcelaria, parece diferenciarse según las distintas clases de cárceles; así Willmanns en una observación sobre 277 casos, dice que mientras en los alienados criminales de las cárceles de observación, las psicosis degenerativas suben a un 62 por ciento, en los establecimientos penales y de trabajos penitenciarios se observan 18 y 20 por ciento, siendo muy distinta y completamente opuesta la influencia de estos establecimientos sobre la demencia precoz. Según él, la forma morbosa también está relacionada con el tiempo de reclusión y con el género de criminalidad; así los procesos demenciales predominan en un 78 por ciento, en los vagabundos en general, que son arrastrados a este hábito durante el desarrollo lento de la enfermedad, y en cambio la psicosis se presenta posteriormente al delito en los delincuentes habituales, si bien existían en forma bosquejada síntomas de debilidad mental, que se intensifican con fenómenos morbosos.

En los delincuentes ocasionales, recién después de la prisión se desarrolla la alienación en el reo, que era normal socialmente.

Estos hechos explican el número elevado de alienados desconocidos, sobre los cuales cae el Código Penal en todo su rigor y demuestran la importancia que tiene el conocimiento de la naturaleza del delincuente, al par que el estudio de las psicosis carcelarias, que aclaran e ilustran muchos casos oscuros en que no se hizo el diagnóstico oportuno, guiando al observador a un estudio retrospectivo; pues como hemos dicho ya, la mayoría de estas psicosis no son sino manifestaciones de perturbaciones mentales anteriores al delito, tratándose no de delincuentes sanos, sino de locos criminales y condenados, que ponen otro eslabón más de vinculación entre la delincuencia y el delito.

Pactet y Colin, basados en la observación de 74 casos, dicen que en los que cometen actos de violencia, prima sobre las demás formas, el delirio de persecución, y en los que cometen atentados a la propiedad, sobresalen los síntomas de debilidad mental. Estos mismos autores, revisando los procesos de 204 criminales, han constatado que 64 fueron condenados como sanos, lo que equivale a un 36.7 por ciento de errores judiciales; dato que

hace suponer el elevado porcentaje que existirá en las alienaciones que se manifiestan después de la condena, que son de una ignorancia más explicable y cuyos procesos, difícil y tardíamente se modificarán por el control piadoso de una revisión posterior.

Hay que notar, que en las observaciones de todos los autores, predomina la demencia precoz, por su número elevado entre las psicosis carcelarias, detalle que será motivo de comentarios en un capítulo posterior de este trabajo.

Entre nosotros, no hemos encontrado ninguna estadística sobre estas psicosis carcelarias; pero hablando con el doctor Helvio Fernández, que tiene a su cargo el Instituto de Criminalología de la Penitenciaría Nacional, dice que en las psicosis que ha observado, ha visto un cuadro clínico que se repite en todas ellas, con la insistencia de algo que les es propio y característico. Los delincuentes, reciben la detención con un abatimiento moral muy intenso, que al poco tiempo es reemplazado por una euforia y animosidad, que aprecia todas las cosas bajo el velo del optimismo, teniendo seguridad que el proceso marcha favorablemente y que serán absueltos, por horrible que haya sido el crimen cometido. Llega la sentencia en forma muy distinta

a la que esperaban y la vida de penitenciaría, repite en forma más acentuada el estado que siguió a la detención, nuevamente hay un decaimiento espiritual, comienzan las alucinaciones y los delirios que pueden ser pasajeros o tomar la evolución larga de una psicosis definitiva.

Esta continuación de condena y psicosis, demuestra, según Ottolenghi, la estrecha relación existente entre patología mental y crimen.

La responsabilidad criminal en los alienados, ha dado origen a muchas discusiones por la importancia de sus consecuencias sociales y por las dificultades que presentan algunos casos para su resolución.

La responsabilidad penal, deriva de la capacidad de imputación, que es el estado en que se encuentra un individuo capaz de escoger entre el cumplimiento o no de un acto calificado de delito.

Esta condición del individuo supone a la vez : la facultad de discernir, de juzgar entre el bien y el mal, entre lo legal y lo ilegal (*libertas iudicii*) ; y la libertad de decidirse, de determinarse sobre los elementos anteriores (*libertas consilii*).

Cuando están llenadas estas condiciones, que equivalen a la capacidad de imputación, se concluirá sobre la existencia de la responsabilidad, y

de la irresponsabilidad cuando ellas faltan, como en los alienados, en que está alterado el razonamiento psíquico.

La capacidad de imputación y la responsabilidad legal, según Krafft-Ebing, tienen como elementos fundamentales, la determinación personal y la libertad de la voluntad humana, que no es propiedad de la materia, sino el resultado de su actividad funcional, siendo en la corteza cerebral, donde se localizan los procesos psíquicos polimorfos, que constituyen esta libertad de la voluntad, que cuando no existe, tampoco existen las obligaciones ante la ley.

Sin embargo, esta teoría de la libertad de la voluntad, que implica el libre albedrío, se encuentra reducida por la «estadística moral», que arroja igual número de crímenes casi todos los años, demostrando que actos libres en apariencia, se renuevan en proporciones regulares, que casi se puede predecir con anterioridad, interviniendo como factores hechos exteriores y sociales independientes de la voluntad individual, que recibe las influencias del medio ambiente, de la herencia, de la educación y de la vida, que si en parte puede modificar el individuo a su vez, algunos se escapan a

su acción, como la herencia que es de una importancia capital.

Hay que reconocer, que la voluntad libre de la colectividad, puede corregir la estadística moral, por la mejoría de las costumbres, la instrucción, la cultura y los progresos de la ética, que imprimen variaciones cuantitativas en la libertad moral, que sin llegar a lo absoluto exige la sociedad un término medio, en que se reprimen las tendencias egoistas, oponiendo resistencia a lesionar intereses de terceros, de acuerdo con los preceptos de la moral y de las leyes.

No hay que olvidar, que también los motivos éticos influyen como los lógicos en la conducta del hombre, existiendo una capacidad de imputación moral más amplia que la jurídica, porque las susceptibilidades de la conciencia repudian muchos actos que las leyes legalizan.

Vemos que para decidirse a un acto y conocer su penalidad, se requiere desarrollo intelectual, que equivale a cerebro normal y ausencia de causas nocivas que lo perturben. Recordando la cantidad de fibras que forman su histología compleja, comprenderemos como puede claudicar en su fisiología y romperse su integridad funcional, tal como lo exige la capacidad de imputación, que estando liga-

da, según Mauet, a la actividad de las células cerebrales, es natural que la alteración patológica de éstas repercuta sobre aquélla.

Este criterio es el seguido por todas las legislaciones, que aceptan la irresponsabilidad criminal del alienado en general, dividiéndose las opiniones al considerar si debe alcanzar a todas las psicosis y a todos los alienados, o si debe variar el grado de responsabilidad, con el grado de la enfermedad y con que el acto criminal tenga o no relación con sus delirios. Dos opiniones son sostenidas. Unos defienden la «responsabilidad parcial» adoptada en ciertos países y por la cual el alienado es irresponsable tan solo cuando el acto criminal es la consecuencia directa de su delirio; así en las monomanías y en los delirios sistematizados, son responsables en todas las acciones que no emanen de ellos. Otros, proclaman la «irresponsabilidad total», pues como dice Lereda, desde que la responsabilidad sufre cualquier disminución, ya se trata de irresponsable. No hay en medicina mental medias enfermedades del cerebro, cuyas funciones psicológicas se pueden separar tan solo para comodidad de su estudio, siendo imposible en la práctica dividir la personalidad en dos fracciones, la

una sana y responsable, la otra enferma y por lo tanto irresponsable.

La doctrina primera basa su criterio sobre elementos muy inseguros y erróneos, porque difícilmente se puede delimitar la extensión de un delirio y su repercusión sobre los sentimientos. Además, es edificar un criterio clínico en oposición a la realidad anatómica, que nos demuestra la existencia de sistemas de asociación que coordinan la sinergia cerebral.

El segundo concepto, de la irresponsabilidad absoluta, disminuye las causas de error, sentando como principio fundamental que la alienación lleva consigo la irresponsabilidad.

Junto a la tesis de la responsabilidad parcial que considera una parte delirante irresponsable y otra no delirante, por lo tanto responsable, existe la tesis de la «responsabilidad atenuada», que se refiere a desviaciones patológicas de una intensidad reducida, que no llega a la alienación (semi-alienados, de algunos), que no son divididos en su personalidad; pero cuya responsabilidad varía en los «distintos momentos», aumentando en los períodos de predisposición o intervalos lucidos y disminuyendo o atenuándose en los períodos de incubación, remisión o convalecencia. Además de estos

períodos, se consideran la histeria, la epilepsia, el alcoholismo, la imbecilidad y otros estados como causas de responsabilidad atenuada, según la distinta graduación morbosa de cada uno.

Este criterio, es compartido por Regis, quien refiriéndose a los «fronterizos», divide la atenuación en tres grados: 1º atenuación pequeña; 2º atenuación grande; 3º atenuación muy grande. Es fácil comprender la dificultad de encontrar una unidad de medida que diferencie y deslinde estos tres grados.

Hablando sobre el grupo de los fronterizos, dice Cramer que si bien su número ha disminuído con los progresos de la psiquiatría, es indiscutible que existen, sin que se haya legislado nada sobre ellos, sin que pueda emplearse este término en un peritaje, porque él no existe para la ley. Asegura que el medio tiene mucha influencia sobre su criminalidad, por ejemplo, de 80 fronterizos estudiantes de la universidad de Göttingen, solo uno cada tres meses se vuelve criminal, es decir, menos de uno por ciento; en cambio, en los asilados por él observados no hay ninguno que no se haya vuelto criminal, de lo que se deduce que en medio favorable no son peligrosos. Los divide en tres grupos, con caracteres distintos y que les correspon-

de distinto grado de atenuación penal. Los del primer grupo son pasajeramente peligrosos, por circunstancias excepcionales y les corresponde, según él, la absolucíon bajo amenaza de condena en el próximo delito, estimulándolos así a una buena conducta, que la influencia perniciosa de la prisión transformaría en la de un criminal. El segundo grupo, lo forman los que en ciertas ocasiones se vuelven peligrosos y que merecen la misma tramitación que los anteriores. El último, lo consttuyen aquellos fronterizos que por su carácter y sus deficiencias psíquicas son llevados a la delincuencia y que nunca se curan, mejorándose muy pocas veces. Les corresponde un tratamiento distinto a los anteriores, debiendo ser recludos en establecimientos apropiados.

El mismo autor que propone esta clasificación, termina manifestando que ella expresa un deseo y un concepto médico, que la legislación difícilmente acompañará en todas sus partes.

Lagriffe, al ocuparse de la responsabilidad atenuada, dice que ella no debe referirse a los que tienen perturbaciones mentales, que son absolutamente irresponsables, sino a los que presentan deficiencia intelectual; pues no sólo se es irresponsable por enfermedad, sino también por retardo en

la evolución, como sucede en los «arrierés» intelectuales. Además, según él, toda acción jurídica pone en presencia dos factores: el hombre y la ley, y siendo esta última de una arquitectura complicada, se debe averiguar si el individuo que está frente a ella la comprende o si nunca será capaz de comprenderla; por eso junto a la capacidad de imputación, se debe examinar el estado intelectual, que bien se entenderá que un campesino rudo del campo no interprete un conjunto de prescripciones, que según su expresión, los griegos ilustrados de la bella época no tuvieron la idea de establecer. Esta aptitud para concebir la ley, varía entre distintos grados, habiendo quienes no comprenden ninguna y otros que conciben algunas de ellas.

Nosotros sabemos que en el niño, como lo expresa Lombroso, se desarrolla tardíamente la facultad de inhibición sobre sus tendencias egoístas y sobre su voluntad, guardando relación con el aumento de la edad, el aumento de la capacidad penal; pero si los años pasan sobre el individuo sin promover ningún desarrollo, si la evolución intelectual se estaciona, justo es también que se estacione la responsabilidad. Así comenta y acepta Lagriffe la responsabilidad atenuada.

Grasset, se ha ocupado de estos problemas en

un trabajo titulado : « Demi-fous et demi-responsables », en que ocnsidera la corteza cerebral de los lóbulos frontales, como el asiento del psiquismo superior, y cuya alteración es necesaria, para que haya alienación mental, existiendo tan solo media locura, cuando las lesiones radican en otro punto de la corteza, donde residen las funciones reflejas y sensoriales. Considera que los centros psíquicos, según sus diferentes lesiones, pueden dar lugar a los tres grupos clínicos siguientes : El primero está formado por casos, en que los centros más elevados están atacados en número suficiente, como para que el sujeto sea loco ; en el segundo, los centros están bastante intactos, como para que sean razonables ; en el tercero, solamente una parte de los centros psíquicos menos elevados están alterados, no alcanzando la lesión a la locura, aunque baste para que no siempre sea normal el funcionamiento psíquico. Ellos constituyen los « medios locos », que él los considera a su vez, formados por tres sub-grupos : 1º alienados con delirios parciales, que en el resto de la actividad psíquica no son sino medios locos ; 2º alienados que curan transitoriamente y quedan medios locos en los intervalos de las crisis consecutivas ; 3º sujetos que sin ser nunca locos, que-

dan habitualmente medios locos durante toda su vida.

Vemos cuán difícil será en la realidad, dosar la lesión y el desvío funcional, que rige la gradación de esta clasificación, que entraña con la idea de los medios locos, la de media responsabilidad, extendiendo al terreno jurídico la misma complicación que trae a la psiquiatría; pues que criterio se aplicará para saber donde termina la responsabilidad y empieza la media responsabilidad, donde concluye ésta y empieza a su vez la irresponsabilidad.

Parant, comentó los medios locos de Grasset, diciendo que no corresponden a la psiquiatría y que siempre están más allá, más acá o fuera de la realidad. Así, en su primer sub-grupo, considera medios locos a los que tienen delirios sistematizados, que son los alienados más alienados, no sólo por su delirio, sino por sus excitaciones y alucinaciones. La enfermedad no varía por los períodos de reposo más o menos largos que presente, ni por la relativa y aparente integridad funcional, en lo que no se relaciona con su delirio; pues a excepción de los completamente imbéciles, en casi todos los alienados se encuentran muchos individuos de razón, por lo cual dice Parant que es necesario juz-

gar sobre la alienación de un individuo, no por lo que le resta de razón, sino por lo que le falta. En el segundo sub-grupo, involucra a los medios locos, individuos que están en el período intermediario de una crisis, cuando se considera como locura a las formas intermitentes y circulares. Refiriéndose al tercer grupo, considera que se presta a muchas discusiones, desde que lo forman los fronterizos a la locura, en que el papel del médico se reduce a asignarles qué lado de la frontera les corresponde y no considerarlos como medios locos.

No hay una exactitud clínica en el criterio, que quiere imponerlos como una unidad nosográfica y darles una repercusión ante la justicia, creando a su vez los medios responsables, que Falret condena brillantemente, diciendo: «que esta teoría de la media responsabilidad conduciría a condenar los alienados con delirios parciales y muchos otros. Desde los que tienen un delirio muy limitado, hasta los que tienen suprimidas casi todas las funciones intelectuales y afectivas, hay toda una cadena continua de estados intermediarios y en ellos se ve en el enfermo un cierto grado de albedrío que les permite determinarse voluntariamente, absteniéndose de ciertos actos y cumpliendo otros. Pero en la práctica, que es la aplicación médico-legal, hay que

abandonar el terreno de las conjeturas, para colocarse en un criterio fijo, que lo da la misma enfermedad. Fuera de él los demás son inciertos y discutibles. ¿Cómo limitar la esfera en que se desarrolla el delirio, como fragmentar el espíritu humano y dividir lo que hay de más indivisible en el hombre, su personalidad, su libre albedrío, su responsabilidad ? ¿Quién podría prejuzgar el grado de impulsión, que lo ha arrastrado a la acción y la resistencia que podría oponer ? La mesuración de las fuerzas psíquicas y su resultado es imposible ; los que la pretendan médicos o magistrados, libran su solución al azar. El criterio clínico marcará la conducta a seguir, y así encarado este problema, conservará el principio tan precioso de la irresponsabilidad absoluta de todos los alienados.

La teoría de la media responsabilidad, no sólo expone que la apliquen a verdaderos alienados, sino que favorezca a individuos que no lo son.

Estas discusiones, equivalen a independizar la cuestión del criterio médico y psiquiátrico, para adaptarla al concepto erróneo de la ley, basada en el principio de la responsabilidad que se trata de atenuar, para disminuir la culpabilidad y restringir la pena.

El derecho penal, hace reposar la condena so-

bre la responsabilidad, lo que entraña un error, pues el delito no es más que la reacción morbosa de un organismo enfermo, en que no interviene como factor la voluntad.

Debe sustituirse ese concepto, por el de la «temibilidad del delincuente», como dice Ingegnieros, no existiendo ante la ciencia loco delincuente y no delincuente, sino «locos peligrosos y no peligrosos». Así, un loco puede no haber cometido ningún delito y ser mucho más peligroso que otro que lo ha cometido bajo la influencia de una psicosis de la cual ya está curado. En presencia de estos dos casos, la ley se conduce en evidente contradicción con el criterio científico: al que ha delinquido lo condena a reclusión y lo vigila, aun cuando ya haya desaparecido la causa que determinó el delito y se haya reintegrado al medio social, como un elemento de utilidad; y al que es peligroso, aunque no haya sido todavía criminal, lo deja ingresar a un manicomio común, voluntariamente, del cual puede salir en cualquier período de remisión, aunque lleve todavía latentes sus inclinaciones morbosas.

El criterio de la «defensa social» contra esos individuos peligrosos, reemplazando al criterio de la responsabilidad, hará que se los trate según el temor que despierten y no por el hecho cometido.

La ley deberá adaptarse a la exactitud científica de este concepto, pues como dice Lombroso, ella debe amoldarse a los hechos y no los hechos a ella, ya que representa, según una definición, la codificación de los hechos y las costumbres.

Vemos así, como los problemas de la responsabilidad y sus distintas gradaciones, de total, parcial y atenuada, se resuelven en la irresponsabilidad absoluta del alienado, sin que ello desarme a la colectividad, que hace su defensa social, de acuerdo con la temibilidad, que inspire cada caso, recluyéndolos en un sitio donde se los trate como enfermos y se resguarde la sociedad de sus tendencias anormales.

CAPITULO II

Demencia precoz — Su concepto. — Etiología y Patogenia. — Anatomía Patológica. — Formas clínicas. — Diagnóstico — Pronóstico. — Importancia médico-legal de la demencia precoz. — Su frecuencia criminal. — Interés de la forma sin delirio. Capacidad civil de estos enfermos. — Necesidad de su diagnóstico. — Su elevado porcentaje entre la psicosis carcelaria y militar. — Necesidad del examen médico en todo criminal joven.

Demencia precoz — Su concepto

Aunque el objeto esencial de esta tesis, es ocuparse de la faz médico-legal de la demencia precoz y no bajo el punto de vista clínico, haremos primeramente un resumen de la enfermedad en sí, para que no se presente trunca y adquiera mayor unidad.

Bajo la denominación de demencia precoz, se consideran diferentes estados, cuyo límite y cuyo concepto, no están definitivamente establecidos en psiquiatría, presentándose como un tema de discusión a los diferentes observadores.

Es muy interesante el estudio de esta enfermedad, por la época en que se inicia, por las dificultades que presenta para diagnosticarla en sus comienzos, por la severidad de su evolución y porque aún espera la síntesis definitiva que aune opiniones y trace establemente en la nosografía psiquiátrica, sus contornos, que aún permanecen borrosos y difusos, a pesar de haberse ocupado de ella autores de antigua data.

Así Willis (1672) se refiere a personas que en la adolescencia caen en un estado de obtusión mental, habiendo sido despiertos y normales en su infancia.

Pinel (1809) y Esquirol (1814), bajo el nombre de idiotismo, idiotismo accidental, demencia crónica, hablaban sobre sujetos que se desarrollaban con una intelectualidad normal hasta la adolescencia y que llegados a esa edad sufrían una detención, una decadencia mental, en que intervenía la degeneración y la demencia.

Pero es necesario llegar a Morel, para encontrar en sus « Etudes Cliniques » (1851-53) no sólo la denominación de demencia precoz, sino una descripción y un análisis brillante de este proceso demencial, seguido en sus distintas etapas, hasta la faz terminal, en que vislumbra el derrumbe men-

tal. Completa su estudio trazando sus principales síntomas, que son los aceptados en la actualidad, especializándose en la forma catatónica.

Después infinidad de autores han contribuido a su análisis, siendo difícil y sin utilidad seguirlos en su orden.

Hacemos un paréntesis, para ocuparnos de Kraepelin, que reedifica el cuadro de la demencia precoz, aportando un concepto nuevo y seductor, aunque no haya sido unánimemente aceptado en toda su plenitud.

Por todas partes ha encontrado partidarios entusiastas, así como adversarios que aportan con sus argumentos la notoriedad de sus prestigios (Ballet, Serieux, Regis, etc.); pero donde más se ha generalizado su manera de ver es en Alemania, en que muchos autores simplifican la psiquiatría en dos grandes grupos: la demencia precoz y la locura maniaco-depresiva, con sus puntos de contacto entre ambas, difíciles de aislar.

En la doctrina de Kraepelin, prevalece el criterio clínico y reúne bajo el nombre de demencia precoz, estados psicopáticos diferentes, por la diversidad de sus síntomas y la multiplicidad de sus formas, pero iguales por su evolución, que conduce a la demencia gradual y progresiva.

En la actualidad se da mucha importancia a la evolución, sobre la que se basa la clasificación de las enfermedades mentales.

El concepto que nos ocupa satisface por su interpretación eminentemente clínica; pero es muy vasto en su extensión y en la amplitud de sus límites, pues para su autor pertenece a él, hasta el delirio sistematizado progresivo.

Aunque no se esté de acuerdo en su extensión, hay que reconocer a la concepción sintética de Kraepelin, el gran mérito y la gran ventaja de haber establecido una unidad patológica, con un conjunto de estados mórbidos, que pueden englobarse bajo una misma etiqueta, porque su marcha tiene una finalidad común, que es la demencia, entendiéndose por tal debilitamiento de la actividad mental, déficit intelectual, cualquiera que sea su grado, a condición que sea definitivo.

Entre las objeciones que se le hacen a Kraepelin, figura que la demencia precoz, no siempre termina en la demencia, puesto que puede curar, lo que motiva a Serdsky la expresión de que habría «demencia sin demencia». Esto es rebatible, porque si el mismo autor de la doctrina presenta casos de curación, son tan raros como él lo dice,

que figuran a título de excepción y no quitan exactitud a lo afirmado.

También manifiestan, que se la puede registrar en toda edad y que no siempre se presenta en la adolescencia, no correspondiéndole, por lo tanto, la denominación que lleva de demencia precoz; pero hay que considerar que este término, no se refiere solamente a la edad del enfermo, sino también a la precocidad con que se instala la demencia.

Además, se formula la objeción, que no presenta ningún síntoma específico, pudiendo encontrarse, los que la constituyen, en otros estados patológicos; ésto no quiere decir nada, pues si no hay ningún síntoma que la caracterice por sí solo, la agrupación de ellos en condiciones especiales y con igual evolución, basta para darle individualidad nosográfica. De manera que la síntesis kraepeliniana es discutible, tan sólo en la extensión amplia que le da su autor, que no reúne en su favor todas las opiniones.

Entre nosotros, los profesores Cabret y Borda, autores de un documentado estudio sobre este tema, excluyen de la demencia precoz los delirios bien sistematizados, comprendiendo solamente los estados polimorfos y de sistematización vaga.

Ya hemos visto la diversidad de estados pato-

lógicos, que forman la histología complicada de esta enfermedad, cuya evolución los unifica con el carácter común de la demencia.

Podemos definirla con Serieux, diciendo : « que es una psicosis caracterizada esencialmente por un debilitamiento psíquico especial, a marcha progresiva, sobreviniendo en general en la adolescencia y terminándose muy a menudo por la negación de toda manifestación de la actividad mental, sin comprometer jamás la vida del enfermo ».

Masselon, agrega a la definición anterior, que evoluciona hacia la demencia, sea simplemente, sea a través de fenómenos agudos, que consisten en estados de estupor, de agitación, o delirios más o menos mal sistematizados. Algunos autores, entre ellos Regis, la consideran formada por dos tipos diferentes :

1º « Demencia precoz constitucional o degenerativa », en que como su nombre lo indica, se desarrolla en individuos tarados, que llegados a la pubertad, se detiene su evolución y la inteligencia declina definitivamente, según las formas clínicas de esta enfermedad, predominando en estos casos la hebefrénica.

2º « Demencia precoz post-confusional ». Este tipo difiere del anterior, en que se desarrolla des-

pués de un acceso de confusión mental y en individuos que no presentan predisposición y que puede ser pasajero, o continuarse con fenómenos de estupor catatónico, que finalizan en la demencia.

En el grupo anterior había una predisposición, que le asigna un origen constitucional y la relaciona con la degeneración; el segundo empieza por un accidente y puede evolucionar en distinta forma, pasando por tres períodos en cada uno de los cuales puede detenerse; el primer período lo constituye, el acceso de confusión mental, que es muy curable; el segundo período, es de transición, tendiente a la cronicidad y todavía curable; el tercer período, lo constituye la acentuación de los anteriores y concluye en la demencia post-confusional y por lo tanto incurable.

Cualquiera de estos tipos, atraviesa en su evolución por los distintos períodos, prodrómico, de estado y terminación, aventajando en interés el primero a los últimos, por las dificultades que presenta para el diagnóstico, porque a no ser en las formas post-confusionales, cuya invasión es aguda, se hace por lo general insensiblemente desapercibida, en su reducción de los sentimientos afectivos, en su lenta alteración intelectual y en su insidiosa apatía e indiferencia, que va embotando la sensi-

bilidad moral y haciendo cada vez más roma la esfera de los sentimientos.

A pesar de existir síntomas, que son comunes a la enfermedad en sus diversas formas clínicas y prestarse por lo tanto a un párrafo especial, nosotros preferiremos catalogarlos al hablar de las formas en especial.

Etiología y Patogenia

Muchos son los factores etiológicos, que se consideran como productores de la demencia precoz, no estando de acuerdo los autores, en la importancia que se ha de asignar a cada uno.

En primer término* se citan la herencia y la adolescencia. Algunos consideran la primera, como causa esencial, predisponente, interviniendo la segunda como causa ocasional, en cambio otros, como Christian, consideran que la herencia, cuando existe permanece latente hasta la pubertad y dan más importancia al estado de los padres en la concepción, interviniendo el alcoholismo y excitaciones diversas junto con las condiciones en que se desarrolló el embarazo y la infancia, que bastan por sí solos para formar una predisposición.

Aunque varíe el valor que cada uno acepta para la herencia, todos están conformes en reconocerla, presentándose en múltiples formas y estigmatizando a veces a distintos miembros de una misma familia.

Entre nosotros, Cabred y Borda, al ocuparse de la herencia, en su trabajo sobre demencia precoz, dicen que de los cuarenta casos observados por ellos, en nueve no han podido recoger antecedentes; pero en los 31 restantes, han constatado taras psicopáticas y orgánicas, sobrepasando a las demás por su elevada frecuencia, la alienación y el alcoholismo, siguiendo en proporción menor temperamentos neuropáticos diversos. Para estos autores, la herencia constituye una causa predisponente de primer orden; pues además de los citados, en los casos que no pudieron tomar antecedentes, han observado taras degenerativas, que cuando no se manifestaban con anomalías físicas, las presentaban por el lado intelectual, siendo frecuente apreciar en sus primeros años una inteligencia muy despierta, como sucede en los degenerados hereditarios.

El otro factor etiológico más importante, es la adolescencia, que con las modificaciones que aporta, hace eclosionar las predisposiciones hereditarias que habían permanecido latentes. Aunque se

citan muchos casos de demencia precoz, desarrolladas en edad madura, las estadísticas están de acuerdo, en que se desarrolla con la pubertad y en los años siguientes.

Como hicimos notar, la enfermedad no debe su nombre solamente a la época de la vida en que se inicia, sino también a la rapidez con que se instala la demencia.

De la misma manera, que aparece en muchos casos después de la pubertad, se citan otros en que se desarrolla en la primera infancia, constituyendo «la demencia precocísima», de la que Mlle. Hollaender, estudia seis observaciones, llegando a las conclusiones siguientes, que citamos por estar muy relacionadas con este párrafo de la etiología: 1º que es más frecuente que lo que se cree, pasando muchas veces desapercibidas, porque los padres, no sabiendo suministrar bien los antecedentes, no puntualizan la iniciación del proceso, que puede empezar en los primeros años de la vida y manifestarse con decadencia intelectual, o más bien con alteraciones afectivas; 2º la sintomatología, no presenta nada particular, siendo la forma más rara, la paranoide; 3º su pronóstico debe ser severo, pues de sus observaciones dos murieron tuberculosos, los otros quedaron estacionarios, en su debilidad men-

tal, y uno solo mejoró; 4º se debe atribuir un papel etiológico preponderante, al alcoholismo, a las enfermedades mentales y a la afectividad patológica de los padres; 5º la demencia precoz es una psicosis, que puede evolucionar sobre el terreno de la debilidad mental congénita, pudiendo sólo el interrogatorio dilucidar en ciertos casos, si pertenecen al terreno ciertos síntomas, o son manifestaciones prodrómicas de la psicosis; 6º se comprenderá la importancia que tiene el conocimiento de la demencia precocísima, para estos enfermos y para su vida escolar.

La existencia de estos casos es indiscutible; pero ello no quita que esta enfermedad tenga su mayor frecuencia en la pubertad y en la adolescencia, como lo registran casi todos los autores.

Entre nosotros, Cabret y Borda sobre 90 demencias precoces llegan al siguiente resultado: 50 casos, entre 15 y 20 años; 30, entre 21 y 25 años; 10, entre 26 y 30 años.

Eguía, en su tesis inaugural, sobre 95 enfermos, encuentra el máximo entre 18 y 26 años, no encontrando menores de 14 ni mayores de 38. La pubertad, no influye en el orden psíquico por el desarrollo testicular solamente, sino por la sinergia de las glándulas de secreción interna, como lo demues-

tran los trabajos de Piñero y Soler en el laboratorio de fisiología de la Facultad, que resume dicho autor. En 50 casos, él ha encontrado los siguientes antecedentes: alcoholismo 28; sufrimientos morales 4; infecciones 3; onanismo 3; traumatismo en el cráneo 2.

La tuberculosis pulmonar y generalizada se constata frecuentemente en las autopsias, llegando algunos autores a relacionarla como factor etiológico, aunque sea más justo pensar, que se presente como una complicación posterior y no como una causa ocasional.

En los enfermos ingresados, desde 1901 hasta 1915 inclusive en el pabellón de delincuentes Lucio Melendez del Hospicio de las Mercedes, que es el material de observación que aprovechamos para este trabajo, son más frecuentes los casos de esta enfermedad, entre los 23 a 26 años, declinando a partir de esta edad, como puede verse en el cuadro que insertamos.

Además de la herencia y la pubertad, influyen todas las causas de intoxicación y autointoxicación, junto con la depresión moral, pesares de familia, traumatismos y todo lo que repercute desfavorablemente sobre la nutrición general. Las inquietudes y el trabajo intelectual forzado favorecen

Edad de los dementes precoces ingresados en el pabellón "Lucio Melendez", desde el año 1901 hasta 1915

de 14 a 18 años

AÑOS	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	TOTALES	%
	1	..	2	..	2	..	..	5	4.348

de 19 a 22 años

	1	2	..	2	1	3	..	1	1	5	8	1	25	21.739
--	----	----	----	---	---	----	---	---	---	----	---	---	---	---	---	----	--------

de 23 a 26 años

	..	1	..	1	3	1	4	3	2	4	2	6	12	7	2	48	41.737
--	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	----	--------

de 27 a 30 años

	1	3	2	1	2	2	4	5	2	22	19.130
--	----	----	----	----	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

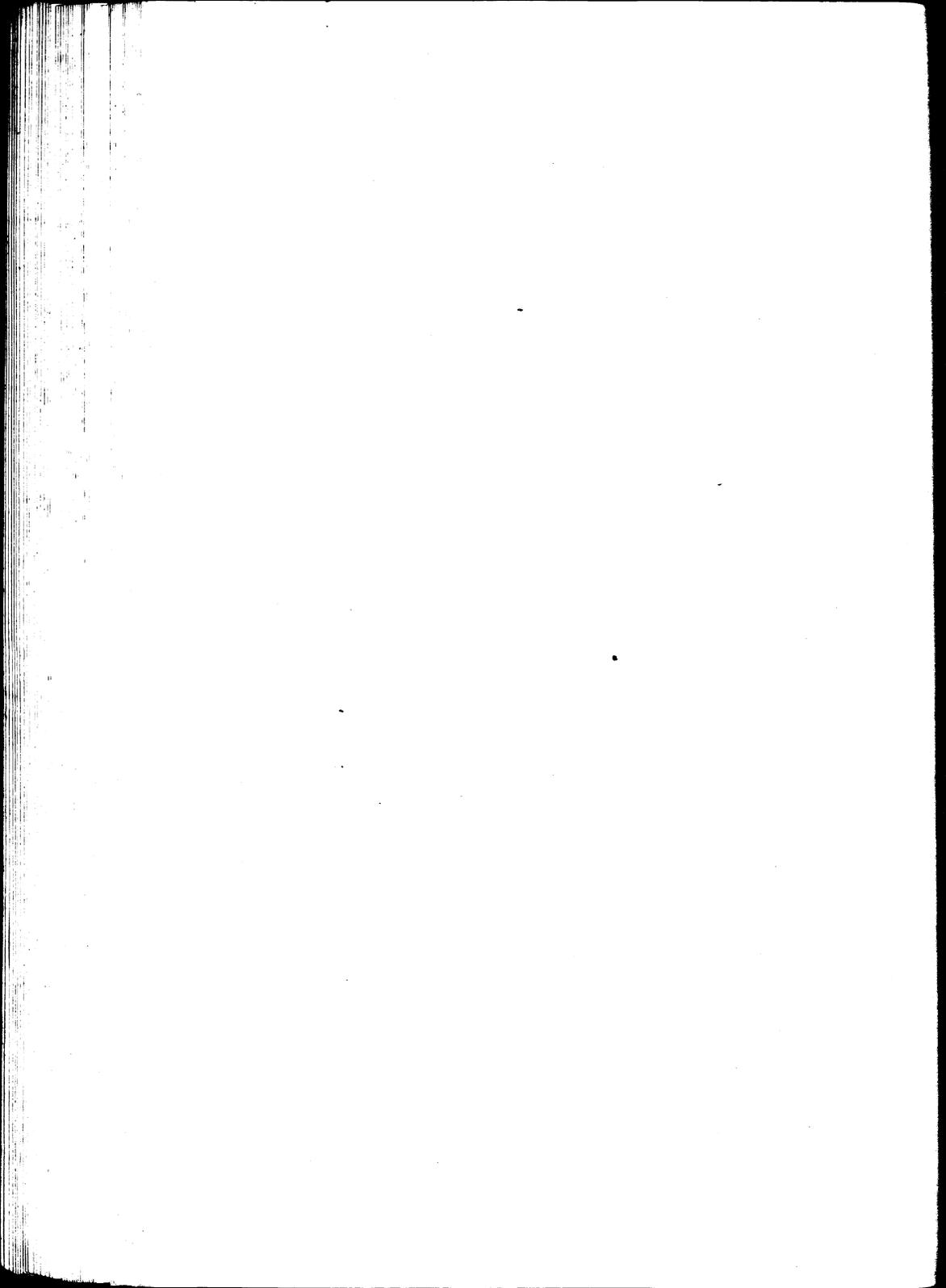
de 31 a 34 años

	1	..	3	1	..	3	2	..	10	8.696
--	----	----	----	----	----	----	----	---	----	---	---	----	---	---	----	----	-------

de 35 a 45 años

	1	..	1	2	1	5	4.348
--	----	----	----	----	---	----	---	----	----	----	----	---	----	----	---	---	-------

TOTAL	..	1	..	2	7	1	7	8	8	8	8	11	26	22	6	115	100.—
-------	----	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	---	-----	-------



su desarrollo, así entre nosotros, Cabret y Borda la han observado con cierta frecuencia en los estudiantes de nuestras facultades y en los egresados jóvenes.

Muchos atribuyen, como causa ocasional más importante, el onanismo, que Kraepelin considera como una manifestación de la enfermedad, en vez de una causa, reconociendo el cuadro clínico del onanismo muy distinto y de una iniciación mucho más lenta e insidiosa.

En cuanto a su patogenia, todos aceptan una vulnerabilidad especial de ciertos elementos del sistema nervioso, que facilitan la acción de los agentes patógenos.

La decadencia de las facultades mentales, en forma incurable, se explica por las lecciones de los neurones cerebrales de asociación, que suprimen las conexiones protoplasmáticas entre los distintos neurones. La localización de las lesiones sobre ciertos elementos, prueba al par que el poder electivo de los agentes patógenos, la vulnerabilidad especial de aquellos, a lo que contribuye una serie de acciones predisponentes, que forman la herencia del individuo y que permite la acción de factores insuficientes, para alterar la salud psíquica de un organismo normal ; pero que en un sujeto tarado bast

tan para producir el cuadro clínico de la demencia precoz. De la misma manera, que una causa capaz de herir un cerebro predispuesto por la herencia, es suficiente después de actuar en muchas generaciones, para producir en los elementos nerviosos, una disminución de su defensa, permitiendo así, el triunfo de causas patógenas más débiles e inofensivas.

Algunos autores dan mucha importancia a las enfermedades infecciosas, que Christians las delega a un segundo plano, comparado con el surmenaje intelectual y físico ;sin embargo, Lhermitte, manifiesta que en la mayoría de los casos por él observados, no ha encontrado vestigios de surmenaje, y considera como un gran factor etiológico a la pubertad con las modificaciones que despierta en el organismo, al transformarlo de niño en hombre, resumiendo los factores patogénicos de la demencia precoz, a una intoxicación endógena o exógena, actuando favorablemente en un terreno preparado por la herencia.

Regis, en su última edición de 1914, dice que las numerosas opiniones sostenidas en lo referente a la patogenia de esta enfermedad, pueden dividirse en dos grupos :

1º Aquellas que tienen por base la etiología,

formando parte las que la consideran producida por la pubertad, corroborando como causas ocasionales, las intoxicaciones diversas, las infecciones y el debilitamiento intelectual.

2º Las teorías patogénicas, de orden psico-fisiológico y anátomo-patológico, que difieren para Buck, según que se catalogue a la enfermedad, sobre todo en su forma catatónica, con un «origen subpsíquico, automático» o un «origen psíquico». El primer concepto, poco aceptado, considera como causa la excitación de los ganglios subcorticales, llegando a simular a las actitudes catatónicas, procesos bien distintos, como los tics de la idiosia. La teoría del origen psíquico o cortical, predomina en la actualidad, atribuyendo algunos la catatonía a las ideas delirantes y a las alucinaciones; interpretación ésta poco aceptada, por la poca importancia que tienen ellas en la forma catatónica y la escasez de este síndrome en los cuadros esencialmente delirantes y alucinatorios. Otros la atribuyen al retardo de las asociaciones y de los procesos psicomotores, considerando las estereotipías y el negativismo, como un retardo asociativo y psicomotor, con concentración de la conciencia sobre la actividad muscular y exclusión de la fatiga. Otros, finalmente, la consideran como una alteración de la

voluntad, de acuerdo con Kraepelin y su escuela, que admiten superior a la función psíquica, una función de percepción, que asocia los conceptos más elevados e influye sobre ellos (voluntad activa).

Para Wundt, residiría en las circunvoluciones cerebrales esta función perceptiva superior, siendo aquellas el órgano anatómico de la síntesis psíquica y el punto de partida de la actividad voluntaria de la personalidad. Para muchos autores, la catatonia estaría bajo la dependencia de esta elevada función de percepción, que rige la actividad de la voluntad.

Intimamente relacionadas a estas teorías, están las anátomo-patológicas, que la interpretan como una alteración de los órganos, que implica a su vez una alteración de las funciones.

Este concepto anátomo-patológico, mostrando la repercusión de las causas de la demencia precoz sobre las células nerviosas, permite comprender las distintas evoluciones clínicas de la enfermedad, según el grado de alteración anatómica y sus diferentes probabilidades de reintegración funcional.

De manera, que cuando la intoxicación es leve y de una duración pasajera, pueden recuperar los elementos nerviosos transitoriamente alterados, su funcionamiento normal, explicándose así los raros

casos de curación ; pero cuando el proceso anátomo-patológico ha llegado a la destrucción celular, el déficit mental se acentúa cada vez más, concluyendo en la demencia, con todo su significado de incurabilidad, porque ya hay elementos orgánicos definitivamente destruídos.

Vemos como esta forma de encarar la patogenia interpreta satisfactoriamente la distinta evolución que puede tomar la enfermedad, y nos demuestra como para ser demente precoz es necesario, junto con las modificaciones y auto-intoxicaciones aparecidas en la pubertad, la predisposición hereditaria, que haga más frágil y vulneragle ciertos elementos nerviosos.

Anatomía patológica

Muchos son los estudios anátomo-patológicos practicados sobre el sistema nervioso del demente precoz , y a pesar que los autores difieran en algunos detalles, debido posiblemente a que cada uno investiga en un número de casos no muy elevado y muchos olvidan que lo constatado en la autopsia resume todas las perturbaciones patológicas del individuo, que no pertenecen con exclusividad a la

demencia precoz, se ha llegado a resultados tan concretos, que se puede afirmar, como lo hace el doctor Borda en un trabajo sobre este punto, que es posible con toda seguridad, diferenciar anátomo-patológicamente la demencia precoz de otras afecciones con lesiones similares.

El autor citado, en un estudio sobre las lesiones celulares, en la corteza cerebral de la demencia precoz, observa histológicamente nueve casos distintos de esta enfermedad y llega a las siguientes conclusiones : 1º En los casos de evolución avanzada existen lesiones celulares constantes (coloración Nissl-Lenhossek); 2º las lesiones patológicas, se localizan en las células nerviosas y en la neuroglia, deteniéndose en los vasos y en las meninges, que solamente son atacadas por excepción; 3º las lesiones corticales, son generalizadas y revisten todas un carácter crónico.

Klippel y Lhermitte consideran como lesión fundamental y constante, la disminución volumétrica de los elementos corticales, dato que han obtenido valiéndose de la cámara clara de Malassez y contando una centena de células en cada zona motriz o de asociación principal, deduciendo luego la relación existente, entre las células normales y las atrofiadas. En su interesante trabajo, llegan a la

siguiente conclusión : 1º Que tanto en el encéfalo, como en la médula, las lesiones radican en los neurones y raramente y en forma muy restringida sobre la neuroglia (tejido neuro-epitelial), respetando las lesiones, la pared de los vasos y el tejido conjuntivo (tejido vásculo-conjuntivo); 2º que según el orden de su comienzo, se pueden dividir en tres categorías las lesiones de los neurones : anomalías de desarrollo, de origen congénito y no constante, que son anteriores al proceso ; lesiones consistentes en atrofia del neurón, con evolución gránulo-pigmentaria anticipada, y que son inmediatas, porque se desarrollan en el período de estado de la enfermedad ; y por último lesiones consecutivas, consistentes en una detención del crecimiento de los neurones, que en forma más o menos acentuada, se generaliza al organismo.

Aunque estas lesiones no son bien sistematizadas y predomina el carácter difuso, hay una marcada preferencia por los centros de asociación. Últimamente, estos mismos autores, han generalizado sus investigaciones a la médula y al cerebelo. En la primera, han constatado lesiones en los cordones posteriores, sin que se hubiera apreciado síntomas de tabes. En el cerebelo, han insistido sobre su atrofia, y según que las lesiones atacaran solamente

el tejido neuro-epitelial o se extendieran a todos los elementos del encéfalo, se trataría de demencia precoz, en el primer caso, y de psicosis toxi-infecciosas en el segundo, ocasionantes de la encefalitis.

Dercum y Ellis, han estudiado las lesiones de la demencia precoz sobre las glándulas endócrinas, encontrando trastornos histológicos más intensos en el cuerpo tiroides, glándulas supra-renal e hipófisis.

Algunos autores consideran que la unidad de las lesiones anatómo-patológicas de la demencia precoz, refuerza el concepto unicista de Kraepelin y su acción electiva de respetar unos elementos y atacar otros, individualiza un proceso especial en su manera de actuar.

No todos están de acuerdo con esta interpretación y algunos consideran que cada forma diferente del síndrome, tendrá variaciones en su destrucción.

Es indiscutible, que el microscopio ha sido un factor eficiente en el estudio de esta enfermedad, aclarando su trama histológica y creando una anatomía patológica que permite aislarla por sus lesiones, con tanta seguridad, como lo hace la clínica por sus síntomas.

Formas clínicas

No nos detendremos en los detalles de los distintos períodos, prodrómicos, de estado y terminación, ni sobre los síntomas comunes a las distintas formas, sino que pasaremos directamente a hacer un resumen de éstas, que aunque varían según los autores, la generalidad está de acuerdo en agregar la forma simple a las tres creadas por Kraepelin: hebefrénica, catatónica y paranoide.

FORMA SIMPLE -- Fué considerada por Morel, como un estigma tardío de la degeneración hereditaria, mientras que Esquirol la interpretaba como algo adquirido o accidental. Las dos maneras de ver estaban de acuerdo con la realidad clínica, que la generalidad de las veces se va perfilando en una iniciación insidiosa y se trata de algo constitucional o degenerativo, y otras, muy raras, se presenta en forma aguda y explosiva, que encuadra dentro de lo accidental o adquirido.

La iniciación más frecuente, como hemos visto, es aquella que se hace en forma lenta, insensible y desapercibida, en que es necesario examinar y comparar cuidadosamente el enfermo de hoy con el de

ayer y con el de mañana para apreciar la suave gradación, en que se va esfumando la salud para entrar en la enfermedad. Empieza debilitando la función psíquica, produciendo alteraciones de carácter, traducidas en apatía e irritabilidad sin motivo, produciendo alteraciones intelectuales, consistentes en incapacidad para cualquier esfuerzo mental y alteraciones sobre los sentimientos, que se aminoran enormemente, cayendo en una gran indiferencia para consigo mismo y para su alrededor. Pero la actividad psíquica, no cae de una manera global, sino que la enfermedad es electiva en su destrucción, por la rapidez y por la intensidad con que ataca los sentimientos afectivos.

La afectividad se reduce a tal extremo, que pierden por completo los sentimientos familiares, cayendo en una indiferencia en que nada los emociona, incapaces de manifestar una alegría o una tristeza, un deseo o una aversión.

Esta apatía y pérdida de la afectividad, tiene su influencia sobre las demás funciones psíquicas, principalmente sobre las facultades volitivas, que se aminoran hasta caer en la abulia y sobre la sensibilidad moral, que no sólo se hace roma y participa de la misma indiferencia que la afectiva, sino que llegan a cometer actos delictuosos.

En la escuela, son desaplicados, porque no interesándoles nada, se resisten a fijar la atención, el trabajo lo hacen maquinalmente, sin poner en él ningún empeño, con gran extrañeza muchas veces del maestro, que conocía anteriormente en el alumno condiciones de aplicación y buen cumplimiento.

Según A. Marie, esta forma simple está caracterizada : « por un debilitamiento puro y simple de las facultades intelectuales, que subsistiría al estado aislado, durante todo el curso de la afección, sin alucinaciones, sin concepciones delirantes y sin fenómenos marcados de excitación ».

Hay que reconocer, que no siempre esta forma se individualiza y separa netamente de las otras, a menudo se presentan síntomas que no le son propios, como ideas delirantes y crisis de excitación o de depresión.

FORMA HEBEFRENICA -- Es la más antiguamente conocida de las formas de demencia precoz, y está caracterizada por presentar el enfermo, sobre el fondo del cuadro anterior, crisis paroxísticas de delirio o de agitación.

Christian la divide según su intensidad, en grave y ligera, y le reconoce tres períodos : El primer

período, corresponde desde el nacimiento hasta la eclosión de los primeros síntomas y no es aceptado con razón, por algunos, porque muchos enfermos no presentan ningún estigma degenerativo, ni déficit mental en sus primeros años y no puede involucrarse dentro de la hebefrenia, una época que transcurre sin ninguno de sus síntomas; el segundo período o delirante, está caracterizado por el delirio que es vago y polimorfo, cuyo contenido es muy variable, pero casi siempre contradictorio, absurdo y fugaz; el tercer período, de demencia, marca una faz más avanzada de las perturbaciones psíquicas, con acentuación del derrumbe mental.

La invasión de la enfermedad, empieza con mal-estar, cefalalgia, insomnio y alteraciones del carácter, como ser tristeza, neurastenia e irritabilidad que se manifiesta sin motivo.

Se presentan crisis de excitación, que duran distintamente y que alternan en forma variable con estados de tristeza y de depresión profunda. No es raro observar mezcladas a estos fenómenos, alucinaciones sensoriales que se relacionan con ideas delirantes que no llegan a sistematizarse, conservando su característica de movilidad y variabilidad.

Junto con modificaciones de la voluntad, que decae muy pronto, se registra la pérdida de la aten-

ción, la reducción de los sentimientos afectivos, y las variaciones de la sensibilidad moral, cometiendo sin razón agresiones impulsivas contra otros o contra sí mismos, en tentativas de suicidios, que no saben explicar por qué las ejecutan y que según los doctores Cabret y Borda son verdaderamente demencial por sus caracteres.

A veces, se observan signos de espasticidad muscular, sugestibilidad, negativismo, risas inmotivadas, tics, etc., acercándose a la forma catatónica, como veremos más adelante y de la cual algunos autores como Marie no la separan, describiéndola conjuntamente bajo la denominación de hebefreno-catatónica.

Suelen presentar acceso de erotismo, cayendo en el onanismo, que practican con mucha frecuencia.

Podemos sintetizar esta forma de la demencia precoz, con la definición de Masselon, que dice: «que son estados de depresión y agitación, caracterizados por perturbaciones delirantes polimorfas, extremadamente confusas, sin tendencia a la sistematización, a base de alucinaciones o interpretaciones delirantes y acompañadas de confusión y de imprecisión en las ideas, que lo más a menudo evolucionan hacia la demencia completa e incurable».

FORMA CATATONICA — Dos estados diferentes constituyen la forma catatónica: la excitación y el estupor, que varían en su duración y en la manera que alternan, aunque por lo general abre la escena el primero.

Esta forma está caracterizada por los síntomas de orden motor, que despejan las dificultades de diagnóstico presentadas por la similitud de los síntomas psíquicos con los de las otras formas.

Su comienzo es rápido, iniciándose con síntomas físicos, como cefalalgias e insomnios seguidos de excitación, que también puede abrir la escena en forma brusca, para dar luego lugar al período de estupor.

Pueden presentarse ideas delirantes, así como alucinaciones, pero ocupan un plano secundario y muy inferior relacionados con otros síntomas, que sin tener un relieve patognomónico, porque pueden existir en otras lesiones, bastan para caracterizar esta forma. Ellos son: el negativismo, la sugestibilidad y la estereotipía.

El primero es el más importante y no consiste solamente, como lo define Kalbaum, en una tendencia permanente e instintiva a oponerse a toda sollicitación venida del exterior, cualquiera que sea su natrauleza, sino que también se hace extensivo a

los propios deseos del enfermo, constituyendo el auto-negativismo. Es frecuente constatar, que no se limitan a negarse a cumplir una orden cualquiera, sino que realizan un movimiento contrario y antagónico al solicitado, de manera que para obtener lo que se quiere, hay que exigirles todo lo contrario.

El negativismo del catatónico puede ser pasajero, pudiendo el enfermo pasado un momento, cumplir lo que se le solicita, constituyendo estas alternativas para Kraepelin algo propio de la demencia precoz.

Muchas son las opiniones que quieren explicar el mecanismo del negativismo, considerando algunos, que todo movimiento va acompañado de una tendencia al movimiento antagónico, que normalmente es inhibida, y que la ausencia de esa inhibición produciría el negativismo.

Regis, dice que ha constatado una insuficiencia de la voluntad, que no permitía al deseo transformarse en acto y que a la débil imagen motriz del acto a realizar, se oponía fuertemente la imagen del acto antagónico, que triunfaba sobre la primera.

Todo lo contrario al negativismo, en que hay una rebeldía hacia todas las influencias, es la suges-

tibilidad, que también pertenece a la forma cata-tónica y que consiste en una tendencia general, permanente e instintiva, a adoptar cualquier solicitud venida del exterior, cualquiera que sea su naturaleza, según la define Deny y Roy.

No es raro verla alternar con el negativismo. Por la sugestibilidad, el enfermo soporta cualquier posición que se le imprima por incómoda que sea, y a veces no sólo imitan los movimientos (ecomimia, ecopraxia), sino que repiten las palabras que escuchan (ecolalia).

La esterotipía, es también uno de los síntomas importantes de esta forma y consiste en la tendencia que poseen estos enfermos de repetir las mismas actitudes, los mismos movimientos y actos y que Kraepelin considera como la duración anormal de las impulsiones motrices, que produce una contractura permanente de un cierto grupo de músculos o la repetición de un mismo movimiento.

Puede alternar con los síntomas anteriores y se manifiesta por un gesto extraño o por un tic, que se repite insistentemente o por alguna posición, que se conserva por mucho tiempo.

La risa también se estereotipa, presentando características que le son propias, y que Pascal resume diciendo : que sobreviene sin motivo, sin arrai-

gar en ninguna representación mental, es explosiva, como si fuera equivalente mímico de una impulsión y esforzada, incoercible, independiente de todo elemento emocional.

Regis concede mucha importancia a la risa especial del demente precoz; pero considera que no siempre carece de motivo, sino que muchas veces tiene su origen en alucinaciones y procesos varios que le imprimen una modalidad especial.

A todos los síntomas anteriormente citados y que permiten aislar esta forma, acompaña una atrofia progresiva de los procesos psíquicos, que repercute sobre la voluntad, la inteligencia y muy principalmente sobre los sentimientos afectivos, que constituyen en esta forma, como en las otras, el fondo patológico constante de la demencia precoz.

FORMA PARANOIDE — Llamada por algunos forma delirante de la demencia precoz, porque es en la que los delirios tienen más importancia y conservan mayor estabilidad, aunque no lleguen a la sistematización; pues como dice Masselon, se trata más de una fijeza en el delirio, que de una sistematización que avanza.

Kraepelin ha sido el creador de esta forma delirante, que si todos aceptan como entidad, mu-

chos no la reconocen con la extensión vasta que su autor le asigna.

Este considera dos variedades, una en que los delirios son polimorfos, sin sistematización, aunque pueden adquirir una cierta estabilidad, que es aceptada por todos; y otra variedad muy discutida, en que los delirios son coherentes, permanentes y más o menos lógicamente encadenados entre ellos.

El delirio, que puede ser en algunos casos vagamente sistematizado, debe tener una tendencia demencial, para poseer las características de esta forma, a la cual Masselon considera «que se debe asignarle los casos en que se observa un debilitamiento intelectual de desarrollo precoz, acompañándose de alteraciones sensoriales y concepciones delirantes, que aunque mal sistematizadas, presentan un carácter de fijeza mucho más grande que en las formas precedentes».

En los enfermos con delirios polimorfos, se constata que caen más rápidamente en la demencia, en cambio aquellos que lo poseen coherente y más o menos sistematizado, tardan meses y años para poner en evidencia su estado demencial.

Presentan alteraciones de lenguaje hablado y escrito, abusando de neologismos sin sentido, o cayendo en el mutismo o verbigeración y acompa-

ñando sus escrituras con emblemas alegóricos y dibujos incomprensibles.

Es frecuente constatar en ellos, accesos de impulsividad e intervalos de depresión y excitación que recuerdan la forma catatónica.

Conservan durante algún tiempo, una buena orientación en lo que se refiere al tiempo y a los que los rodea ; pero pierden la atención, así como también el poder de fijación de la memoria, cayendo en la demencia, por lo general lenta y progresivamente, que puede quedar estacionaria en una forma poco intensa. En un menor número se instala rápidamente, constituyendo una forma galopante y otras veces presenta remisiones de duración variables, que casi siempre terminan en el déficit mental definitivo.

Diagnóstico

El diagnóstico de la demencia precoz, es de mucha importancia, porque lleva consigo un pronóstico severo y porque a veces es muy difícil de diferenciarlo de otras psicopatías que le son fronterizas por la extensión de sus límites y con las que es posible confundirla al principio, cuando to-

davía no están acentuados los síntomas que la distinguen.

Los signos físicos, sobre los que hemos pasado por alto, poco valor tienen, y los psíquicos, que aportan los elementos esenciales para la deducción clínica, algunos son comunes a otras afecciones, pero se destaca como el más importante la reducción de los sentimientos afectivos y la indiferencia emocional.

Dice Lhermitte : « que no es que este carácter psicológico no pueda encontrarse en otros estados psicopáticos sin ser la demencia precoz ; pero en estos casos la indiferencia emocional es momentánea y arrastra consigo, por paradójal que parezca, un malestar, y a menudo un sufrimiento extremadamente penoso. En la demencia precoz, cualquiera que sea su forma, al contrario, quedan desde el comienzo al fin de la enfermedad, fuera de la conciencia, y es por ésto que se afirma su naturaleza demencial. Una indiferencia emocional, inconsciente, o si se prefiere una desaparición de la conciencia afectiva, tal es la condición necesaria y suficiente de la demencia precoz ».

Mucho se ha insistido sobre la acción electiva de esta enfermedad, que presenta una relativa conservación de la inteligencia y la voluntad, cuando

la esfera de los sentimientos ya está profundamente atacada y bajo el nombre de «disociación intrapsíquica», han creado algunos un elemento característico de la demencia precoz, denominación que consideraban justo reemplazar por el de «schizofrenia» o «para-demencia».

Pero si bien es cierto que tal existe en la demencia precoz, no es algo que le pertenece con entera exclusividad, porque la han constatado en la demencia alcohólica (Tamburini) y en la parálisis general (Dupré).

Cabret y Borda, asignan gran importancia al factor edad y consideran que todo trastorno mental aparecido en la adolescencia, debe hacer pensar en la demencia precoz, que sin ser la única afección de esta época, se presenta con tal mayoría, que autoriza esta conducta.

La demencia de origen tóxico, es fácil de distinguir y además aparece en edad más tardía; sin embargo, puede confundirse a veces el delirium tremens, con accesos delirantes que marcan una iniciación de la demencia precoz; pero los estigmas del alcoholismo, con la orientación auto-psíquica conservada, mientras ha perdido la alopsíquica y las alucinaciones características, suprimen las probabilidades de error. Más difícil, es separarla de

los delirios alcohólicos, que toman forma muy parecida y aunque por lo general su evolución es más benigna, a veces son la iniciación de una demencia precoz, que se instala a raíz de un ataque de delirium tremens o de un delirio alcohólico sistematizado.

La parálisis general en su forma juvenil, es posible confundirla con la demencia precoz; pero en la primera, el proceso demencial se instala en una forma más rápida y global al par que presenta sus signos físicos, como disartria, trastornos pupilares y aumento de linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo.

Un diagnóstico diferencial, que puede presentarse al psiquiatra, es el de la forma hebefrénica y catatónica con la manía aguda o intermitente, que aunque son muchos los caracteres que las separan cuando el enfermo ha atravesado por períodos de crisis e intervalos de salud, son muchas las dificultades que se presentan, cuando se conoce tan solo un acceso de excitación, que constituye la primera manifestación y que al decir a cual de las dos lesiones pertenece se traza con el diagnóstico, un pronóstico distinto.

Las primeras son más frecuentes, su delirio es más polimorfo, más demencial; siendo el de los

maniácos más coherente, revelan mayor lucidez, mientras que en la demencia precoz el nivel intelectual va descendiendo y los sentimientos afectivos se aminoran profundamente. Tanto la demencia precoz en su forma catatónica, como la manía aguda o intermitente, presentan alternativas de excitación o agitación y de depresión o estupor.

En los estados de excitación, se constata en el catatónico, una ausencia de emoción y de sentimiento, que está conservada en el maníaco, de la misma manera que el primero permanece ageno a su alrededor, indiferente a lo que se habla y se hace; mientras que los últimos investigan atentamente su vecindad con espíritu alerta. En éstos, la inteligencia está más conservada y hay una cierta relación en su delirio con sus gestos y su porte, que no se observa en los catatónicos cuyas estereotipías son ilógicas.

En los períodos de depresión o estupor, es más difícil separar estos dos estados, pues no hay ningún signo cuyo valor sea absoluto.

En la fisonomía del maníaco, hay una impresión de preocupación y tristeza, que se torna en indiferencia e inconsciencia en el catatónico, cuyo mutismo es más acentuado que en los otros. Si se practica cualquier movimiento, se observará la es-

pasticidad y sugestibilidad propia del catatónico. Además, si se consigue hacerles cumplir una orden cualquiera, se verá que mientras el maníaco la cumple lentamente, el catatónico cuya inercia es más acentuada, si se logra que la ejecute lo hará con brusquedad y rapidez.

Los delirios sistematizados crónicos de los paranoicos, pueden semejarse al de los paranoicos; pero hay en el delirio de los primeros un origen alucinario, una coherencia y convicción característica, que modela al enfermo todo de acuerdo con su delirio; ésto no se observa en los paranoicos cuyo origen es demencial y cuyo delirio polimorfo la mayoría de las veces, con cierta fijeza las menos, no llega nunca a arraigarse con la organización profunda del sistematizado.

Otras afecciones, como la imbecilidad y la idiósia, cuando llegan a parecerse con la demencia precoz, bastan los antecedentes y los estigmas físicos para evitar el error. Otro tanto puede decirse de la neurastenia y la histeria, que difícilmente llegan a confundirse con la demencia precoz.

Pronóstico

El pronóstico de la demencia precoz varía, según

que se le considere bajo el punto de vista de la existencia del enfermo, o de las facultades mentales; en el primer caso se puede hacer un pronóstico benigno, porque no compromete directamente la vida, si bien es cierto que prepara la acción de otros procesos, entre los que figura en primer término la tuberculosis; considerando las facultades mentales el pronóstico debe ser grave, porque a pesar de existir distintas apreciaciones, todos están conformes en reconocer, que la demencia es la regla y la cura la excepción.

Aunque la afirmación anterior corresponda a la verdad, hay que aceptar con Kraepelin, el creador de la demencia precoz, que existen esos casos de curaciones excepcionales cuyo porcentaje varía con los diferentes autores, porque no estando todos conformes con los límites que se debe asignar a esta enfermedad, variará con los distintos procesos que cada uno agrupe bajo la etiqueta de demencia precoz.

También puede variar el pronóstico, según la forma de que se trate, siendo general reconocer a la paranoide como la más grave y a la catatónica como la más leve; así Kraepelin dice que los casos de curación se observarían en un 13 por ciento en la forma catatónica, en un 8 por ciento en la for-

ma hebefrénica y nunca o casi nunca en la forma paranoide.

Algunos consideran, que no se trata de curas reales, sino de simples remisiones, tan frecuentes en esta enfermedad, que toma por ellas una forma intermitente o circular.

Hablando sobre estas remisiones, dice Gilbert Ballet «que desgraciadamente no son ni completas, ni definitivas y la recidiva no tarda en producirse. Poco a poco, en un espacio de tiempo muy variable de algunos meses a dos años, la agitación en los hebefrénicos, el estupor en los catatónicos, el delirio en los paranoides, se atenúa o se disipa para hacer lugar a los síntomas de debilidad mental».

Cabret y Borda, han observado algunas mejorías durables y muy raras veces, la desaparición de los síntomas en forma tal, que hay que reconocerlos como curados, pero dicen haber notado en estos enfermos «a pesar de su lucidez y excelente memoria, una inteligencia menos viva y una ligera indiferencia en la esfera de la afectividad».

Influye sobre el pronóstico, la duración de la enfermedad, pues cuanto más próximo se está a su principio, más se puede esperar una marcha favorable.

Algunos autores han estudiado el valor de ciertos síntomas; así Dromard considera la estereotipía secundaria de origen demencial, como un signo de mal pronóstico. Cabret y Borda consideran que el aumento de peso en los enfermos que no han presentado ninguna mejoría en sus síntomas psíquicos, es de mal pronóstico como en las demás alienaciones. Meyer, dice que la forma catatónica más favorable, es aquella que tiene una iniciación aguda, brusca, con estupor prolongado y lo contrario sucede con aquellas que empiezan con estereotipía y verbigeración.

Hay que reconocer, como lo hace Deny, que si difícilmente se constatan casos de curación, en el sentido médico de la palabra, los hay, bajo un punto de vista social, que les permite la vida en familia y ejecutar ciertas ocupaciones. Este autor considera que el pronóstico debe ser exclusivamente fundado sobre la indiferencia emocional de los enfermos y la lesión más o menos profunda de su sensibilidad afectiva.

En resumen, se puede concluir, que aunque esta enfermedad influye en forma limitada e indirecta sobre la vida del enfermo, mentalmente concluyen en la demencia, aumentando en las estadísticas las cifras de los incurables.

El tratamiento no tiene nada que le sea especial y propio, por lo cual no nos ocuparemos de él.

Importancia médico legal de la demencia precoz. — Su frecuencia criminal — Interés de la forma sin delirio. — Capacidad civil de estos enfermos, necesidad de su diagnóstico. — Su elevado porcentaje entre la psicosis carcelarias y militares. — Necesidad del examen médico en todo criminal joven.

Después del resumen que hemos hecho de la demencia precoz, podremos comprender, considerando sus diversas formas y las diversas funciones psíquicas que ella aminora o destruye, la gran importancia y frecuencia de sus relaciones con la medicina legal, que sintetizan en gran parte sus relaciones con la sociedad.

Recordando que esta enfermedad parece que fragmentara las funciones cerebrales, por un fenómeno de fisiparidad intrapsíquica, según la expresión de un autor y desarrollara su acción electiva, que ataca los sentimientos más nobles del individuo como son los afectos, que llegan a desaparecer en sus vinculaciones más fuertes, comprendemos la poca resistencia que opodrá el espíritu de estos enfermos, para abandonar los principios

de la buena moral y librarse a acciones que están en pugna con los intereses sociales y que caen bajo la penalidad de la ley.

Si la iniciación de la demencia precoz, por lo general, no se hace atacando globalmente las funciones cerebrales, sino en forma electiva, practicando a veces disecciones patológicas en el cerebro, que alteran una función mientras respetan otra ; hay que reconocer, que esta manera de conducirse pertenece solamente a su comienzo, porque después paralelamente van cayendo la voluntad y la inteligencia, acentuándose así la acción demencial de esta enfermedad.

Sabiendo entonces, que en el demente precoz, no sólo se alteran los sentimientos, sino también la voluntad y la inteligencia, que constituyen las funciones cardinales y esenciales de la vida psíquica, que dan al hombre el concepto de lo moral y de lo noble, que le dan la energía suficiente para rechazar las sollicitaciones bajas del espíritu y la clarividencia necesaria, para orientarse con acierto en la vida, nos explicaremos fácilmente, que su conducta se haga delictuosa, pudiendo llegar a hechos de sangre, que unan en el enfermo a la desgracia de su enfermedad, el horror de la tragedia.

Veremos, como puede influir en ello, la priva-

ción o el aminoramiento de las distintas facultades mentales.

La voluntad, que da tonismo para el trabajo y energía para las diversas ocupaciones, va transformándose en estos enfermos, en una apatía que los inhabilita para cualquier tarea y finaliza en una abulia que suprime toda actividad. Esto es frecuente constatar en individuos con antecedentes de laboriosos y hábiles, en los que también se practica la misma transformación. Esta disminución de la actividad volitiva, hace que se conviertan en perezosos y afectos al ocio, que los arrastra al vagabundaje, que a su vez lleva consigo la tendencia a los delitos contra la propiedad, robos y hurtos, que destruyen el sentimiento de dignidad. Es de anotación frecuente en estos enfermos, esta clase de vida y de delitos.

La pérdida de la voluntad, permite el triunfo del automatismo, que puede satisfacer impulsos o reacciones agresivas, y también de la sugestibilidad que opone poca resistencia a las malas inclinaciones, como a las solicitudes de toda índole.

No es menos importante, la influencia de las perturbaciones que arraigan en la inteligencia. Los elementos de juicio y de lógica, van desapareciendo a medida que se acentúa el déficit mental, y el cri-

terio pierde su ponderación y equilibrio, para discernir los distintos problemas de la vida social. Además, de la misma manera que hay formas de demencia precoz, que presentan fenómenos de sugesibilidad y automatismo, otras hay en que se constatan falsas interpretaciones y alucinaciones, que pueden tomar cierta fijeza, como en los paranoides y hasta presentar una base persecutoria, que es característica por sus reacciones contra las personas que creen sus victimarios y que a menudo acusan falsamente o atentan contra sus vidas. Otra clase de delirios o alucinaciones, pueden conducir a distintos actos, dependientes de un falso razonamiento y de una lógica debilitada. Esto demuestra, la influencia de las perturbaciones intelectuales, sobre la conducta de estos enfermos.

Sabemos que la parte más temprana y definitivamente alterada, son los sentimientos afectivos, «el ser que siente apagándose antes del ser que piensa», y ello no puede dejar de influir sobre la moral de estos enfermos, que parece se anesthesiara y adormeciera a los llamados nobles y generosos del afecto y del amor. La indiferencia emocional corta los vínculos más fuertes del corazón, como son los lazos paternos, e incapaces de sentir y de querer, su espíritu en el que no anida ninguna emoción

afectiva, permanece estático y frío en medio de la apatía más profunda.

Esa indiferencia, el desapego, el desafecto en el terreno sentimental, explican en lo material, una falta de respeto y consideración al interés ajeno; y si los más hermosos gestos de altruismo, van por lo general unidos a una gran receptividad sentimental, comprenderemos cuán fácil será, en los incapacitados para sentir, olvidar el precepto bíblico de amar al prójimo como a sí mismo y caer en acciones que hieran a la persona o ataquen sus intereses.

Los párrafos que anteceden demuestran, como la demencia precoz, rompiendo el control de la voluntad, de la inteligencia y de la moral, prepara un terreno fértil para la germinación de la delincuencia.

Muchos autores, con Antheaume y Mignot, llaman al período prodrómico, «período médico-legal de la demencia precoz», como se hace para la parálisis general; denominación que Constanza Pascal rechaza para ambas, considerando que el período médico-legal de un alienado, dura lo que la enfermedad, y si las tramitaciones judiciales se hacen con mayor frecuencia al principio, es porque los signos prodrómicos no han sido reconocidos y el en-

fermo no está internado. De manera, que el interés médico-legal de la demencia precoz, existe en todos sus períodos y en todas sus formas, aunque haya diferencias graduales entre unas y otras, que puntualizaremos en el capítulo siguiente.

Las relaciones de esta enfermedad con la medicina legal y los problemas que en este sentido puede presentar, se justifican por infinidad de causas, que colocan a la demencia precoz en circunstancias especiales, no sólo por la frecuencia de delitos que produce, sino también por las dificultades que presenta muchas veces, para ser diagnosticada. Así que interesa cuantitativa y cualitativamente, por la abundancia de contravenciones y por la delicadeza y la dificultad de los problemas que presenta.

Lo primero se explica, como ya lo hemos demostrado, por la acción demencial de la enfermedad que suprime el sentido moral, la voluntad y la inteligencia; y además porque se desarrolla en la pubertad, en la adolescencia, época de la vida, que de por sí es menos reflexiva y facilita el triunfo de los impulsos criminales.

Para comprender como puede presentar problemas de una solución complicada y difícil para la justicia, basta recordar las dificultades que ofre-

ce para ser reconocida la forma sin delirio ; lo fácil que es confundir con un normal, uno de estos enfermos incurables, que comete un delito en un período de remisión, que tan a menudo se presenta en esta enfermedad ; y lo embarazoso que es separar algunas formas de demencia precoz, de la simulación.

La existencia de estas dificultades, y de estos problemas médico-legales, que tan frecuentemente se resuelven en forma injusta, tienen su comprobante, su documentación mejor dicho, en las psicosis llamadas carcelarias, cuyas cifras aumentan tan sensiblemente, como veremos, infinidad de casos de demencia precoz.

Al hablar sobre la frecuencia criminal de esta enfermedad, abonaremos las afirmaciones que hagamos, puramente con nuestra estadística, que es, se puede decir, la nacional, dado que en la república no hay otro pabellón de alienados delincuentes que el « Lucio Melendez » del Hospicio de las Mercedes.

De los libros de este pabellón, desde 1904 hasta 1915, inclusive, hemos sacado los datos que exponemos y que inspiran esta tesis. En ese período de doce años, los alienados delincuentes ingresados, suman un total de seiscientos treinta y seis, entre los cuales se encuentran ciento catorce casos

de demencia precoz, que equivalen a un 17.92 por ciento sobre el total. Para valorar el alto porcentaje que significa este número, es necesario compararlo con el de las otras psicosis y veremos que ella ocupa el segundo lugar, por la frecuencia y abundancia de sus delitos. El primer puesto lo ocupa la locura alcohólica, cuyas relaciones con el crimen son harto conocidas y vulgarizadas por todas partes, llegando a sumar un 34.28 por ciento sobre el número global.

Después viene por orden de importancia y de frecuencia la enfermedad que tratamos, la demencia precoz, sobre cuyas relaciones con el delito se han ocupado en estos últimos años, pero que está lejos aún de tener en el concepto general el elevado sitio, que le corresponde en la escala de la delincuencia.

El tercer puesto, corresponde a la locura sistematizada progresiva, cuya agresividad es característica y alcanza a un 17.61 por ciento en relación con las otras psicosis.

Las otras psicopatías, le siguen con cifras muy distantes, como la parálisis general progresiva, que ocupa el cuarto puesto y cuyas relaciones con la justicia son recalçadas insistentemente, llega tan solo a un 5 por ciento.

Otro tanto puede decirse de los estados epilépticos, que suman un 3 por ciento, a pesar de citarse generalmente, su impulsividad criminal. Además hay que reconocer que en este porcentaje de 17.92 por 100, faltan posiblemente muchos casos de demencia precoz, pasados desapercibidos y que por lo tanto no han ido de la cárcel, al pabellón que nos ocupa.

Es digno de mencionarse también el hecho de que al principio, cuando aún no estaba bien conocido el nuevo concepto de la demencia precoz, algunos casos eran catalogados distintamente, ya que en la actualidad todavía no se ha llegado a un criterio definitivo y sobre todo unánime.

La estadística que presentamos tiene el doble valor, de abarcar un número grande de casos y un período extenso de tiempo; pues hay años como el de 1913 en que la demencia precoz suma 26 casos, primando así, sobre todas las demás psicosis y el alcoholismo que viene en segundo término con 21 casos. Al año siguiente, el ingreso de estas dos psicopatías se hace en proporción igual, con 22 casos de cada una. Todos estos detalles se podrán observar en el primer cuadro adjunto en el capítulo siguiente, así como las diferentes relaciones entre las distintas psicosis entre sí.

Como lo hemos dicho anteriormente, la demencia precoz interesa a la medicina legal, no sólo por la frecuencia de sus actos delictuosos, sino también por las dificultades que presenta al perito para reconocerla en algunas de sus formas. La que ocupa el primer lugar en este sentido e interesa más por los delicados problemas que presenta, es la forma simple de la demencia precoz, o sin delirio, que es necesario diagnosticar como cualquiera de sus otras formas, porque encierra detrás de su aparente normalidad, el mismo proceso demencial, con sus caracteres de definitivo e incurable.

Así como en el orden criminal la alienación trae aparejada consigo la irresponsabilidad, en el civil trae la incapacidad, que priva al individuo del ejercicio de todos sus derechos.

Bajo este punto de vista es muy interesante la forma simple de demencia sin delirio, que oculta a veces en forma menos visible una alteración mental manifiesta.

Así como en el terreno criminal estos enfermos sirven como agentes de terceros, en el orden civil por su fácil sugestionabilidad, reciben pasivamente y sin oponer ninguna resistencia, indicaciones para realizar actos contrarios a sus propios intereses.

La falta de noción cabal de lo que pasa alre-

dedor de ellos, los inhabilita para la apreciación exacta del valor y del alcance de los actos que puedan cometer. Entonces, aun cuando no haya una idea delirante que perturbe visiblemente su inteligencia, se hace necesaria la tutela de la ley.

El carácter progresivo de todas estas formas de demencia, hace tanto más precisa esta medida, cuanto que esta forma simple es engañosa en sus aspectos de tranquila apatía y ausencia de delirio.

Por lo que se refiere a las formas delirantes, los casos no ofrecen duda alguna y la falta de capacidad surge clara y terminante del cuadro clínico que presentan.

Sabemos que esta forma es la más descolorida en su sintomatología y por lo tanto la que requiere mayor agudeza y perspicacia clínica de parte del psiquiatra. Este deberá examinar con detención y repetidas veces al enfermo, sondando su cerebro cuidadosamente en la diversidad de sus funciones. Recogerá sus antecedentes tanto escolares, como de su vida en general, para comparar su modalidad de antes, con la que presenta en el examen; sus inclinaciones laboriosas o activas de los primeros años para ver si guardan relación con la apatía profunda que posiblemente presentará, las manifestaciones de su carácter y sus sentimientos,

para compararlos con la indiferencia emocional que habrá impreso la enfermedad. Se debe aprovechar todos los elementos que nos permitan relacionar el individuo en sus comienzos, con el que se examina. Estos antecedentes deben extenderse a sus antecesores y unirlos a consideraciones de otra índole, como ser edad, traumatismos, intoxicaciones, etc. Pero estos elementos pueden faltar muchas veces en enfermos de esta clase, de manera que el médico cuenta solamente con el enfermo y es su estudio hábil y minucioso el único elemento que posee y que le permitirá concluir con exactitud en un diagnóstico.

No hay que olvidar que en esta forma la iniciación se hace por lo general, lenta e insidiosa, sin transiciones bruscas, que pongan caracteres de evidencia, en este proceso silencioso, en que como hemos dicho, la razón crepusculiza esfumadamente antes de entrar en la niebla de la demencia.

Por eso el examen debe ser detenido y minucioso para apreciar sus lagunas y repetidos, para comparar el enfermo de ayer, con el de hoy y apreciar así las oscilaciones poco manifiestas de este proceso.

Siguiendo esta conducta, es fácil llegar a una buena conclusión. En el examen del enfermo, debe

tenerse en cuenta la voluntad, la inteligencia y muy especialmente los sentimientos.

La voluntad pierde su actividad y energía, sufriendo un proceso de reducción tan considerable que puede llegar a la abulia, y que el médico apreciará en sus graduaciones más pequeñas. Otro tanto le sucede a la inteligencia, que pierde su lucidez y clarividencia, para dedicarse a cualquier trabajo mental. Los sentimientos en general son modificados, registrándose cambios de carácter, que los unifican bajo la condición común de irritables y apáticos. Pero la parte de los sentimientos que se altera más profundamente, aquí como en las demás formas, son los afectivos, que se aminoran en forma tal que llega a la supresión. Una gran indiferencia emocional los invade y que no echa raíz en su personalidad pensante, sino que permanece inconsciente, por lo cual Lhermitte dice que se trata de una supresión de la conciencia afectiva.

No insistiremos sobre el cuadro de esta forma, que ya hemos descrito en otro lugar; pero si haremos notar insistentemente, que un examen hábil y prolijo permite aislarla, en la generalidad de los casos, y que su diagnóstico es necesario para evitar un error de la justicia tan sensible en estas formas, como en cualquiera de las otras, ya que su

máscara de normalidad encubre un enfermo bajo la condena severa de una demencia definitiva.

Sin embargo, estos optimismos, no siempre tienen su expresión en la realidad, como lo prueba la frecuencia de la demencia precoz en las psicosis carcelarias, sobre cuyo concepto ya hemos hablado y que en gran número de casos están íntimamente vinculadas a errores judiciales.

Cramer, al ocuparse de estas psicosis, dice que la que se manifiesta más frecuentemente en la incomunicación es la demencia precoz, que puede iniciarse con estupor o con excitación. Manifiesta también que a veces se constatan estados de excitación, que por lo general responden a la iniciación aguda de una demencia precoz.

Willimanns, que divide las psicosis carcelarias en tres grupos, coloca a la demencia precoz en el primero, diciendo que sobre ella la cárcel puede tener una influencia primaria.

El estado que Sommer llama «locura carcelaria» y Kirn «locura del delincuente», no son según Ottolenghi, sino casos de demencia precoz, que es la más frecuente entre estas psicosis y cuya fisonomía clínica varía un poco influenciada por el ambiente.

Penta, hace notar la frecuencia en las cárce-

les de las psicosis degenerativas y de la demencia precoz.

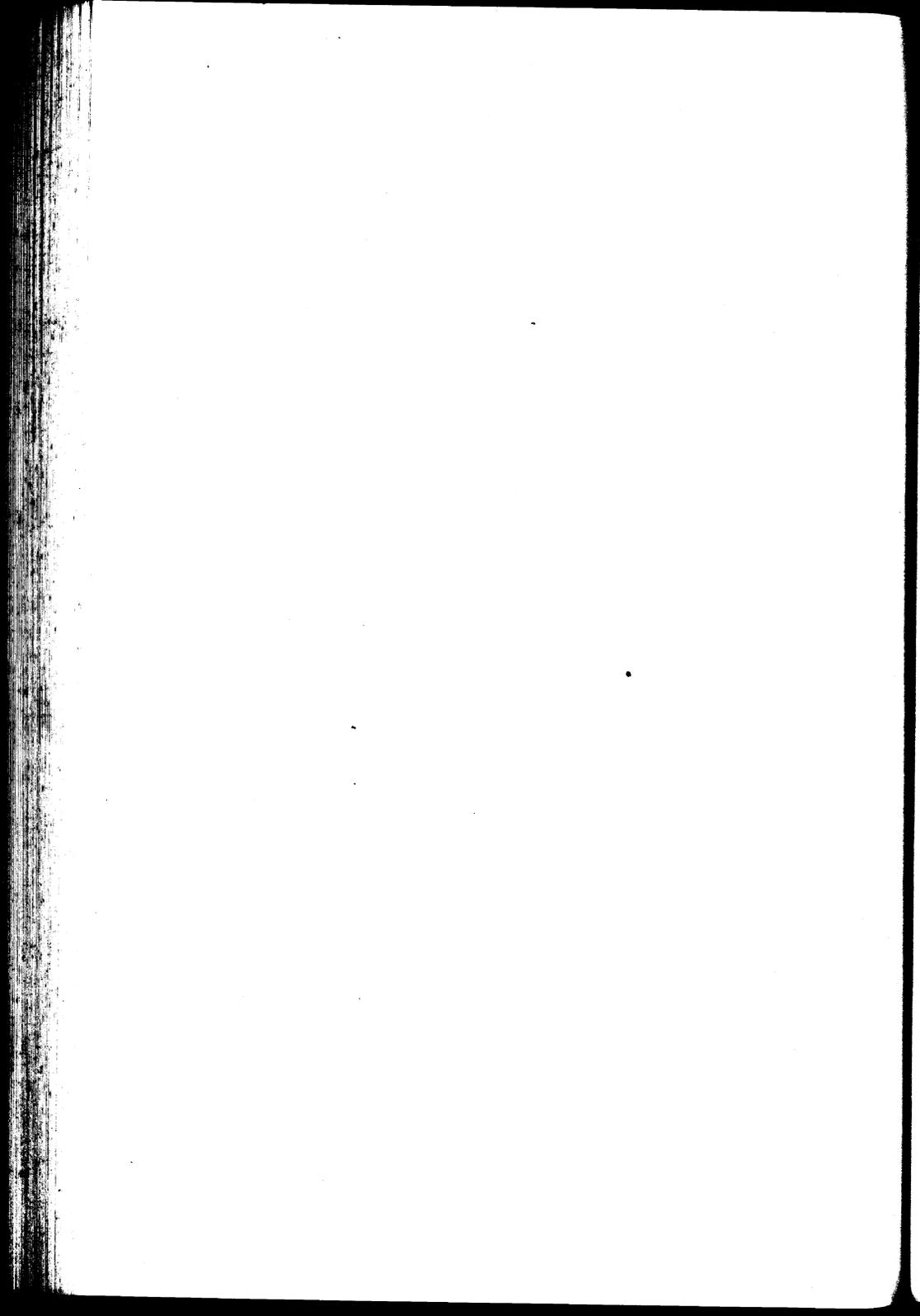
Ottolenghi, en un espacio de tiempo de nueve años, en un total de ochocientos detenidos, de las cárceles de Torino, constató la supremacía de los estados demenciales correspondientes a la demencia precoz en forma explosiva. También abundaban las reacciones epilépticas y los estados paranoicos.

En el ejército también abundan los casos de demencia precoz a forma hebefrénica y a base degenerativa, que motivan desertiones frecuentes, que en su mayoría caen bajo las leyes militares.

Ya sabemos nosotros la estrecha vinculación que existe entre psicosis carcelaria y error judicial y que estas psicosis eclosionan más que por las nuevas condiciones de vida, por las predisposiciones latentes que aportan los presidiarios, de manera que esta frecuencia de la demencia precoz tan unánimemente registrada por los autores, es una nueva relación entre ella y el crimen, ya que la mayoría de las veces una demencia precoz aparecida en la cárcel, equivale a un demente precoz condenado, por haber pasado desapercibida su lesión.

La frecuencia de esta enfermedad en las psicosis carcelarias y la dificultad de diagnosticarla en alguna de sus formas, trae como corolario una

afirmación sobre la que insisten muchos psiquiatras, y es la necesidad del examen médico de todo criminal joven. Esto está tan bien argumentado en los hechos que citamos, que está de más recalcar sus ventajas. Tendrá el pequeño inconveniente de retardar la tramitación judicial; pero no hay que olvidar, que más que a la condición de ser rápida, debe amar la justicia, la condición de ser justa.



CAPITULO III

Frecuencia de los distintos delitos, cometidos por los dementes precoces. — Diferentes porcentajes de delincuencia, en las distintas formas clínicas y su relación con los delitos. — Antecedentes legales e historias clínicas. — Análisis de los hechos, sus caracteres.

En el capítulo anterior nos hemos ocupado de la demencia precoz en general, en sus relaciones con la delincuencia; en éste, nos detendremos a estudiar el distinto lugar que ocupan las diferentes manifestaciones delictuosas, así como la importancia médico-legal de cada una de las formas clínicas y su preferencia por los distintos delitos.

Nos ocuparemos tan solo de las acciones delictuosas, cometidas por los dementes precoces del pabellón Lucio Melendez; de manera que algunos delitos de cita frecuente como el vagabundaje y otros, que no se registran en nuestros casos, los pasaremos por alto; si bien es cierto que ésto no

quiere decir que no existan, sino que posiblemente no poseen una importancia, como para justificar una internación en el pabellón que nos ocupa.

Aunque ya hemos insistido sobre la frecuencia criminal de la demencia precoz, que hace decir a Penafiel, que no es solo el «cherchez l'épileptique», que debe sustituir al «cherchez la femme», sino que se debe buscar también la demencia precoz, vamos a insertar un cuadro comparativo de los dementes precoces ingresados en el pabellón de delincuentes Lucio Melendez, desde 1904 hasta 1915 inclusive, relacionados con los demás alienados en total. En él hacemos constar el número de casos que corresponde a cada psicosis por año y su correspondiente suma que alcanza a 114 para la demencia precoz, que relacionada al total de 636 ingresos, da un porcentaje de 17.92 por ciento. Si comparamos esta cifra con la que corresponde a las demás enfermedades mentales, vemos que la única que la supera es la locura alcohólica que asciende a 34.28 por ciento. Las otras psicosis, como se puede ver en el cuadro mencionado, ocupan un lugar inferior a estas dos, que tienen los dos primeros puestos. De manera, que después de observar, en un período de doce años, la población del pabellón de alienados delincuentes, deducimos que

entre nosotros, siguiendo a la locura alcohólica, los alienados más frecuentemente procesados son los dementes precoces, que ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia.

HOSPICIO DE LAS MERCEDES

Diagnóstico de los alienados llamados delincuentes desde el año 1904 hasta 1915

DIAGNÓSTICO	ENTRADAS DURANTE LOS AÑOS													TOTALES	
	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	Nº	%	
	Locura alcohólica.....	7	14	16	18	20	25	15	25	19	21	22	16	218	31.28
» periódica.....	..	..	..	..	..	1	1	1	..	..	..	1	4	0.63
» sistem. progresiva..	4	3	5	5	7	4	13	4	16	18	10	23	112	17.61	
» Locura epiléptica..	1	1	1	3	1	3	1	1	..	4	1	3	20	3.14	
Demencia precoz.....	2	7	1	7	3	3	3	8	11	26	22	6	114	17.92	
» orgánica.....	..	..	1	..	..	..	1	1	1	1	1	..	6	0.91
» vesánica.....	..	1	2	..	1	..	..	..	..	..	1	..	5	0.79
» senil.....	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1	..	..	2	0.31
Manía.....	4	1	1	2	1	1	..	..	2	3	1	1	17	2.67
Melancolía.....	..	..	1	..	..	1	..	1	..	..	..	2	5	0.79
Imbecilidad.....	..	..	1	..	2	1	1	2	1	..	5	..	13	2.05
Idiocia.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Parálisis Genet progresiva.	4	3	1	..	2	1	4	6	5	3	5	..	31	5.35	
Simuladores.....	1	3	6	..	1	3	1	1	5	4	3	1	29	4.56	
No alienados.....	1	1	1	4	2	4	3	8	10	11	5	7	57	8.96	
Totales.....	21	31	38	39	45	52	48	58	70	92	73	60	636	100.	

Para poder apreciar la frecuencia de los distintos delitos cometidos por los dementes precoces, hemos seguido la misma conducta que en el párrafo anterior, sobre el mismo material y durante el mismo espacio de tiempo.

Vemos que sobre 114 dementes precoces, teniendo cada uno un proceso judicial, se observa ocupando el primer puesto por su frecuencia el «homicidio», que toma a veces las características de uxoricidio y parricidio y alcanza un total de treinta y nueve casos, que relacionados con la cifra global arrojan un porcentaje de 34.21 por ciento sobre todos los demás delitos cometidos.

El homicidio ocupa entonces el primer puesto, siendo el delito que más abunda entre los cometidos por los dementes precoces y por el cual parece tuvieron preferencia los afectados de esta enfermedad.

Por ahora nos limitamos tan solo a dejar constancia de este dato que coloca al homicidio en el grado más alto de la escala criminal de esta enfermedad; después estudiaremos algunos casos, para obtener sus caracteres.

Sigue en orden de importancia al homicidio, «las lesiones», que ocupan el segundo puesto y que en nuestra estadística llega a veintitres casos, que

relacionados con el total, le asignan un porcentaje de 20.16 por ciento.

El tercer lugar le corresponde al « hurto », del que se registran veinte casos, entre los ciento catorce que forman el total, y que le dan un porcentaje de 17.54 por ciento.

Existe una diferencia muy marcada, entre la abundancia de estos delitos citados y los que le siguen ; pues los « disparos de arma de fuego » que vienen en orden de frecuencia, tan solo alcanzan a un 4.39 por ciento.

De manera, que resumiendo, se puede afirmar que el delito más frecuente, entre los dementes precoces, es el homicidio, siguiéndole luego, las lesiones y el hurto.

En el segundo cuadro estadístico que insertamos en este capítulo, podrá seguirse los distintos porcentajes, correspondientes a quince clases de delitos cometidos por los ciento catorce dementes precoces ingresados en el pabellón de delincuentes.

**Delitos cometidos por los «dementes precoces» ingresados en el pabellón «Lucio Melendez»
desde el año 1904 hasta el año 1915**

DELITOS	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	TOTALES	%
Homicidio.....	1	3	..	3	4	3	2	1	4	9	7	2	39	34.21
Tentativa de homicidio.....	1	..	..	..	..	..	1	0.88
Lesiones.....	..	3	1	2	1	2	2	..	2	5	3	2	23	20.16
Violación de domicilio.....	2	..	..	..	..	2	1.76
Atentado a la autoridad.....	1	1	1	..	..	2	1	2	..	8	7.01
Hurto.....	..	1	..	..	..	2	2	3	..	7	5	..	20	17.54
Robo.....	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	0.88
Estrupro y violación.....	1	..	..	..	2	..	..	..	3	2.63
Daño intencional.....	1	1	0.88
Infractor a la ley de enrol.	1	..	..	..	1	..	1	..	3	2.64
Insubordinación militar....	2	1	1	4	3.51
Incendarios.....	1	1	..	2	1.76
Tentativa de suicidio.....	1	..	1	0.88
Disparo de arma de fuego.	1	..	..	..	..	..	1	2	..	1	..	..	5	4.39
Sin delito especificado.....	1	..	1	0.88
TOTALES.....	2	7	1	7	8	8	8	8	11	26	22	6	114	100

Lo que hemos dicho anteriormente, se refiere a la demencia precoz en conjunto, comprendiendo todas sus formas. Ahora vamos a hacer un estudio semejante ; pero tomando cada forma clínica en particular, para deducir la distinta importancia que tiene cada una en sus contactos con la delincuencia y la preferencia que muestran para con los distintos delitos.

Empezaremos con la forma simple, para lo cual separaremos los casos que hayan ingresado desde 1904 hasta 1915 inclusive, que suman cincuenta y dos, entre los ciento catorce que alcanza el total, incluidas las demás formas.

Entre estos cincuenta y dos casos de demencia precoz a forma simple, encontramos el « homicidio » como el delito más frecuente, registrándose dieciséis casos, que le asignan un porcentaje de 14.04 por ciento.

El segundo lugar, le corresponde al « hurto », del cual se constatan trece casos, que asciende su relación a 11.40 por ciento.

El tercer puesto corresponde a « lesiones » que alcanza a ocho casos, que equivalen a 7.01 por ciento de la delincuencia de esta forma. Vemos que la forma simple conserva los mismos resultados obtenidos en la demencia precoz en general, en que

también correspondía a estos delitos los primeros puestos.

Las otras contravenciones ocupan un sitio muy secundario, relacionado con las anteriores; pero sumados sus porcentajes llegan a la cifra elevada de 45.62 por ciento sobre el total de 114, demostrando así la gran importancia de esta forma simple, en la criminalidad de la demencia precoz, pues ella sólo llega casi a la mitad de la delincuencia de la enfermedad en general.

En el capítulo anterior decíamos que la demencia precoz, era importante en sus relaciones médico-legales cualitativa y cuantitativamente, es decir, por la delicadeza de sus problemas y por la cantidad de sus infracciones. Dedicamos un comentario especial a la forma simple, sin delirio, por la solución difícil de los problemas que presentaba, y ahora en presencia de las elevadas cifras que aporta a la criminalidad de la demencia precoz, podemos afirmar que esta forma es doblemente importante, no sólo por la calidad, sino también por la cantidad de sus conflictos.

Ahora pasaremos a la forma hebefrénica, que junto con la catatónica, ocupan los dos últimos puestos. Entre el número total tan sólo se registran cinco casos de demencia precoz a forma hebe-

frénica y en contraposición a lo observado en la forma anterior en que el homicidio era el delito más frecuente, no se constata ninguno entre los delincuentes de esta forma.

Ocupa el lugar más importante en orden de frecuencia el «hurto», por el cual han ingresado cuatro de los casos existentes. De manera, que sobre cinco hay cuatro hurtos, que representan un porcentaje de 3.51 por ciento. El otro restante está internado por «disparo de arma de fuego», equivaliendo este delito a 0.88 por ciento, que unido al porcentaje anterior suma 4.39 por ciento.

Vemos la poca importancia que tiene esta forma hebefrénica relacionanada con la criminalidad, no sólo por su bajo porcentaje (4.39 por ciento) si se compara con la forma anterior (45.62 por ciento), sino también por la distinta preferencia de sus delitos, en que abunda más el hurto, sobre los hechos de sangre, que suman la mayoría en la forma simple.

La forma paranoide tiene muchas semejanzas con la forma simple, no sólo por su gran frecuencia criminal, que supera a la anterior, sino también por la parecida preferencia de sus delitos.

De los ciento catorce casos de demencia precoz ingresados en el pabellón de delincuentes, cin-

cuenta y cuatro corresponden a la forma paranoide, que es la más frecuente, dado que supera a la forma simple que suma cincuenta y dos.

El delito más frecuente en esta forma paranoide, es el «homicidio», como en la simple, estando veintitres detenidos, entre los cincuenta y cuatro, procesados por ese delito que alcanza a una proporción de 20.17 por ciento.

Después le sigue en frecuencia, las «lesiones», que suman trece casos, que representan un porcentaje de 11.40 por ciento.

El tercer puesto le corresponde a los «atentados a la autoridad», de los cuales se registran seis casos, que equivalen a 5.26 por ciento.

En estas dos últimas proporciones, no hay concordancia con la forma simple, pues mientras en ésta el segundo lugar como delito más frecuente corresponde al hurto, en la paranoide corresponde a las lesiones y el tercer puesto que pertenece a éstas en la simple, pertenece al atentado a la autoridad en la paranoide.

La suma de los porcentajes de los delitos mencionados, con el de los otros delitos cometidos por esta forma, suman 47.36 por ciento, cifra que revela la importancia médico-legal de esta forma, a la que corresponde el primer puesto en relación con

CUADRO DEMOSTRATIVO

de los delitos cometidos por los alienados llamados delincuentes, ingresados en el pabellón "Lucio Melendez" del Hospicio y clasificados de "dementes precoces" en sus distintas formas, desde el año 1904 hasta el año 1915.

DELITOS	FORMAS DE LA DEMENCIA PRECOZ																						
	SIMPLE						HEBEFRÉNICA						PARANÓIDE				CATATÓNICA						
	CAPITAL		TERRITORIOS Y PROVINCIAS		TOTAL		CAPITAL		TERRITORIOS Y PROVINCIAS		TOTAL		CAPITAL		TERRITORIOS Y PROVINCIAS		TOTAL						
	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100	ENFERMEDAD	POR 100					
Homicidio.....	4	3.51	12	10.56	16	14.01	..	..	..	..	..	10	8.77	13	11.40	23	20.17	..	..	..	..
Tentativa de homicidio.....	1	0.88	..	..	1	0.88	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lesiones.....	3	2.63	5	4.38	8	7.01	..	..	..	..	..	10	8.77	3	2.63	13	11.40	1	0.88	1	0.88	2
Violación de domicilio.....	2	1.75	..	..	2	1.75	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atentado a la autoridad.....	2	1.75	..	..	2	1.75	..	..	..	..	..	6	5.26	..	..	6	5.26	..	..	..	..	..
Hurto.....	7	6.14	6	5.26	13	11.40	4	3.51	..	..	4	3.51	2	1.75	1	0.88	3	2.63	..	..	..	..
Robo.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	0.88	..	..	1
Estupro y violación.....	..	..	1	0.88	1	0.88	..	..	..	..	..	..	..	2	1.75	2	1.75	..	..	..	..	..
Daño intencional.....	1	0.88	..	..	1	0.88	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Infractor a la ley de enrolamiento.....	..	..	1	0.88	1	0.88	..	..	..	..	..	1	0.88	1	0.88	2	1.75	..	..	..	..	..
Insubordinación militar.....	4	3.51	..	..	4	3.51	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Incendios.....	1	0.88	1	0.88	2	1.76	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Tentativa de suicidio.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	0.88	..	..	1	0.88	..	..	..	..	..
Disparo de armas de fuego.....	1	0.88	..	..	..	0.88	1	0.88	..	..	1	0.88	3	2.63	..	..	3	2.63	..	..	..	..
Sin delito especificado.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	0.88	1	0.88	..	..	..	..	..
	26	22.81	26	22.81	52	45.62	5	4.39	—	—	5	4.39	33	28.94	21	18.42	54	47.36	2	1.76	1	0.88	3

las otras, por la frecuencia de sus conflictos judiciales.

Falta ocuparnos solamente de la forma catatónica, la menos importante, bajo este punto de vista.

Tan solo se registran tres casos sobre el total, observándose dos lesiones y un robo.

De manera, que lo constatado en nuestra estadística de ciento catorce casos ingresados en un período de once años al pabellón « Lucio Melendez », nos permite afirmar que la forma más importante de la demencia precoz, considerada bajo el punto de vista médico-legal, es la paranoide, por la frecuencia de sus hechos delictuosos, el segundo lugar corresponde a la forma simple, el tercero a la hebefrénica y el último a la catatónica.

Insertamos un cuadro detallado, en que se expresa en forma numérica, lo que dejamos establecido y a él remitimos al lector, para la apreciación de los demás detalles que en él se consignan. También agregamos otro que relaciona estos alienados delincuentes con las distintas ocupaciones y oficios.

Algunas historias clínicas acompañadas de los antecedentes legales, además de fijar la concordancia entre la enfermedad y el hecho, nos permitirán deducir algunas de sus particularidades.

Para conseguir los antecedentes legales hemos seleccionado aquellos dementes precoces que estaban procesados en la capital, y valiéndonos del Archivo de la Policía, obtuvimos el prontuario de cada uno de ellos, que contiene el sumario y todos los detalles del delito. A continuación van algunas historias, las más interesantes entre el material que suministra la capital, porque los antecedentes legales de los enfermos remitidos del interior, son difíciles de obtener.

HISTORIA I .

P. M. K. M., árabe, 19 años, agricultor. — Fecha de admisión: julio 27 de 1907. — Diagnóstico: Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Padre nervioso.

Antecedentes individuales — Trabajador, con carácter bueno y apacible. Jamás ha hecho abuso de bebidas alcohólicas. Estando en el hospital atendíéndose de una puñalada inferida por un individuo a quien había muerto, tuvo alucinaciones auditivas de carácter amenazador. Después del segun-

do hecho cae en el mutismo, del cual sale para decir incoherencias.

Antecedentes legales — Procesado por homicidio doble, primero dió muerte a un individuo en pelea descerrajándole dos tiros, después estando detenido en la cárcel de San Juan, toma un cuchillo de otro compañero y sale al patio ocultándolo bajo sus ropas. Allí encuentra otro detenido, incomunicado, con el cual no había tenido ninguna cuestión, pues ni siquiera lo conocía, y tomándolo por el pecho le infiere una puñalada a consecuencia de la cual muere acto continuo.

Como le notaran signos de alienación mental, lo envían al Hospicio de las Mercedes, para su mejor observación.

Estado actual — Al examen somático se constata un buen estado de nutrición y numerosos estigmas degenerativos. Sensibilidad obtusa sobre todo del lado derecho. El estado mental no permite obtener localización de las impresiones. Buen desarrollo muscular. Temblores de los dedos y lengua. Movimientos estereotipados de las manos. Marcha y pupilas normales. Reflejos abdominales acentuados cremasterianos disminuídos, tendinosos normales. Demás funciones bien. Examen psíquico: Ingresaba agitado, confuso, indiferente a todo, quejándose en

**Profesiones y ocupaciones de los dementes precoces ingresados en el Pabellón "Lucio Meléndez"
desde el año 1905 hasta el 1915.**

A Ñ O S	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	TOTALES	POR 100
Agricultores.....	2	1	..	..	..	..	..	..	..	3	2.69
Albañiles.....	..	1	1	..	..	..	1	..	..	1	1	5	4.47
Carpinteros.....	1	1	..	..	..	..	1	..	3	2.69
Carniceros.....	1	..	..	..	..	..	1	1	..	..	..	3	2.69
Cocheros.....	1	..	..	..	..	..	1	0.89
Caldereros.....	1	..	..	..	..	..	..	1	0.89
Carreros.....	2	..	..	..	2	1.78
Conscriptos.....	2	..	1	3	2.69
Cuidadores de caballos.....	1	..	1	0.89
Dibujantes.....	1	..	1	0.89
Dependientes de comercio.....	1	1	..	..	..	..	..	2	1.78
Empleados.....	3	..	..	1	1	2	2	..	9	8.01
Electricistas.....	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	2	1.78
Escoberos.....	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	0.89
Foguistas.....	1	..	1	0.89
Herreros.....	1	1	..	..	2	1.78
Jornaleros.....	2	..	2	..	..	3	3	3	19	10	3	50	44.64
Lustradores.....	1	..	..	..	..	1	0.89
Mozos de café.....
Motormans.....	1	..	1	..	..	..	..	..	2	1.78
Marineros.....	1	..	..	..	1	0.89
Músicos.....	1	..	..	..	..	1	0.89
Mecánicos.....	1	1	0.89
Marmoleros.....	1	..	..	..	..	..	..	..	1	0.89
Panaderos.....	1	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	3	2.69
Peones de estancia.....	1	..	..	..	..	..	1	..	2	1.78
Peluqueros.....	1	..	..	1	0.89
Vendedores ambulantes.....	1	..	..	..	..	..	1	0.89
Vendedores de diarios.....	1	..	..	1	0.89
Sastres.....
Zapateros.....	1	..	1	0.89
Sin profesión.....	2	..	1	..	..	1	..	..	..	2	..	6	5.37
TOTALES.....	7	1	7	8	3	8	8	11	26	22	6	112	107.—

tono lastimero y monótono, entrecortado de vez en cuando por una risa idiota y actitudes de terror con gritos de espanto. Gestos y lenguaje estereotipados. Insomnio. El examen psíquico completo es imposible. Agresividad e impulsividad. Estos fenómenos se acentúan más después de su ingreso, para mitigarse poco a poco, llegando a estar muy mejorado en enero de 1911 y llegando a desaparecer su delirio al mes siguiente, por lo cual es entregado a la policía en el mes de marzo.

HISTORIA II

D. P., italiano, 44 años, jornalero. — Fecha de admisión: octubre 17 de 1907. — Diagnóstico: Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Ignorados.

Antecedentes individuales — Ignorados.

Antecedentes legales — Sin motivo ninguno, en el patio del conventillo donde vivía, armado de una navaja, infirió una puñalada en el corazón a un sujeto medio idiota, con el cual no había tenido ninguna cuestión y que se dedicaba a pedir limosna.

Anduvo dipidiendo de puerta en puerta y por fin se detuvo frente a un grupo de mujeres próximas a D. P., que aprovechó este momento para levantarse rápidamente armado de una navaja y cometer el hecho, yendo a refugiarse en una pieza, debajo de la cama, donde permaneció armado hasta que llegó la policía, a la cual agredió consiguiendo cortar las ropas de un vigilante.

Estado actual — El examen somático permite apreciar varios estigmas degenerativos en las orejas, paladar y dentadura. Su estado mental con tendencia al negativismo hace difícil la exploración de su sensibilidad que parece estar conservada. Lo mismo sucede con la fuerza muscular. Marcha normal. Temblores finos en dedos y lengua. Pupilas reaccionan con pereza. Reflejos normales. Demás funciones idem. Examen psíquico : Aunque la palabra se emite bien, contesta con mala voluntad, cayendo en seguida en su actitud meditabunda. Atención tan aminorada, que es muy difícil conseguir que la concentre en el interrogatorio. Su memoria es imposible determinar, declara que de nada se acuerda. Vagas ideas persecutorias expresadas con reticencias. Decadencia mental generalizada.

HISTORIA III

J. B., 45 años, cocinero. — Fecha de admisión: diciembre 16 de 1908. — Diagnóstico: Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Sin interés.

Antecedentes individuales — Hace 16 o 20 años estuvo internado en un manicomio en Roma. Carácter de irascibilidad extremada y sumamente violento. Ha tenido hábitos alcohólicos immoderados y sufre desde su segunda infancia de ataques nerviosos.

Antecedentes legales — Una madrugada se presenta a la comisaría, con una gran excitación nerviosa, y dando gritos, por lo cual el auxiliar de guardia, solicita los servicios de la Asistencia Pública, creyendo se tratara de un enfermo. Al examinarlo no se encuentra ninguna afección y como se le notara unas manchas de sangre en la camisa y averiguaran su origen, dijo: que después de un cambio de palabras con su concubida, ésta intentó agredirlo con una navaja de afeitar, por lo cual él la tomó por el cuello y la apretó tan fuerte, que instantes después quedaba sin vida, echando sangre

por la boca. Luego le dió un beso, convencido ya que estaba muerta y se retiró sin que nadie se enterara de lo ocurrido. Dice que ella quería entrar a un prostíbulo y como él quisiera hacerla desistir, se originó la discusión que motivó el homicidio. Parece que ya la había amenazado de muerte varias veces y era él quien deseaba que ingresara al prostíbulo. La autopsia comprueba la estrangulación.

Estado actual — El examen somático permite apreciar una asimetría cránea-facial y abundantes estigmas degenerativos. Sensibilidad conservada y fuerza muscular disminuída. Temblores pronunciados al nivel de los dedos y fibrilares en la lengua. Pupilas y reflejos cutáneos normales. Tendinosos disminuídos. Lo demás normal. Examen psíquico: Palabra clara y bien articulada. La atención y la memoria están visiblemente disminuídas, aunque la amnesia no siempre sucede a sus ataques nerviosos, que por lo general son seguidos de un estado confusional y de atontamiento. Presenta alternativas de excitación marcada, haciéndose impulsivo, violento y agresivo, con crisis de profunda depresión en que solloza y hace tentativas pueriles, de suicidarse. Alucinaciones sensoriales múltiples en el principio de sus ataques e ideas de persecución y auto-culpa-

bilidad. Decadencia y confusión mental. Sentimientos afectivos muy aminorados. Inestabilidad de carácter, irascibilidad y emotividad exagerada. Estos fenómenos se intensifican, atacando a veces al personal de vigilancia; pero a partir de 1911 va mejorando, llegando a rectificar en parte sus ideas delirantes, se hace trabajador y observa muy buena conducta.

HISTORIA IV

J. A., italiano, 27 años, herrero. — Fecha de admisión: enero 22 de 1910. — Diagnóstico: Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — El padre es un gran alcoholista, demente en la actualidad.

Antecedentes individuales — Con hábitos etílicos moderados, ha contraído una infección sifilítica hace diez años. Siempre fué un pobre de espíritu, con carácter nervioso e impulsivo. Desde hace ocho meses tiene alternativas de excitación violenta y depresión marcada, presentando ideas de persecución.

Antecedentes legales — Porque un agente de policía, creyéndolo el autor de una detonación, lo

llevó a la comisaría, de la cual salió a los pocos momentos, prometió vengarse, haciéndole cuando lo veía ademanes amenazantes. Al otro día aprovecha la oportunidad que el agente mencionado subía a un tranvía, para acercársele por atrás y hacerle un disparo de revólver tan a quema ropa que empezó a prender fuego su chaquetilla por la deflagración de la pólvora. En seguida huye aprovechando la confusión, pero como otro agente supiera que éste había prometido vengarse del herido, lo redujeron a prisión al llegar a su domicilio. El agente falleció al otro día.

Estado actual — El examen somático permite constatar numerosos estigmas degenerativos. Sensibilidad general y especial conservada. Fuerza muscular bien desarrollada. Temblores al nivel de los dedos y de la lengua. Marcha y pupilas normales. Reflejos cutáneos y tendinosos algo exagerados. Funciones vegetativas normales. Ingresó intranquilo y sobresaltado, huyendo despavorido a meterse en la cama de los compañeros.

Examen psíquico : Lenguaje claro con articulación temblorosa. Atención y memoria muy disminuída, sobre todo en lo referente al delito, que hay amnesia completa. Niega existencia de alucinaciones, pero sus actitudes hacen suponerlas. Ideas de

persecución con tendencia a sistematizarse. Confusión mental con incoherencia y gran desconfianza. Emotividad exagerada. Sentimientos afectivos muy aminorados. Risas y llantos inmotivados. En febrero del año siguiente entra en franca remisión.

HISTORIA V

E. M., austriaco, 26 años. — Fecha de admisión: octubre 11 de 1910. — Diagnóstico: Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — Siempre ha sido de carácter raro y reconcentrado. Escaso uso de bebidas alcohólicas.

Antecedentes legales — Procesado por el delito de parricidio, que explica en su declaración de la manera siguiente: que siendo pequeño fué castrado, lo que supo por *habérselo* dicho su padre para que no anduviera detrás de las mujeres y no perdiera sus días de trabajo. Que había tenido relaciones con mujeres una que otra vez, cuando tenía veintidos años y que *había* muerto a su padre, por el hecho de haberlo dejado castrar y además

por las relaciones incestuosas que mantuvo durante siete años más o menos, con una de sus hermanas, acción que le constaba por haberla visto y por haber nacido una hija que murió a los dos meses. Nunca dió parte a la justicia, porque cuando lo supo por primera vez, era muy pequeño y no se daba cuenta de la magnitud del delito, y después cuando fué mayor, por la vergüenza de revelar en su padre falta tan grave. Se queja que lo maltrataba cuando chico, deseando su muerte y hasta le indicaba la forma en que podía quitarse la vida. Manifiesta que su castración ha sido debida a haberlo dejado sin faja horas enteras, causa por la cual se desvencijó quedando por lo tanto inútil para la procreación. Que la idea de matar a su padre era un pensamiento que lo obsesionaba a punto de no dejarlo dormir. Vino a la capital con el solo fin de darle muerte, por eso cuando lo encontró y lo tuvo a tres pasos de distancia, sin que su padre lo hubiera visto, le descerrajó un tiro de revólver y sacando después un cuchillo lo ultimó a puñaladas. Durante sus declaraciones se constata una insensibilidad moral asombrosa y las investigaciones posteriores demuestran ser falsas todas sus afirmaciones, así como la castración, pues sus órganos genitales están normalmente desarrollados.

Estado actual — Al examen somático se encuentran varios estigmas degenerativos. Hay una ligera microcefalia, así como asimetría facial y craneana. Pabellones auriculares mal formados y desigualmente implantados. La sensibilidad y la fuerza muscular bien conservada. Pequeñas oscilaciones a nivel de los dedos. Marcha normal. Pupilas y reflejos normales, así como los demás órganos.

Examen psíquico: Lenguaje claro y bien articulado. La atención algo disminuída, así como la memoria en los recuerdos más recientes. Alucinaciones de la sensibilidad general, sobre todo de la esfera genital. Ideas hipocondriacas y de persecución con cierta sistematización. Hay una decadencia mental generalizada. Los sentimientos afectivos están muy disminuídos y no manifiesta arrepentimiento ninguno. Trabaja con buena voluntad y observa buena conducta. El año 1911 lo pasa muy excitado, amenazando varias veces de muerte al médico de servicio. En 1912 empieza a mejorarse, llegando en diciembre estar nuevamente tranquilo y algo mejorado.

HISTORIA VI

D. I., italiano, 28 años, albañil. — Fecha de

admisión : mayo 4 de 1911. — Diagnóstico : Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Padres y hermanos vivos y sanos. Padre de carácter anómalo. Una prima y un primo son alienados.

Antecedentes individuales — Según él siempre ha gozado de buena salud. No hay antecedentes venéreos. Aunque lo niega, parece que bebía moderadamente. Tentó dos ocasiones suicidarse.

Antecedentes legales — El 2 de mayo de 1911, viviendo en un conventillo entra en la pieza de un matrimonio del cual era pensionista y encontrando al marido solo, le dice : « tu tienes que morir », y sin otro motivo le infiere una profunda puñalada en la región lumbar que interesa el riñón. Como a los gritos acudiera la esposa, la hiere de una puñalada en el abdomen y otra en el brazo, que lo atraviesa y se da a la fuga. La esposa murió en seguida. No se han podido establecer las causas que motivaron el hecho ; pues todos en la casa están contestes en que reinaba la más completa armonía entre aquéllos. La policía consigue detenerlo en la provincia y se confiesa autor del hecho.

Estado actual — El examen somático, es poco ilustrativo, constatándose tan solo algunos estigmas

físicos de carácter degenerativo. Sensibilidad general y fuerza muscular conservadas. Pupilas iguales y reaccionan normalmente. Reflejos un poco aumentados. Las demás funciones normales.

Examen psíquico : Palabra clara y bien articulada, respondiendo sin dificultad. Atención disminuída y percepción tardía. La memoria, aunque conservada, permite apreciar algunas vacilaciones en la evocación de ciertos recuerdos recientes. No hay ilusiones ni alucinaciones sensoriales. Se percibe decadencia mental. Sentimentalidad afectiva muy disminuída, no manifestando el menor arrepentimiento por el delito cometido. Ideas de persecución manifestadas con mucha reticencia. Después tiene crisis de excitación y agresividad alternadas con mutismo. Continúa así cuatro meses, empezando a partir de ahí a mejorarse, haciéndose trabajador y tranquilo.

HISTORIA VII

V. B., italiano, 22 años, jornalero. — Fecha de admisión : enero 18 de 1913. — Diagnóstico : Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Ignorados.

Antecedentes individuales — Ha gozado de buen estado de salud física. Hábitos étlicos manifiestos. Siempre ha sido un pobre de espíritu, con accesos delirantes depresivos desde hace un año.

Antecedentes legales — Un oficial de policía al practicar su recorrida, siente dos detonaciones y concurre al sitio de origen donde se encuentra con un individuo gravemente herido, que no pudo dar otra información que el nombre del heridor. Detenido por la policía V. B., declara espontáneamente que él es el autor del disparo, dando por razón que la víctima le había dado bromas, que motivaron de su parte un pedido de explicación, que aquella contestó a golpes y como era más fuerte le hizo dos disparos, acertándole uno en la región temporal, según el informe médico. Es condenado a 17 años de presidio.

Estado actual — Al examen somático se constatan pañellones auriculares mal formados y diferentemente implantados, paladar aplanado, asimetría facial y craneana. Sensibilidad general y especial conservada. Fuerza muscular muy disminuída. Temblor acentuado al nivel de los dedos y de la lengua. Marcha normal. Pupilas iguales, reaccionan bien. Reflejos normales, faringeos abolidos. Demás funciones bien. Se niega a alimentarse.

Examen psíquico : Lenguaje normal. Atención escasa y percepción tardía. Memoria disminuída en general, sobre todo la reciente. Alucinaciones fugaces, con delirio persecutorio pueril y sin fijeza. Insuficiencia y decadencia mental global y generalizada. Tendencia al negativismo con depresión marcada. Abulia y apatía, con sentimentalidad muy poco educada. Episodios delirantes y alucinatorios fugaces, sobre un fondo de decadencia mental que se acentúa progresivamente.

HISTORIA VIII

F. A., argentino, 23 años, peluquero. — Fecha de admisión : abril 18 de 1913. — Diagnóstico : Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hreeditarios — Padre alcoholista crónico y varios tuberculosos en la familia.

Antecedentes hereditarios — Padre alcoholista delicado de salud. Se ha masturbado con frecuencia y ha hecho regular uso de bebidas alcohólicas ,muy fumador. Desde hace unos ocho meses tiene insomnio con alucinaciones terroríficas e ideas de persecución.

Antecedentes legales — Ha tenido siempre hábitos de vida irregular y aventurera, sin ocupación fija. Hurta dinero de los cajones de negocio, aprovechando cualquier oportunidad para hacerlo con éxito. Así una vez mientras había una discusión en un despacho de bebidas, fué al cajón y sacó 20 pesos. Al ser detenido por el almacenero arroja el dinero en el mostrador, negando después el hecho en la comisaría. Esto fué en 1903; en 1908 lo encuentran en un domicilio con un paquete de ropas hurtadas, lanzándose a la fuga. Es un ladrón conocido.

Estado actual — Abundantes estigmas físicos de carácter degenerativo. Sensibilidad y fuerza muscular bien conservada. Temblores a nivel de la lengua y de los dedos. Marcha normal. Anisocorea con reacción normal. Reflejo faríngeo muy disminuído, no así los demás. Demás funciones bien.

Examen psíquico: Lenguaje claro y bien articulado. Percepción tardía, con atención reconcentrada en sus ideas delirantes. Alternativas de excitación y depresión de origen alucinatorio con reacciones de violencia o de melancolía. Decadencia mental generalizada. Sentimentalidad muy aminorada. Delirios polimorfos a fondo persecutorio. Su estado no presenta grandes modificaciones.

HISTORIA IX

N. F., italiano, 28 años, mecánico. — Fecha de admisión : julio 8 de 1915. — Diagnóstico : Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios -- Padre alcoholista crónico.

Antecedentes individuales -- No hay antecedentes étlicos ni venéreos. Carácter nervioso y depresivo, ingresando con marcada confusión mental, negativismo y depresión.

Antecedentes legales -- El 13 febrero de 1914 da muerte a su esposa y produce lesiones en su hijo y en su suegra. En circunstancias que su suegra en compañía de su esposa, estaba sentada en la vereda, teniendo la última un hijo de 14 meses en los brazos, se presentó de improviso N. F. y dirigiéndose a su esposa le preguntó por sus hijos, a lo que ésta respondió que allí los tenía, y acto seguido desnudó un revólver, visto lo cual su esposa se levantó y penetró corriendo al interior de la casa, momento en el que su esposo le hizo un disparo, que después de lesionar en la mano a su propio hijo, lesionó a ésta en el cuerpo de mucha gra-

vedad cayendo a tierra. En seguida hizo un segundo disparo contra su suegra pegándole en el cuerpo y sin abandonar el arma emprendió la fuga. Como lo persiguieran su cuñado y un agente, se detuvo diciéndoles que lo dejaran y apuntándoles intentó hacer dos disparos, que negaron fuego, aprovechando ambos para desarmarlo, después de vencer una gran resistencia. Hacía un año que estaba separado de su esposa, viviendo en concubinato con una cuñada. El mismo día del hecho estuvo en la comisaría con su esposa, pretendiendo la entrega de tres hijos menores que estaban con la madre que se negaba a entregarlos. La esposa falleció en seguida y la suegra quedó muy grave. El autor declara espontáneamente el hecho, sin oponer en su descargo razones de ninguna naturaleza. El médico de policía que lo reconoce, dice que está algo excitado, pero en plena posesión de sus facultades mentales.

Estado actual — Paladar, orejas y dentadura con abundantes estigmas degenerativos. Sensibilidad y fuerza muscular bien conservada. Temblores acentuados al nivel de la lengua y de los dedos. Pupilas normales, reflejos algo acentuados. Demás funciones bien.

Examen psíquico: Palabra clara y bien arti-

culada. Atención muy difícil de mantener. Memoria remota conservada, reciente con muchas vacilaciones. Tiene alucinaciones auditivas y visuales. Estados de negativismo y confusionales pasajeros. Manifiesta decadencia mental e ideas persecutorias sin mayor fijeza. Emotividad muy reducida. Al poco tiempo de su ingreso se acentúan más sus síntomas, despejándose en el mes de septiembre y octubre. En noviembre 6 de 1915 es entregado a la policía de la capital para reingresar en marzo 9 de 1916, con un cuadro análogo al primero, más avanzado en la demencia.

HISTORIA X

V. C., argentino, 31 años, carrero. — Fecha de admisión: marzo 25 de 1916. — Diagnóstico: Demencia precoz paranoide. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Ignorados.

Antecedentes individuales — Ha sido siempre de constitución débil y pobre de espíritu. Es regular bebedor, dedicándose desde hace 14 años al mal vivir. Hace dos meses empezó a notarse triste y con ideas de persecución.

Antecedentes legales — Desde la edad de 15 años ha tenido entradas en la policía, siendo un ladrón conocido. Una vez sustrae un objeto de una mueblería y viéndose perseguido penetró en una carbonería, sacándose el saco para pasar como el dueño del negocio. Al ser detenido niega el hecho y dice que él iba persiguiendo al autor y como se le perdiera de vista penetró en ese negocio para ir al escusado. Después tiene otra entrada por agresión a mano armada. Al poco tiempo saca con otro compañero un cajón de mercancía de un carro cargado, lo pasan a otro y se dan a la fuga. Detenido, niega toda participación en el hurto. Otra vez hurta cuatro chapas de cinc, porque dice que las creyó sin dueño y también penetró en un almacén donde sacó una cajita con cambio, que luego arroja al suelo, viéndose perseguido.

Estado actual — El examen somático nos muestra pabellones auriculares mal formados, con implantación desigual. Paladar abovedado y dentadura irregularmente implantada. Sensibilidad conservada con percepción tardía. Fuerza muscular aminorada. Marcha normal. Temblores poco perceptibles de al lengua y de los dedos. Pupilas midriáticas, con reacciones normales. Reflejos cutáneos débiles,

faringeo abolido, tendinosos acentuados. Demás órganos normales.

Examen psíquico : Lenguaje normal ; pero contesta con retardo y desgano como si le costara entender lo que se le interroga. Atención espontánea y provocada muy disminuída. Memoria conservada en general ;pero con algunas claudicaciones. Niega existencia de alucinaciones. Ideas persecutorias vagas y pueriles. Cierta grado de confusión mental, depresión y atontamiento general. Apático y abúlico, no presenta modificaciones en su estado mental.

HISTORIA XI

J. L., español, 26 años, electricista. — Fecha de admisión : marzo 9 de 1905. — Diagnóstico : Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Un tío y un hermano alcoholistas.

Antecedentes individuales — Onanista, uso moderado, pero constante de aperitivos y otras bebidas alcohólicas.

Antecedentes legales — El 13 de febrero de 1903, porque su superior de la Intendencia de la

Armada, la despidiera del puesto que ocupaba en la repartición nombrada, éste lo agredió armado de un revólver, haciéndole tres disparos, que dieron en el blanco y produjeron lesiones de suma gravedad. El hecho fué premeditado por su autor, que esperó desde tres horas antes a su superior, en la puerta de la oficina. En la comisaría confesó el hecho, dando por causa que lo había despedido de su empleo.

Estado actual -- El examen somático permite constatar una microcefalia y mal conformación craneana. Existen unos cuantos estigmas degenerativos. Pupilas iguales, reaccionan perezosamente. La sensibilidad general exagerada; hiperestesia. Fuerza muscular muy disminuída. Temblores poco pronunciados. Marcha normal. Reflejos tendinosos y cutáneos pronunciados.

Examen psíquico: Lenguaje bien articulado. Percepción tardía que repercute sobre la atención disminuyéndola. Pequeña confusión mental, con lagunas en la memoria. Alucinaciones auditivas de carácter amenazador e insultante. Ideas de persecución con tendencia a la sistematización. Incoherencia, agitación e insomnio. Más tarde tiene alucinaciones terroríficas con delirio melancólico. Fallece

en marzo de 1907 a consecuencia de tuberculosis pulmonar.

HISTORIA XII

A. B., español, 22 años, cocinero. — Fecha de admisión : noviembre 2 de 1905. — Diagnóstico : Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Ignorados.

Antecedentes individuales — Uso moderado, pero continuado de bebidas alcohólicas. Desde hace varios meses que padece de agitación, insomnio, alucinaciones e ideas de persecución.

Antecedentes legales — El 30 de enero de 1903, recorriendo su sección un agente de policía, encontró un cadáver que presentaba una puñalada en el lado derecho del abdomen y que identificado por su esposa, ésta manifestó que había sido muerto por A. B., con una cuchilla que había afilado en la casa de aquél. Buscado el criminal, no se pudo dar con su paradero, hasta que al otro día a la mañana se presentó espontáneamente a la comisaría, el criminal declarándose autor del hecho. Como presentara contusiones en la cabeza, dijo que

habían sido producidas por golpes de bastón, que la víctima le había inferido, obligándole a obrar en legítima defensa. Según la esposa del muerto, el hecho sucedió porque el matador había efectuado un blanqueo por el cual querían pagarle 4 pesos, motivando ésto desavenencias que hicieron que éste amenazara de muerte a la víctima.

Estado actual — El examen somático revela buena constitución muscular y ósea. Paladar y orejas mal formadas. Pupilas reaccionan perezosamente a la luz y bien a la acomodación. Fuerza muscular y sensibilidad bien conservada; localiza bien las impresiones y reconoce su naturaleza. Reflejos cutáneos exagerados, tendinosos muy disminuídos. Marcha y demás funciones normales.

Examen psíquico: Palabra clara y bien articulada. Atención algo disminuída. Responde lentamente por percepción tardía. Memoria perturbada, sobre todo la reciente. Coherencias. Alucinaciones auditivas amenazadoras. Ideas de persecución no muy fijas. Decadencia mental, con gran pobreza de síntesis. Confuso y algo desorientado. En abril de 1906 mejora rápidamente y rectifica su delirio; en mayo se porta perfectamente bien, y posee una síntesis mental en relación con su cultura, pudiendo considerarse curado.

HISTORIA XIII

L. C., argentino, 17 años, carpintero. — Fecha de admisión: marzo 3 de 1909. — Diagnóstico: Demencia precoz hebefrénica. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Padre alcoholista crónico.

Antecedentes individuales — El año anterior ya había estado en este mismo establecimiento. Hace una vida irregular, abandonándose al onanismo y al abuso de las bebidas alcohólicas. Alternativas de excitación y depresión con alucinaciones auditivas, visuales e ideas de persecución. Agresividad e inadaptabilidad al medio familiar y social.

Antecedentes legales — Desde la edad de 15 años presenta inaptitud para el trabajo, inestabilidad y anomalías de conducta, que provocan repetidas veces la intervención de la policía. Dice la madre que es enfermo y de vez en cuando se fuga de su casa tomando cualquier tren, sin preocuparse del destino, ni de sacar boletos. Tiene numerosas detenciones por hurto, que iban acompañado de vagabundaje, así su primera detención se hace a los 14 años de edad, por sacar un par de botines de

una casa de comercio, estando ausente de su casa desde dos días atrás. Es internado en el Hospicio de las Mercedes en 1908 y se fuga a los diez días. Es infractor a la ley de enrolamiento. Una vez es detenido por portación de armas, otra por encontrarlo en un camarote sacando varios objetos, otra por hurtar de un negocio cuatro cintas de cuero y unas medias, y nuevamente por sacar del maniquí de una tienda una piel de señora, negando después los hechos. Una vez aprovechando que un vigilante entraba en una casa, le roba el caballo, sube en él y recién lo detienen en Morón. En la comisaría se declara autor del hecho, siendo imposible negarlo; y dice que el único fin que tenía era pasear exclusivamente.

Estado actual — Al examen somático se encuentran orejas mal formadas, paladar ojival y estrecho, dentadura mal implantada. Fuerza muscular, sensibilidad general y especial conservada. Temblores en los dedos y en la lengua. Pupilas y marcha normales. Reflejos normales. Funciones vegetativas bien. Tatuajes de carácter obsceno en los antebrazos.

Examen psíquico :Lenguaje bien articulado. Atención fatigable y percepción tardía. Memoria conservada, con algunas claudicaciones. Coherencia.

No hay ilusiones ni alucinaciones. Decadencia mental generalizada. Afectividad muy disminuída, apatía e indiferencia. Es agresivo e inadaptable.

Al poco tiempo, al ir a la ropería, fuga del establecimiento, siendo reintegrado nuevamente. Después presenta grandes mejorías, observando una conducta correcta y buena voluntad para el trabajo, por lo cual es dado de alta en julio de 1912.

HISTORIA XIV

P. M., italiano, 34 años, vendedor ambulante. — Fecha de admisión : septiembre 29 de 1910. — Diagnóstico : Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Tiene una hermana alienada.

Antecedentes individuales — Ha sido siempre un pobre de espíritu y ya ha estado internado dos veces con anterioridad a la actual. Regular bebedor.

Antecedentes legales — Vivía en una misma pieza con un hermano, con el cual mantenía buena amistad. Un día estando éste haciendo la comida para ambos, sintió una detonación, sale al patio y encuentra a P. M. armado de un revólver y apun-tándole, por lo cual echa a correr, pero su hermano

lo persigue y le hace dos nuevos disparos, acertando el último en el hombro.

Estado actual — Al examen somático se aprecian numerosos estigmas degenerativos. Sensibilidad y fuerza muscular conservada, aunque algo retardada la primera. No hay temblores. Marcha normal. Pupilas y reflejos normales. Las demás funciones bien.

Examen psíquico : Lenguaje bien articulado. La memoria reciente, así como la atención muy disminuída. La percepción de las ideas es tardía. No recuerda claramente la agresión que motivó el proceso. Ha tenido alucinaciones visuales y de la sensibilidad general. Decadencia mental manifiesta y estado confusional. Sentimentalidad muy disminuída con indiferencia y apatía.

HISTORIA XV

E. A. I., español, 25 años, empleado. — Fecha de admisión : enero 20 de 1914. — Diagnóstico : Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes individuales — No tiene antecedentes venéreos. Regular bebedor. Carácter sombrío

y retraído. Hace como un mes, ha tenido interpretaciones erróneas y delirantes, alucinaciones sensoriales y delirios persecutorios.

Antecedentes legales — Siendo dependiente de una tienda en enero de 1913, fué despedido de la casa, permitiéndosele que la noche antes de partir durmiera arriba del mostrador con otro empleado. Durante la noche empezó un incendio en los estantes próximos al lugar que éste ocupaba, destruyendo el fuego gran parte de las mercaderías y de las instalaciones. Como cayeran sospechas sobre él, fué detenido, declarando que él era el autor y que lo hizo porque estaba aburrido y quería dejarse morir entre las llamas.

Estado actual — Superficie craneana irregular y asimétrica. Numerosos estigmas degenerativos. Organos genitales normales. Reflejos cutáneos disminuídos, tendinosos exagerados. Sensibilidad y fuerza muscular disminuída. Pupilas normales. Demás funciones idem.

Examen psíquico : Actitud pasiva, indiferente y apática. Estados de depresión, alternados con excitación. Atención muy disminuída y voluntad suprimida. Alucinaciones auditivas y obnubilación intelectual. Memoria reciente y lejana muy reducida. Sentimentalidad apagada por completo. Decadencia

mental global. Después de tres días de excitación ininterrumpida y rebelde a todos los tratamientos muere en el marasmo (febrero 20 de 1914).

HISTORIA XVI

F. G., español, 20 años, empleado. — Fecha de admisión: mayo 5 de 1914. — Diagnóstico: Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Ignorados.

Antecedentes individuales — Ignorados.

Antecedentes legales — El 14 de marzo 1914, siendo portero del Hotel de Inmigrantes, en el momento en que un peón de la farmacia de este establecimiento salía al patio, se presentó F. G. en un estado de aparente normalidad y desnudando una pistola le descerrajó tres tiros que dieron en el blanco, dándose luego a la fuga. Es detenido por un practicante, quien le saca el revólver del bolsillo. Es entregado a la policía y declara que la víctima lo desacreditaba con injurias ante el personal, cosa que todos ignoraban. La víctima declara no haber tenido cuestión ninguna con su victimario, que hacía diez minutos se había retirado diciendo que se

iba a dormir, y de improviso se presentó haciéndole los tres disparos. El acusado en su indagatoria confiesa el hecho y declara que en varias oportunidades la víctima había dicho que él era un marica, motivando éstas sospechas de los demás empleados. Que le hizo varias recriminaciones; pero que no dejaba de molestarlo, por lo cual procedió en esa forma, diciéndole que lo hacía así para que no hablara más de su persona. El peón fallece a los pocos días.

Estado actual — El examen somático revela una franca asimetría cráneo-facial. Conformación general del cuerpo normal, sin estigmas dignos de anotarse. Hipoalgesia generalizada y sensibilidad disminuída. Musculatura bien desarrollada. Reflejos muy exagerados. Marcha normal. Temblor de la lengua y oscilaciones de los dedos bien acentuadas. Pupilas normales, perezosas a la acomodación.

Examen psíquico: Lenguaje bien conservado. Percepción insuficiente y lenta. Atención disminuída y desviable. Asociaciones espontáneas dominando la conciencia, asociaciones voluntarias muy pobres. Desorientación en el tiempo y en el espacio. Memoria globalmente disminuída. Ideas de persecución inestables. Afectividad nula. Apatía e indiferencia.

HISTORIA XVII

A. B. P., argentino, 33 años, agente de policía. — Fecha de admisión: abril 20 de 1916. — Diagnóstico: Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Sin interés.

Antecedentes individuales — Hábitos etílicos manifiestos. Desde hace dos meses se le nota deprimido, con confusión y alucinaciones.

Antecedentes legales — El 11 de octubre 1909, al ir de brazo con un compañero de servicio, desnuda un revólver y le hace un disparo; como el otro sacara el machete para defenderse, hace un nuevo disparo que acierta en el corazón, dándole muerte inmediata. En seguida huye, fingiendo que buscaba el origen de las detonaciones, logrando así evitar la persecución de los demás agentes. Consigue alejarse y va a su casa donde se mete en la cama. Como lo habían visto pasar de brazo con el agente muerto, lo buscan y lo llevan a la comisaría, donde niega el hecho; pero ante la insistencia del interrogatorio, se confiesa autor del homicidio que se le imputaba, manifestando que lo hizo en defensa de su persona al verse atacado. Dice que se

había estado divirtiéndose juntos con otros compañeros y que al salir a la calle el otro lo atacó con su machete, sin previo cambio de palabras, por lo cual se retiró haciendo un disparo al aire y como el otro continuara en su ataque con más violencia, le hizo un nuevo disparo que ocasionó su muerte. La cámara considera falsas sus declaraciones y como niega la existencia de legítima defensa, lo condena a 12 años de presidio.

Estado actual — Individuo bien desarrollado y en buen estado de nutrición; pero con abundantes estigmas degenerativos. Organos genitales normales. Sensibilidad y fuerza muscular algo disminuída. Temblores en los dedos a grandes oscilaciones y fibrilares en la lengua. Pupilas normales. Reflejos cutáneos abolidos, tendinosos acentuados. Demás funciones bien. No duerme y come poco.

Examen psíquico : Lenguaje normal. Responde con desgano y con gran esfuerzo de la atención, que está muy disminuída. Memoria con numerosas vacilaciones. Ha tenido alucinaciones visuales y auditivas. Ideas vagas de persecución. Incoherencia. Confusión y obtusión mental. Tendencia al negativismo. Emotividad muy reducida.

HISTORIA XVIII

T. S., argentino, 14 años, vendedor de diarios. — Fecha de admisión : enero 25 de 1913. — Diagnóstico : Demencia precoz hebefrénica. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Padre alcoholista crónico.

Antecedentes individuales — Ha gozado de buena salud física, no hay antecedentes étlicos ni venéreos.

Antecedentes legales — De hábitos callejeros y afecto al vagabundaje, no ha concurrido a la escuela, siendo analfabeto. Está prontuariado en la policía, bajo la clasificación de «descuidista», interviniendo en los hurtos como actor o como cómplice. Encontrándose detenido por complicidad en un hurto de un saco con un reloj y cadena, experimenta un ataque maniaco a las 48 horas de estar en la comisaría.

Estado actual — A la inspección somática encontramos un tipo de degenerado inferior con asimetría craneo-facial y numerosos estigmas físicos. Sensibilidad general y especial conservada, aunque su estado mental hace difícil su determinación, así como

la de la fuerza muscular. Temblores fibrilares de la lengua. Marcha normal. Pupilas de reacción perezosa. Reflejos normales, lo mismo las demás funciones de la vida vegetativa.

Examen psíquico : Ingresa agitado en extremo, logorreico e incoherente. Palabra clara y bien articulada. Atención considerablemente disminuída. Percepción nula, siendo imposible completar el examen psíquico. Incoherencia de actos y lenguajes.

HISTORIA XIX

A. R., argentino, 19 años, encuadernador. — Fecha de admisión : enero 29 de 1916. — Diagnóstico : Demencia precoz hebefrénica. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Pertenece a una familia de neurópatas, habiendo varios casos de alienación.

Antecedentes individuales — Con inclinaciones étlicas, ha presentado siempre un carácter terco e indócil. A los 18 años al saber que era hijo natural, tuvo accesos de depresión angustiosa con ideas de suicidio que trató de realizar tres veces.

Antecedentes legales — Fué sorprendido hur-

tando libros en una biblioteca pública. Detenido por un vigilante, se le encontró el libro que faltaba y se confesó autor de varios hurtos de libros acaecidos en la misma biblioteca y que después enagenaba en casas de compra y venta, pues se hallaba sin recursos. Yendo con la policía a registrar su domicilio, trató de suicidarse ingiriendo un tóxico y mediante un cuchillo que le sacaron de la mano.

Estado actual — A la inspección somática se encuentran numerosos estigmas degenerativos y asimetría facial. Sensibilidad general y especial conservada, con ligera hiperestesia. Fuerza muscular disminuída. Marcha normal. Temblores en la lengua y en los dedos. Pupilas y reflejos normales. Demás funciones bien.

Examen psíquico: Lenguaje bien articulado. Responde con volubilidad, pues la atención voluntaria está muy disminuída y fácilmente fatigable. Memoria conservada con algunas vacilaciones. Decadencia mental y desequilibrio. Disminución de los sentimientos afectivos con anomalías de conducta. No hay alucinaciones, pero sí ideas hipocondríacas y actitudes extravagantes. A los dos meses se encuentra muy mejorado, adaptándose al medio y observando buena conducta.

HISTORIA XX

L. M., italiano, 26 años, jornalero. — Fecha de admisión: julio 29 de 1909. — Diagnóstico: Demencia precoz simple. — Servicio del doctor Fernández.

Antecedentes hereditarios — Ignorados.

Antecedentes individuales — Ha abusado de bebidas alcohólicas, su estado mental no permite la investigación de los antecedentes.

Antecedentes legales — Rompiendo una ventana logró penetrar en un domicilio que no le pertenecía, hurtando varios objetos de escaso valor, que luego ofrecía en venta. Detenido por la policía, niega el hecho, diciendo que esos objetos se los había dado un conocido para que los vendiera. La detención se convierte en prisión preventiva, solicitando el fiscal la pena de tres años. La defensa después de un minucioso estudio del proceso y del delincuente, llega a la conclusión que es un irresponsable de sus actos, opinión que es confirmada por el informe médico-legal. En este estado del proceso el procesado delinque nuevamente en la cárcel, hiriendo de una puñalada a otro detenido. El sumario instruido con este motivo demuestra que

el autor procedió con toda alevosía, pues mientras su compañero conversaba con otros detenidos, éste se acercó y le hirió por la espalda. A raíz de esto el fiscal dictamina que debe ser internado en el Hospicio de las Mercedes.

Estado actual — El examen somático nos revela numerosos estigmas de carácter degenerativo. Fuerza muscular y sensibilidad general y especial conservadas. Temblores pronunciados de la lengua y de los dedos. Marcha normal, lo mismo las pupilas. Reflejos cutáneos bien, los tendinosos exagerados. Funciones respiratorias, circulatorias y digestivas normales.

Examen psíquico : Palabra clara, atención disminuída, percepción tardía y memoria con muchas vacilaciones y lagunas. Algunas incoherencias, sin alucinaciones. Decadencia mental global y generalizada. Sentimentalidad afectiva muy disminuída. No se notan modificaciones en su estado mental.

Estos antecedentes legales, en que consta el hecho con sus detalles, y el extracto resumido de la historia clínica que los acompaña, aporta al estudio de nuestro tema un elemento de gran valor, porque brinda a la observación en una misma pá-

gina, lo que la psiquiatría presenta en un mismo enfermo y que muchas veces, socialmente, son los dos grandes síntomas de la enfermedad: el delito y la evolución clínica del mal.

Por estas historias vemos que algunas veces, el crimen va seguido de síntomas demenciales que facilitan el diagnóstico y conducen directamente al procesado a ocupar el puesto hospitalario que le corresponde como enfermo.

Pero otras veces hay aparentemente una solución de continuidad entre el delito y la enfermedad, y recién después de una internación variable en algún establecimiento carcelario, se presentan fenómenos que ponen en evidencia el eslabón que unía estas dos manifestaciones distintas, dependientes de un mismo proceso.

Sólo el examen detenido del hecho y del autor, disminuirán el número de estos casos, porque no siempre se presenta la enfermedad, sino que muchas son las veces que hay que buscarla e investigarla, para darse cuenta de su presencia, y comprender que el crimen no hizo más que reflejar un mal latente.

Como algunos astros que reflejan la luz de otros que ocultan, estos hechos que llevan consigo la

sombra funesta del delito, no hacen más que reflejar o proyectar en la sociedad la obscuridad mental de un cerebro que anochece en la demencia.

El estudio del hecho criminal, como ya lo hemos dicho, aunque no conduzca por sí solo a un diagnóstico, puede ser el elemento de juicio inicial que presente el interrogante, de si se trata o no de la obra de un alienado y promueva el examen clínico del autor, que es el medio más eficaz de llegar a una conclusión verdadera.

Vamos a empezar por analizar el homicidio, que ocupa el primer puesto en orden de frecuencia, y que es por su índole, el más grave de los delitos. Examinando el hecho como idea y como acto, vemos que bajo el primer punto de vista, es decir, como idea, empieza por no haber un motivo lógico que los determine y los explique, sino que en su mayoría confirman lo que dice Schaw, que el motivo patológico constituye un nuevo elemento en el proceso psíquico de los alienados criminales. Así recurriendo a la historia I insertada, vemos que el homicidio se comete sin mediar razón de ninguna especie, recayendo en la persona de un presidiario, el cual ni siquiera conocía a su victimario. Otro tanto sucede en la II historia, que la víctima es un pobre idiota inofensivo, que se dedicaba a pe-

dir limosna y con quien no había mediado ningún incidente. En la III historia a raíz de una discusión en que parece que el matador sostenía la causa más innoble y que según él su concubina intentó agredirlo, la tomó por el cuello tan fuertemente que la estranguló. En la IV historia porque un agente lo lleva a la comisaría, creyéndolo autor de una detonación, promete vengarse y al otro día lo asesina por la espalda cobardemente. Más absurdo y patológico aún es el caso de la historia V, en que el autor hace un largo viaje desde Punta Arenas con el solo objeto de matar a su padre porque lo había castrado, confesando por otra parte, que había tenido relaciones sexuales con mujeres y presentando sus órganos genitales normales. En la historia VI se comete un homicidio y lesiones graves, sin que mediara ninguna causa, pues reinaba la más completa armonía entre sus protagonistas. En la historia VII, aunque no se puede ser muy categórico en la apreciación porque no hubo testigos, es indiscutible que *hay* una reacción desproporcionada de parte del autor del hecho. Un caso elocuente es el consignado en la historia IX, en el que el deseo de poseer a sus hijos debía revelarse a ir contra ellos y en que las otras causas no justificaban de ninguna manera esa conducta de crueldad

para su esposa y para su suegra. En la historia XI vemos como la separación de un puesto, determina en una susceptibilidad patológica una reacción criminal. Igual cosa sucede en la historia XII, que el homicidio se produce a consecuencia de un desacuerdo en el precio de un blanqueo. La historia XVI también registra un caso en que un motivo completamente patológico determina el delito. La historia XVII también es elocuente en este sentido. En la historia XX el homicidio presenta semejanzas con la historia I; pues también recae sobre un compañero de prisión y sin causas que lo expliquen.

Hemos analizado los motivos que determinaron los homicidios de nuestras historias, y sin excepción encontramos en todos ellos, que aunque la acción se haya ejecutado dentro de las modalidades comunes, la idea que engendró la acción, la causa que motivó el hecho, lleva en sí la huella de lo demencial, la trama desproporcionada, pueril a veces e inexplicable otras, de lo ilógico. Hay en el motivo que determina el crimen del demente precoz una ausencia de interés, que lo diferencia de aquellos que cometen los profesionales del delito. Así en los casos que citamos, no se encuentra como causa determinante de la acción, el afán de beneficiarse con ella.

Otra característica de estos enfermos que como las anteriores no se encuentran con exclusividad en esta psicosis, es la facilidad con que confiesan su delito, siendo raro que produzcan investigaciones policiales laboriosas. Así sucede en todos nuestros casos, excepto en la historia XVII, en que trata evadir y niega el hecho al principio ; pero como caso típico de la confesión casi espontánea, que es lo general, tenemos el de la historia III.

Llama la atención en estos enfermos la ausencia de arrepentimiento, que no existió en ninguno de nuestros enfermos, y la crueldad que despliegan al cometer el hecho, y que se intensifica al no existir provocación por parte de la víctima, pudiendo servir como ejemplos las historias I y II, cuyos detalles se pueden consultar ; la III en que con las manos le comprime el cuello con tanta fuerza y tenacidad, que llega a la estrangulación ; la IV en que se procede con toda alevosía y cobardía ; la V en que después de un disparo de revólver ultima a la víctima a puñaladas ; la IX en que después de herir gravemente a tres personas, hace dos disparos contra sus perseguidores y así en las demás historias en que se consigna los detalles de la acción.

Por lo general sus delitos son impulsivos, sin

premeditación, aunque ella exista en algunos casos como en las historias V y XI, que presentan en cambio su sello demencial en la razón que los motiva.

Estos impulsos criminales pueden triunfar fácilmente sobre las fuerzas inhibitoras de estos enfermos, porque esta enfermedad va disecando e hiriendo las distintas funciones psíquicas, destruyendo los afectos, aminorando la voluntad, reduciendo la inteligencia.

Además, quizás se pueda aplicar aquí, en algunos casos, la interpretación que hace Marro, de la condición cerebral del homicidio; para este autor se trata de una hiperestesia psíquica, que puede ser morbosa o fisiológica, que a medida que los hace muy susceptibles y sensibles, en lo que se refiere a su personalidad, reduce y estrecha el límite de su tolerancia para quienes le ofenden, haciendo que estallen en reacciones homicidas violentas.

Este mismo autor clasifica de «crímenes automáticos», delitos que se cometen consciente o inconscientemente, en que la imagen motriz mecánica del ataque, se desenvuelve en la intimidad del sujeto, sin relación con el mundo exterior. Esta manera de ver puede explicarnos muchos delitos incomprensibles, de un carácter verdaderamente de-

mencial, como los que se registran en nuestras historias I, II y otras.

Así la cleptomanía sería un automatismo del mecanismo adquisitivo y en la piromanía, se trataría del gusto apasionado de la belleza ondulante de la llama, según la expresión de Quiros.

En nuestra historia XV, se narra el caso de un individuo, que durmiendo sobre un mostrador prende fuego a la tienda, a la que había pertenecido como empleado, porque se encontraba aburrido y quería dejarse morir abrasado entre las llamas. Puso en peligro la vida de otro empleado y aunque los bomberos pudieron dominar el fuego, se produjeron pérdidas de importancia.

El hurto que caracteriza a la forma hebefrénica, pero que también puede encontrarse en las otras formas y unido con el homicidio, como en algunas de nuestras historias, tiene particularidades dignas de notarse.

Por lo general se trata de individuos vagabundos, de hábitos callejeros, que no han concurrido a la escuela e incapaces de sujetarse a la regularidad de una vida de trabajo.

Insubordinados al régimen del hogar efectúan frecuentes fugas, con caracteres típicos que le son propios a esta enfermedad.

El hurto presenta sus puntos de contacto con el homicidio en alguna de sus modalidades. Por lo general, se trata de hurtos insignificantes, de pequeñas cantidades y con una simpleza de proceder, en que está abolida toda manifestación de ingenio, no registrándose ningún caso en que la policía tenga que detenerse en una investigación prolija. Por lo común, son « rateros » vulgares, que actúan como cómplices o como autores directos, que hacen de esta conducta una profesión, que practican más que por el afán de lucrar, por las exigencias del hábito.

Las historias que citamos VIII, X, XIII, XVIII, XIX, y a las que remitimos al lector, para sus detalles, nos demuestran la poca importancia de sus hurtos, el carácter callejero y vagabundo de sus autores, la reincidencia en la acción, la edad temprana de los que practican este delito y la relativa ausencia del deseo de beneficiarse con él, siendo un ejemplo oportuno la historia XIII, en que se hurta el caballo de un vigilante, por el solo hecho de pasear en él.

Un delito de la demencia precoz que tiene mucha importancia, sobre todo en las esferas militares, son las fugas y las deserciones.

Estas fugas son características porque llevan su

modalidad demencial, como el homicidio y por repetirse frecuentemente y con caracteres idénticos, constituyendo la estereotipía de Deny y Roy. Estas fugas tienen además la importancia considerable de presentarse muy precozmente, cuando el proceso recién se bosqueja y ser fácilmente reconocible por las particularidades mencionadas, de tal manera que a veces constituyen un signo precoz de la afección.

Estas fugas, según Ducoste, pueden pertenecer al período prodrómico y al de estado o terminal. Al primer período corresponden: las fugas de inestabilidad, que consisten en que el sujeto no puede quedarse quieto y anda alrededor de su morada, entrando o saliendo de ella sin motivo, pero no puede permanecer en ella. También pertenecen a este período, las fugas de impulsión, que consisten en un raptus impulsivo, que después de pasado, el enfermo vuelve a su hogar. Un caso de éstos nos suministra la historia XIII, en que la madre del enfermo, dice que éste se fuga de vez en cuando de su casa, tomando cualquier tren, sin sacar boletos, ni preocuparse del destino que lleva. A los períodos de estado o terminal les pertenece las fugas de déficit intelectual o de demencia profunda, en que se trata de procesos avanzados, con inconsciencia marcada de los actos.

Las « lesiones » que se registran en la demencia precoz presentan los mismos caracteres que el homicidio.

Como éste es el delito que ocupa el primer lugar por orden de importancia y de frecuencia, volveremos sobre él para hacer notar una vez más los detalles que le acompañan y lo diferencian del homicidio vulgar.

En primer lugar su carácter demencial, por el motivo patológico que lo determina, por la confesión del delito, por la ausencia de habilidad en su preparación y de interés lucrativo en su realización, que lo separa del crimen del profesional, formado en la escuela de la delincuencia que forja hábilmente su plan y lo madura asesorado por la experiencia del vicio, aparte que siempre hay un interés que lo explica. Además hay en la impasibilidad del alienado después del hecho, pasada la crisis pasajera, y en la crueldad de la acción, nuevos elementos de juicio que contribuyen a aclarar las dudas. Sin embargo, a pesar que en todos los casos que presentamos, la demencia haya grabado su huella profunda en la realización del hecho, que saca su fisonomía de la afección, viniendo a constituir así un síntoma; hay que aceptar que no siempre

sucedará igual y el estudio del enfermo zanjará eficientemente las dificultades.

De manera que resumiendo lo expresado en este capítulo y lo que fluye de nuestras observaciones, podremos decir : que la demencia precoz ocupa un puesto importante, por sus relaciones con el delito, siendo el homicidio el más frecuente entre ellos y que se distingue por presentar algunas particularidades, tanto en sus motivos, como en su ejecución.

La forma clínica más importante, bajo el punto de vista médico-legal, es la paranoide, siguiéndole la forma simple y luego la hebefrénica, cuyo delito más frecuente es el hurto. La catatónica es la menos importante bajo este concepto.

CAPITULO IV

Reclusión de estos alienados. — El Congreso Internacional de Antropología Criminal de Ginebra. — Pabellón Lucio Melendez, sus ventajas y sus resultados. — Conclusiones.

En otra parte nos hemos ocupado de la responsabilidad de los alienados, de manera que no volveremos aquí sobre ella.

Bástenos recordar, que a pesar de aceptarse la irresponsabilidad absoluta del alienado, la sociedad debe pensar en su defensa, y de ahí el problema de su reclusión, que ha de hacerse en condiciones especiales, ya que no corresponde la encarcelación a quien por la ley, está eximido de responsabilidad.

El principio de la irresponsabilidad absoluta, ha sido fecundo en buenos resultados ; pues mientras que la responsabilidad atenuada, produciría una condena mínima seguida de completa libertad, éste conduce al sujeto a un establecimiento sanitario, que

no recibe un penado a plazo fijo, sino un enfermo que permanecerá en él mientras dure su enfermedad.

Este concepto permite cuidar la temibilidad del enfermo, que es lo que interesa a la sociedad y no la magnitud del delito, a que se ajustaba la ley.

La interpretación de considerar la temibilidad como guía de la defensa social, tiene un origen exclusivamente médico, siendo al principio resistido por los juristas, que hoy también participan de esta manera de ver. Así el doctor Tomás de Veyga, en un Proyecto de Reformas al Código de Procedimientos, que remitió al P. E. en 1900, decía: Los alienados delincuentes, absueltos como tales, los que se encuentran reintegrados totalmente en sus facultades mentales, permanecerán sujetos a la vigilancia de la autoridad durante tres años. Este término será prolongado si a juicio de facultativos y previo reconocimiento ordenado por el juez que interviene en la causa, no hubiera desaparecido la temibilidad del sujeto.

El autor reconoce, que como el alienado recobra su libertad, los jueces no conservan jurisdicción sobre ellos, aunque sea todavía peligroso, mientras que con su proyecto el enfermo permanecería bajo la jurisdicción del juez de crimen hasta tanto no desapareciera su temibilidad.

Lo difícil sería la justa apreciación de esta temibilidad, para lo cual según el doctor Helvio Fernández, el principal criterio para juzgarla sería la preexistencia de aptitudes peligrosas en el sujeto, porque la biología establece en una de sus leyes, que la enfermedad no crea elementos nuevos, sino que despierta disposiciones inherentes a la naturaleza del sujeto, modificando el dinamismo de los fenómenos.

La sociedad tiene derecho a defenderse contra esta clase de enfermos, cuya libertad es peligrosa ; pero no puede castigar un delito que no tiene relación, podemos decir, con la personalidad del individuo que lo comete, porque depende de un nuevo yo patológico, construído por la enfermedad. De manera que el alienado que delinque, lo hace víctima del automatismo de un impulso, nacido al influjo de sus delirios o alucinaciones tan propios de la psicosis, que la sociedad no puede reprimirlos sin antes sentirse solicitada por un generoso impulso de piedad

No suprimiendo el delito la enfermedad, sino que es una de sus manifestaciones, no puede este delito hacernos olvidar el enfermo, para presentarnos el delincuente ; la psiquiatría tiene que opo-

nerse a esta falsa prestigación y hacer triunfar el concepto que se trata siempre de un enfermo.

Por eso el alienado que comete un delito requiere tanto una cama en el hospicio, como aquel que no lo ha cometido, ya que tan enfermo es uno como otro.

El sitio de estos alienados no debe ser nunca la cárcel; ella encierra la injusticia de ser inhumana y la ineficacia de ser inútil para la sociedad y para el sujeto.

Para la sociedad es inútil, porque cumplida la condena, recobrará su libertad como antes, ofreciendo nuevamente los peligros de su agresión; para el enfermo, porque en vez de tratar su enfermedad, lo condena a la acción perniciosa que sobre ella tiene la vida carcelaria; y es injusta porque no corresponde la pena, a quien carece de responsabilidad.

Sobre la temibilidad del alienado deberá ajustarse la conducta que con él se siga, porque la sociedad cuando lo recluye, no lo hace con el fin de que expie una falta, sino con el de resguardarse de su posible repetición.

Así un enfermo que comete un delito, durante un estado de confusión mental pasajero, del cual cura definitivamente, según este criterio debe po-

nérsele en libertad, porque el acto fué ejecutado en un momento anormal y la sociedad no tiene contra quien defenderse, ya que el enfermo de antes no ofrece ningún peligro, al reintegrarse a la vida social, como un individuo sano y apto para la vida en común.

Distinta conducta debe seguirse con un alienado que comete un delito por pequeño que sea, y después del cual, en vez de recobrar la salud o evolucionar su psicosis hacia la pasividad, toma una forma agresiva y peligrosa. En este caso también está prescrita la pena, porque no hay responsabilidad; pero la sociedad conserva su derecho de defensa sobre un elemento cuya temibilidad subsiste, siendo necesario apartarlo de la vida social mientras perdure su inadaptabilidad.

Según este criterio justo y acertado, tal debe suceder, aunque en el primer caso el delito sea inmenso y en el segundo sea insignificante, no es la magnitud del hecho quien traza rumbos, sino la evolución de la alienación, que convierte al enfermo en más o menos temible.

Como no se trata de castigar un delito, sino evitar que se repita, cuidando la enfermedad que lo engendró, el medio más humano y más eficaz de conseguirlo, que concuerda con los sentimientos de

justicia y los mandatos de la ciencia, es la reclusión de estos enfermos en secciones especiales de los asilos comunes de alienados. Así lo comprendió el doctor Cabred, sosteniendo brillantemente esta tesis en el Congreso Internacional de Antropología Criminal de Ginebra, reunido en 1896, al cual concurrió como representante oficial de la República Argentina, consiguiendo que a propuesta suya, dicho Congreso emitiera el voto que: « Los alienados llamados delincuentes fuesen asistidos en los asilos comunes de alienados y no en secciones especiales de las cárceles ».

Para el doctor Cabred, la acción criminal de estos alienados, no variaba en nada su calidad de tales y el que hubieran originado un proceso jurídico, por la modalidad de su alienación, no alteraban la evolución clínica de la enfermedad, que quedaba en estos casos tan sensible como en los otros a beneficiarse y mejorarse con un tratamiento.

Antes, estos alienados iban a aumentar el número de los presidiarios, cosa que todavía sucede en algunos países donde se les reserva secciones especiales en las penitenciarías, en que por lo general impera un régimen más carcelario, que hospitalario, justificando la expresión de Ingegnieros, que se trata de presidiarios disfrazados de enfermos.

Esto tiene además, como inconveniente, la acción funesta de este medio sobre la psicosis, que actúa como piedra de toque en los cerebros predispuestos, despertando manifestaciones que permanecían latentes o agravando las lesiones ya existentes, como lo comprueban infinidad de casos.

Si para el alienado es perjudicial el reglamento carcelario, para este también es inconveniente la presencia de los alienados que constituyen los peores elementos de indisciplina y perversidad, incapaces de amoldarse a sus disposiciones.

Entre nosotros este criterio ha prevalecido con prioridad a muchas naciones europeas y cuando se fundó el asilo de San Buena Ventura, hoy Hospicio de las Mercedes, se internaron en él un grupo de alienados delincuentes. Más tarde, en 1886, siendo director el doctor Lucio Melendez, hizo construir un departamento celular, semejante en su disposición a los carcelarios, que aunque marcaba un progreso en su época, no reunía las condiciones que permitieran un tratamiento científico y era tan reducida su capacidad, que aún permanecían en la penitenciaría infinidad de estos enfermos, sujetos a la misma severidad que los delincuentes comunes.

Cuando en 1892 se hizo cargo de la Dirección del Hospicio de las Mercedes, el doctor Cabred,

cuya acción emprendedora ha vinculado su nombre a todas las adquisiciones conquistadas entre nosotros en la asistencia de los alienados, solicitó la construcción de un pabellón especial para estos enfermos, iniciándose las obras en 1895 y finalizándose en febrero de 1896, época en que se efectuó su inauguración.

Por vez primera en Sud América, se levantó un techo que amparara con clemencia esta falange doblemente dolorosa del alienado delincuente y se atendió a la defensa social sin esta paradoja injusta de herir a la misma sociedad en sus elementos más desgraciados, que fueron reintegrados a la categoría de enfermos, merecedores por lo tanto de un régimen más humanitario y que consultara las necesidades de su tratamiento.

El pabellón Lucio Melendez reúne elementos de higiene, confort y estética que su fundador pudo afirmar con justa satisfacción en la ceremonia inaugural, que ni en Francia, ni en Alemania existía una sección para estos enfermos que llenara sus condiciones. Está constituido por un hermoso cuerpo de edificio bien orientado, separado de las demás reparticiones del establecimiento, con una arquitectura que llena las condiciones de seguridad,

sin impresionar con la línea monótona y severa de las cárceles.

Tiene capacidad para 100 asilados, constando de dos pisos en su parte general y tres en el centro. El piso alto se compone de celdas, salas de vigilancia continua, cuartos de asistentes, baños, lavatorios y demás dependencias. Hay salas comunes para un cierto número de enfermos, que pasan a celdas individuales cuando lo exigen sus manifestaciones. La planta baja está ocupada por un amplio salón comedor, salas de reunión y talleres. Ni en su distribución, ni en el regimen adoptado, presenta semejanzas con las penitenciarías; nada diferencia a estos enfermos de los que están internados en las otras salas.

Además salen a la mañana y a la tarde a un terreno contiguo donde pueden dedicarse a sus juegos predilectos y se ponen en contacto con el aire libre y la luz del sol en una sensación plena de libertad.

La vigilancia es distribuída según la temibilidad del enfermo, cuyos hábitos se conocen; de la misma forma que las distintas manifestaciones que puedan presentarse son tratadas oportunamente y en la posesión de todos los elementos necesarios para favorecer su eficacia.

Las condiciones de seguridad del edificio y el régimen de vigilancia instituido con un personal idóneo y en conocimiento de las tendencias de cada enfermo, ha dado tan buenos resultados que en el Congreso Penitenciario reunido en la Capital en 1914, reconocieron que este pabellón posee las mismas condiciones de seguridad que la Penitenciaría Nacional.

No sólo se cuida las exigencias del tratamiento en sí, sino que se le permite dedicarse al trabajo que más le agrade, en los talleres, siempre que las herramientas necesarias estén de acuerdo con el grado de su temibilidad.

Muchos casos que al ingresar son rebeldes al trabajo e incapaces de disciplinarse a su ejercicio, al poco tiempo se amoldan a él, como se constata en varias de nuestras historias.

En la organización de este servicio, se ve la constante preocupación del profesor Cabred, de no establecer mayores diferencias entre estos enfermos y aquellos que no han tenido conflictos con la justicia, única diferencia lo repetimos, entre ambas clases de alienados. Así hasta los registros clínicos en que se consignan las historias son exactamente iguales a los que sirven para los alienados comunes; de la misma forma que la vida que llevan es idén-

tica en lo que se refiere a la alimentación, higiene, trabajo y paseo.

Entre las ventajas que reúnen estas secciones especiales en asilos comunes, se encuentran la de depender de una misma dirección, que permite su mantenimiento más económico bajo el punto de vista administrativo y el enfermo a su vez puede pasar a las salas comunes cuando ya ha dejado de ser peligroso.

De manera, que estas secciones como el pabellón Lucio Melendez, sólo presentan ventajas bajo cualquier forma que se lo juzgue; a la justicia la asesora con las anotaciones de las historias clínicas y observaciones diarias, que prestan señalados servicios a los médicos de los tribunales, encargados de informar sobre el estado mental de los procesados enviados a este establecimiento para su estudio, encontrándose de esa forma muchos casos de simulación; a la sociedad porque atiende con toda severidad a su defensa, cumpliendo una conducta piadosa; y al enfermo porque se le reconoce y se le atiende en su calidad de tal.

Los resultados obtenidos médicamente son muy buenos, considerando los elementos que constituyen sus asilados; así en las historias clínicas que insertamos en el capítulo anterior, vemos la evolu-

ción favorable que experimentan estos enfermos; llegando algunos casos a la curación o a remisiones francas, tratándose de una psicosis, que como la demencia precoz tiene una marcha demencial. Pero más elocuente que estas historias por el número de casos y el espacio de tiempo que abarca, es una observación en conjunto de los resultados obtenidos con todos los alienados ingresados desde 1904 hasta 1915 inclusive, que ascienden a un total de 733 asistidos, de los cuales han salido 638. De éstos, 44 han sido entregados curados a las autoridades correspondientes, 42 han sido dados de alta curados, por la dirección del Hospicio de las Mercedes, porque ya habían cumplido la pena o porque había sido sobreseída la causa, sumando con los anteriores 13.47 por ciento de curados. Si a esta cifra se le agregan 31 casos mejorados y entregados a las familias por orden del juez y 65 pasados a otros servicios por inofensivos, tenemos un total de 182 casos que han evolucionado favorablemente y que relacionados con el número de enfermos salidos, nos dan un porcentaje de 28.51 por ciento de mejorados.

Estos resultados han sido tan alentadores, que en la Colonia Nacional de Alienados de Luján, hay proyectada una sección especial con este fin, en que

HOSPICIO DE LAS MERCEDES

Las salidas desde el año 1904 hasta 1915 de los alienados llamados delincuentes, se distribuyen así:

a) Entregados a las autoridades correspondientes.

	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	TOTAL
Curados..... (Condenados.....)	..	..	1	..	..	1	..	..	..	2	2	8	14
(Procesados.....)	..	2	2	2	3	4	3	4	3	1	5	1	30
En el mismo estado. (Condenados.....)	..	..	3	..	..	1	..	1	..	..	..	2	7
(Procesados.....)	2	3	5	6	..	..	1	6	5	5	3	..	36
Simuladores..... (Condenados.....)	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
(Procesados.....)	1	..	5	1	1	2	2	1	4	2	3	1	23
No alienados..... (Condenados.....)	..	..	..	..	..	..	2	1	1	2	..	..	6
(Procesados.....)	1	1	1	4	1	4	..	8	8	7	7	7	49
TOTALES.....	4	6	19	13	5	12	8	21	21	19	20	19	167

b) Entregados a las familias por orden del Juez como mejorados.

Por haber cumplido la pena.....	..	1	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	4
Por haber sido sobreseídos.....	..	1	1	4	2	7	3	..	1	4	3	1	27
TOTALES.....	..	2	1	4	2	7	3	..	1	7	3	1	31

c) Pasados a otros servicios del Hospicio de Las Mercedes.

Por inofensivos..... (Condenados.....)	..	..	..	..	2	..	..	..	..	2	..	..	4
(Procesados.....)	4	5	2	2	5	2	4	2	1	20	1	13	61
Por haber cumplido la pena.....	..	2	..	1	2	6	4	4	6	5	4	22	59
Por haber sido sobreseídos.....	2	4	4	16	11	14	30	36	18	23	11	20	189
TOTALES.....	6	11	6	22	20	22	38	42	25	50	16	55	313

d) Curados dados de alta por la Dirección del Hospicio de Las Mercedes.

Por haber cumplido la pena.....	..	..	1	1	..	..	1	..	..	..	1	1	5
Por haber sido sobreseídos.....	4	3	6	2	5	4	2	1	4	3	1	2	37
TOTALES.....	4	3	7	3	5	4	3	1	4	3	2	3	42

e) Fugados.

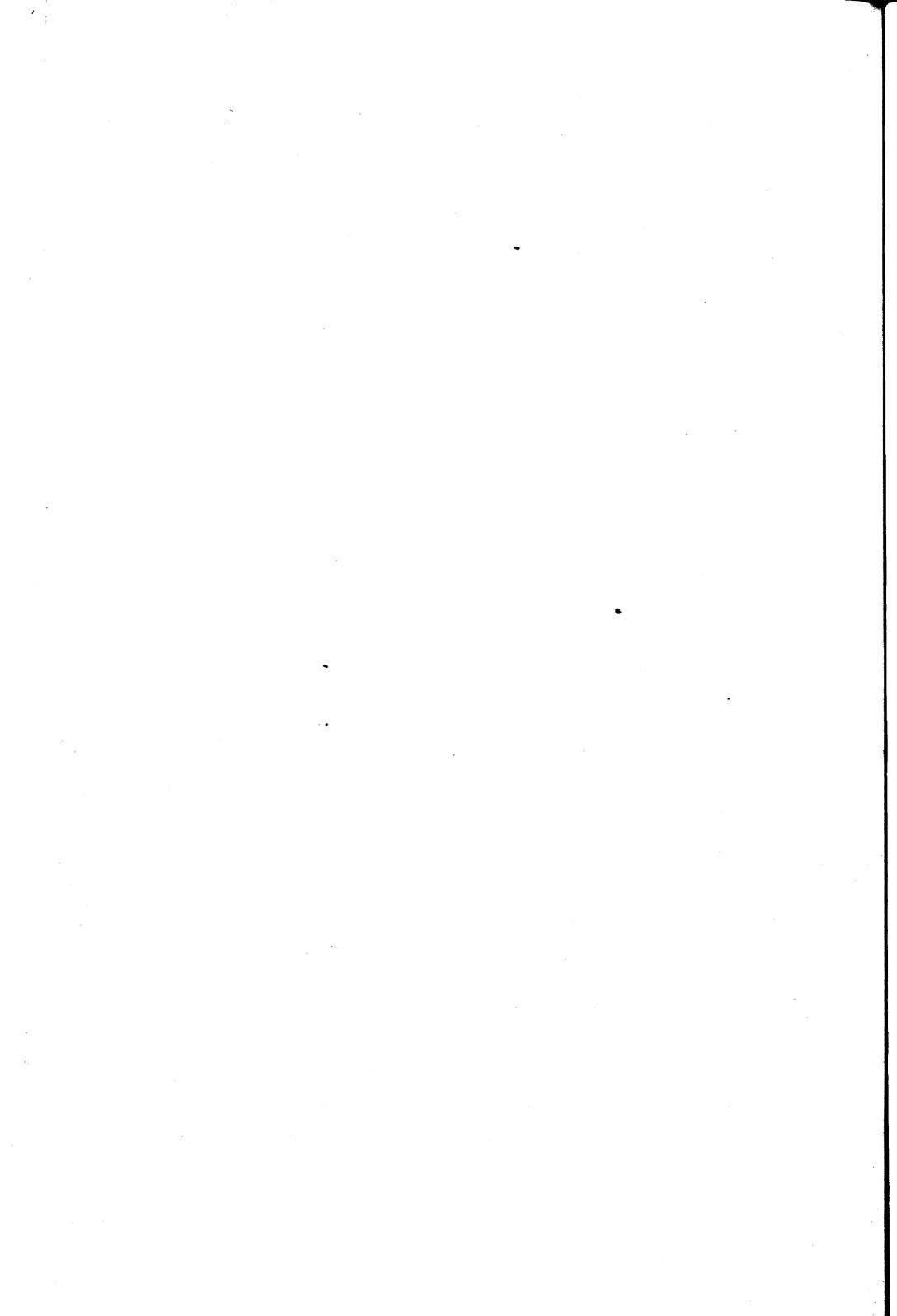
Condenados.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1
Procesados.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2	..	3
TOTALES.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3	..	4

f) Fallecidos.

Condenados.....	3	..	1	2	1	1	..	2	1	5	8	5	29
Procesados.....	2	3	5	2	1	4	4	2	5	5	5	6	44
Cumplida la pena.....	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	2
Sobreseídos.....	1	1	1	1	1	..	..	1	..	..	..	..	6
TOTALES.....	6	4	8	5	4	5	4	5	6	10	13	11	81

RESÚMEN DE LAS SALIDAS

a) entregados a las autoridades correspondientes.....	167 = 26.175
b) entregados a las familias por orden de los Jueces como mejorados.....	31 = 4.859
c) pasados a otros servicios del Hospicio de Las Mercedes.....	313 = 49.060
d) curados dados de alta por la Dirección del Hospicio de Las Mercedes.....	42 = 6.583
e) fugados.....	4 = 0.627
f) fallecidos.....	81 = 12.696
TOTALES.....	638 = 100. —



podrán aprovecharse más ampliamente estos beneficios de acuerdo con su calidad de establecimiento «abierto».

Otro tanto sucede con el Asilo Regional Mixto, situado en Oliva, provincia de Córdoba, en que hay proyectada una doble sección, para ambos sexos.

Los resultados obtenidos y la transformación de conductas agresivas, en docilidad al trabajo y habilitaciones para la vida en común, dependen en gran parte de la misma enfermedad que evoluciona hacia la curación, mejorándose el sujeto después del ataque inicial, o bien siguiendo una marcha contraria pasa al estado inofensivo del período demencial. A veces influye un cambio de delirio, que como el de ideas de grandeza, trae una euforia compatible con la vida social.

Lo expresado en este capítulo, unido a lo manifestado en los anteriores, nos lleva a las siguientes conclusiones sobre la medicina legal de la demencia precoz.

1º—La demencia precoz, tiene una gran importancia médico-legal; pues contribuye con un elevado porcentaje a la formación del grupo llamado «alienados delincuentes», ocupando en orden de frecuencia el segundo lugar entre todas las psicosis.

2º—El delito más frecuente en esta psicosis

es el homicidio, que presenta algunas particularidades en su realización, como idea y como acto.

3°—La forma clínica más importante, bajo este punto de vista, es la paranoide, siguiéndole la simple, después la hebefrénica y por último la catatónica. La forma simple es muy inetresante por los problemas médico-legales que puede presentar.

4°—La reclusión de estos dementes precoces procesados, debe hacerse en secciones especiales de los asilos comunes, como se hace en el Pabellón Lucio Melendez del Hospicio de las Mercedes.

CESAR G. GUTIERREZ.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo N. E.* — La medicina y el derecho penal; imputabilidad de los alienados. — Buenos Aires, 1886.
- Alvarez R.* — El idiotismo bajo el punto de vista médico-legal. — Tesis, Buenos Aires 1915.
- Audiffrent G.* — Folie, alienation mentale et criminalité. — Archives d'Anthropologie Criminelle, pág. 152, año 1899.
- Barbieri* — Conferencias de medicina legal.
- Baruk et Favennec* — Aliené méconnu et plusieurs fois condamné.—Congrés des Aliénistes et Neurologistes de France, 1909.
- Berze J.* — Zur frage der Subsumtion unter § 2 des Strafgesetzes. — Wiener Med. Wochh., p. 662, 1906.
- Bialet J.* — Lecciones de medicina legal aplicada

- a la legislación de la República Argentina. — Córdoba, 1885.
- Borda J. T.* — Contribución al estudio de las lesiones celulares de la corteza cerebral en la demencia precoz. — Revista de la Sociedad Médica Argentina, pág. 107, tomo 20.
- Cabred y Borda* — La demencia precoz. — Revista de la Sociedad Médica Argentina, pág. 353, tomo 12.
- Caroni J.* — Consideraciones sobre legislación de alienados. — Tesis. Buenos Aires 1898.
- Casper J. L.* — Traité Pratique de Medecine Legal. — Paris, 1862.
- Trabajos y Actas* — Congreso Penitenciario de 1914.
- Costantini F.* — Nouvelle contribution à l'étude clinique de la «dementia praecocissima». — Rivista sperimentale di Freniatria, 1911.
- Cramer A.* — Gerichtliche Psychiatrie. — Ein Leitfaden für Med. und Juristen. — Jena, 1908.
- Dambre A.* — Traité de med. légale et de jurisprudence de la médecine. — Bruxelles, 1885.
- Dabout E.* — Médecine légale et jurisprudence médicale. — Paris, 1908.
- Dubuisson P.* — Essai sur la folie au point de vue

- medico-legal.—Archives d'Anthropologie Criminelle, pág. 677, año 1904.
- Dubuisson P.* — De l'évolution des opinions en matière de responsabilité. — Archh. d'Anthropologie Criminelle, pág. 101, 1887.
- Dubuisson et Vigouroux* — Responsabilité pénale et folie. — Paris, 1912.
- Eguía F.* — La demencia precoz. — Tesis, Buenos Aires, 1915.
- Emiliani R. P.* — Degeneración y delincuencia. — Buenos Aires, 1915.
- Esquirol* — Traité de maladies mentales. — Paris, 1838.
- Falret J.* — Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale. — Paris, 1890.
- Féré Ch.* — Degenerescence et criminalité. — Paris, 1900.
- Fernández H.* — Los alienados delincuentes y su tratamiento en la República Argentina. — Archivos Psiq. y Crim., pág. 529, tomo 7.
- Ferri* — Lomicidio-suicidio. Responsabilidad giuridica. — Torino, 1895.
- Gache S.* — La locura en Buenos Aires, 1879.
- Gilbert et Ballet* — Traité de Pathologie mentale. Paris, 1903.

- Grasset J.* — Demisfous et demiresponsables. — Paris, 1908.
- Hamel* — Contribution à l'étude du syndrome confusionnel considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de ces états sur un terrain diathésique particulier. Essai de traitement. — Journal de Neurologie, 20 janvier 1910.
- Hollaender Mlle. P.* — Démence précoce infantile. — Archhives de Neurologie, II, p. 184, 220 et 294, 1912.
- Ingenieros José* — El delito y la defensa social. — Archivos de Psiquiatría, Criminalología y Ciencias Afines, p. 207, 1909.
- Los errores judiciales en los alienados delincuentes. — Buenos Aires, 1909.
- Clasificación de los delincuentes según su psico-patología. — Buenos Aires, 1911.
- Peligros de la legislación penal contemporánea. Responsabilidad o temibilidad de los alienados delincuentes. — Buenos Aires, 1901.
- Korn A.* — Locura y crimen. — Buenos Aires, 1883.
- Kovalevsky P.* — Psychopatologie legale. — Paris, 1903.
- Kraepelin E.* — Introduction à la psychiatrie clinique. — Paris, 1907.

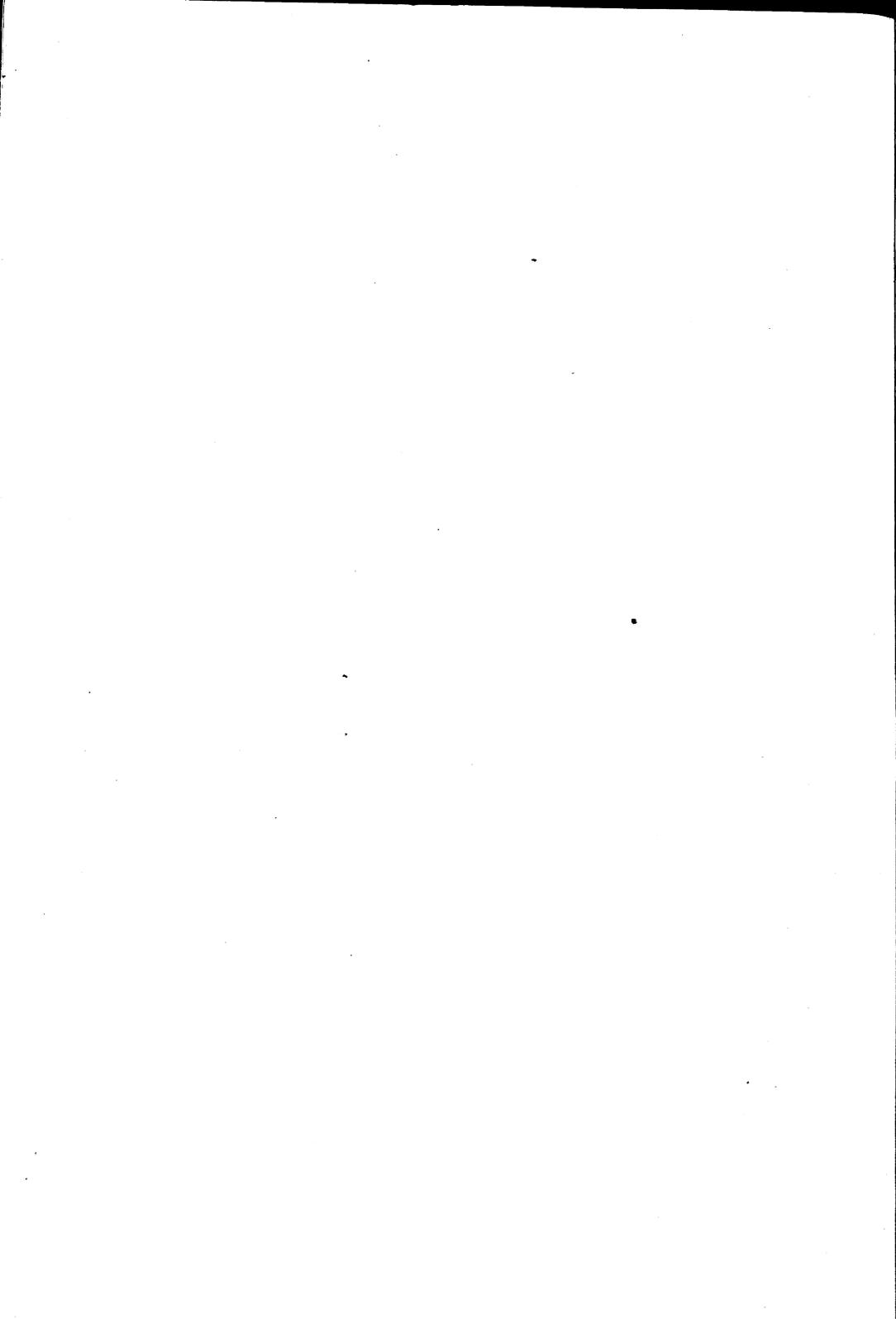
- v. *Kraff-Ebing R.* — Médecine légale des aliénés.
—Toulouse, 1911
—Medicina legal.—Madrid.
—La responsabilidad criminal e la capacidad civil
negli individui affetti da alterazione mentale.
—Napoli, 1886.
- Lacassagne A.* — Des transformations du droit pe-
nal et les progres de la medecine legale. — Ar-
chhives d'Anthropologie Criminelle, pág. 321,
año 1913.
- Lagriffe L.* — Quelques degrés de la responsabi-
lité. — Annales med.-psychol., pág. 228, año
1906.
- Lecha Martínez y Lecha Marzo* — Manual de Me-
dicina legal. — Madrid, 1912-1913.
- Legrain* — La médecine légale du dégénééré. —
Archh. d'Anthropologie Criminelle, p. 1, 1894.
- Legrand du Saulle* — Traité de médecine légale et
de jurisprudence médicale. — Paris, 1874.
- Lemaitre A.* — La vie mentale de l'adolescent et
ses anomalies. — Archihves d'Anthropologie
Criminelle, pág. 623, año 1910.
- Leroy M.* — Les rémissions dans la démence pré-
coce. — Soc. Clin. de Med. Mentale, 1912.
- Lemennier* — Fous et demi-fous criminels. — An-

- née Médicale de Caen, 1910 y Revue de Psychiatrie, p. 477, 1910.
- Levillier* — Alienados delincuentes y delincuentes alienados. — Buenos Aires, 1908.
- Lombroso C.* — L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie. — Torino, 1896.
—L'homme criminel. — Paris, 1887.
- Manguvriér L.* — Quelques cas de criminalité juvénile et commençante. — Archives d'Anthropologie Criminelle et Méd. légale, pág. 881, 1912.
- Marie A.* — Traité international de psychologie pathologique. — Paris, 1910-1911.
- Marró A.* — I caratteri dei delinquenti. — Torino, 1887.
- Martin E.* — La question de la responsabilité atténuée devant la Société Générale des Prisons. —Archives d'Anthropologie Criminelle, p. 546, año 1905.
- Martin, Rousset et Lafforgue* — Fugues et impulsions dans la période prodromique de la démence précoce. — Arch. d'Anthropologie Criminelle et Méd. légale, p. 346, 1911.
- Maschka G.* — Trattato di medicina legale, 1891-1893.

- Masselon R.* — Psychologie des dements précoces. — Tesis, Paris 1902.
- Mata P.* — Tratado teórico-práctico de medicina legal. — Madrid, 1912.
- Maudsley* — Le crime et la folie. — Paris, 1874.
- Maxwell* — L'action psychologique des peines. — Arch. d'Anthropologie Criminelle et Méd. légale, p. 47, 1911.
- Mestre A.* — Sobre la demencia precoz. — Archivos de Psiquiatría, Criminalología y Ciencias Afines, p. 714, 1909.
- Ottolenghi A. y De Sanctis S.* — Trattato pratico di psichiatria forence, parte I.
- Parant V.* — La raison dans la folie.—Paris, 1888.
—La responsabilité atténuée. — Annales Méd. Psychia., pág. 439, año 1912.
- Pavón C.* — La defensa social. — Tesis, Buenos Aires, 1913.
- Penajiel C.* — Demencia precoce e crime. — Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia y Med. legal, pág. 166, año 1913.
- Pinel Ph.* — Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale. — Paris, 1809.
- Proal L.* — L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. — Archives d'Anthro-

- pologie Criminelle et Méd. légale, p. 422 et 481, 1912.
- Quirós B.* — Antonio Marro y la psicología del homicidio. — Arch. Psych. y Crim., pág. 547, año 1912
- Régis E.* — Précis de Psychiatrie. — Paris, 1914.
- Ribot* — La conscience affective. — L'Encéphale, II, p. 186, 1909.
- Siemens F.* — Geistige Erkrakung in Einzelhaft. — Berlin's Klin. Woch., p. 129, 1883.
- Spinetto A.* — Delito y delincuencia, su profilaxia y terapéutica. — Tesis, 1912.
- Taborda H.* — Factores del delito. — Tesis, 1910. — Medicina Legal.
- Tanzi E.* — Psichiatria forense. — Milano, 1911.
- Tarde G.* — Les crimes des foules. — Arch. d'Anthropologie Criminelle, p. 353, 1892.
- Tardieu* — Etude médico-légale sur la folie. — Paris, 1872.
- Thoinot L.* — Précis de méd. légale. — Paris, 1913.
- Thomas P.* — Une famille d'aliénés et d'aliénés criminels. — Arch. d'Anthropologie Criminelle et Méd. légale, p. 278, 1902.
- Thulié H.* — La folie et la loi. — Paris, 1867.
- Vázquez J. T.* — Suicidio y locura. — Tesis, Buenos Aires, 1891.

- Vladoff* — L'homicide en pathologie. Etude clinique et méd. légale. — Paris, 1911.
- Veiga F.* — Estudios médicos-legales sobre el Código Civil Argentino, 1900.
- Vigouroux A.* — Les criminels et les délinquants à responsabilité atténuée. — La Clinique, 1913.
- Viberi Ch.* — Précis de Méd. légale. — Paris, 1908.
- Vallon C. et Genil Perrin G.* — Crime et altruisme. — Archives d'Anthropologie Criminelle, p. 81, 161, año 1913.
- Vallon Ch.* — Trois précoces assassins. — Archives d'Anthropologie Criminelle et Méd. légale, p. 336, 1909.



Buenos Aires, Septiembre 25 de 1916

Nómbrese al señor Académico doctor Telémaco Susini, al profesor extraordinario doctor José T. Borda y al profesor suplente doctor Javier Brandan, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la « Ordenanza sobre exámenes ».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.

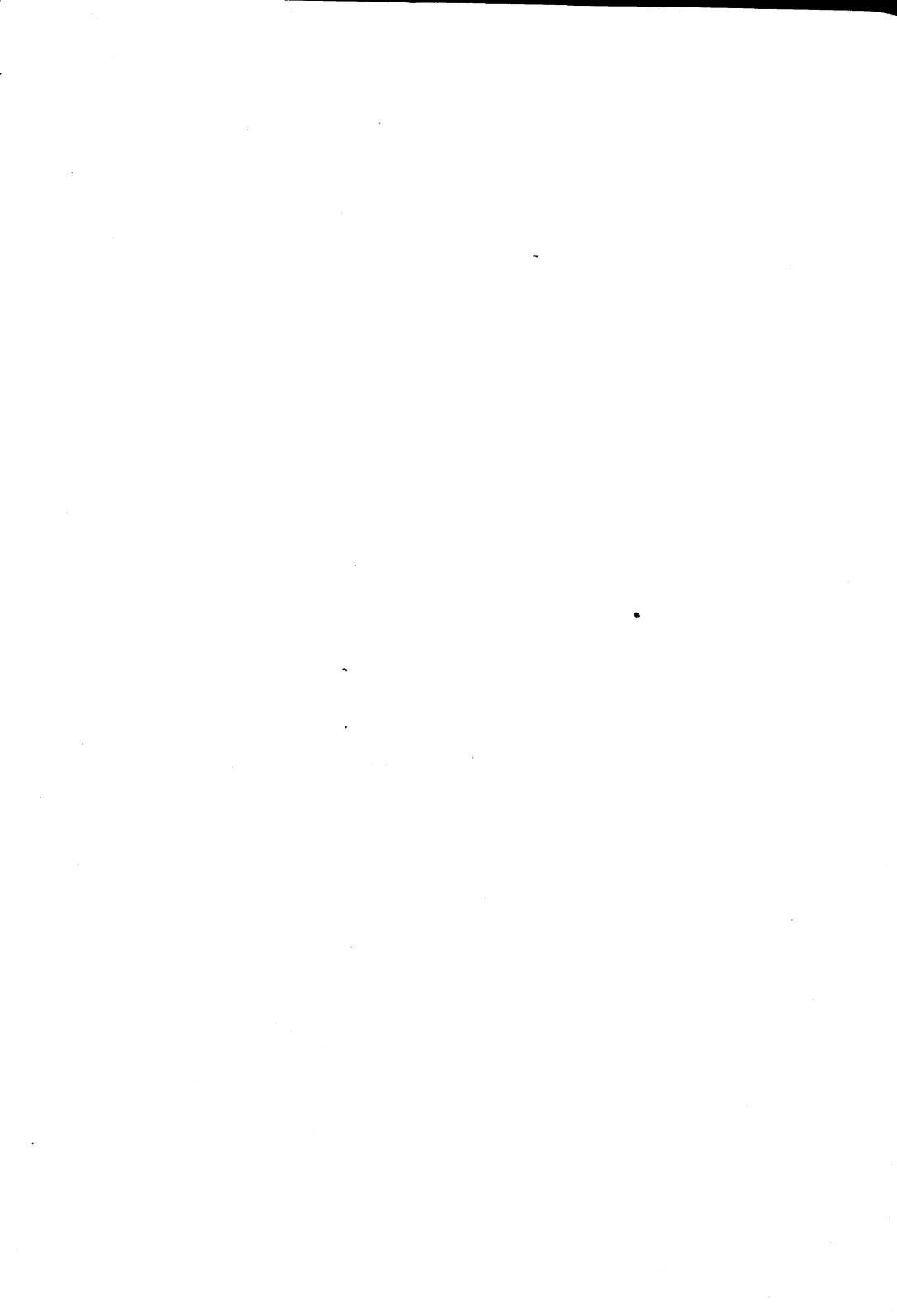
Buenos Aires, Octubre 3 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3193 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El demente precoz y la sociedad. Intereses de la defensa social.

T. Susini.

II

Demencia precoz de forma simple ; su interés médico-legal.

J. T. Borda.

III

La demencia precoz desde el punto de vista del artículo 3615 del Código Civil.

J. Brandan.

