

BIBLIOTECA INTERNACIONAL  
**DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL**  
NORMAL Y PATOLÓGICA  
Director: DR. TOULOUSE

LA  
**DEMENCIA**

POR EL

**Dr. A. MARIE**

TRADUCCIÓN DE

**ANSELMO GONZALEZ**



MADRID  
DANIEL JORRO, EDITOR  
23, CALLE DE LA PAZ, 23  
1908

---

**ES PROPIEDAD**

1.307—Tipolitografía L. Faure.— Madrid, Alonso Cano, 15 y 17.

# PRÓLOGO

La demencia, como la locura, ha permanecido durante mucho tiempo fuera del campo de la medicina propiamente dicha; forma parte del último capítulo de la patología conquistado por ella *á la metafísica*.

Mientras el mecanismo cerebral permaneció en el misterio, reinó la hipótesis espiritualista de las enfermedades *mentales* y de sus desenlaces funestos, como opuestas á las enfermedades del cuerpo.

La hipótesis de una esencia espiritual pura, subsistiendo con la de un estado demencial no orgánico, había, sin embargo, de parecer absolutamente inconcebible, y se sorteó la dificultad suponiendo un desorden espiritual igualmente misterioso: una acción demoniaca ó algo semejante.

Más tarde, admitidos dos elementos: fuerza y materia únicos, en combinación y actuando uno sobre otro (acción moral sobre el ser físico, y vicever-

sa) la demencia fué considerada como un estado de aberración mental reflejo de una desorganización física.

Era todavía un dualismo metafísico que no podía satisfacer á la patología mental positiva, y aunque no todas las enfermedades mentales tienen ya hoy su anatomía patológica conocida, podemos actualmente decir que no hay demencia, como no hay trastornos mentales grandes ni pequeños, sin alguna modificación somática correspondiente.

La ciencia demuestra indubitablemente la simultaneidad y correlatividad constantes y necesarias de la actividad nerviosa y la actividad mental, hace así de ellas dos fenómenos inseparables que deben en todos los casos manifestarse juntos, y nunca verificarse el uno sin el otro. Á una actividad mental suspendida ó perturbada corresponde forzosamente un estado de alteración de los centros nerviosos no menos decisivo.

«La vida psíquica del hombre y de los animales, dice Griesinger, comienza en los órganos de los sentidos impresionados por excitaciones de los medios circundantes, y su corriente perpetua vuelve al exterior mediante los órganos del movimiento.

»El tipo de la transformación de una irritación sensitiva en impulsión motriz, es la acción refleja con ó sin percepción sensitiva».

La vida mental puede, pues, ser referida á un reflejo complejo, sin que la solución del problema de



dualismo ó monismo de las manifestaciones psíquicas y físicas, sea prejuzgada.

Siendo, pues, la actividad psíquica función del organismo cerebral, la aberración psíquica está determinada: es el resultado de una alteración orgánica ó funcional de los órganos cerebrales. Las psicosis entran, en tal caso, en el cuadro de las enfermedades somáticas con el mismo derecho que todas las demás enfermedades.

Las demencias que son por definición, como vamos á ver: *disgregación definitiva é irremediable de la mentalidad*, deben, *à fortiori*, más y mejor que las psicosis transitorias, entrar en esa regla del substratum orgánico inevitable de que son expresión psicológica. Esto es lo que pretendemos demostrar en el presente estudio.

Dr. A. Marie.

Villejuif, 12 Octubre 1905.

# LA DEMENCIA

---

## PRIMERA PARTE

### Generalidades.—Psicopatología.

---

#### CAPÍTULO PRIMERO

---

##### **Psicopatología general de los dementes.**

Definiciones legal, médica y psicológica.—Caracteres comunes á todos los síndromos demenciales.—La disgregación mental está ligada á la regresión del psicoplasma de las células cerebrales y de sus dependencias.

En el lenguaje jurídico, la palabra demencia, se emplea indistintamente para designar todas las formas de locura y las enfermedades mentales en conjunto.

En psiquiatría, la acepción de ella es muchos más restringida; indica un síndrome psíquico caracterizado por la debilitación ó pérdida parcial ó total de las facultades intelectuales, morales y afectivas, sin posibilidad de recobrarlas.

El término demencia designa generalmente un

síndrome importante; pero común á diferentes enfermedades mentales. Á veces le aplicamos también á un proceso patológico visto en conjunto.

En tal caso se le añade un calificativo indicando, ora la etiología (demencia senil), ora alguna particularidad de evolución ó de aspecto clínico (demencia precoz, demencias paralítica, paranoide, etc.); pero la debilitación intelectual forma siempre parte integrante de la enfermedad y aun desempeña un papel importante en la génesis de muchos síntomas, en lugar de ser, como en el primer caso, la resultante, el punto á que llevan diversos procesos morbidos.

¿Podemos psicológicamente hacer en un complejo clínico variable determinación exacta de lo que es demencia y de los elementos patológicos distintos, previos, concomitantes ó secundarios que contiene?

En teoría sí, y en las demencias consecutivas á delirios es posible distinguir lo que es disociación psíquica y debilitación demencial de lo que perdura de un delirio antiguo persistente. Inversamente, es posible, en una demencia repentina, distinguir algunos episodios de delirio acumulados; por ejemplo, los debidos á una intoxicación alcohólica, contemporánea de la debilitación demencial causada por ella.

Del mismo modo, una tendencia al delirio latente, manifestada ó no con anterioridad, puede hacerse visible con motivo de una demencia senil; en tales casos es posible distinguir, en los fenómenos psico-

patológicos, los que proceden de la demencia pura y los que corresponden á tendencias psicopáticas anteriores.

Pero cuando la separación se hace difícil, es entre los trastornos mentales confusionales y los demenciales, verdaderos subyacentes á que generalmente se combinan en proporción variable aquéllos.

La confusión sería como la antecámara de la demencia; Régis ha hecho una tesis, según la cual, las demencias precoces no son en cierto modo sino confusiones mentales hechas crónicas é incurables (1).

Toulouse y Damaye han sostenido la opinión inversa, según la cual las demencias vesánicas ó precoces puras no serían en general sino estados de confusión sin debilitación mental verdadera de la inteligencia, en tanto, al menos, que faltasen las complicaciones orgánicas (2).

Para ellos, en los dementes vesánicos, el principal papel le desempeña la confusión mental, porque al cabo de diez ó quince años de semejante estado, la destrucción de las facultades es relativamente mínima, comparada á las que produce la parálisis general, tipo el más puro de la demencia orgánica. En determinados casos, esa debilitación puede producirse paulatinamente, y el demente vesánico transformarse á la larga en demente orgánico; esto expli-

---

(1) Régis, *Revue de psych.* (núm 4, pág. 150) Abril, 1904.

(2) Toulouse y Damaye, *Revue de psychiatrie*, 1903.

cariá la aparición de síntomas físicos y las lesiones reveladas por el examen histológico. En tal caso, ¿hay razón para llamar *demencia* á los estados confusionales post-vesánicos entendiéndolos, como entendemos, por demencia, la debilitación real y definitiva de las facultades?

Para Toulouse y Damaye, la demencia paralítica, y consiguientemente las demencias orgánicas, se aproximan más al estado intelectual del imbécil y del idiota; porque son demencias globales, en que las distintas facultades están, por decirlo así, rebajadas al mismo nivel. Las demencias vesánicas, por el contrario, tendrían más parentesco con el estado mental confuso de los maniáticos.

Y los autores fundan su opinión en investigaciones de psicología experimental realizadas en diversos géneros de demencias por el método de los textos (I).

---

(I) TEXTOS EMPLEADOS

*Tiempo.* — 1.<sup>a</sup> serie.

- ¿Qué edad tiene usted?
- ¿Qué oficio?
- ¿Qué jornal ó qué sueldo gana usted?
- ¿Es usted casado?
- ¿De dónde es usted?
- ¿Cuál era su último domicilio en París?
- ¿Cuánto tiempo vivió usted allí?

*Lugares.* — 2.<sup>a</sup> serie.

- ¿Estamos en Francia, Alemania ó Inglaterra?

Sin entrar en el detalle de esas investigaciones, cuya exposición puede verse en la *Revue de Psychiatrie* (1905, pags. 1-5), veamos el conjunto de sus resultados.

En las diversas variedades de demencias se observa una confusión que se traduce por irregularidades de memoria. En todas ellas hay lagunas, nociones perdidas que la repetición de los exámenes psicológicos y la insistencia empleada, no hacen reaparecer. Pero en ningún grupo, abstracción hecha de las re-

¿En qué pueblo estamos?

¿Cómo se llama la capital de Francia?

¿Cuál es la capital del departamento del Sena?

¿Qué es isla?

¿Francia es una isla?

¿Inglaterra es una isla?

¿Cuáles son las cinco partes del mundo?

*Recuerdos generales. — 3.ª serie.*

¿Quién era Napoleón I?

¿Quién era Luis Felipe?

¿Cómo se llamaba la anterior reina de Inglaterra?

¿Qué pueblos hicieron la guerra del 70?

¿Por quién fue asesinado Enrique IV?

*Cifras. — 4.ª serie.*

Una adición sin llevados.

Una adición de tres columnas.

Una multiplicación y una división muy fáciles.

*5.ª serie.*

Muchas pruebas sobre memoria inmediata de las cifras.

Una sobre memoria inmediata de las frases.

La conclusión de un silogismo fácil.

ticencias, los engaños voluntarios y la casualidad, las ideas expresadas, son tan pobres ni tan torpemente encontradas como en los parálíticos generales. El hecho es particularmente visible cuando comparamos cálculos de diferentes enfermos. Es frecuente ver que el cálculo, muy rápidamente alterado en los dementes parálíticos, es aún posible á delirantes crónicos de una instrucción mediana, y que no se han dedicado á ellos desde hace muchos años. En lo que respecta á las demencias precoces, esas comprobaciones ponen en evidencia la escasa alteración de la memoria de cálculo, ó, por lo menos, su lenta debilitación. Los errores de cálculo aparecen pronto en los dementes parálíticos, y se multiplican con rapidez por efecto de la decadencia rápida y general de sus facultades.

Joffroy insiste mucho acerca de la constancia y la precocidad de este síntoma en los comienzos de la parálisis general (Th. Cornillot) (1). Las inexactitudes son mucho más numerosas en las operaciones complicadas (multiplicación y división) que en la suma y la resta. El cálculo es, pues, una excelente piedra de toque para la debilidad intelectual demencial.

La noción de las edades es también rápidamente alterada en todos los dementes; pero ese hecho de-

---

(1). Cornillot. De la perte de memoire du calcul & Th. París, 1904.

pende de su desorientación en el tiempo; esos en-

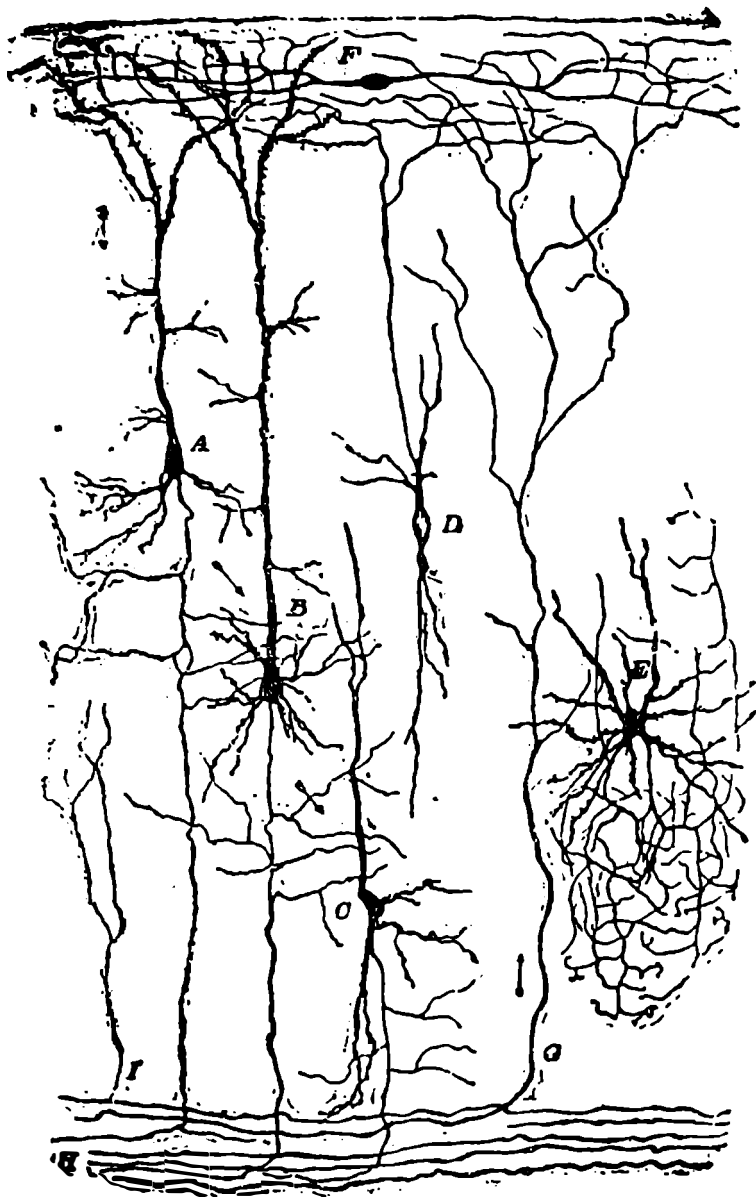


FIG. 1.<sup>a</sup>—Células corticales con dendritas y yemecillas. (Cajal).

fermos viven de los restos de su pasado y no adquieren nada en el presente.



Para comprender la génesis de las debilitaciones psíquicas demenciales, parciales ó globales, importa analizar su mecanismo, refiriéndole á sus elementos más sencillos.

Para esto es útil recordar en pocas palabras la naturaleza celular del elemento constitutivo esencial de la vida psíquica, su origen, su evolución y su vida normal, tanto individual como colectiva.

En el agregado celular que constituye el organismo humano, cada célula ó grupo de células asegura una función determinada, y, por efecto de la división del trabajo, especializada.

El trabajo neuropsíquico está asegurado por las células cerebrales procedentes de la hoja ectodérmica contenida en el canal dorsal primitivo del embrión.

Estas células, alojadas en una ganga neurógica, reciben, como la ganga misma, su alimento de una red vascular especial destinada á ese fin (expansión mesodérmica). Cada célula, considerada en sí misma, se compone de una envoltura y un protoplasma interno, en el que hay un núcleo con nucleolo, verdadero centro de la individualidad celular. Cada célula está atravesada por una red de fibrillas, tanto más rica cuanto más desarrollada está la célula, y en más íntimo contacto con las restantes del eje, cerebro espinal.

La célula, á su vez, está rodeada por una trama envolvente reticular (Donaggio), en la que vienen á

terminar las mazas terminales de las redes dendríticas inmediatas. A esto debe la célula aislada artificialmente el aspecto peludo visible en algunas preparaciones (fig. 2.<sup>a</sup>).

Las investigaciones Nissl han demostrado además una red cromática que ahora no nos interesa. Existen finalmente en las células, pero con variedades relacionadas con la topografía y con la edad de los individuos, granulaciones pigmentarias (locus niger, cerebro, médula).

Las comunicaciones de la célula con sus expansiones van, de las fibrillas yuxtánucleares ó intracelulares, á sus expansiones exteriores; la red fibrilar se complica tanto más cuanto se extiende á mayor número de ramúsculos tenues y variados que se relacionan con las fibrillas periféricas ó con los cuerpos de otras células. Á tal punto, que puede decirse que cada célula normal y completa, considerada en sí misma, refleja, por el número y la riqueza de sus fibrillas y de sus expansiones dendríticas, todas las conexiones posibles con el sistema nervioso general; es decir, que el número de fibrillas y ramúsculos terminales corresponde, en cierto modo, al de todas las neuronas cerebro espinales de un orden determinado, y aun de todos los órdenes.

La célula resulta así un resumen del sistema nervioso entero. Pero á condición expresa de conservar la integridad de todas sus conexiones exteriores é interiores.

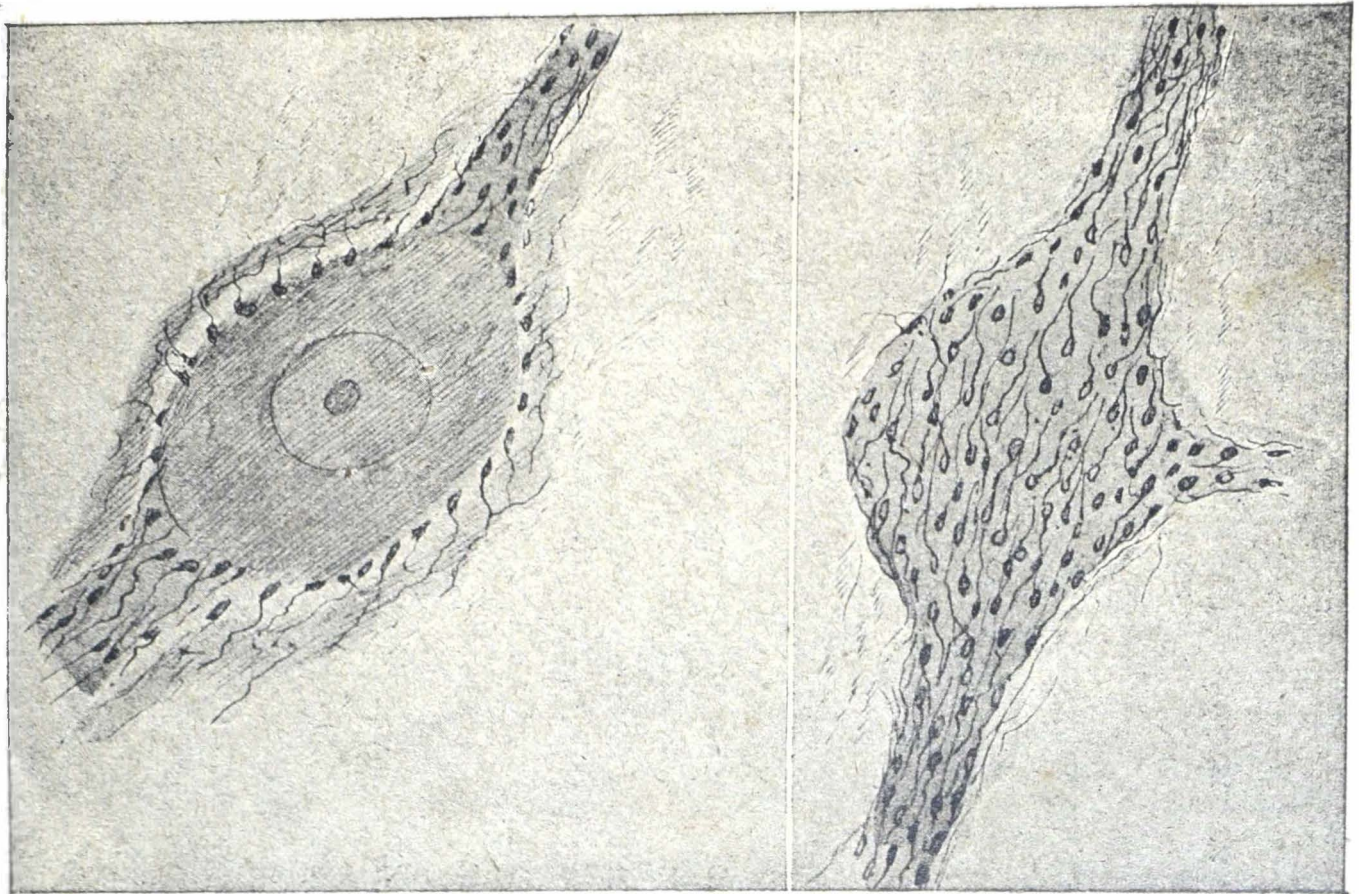


FIG. 2.<sup>a</sup>—Coaptación yuxtacelular de dendritas periféricas vecinas dando aspecto velludo á la célula aislada (corte y cara externa). (Cajal.)

¿Los contactos interfibrilares de célula á célula son continuos ó intermitentes? ¿Hay amoeböismo á ese nivel como conmutación matizadora de los contactos, ó ese amoeböismo es intracelular entre las extremidades yuxtannucleares de las fibrillas y el núcleo mismo de la neurona?

Es evidente que los dos órdenes de conexiones son necesarios para una perfecta síntesis mental.

Las investigaciones microscópicas muestran, en los casos de trastornos mentales, las dos clases de desórdenes, tanto más claros cuanto más acentuados y menos diferenciables son los trastornos, como ocurre en las demencias.

Por otra parte, la suspensión de las conexiones intracelulares, que llamaremos núcleo fibrilares, resulta muy pronto de las rupturas periféricas de las erosiones dendríticas, extra é intracelulares y viceversa.

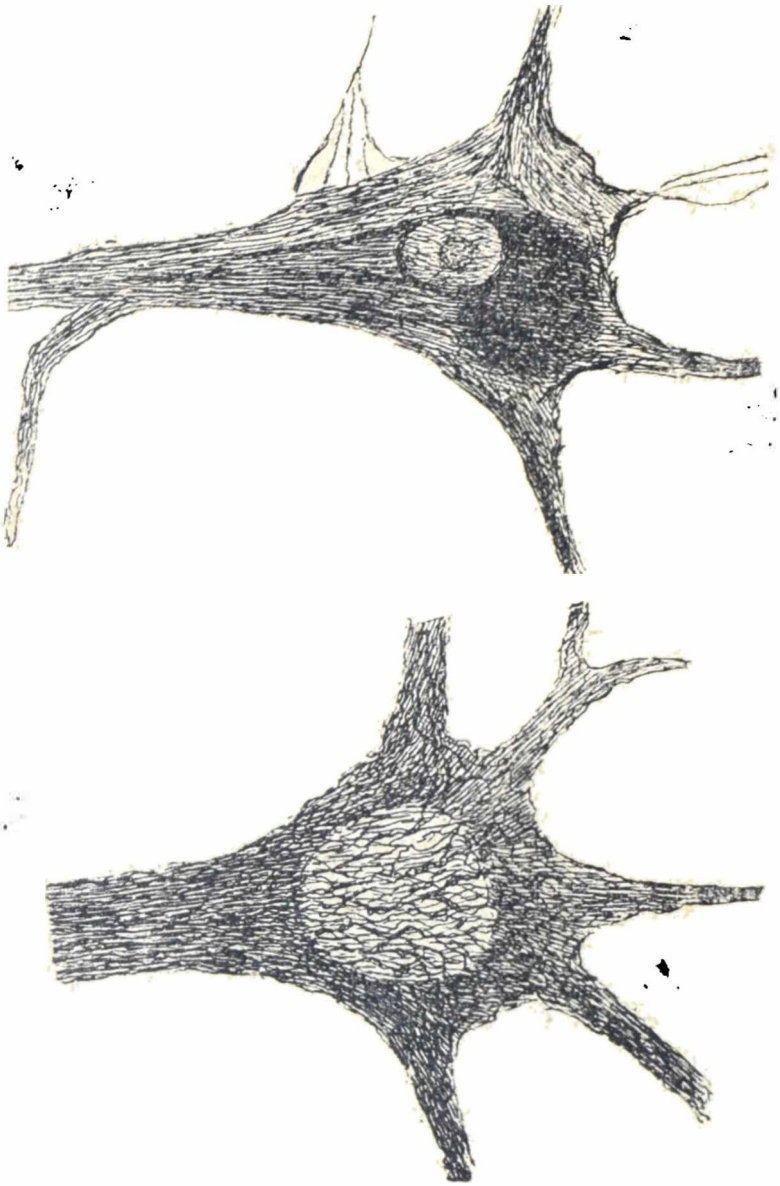
El aislamiento celular final, idéntico en ambos casos, procede, no obstante, de un mecanismo diferente, según qué el trastorno inicial haya sido intracelular ó extracelular.

Mientras uno corresponde á una alteración primitiva de la célula, que puede quedar limitada al sistema neuro epitelial, el otro corresponde á una alteración secundaria que engloba el sistema neuro epitelial en la degeneración de su ganga-vásculo conjuntiva.

Se comprende que la síntesis mental pueda ser

rota ó interrumpida momentánea ó definitivamente

Fig. 3.<sup>a</sup>—Red intracelular y yustanuclear en estado normal (Cajal), y en estado patológico (demencia paralítica). (Marinesco.)



por una suspensión de contactos extra ó intracelulares de fibrilla á fibrilla.

Acabamos de exponer cuáles son las conexiones de los elementos nerviosos de la corteza cerebral, y cómo en estado normal se unen unos á otros anatómicamente (prolongaciones celulares dendríticas y neurales) y funcionalmente (acción sinérgica).

Procuremos ahora dar una idea general de la modificaciones que sufren esos elementos en su trama anatómica y en su actividad fisiológica en los dementes.

Debemos á los trabajos de Klippel (1889 á 1904) una concepción muy precisa de las condiciones anatómicas y patogénicas de la demencia.

Para él la lesión en toda demencia resulta de la ruptura por atrofia de las prolongaciones nerviosas comunicantes entre los diversos territorios de la corteza y, aun y sobre todo, entre las diversas células que presiden á las funciones psíquicas.

La destrucción que conduce á ese estado recae sobre las prolongaciones que toda célula envía por todas partes, y que en el estado normal aseguran la sinergia de la función del cerebro. Así, según Klippel, la lesión característica de la demencia, es el aislamiento de la célula nerviosa por destrucción de las conexiones, y según su expresión «la autonomía celular».

Como veremos después, Klippel ha demostrado además, que esa ruptura, conducente al aislamiento celular, procede en la mayoría de los casos de la periferia de las ramificaciones hacia el centro de la cé-

lula, es decir, que la demencia, en tanto que lesión destruye la neurona en sentido inverso del proceso histogénico de su desarrollo que se hace del centro la á periferia.

Resulta de ahí un hecho importante: que la demencia puede existir subsistiendo el cuerpo celular

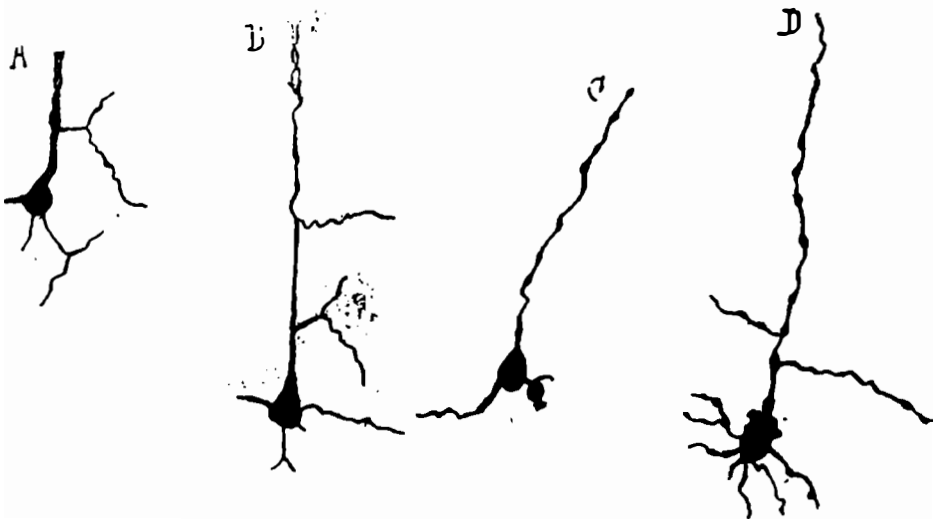


FIG. 4.<sup>a</sup>—Células piramidales en la demencia paralítica (Klippel).  
Atrofia de las espinas y penachos de formación periforma de los cuerpos.

y sus prolongaciones en las partes más próximas al centro, siendo suficiente la destrucción de la parte más periférica de la neurona para romper las relaciones de célula á célula. Al hablar de la anatomía patológica más detalladamente, mostraremos cómo se puede explicar la persistencia del cuerpo celular, así como de fibrillas de éste en casos de demencia clínicamente evidentes.

Pero insistamos en la importancia de las conexiones de los elementos corticales para la psicología. De este modo haremos comprender mejor lo que es la demencia de la que es lesión y condición patogénica, precisamente la ruptura de esas conexiones.

En primer término, esa estrecha conexión que hace á todas las neuronas solidarias, no impide el predominio de una actividad parcial determinada en una zona particular, ni tampoco, el reposo pasajero de todo el sistema; la actividad predominante de una esfera, variable según los casos, es la regla; depende de las excitaciones externas y de otras del momento; tiene su máximum en los fenómenos de atención, de volición consciente; pero esos fenómenos suscitan é implican una cooperación, secundaria por lo menos, de todo el sistema cerebral, coordinando sus esfuerzos asociados hacia un fin común y adicionando así la actividad de todos sus elementos reunidos á la llamada de algunos.

En el reposo colectivo, de que es ejemplo el sueño natural, hay siempre excitabilidad más ó menos fácil de determinados elementos, capaces de volver todos los demás á la actividad con motivo de una excitación externa.

En estado de vigilia las dendritas tendidas, como otros tantos tentáculos, las unas hacia las otras, se ponen en contacto mediante innumerables prolongaciones provistas de apéndices periféricos (cuerpos periformes).



Esos salientes múltiples que envían los tegumentos dendríticos establecen relaciones funcionales entre las células nerviosas y las prolongaciones terminales de los cilindroejes, que vienen á terminar cerca de las dendritas corticales.

Según Meynert, ciertos elementos neuróglícos ayu-

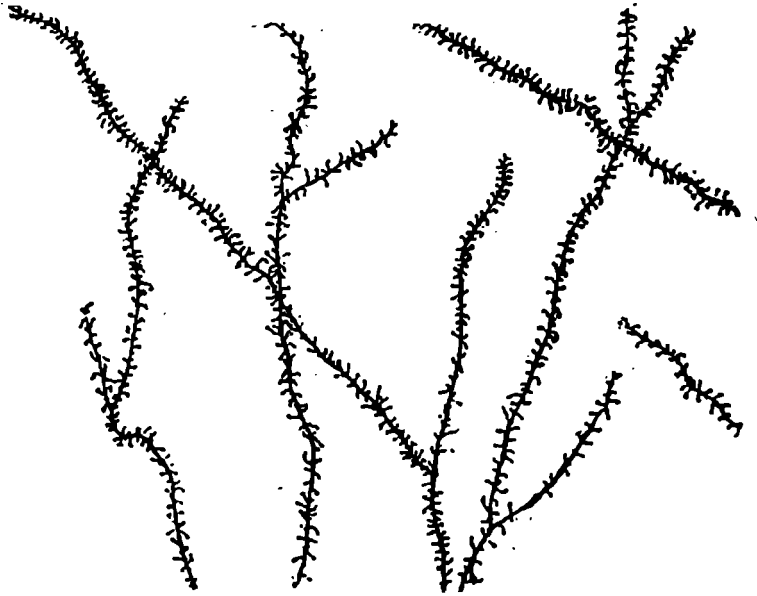


FIG. 5.<sup>a</sup>—Dendritas del *cortex* de un perro cloroformizado (Lugano).

dan á la coaptación más fácil de esas prolongaciones, entre las cuales está situada la sustancia gris.

En el caso de actividad cerebral, habría, según hipótesis recientes, muy discutidas aún, coaptación de cada núcleo celular con sus prolongaciones que serían en cierto modo retraídas en parte hacia el núcleo central donde tomarían los medios de acción

en el estado de vigilia y la orientación de su amoebismo.

Durante el sueño artificial ó provocado estarían en estado de relajamiento, inertes por efecto del aflojamiento circulatorio y nutritivo de su centro celular, lo que explicaría la suspensión momentánea de las asociaciones activas de las neuronas.

Pero ese aislamiento celular pasajero, si existe, es esencialmente distinto de la autonomía celular demencial, porque las comunicaciones interneurónicas continúan siendo posibles, en tanto que en la demencia están más ó menos completamente rotas por atrofia de las prolongaciones celulares que, en tal caso, no están pasajeramente inertes, sino definitivamente rotas.

Esa ruptura de las comunicaciones intracelulares cerebrales, no es repentinamente completa; empleando una comparación grosera; pero que aclara el concepto, el poste telegráfico puede no tener roto más que un hilo y compensar esa ruptura mediante comunicaciones indirectas próximas.

Pero la causa de la primera ruptura arrastra generalmente otras, porque en tal caso es la célula la que está herida en sus expansiones dendríticas, y el proceso destructivo de una dendrita se propaga generalmente á las otras mientras llega á la célula misma. Ese proceso destructivo es el que encontramos en la base de toda demencia y el que permite clasificarlas.

. Añadamos que, entre los dos fenómenos que acabamos de comparar, suspensión pasajera de contactos entre neuronas y ruptura definitiva de comunicaciones, puede haber una relación de sucesión: en el comienzo de las demencias puede haber suspen-

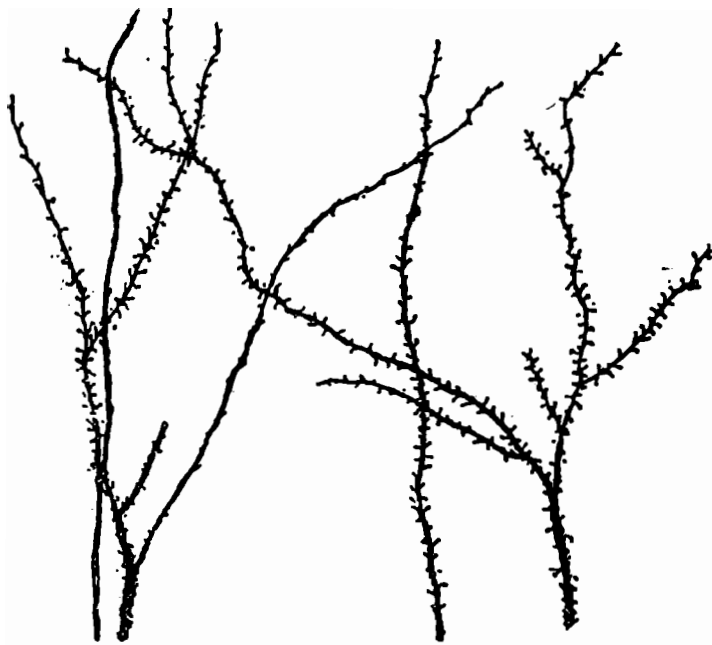


FIG. 6.<sup>a</sup>—Dentritas en retracción activa.—*Cortes del perro.*  
(Lugano).

siones reparables y pasajeras antes de la ruptura, pero que la anuncian y preparan; puede comenzar por disminuir la plasticidad de los apéndices dendríticos para acabar con la atrofia terminal de las dentritas.

Cada uno de los fenómenos conduce al otro, que una vez constituido se acompaña de demencia con-

firmada irreparable por definición é histológicamente comprobable.

Entre ambos períodos hay una fase intermedia, durante la cual, las conexiones disminuídas no están compensadas, ó lo están mal por las conexiones sub-

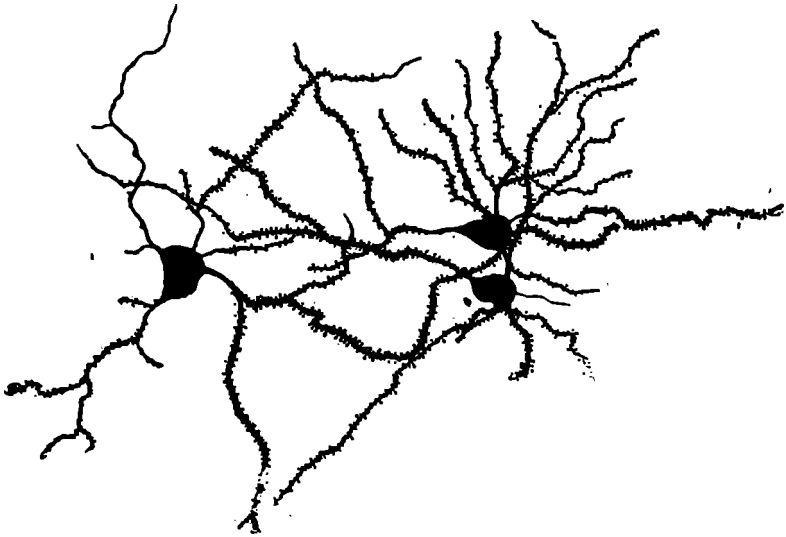


FIG. 7.<sup>a</sup>—Apéndices piriformes y células corticales de animales muertos por el cloroformo. (Stefanowska). Compárese con la figura 4.<sup>a</sup>

sistentes. En tales casos puede producirse un estado delirante confuso, alucinaciones, amnesias, parecias fugaces y estados emocionales exagerados por irradiación insuficiente de las excitaciones. Ese es el delirio exuberante ó depresivo, según el temperamento anterior, las tendencias hereditarias y el predominio de las alteraciones dendríticas sobre

las neuronas cenestésicas ó de los sentidos externos.

Poco á poco esos estados delirantes transitorios ceden el campo al estado demencial terminal, á medida que las dendritas se rompen y realizan más completamente el aislamiento de las neuronas corticales.

«Refiriéndose, dice Klippel, á las fases porque pasa la célula nerviosa en el curso de su evolución embriológica y posterior al nacimiento, se reconoce que la abundancia de espinas y de ramificaciones de la neurona, señala el estado más perfecto de esa evolución. En los animales, cuando nacen, las espinas están aún poco desarrolladas, y su número va creciendo paralelamente con el grado de funciones de la corteza. Las conexiones de las dendritas y las espinas que las recubren con las fibras neurales en las fases sucesivas de la *histogénesis*, su desarrollo tardío y paralelo con la evolución psíquica del individuo, ¿no estarán en relación con los hechos precedentes, indicados primero por la patología: á saber, que, en la demencia orgánica, esas arborizaciones y esas espinas van disminuyendo y se destruyen, según una ley correspondiente de regresión, antes que el mismo cuerpo celular?»

»Dé tal modo la demencia se daría en evolución paralela con la destrucción de esas mismas dendritas cuya abundancia y multiplicidad de conexio-

nes habían señalado el desarrollo progresivo de las facultades superiores» (1).

«...La destrucción de un cierto número de fibras—escribía el mismo autor,—de las que ponen en comunicación la corteza con los centros motores del bulbo y de la médula, explica los signos físicos de la enfermedad. Pero, por otra parte, se encuentra también la lesión de las fibras transversales que ponen en comunicación las diferentes circonvoluciones y los distintos departamentos de la corteza... La debilidad mental, la incoherencia, la demencia..., pueden ser miradas como resultado de la alteración de esas fibras comunicantes de zonas próximas ó lejanas» (*Bull. de la Soc. d'anat., 1889*).

¿Cómo pierde dendritas la célula cerebral? Puede ser de dos modos: por alteración del medio vital necesario á su actividad y alteración consiguiente de la célula. La *poda* del árbol celular podría aquí aparecer como un acto de defensa en el momento en que la nutrición fuese demasiado alterada para bastar al individuo; es decir, á la célula entera (Klippel). Permaneciendo relativamente indemnes los tejidos ambientes, puede degenerar sola la célula consiguientemente á un proceso limitado al conjunto del sistema

(1) Klippel, Histología de la parálisis general. *Congrès de Bruxelles, 1903*.

de los neuronas y de sus anejos, y aun de una parte del sistema únicamente.

En el primer caso, los demétes presentan al examen *post mortem* un tejido cerebral con manfiestas alteraciones concomitantes de las células cerebrales, y singularmente de las fibras blancas, así como de la neuroglia y de los vasos. Es la alteración de los sistemas neuro epitelial y vásculo conjuntivo simultáneamente; es decir, que todos los elementos que constituyen la substancia cerebral aparecen lesionados. Esto ocurre en las demencias más frecuentes, cuya anatomía patológica completa revela, como veremos, la participación de todos los tejidos vivos en la degeneración general comprobada en el cerebro.

En otros casos de demencias, sólo están atrofiadas las neuronas; el sistema vásculo conjuntivo permanece indemne; por eso existen esos demétes vesánicos, generalmente precoces, que viven con un cerebro no desorganizado en lo referente á viabilidad del tejido, pero carente de sus asociaciones corticales y supervivientes á la autonomía celular, gracias á una asistencia apropiada.

El Dr. Klippel, de quien nos complacemos en invocar la autoridad citando las hermosas preparaciones que ha tenido la bondad de mostrarnos, se ha propuesto demostrar que el encéfalo está formado por tejidos de diferenciaciones diversas con vulnerabilidades diferentes. Ha demostrado que determinadas demencias hieren al conjunto de esos tejidos,

lo mismo á los elementos neuro epiteliales (neuronas y neuroglia) que á los vásculo conjuntivos (vasos y meninges), mientras que otros se localizan en definitiva en los elementos neuro epiteliales (demencias vesánicas y demencias precoces).

Ahora bien, reconocer en cuáles de esos tejidos ejerce su acción un agente potente, es ya sacar de él un carácter importante.

La lesión exclusiva del tejido neuro epitelial caracterizaría, pues, toda una gran clase, muy en particular, de demencias, y parecería indicar que los agentes patógenos que la provocan no lesionan sino el tejido más diferenciado, obrando probablemente sin fuerza, pero lenta y repetidamente; de modo, que las reacciones vásculo conjuntivas podrían faltar contra lo que ocurre en otras demencias, en que las alteraciones vasculares existen siempre (1).

Así, pues, existiendo en todas las demencias lesiones orgánicas, en las llamadas precoces y vesánicas, las lesiones que, por otra parte, pueden ser de las más acentuadas, estarán circunscritas al tejido neuro epitelial únicamente.

Para resumir estas consideraciones preliminares relativas á la demencia en general, diremos que el substratum orgánico sería en ellas la alteración del átomo psíquico llamado neurona, herido, desde luego, especialmente en sus expansiones dendríticas, de

---

(1). Klippel y Lhermitte, *Rev. de psychol*, 1904.



donde resulta el aislamiento y la autonomía celular (ruptura consecutiva de las asociaciones psíquicas).

Esta atrofia de la célula elemental cerebral puede ir asociada á una alteración general de todo ó parte del tejido encefálico que constituye su sustentáculo, su terreno de cultivo, si vale la frase. Pero la atrofia puede estar limitada á la célula nerviosa.

De ahí dos clases de demencias en relación con esos dos mecanismos de alteración del órgano del pensamiento.

En la realidad, esa división de las demencias en dos categorías anatomopatológicas, conduce á subdivisiones de que hablaremos más adelante. Así, por ejemplo, en las lesiones por lesión compleja neuroepitelial y vásculo conjuntiva, cabe subdividir, según la primacía de una ú otra de esas lesiones finalmente concomitantes. Tendremos, pues, demencias por encefalitis primitivamente parenquimatosas, ó, por el contrario, intersticiales.

Como luego veremos, en el estado actual de nuestros conocimientos histológicos, los paráliticos generales parecen representar preferentemente las demencias de comienzo parenquimatoso, y las demencias seniles las de comienzo intersticial (vásculo conjuntivo), pero la senilidad vascular provocaría la disgregación dendrítica tan rápidamente que á las rupturas de conexión intercelular en la parálisis general se asociarían diapédesis de los vasos y el problema queda en pie. Así, pues, no anticipemos aquí

los desarrollos que esos problemas tendrán en los capítulos, especialmente dedicados á esas demencias, consideradas en particular. En general, podemos definir anatómicamente la demencia, sea cual fuere su causa, como suspensión progresiva más ó menos rápida y completa de las conexiones que normalmente unen entre sí los diversos territorios corticales y sus elementos componentes. La pérdida de las coordinaciones de acciones conjugadas entre las neuronas del eje cerebro espinal, asiento de los fenómenos neuro psíquicos centrípetos y centrífugos.

La consecuencia psicológica de esa definición es que la demencia, sean cuales fueren su causa y variedad, es una decadencia psíquica global ó parcial en que las diversas facultades están alteradas, ora en proporción igual, ora en grados diversos; pero sin posibilidad de vuelta á su integridad. Las lagunas que los exámenes psicológicos revelan, no pueden ser nunca enteramente reparadas porque obcecen, no á suspensión de funciones, sino á destrucción de órganos.

## CAPÍTULO II

---

### **Psicología general de los dementes**

El examen psicológico de los dementes revela una debilitación progresiva cualitativa y cuantitativa de las diversas facultades.

Atención (tiempo de reacción), memoria (textos), personalidad e inteligencia (agnosia), ideación y volición (automatismos y leyes de regresión de Ribot), sentimientos (emotividades bulbares y pseudo-bulbares; amoralidades), etc.

El pasaje siguiente de Herbert Spencer puede servir de tema general: «En las personas afectadas de trastornos nerviosos crónicos, toda la deteriorada sangre no basta para mantener la actividad necesaria de las transformaciones moleculares...; la irascibilidad es para todo el mundo un hecho de observación, y esa irascibilidad implica una inactividad relativa de los elementos superiores. Se produce cuando una descarga súbita, enviada por un sufrimiento ó una contrariedad á los plexos que ajustan la conducta á las acciones pensadas ó desagradables, no va

acompañada de una descarga que llegue á los plexos, en que la acción está adaptada á un gran número de circunstancias, en lugar de estarlo á una sola. Que la insuficiente producción de aflujo nervioso explica la pérdida del equilibrio emotivo es un corolario de lo expuesto. Los plexos que coordinan las actividades defensivas y destructoras, y, en que tienen su asiento los sentimientos simultáneos de antagonismo y de cólera, son herencia de seres anteriores, y están, por tanto, bien organizados; tan bien organizados, que ya actúan en el niño cuando aún está en los brazos maternos. Pero los plexos que, uniendo y coordinando una gran variedad de plexos inferiores adaptan la conducta á una gran variedad de exigencias exteriores, se han desarrollado muy recientemente; hasta tal punto que, además de ser extensos y complejos, están formados por canales mucho menos permeables. Consiguientemente, cuando el sistema nervioso no está en estado de plenitud, esos aparatos constituídos los últimos, y los más elevados de todos, son los primeros en que la actividad queda destruída. En lugar de entrar en acción rápidamente sus efectos, cuando existen, llegan demasiado tarde para luchar con los de aparatos subordinados» (1). Esta es, en términos psicofisiológicos, la paráfrasis de la ley de regresión enunciada por Ribot.

(1). Herbert Spencer. *Principes de psychologie*, t. I, pag. 262.

## Clasificación de los fenómenos psíquicos (1)

FENÓMENOS IRREDUCTIBLES		CARACTERES						SÍNTESIS general de los caracte- res.		
		I.—CANTIDAD. (Intensidad).		II.—CUALIDAD (alectividad).		III.—TENDENCIA á la objetiva.			IV.—AFINIDAD (positiva ó negativa).	
		Estados nuevos.	Estados anti- guos.	Posi- tiva.	Nega- tiva.	Sensi- tiva.	Motriz.		Discursiva.	Sintética.
Estados de conciencia.  (Modo de co- nocimiento de las modi- ficaciones fisiológicas)	Sensa- ción. { Interna mo- triz (movi- miento). Externa. }	Atención.	Memo- ria.	Pla- cer.	Pena.	Creen- cia y cer- titud m- bre.	Deseo y volun- tad mo- triz.	Asociación de ideas ó imagina- ción auto- mática.	Percepción y alucinación; imaginación construc- tiva.  Concepción, juicio, razo- miento, vo- luntad ide- ca.	Personalidad ó carácter.

(1) Toulouse, Vashide et Pierron, *Técnica de psicología experimental*. Madrid, Jorro, editor.

Para la exposición comparada de los datos psicológicos recogidos de los dementes, hemos adoptado la clasificación de fenómenos psíquicos usada en la Escuela de Altos Estudios de Villejuif (Cuadro página 33).

Podemos limitarnos, por de pronto, á los fenómenos simples irreductibles, conscientes, que corresponden á sensaciones, tanto internas como externas, y á las imágenes, tanto sensoriales como intelectuales, dependientes de ellas.

Tratamos de apreciar, desde el punto de vista cuantitativo: 1.º El grado de atención *actual* de que son capaces los dementes; 2.º El estado de conservación de sus diversos géneros de memoria (estados psíquicos pasados); desde el punto de vista cualitativo, esas reacciones deben ser apreciadas en su *tonalidad efectiva*, según el estado emocional de pena ó de placer que las acompañe, así como en su tendencia á la objetivación sensitiva (claridad de apreciación) ó motriz (iniciativa, voluntaria ó refleja).

La apreciación del estado de las facultades, propiamente dicha, y del grado de conservación de las *asociaciones de ideas*, de los *procesos* imaginativos, del *razonamiento*, del *juicio*, del *carácter*, etc., no cabe en un criterio experimentalmente fijo, y podemos únicamente deducirla de exámenes múltiples mediante textos variados. Estos exámenes de detalles requieren asociaciones pacientemente suscitadas durante interrogatorios metódicos y reiterados.

Si el examen psíquico de los normales es delicado, lo es mucho más, naturalmente, el de los enfermos que padecen locura con demencia. No podemos aún pedir á la psicología experimental la medida de los grados de demencia ni su proporción por especies; como no podemos clasificar las decadencias mentales diversas según el número de facultades decaídas y la profundidad de los decaimientos, como se diferencian é individualizan los tipos humanos en antropometría.

No debemos pedir á la psicología experimental, en este delicado terreno de la patología mental, sino lo que puede darnos. En el estado actual de nuestros conocimientos puede servir de piedra de toque para atestiguar la existencia de un estado demencial; pero no permite apreciar claramente el grado ni la variedad de él. Aun para diferenciar el síndrome demencia de otros con que frecuentemente se combina (confusiones mentales, delirios, etc.), son necesarias comprobaciones múltiples y minuciosas.

A. ATENCIÓN.—Pero vamos á los hechos y estudiemos la *atención* en las demencias.

Rodemos tomar por tipo de método de medida, á ese respecto, el tiempo de reacción tomado con el cronómetro de d'Arsonval.

Hemos tomado una serie de 12 dementes, elegidos entre todas las variedades, y descomponible en esta forma:

Dementes paralíticos.....	3
Idem precoces.....	3
Idem vesánicos.....	3
Idem seniles.....	3

Paralelamente, y en las mismas condiciones, hemos buscado las cifras correspondientes á un número igual de normales elegido entre nuestro personal, eligiendo personas de cada sexo por terceras partes en las tres épocas de la vida.

Niños.....	3
Adultos.....	6 (3 H y 3 M).
Viejos normales.....	3

Para todos estos individuos hemos realizado series de medidas de IO para cada uno por lo menos, y hemos adoptado como resultado de cada experiencia individual la media de la serie correspondiente. He aquí el resultado obtenido:

Medias de tiempo de reacción en 12 normales.

3 niños.	6 adultos (3 H y 3 M).	3 viejos.
19	13	26

Las mismas *observaciones en un joven epiléptico* simple han dado **28**.

*Tiempos de reacción de los dementes propiamente dichos:*

*Dementes paralíticos.*

1.er período.	2.º período.	3.er período.
33	35	50.5



*Dementes precoces.*

45,4	50,7	48
------	------	----

*Dementes seniles.*

Senilidad precoz.	60 años.	75 años.
27,5	40,3	64

*Dementes vesánicos.*

Hipocondriaco.	Melancólico crónico.	Teomano negador.
42	47,2	49

Estas cifras, tal como las vemos, obtenidas de individuos previamente reconocidos como dementes, muestran ya un contraste manifiesto que resulta de las medidas comparadas de sus tiempos de reacción; no se trata, sin embargo, sino de demencias incompletas, puesto que esos enfermos eran aún susceptibles de ser sometidos á la experiencia común, que consiste, como es sabido, en responder por una presión al ruido de un martillo metálico. Se trata, en tal caso, de una sensación muy sencilla transmitida por el oído al cerebro; el tiempo transcurrido entre el choque del martillo y la respuesta-motriz se registra en una muestra por el recorrido de una aguja que lanza el choque y la presión detiene. Ese tiempo mide la suma de las velocidades de transporte de la corriente nerviosa centripeta de la impresión auditiva y la corriente centrífuga motora. En nuestros

dementes, ese tiempo es notablemente más largo que en los normales, más aún que en el niño ó el viejo, y más notable aún, en los dementes más caracterizados y completos.

Las medias, sin embargo, por instractivas que sean, lo son siempre menos que las series consideradas en detalle.

Tomemos, por ejemplo tres *fichas* de nuestros dementes paralíticos, tomados, uno en el comienzo de la demencia confirmada (primer período), otro en el segundo período, detenido en una fase de remisión incompleta, y el tercero al comenzar el tercer período (debilitación muscular consecutiva antes de guardar cama y del infantilismo).

Vemos para el primero las diez primeras medidas indicar tiempos de reacción muy desiguales.

Hay, podríamos decir, verdaderos pasos en falso de la atención, como el sexto tiempo de reacción en el que la aguja ha recorrido toda la muestra antes de que el enfermo haya respondido al ruido del martillo; la demencia, sin embargo, no es tan acentuada que la repetición de la experiencia no produzca, como en el normal, una adaptación y un progreso en los tiempos finales de reacción (15-17). Sin embargo, la media general continúa siendo superior á 30 (34,5).

La segunda ficha (paralítico general en remisión, segundo período), muestra una media análoga (33), pero con algunos pasos falsos también y una fatiga

final evidente (50-60); en lugar de una adaptación progresiva conservada.

El tercer enfermo da más de 50 de media con un tiempo de reacción casi continuamente inferior á 40 y que puede llegar al doble.

Bourg...	Bout...	Aub...
35	17	80
45	20	42
25	50	43
25	26	60
38	22	45
100	30	50
20	25	50
25	30	35
15	50	50
17	60	50
<hr/>	<hr/>	<hr/>
345	330	505
Media 34,5	33	50,5

Estas alteraciones de la atención en los dementes, en principio, se manifiestan por incapacidad para continuar las ocupaciones un poco continuadas y no automáticas. Aún antes de la incoordinación motriz, que viene frecuentemente á complicar la escena y á veces surge la primera (ictus hemipléxico, por ejemplo), puede la alteración de la atención voluntaria ser motivo de incapacidad profesional inicial que determine el despido de los individuos; la apreciación exacta de la causa escapa generalmente á

las familias que atribuyen en esos casos la enfermedad mental demencial, reconocida inmediatamente, al sentimiento por haber perdido un empleo, siendo así que fué la alteración predemencial causa y no efecto.

La atención voluntaria, dice Ribot, en razón misma de su superior naturaleza y de su extremada complejidad, es un estado, una coordinación que raramente puede nacer y que apenas nacida está siempre en vía de disolución.

Así como los grupos de movimientos simples han de ser organizados y coordinados para permitir la coordinación superior de que nacen los movimientos delicados y complejos, los grupos de estados de conciencia han de ser organizados, asociados y coordinados, para permitir esa coordinación superior á que llamamos atención.

Limitándonos á hechos reales ¿no es bien conocido que la imposibilidad de una atención sostenida, es uno de los primeros síntomas de toda debilitación del espíritu, sea temporal, como en la fiebre, sea permanente, como en la locura? La forma de coordinación más alta es, pues, la menos estable aun en el orden puramente psicológico.

Esta ley de disolución ¿qué es, por otra parte, sino un caso de la gran ley biológica, en virtud de la cual las funciones que se presentan las últimas, son las primeras en degenerar en el individuo, la coordinación automática, precede á la nacida de los

deseos y las pasiones que, á su vez, precede á la voluntaria de la que, por último, las formas más sencillas preceden á las más complejas? En la evolución de las especies, durante siglos, sólo existieron las formas inferiores de la actividad; luego con la creciente complejidad de las coordinaciones, llegó un tiempo en que surgió la voluntad. La vuelta al reinado de las impulsiones, es, pues, por sí misma, una regresión. (Ribot).

B. MEMORIA.—Los textos más sencillos y más cómodamente prácticos para darse cuenta aproximada del grado de alteración demencial de las facultades psíquicas, pueden referirse, generalmente, á una serie de preguntas elementales, referentes á cinco ó seis clases de asuntos.

1.º Preguntas relativas á la persona misma del enfermo (edad, naturaleza, último domicilio, etcétera..., en una palabra, su estado civil).

2.º Preguntas de lugares (de dónde viene ó de dónde es el enfermo y comprobación de nociones generales de los lugares más conocidos y elementales, París, Francia, Europa, etc.).

3.º Preguntas de tiempo (el día, el mes, el año, la apreciación y el recuerdo de sucesos notables recientes, etc.).

4.º Las operaciones aritméticas más sencillas y más corrientemente empleadas, y la apreciación de la edad, y de las fechas comparadas del nacimiento

y de la edad exacta en el momento del examen. Podemos emplear igualmente cuentas de moneda usuales, y cálculos de precios de objetos conocidos; sacados, por ejemplo, de la misma profesión del enfermo, y combinándolos en forma de problemas fáciles (ganancias, salarios, etc.).

En realidad, el médico procede comunmente á la aplicación de esos datos de comprobación psicológica, y todo interrogatorio de enfermo sigue en su comienzo el orden precedentemente indicado, que es, así mismo, el que se adopta para exponer un caso estudiado en los exámenes clínicos y concursos especiales, así como en las relaciones médicas ó certificaciones detalladas para el internamiento ó como perito.

Después de ésa cuádruple operación, se procede, generalmente, á la triple pregunta: *cur, quomodo, quando*. ¿Por qué está usted en el asilo? ¿Cómo ha venido usted? y ¿cuándo han ocurrido, y por qué los hechos que le han hecho venir, y quién es responsable de ellos? Se aborda así un terreno cada vez más complejo, con el fin de poner al médico al tanto de las reacciones particulares ya manifestadas, así como de las concepciones delirantes variadas susceptibles de ir asociadas á la debilitación intelectual que se trata de determinar.

Los datos generales precedentes, comunes al examen de todo enajenado, ofrecen, desde el principio, particularidades notables cuando se trata de casos

de demencia propiamente dichos. Esos datos primeros deben ser, pues, los que nos interesen desde luego como datos psicológicos generales de que podemos sacar los síntomas capitales de la demencia, comunes á todas las formas.

Cuando hacemos á un demente la serie de preguntas relativas á su persona, observamos pronto que las nociones correspondientes están ya claramente alteradas, aun cuando á primera vista la demencia parezca mínima.

Tomemos, por ejemplo, las preguntas más sencillas referentes á *profesión, salario, estado civil, país natal y último domicilio*.

Estas preguntas deben ser formuladas con precaución, pacientemente repetidas al enfermo y aun explicadas, por sencillas que sean, en diversas formas, con el fin de que sean más seguramente comprendidas, y despertar más vivamente la atención.

Las nociones referentes á *profesión* y ocupaciones cotidianas, son las menos alteradas; la de edad, correcta al principio, se altera pronto; el demente, como la coqueta, se *pianta*, y precisamente en la edad á que le hirió la demencia. Se concibe, pues, que el error ha de ser más grande, cuanto más antigua sea la demencia.

En algunos casos de demencia avanzada, el enfermo disminuye progresivamente su edad, como si volviese á una mentalidad infantil, á medida que sus recuerdos se reducen y van refiriéndose á las adqui-

siciones iniciales, que, como veremos, son las últimas en borrarse.

Tenemos, por eso, viejos dementes que se atribuyen edades infantiles, doce, seis ó tres años, y hablan y se mueven como niños; lo que ha hecho que algunos autores llamen puerilismo á esa regresión.

Cuanto á profesión, es frecuente oír en el comienzo de las demencias contestaciones aparentemente contradictorias. Pueden indicar profesiones diferentes, y á primera vista incompatibles.

Uno de nuestros enfermos, repetidamente interrogado, contestaba unas veces *cochero* y otros *ingeniero*, y es que había sido ambas cosas: ingeniero hasta que la demencia alcohólica, con la ayuda de la edad y la intemperancia, hizo de él un *déclassé*, y cochero cuando tuvo que buscar una profesión compatible con su decadencia física y social.

Pero el contraste en otras demencias, es tal, que resulta un carácter típico de la demencia paralítica. Tal es el caso del demente paralítico que en su megalomanía demencial se creía Papa ó Emperador, al mismo tiempo que decía ser zuequero. El contraste puede no ser tan grotesco, y el cochero creerse ingeniero genial. Pero en este caso sólo la profesión modesta es verídica, la otra es imaginaria, y esto salta á la vista cuando el demente se cree un potentado espiritual ó temporal. El contraste se hace notar cuando se le pregunta su salario: contestará que gana 3 francos con sus zapatos y luego que 3.000



como almirante; pero si se le pregunta á cuanto asciende su ganancia mensual, dará una cifra aceptable para la zapatería, pero absurda para el almirantazgo. Los dementes paralíticos, incapaces como veremos, de cálculos justos cuando se trata de un cierto número de cifras, dan frecuentemente como cifra de sueldo anual una muy poco diferente de la que indican como haber diario ó mensual. El error demencial salta entonces á la vista.

Puede decirse en estos casos que hay ya alteración de la personalidad, coexistiendo la antigua, la de zapatero, con la del megalomano omnipotente: esta misma omnipotencia hace sostenible el absurdo y el mismo demente puede hacérselo notar. Un paralítico de ese género, á quien yo trataba de demostrar la incompatibilidad de sus afirmaciones de fortuna con sus cálculos inextricables, me contestó que yo no podía comprenderlos, mientras que á él no le preocupaban las incompatibilidades, porque su calidad de Dios le colocaba muy por cima de ellas.

En realidad, la omnipotencia debe poder conciliar lo absurdo, como la fe de Tertuliano, y los dementes lo sienten así; por eso sus distintas respuestas á una misma pregunta son esencialmente móviles, contradictorias, difusas y aun absurdas; pero no por eso menos instructivas para el psicólogo. Esos caracteres se acentúan proporcionalmente al grado de decadencia psíquica, y se puede, estudiando dementes en evolución, *jalonar* por sus respuestas, cada

vez más características, las etapas progresivas de la demencia.

*Annesia demencial de las representaciones del sentido interno.*—En un grado más avanzado se ve á esos enfermos perder la noción de su personalidad, después de haberla visto disociarse, desmigajarse, por decirlo así, y extinguirse hasta el punto que algunos reconocen el nombre que fué suyo y sus atributos de origen (país natal, año de nacimiento, etc.), pero buscan en vano una figura á que aplicar aquellos atributos cuyo dueño olvidaron.

Esta depersonalización del demente ofrece matices particulares, según la especie de demencia, antes de la pérdida total de la noción de las correlaciones existentes entre los atributos de su personalidad y de lo que sobrevive de su yo, los hay que aún pueden hablar de sí mismos, pero lo hacen ya en tercera persona, como hablamos de un individuo á quien conocimos mucho. Es muy frecuente encontrar en los asilos dementes incapaces de decir quien son; pero si se les habla de un tal Fulano, que nació en tal parte, el año tantos, dan acerca de él noticias completamente exactas. El fenómeno que se da en ellos es semejante al que se da en el afásico sensorial.

El enfermo afecto de ceguera verbal no puede decir el nombre de un lápiz que se le muestre; pero si se le dice el nombre; designa inmediatamente el ob-

jeto. Análogamente algunos dementes no sienten su propia personalidad, pero si se les evocan los elementos por los sentidos externos, se puede suscitar la expresión de las asociaciones correspondientes. Parece que existe del lado cenestésico una anestesia comparable á la de los afásicos citados.

Esquirol habla de dementes vesánicos con tal amnesia de sus impresiones corporales cenestésicas que perdían su propio cuerpo y le buscaban como un objeto perdido. «No tengo cuerpo—decía constantemente uno de ellos—¿qué va á ser de mí? Devolvedme mi cuerpo».

Esa sensación negativa puede ser parcial y Esquirol pone cerca de los casos citados los de enfermos que, no sintiendo como propia una determinada parte de su cuerpo, afirman que es de cera, de cristal, de manteca, etc.

Frecuentemente, esos enfermos, amputados subjetivos, atribuyen esa parte de su personalidad física á un sér extraño, y hablan de ella sin emplear la primera persona, como hablarían de un muerto ó de un ausente.

«En estado normal, dice Ribot, la personalidad es una coordinación psíquico-fisiológica, lo más perfecta posible, que se mantiene no obstante cambios perpetuos é incoordinaciones pasajeras (impulsiones bruscas, ideas extrañas, etc.); la demencia, que es una marcha progresiva en la disolución física y mental, debe traducirse por una incoordinación siempre

creciente hasta el instante en que el yo desaparece en la incoherencia absoluta. Entonces sólo subsisten en el individuo las coordinaciones puramente vitales, las mejor organizadas, las más inferiores, las más sencillas y, consiguientemente, las más estables que luego desaparecen á su vez».

Entre la alteración inicial de la personalidad y su extinción, observamos, pues, fragmentaciones de ella. El enfermo se cree dividido y habla de sí mismo, unas veces en primera y otras en tercera persona; el *yo* alterna con *él* ó conversa en diálogo consigo mismo, hablándose de tú ó de usted.

He publicado tres observaciones de dementes ve-sánicos con personalidad disociada en el curso de un delirio antiguo sistematizado. En uno de esos casos, el enfermo megalomano, presentaba una persistencia de su personalidad primitiva al lado de la nueva correspondiente á su delirio ambicioso. Hablaba de sí mismo en tercera persona, como el enfermo de Leuret, maldiciendo su propio nombre y quejándose amargamente de que aquella personalidad, que consideraba extraña, le insultase. Diferentemente á lo que ocurrió en el caso de Leuret, había en este substitución de un yo ambicioso al antiguo; pero los elementos persistentes de este último correspondían á la supervivencia de las ideas de persecución en el período megalomaniaco. En otros dos casos existía la misma disociación de la personalidad; pero sin oposición entre ambos elementos. Uno creía tener á su

hijo y otro á su madre en el estómago. Ambos hablaban unas veces en su propio nombre y otras en nombre de la personalidad incluída, lo que daba á sus peroraciones una incoherencia más aparente que real. Es la pseudo-demencia señalada por M. Christian (1) y cuyo mecanismo se explica muy lógicamente por el automatismo motor verbal que existía en estos dos casos como en el precedente.

En estos dementes, la desorganización se organiza: se creen dobles y hablan y obran como dobles. Para ellos no hay duda. No han conservado ese resto de indecisión que en numerosos casos (histerias y psicopatías no demenciales diversas) demuestran que la personalidad normal (lo que queda de ella) guarda una fuerza que al cabo de algún tiempo asegurará su reintegración. Les parece tan natural ser dobles como á nosotros ser sencillos. Su manera de ser, lo que les da su conciencia, les aparece con tal carácter de claridad y evidencia, que queda absolutamente fuera de duda.

Ribot ha insistido magistralmente en este punto y demostrado, en las alteraciones mentales de la personalidad, la espontaneidad de afirmación y de acción que caracteriza esos estados y los aproxima á lo normal, diferentemente de lo que ocurre en las alteraciones no demenciales de la personalidad en las

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 6.<sup>a</sup> serie, t. VI, pág. 80.

que el enfermo, más ó menos consciente, asiste en cierto modo á la excisión de que su síntesis mental anterior y completa es teatro.

Ribot cita un caso que recordaremos: «Un ex-soldado, D..., después polizonte, consecutivamente á golpes recibidos en la cabeza, sufrió una debilitación gradual de la memoria que le hizo pedir el retiro y, perturbándole cada vez, más le hizo creerse doble. Hablaba siempre en primera persona de plural: «iremos, hemos andado mucho.» Decía que hablaba así porque había otro con él. Á veces corría y al preguntarle por qué, contestaba que él bien quisiera estar quieto; pero que el otro le obligaba á correr, aunque procuraba detenerle tirándole de la ropa. Un día precipitose sobre un niño para estrangularle, diciendo que no lo hacía él sino «el otro», y, finalmente, intentó suicidarse para matar al «otro» que creía tener oculto en el lado izquierdo de su cuerpo, por esto le llamaba el D... izquierdo y se llamaba á sí propio el D... derecho. Este enfermo cayó poco á poco en demencia».

Un demente paralítico, del Dr. Descourtis, en un estado próximo á la demencia, no cesaba de darse consejos y hacerse reproches: «Sabe usted, señor G..., que le han traído á este establecimiento... Le advertimos á usted que estamos disgustadísimos de V.» etcétera. Á medida que la parálisis general progresó, las palabras fueron haciéndose menos inteligibles. Sin embargo, en medio del delirio, el enfermo seguía con-

versando consigo mismo. Á veces se preguntaba y se respondía. Llegado á la demencia casi absoluta, presentaba aún el mismo fenómeno. Gritaba, se agitaba, pero de pronto se calmaba y decía en voz baja con un gesto significativo: «¿Quieres callarte?» «Habla más bajo». Y se contestaba: «Sí, hablaré más bajo». Otro día le encontramos ocupado en hacer continuos movimientos de degustación y esputación. Le preguntamos: ¿Se divierte usted, señor G...? Y respondió: «¿Cuál?» Volviendo después á su incoherencia. La respuesta, reproducida textualmente, como la pregunta, podrá parecer casual; pero concuerda tan perfectamente con el estado de dualidad observado durante mucho tiempo en este enfermo, que no hemos creído deber pasarla en silencio (1).

Es posible, observa Ribot recordando esos casos, que la segunda personalidad, que aconseja y amonesta á la otra, no sea sino reproducción puramente pasiva de lo dicho al enfermo por sus médicos ó sus guardianes. Observemos también que no es raro que los dementes hablen de sí mismos en tercera persona. Lo mismo ocurre en los niños, y se ha sostenido que eso depende de que su personalidad no ha nacido aún. Podría no haber en esto sino un fenómeno de imitación. El empleo de la tercera persona por

(1) Descourtis. *On fractionnement des opérations cérébrales, et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies*. Paris, 1882. Véanse otros hechos citados antes.

muchos dementes, podría también en muchos casos ser un fenómeno de regresión.

Pero la doble personalidad no está siempre de perfecto acuerdo, y junto á los casos en que el diálogo queda reducido á consejos reconfortantes, ó cuando más á discusiones amenas, hay otros en que ambas personalidades se contrarían.

¿Cómo explicar, dice Ribot, esa situación singular sin admitir un cambio profundo en la cenestesia, sin suponer que determinadas partes del cuerpo no están representadas, no son sentidas en aquel cerebro en ruínas? La percepción visual subsiste (la experiencia lo demuestra); pero el enfermo ve sus propios movimientos como un fenómeno exterior, antagonista, que ni atribuye á su propio sér, ni al de los demás, que conoce pasivamente sin hacer más averiguaciones, porque estando sus sensaciones internas abolidas y su facultad de razonar impotente, no tiene remedio alguno para esa incoordinación.

Descourtis habla de otro demente paralítico que tenía el lenguaje apenas inteligible y la noción del mundo exterior muy debilitada. «Un día ocupábase en mondar guisantes. Aunque carecía de habilidad y no era zurdo, empleaba sólo la mano izquierda. Cuando su mano derecha trataba de tomar parte en el trabajo, la otra la contenía, y el enfermo, mientras su rostro expresaba violenta cólera, repetía autoritariamente: ¡No! ¡No!, y revelaba con extremada agitación la lucha violenta que consigo mismo sos-



tenía. Otra vez fué necesario atarle en un sillón, y, expresando el mayor disgusto, cogió asimismo su mano derecha con la izquierda y la golpeó violentamente mientras decía: ¿Ves? ¡Por tí me han atado!

»Estos dos hechos no son únicos. Otras muchas veces pudimos observar que cuando la mano derecha salía de su inercia habitual, el enfermo la detenía con la izquierda. Se incomodaba, se agitaba y la golpeaba tan violentamente como se lo permitían sus fuerzas. La sensibilidad, aunque obtusa, perduraba en el miembro superior derecho como en el resto del individuo».

Algunos dementes atribuyen á los otros enfermos el ruido que hacen ellos mismos, y protestan de que les molesten con sus gritos.

Otros atribuyen sus propios movimientos á los objetos inanimados: uno de mis dementes paralíticos tenía temblores musculares rítmicos, con grandes oscilaciones que, aun durante el reposo, movían el lecho, y se quejaba de estar acostado en un columpio. «Mi cama tiembla», decía tomando el efecto por la causa.

Hunter cita el caso de un demente que refería al presente cuanto le había acontecido durante su infancia. «Aunque en estado de obrar correctamente, con respecto á determinadas impresiones, y atribuir las á las partes de su cuerpo á que afectaban, tenía la costumbre de referir las propias sensaciones á los que le rodeaban. Así, por ejemplo, decía á sus enfer-

meros que estaba seguro de que tenían sed; pero si le daban de comer ó de beber, demostraba que aquella idea absurda le había sido sugerida por la sensación de hambre y de sed, y que al decir «tenéis» se refería á sí mismo. Tenía violentos accesos de tos, y después de cada paroxismo reanudaba la conversación; pero lamentando antes con palabras apropiadas el mal estado de su amigo. «Me da pena, decía, oírse toser tan fatigosamente» (1).

Poco á poco la incoordinación fué creciendo hasta llegar á la incoherencia final.

Algunos antiguos dementes por vesania crónica, capaces aún de expresarse claramente, no obstante los profundos desórdenes de su mentalidad, afirman que están muertos y niegan la propia existencia con la mayor energía; si se les hace observar que, puesto que niegan, existen, contestan que es una máquina, un autómatas, un muñeco movido por alambres, una sombra, un cadáver; pero no su persona. «Estoy muerto», dicen, ó lo que es lo mismo, «X (su nombre) está muerto».

Á este género pertenecen también los dementes melancólicos que dicen no ser sino un saco de ratones ó algo semejante; son generalmente afectos de zoantropía que creen tener animales dentro de su organismo, y finalmente, después de haber convivido

(1) Hunter y Winslov. *On obscure Diseases of the Brain*, pág. 278.

con tales parásitos, transforman en ellos su primitiva personalidad. He llamado microzoántropos á los dementes cuya individualidad se desmigaja hasta el máximum y se creen transformados en un cúmulo de microbios. Parecen expresar así la disociación de su yo en partículas infinitesimales. Son dementes negadores de la propia personalidad que llegan, generalmente, á la negación sistemática de todo lo existente, como de sí mismos.

Aparte de estos casos de delirios sistemáticos secundarios con demencia negadora, se puede observar otros en que la personalidad se disocia igualmente; pero por otros mecanismos.

Así hemos observado una enferma anteriormente degenerada con cropolalia y fobias diversas episódicas. La cropolalia ó impulsión obsesionante á decir palabras groseras era completamente interior y no había llegado nunca á hacerla decir groserías. En la época de la menopausia sobrevino un ictos á consecuencia de un viaje fatigoso. La enferma herida por la amnesia, se perdió al llegar á la estación y permaneció en el hotel negándose á levantarse é incapaz de decir su nombre ni su domicilio.

Comenzó á divagar imaginándose que por la noche la esperaban para llevarla en automóvil para casarla con el rey de Grecia. . . .

Temía que la envenenasen ó trataran de asesinarla (ocultaba un cuchillo de mesa bajo la almohada para defenderse).

Cuando su familia la encontró al fin no reconoció á sus parientes, y se encolerizaba contra ellos.

La coprolalia reapareció transformada. La enferma se quejaba de que una banda de apaches ocupaba su interior, y profería por su boca abominables groserías que ella articulaba, en efecto, atribuyéndoselas á los huéspedes.

Más tarde sintió bullir en su interior gusanos que, según ella, rodeaban sus intestinos y la cosquilleaban; hacía oír los borborigmos de su abdomen, en prueba de sus afirmaciones, y creía oír hablar á los gusanos insultándola. (Probablemente por asociación de articulaciones verbales y de imágenes auditivas con sensaciones musculares de las tónicas intestinales).

Otros enfermos desdoblados se creen en poder de uno ó varios parásitos, que los vejan é insultan de palabra y aun por escrito.

Tal es el caso del demente de que reproducimos curiosos escritos, en que expresa, primero, que habla él mismo, y luego que cede la palabra á un intruso que le amenaza con matarle ó robarle, le insulta (copografía inconsciente) y le lleva la mano.

Finalmente, el intruso le reconoce por excelente persona, le dice que ha viajado mucho con él, y desaparece cuando la enfermedad progresa.

En los dementes negadores la constitución del yo está profundamente alterada, y la facultad de sentir herida por reflexión. «En tal caso, son las personas

que les rodean ó las cosas del mundo exterior las que constituyen el objeto de sus negaciones: los

Je ne quitte <sup>que</sup> jamais  
 ma Bouche  
 Je ne veur boire mon  
 nommei Gal sont  
 pour avoir cest 40 mille francs  
 o Monneur est un cho d'ou  
 veche assassin je lui la  
 min  
 M. Gal est brase  
 Garçon j'ai toujour voyagé

FIG. 8.<sup>a</sup>—Escritura inconsciente de un demente paralítico quejándose de trastornos psico-motores, perdiendo luego la conciencia de que era él quien escribía, y amenazándose é insultándose. Habla de sí mismo en tercera persona en eufasia final.

enfermos no tienen familia, sus amigos no son tales amigos, niegan lá naturaleza ó la existencia de las cosas que les rodean... Por último, esas negaciones

no se refieren sólo á cosas y personas, sino á lo abstracto (1).

El enfermo comienza por dudar de su propia personalidad, luego la niega; antes de ser totalmente anulada la personalidad íntegra lo ha sido ya, y las negaciones parciales preceden á la total.

Una vez realizada ésta, por lo menos cuanto á la existencia actual del enfermo, pueden subsistir las antiguas adquisiciones, es decir, los elementos de la personalidad perdida; pero con existencia localizada en el pasado. Esta personalidad primitiva puede ser también retrospectivamente negada, y, en tal caso, no solo no existe el enfermo, sino que tampoco ha existido antes.

La misma evolución observamos tratándose de personas extrañas; las personas que se le muestran tienen algo que le recuerda otras conocidas; pero no son íntegramente las mismas, luego llegan á negar su existencia.

Entonces todo le parece espejismo, apariencia incorpórea; no puede, desde luego, negar fenómenos tales como la visión de una persona, el sonido de su voz, contacto de sus manos, etc., y, no obstante, le falta ese no sé qué esencial que distingue la realidad de la apariencia. Aún sabe conocer, sin embargo, puesto que la presentación de un objeto provoca por su parte una negación particular... Presentáron-

(1) Séglas. *Idées de négations en Cliniques mentales.*

le, por ejemplo, una rosa, sin decirle nada, y exclamó: «Eso no es una rosa». La idea y la palabra perduraban, pero aparecíanle, por decirlo así, *vacías de sentido*, según la expresión de Cotard.

Parece que la aberración de las percepciones actuales no siempre se extiende simultáneamente á las percepciones antiguas; los enfermos dudan sólo cuando se les habla de otras personas, y las niegan cuando las ven.

Las percepciones actuales son desconocidas ó negadas en sus objetos, las imágenes registradas en época en que la mentalidad no estaba aún herida, son todavía reconocidas normales hasta que á su vez se alteran, como las correspondientes á adquisiciones ulteriores. Esta disociación progresiva de la síntesis mental implica, pues, un proceso retrógrado, un delirio retrospectivo especial. Á medida que los fenómenos se dibujan, las tendencias negadoras acentúanse; el enfermo llega á negar, no ya el objeto percibido, sino además las mismas percepciones visuales, auditivas, táctiles, etc. ¿Cómo podría ver careciendo de ojos, orejas, manos.... de todo?

Á este propósito, no deja de tener interés señalar el orden en que se alteran los diferentes elementos constitutivos del conjunto de nuestras percepciones psico-sensoriales. Los relativos al sentido interno y á las percepciones orgánicas cenestésicas parecen ser los primeros en alterarse. Los enfermos se quejan frecuentemente de alteraciones viscerales; les han

cambiado el cerebro; no tienen corazón, hígado, pulmones..., etc.

Inmediatamente se altera el sentido muscular. El negador desconoce sus propios movimientos, se los atribuye á otros y acaba por negarlos. Por último, la sensibilidad tegumentaria (sentido externo del tacto y sentidos especiales), experimenta á su vez la misma alteración; el mundo exterior desaparece en el presente primero y en el pasado luego.

Como alguien ha dicho, los sentidos externos circunscriben la personalidad, pero no la constituyen; así se comprende que todos los fenómenos mórbidos puedan aquí ser referidos á la pérdida inicial del sentimiento de la propia individualidad, consecuencia ineludible de una alteración cenestésica demencial.

Nos sentimos vivir por la percepción oscura inconsciente, pero continua. De esa noción sacamos las de otras existencias análogas, causas, como ella, de fenómenos percibidos. Si al substratum esencial de esas nociones primeras falta, el lazo que une los fenómenos á la noción de realidad afirmable, queda roto, nada existe.

La diferencia que hay entre esas extinciones de percepciones ó de recuerdos cenestésicos (y secundariamente de la personalidad), en las demencias bruscas y en las lentamente progresivas, consiste en una fase más ó menos clara de disociación de la síntesis psíquica correspondiente al período intermedio



entre el estado anormal y el demencial confirmado. Las demencias progresivas por delirio crónico sistematizado, son aquéllas en que la gradación se observa con más lentitud y mayor posibilidad de análisis psicológico, pero á condición de seguir á los mismos enfermos durante muchos años y con mucha atención.

En algunos casos de delirio crónico es posible asistir al renacimiento de un yo nuevo sobre los restos del primitivo, después de un primer período de disgregación psíquica.

Se ha propuesto, para esos casos de demencias en delirios crónicos, el nombre de pseudo-demencias, en razón á que persisten esos elementos vivaces de la síntesis psíquica anterior, á diferencia de las demás demencias en que desaparecen más íntegra y definitivamente.

Citaremos un ejemplo en camino de demencia, aunque todavía en la fase megalomaniaca.

T... es alienado desde hace diez años. Comenzó por ser hipocondriaco persecutorio durante cinco.

En la actualidad presenta una hipertrofia creciente del yo, después de haber cambiado de personalidad. Cuenta, en efecto, con lujo de detalles, que el llamado T... (él) fué asesinado en condiciones misteriosas y complicadas de que él sólo tiene el secreto.

Él es un noble extranjero, de origen ruso, habla todas las lenguas vivas y muertas y las escribe (criptografía fantasista). Escribe frecuentes telegramas á

los embajadores en escritura criptográfica de que solo él tiene la clave. Cuando le presentan extranjeros ¡les habla en su lengua! Pinta y dibuja composiciones muy curiosas y variadas.

Ha compuesto y dibujado todo un herbario creando una nueva flora; las flores, las hojas y los frutos son inexistentes ó representan, según él, especies desaparecidas ó exóticas cuyos nombres da.

Protesta porque no contestan á sus telegramas y al leer los periódicos afirma que cuanto ocurre es consecuencia de órdenes que el dió el día antes.

La noticia de la erupción del Monte Pelado, le hizo exclamar: «¡He aquí como les he castigado! Yo he desençadenado el volcán», y otro tanto hace con todos los acontecimientos.

Es el ya deseado comparable al ya visto.

Pinta, pero cuanto se le da para copiar lo ha pintado él antes. Los Téniers y todas las demás obras de arte clásico es él quien las hizo. «Pinté eso hace 600 años», dice. Es el ya visto y ya hecho en toda la línea.

Vemos en este caso al yo en conjunto desagregarse é hipertrofiarse: sus límites en el tiempo y en el espacio se hacen indistintos, parece amplificarse.

—Podemos referir á los dementés paragráficos los numerosos delirantes crónicos, caracterizados por una alteración típica del vocabulario hablado ó escrito. Esos enfermos, creyendo conformar su actitud, su mímica y sus expresiones á una personalidad

nueva, extraordinaria, abandonan su lenguaje corriente habitual, y se expresan en términos estereotipados correspondientes á caracteres gráficos insólitos, aunque sistemáticos, pero que únicamente para ellos tienen sentido.

Es una criptografía incomprensible que á veces, no obstante, parece sometida á una clave, porque estos enfermos al principio no alteran más que algunas letras ó algunas palabras, principalmente la firma y los pronombres que determinan la propia personalidad (yo, mí, mío, etc.). Estas aberraciones gráficas parecen progresivas y se ve la escritura parcialmente alterada y coincidente aún con la conservación de la escritura normal, dejar poco á poco el campo á la criptografía pura, en la que casi nunca subsiste rasgo alguno de los caracteres normales. En el lenguaje hablado se observa una alteración parcial primero y total después, paralela á la descripta.

La actitud general, el hábito exterior y la mímica se alteran igualmente.

Se observa entonces en esos mismos dementes esas típicas *bizarrias* de traje, esas actitudes hieráticas ó esas expresiones de una majestad bufa, testimonio de la convicción en una personalidad final grandiosa.

Gestos, encantamientos acompañan frecuentemente á esas particularidades del traje en estos dementes, en los que no es raro encontrar aun vestigios de la corriente inicial persecutoria.

Daremos, á propósito de las particularidades de la

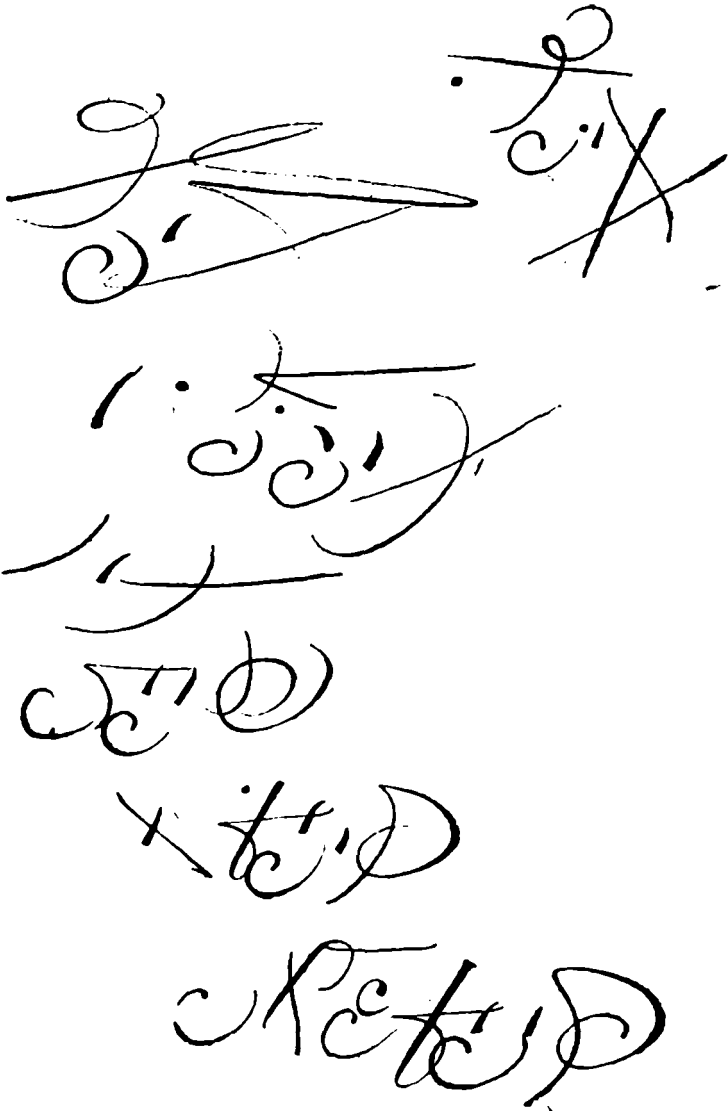


FIG. 9.<sup>a</sup>—Escritura criptográfica

expresión, de la mímica y de la escritura de esos dementes, figuras que demostrarán esas particularidades

mejor que estas referencias por minuciosas que sean.



de un demente vesánico.

Es de notar que tales estereotipias del gesto, el traje y la expresión de esos deménten, se asemejan á

algunas estereotipias repentinas de dementes precoces de las que un delirio rápido ha podido, en los comienzos, permitir la génesis, pero en que la mentalidad, rápidamente destrozada, sólo ha dejado la cáscara externa, valga la frase, de las manifestaciones en que se desarrolló la psicosis activa.

AMNESIA DEMENCIAL DE LAS REPRESENTACIONES EXTERNAS.—En las alteraciones de la personalidad de los dementes que llevamos estudiadas, hemos encontrado ya constantemente reflejos de alteraciones de otras facultades, y, particularmente, de la memoria y del sentimiento, y esto porque las categorías psicológicas artificiales por nosotros distinguidas no tienen nada de reales, y las divisiones teóricas á que nos sometemos no tienen otra razón de ser que la incapacidad en que está nuestro espíritu de abarcar en conjunto la complejidad de los fenómenos tan íntimamente unidos.

Conservaremos, sin embargo, el orden adoptado para examinar los estados de la memoria en las demencias.

La memoria es la facultad que sufre las primeras y más profundas transformaciones y alteraciones en las diversas demencias, y sus aberraciones más frecuentes consisten en amnesias progresivas variadas.

Las amnesias *progresivas*, dice Ribot, son aquéllas que, mediante un trabajo de disolución lento y continuo, conducen á la abolición completa de la memo-

ria (1). Esta definición es aplicable á la mayoría de los casos de demencia; aunque con la diferencia de que cabe distinguir casos en que la progresión es lenta é insensible, aunque generalizada y continua y otros en que está sujeta á remisión parcial, á ataques bruscos y aún á un comienzo explosivo.

En estos últimos casos (los de ictus brusco) el estudio de los fenómenos amnésicos sólo es interesante porque quedan limitados á un campo bien determinado; si el ictus ha herido demasiado profundamente la mentalidad, los efectos son demasiado múltiples y complejos para poder deducir de ellos una ley sencilla. Cuando el ictus es ligero se localiza en determinados hechos, actos ó sensaciones, que el enfermo no puede recordar.

Se produce entonces, por causas internas, un fenómeno idéntico al observado en casos de traumatismo externo que alcanza á un determinado campo cerebral con exclusión de los otros. La naturaleza practica entonces una verdadera experiencia en el vivo que puede ser muy provechosa para el psicólogo, y á veces también para el enfermo y para la medicina, porque un daño circunscrito y bien localizado, puede permitir una intervención útil en las condiciones claramente apropiadas y hasta reeducaciones psicológicas ulteriores completamente, reparadoras por compensación.

(1) Ribot. *Enfermedades de la memoria*.—Madrid, Jorro.

Muy excepcionalmente las alteraciones por disminución funcional de los sentidos externos son precedidas de un período de aparente hiperestesia.

Ciertas demencias inminentes se anuncian por una excitabilidad extrema de tal ó cual sentido especial, ftofobia, por ejemplo, indicando una retina irritable como el encéfalo ó *hyperacusia* como en el caso del hermano de Goncourt, enfermo de demencia paralítica.

«El ruido, dice Edmundo de Goncourt en una nota á las *Lettres*, de Julio, habíase convertido en una verdadera obsesión para mi hermano, quien decía que le parecía tener una «oreja en el hueco del estómago». Y, realmente, en él había tomado, y fué tomando á medida que la enfermedad crecía, y como una fiebre ridícula y mortal á la vez, el carácter de persecución de los hechos y los ambientes de su vida...

«Aquella obsesión del ruido hizo á mi hermano esbozar, en sus insomnios nocturnos, un cuento siniestro... la historia de un hombre eternamente perseguido por el ruido».

«Aquel hombre recorría los más extraños lugares en busca del silencio; concluía por suicidarse, buscando el reposo en la tumba, y ni aun allí le encontraba, porque el ruido de los gusanos le impedía dormir.

«¡Oh, el ruido, el ruido, el ruido! ¡No puedo soportar los pájaros! He llegado á gritarlos como Débureau



al ruiñeñor: «¿Quieres callarte, bestia horrible?» Cartas de J. de Goncourt. París, 1885.

Algunos dementes, aun habiendo conservado la visión, son incapaces de reconocer los objetos ó de recordarlos mentalmente.

Este fenómeno ha sido estudiado aisladamente por Quaglio en 1868. Finkelburg, en 1870, ha reseñado varias observaciones de demencias parciales de ese género.

En una de esas observaciones, el enfermo no reconocía ni los lugares ni las gentes; otro confundía las teclas del piano y no podía servirse de ellas; un tercero no podía utilizar las monedas; otro no comprendía las fórmulas usuales de cortesía. Finkelburg dió á esos fenómenos de incoordinaciones psíquicas y suspensiones de asociación el nombre de asimbo-lia. En 1873, Gozol publicó un caso de pérdida de significación de los objetos usuales, en que el enfermo se comía el jabón y orinaba en el jarro para agua.

Es frecuente la presencia de semejantes aberraciones en nuestros dementes, en los que esas amnesias están combinadas entre sí y con otras. Los dementes, si no se les impidiera hacerlo, se lavarían ó beberían en su vaso de noche.

Falta en ellos el conocimiento de la significación de un objeto, de un acto, porque han desaparecido las imágenes esenciales para la concepción de ese objeto (Wernicke).

Un vago recuerdo parece subsistir, sin embargo, el vaso de noche de vidrio, semejando hasta cierto punto, por ejemplo, á una vasija de otro género, puede dar ocasión para que se confunda un afásico que reconoce una palabra oída ó leída como tal palabra, sin saber lo que significa, no como simple ruido ó por un rasgo cualquiera.

Spamer ha restringido más el așimbolismo, definiendo como tal el desconocimiento de los símbolos (palabras, cifras, fórmulas, etc.); al desconocimiento de los objetos le damos en tal caso el nombre de agnosia.

Los enfermos de Wilbrand y de Lissauer recordaban y describían cosas y gentes; pero luego, viéndolos, no acertaban á identificarlos; hay en estos casos falta de identificación entre las imágenes recuerdos y las sensaciones brutas.

Grenow, Uththoff y Vorster, han citado casos análogos, pero en los que persistían determinados recuerdos de asociaciones automáticas inconscientes. Un demente, por ejemplo, no sabía dónde estaba, ni conocía á nada ni á nadie; hablaba de aquéllos con quienes hablaba y del pueblo donde vivía como de algo que había conocido, pero sin relación con la realidad actual; abandonado á sí mismo se regía, no obstante, como automáticamente.

Acababa de escribir su nombre, se le decía que le leyera y contestaba: «Sé que es mi nombre lo que he escrito, pero no puedo leerle». Acababa de escri-

bir el nombre del asilo ó lo escribíamos ante él sobre otra hoja de papel y se le dábamos para que leyera; al principio no podía, se esforzaba para hacerlo, y mientras se entregaba á ese trabajo, se observaba que con el extremo de su índice derecho dibujaba una á una las letras, y así conseguía, después de mucho trabajo, decir «*La Salpêtrière*». Le presentábamos una página impresa y decía inmediatamente: «Leo peor lo impreso que lo manuscrito, porque en lo escrito me es fácil reproducir idealmente las letras con la mano derecha, cosa que me es muy difícil con los caracteres impresos». Nunca, en efecto, había tratado de trazar con la mano los caracteres impresos. Tardaba ocho minutos en leer una línea impresa y sólo tres en leer una manuscrita. Se observaba, que al leer, el enfermo trazaba siempre caracteres en el espacio con la mano derecha; haciéndole poner las manos en la espalda y mandándole leer se le veía trazar las letras con el índice sobre la uña del pulgar. Para leer lo impreso necesitaba tener la pluma; mediante ella hacía signos que le facilitaban el trabajo (1). Se ve muy bien, en este caso, la busca de un intermediario eficaz, la educación que se rehace por nuevos procedimientos, la conquista intentada por el poder personal de un dominio que le estuvo sometido, y la enfermedad le había hecho per-

(1) Dr. Bernard. *De l'aphasic et de ses diverses formes*. Paris, 1885.

der, destruyendo los medios de acción que él empleaba antes, y obligándole á reemplazarlos lo mejor posible con las facultades que subsisten (Paulhan, *La voluntad* (I).

En la demencia, estos casos son de observación corriente. Desgraciadamente, para el punto de vista psicológico, su estudio es difícilísimo á causa de las asociaciones demenciales múltiples que le complican.

Como Claparède hace notar la agnosia, puede depender de una insuficiencia de los receptores periféricos, de los receptores centrales (células corticales) ó de los conductores intermediarios.

Somerling há citado casos de agnosia dependientes de la disopsia; los ciegos de nacimiento operados de cataratas están en ese caso hasta que logran asociar corticalmente su nueva percepción á sus nuevas adquisiciones. Mauthier, Charcot y Wilbrand han publicado casos de agnosia sin lesión periférica.

Un enfermo de Charcot había perdido las imágenes de asociaciones mnemónicas: recordaba su mujer; pero la veía sin reconocerla, como una persona nueva, y lo mismo le ocurría con otras personas y con los objetos.

Las destrucciones corticales de Munk en anima-

les vivos, realizan demencias parciales experimentales que confirman los datos precedentes para todos los centros sensitivo sensoriales, y aun para los centros de asociaciones y de memorias motrices. El animal ve el látigo; pero por no asociar esa imagen con la mnemónica del dolor producido por el fustazo, no le reconoce y no muestra miedo.

Haya abolición total, ó únicamente parcial de los recuerdos y asociaciones. La causa real de esas amnesias en las demencias es una incomprensión, por interrupción de las vías de asociaciones.

La comprensión indica un movimiento, una actitud, un acto en estado naciente correspondiente á la noción del objeto reconocido. Es que las imágenes kinestésicas desempeñan en la vida psíquica normal un papel considerable (Claparède).

El recuerdo de esas imágenes se altera también en las demencias, y esta forma de agnosia recibe el nombre de *apraxia*.

Los dementes se sirven entonces á tontas y á locas de los objetos, y hacen gestos absurdos. Un demente de Freund cogía su pluma por el extremo contrario, otro, de Rabus, comía con la cuchara del revés, y otro, de Burr, no acertaba á vestirse correctamente. En los hospitales, los dementes paráliticos se hacen notar frecuentemente por la manera de vestirse, de abrochar la americana con el chaleco, llevar la americana del revés, etc., etc.; los dementes precoces hacen frecuentemente un uso sistemá-

tico paradójico de sus ropas; se ponen, por ejemplo, la gorra en los pies, ó los zapatos en la cabeza.

La facultad de reconocer y el sentimiento de lo ya visto parecen distintos. Consecutivamente, á una lesión muy limitada, puede perdurar un número de asociaciones suficiente para el reconocióimiento del objeto en general, y no para el reconocióimiento del objeto en particular, es la inversión del fenómeno del falso reconocióimiento en el que se experimenta el sentimiento de lo ya visto ante un objeto que intelectualmente no reconocemos por completo. (Claparède).

Un enfermo de Bernheim, por ejemplo, tenía muy desarrollado el sentimiento de lo ya visto, aunque no reconocía los objetos. Le mostraban un manójo de llaves, y afirmaba saber lo que aquéello era. «Es para escribir», añadía, y trataba de hacerlo; luego, viendo que le era imposible, rectificaba: «Lo he visto cien millones de veces; es un aparato para sembrar». Hacían entonces ante él ademán de abrir una puerta, y le preguntaban: ¿Con qué abres tú la puerta? «Con una llave», decía, y reconocía entonces, al fin, los objetos que le habían mostrado. En este caso, que no confirma la hipótesis de Bergson, el sentimiento de lo ya visto había sobrevivido á la desaparición de las imágenes de actitudes.

Un enfermo de Badal, que había conservado toda

su inteligencia, y cuya agudeza visual era normal, había perdido por completo la facultad de orientación. No sabía reconocer con la vista el lugar que ocupaban los objetos ni la distancia á que ellos estaban, y con ellos tropezaba. Podía leer las letras del alfabeto; pero no decir el orden de ellas ni el lugar que las correspondía. Por el oído se equivocaba completamente cuando pretendía indicar de dónde venía un ruido. Carecía de habilidad para coger los objetos, no podía escribir una *a*, aunque ella se le representaba mentalmente y podía describirla. No distinguía sus manos derecha é izquierda, á menos de hacer la señal de la cruz (sabía que la hacía con la derecha), y en la calle era incapaz de orientarse, lo mismo de obra que de pensamiento. El sentido muscular perduró.

Un enfermo de Magnus no podía llegar á fijar sus ojos sobre el centro de un perímetro; no podía seguir con la mirada á su propio índice, que movía ante sus ojos ó colocaba sobre su nariz.

Una enferma de Antón era incapaz de orientarse en su habitación, aunque había conservado determinados recuerdos visuales: además, localizaba mal los sonidos.

Algunos enfermos no aciertan á orientarse sobre su propio cuerpo. Los enfermos de Schmidt-Rimpler, de Badal, no podían distinguir su derecha de su iz-

quierda. Uno de Wernicke (164, vol. III, pág. 554) se ponía el sombrero en el hombro en lugar de ponerse en la cabeza.

CASO DE LISSAUER.—Se trata de un hombre de ochenta años, cuyo estado mental era decadente; había perdido la memoria de las fechas y las de los nombres; olvidaba el aspecto de su casa; confundía á su hija con su cuñada; tomaba unos objetos por otros. Sin embargo, continuaba ocupándose de sus negocios. Durante un viaje se hirió en la cabeza con un poste; durante un instante no vió nada, luego se levantó, entró en su casa, se acostó y estuvo acostado durante tres días. Cuando se levantó no sabía salir de su habitación. En la calle todo le parecía cambiado. Buscaba objetos que tenía ante su vista; tomaba su pantalón por su abrigo, y un cuadro por un armario. En esa situación fué llevado á la clínica de Wernicke, donde se comprobó que se trataba, no de un hombre completamente demente ni afásico, sino incapaz de reconocer la mayor parte de los objetos mediante la vista, aunque capaz por el oído y el tacto, y aun no siendo ciego. Tenía únicamente una hemianopsia derecha; distinguía los colores, pero no acertaba á recordar sus nombres. Había, no obstante, recordado imágenes, recuerdos visuales; prueba de ello es que dibujaba un poco (como un niño de seis años) y podía escribir (es hoy universalmente admitido que la escritura no es sino la copia de una palabra figurada mentalmente); si no dibujaba mejor



era, como hacía observar muy perspicazmente Lissauer, porque á medida que iba trazando una línea, no la reconocía (había, por decirlo así, una especie de *ataxia* del dibujo).

El enfermo, que al principio no podía orientarse en las calles, acabó por dar largos paseos en Breslau sin ayuda ajena.

Cuanto á los objetos, en general, no los reconocía: He aquí reproducido *in extenso* uno de los interrogatorios á que este enfermo fué sometido:

*Interrogatorio del 29 de Septiembre de 1888* (Lissauer, pág. 242). *Objetos presentados.—Respuestas del enfermo* (I).

*Cadena de reloj:* «Es una llave».

*Un disco de vidrio azul:* «Un trozo de madera». Cuando el vidrio le fué mostrado de modo que le atravesaba la luz: «Es un vidrio». «También podría ser madera barnizada». ¿De qué color? «Verde ó castaño». ¿Rojizo? «No». ¿Azul? «Sí, azul».

*Racimo de uvas verdes:* «Una pera». ¿Manzana ó pera? «Pera». ¿No es una ciruela? «No; es una pera». ¿Son uvas? «No (después de una pausa) y sin embargo, lo parecen».

*Racimo de uvas negras:* «Otras uvas». ¿No es el

---

(I) Las palabras textuales van entre comillas.

mismo de antes? «No, aquél era amarillo, éste es verde».

*Corcho*: «Un sello». ¿Para qué sirve? «Para sellar». (Después de haberlo palpado); «Un corcho».

*Un gato vivo gris*: «Un gatito». Indicó sin equivocarse la cabeza, la cola y las orejas. ¿De qué color? «Gris».

*Un bastón*: «Un bastón». ¿Es el de usted? «No, parece distinto».

*Cepillo para ropa*: «Un gato», ¿El mismo de antes? «No, aquél era mucho mayor». ¿Cree usted que es realmente un gatito? «No es un gato natural, es un gato artificial». Indicó una cabeza y una cola imaginarias, y cuatro patitas imaginarias también, y dibujó el supuesto gato en forma de cuadrado grueso con cuatro patas. Al preguntarle si veía tan claramente las patas en la realidad, como en el dibujo, contestó evasivamente. Tocando después el cepillo le reconoció inmediatamente.

*Jabón*: «Jabón».

*Retrato del Emperador Guillermo I*: «Nuestro antiguo Emperador».

*Palmatoria con bujía*: «Una figura». ¿Qué representa? «No lo sé... Debe ser un hombre... Pero la figura no es más que esto: (señalando la bujía) el resto, es un soporte». ¿Es realmente un hombre? ¿No será algo parecido á una columna? «No, tiene una cabeza y una pierna. Aquí (señalando la mecha algo encorvada de la bujía) hay una pierna encorvada».

*Cepillo para ropa:* «Es la figura de antes que parecía un gato». ¿Qué era realmente? «Lo he olvidado». Se hizo ademán de cepillar ropa. «Ah, es verdad; un cepillo».

*Un espejo grande:* «Creo que es una linterna de cristal». «Se colocó ante él y su propia imagen, le pareció un caballo», etc., etc.

M. E. Claparède ha hecho un detenido estudio de este interrogatorio; de él tomaremos algunos párrafos (1).

«Este interrogatorio, dice, nos hace ver algunos hechos interesantes: por ejemplo, cuando se mostró por segunda vez al enfermo el cepillo para ropa; recordó que había visto poco antes el mismo objeto, y, sin embargo, continuó desconociéndole y creyó nuevamente que era un gato. Este ejemplo nos permite comprender bien la diferencia entre la primera identificación (condicionada por el reconocimiento sensorial) y la identificación secundaria (condicionada por el reconocimiento intelectual). Demuestra también, al parecer, que la impresión de lo ya visto no implica necesariamente la identificación secundaria, ó, cuando menos, la identificación secundaria normal».

«Inmediatamente cabe preguntarse por qué el enfermo toma el objeto que se le presenta por otro dis-

(1) *Année psychologique*, 1900, pág. 74.

tinto. Sería comprensible que no le reconociera en absoluto; pero ¿por qué le tomó por un objeto distinto? Lissauer ha clasificado las respuestas de ese enfermo en diversas categorías:

I. — Respuestas que tienen alguna relación con el objeto considerado:

*a. Semejanzas verdaderas, sensoriales, explicables por sí mismas.*

*b. Semejanzas parciales:* el objeto nombrado, se parece en algo al objeto real.

*c. Relación interna, lógica* entre el objeto nombrado y el objeto real. (La pera y las uvas, etc.).

II. — Respuestas sin ninguna relación con el objeto presentado.

Estas respuestas son frecuentemente debidas á un fenómeno que los alemanes llaman *Hofenbleiben*, y que se puede traducir por *intoxicación por la idea ó la palabra precedente*. Esa alteración es del mismo género que la denominada por Pick (119) *pseudo apraxia*: si uno de estos enfermos ha estado comiendo con una cuchara, y se le da en lugar de ella una llave, se pone á comer con ella como con el otro utensilio. Un enfermo de Nodet había reconocido, mediante el tacto, un alfiler, y al mostrarle después una naranja, la tomó por un acerico; otro de Heilbronner (obs. I) sacaba la lengua cuando se le ordenaba que lo hiciese; pero si luego se le decía que cerrase los ojos, etc., continuaba invariablemente sacando la lengua. Aunque más aparente en el domi-

nio de los actos, esa influencia de la idea precedente sobre la representación actual, se manifiesta también en el reconocimiento (Claparède. *l. c.*).

Es muy posible que la razón de esas respuestas, esté en el modo de ser del ajuste cerebral en el momento de la experiencia; en personas sanas, una rama vista al claror de la luna, podrá parecer un animal, una persona ó un fantasma, según la disposición de espíritu del observador. Encontramos aquí nuevamente la influencia de las imágenes en la percepción. Para el enfermo de Nodet, que había sido jardinero, un tenedor era un rastrillo; una botella era una planta; una llave servía para colocar granos, etc. Si colocásemos al enfermo en determinadas condiciones, llegaría quizá á reconocer objetos desconocidos un instante antes. Bernheim había ya observado el hecho, y Nodet (pág. 71) también: «Se ponía al enfermo á la mesa para comer, y se servía correctamente del mismo tenedor que antes no había reconocido; se le presentaba un reloj preguntándole la hora, y reconocía el mismo objeto que antes no había podido reconocer». «El enfermo de Heilbrosmer (obs. I) se servía correctamente de los objetos usuales; pero únicamente en las condiciones habituales y en medio de otros objetos usuales también. Así, por ejemplo, sabía servirse de la cuchara durante la comida; pero durante el resto del día, no la conocía, y la usaba, por ejemplo, para escribir».

Las figuras más susceptibles de no ser reconocidas, son las figuras humanas. En ellas, en efecto, es donde importa más que los signos estén presentados en gran número simultáneamente para determinar la personalidad á que se refieren.

Ocurre frecuentemente, por el contrario, que los enfermos reconocen en la voz á personas á quienes no reconocieron por la vista (Laehr, etc.). Así se suplen mutuamente los sentidos; un enfermo de Bernheim no podía reconocer con la vista una campanilla; pero la reconocía oyéndola sonar; en muchos casos, el objeto para el que hay ceguera es reconocido mediante el tacto (Freund, 55, obs. 1, Bruns y Stoelting, Farges, Lissauer, Vorste, Müller, obs. 1, Künstlermann, etc.).

«Estos casos de suplencias son interesantísimos para el psicólogo. Permiten darse cuenta del valor respectivo de los diversos sentidos para el conocimiento del mundo exterior. Pero la suplencia es sólo aparente en muchos casos. Cuando un enfermo *oye* la voz de una persona á la que no ha reconocido visualmente, tal vez la voz no hace otra cosa que despertar la imagen visual debilitada y mediante ella pone en acción las numerosas asociaciones secundarias. Lo mismo ocurre en los casos de suplencia por el tacto. Las imágenes auditivas y táctiles son, ciertamente, por su parte, punto de partida de múltiples asociaciones pero ¿pueden pasarse completamente sin la ayuda de la imagen visual? Este es el

problema. Es cierto que en la ceguera psíquica, esa representación visual estará destruída ó aislada por el trastorno de las asociaciones; pero una representación es un compuesto de muchas imágenes que supone una gran red de asociación de la que siempre quedará algo para coadyuvar á la identificación mediante el tacto ó el oído. El problema sólo podrá ser resuelto mediante un examen psicológico de los enfermos que tienda á comprobar si el hecho de palpar y el de oír facilitan la representación visual: Wolff (pág. 36) supone á este respecto que el oído se comporta de distinto modo que el tacto; como consecuencia de observaciones hechas por él sobre otros individuos y sobre sí mismo, ha llegado á la conclusión de que, cuando se palpa un reloj, sólo se le reconoce después de haberle representado visualmente y que, por el contrario, cuando se oye el *tic-tac*, el reconocimiento es inmediato. Para otros objetos no sucede eso mismo; antes de reconocer un portamonedas ó un cortaplumas por el ruido que hacen al cerrarse los vemos mentalmente. Estas experiencias delicadas merecen ser repetidas y apenas si osamos esperar que sea posible hacerlas en enfermos. En el caso de ceguera psíquica, contado por Burr, un reloj que no fué reconocido ni por el tacto ni por la vista, lo fué por su *tic-tac*».

«Por lo que respecta más especialmente al reconocimiento, mediante al tacto de objetos poco familiares, es evidente—según han demostrado las ex-

periencias hechas en el laboratorio de Génova (1)— que la presencia de las imágenes visuales es indispensable. En la interesante observación de Lépine encontramos algunos detalles que parecen hablar en el mismo sentido; el enfermo reconocía visualmente «*siempre* y sin sombra de vacilación», los objetos que le eran familiares antes de la enfermedad; pero cuanto á los de uso menos frecuente había vacilaciones y aun imposibilidad para reconocerlos; se le mostraba una jeringuilla de Pravaz y, después de haberla examinado cuidadosamente, declarábase incapaz para decir cuál podría ser el uso de aquel objeto. *No lo sabía tampoco después de haber palpado*, aunque muy frecuentemente el tacto le ayudaba á reconocer los objetos. El tacto, pues, resulta impotente allí donde la vista no actúa (Claparède).

En los casos de ceguera cortical de Chauffard (27 bis) en que los objetos eran reconocidos táctilmente, la corteza del cunéus permanecía intácta: las imágenes visuales debían, pues, existir.

»Inversamente cuando los enfermos que reconocen los objetos por la vista no los reconocen por el tacto (*asimbolia táctil*) suponiendo que no haya trastornos de la identificación primaria de las sensaciones músculo táctiles (*stereo agnosia*), es necesario pensar, desde luego, en una ruptura de las asociacio-

---

(1) Véase la tesis de Markoff sobre la percepción estereognóstica.



nes entre las impresiones etereognósticas y la imagen visual que consuetudinariamente las corresponde; la asimbolia táctil será entonces sencillamente el resultado de la *ceguera táctil* (véase *Annee Psychol.*, V. págs. 80-81). Faltan, por otra parte, observaciones precisas para esclarecer punto tan delicado» (Claparède).

Cuanto á la asimbolia en los dominios del gusto y del olfato, carecemos casi en absoluto de datos y, por otra parte, el problema solo tiene un interés secundario y es muy difícil convencerse de que no está trastornada la sensibilidad bruta.

Nodet (pág. 78), hace observar justamente que siendo la posibilidad de distinguir claramente en un territorio sensorial las dos clases de identificación, la condición esencial de toda agnosia sería necesario poder hacer de un modo preciso esa distinción para los sentidos, olfato y gusto.

Bonchæffer (17, pág. 235), ha publicado el caso de una alcohólica con asimbolia del gusto y del olfato y no del oído, que bebía la leche creyendo que era cerveza y cerveza creyendo que era agua.

Estos fenómenos de agnosia y de aneusia, son difíciles de distinguir en las demencias confirmadas, pero en los comienzos de los estados demenciales pueden observarse por la integridad relativa de las demás esferas psíquicas que permiten el examen de los enfermos y sus comprobaciones.

Así ha demostrado Voisin la agnosia y la anos-

mia precoces en los dementes paralíticos; la anosmia podía ser unilateral en la fase preparalítica realizando en la esfera de la olfacción una desigualdad de reacción sensitivo sensorial, análoga á la que se observa en las reacciones óculo pupilares.

La agnosia permite comprender el hecho de que los dementes coprófagos absorban sus deyecciones como si fueran manjares succulentos. Esto se observa en los dementes seniles, en los paralíticos sobre todo, y á veces también en los dementes precoces.

«La disminución ó pérdida del olfato, uni ó bilateral es uno de los síntomas sobre que he llamado la atención hace mucho tiempo. En 1867 estudié ya ese fenómeno, sus causas y su extraordinaria importancia diagnóstica (1).

»Todos los años, en mi cátedra, cuidé de hacerlo notar á los alumnos: es, á mi juicio, uno de los mejores síntomas del comienzo de la parálisis general; porque: 1.º Es casi constante. 2.º Es, salvo casos excepcionales (ozena, y sus consecuencias, fractura antigua del etmoides, etc.) casi exclusivo de la parálisis general (en la locura simple el olfato está aumentado). 3.º Es un síntoma de los comienzos observable antes de que haya temblor lingual y debilidad pupilar y aún antes de que la memoria se haya debilitado. 4.º Es fácil de percibir porque ade-

(1) A. Voisin, *Union médicale*, 1867.

más es muy persistente al paso que las otras manifestaciones no son continuas».

«La exploración debe hacerse mediante una substancia olorosa común, y es necesario que los enfermos no vean lo que han de oler; si la substancia no es reconocida mediante el olfato, procede ponerla á la vista del enfermo para ver si la reconoce, si así ocurre, podemos afirmar que no se trata de una demencia, sino de disminución ó pérdida del olfato.

En la mayoría de los casos la substancia olorosa no produce sensación alguna; otras veces hay sensación, pero equivocada; así, por ejemplo, el enfermo toma la pimienta por tabaco, por alcanfor, etc.; otras veces (1 por 10), la substancia es reconocida; frecuentemente la pérdida del olfato es sólo unilateral.

»Las alucinaciones del olfato son muy raras en los comienzos de la parálisis general, al paso que son frecuentísimas en la locura simple ó locura neuropática».

Esos trastornos uni ó bilaterales de olfacción dependen de la alteración de los nervios olfativos que estudiaremos más adelante.

«En los comienzos de la parálisis general los enfermos tienen algunas veces la sensación de la existencia de cuerpos extraños en las narices y tratan de sacárselos con los dedos ó de expelerlos espirando fuertemente y por sacudidas, con la boca cerrada, y cerrando también una de las aberturas nasales para dirigir mejor la corriente de airé. En la mayor parte

de los casos no expulsan nada, porque la sensación es puramente subjetiva y la costumbre concluye muchas veces por convertirse en un verdadero tic.

»La integridad del gusto está demasiado ligada con la del olfato para que aquel sentido se conserve normal aún en los comienzos de la demencia parálitica: cuando los enfermos no distinguen el olor de la pimienta, es muy frecuente que tampoco distingan su sabor (1).

»Resumiendo, el olfato está casi siempre gravemente comprometido durante el primer período y abolido durante el segundo. Esto explica porque tales dementes llegan á frotarse el rostro con materias fecales sin sentir molestia y á permanecer días enteros manchados por los propios excrementos sin parecer percatarse de ello» (2).

Reproducimos los tres cuadros que resumen las investigaciones especiales de Toulouse y Vaschide, con algunos de sus comentarios y el cuadro general de Claparède.

(1) A. Voisin *Traité de la paral. gen.*, págs. 39-41.

(2) A. Voisin, ídem, pág. 115.

PLAN DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS  
RELATIVAS Á LA AGNOSIA, SEGÚN CLAPAREDE

Alteraciones de la identificación primaria ( <i>Agnosia primaria</i> ).	Agnosia visual para las formas.	
	— acromatópsica.	
	— stereoscópica.	
	Stereo-agnosia (tactó).	
	<i>Para las palabras:</i> ceguera y sordera verbales puras.	
	<i>Perdurando las representaciones mentales.</i>	<i>Faltando esas representaciones.</i>
	Óptica.	Ceguera psíquica pro- piamente dicha.
	Acústica.	Sordera psíquica.
	Táctil. { ¿Verdadera? Ceguera táctil.	{ Amnesia táctil?
	Olfativa.	Anosmia psíquica.
Gustativa.	Agnosia psíquica.	
Vaso-motriz (apatía).		
Id. de la identificación secundaria. ( <i>Asimbolia</i> )	Kinestésica y motriz. {	Apraxia.
		Akinesia.
		Tr. de Orientación.
	General con pérdida de la voluntad.	
	<i>Para las palabras:</i>	
Afasia óptica.	Afasia sensoriales ver- daderas.	
— acústica.		
Asimbolia verbo-óptica.	Afasia motriz.	
— verbo acústica.		

## MEDIDA OLFATIVA DE LA DEMENCIA PARALÍTICA

Cuadro I.

Categoría de la enfermedad.	MÍNIMA OLFATIVA			N.º de casos, por 10, en que ha sido reconocida el agua.		AMONIACO (1)	
	SENSACIÓN		PERCEPCIÓN	Determ. directa.	Determ. por comp.	Sensación mínima.	Percepción dolorosa.
	Determinación directa	Determinación por comparación.	Determinación directa.				
1.º período.	5 p. 100.000	--	1 p. 1.000	7	—	1 p. 100	1 p. 10
	—	8 p. 1.000.000	4 p. 100.000	—	4	1 p. 100	1 p. 10
	2 p. 100.000	—	1 p. 1.000	8	—	1 p. 1.000	1 p. 10
	—	8 p. 100.000	1 p. 100	—	5	1 p. 1.000	1 p. 10
	2 p. 100.000	—	mm.	6	—	1 p. 1.000	1 p. 10
	—	9 p. 1.000.000	1 p. 1.000	—	5	1 p. 1.000	1 p. 10
	5 p. 100.000	—	6 p. 10.000	—	—	1 p. 100	1 p. 10
	3 p. 100.000	—	8 p. 100.000	—	6	1 p. 10	pur
	—	9 p. 1.000.000	8 p. 100.000	—	5	1 p. 10	pur
	—	6 p. 10.000	C.	—	1	1 p. 10	pur
2.º período.	—	2 p. 100.000	1 p. 1.000	—	5	1 p. 1.000	1 p. 10
	—	—	C.	—	—	0	pur
	—	6 p. 10.000	C.	—	3	1 p. 10	pur
	—	5 p. 10.000	C.	—	—	0	pur
	—	—	0	—	—	1 p. 10	pur
	—	—	0	—	—	1 p. 10	0
	—	5 p. 100.000	8 p. 10.000	—	4	1 p. 100	pur
	—	9 p. 1.000.000	5 p. 100.000	—	4	1 p. 10	pur
	—	—	0	—	—	0	pur
	—	—	0	—	—	0	pur
3.º período.	—	1 p. 1.000	C.	—	1	1 p. 100	1 p. 10
	—	8 p. 100.000	C.	—	1	1 p. 10	pur
	—	8 p. 10.000	1 p. 1.000	—	2	0	pur
	—	1 p. 1.000	C.	—	3	1 p. 10	pur
	—	1 p. 1.000	C.	—	3	1 p. 10	pur
	—	—	0	—	—	1 p. 10	pur

(1) La palabra puro se aplica al amoníaco a 22°.

RESULTADOS GENERALES

COMPARADOS CON LOS OBTENIDOS ESTUDIANDO ADULTOS NORMALES

Quadro II.

PERÍODO de la enfermedad.	Número de individuos.	MÍNIMUM DE SENSACIÓN		Número de casos por 10 en que ha sido re- nocida el agua.	Mínima de percepción media.	Número de olores reconocidos.	INDIVI- DUOS	
		Núm. de indivi- duos por com- paración.	Mínima media.				Fuera de serie.	Anósmicos fuera de medios.
1.er periodo..	5	2	4 p. 100.000	6,33 4,5	2 p. 10	3,5	2	1
2.º periodo..	15	3	2 p. 10.000	7,5 3,87	3 p. 10	2,9	3	5
3.er periodo..	8	5	7 p. 10.000	» 2	8 p. 10	1,2	4	3
	28	15	3 p. 10.000	6,8 3,33	4 p. 10	2,7	0	8
	41	0	1 p. 100.000	9,40 »	5 p. 100.000	0,8	1	3

(Los mínimos de sensación y percepción están representados por las dosis de las soluciones alcanforadas. El número de anósmicos que no reconocen ningún olor, es en los paralíticos 8 por 28, es decir, la tercera parte próximamente. En los adultos nor-

males es  $\frac{1}{13}$ .

**Cuadro III.**

CATEGORÍA de los ENFERMOS	Número de in- dividuos.	AMONIACO		Número de indi- viduos en que la determinación se ha hecho por comparación.
		Sensación mínima.	Percepción dolorosa.	
Primer periodo....	5	5 p. 1.000	1 p. 10	2
Segundo periodo..	10	8 p. 100	7 p. 10	8
Tercer periodo....	5	8 p. 10	Amm. á 22°	5
	20	6 p. 100	6 p. 10	15
	37	4 p. 10.000	1 p. 100	0

«Las cifras del cuadro III demuestran, desde luego, la independencia de la sensibilidad olfativo-sensitiva, porque ella persiste no obstante la ruína del aparato olfativo-sensorial; demuestran también la naturaleza fundamental de esa sensibilidad, ó mejor, de esa irritabilidad orgánica, porque la hemos encontrado en los niños aun antes de que la olfacción se desarrolle. Persiste á través de los tiempos y la encontramos en los viejos casi intacta cuando la olfacción ha desaparecido por completo. También encontramos ese género de irritabilidad casi en todas las enfermedades mentales con disminuciones más ó menos grandes.

»La sensación (impresión olfativa de naturaleza indeterminada) es más débil en los dementes paráliticos, y tanto más, cuanto más antigua es la enferme-



dad. Es de notar que durante el primer período apenas es inferior á la de los individuos normales, aunque la percepción (determinación del cuerpo oloroso) está ya muy disminuída. Una vez más comprobamos que la sensación y la percepción son hasta cierto punto independientes. Las enfermedades no las hieran por igual.

«El reconocimiento del agua es débil, sobre todo en los dos últimos períodos. Lo mismo ocurre con los diferentes olores.»

»La parálisis general es el *tipo de la demencia*, es decir, de la debilidad intelectual. Se ve que en esa enfermedad el olfato está muy alterado. Es interesante observar que esa función se abole al mismo tiempo que la inteligencia general y primero en su modo de actividad más delicado, la percepción» (Toulouse y Vaschide, *l. c.*).

AMNESIAS GENERALES GRADUALES.—Sea senil, epiléptica, paralítica ó de otro género la demencia, el trabajo de disolución mental evolutiva, obedece á la misma ley general en lo referente á extinción de los diversos elementos constitutivos de la memoria.

Como Ribot hace notar la amnesia después de haber estado limitada á los *hechos* recientes, se extiende á las *ideas*, luego á los *sentimientos* y *afecciones* y, finalmente, á los *actos*. Esa graduación establecida por las observaciones de los médicos alienistas de todos los países, es precisamente la inversa de las

etapas seguidas para la constitución de la memoria que fija ante todo las reacciones motrices coordinadas, después los estados afectivos ligados á ellas, luego asociaciones de ideas por excitaciones acumuladas y sistematizadas, y finalmente, reconocimiento de los hechos normales fijados á su vez por asociaciones nuevas corroborantes de las antiguas á que se comparan y suman.

La representación exterior de las imágenes de la palabra es denominada *palabra interior*. Cuando queremos expresar una idea, antes de pronunciar las palabras, nos las representamos como si nos hubiesen sido sugeridas, y, algunas veces las oímos, por decirlo así, con nuestros oídos, ó en nuestro cerebro, como otras tantas imágenes acústicas; de este modo es como la mayor parte de los hombres traducen las ideas por su signo correspondiente. Por el contrario, los que tienen mucha costumbre de leer, ven las palabras asociadas á las representaciones que atraviesan el campo de su conciencia, como si estuviesen impresas, y en el proceso del pensamiento y su expresión verbal ó gráfica, evocan preferentemente imágenes visuales de los signos verbales ó gráficos. Finalmente, otros individuos, cuando quieren traducir la idea por su signo correspondiente, evocan las imágenes táctiles y musculares de la palabra, más rápidas, más coloreadas y más eficaces que las otras.

Estos tres grandes tipos no excluyen de ningún modo otras formas mixtas ó de transición. Los re-

presentantes de cada uno de esos grandes tipos han recibido los calificativos de *auditivos*, *visuales* y *motores*. Esas diversas imágenes, variables con los individuos, según el mecanismo de la evocación verbal, se combinan entre sí de muchas maneras y, de ese modo, resulta posible la articulación de las palabras y su expresión escrita.

Tal es el mecanismo en virtud del cual funciona el aparato del lenguaje. Según predomine tal ó cual de esas esferas mnemónicas, consecuencia de la debilitación demencial, podemos ver, por ejemplo, á un auditivo convertirse en visual, á un visual convertirse en motor, etc. Sin embargo, siendo la esfera auditiva para la mayoría de los psicólogos la esfera de las adquisiciones intelectuales, se puede decir que el orden más lógico de extinción progresiva de las esferas mnemónicas debe comenzar por la esfera auditiva. La memoria visual será más tenaz aunque, á su vez, menos que la motriz, sobre todo la de los movimientos automáticos estereotipados. Pero esto no es cierto sino cuando se trata de demencia progresiva simple, sin lesión localizada de los órganos de los sentidos, ni de las esferas corticales.

De este modo, Pitres ha comprobado que en los afásicos, cuya memoria se regenera, la memoria sensorial reaparece antes que la memoria motriz. La comprensión de los idiomas extranjeros reaparece con el poder de hablarlos.

En la demencia orgánica, por foco cortical, la de-

cadencia funcional resulta enteramente dependiente del lugar de la lesión y de la zona cortical alterada (zona motriz media, zonas sensitivo-sensoriales diversas hacia atrás y abajo de la corticalidad, zonas psíquicas hacia adelante.)

HECHOS.—Es de observación vulgar, dice Ribot, que la debilitación de la memoria se observa primero para los hechos recientes, por eso quizá el hecho no choca. Sería natural creer *à priori* que los hechos más recientes, los más próximos al presente, son los más estables, los más claros y esto es lo que ocurre en el estado normal. Pero en los comienzos de la demencia se produce una lesión anatómica grave, un principio de degeneración de las células nerviosas. Esos elementos, en vía de atrofia, no pueden conservar las impresiones nuevas. En términos más precisos, no son posibles ni una modificación nueva en las células, ni la formación de nuevas asociaciones dinámicas, durables por lo menos. Faltan las condiciones anatómicas de la estabilidad y de la reviviscencia. Si el hecho es completamente nuevo ó no se inscribe en los centros nerviosos ó se borra inmediatamente. Si es únicamente repetición de otros anteriores vivaces aún, el enfermo refiere el hecho al pasado, las circunstancias concomitantes del hecho actual se borran muy pronto y no permiten localizarle en su puesto. Las modificaciones fijadas antes en los elementos nerviosos y hechos orgánicos, y las asociaciones dinámicas ciento, mil veces repetidas,

persisten aún porque tienen mayor resistencia contra la destrucción. De este modo se explica la paradoja de la memoria, según la cual, lo nuevo muere antes que lo antiguo. Los dementes van haciéndose cada vez más extraños á los hechos nuevos que presencian ó los hechos que perciben no despiertan sino asociaciones antiguas con el sentimiento de lo ya visto.

Nada les interesa, las novedades les disgustan ó las consideran únicamente como disfraces de lo antiguo. Una demente inofensiva, cuidada por su familia, dejó de ser tratable domiciliariamente á consecuencia de una mudanza: incapaz de reconocerse en la nueva habitación no se sentía en su casa y constantemente quería marcharse. Por el contrario, dementes confiados á la asistencia domiciliaria se adaptan porque creen reconocer en la casa de sus nuevos asistentes la casa natal con la que suelen tener alguna analogía por sus condiciones. La ilusión se completa para el demente por la creencia en un parentesco con los que le asisten, cuyos hijos, le parecen sus nietecillos, y por una especie de despertar aparente, y aún un poco real, de las aptitudes sociales elementales, gracias á las que algunos de esos dementes seniles son á veces, durante mucho tiempo, capaces de vivir no hospitalizados y de readaptarse instintivamente á las condiciones de tutela y la asistencia directa y apropiada.

«Cuando se restablece la memoria, dice Louyer

Willermay, sigue en su rehabilitación un orden inverso del que se observa en su abolición:

»Los hechos, los adjetivos, los sustantivos y los nombres propios».

«La transformación del adjetivo en sustantivo, que ha sido uno de los procedimientos constantes de formación del lenguaje; se observa aún en nuestros días, por ejemplo: un brillante, un volante, etc. (F. Baudry, *De la science du langage et de son état actuel*, pág. 9).

»Cuando la memoria disminuye, dice Kussmaul, tanto menos vivaz es el término que expresa un concepto, cuanto más concreto es éste. La causa de esto es que nuestra representación de las personas y de las cosas, está más débilmente ligada á su nombre que las abstracciones tales como su estado, sus relaciones, sus cualidades. Nos representamos fácilmente las personas y las cosas sin sus nombres porque en ese caso la imagen sensorial es más importante que la imagen simbólica, es decir, el nombre. Los conceptos abstractos, por el contrario, los adquirimos únicamente mediante las palabras que son las que únicamente las dan su forma estable. He aquí por qué los verbos, los adjetivos, los pronombres, y aun más, los adverbios, las preposiciones y las conjunciones están más íntimamente ligadas al pensamiento que los sustantivos. No es absurdo suponer que, en la red de células de las capas corticales deben ocurrir fenómenos de excitación y com-

binación mucho más numerosos para un concepto abstracto que para un concepto concreto, y que, por consiguiente, las conexiones orgánicas que relacionan una idea abstracta con su símbolo son mucho más numerosas que para el caso de una idea concreta». Traducida en lenguaje psicológico, esa última frase equivale á decir con Ribot: que la estabilidad del símbolo es proporcional á su organización, es decir, al número de experiencias repetidas y registradas.

La memoria, función capital del psicoplasma, no es en el fondo, sino una reproducción de representaciones.

Las señales que la excitación había producido en tanto que impresión sobre el bioplasma y que llegaron á ser representaciones duraderas, son recogidas por la memoria: pasan del estado potencial al actual.

La fuerza de tensión latente en el psicoplasma se transforma en fuerza viva activa. Correspondiendo á los cuatro estados de la representación Hæckel (I), distingue en la memoria cuatro estados de progresivo desarrollo.

- I. Memoria celular;
- II. Memoria histonal;
- III. Memoria inconsciente;
- IV. Memoria consciente.

(1) *Les énigmes de l'univers*, pág. 138.

En los casos de regresión demencial las memorias citadas se suceden en sentido inverso.

Aunque las amnesias de los dementes son generalmente progresivas, es posible, no obstante, en algunos casos, observar retrocesiones parciales del proceso demencial.

Esto se observa particularmente en los casos de lesiones bruscas que pueden obrar, ya se ha dicho, como algunos traumatismos externos (son, por otra parte, verdaderos traumatismos cerebrales, por rupturas vasculares); se asiste entonces á un eclipse transitorio de una parte del campo de la memoria, eclipse que puede atenuarse parcialmente con la reabsorción de la columna sanguínea extravasada.

Hemos observado un demente de ese género, hallado sin conocimiento en la vía pública, y recogido é internado porque no sabía decir su nombre ni su domicilio. En el hospital se repuso en parte, lo primero que recordó fué su profesión, y cuando estuvo en disposición de trabajar pidió hacerlo con los zapateros, después recordó su nombre y por último describió la localidad en que había habitado, pero sin acertar á nombrarla. Entre los detalles de la descripción, citaba siempre la existencia de cuartel de coraceros, nombráronse todas las guarniciones próximas á París, y al oír el nombre de Saint Germain, reconoció el del lugar de su residencia, en el que después, y gracias á sus colegas, pudo ser fácilmente encontrado el domicilio del enfermo.



Otra demente, estudiada por mí en la colonia familiar de Dum, barría cuidadosamente su habitación todas las mañanas; pero si se la dejaba barrer hasta la puerta seguía barriendo calle adelante y sin volver la vista, caminaba en busca de su domicilio. Una vez que descuidaron la vigilancia, caminó varios kilómetros con su escoba y se asombró mucho al encontrarse de nuevo en su domicilio cuando la hicieron volver á él.

Conviene, dice Van Biervliet, para interpretar los hechos clínicos relativos á la amnesia de los hechos recientes, distinguir la memoria de fijación de la memoria de reproducción. Si la amnesia progresiva resulta de una alteración de las células nerviosas, y éstas están en la imposibilidad de fijar recuerdos nuevos, el enfermo carece de memoria para los hechos recientes, nuevos; pero la memoria del pasado, la que reside en las células aún intactas, perdura entera; el viejo no puede fijar recuerdos nuevos, en parte, porque sus órganos sensoriales debilitados transmiten al sensorio sensaciones demasiado débiles y, en parte, porque su cerebro, que ha perdido plasticidad, se deforma menos profundamente. Se trata entonces de una amnesia de fijación, amnesia completamente normal que se manifiesta en todos los individuos, á partir de una edad mucho menos avanzada de lo que generalmente se cree. La memoria de fijación puramente pasiva, es decir, la aptitud de la corteza para fijar la huella de las modificacio-

nes que la han deformado, va disminuyendo gradualmente á medida que aumenta la edad (1). Hablamos, entiéndase bien, de la memoria natural espontánea; pero, á medida que nos formamos, la atención voluntaria, fijándose en determinadas imágenes y cada vez más en las que nos son útiles, contrapesa para esas imágenes la debilitación gradual de la memoria natural. En la vejez llega un momento en que la atención es impotente para compensar esa debilitación; entonces hay amnesia para los hechos recientes; pero es amnesia de fijación y radicalmente incurable (Van Biervliet).

IDEAS.—Pronto, dice Ribot, el fondo antiguo sobre que el enfermo puede vivir se agota á su vez. Las adquisiciones intelectuales se pierden poco á poco: *Conocimientos científicos, artísticos, profesionales, lenguas extranjeras*, etc. Los recuerdos personales se borran descendiendo *hacia el pasado*.

Los últimos que desaparecen son los de la infancia. Las aventuras, las canciones de niño reaparecen aún en edades muy avanzadas. Frecuentemente los dementes han olvidado gran parte de su propio lenguaje. Algunas frases las recuerdan accidentalmente, pero, por lo general, repiten de una manera automática las palabras que han conservado (Griesinger, Baillarger). Esta disolución intelectual tiene por cau-

(1) Biervliet. *La Memoria*. Madrid, Jorro.

sa anatómica una atrofia que invade poco á poco la corteza del cerebro y luego la sustancia blanca, produciendo una degeneración grasosa y ateromatosa de las células, de los tubos y de capilares de la sustancia nerviosa; según la observación de Ribot, las adquisiciones de una cultura complicada son las primeras en desaparecer. Hemos citado un ingeniero reducido por debilitación psíquica á ser cochero. Los conocimientos profesionales se degradan en orden inverso al de su adquisición en el tiempo y en el orden de complejidad. Por eso los obreros ancianos acaban por trabajar como aprendices á consecuencia de la atrofia de sus aptitudes, y, más tarde, ni siquiera logran igualarlos en habilidad, el olvido de todas las experiencias y la incoordinación de sus asociaciones les hacen ser despedidos de los talleres. En los asilos donde hay talleres en que trabajan dementes de ese género, consumen desproporcionadamente primeras materias y dan, en cambio, una producción insuficiente como calidad y como cantidad.

Por esta razón, es costumbre considerar que la mano de obra de los viejos que trabajan en los asilos no representa sino un 25 por 100 de la mano de obra normal, en igualdad de tiempo y de número, de trabajadores.

Si no es cuidadosa la vigilancia, dan á las primeras materias el empleo más inverosímil, y las obras incoherentes confeccionadas por los dementes constituyen un museo originalísimo en que podemos ob-

servar, por determinados detalles, vestigios de una habilidad profesional aplicada á fines inopinados: poseo una pieza ajustada en pasos de tornillo variados, hecha con huesos de buey, torneados, por un viejo ajustador, que consagró á ese trabajo muchos meses de automatismo incoherente. Es conveniente, en tales casos, dejar esas fuerzas perdidas desenvolverse en ese sentido, que tienen, por lo menos, la ventaja de calmar al demente por el mecanismo de la descarga motriz.

Otras veces, el automatismo, en ciertas profesiones poco difíciles, es milagrosamente conservado, hasta el punto de hacer del demente trabajador un obrero celosísimo, al que es necesario arrancar de su puesto á las horas de reposo.

Si el trabajo de los dementes es típico, no lo es menos su manera de distraerse, y algunos inconscientes incapaces de hablar, sostienen larguísimas partidas de juego.

No se crea que sus juegos son incoherentes. He visto á algunos meditar jugadas delicadísimas, como si una memoria parcial sobreviviera en el especialísimo campo del automatismo psico-motor.

No es raro ver á dos dementes que guardan cama entablar interminables partidas de cartas.

Cuanto á los modos de expresión, es frecuente que los dementes, en los últimos períodos de su enfermedad, empleen los medios de expresión que utilizaron en su juventud.

Este fenómeno es más claramente visible en los enfermos de origen extranjero, que vuelven á usar su lengua natal, y olvidan completa ó parcialmente la del país de adopción.

También se ven casos de dementes rurales, olvidando el idioma usual en el asilo parisiense, y volviendo á usar el *patois* de la provincia, de donde salieron muchos años antes. Más frecuentemente aún, es ver al demente expresarse de un modo infantil, diciendo «papá» y «mamá», y otras palabras semejantes que corresponden á necesidades esenciales y primeras. El viejo puede entonces volver literalmente á la infancia y creerse un niño. Son casos de micromanía, en que el demente se cree reducido á dimensiones infantiles, y el puerilismo mental le hace recobrar el gusto por los juguetes.

Antes de descender á esos últimos escalones, el viejo vive de nuevo las fases intermedias de su vida. Los viejos dementes de la colonia familiar, se afecionan muy pronto por los niños de sus guardianes, á los que tratan como nietecillos, por una especie de renacimiento del amor maternal, semejante al que hacen á algunas verdaderas abuelas tan tiránicas para con sus hijas ó sus nueras, á las que disputan enérgicamente los nietecillos.

Un demente que tuve en mi clínica de Villejuif, retrogradó á la época en que prestaba el servicio militar, se creía soldado y en el cuartel, y recibía con asombro á su mujer y á sus hijas sin compren-

der por qué aquellas personas se interesaban por él.

En tales condiciones, se comprende que las nociones de tiempo (días, meses, etc.), y las de lugares, sean muy vagas para lo concerniente á hechos consecutivos á la demencia.

Por eso, á muchos dementes reclamadores, puede prometérselos todos los días que saldrán *mañana*, y con eso se les da una satisfacción siempre renovada y bastante. Algunos dementes se quejan á sus familias de no haber comido, y lo hacen en el momento mismo en que acaban de separarse de la mesa, porque lo han olvidado ya, y es necesario vigilarles para que no coman dos veces por olvido de que lo han hecho la primera. Es inútil preguntarles el *menú* cuando acaban de comer, y es fácil, en cambio, sugerirles un *menú* fantástico; los dementes paralíticos que están, generalmente, satisfechos de todo, se felicitan después de comer (y aun á veces antes) de haber gustado excelentes manjares imaginarios. Á mí me dió las gracias una familia, á la que un demente había convencido con afirmaciones de ese género, de que era favorecido con un trato suculentísimo.

SENTIMIENTOS. — «Los mejores observadores han hecho notar que las facultades afectivas se extinguen mucho más lentamente que las intelectuales». (Ribot). Puede parecer sorprendente, á primera vista, que, estados tan vagos como los sentimientos, sean

más estables que las ideas y los estados intelectuales en general. La reflexión demuestra que los sentimientos constituyen lo que hay en nosotros de más profundo, más íntimo y más tenaz, en tanto que la inteligencia es adquirida, y como exterior á nosotros, los sentimientos nos son inherentes. Considerados en su origen, independientemente de las formas refinadas á que pueden llegar, son expresión inmediata y permanente de nuestra organización. Nuestras vísceras, nuestros músculos, nuestros huesos, todo, hasta los elementos más íntimos de nuestro cuerpo, contribuye á formarlos. La amnesia de nuestros sentimientos es el olvido de nosotros mismos. Es, pues, lógico, que se produzca en una época en que la desorganización es ya tan grande, que la personalidad se derrumba á pedazos.

Dementes que desconocen á los suyos, y les han tomado odio sin saber por qué, creen, por el contrario, reconocer á extraños á quienes jamás vieron, y se ligan á ellos con íntima amistad. Conceden entonces su afecto á personas indignas de él.

Un demente paralítico que no quería recibir la visita de su mujer ni de sus hijos, ó les recibía muy mal, rodeaba de paternales cuidados á un idiota recluído como él, al que consideraba como su propio hijo.

Los matrimonios entre dementes no recluídos, no son raros, y he visto cuatro casos en la colonia familiar de viejos del Sena.

Dos viejos enajenados, del Asilo de Villejuif, pidieron salir para casarse; verdad es que se habían encontrado en el asilo, después de haberse conocido cuando jóvenes.

Muchos dementes, hombres y mujeres incurables, se figuran ser místicos esposos de seres imaginarios ó novelescos, á los que tienen afecto tal, que precisa cuidarse de hablar mal de tales cónyuges imaginarios, con los que frecuentemente conversan y cohabitan en ficción. Dementes coetáneos se toman extraordinario afecto en el Asilo, y no se separan. Hemos observado un caso en que se llegó á un delirio por asociación (fig. 10). Un demente vesánico contagió á otro paralítico, y le hacía servirle de secretario para sus quejas y reclamaciones, haciéndole certificar de que eran fundadas.

Dementes incapaces ya de comprender lo que se les habla y de reconocer á los suyos, así como de evocar recuerdos relativos á su propia individualidad, son aún capaces de sentimientos sencillos, como el miedo, la cólera, la alegría y la tristeza.

En una sección de inconscientes, que guardan cama, si uno se agita, los demás sufren la influencia de esa agitación, bien sea porque les espanten los gritos, ó porque les irriten sus gestos ó sus palabras monótonas é inofensivas.

Un demente de la Salpêtrière, se arrastraba durante la noche de lecho en lecho, para sofocar el ruido de los dementes que roncaban.





FIG. 10.—Demente paralítico contagiado por un vesánico.  
(Delirio comunicado).

Un demente de Villejuif metió un trapo en la garganta de un vecino de lecho cuyos ronquidos le mo-

estaban. Otro hubiese estrangulado, al que tenía más cerca, mediante un pañuelo que le ató al cuello si no lo hubiese impedido el vigilante.

Otro demente mató por estrangulación á un vigilante, en Villejuif también, y luego afirmaba que le había salvado la vida y creía resueltamente que le había auxiliado. Esto ilustra respecto del valor del testimonio de semejantes enfermos, que no se privan de formular las quejas y reclamaciones más inopinadas contra los que les rodean. Tales enfermos, no obstante su demencia, pueden constituir un peligro real.

La sugestibilidad propia de las mentalidades debilitadas, hace que existan casos de dementes que no dejan influencias por otros delirantes activos. He citado antes la observación de un demente paralítico á que, un persecutorio grafómano, convenció de la realidad de sus sufrimientos, convirtiéndole en secretario que testimoniaba con notas todas las quejas escritas por el delirante que le había contagiado.

Otro demente senil dirigía á la Audiencia constantes peticiones para casarse con una joven recluída por padecer delirio de grandezas; esas peticiones eran evidentemente dictadas por la codicia de una voluntad extraña; pero los dementes, asilados ó no, redactan testamentos fantásticos en cuya incoherencia hay pruebas de la demencia que padecen y de la persistencia de sus afectos. Esos afectos, sin embargo, aunque persistan, pueden estar perverti-

dos por la demencia, y, como ha observado Ball, muchos testamentos desheredan á familias respetables, en beneficio de instituciones inopinadas: hospitales para perros ú otros más extraños aún. Esos testamentos son dictados por aberraciones afectivas ó por una sentimentalidad más negativa que real.

Los dementes retrogradan á una fase anterior de su vida, y aun cuando reconocen á sus hijos, los creen siempre más jóvenes de lo que son. Por eso pretenden dominarlos con tiránica autoridad y protestan de que obren sin consultarles ó desatendiendo sus consejos.

Una demente de ese género, olvidando que era ya abuela, hablaba á su propio yerno de casarle con su hija teniendo á ésta por soltera.

Otros dementes creen haber perdido sus hijos siempre que oyen hablar de muertes ó ven reavivada la emoción de una pérdida antigua con ocasión de un entierro ajeno á ellos.

En la asistencia en colonias, los dementes acompañan á los entierros de gentes del país que les son completamente desconocidas y, á veces, lloran en ellos muy sinceramente.

En los cementerios creen reconocer las tumbas de sus deudos, aunque éstos hayan muerto en puntos muy lejanos, y van á llorar sobre ellas como lo hubiesen hecho sobre las que confunden.

La emotividad es, por otra parte, la característica de todas las demencias, y principalmente de las de-

mencias por lesión circunscrita; la risa y el llanto, automático y espasmódicos, en cierto modo estallan entonces periódicamente de una manera explosiva, mediante excitaciones cualesquiera y como reacción anormal por síndrome pseudo-bulbar, palmotear, estornudar ó toser ante tales enfermos, basta para determinar en ellos interminables risas ó ríos de lágrimas. Según los casos, las excitaciones más diversas pueden provocar preferentemente esa emotividad mórbida alegre ó triste (respiración de amoniacó ó de perfumes variados, pinchazos de alfileres, aplicación de compresas frías sobre la piel vista de una chispa, audición de un diapasón, trocico de sal sobre la lengua, etc., etc.).

En general, dice Sergi (1), todos los psiquiatras admiten que en la base de las enfermedades mentales hay desnutrición, anemia, lesiones cardíacas, degeneraciones de la médula y otras condiciones mórbidas de los órganos nutritivos y vitales. Hay también lesiones cerebrales, anemia cerebral, desnutrición del cerebro, reblandecimiento, etc. Si recordamos que la desnutrición general influye enérgicamente sobre el cerebro y sus funciones, y que las anomalías afectivas deben producir anomalías mentales; como se ve ya en el estado normal y los accesos de emociones muy violentas, no nos sorprenderá descubrir que en la persistencia del mal por los tras-

(1) G. Sergi. *Las emociones*. Madrid, Jorro.

tornos emocionales, la inteligencia se encuentre también alterada permanentemente y surjan alteraciones en la corteza cerebral que, á su vez, influyan sobre el estado afectivo de los enfermos.

Por otra parte, si es verdad que el cerebro superior es el asiento de la conciencia y centro de excitaciones para las emociones, todos los trastornos de ideas, de pensamientos, de inteligencia en general, deberán influir sobre las emociones, porque las excitaciones que aportan al centro emotivo no son normales, y las emociones, derivadas de ellos, deben, pues, ser anormales también. La enfermedad del cerebro, de la corteza ó de cualquier otra parte, puede, pues, ser causa próxima de trastornos emocionales, porque no funcionará normalmente, y todos los órganos de la vida nutritiva que tienen sus centros de inervación en la médula oblongada y en el bulbo deben estar forzosamente trastornados en su función, y de ahí resulta la anormalidad emotiva.

Actos.—Las adquisiciones que perduran más, dice Ribot, son las casi enteramente orgánicas: la rutina diaria, los hábitos contraídos desde muy larga fecha. Muchos dementes pueden levantarse, vestirse, comer con regularidad, acostarse, dedicarse á trabajos manuales, jugar á las cartas y á otros juegos, á veces hasta con aptitud notable, aun faltándoles ya juicio, voluntad y afecciones. Esa actividad automática que no supone sino un *mínimum* de me-

moria consciente, corresponde á esa forma inferior de memoria, para la que bastan los ganglios cerebrales, el bulbo y la médula.

La destrucción progresiva de la memoria sigue, pues, una marcha lógica, una ley. *Desciende progresivamente de lo inestable á lo estable.* Comienza por los recuerdos recientes que, mal fijados en los elementos nerviosos, raramente repetidos, y, por consecuencia, débilmente asociados con los otros, representan el grado más débil de organización. Concluye por esa memoria sensorial, instintiva, que fijada en el organismo, vuelta una parte de él mismo ó por completo él, representa la organización en su más alto grado. Del término inicial al final, la marcha de la amnesia reglada por la naturaleza de las cosas sigue la línea de menor resistencia, es decir, de menor organización. La patología confirma plenamente estas opiniones; es un proceso de organización por grados variables comprendidos entre dos límites extremos: el estado nuevo y la registración orgánica (Ribot).

Algunos dementes, consiguientemente á un delirio crónico muy prolongado, vuelven á realizar actos extraños relacionados con un delirio antiguo, extinguido ya; pero cuyas manifestaciones automáticas subsisten y sobreviven á la impulsión delirante que las suscitó.

Algunos dibujos de dementes crónicos de ese género consignan con asombrosa persistencia la serie

estereotipada de sus asociaciones delirantes antiguas, no obstante su complejidad.

Otros dementes se expresan mediante símbolos que su regresión demencial marca de un arcaísmo regresivo que les asemeja á las obras de los hombres primitivos y de los salvajes contemporáneos. Uno de nuestros viejos dementes vesánicos nos envió una balanza confeccionada por él para protestar contra una injusticia antigua (delirio). Ese símbolo recuerda los anillos con siluetas de peces con que los indios pidieron á Franklin que les devolviera el derecho á pescar en un lago.

«Algunas personas, dice Calmeil (1), han perdido la facultad de reproducir determinados tonos ó determinados colores, y se han visto obligadas á dejar de ser músicos ó pintores».

La memoria musical, sin embargo, puede sobrevivir á la verbal no cantada, por ser más elemental que ella.

La música, dice Wagner (Cartas de Viena, 28 Septiembre 1861), ha hecho de mí un hombre puramente exclamativo.

Es que el lenguaje más sencillo, la onomatoya del primitivo y del niño, se confunden con la modulación expresiva que precede á la expresión articulada.

Frecuentemente un afásico verbal puede aún ar-

(1) *Dictionnaire de médecine* (art. *Amnesie*).





FIG. 11. Cuadro que parafrasea un delirio sistematizado persistente durante quince años.

particular las palabras olvidadas, á condición de asociarlas á una modulación.



La disolución psíquica, como hemos visto, sigue una marcha regresiva de lo más voluntario y complejo, á lo menos voluntario y más sencillo, es decir, al automatismo.

Para demostrar que esta ley está comprobada por

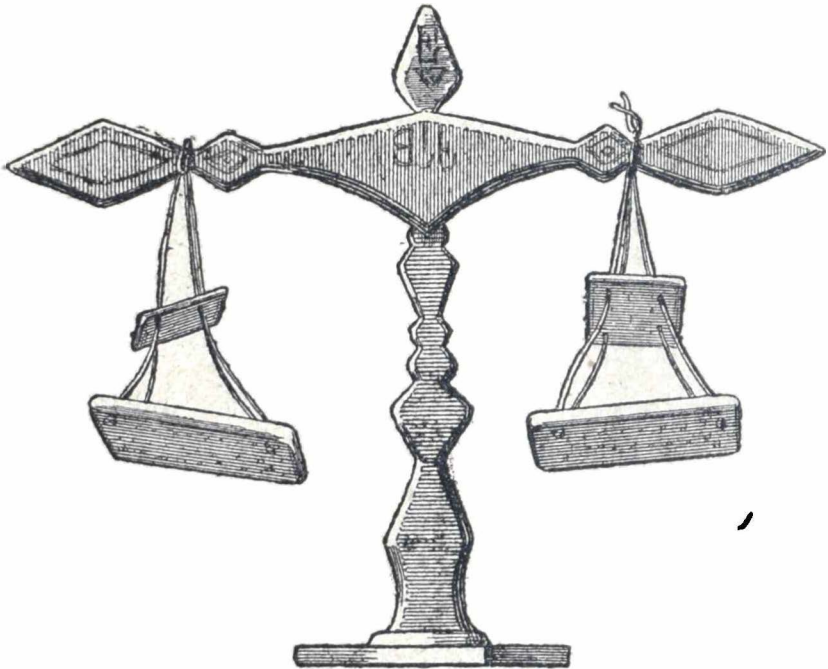


FIG. 12. Reclamación simbólica con que un vesánico pidió justicia y que recuerda la reclamación simbólica de los indios á Franklin.

los hechos, no hay, según Ribot, más dificultad que *l'embaras du choix*.

MOTILIDAD.—En 1868, Hughlings y Jackson, estudiando determinados trastornos del sistema nervioso, hizo observar «que los movimientos y las facultades más voluntarios y más especiales, son heri-

dos más pronto y fuertemente que los demás (1). Este «principio de disolución ó de reducción á un estado más automático», fué puesto por él como correlativo de las doctrinas de Herbert Spencer acerca de la evolución del sistema nervioso. Tomó un caso de los más sencillos la hemiplejia común por lesión del cuerpo estriado. «Un coágulo sanguíneo ha hecho por nosotros una experiencia. Vemos que el paciente cuya cara, lengua, brazo y pierna, están paralizados, ha perdido los movimientos más voluntarios de una parte del cuerpo, sin perder los más automáticos». El estudio de los casos de hemiplejia nos demuestra, en efecto, que las partes externas que sufren más, son aquéllas que, psicológicamente hablando, están más bajo el dominio de la voluntad, y, que fisiológicamente hablando, implican el mayor número de movimientos diferentes producidos con el mayor número de intervalos distintos, en lugar de ser simultáneos como los movimientos automáticos. Si la lesión es más grave y alcanza, no sólo á las partes más voluntarias del cuerpo (cara, brazo, pierna), sino á las que son menos voluntarias (ciertos movimientos de los ojos, de la cabeza y de un lado del pecho), se encuentra que las partes más voluntarias están mucho más paralizadas que las otras.

---

(1) *Clinical and physio. Researches on the nervous System.* London, 1875.

Ferrier hace observar (1) también que la destrucción general de la región motriz en la corteza del cerebro, como la del cuerpo estriado, produce los mismos trastornos relativos de los distintos movimientos, siendo los más afectados los que están más bajo la influencia de la voluntad, por lo menos cuando ha pasado el primer choque. La parálisis facial, reside, sobre todo, en la región facial inferior, por tanto, sobre los movimientos más independientes. El frontal y los músculos ordinarios sólo están ligeramente afectados. Los movimientos de la pierna están menos alterados que los del brazo, y éstos que los de las manos».

El mismo autor establece una distinción entre las diferentes *clases* de movimientos y sus centros respectivos, «los que implican conciencia y denominamos voluntarios en el sentido estricto de la palabra» (los centros corticales superiores) y aquéllos «que están descritos como automáticos, instintivos, reflejos, comprendiendo en ellos las adaptaciones motrices del equilibrio y de la coordinación motriz, la expresión instintiva de las emociones, y que están or-

---

(1) Ferrier págs. 36-37.—En el experimento de Goltz, si la lesión es en el cerebro izquierdo, el perro deja de usar la pata derecha en todos los movimientos en que usa las anteriores como manos. Para sostener un hueso, arañar el suelo, ó tocarse una herida empleará sólo la izquierda. Ésta será también la que alargará si después de la mutilación le enseñamos á dárla.

ganizados de una manera más ó menos completa en los centros subyacentes á la corteza». Confirma que estos últimos tienen una independencia relativa que alcanza el máximo en los vertebrados inferiores (rana), y el mínimo en el mono y el hombre. «Oso predecir, añade, que en los animales cuyas facultades motrices no parecen sufrir mucho de una lesión destructiva de los centros nerviosos, deben estar paralizados los movimientos que implican la conciencia (movimientos voluntarios) y no están automáticamente organizados». Esto ha sido ampliamente confirmado por los trabajos de Goltz, que ha demostrado que aunque la pata del perro no esté definitivamente paralizada, en tanto que órgano de la locomoción, por una lesión cortical, lo está en tanto que órgano de prehensión (1). Esta observación es muy interesante.

Demuestra, dice Ribot, que en un mismo órgano adaptado á la vez á la locomoción y á la prehensión, una persiste, aunque alterada, cuando la otra, la más delicada, ha desaparecido.

«La inestabilidad de la acción voluntaria, compleja, superior (todo es uno) con respecto á la acción automática sencilla, inferior, se muestra bajo una forma progresiva en la demencia paralítica.

»Las primeras imperfecciones de la motilidad, dice Foville, las que se traducen por un defecto apenas perceptible en la armonía de las contracciones mus-

(1) Goltz. *Dict. encycl des sciences méd.* art. Nerviosos.

culares, son tanto más apreciables cuanto más interesan movimientos delicados que requieren mayor precisión y perfección más grande para realizarse. No es, pues, sorprendente que se traduzcan, ante todo, en modificaciones de las operaciones musculares tan delicadas que concurren á la fonación. Sabido es que la dificultad en la palabra es uno de los primeros síntomas de la enfermedad. Tan débil al principio, que sólo una oreja educada es capaz de notarla, aumenta progresivamente hasta convertirse en un murmullo ininteligible.

»Los músculos que contribuyen á la articulación han perdido su armonía de acción, no pueden ser contraídos sin esfuerzo y la palabra se hace ininteligible.

»En los miembros, las lesiones de la motilidad no afectan al principio, sino á los músculos que requieren más minucia y precisión. El enfermo puede hacer grandes caminatas y servirse de sus brazos para trabajos que no exigen si no movimientos de conjunto; pero no puede ejecutar operaciones delicadas, sin temblar un poco y sin volver á empezar muchas veces. Los artesanos dedicados á trabajos de precisión se ven pronto imposibilitados de efectuarlos. Cuando se trata de escribir, la pluma es sostenida con una indecisión que se traduce en una indecisión más ó menos grande de los caracteres trazados. Cuanto más avanza la enfermedad, más grande es la irregularidad y la deformación de la escritura: de modo

que, comparando una serie de letras escritas en épocas diferentes, es posible seguir los progresos sucesivos de la enfermedad hasta que el enfermo resulta incapaz de escribir.

»Más tarde, la indecisión de los miembros superiores existe aún para los movimientos de conjunto; el temblor, la debilitación impiden al enfermo llevarse los alimentos á la boca, sacar el pañuelo, volverle á poner en el bolsillo, etc.

»En los miembros inferiores la progresión es análoga: al principio los alienados paráliticos caminan vigorosamente en línea recta; pero cuando se trata de ir á la derecha ó á la izquierda y, sobre todo, de girar sobre sí mismos para volver sobre sus pasos, la duda y la falta de precisión se dejan ver ya. Luego, aún cuando caminan en línea recta, avanzan con paso tardo y mal coordinado. Y, finalmente, apenas pueden dar algunos pasos» (1).

Recordemos también los trastornos de la motilidad en la demencia por abuso del alcohol. El temblor es uno de los fenómenos más precoces. «Las manos son las primeras partes atacadas, después lo son los brazos, las piernas, la lengua y los labios. Á medida que crece el temblor va complicándose generalmente con otro desorden más grave: la debilitación muscular que afecta primero los miembros superiores; este es un carácter casi constante. Los dedos se ha-

(1) Foville. *Dict. de médecine*, P. G., pág. 97.

cen inhábiles, torpes; la mano sujeta mal los objetos, los deja escapar. Luego esa debilidad gana el antebrazo y el enfermo no puede ya servirse de los miembros superiores, sino de una manera muy incompleta; llega á no poder comer por sí solo. Más tarde, esos fenómenos, invaden los miembros inferiores, la estación se hace difícil, la marcha es incierta, vacilante, y esto va aumentando; por último son invadidos los músculos dorsales y el desgraciado paralítico se ve obligado á guardar cama» (1).

No es raro ver dementes cuya incoordinación muscular les hace aparecer como borrachos.

MM. Toulouse y Vurpas (2), distinguen dos vidas musculares:

«1.º *Una propia y autónoma*, que se continúa después de la muerte del individuo y que mediante una excitación mecánica se manifiesta en un primer grado por una contracción propiamente dicha, provocando el desplazamiento de los puntos de inserción, pero limitada á las fibras directamente excitadas y no á la totalidad del músculo; y en un segundo grado—que indica una vida muscular aún más rudimentaria y también más profunda y más íntima—por una contracción más lenta, más amplia y absolutamente localizada á los puntos directamente

(1) Fournier, *Alcoholisme*, pág. 636.

(2) Toulouse y Vurpas, *Revue de psychiatrie*, Diciembre, 1903, núm. 12.

excitados. En tales casos, el músculo estriado toma el modo de contracción del músculo liso.

»2.º *Otra vida sintética y solidaria del sistema nervioso*, que dirige y regula su funcionamiento y sus modos de contractilidad conforme á sus necesidades y á su trabajo. El músculo se contrae total y bruscamente más adaptadamente á un fin y vuelve inmediatamente á su estado normal.

»Ambas vidas se superponen, hasta cierto punto, plegándose á las necesidades del organismo. Pero la vida muscular superior sólo puede existir gracias á la acción del sistema nervioso central que le regulariza y coordina. Cuando sobreviene un trastorno grave, la vida muscular resulta más analítica y menos adaptada.

»Cuanto más herido y disgregado está el organismo, más aminorada está la síntesis biológica y más revela la reacción muscular la vida rudimentaria inadaptada y desarmónica del músculo.

»De ese modo, en los trastornos patológicos y la muerte, descendemos sucesivamente todos los escalones de la reacción muscular, desde la contracción total y sinérgica, hasta la absolutamente localizada en el punto excitado y asinérgico por excelencia, que se manifiesta por el fenómeno, funcionalmente estéril, del nudo ó de la cuerda.

»*La parálisis general reúne las mejores condiciones de producción del fenómeno*».

Estos hechos demuestran que la ley de disolución



sigue, efectivamente, una marcha de lo complejo á lo simple, de lo voluntario á lo automático (ley de Ribot).

La volición es la expresión última de una coordinación jerárquica, y como cada movimiento ó grupo de movimientos está representado en los centros nerviosos, claro está que, con cada grupo paralizado, desaparece un elemento de coordinación. Si la disolución es progresiva, la coordinación, incesantemente privada de elementos, irá empequeñeciéndose. La experiencia enseña que la desaparición de los movimientos está en razón directa de su complejidad y de su delicadeza.

M. Toulouse ha establecido una escala progresiva de las diversas medidas dinamométricas obtenidas en diferentes experiencias (1). «En la parte inferior encontramos los dementes con 11,3 y 10,3 y los débiles con 13,5 y 13,1. Todos estos dementes son los más destruídos intelectualmente; en ellos, la atención está reducida al mínimum. Observemos que los dementes son los más débiles; porque la senilidad física es una causa más de disminución de la energía de las contracciones musculares».

«Observemos también que los más dementes y los más idiotas son los que oprimen menos. Así los imbeciles marcan 15,5 para las dos manos, mientras que los idiotas, propiamente dichos, sólo marcan 11,6

---

(1) *Société de Biologie*, 10 Junio 1893.

y 10,7; es decir, no pasan siquiera de la media de los dementes».

«Por cima de esos dementes, y á alguna distancia, están los paralíticos generales, los maniáticos y los melancólicos. En todos ellos, la atención está aún profundamente alterada, sea por la demencia, sea por la parálisis general, sea por el estado de excitación y de incoherencia de la manía, sea por la depresión psíquica, ó, por el contrario, por el delirio absorbente de la lipemania. Conviene hacer notar que, si los paralíticos dan aún una media elevada con respecto á su estado psíquico, es, probablemente, por causa de su vigor de adultos, y también al hecho de que no he elegido como dementes sino á mujeres intelectualmente decaídas, mientras que el grupo de paralíticos contiene enfermos de todos los períodos, y entre ellos algunos cuyas facultades mentales se conservan aún. Los maniáticos dan cifras próximamente iguales á las que dan los melancólicos. En éstos, la atención está también considerablemente alterada; pero si se tiene la suerte de ponerles en la mano el dinamómetro en el momento preciso en que el enfermo la cierra en un momento de furor y no deliberada ni voluntariamente, asombrará algunas veces el camino que la aguja recorre bruscamente. Es que, en tal caso, se trata, en cierto modo, de una contracción automática é inconsciente. Mujeres muy excitadas, poco vigorosas aparentemente, pueden dar cifras de 35 á 40. Así una pa-

ralítica general en estado de excitación maniática, prolongado durante muchos meses, y muy debilitada físicamente que señalaba ordinariamente 15, alcanzó á 38 en un momento de furor».

La reacción de debilidad neuro-muscular de Klippel (1), que se encuentra en todos los estados de desnutrición crónica y en las caquexias, ha sido encontrada en la parálisis general y en muchas demencias por numerosos investigadores. En Alemania, Berenstein, y en Francia Féré, han insistido en esta observación en trabajos especiales.

Toulouse y Vurpas (2), por su parte, han llegado en sus estudios á fijar así las bases de los movimientos reflejos.

En el recién nacido, los reflejos son más intensos que en el adulto, y hay algunos que sólo existen en él.

El examen de ciertos enfermos por diversas enfermedades, de la médula y del cerebro, principalmente de parálíticos generales, enseña que en ellos se dan, respecto á reflejos, los mismos caracteres que en el recién nacido. La reaparición de determinados reflejos, singularmente de los funcionales propios de aquella primera edad, y que no existen en el

---

(1) Th. París, 1889.

(2) *Acad. des sciences*. Sesión de 6 de Junio. Relación entre la intensidad de los reflejos y la organización nerviosa. (Nota de Toulouse y Vurpas).

adulto, ha sido observada en diferentes casos patológicos.

Tal ocurre con el reflejo bucal, en muchos trastornos mentales, que pueden ser legítimamente referidos á trastornos en el funcionamiento de la corteza cerebral. En un paralítico general en último período, introduciéndole la punta del dedo entre los labios, se pueden determinar verdaderos movimientos de succión análogos á los que se observan en los recién nacidos.

Los reflejos examinados en el hombre adulto normal, son tanto más débiles cuanto más vamos ascendiendo del miembro inferior á la cara; es decir, de los músculos y centros musculares más funcionalmente simples á los más complejos.

Los movimientos del miembro inferior requieren, principalmente, fuerza, y, relativamente, poca destreza; á su nivel persisten los reflejos tendinosos, que á penas son aparentes en el superior, en el que son necesarios, sobre todo precisión y habilidad. Los reflejos que constituirían una dificultad real para esas funciones han desaparecido.

Esos reflejos existen, por el contrario, en el recién nacido y en diversos estados patológicos en que las lesiones están en el cerebro ó en el mielencéfalo, ó ha sido el organismo profundamente alterado, como en los casos de agotamiento nervioso. Parece también que cuando el sistema nervioso está alterado en su funcionamiento, principalmente cuando

existen lesiones corticales que perturban su acción, se observa una decadencia fisiológica que es una verdadera regresión hacia un estado primitivo, un retorno á un estado menos complejo; los reflejos se comportan entonces como en el recién nacido.

Todos estos datos pueden ser resumidos en dos proposiciones sintéticas, que constituirían dos leyes nuevas de los reflejos y explicarían la aparente desaparición de algunos de ellos en el hombre durante su evolución biológica. Normalmente, aparecen disfrazados por la inhibición ejercida sobre ellos por centros superiores, coordinadores y regulares, y no tienen la intensidad necesaria para resultar aparentes; pero no por eso dejan de existir en estado latente y estarán siempre dispuestos á reaparecer cuando la síntesis está alterada, como ocurre en las lesiones graves del sistema nervioso, y singularmente en las encefálicas.

**I. Ley de intensidad.**—*La intensidad de los reflejos está en razón inversa de la complejidad del sistema nervioso.*

**II. Ley de regresión.**—*Cuando el sistema nervioso del adulto está gravemente alterado en su funcionamiento y las lesiones alcanzan al encéfalo, los reflejos tienden á tomar los caracteres y las modalidades fisiológicas propias del recién nacido (Toulouse y Vurpas, l. c.).*

LENGUAJE REFLEJO: Podemos aún continuar este es-

tudio de comprobación de la ley de regresión estudiando lo que ocurre en los trastornos del lenguaje y de la expresión. Ribot ha demostrado que muchos casos de afasia resultan de una amnesia motriz, es decir, de un olvido por los elementos motores de esos movimientos que constituyen el lenguaje articulado (1). Trousseau había ya observado que «la afasia es siempre reductible á una pérdida de la memoria, bien de los signos vocales, bien de los medios de articular las palabras; W. Ogle distingue también dos memorias verbales; «una primera reconocida por todos, gracias á la que tenemos conciencia de las palabras, y otra segunda gracias á la cual las expresamos». Este olvido de los movimientos, aunque sea ante todo una enfermedad de la memoria, revela también una debilitación del poder motor, un desorden de la coordinación voluntaria. El enfermo quiere expresarse: su deseo no se traduce ó se traduce incompletamente en actos, es decir, que la suma de las tendencias coordinadas que, en el momento actual, constituyen el individuo, en tanto que quiere expresarse, es parcialmente destruída en su paso á acto; y la experiencia enseña que esa impotencia de expresión alcanza, en primer término, á las palabras, es decir, el lenguaje racional, luego á las frases exclamativas, á las interjecciones, á lo que

---

(1) Véase Ribot, *Las enfermedades de la memoria*. Madrid, Jorro.

Max Müller llama lenguaje emocional, y finalmente, en casos muy raros, á los gestos y expresiones reflejos. La disolución va, pues, también en esto, de lo más complejo á lo más sencillo, de lo voluntario á lo semivoluntario y automático, que casi siempre perdura (Ribot).

No son necesarias, dice Claparède, experiencias delicadas para reconocer la tendencia que tienen los alienados de determinadas categorías á hablar por señas, por asonancias. Esta tendencia es característica de la logorrea. Se manifiesta en su más alto grado en las psicosis por agotamiento y Aschaffenburg (a. II, 80) relaciona estos casos con los efectos producidos por el agotamiento. La hiperexcitabilidad de los centros motores contribuye aún á reforzar esos efectos.

En la manía crónica es también muy conocida la tendencia á las asociaciones por rimas. En los maniáticos hay también asociaciones difíciles de explicar Sounuer (377) ha observado en uno de esos enfermos sometidos á experiencias metódicas, la presencia de determinadas asociaciones cuyos términos son representaciones lejanas, es decir, no tienen sino raramente la ocasión de estar en contacto como azul lucero de Pascuas, amargo mineral, etc. Sommer no resuelve el problema de causa del mecanismo de esas asociaciones á las que denomina por salto (*sprunghaft*). Este ejemplo demuestra que el valor intelectual de una asociación no siempre de-

pende de la rareza ó de la originalidad de aproximación realizada.

En los dementes, el debilitamiento de las coordinaciones asociadoras puede producir la aparición de esos encadenamientos de ideas por asonancias automáticas ó por saltos.

Como los degenerados, los dementes pueden presentar la disgrafía ó dislalia en eco ó pseudo eco, recordando el final de una palabra otra palabra más ó menos parecida en la forma.

Se observa en los escritos de tales individuos ó una palabrería rimada (1) ó bien ecolalia y ecografía puras, repitiéndose indefinidamente una misma palabra ó un mismo número de palabras, aun fuera de la afasia, que puede reducir los modos de expresión á un pequeño número de frases constantemente repetidas.

Hemos citado antes un demente coprolálico sin afasia, es posible observar también coprógrafos, y aun ecocoprógrafos ó ecocoprolálicos; es decir, en que esas palabras groseras se repiten un número indefinido de veces en determinados momentos, dando una forma parecida al tartamudeo.

Uno de los caracteres más notables de los trabajos de Duchenne acerca de la fisonomía, es la simplificación que ha llevado al estudio de ella. Como

(1) F. Dr. Regnard. (*Maladies épidémiques de l'esprit* citado por Paulhan) versos de un delirante vanidoso.



ha demostrado, basta, en efecto, frecuentemente la contracción de un sólo músculo para determinar una expresión completa, y no es necesario que todos los rasgos faciales resulten forzosamente modificados en la expresión de ciertas emociones, tales como el dolor, la atención, el desprecio, etc. (1).

Se comprende, pues, que la fisiognomanía de los dementes sea interesante durante mucho tiempo, y que su mímica subsista frecuentemente muy activa y mucho tiempo después de desaparecidos los medios de expresión vocales y gráficos.

El gesto y la mímica son, en efecto, modos de expresión menos complejos, más primitivos, y han de ser los últimos que se extingan en la regresión. Los modos de expresión articulados están frecuentemente, en efecto, reducidos á interjecciones y blasfemias, á lo que Ribot llama lenguaje emocional, el gesto que los subraya y la mímica correspondiente continúan también siendo muy expresivos.

«Desde el comienzo de la vida activa intrauterina, dice Cuyer (2), los centros psicodinámicos cerebrales registran dos impresiones iniciales opuestas; *una depresión forzada, en flexión; otra de expansión en extensión*. Ahora bien, como la expansión no puede nunca ser completa, ocurre que la impresión de la actitud en flexión es la dominante. Dos tendencias

(1) Ch. Cuyer. *La mímica*. Madrid, Jorro.

(2) *L. c.*, pág. 65.

*iniciales y opuestas* son así creadas en los centros psicoideadores del feto «el movimiento y la idea resultan así íntimamente unidos». Sobre estas dos ramas-troncos vendrán después á colocarse, automáticamente, todas las sensaciones de orden opuesto entre sí. Todas las de dolor, debilidad, de *negación del yo*, etc., se manifiestan en flexión, y todas las de fuerza, alegría, *afirmación del yo*, se manifiestan en extensión...»

¿De esas dos tendencias expresivas, cuál es la que con más frecuencia subsiste en los dementes?

Hemos visto que á ese respecto es necesario establecer una distinción esencial; entre los vesánicos unos son deprimidos iniciales, que han de continuar siéndolo luego de entrados en demencia secundaria, otros reaccionan en euforia súbita ó superponen una megalomanía secundaria á la falsa depresión inicial (persecutorios); la demencia final se manifestará en estos casos en extensión, según la feliz frase de Cuyet, es decir, por la afirmación del yo exagerada.

Entre las otras demencias, es necesario, también, oponer las paralíticas con euforia é hipertrofia del yo frecuentes, á las demencias seniles que frecuentemente afectan la forma de melancolías tardías en su comienzo, pero éstas son únicamente diferencias de frecuencia, porque la P. G. puede ser depresiva, y la demencia de los viejos puede ser en compensación exuberante, y la demencia misma pasa á veces

por alternativas de exuberancia y depresión, ocupando casi siempre ésta el último lugar.

«Experiencias hechas en animales demuestran que, por efecto de la fatiga prolongada, los apéndices piriformes de las neuronas (1) pierden su poder de *extensión*, no reaccionan, entran en sí mismas en *flexión* ó en contracción, poco importa la palabra, como una sanguijuela que forma bola ó un cuerno de caracol que se contrae y ya no se alarga por efecto de una excitación. Es interesantísimo consignar que la fatiga produce efectos semejantes en las actitudes humanas. Puesto que la neurona preside á toda la vida animal, y el hombre no es sino una inmensa neurona, cabe preguntar si, en último análisis, no será necesario buscar la causa inicial de las actitudes en extensión y flexión, en las mismas actitudes de los apéndices periformes de las neuronas. Y esto, tanto más cuanto que su alargamiento de extensión establece los contactos de vida para el paso de la onda sensorial ó motriz, mientras que su retracción ó flexión suprime los contactos, es decir, el paso de la onda de vida activa. Las actitudes de los apéndices piriformes crearían, pues, dos territorios fundamentales: uno de *tonacidad*, es decir, de esfuerzo para vivir, cuyas reacciones futuras produci-

---

(1) *Neurona*. Unidad formada por la célula nerviosa con todas sus prolongaciones. El nombre expresa que la célula y las fibras nerviosas son sólo células con prolongaciones.

rán la *extensión*: la fuerza en lo físico y el *placer* en lo psíquico, y otro de *atonía* de ese mismo esfuerzo, cuyas reacciones futuras producirán la *flexión*: físicamente la debilidad y psíquicamente el dolor».

- Se comprende que las demencias últimas se realicen, generalmente, en flexión, es decir, en debilidad dolorosa psíquica y física á la vez. Esto es observable en las fases finales de todas las demencias, en las que la extinción total de todo psiquismo y reflejo expresivo, procede muy inmediatamente á la caquexia y al marasmo, que se apoderan del demente reducido á la vida vegetativa.

*Vida orgánica*: Las funciones orgánicas en los dementes, se realizan al principio, regularmente. Comen vorazmente, digieren bien y asimilan lo mismo; muchos engordan, y esto es frecuentemente un síntoma que indica el paso de un estado agudo á la cronicidad y á la demencia. Sólo por excepción falta el sueño; las mujeres están bien regladas, y hasta se establece una falta de reacción de la economía para ciertas enfermedades, no siendo raro ver morir á algunos de esos enfermos de enfermedades incidentes, sin que ningún síntoma grave haya llamado la atención.

Es que, frecuentemente, el demente caquéxico está reducido á un equilibrio funcional precario, y á merced del menor incidente; sin embargo, según la especie de demencia y su etiología, es posible descubrir finalmente el punto de menor resistencia del

organismo del demente. Ese punto puede ser el mismo cerebro (que perece en la hemorragia destructiva ó la trombosis que produce los reblandecimientos extensos y las parálisis mortales) puede ser las vísceras torácicas ó abdominales del tubo digestivo, (diarreas, peritonitis) y sus anejos (hígado), ó las vías urinarias (riñón y vejiga).

Las lesiones tegumentarias pueden también aparecer como contragolpe combinado de la insuficiencia vital de los tejidos y de los centros neuro-tróficos y vaso-motores. Entonces es cuando el demente sufre por decúbito agudo, las escaras glúteas ó sacras y las supuraciones consecutivas.

En esta fase, las muertes voluntarias por suicidio, son raras, porque la misma demencia impide la coordinación de las tentativas, y quita la conciencia necesaria para tales reacciones; pero no son raras las muertes accidentales, y los dementes se ahogan tragando mal, ó se lanzan por una ventana creyendo que salen por una puerta.

Terminaremos estas consideraciones generales de psicofisiología, recordando las aplicaciones de los textos matemáticos y de los mnemónicos con silogismos elementales que se usan en el Laboratorio de psicología experimental de Villejuif. Reproduciremos las aplicaciones clínicas de ese género hechas en dementes distintos, y añadiremos algunas observaciones personales, relativas á las facultades matemáticas de ciertos dementes.

«Se hace leer al enfermo, dicen Toulouse y Damaye (1), algunas cifras, inscritas en grandes caracteres sobre una hoja de papel, que deberá repetir inmediatamente que la hoja sea retirada de su vista; se ve así cuantas es capaz de retener á la vez. Se procede lo mismo para la memoria de las frases que se traducen igualmente por el número de palabras ó de líneas impresas que el enfermo puede retener». (Inútil es decir que para pruebas que son, ante todo, clínicas, se ha recurrido únicamente á frases cortas y de comprensión muy fácil).

El silogismo tiene por objeto examinar el estado del juicio. Ha de ser, por la condición de los enfermos á que ha de ser aplicado, muy sencillo. Se exponen al enfermo las premisas, explicándoselas, y se le encomienda el hallar la conclusión.

Lo que importa, en los resultados que se buscan, es la solución ó las respuestas exactas á las diversas preguntas; esto, y no la forma de la frase, es lo que debe decirnos cuál es el estado de las facultades. Indicado así el método de examen, transcribimos algunas observaciones en las que ha sido empleado.

He aquí algunos exámenes de paralíticos generales, practicados por Toulouse y Damaye. Debajo de la pregunta, se consigna la respuesta lograda; se llenan con comillas los lugares á que correspondían

(1) Toulouse y Damaye. ¿La demencia vesánica es una demencia? (*Ouv. citée*).

respuestas que los enfermos no dieron, y se dice, de de las dadas cuáles fueron exactas.

Mme. D., de cuarenta años; parálisis general en período estacionario, en una persona de inteligencia ordinaria y no instruída.

Fué examinada tres veces durante el mes de Julio de 1904.

	Sumas	6239	
	2453	4255	17
	6425	2694	5
			<hr/>
1. <sup>er</sup> examen	1623	1694	>
2. <sup>o</sup> id.	8878 (exacta)	2690	247, 244 : 22
3. <sup>o</sup> id.	2878	12, 15,8, 36,8	>

Se la presentaron los números:

4830  
13972  
6529  
429580

Dijo:

430  
1391  
>  
>

Parecía no poder retener más de tres cifras. Se la leyó en seguida el texto siguiente:

«Los dos pequeños, saltando en los fosos, explotando atentamente los lugares sombríos, comenzaron su recolección».

La enferma sólo retuvo tres palabras. «Los dos pequeños». Otros textos, igualmente fáciles, fueron ensayados sin buen éxito.

La prueba del silogismo, resultó también completamente negativa.

Mme. L., de cuarenta y un años; parálisis general poco avanzada, crisis epileptiformes. Trabajaba como asistenta. Habla aún bien. Poco instruída. Fué examinada tres veces.

	Sumas	6239	
	2453	4255	67
	6425	2694	5
	<hr/>		<hr/>
1. <sup>er</sup> examen	3878	22198	142
2. <sup>o</sup> id.	8878 (exacta)	13188 (exacta)	115
3. <sup>o</sup> id.	8878 (id.)		456

No hizo divisiones, porque nunca había sabido hacerlas.

Se la hizo leer los siguientes números:

Retuvo:

8160	0618
60935	53097
13972	27931
34782	28347
60935	659
3792851	1587892

Era, pues, capaz de retener cinco cifras, aunque frecuentemente en orden inverso de aquél en que las oía.

La memoria de frases dió peores resultados.

Después de haberla leído tres veces el texto antes copiado, sólo retuvo que

—Los dos niños comenzaron su recolección.

Otro texto:

«Un hombre en un bosque encontró un lobo que quiso devorarle; pero de un hachazo le mató».



La enferma repitió:

—Un hombre en un bosque, un lobo quiso devorarlo, él le dió un hachazo y le mató.

Se la formuló en seguida el siguiente silogismo:

«Un metal es duro, el hierro es un metal, luego el hierro es duro». La enferma dió la conclusión después que se la formuló tres veces el silogismo.

Mme. B., de cuarenta y tres años; parálisis general en sus comienzos. Instrucción corriente. Muy trabajadora y dócil. Confusión mental ya manifiesta:

	Sumas		6239
	2453		4255
	6425		2694
1. <sup>er</sup> examen	8878	}	13188
2. <sup>o</sup> id.	8878		13198
3. <sup>o</sup> id.	8878		13188
			(exactas)
	452		243 : 2 = 1. <sup>er</sup> examen
	3		2. <sup>o</sup> id. 243
			3. <sup>o</sup> id. >
1. <sup>er</sup> examen	56		
2. <sup>o</sup> id.	16.15.6		
3. <sup>o</sup> id.	12.15.6		

Se la hizo leer:

Retuvo:

4830  
60935  
34782  
287601  
730698  
429580

430  
60935  
34782  
285601  
789098  
42960

Mlle. K., de veintiséis años, gorrera; fué muy inteligente. Fué necesario internarla en 1898, porque se hizo melancólica confusa, con períodos de excitación, acompañados de alucinaciones. Después cayó en un estado de indiferencia para cuánto pasaba en torno suyo. Esta enferma era más difícil de examinar, porque es muy reticente y parecía dar voluntariamente respuestas absurdas.

	2453	6239
	6425	4255
		2694
1. <sup>er</sup> examen	8878 (exacto)	10188
2. <sup>o</sup> id	»	»
3. <sup>o</sup> id	»	»
	3642	67
	24	452
	—————	3
	14568	
	7284 (exacto)	335 (exacto)
	—————	1356 (exacto)
	87408	

En las otras dos sesiones, se negó á multiplicar.

<p>1.<sup>er</sup> examen</p> $\begin{array}{r} 242 \ 2 \\ \hline 121-1 \end{array} \text{ (exacto)}$	<p>2.<sup>o</sup> examen</p> $\begin{array}{r} 243 \ 2 \\ \hline 121-1 \end{array} \text{ (exacto)}$
$\begin{array}{r} 5634 \ 5 \\ \hline 1126-10 \end{array} \text{ (cociente exacto)}$ <p style="margin-left: 20px;">(resto no)</p>	$\begin{array}{r} 5634 \ 5 \\ \hline 1126-4 \end{array} \text{ (exacto)}$

La enferma hizo cada una de esas divisiones en cinco ó seis segundos, y calculó mentalmente sin es-

cribir más que los cocientes y los restos. Se negó absolutamente á prestarse á pruebas de memoria inmediata.

Mlle. P., de veintiséis años, modista; muy inteligente antes. Llegó á obtener el *brevet supérieur*. Fué internada en 1901 por sus ideas melancólicas y persecutorias, con tendencia al suicidio. Se había hecho indiferente á cuanto pasaba en torno suyo, hablaba muy poco y permanecía casi todo el día sentada en un banco sonriendo enigmáticamente. Babeaba y escupíase en los vestidos. Reflejos tendinosos exagerados. El plantar en flexión. Un cierto grado de dermatografismo cutáneo. Reflejos idiomusculares.

Fué examinada cuatro veces.

			6239
	2453		4255
	6425		2694
	<hr/>		
1. <sup>er</sup> examen	8878	} (exactos)	16185
2. <sup>o</sup> id.	8878		"
3. <sup>o</sup> id.	8878		13188 (exacto)

1. <sup>er</sup> examen		2. <sup>o</sup> examen	
452	5634,5	452	3642
3	06 <u>1126</u>	3	24
<hr/>	13		
1356 (exacto)	34	1356 (exacto)	13568
	4 (exacto)		7284
			94068

3. <sup>er</sup> examen		4. <sup>o</sup> examen	
452	3642	452	67
3	24	3	5
1356 (exacto)	13968	1356 (exacto)	335 (exacto)
	3614		
	27612		
	5.		

Se la leyeron las siguientes cifras:

Dijo:

730698  
3792851  
17283695  
49382576  
96273491

730698  
3792851  
7283635  
49382576  
96273491

El cálculo resultó bueno. La memoria de cifras notable.

La hicimos leer las frases siguientes: «El espíritu es un maravilloso instrumento si sigue su camino».

«Un hombre vulgar hace aceptablemente lo que le es propio».

Ella los repitió exactamente.

La prueba del silogismo resultó negativa.

La hicimos leer los textos ya indicados para los enfermos precedentes, y dijo después de haberlos leído tres veces:

«Los dos pequeños saltando para cojer la cosita».

«Un hombre en un bosque encontró un lobo que se le quiso comer».

Se le hizo leer esta otra frase: «El fuego se ha de-

clarado hoy en una fábrica; las llamas alcanzaron mucha altura».

La enferma dijo:

«Había fuego en las llamas; subía á mucha altura».

La prueba del silogismo resultó satisfactoria.

«Estas observaciones, dicen MM. Toulouse y Damaye, permiten ver las profundas lagunas que existen en la inteligencia de los parálisis, aún siendo poco avanzada la parálisis. Como debíamos prever, las nociones relativas á la profesión del enfermo, á sus ocupaciones cotidianas son las menos alteradas. La edad que dicen, no es la exacta, generalmente, desde los comienzos de la enfermedad; más tarde es siempre errónea. Los parálisis se acuerdan casi siempre de la calle en que vivían, pero el número le olvidan muy pronto. Finalmente, el cálculo resulta difícil y sembrado de inexactitudes y las operaciones complejas, división y multiplicación, se hacen imposibles muy pronto.

»No hemos relatado sino exámenes de parálisis *poco avanzados*, Más tarde, aunque la observación es todavía posible, se hace extremadamente dificultosa y da resultados escasos; pero demostrativos de la decadencia intelectual, singularmente por lo que respecta á la pérdida de recuerdos almacenados y de la facultad de calcular».

En el examen de los dementes vesánicos, lo que

sorprende desde luego, son los buenos resultados que da la prueba del cálculo en enfermos no dedicados á ellos desde mucho antes. Masselon ha obtenido resultados análogos. Comprueba, en general, la lentitud con que desaparecen los recuerdos en los dementes precoces. «Éstos trastornos de recuerdo son tardíos, no son nunca tan profundos como los de los paralíticos generales ó los dementes seniles. Los interrogatorios y, más aún tal vez, las experiencias relativas á la memoria de las cifras y de las frases, hacen también evidente la persistencia de la memoria, turbada, sobre todo, por la confusión, por la disminución de la atención.

»El número de dementes vesánicos que se prestan á las experiencias, dicen Toulouse y Damaye, es muy restringido, porque es necesario eliminar á los que presentan todavía un delirio notable, que daría origen á muchos errores.

»Mme. D., de sesenta y dos años, fué internada en 1877. La demencia sobrevino consecutivamente á un delirio persecutorio con alucinaciones auditivas. Actualmente, no hay trazas de delirio; pero las ideas son confusas y en el discurso las proposiciones no se encadenan lógicamente, resultando la conversación muy incoherente. Esto, no obstante, la enferma muy dócil, trabajaba en la limpieza de su sección. No presentaba ningún síntoma físico anormal.

	2453		6239
	6425		4255
			2694
1. <sup>er</sup> examen	8878	(exacto)	13188
2. <sup>o</sup> id.	4878		14188
3. <sup>o</sup> id.	8878	(exacto)	13288
4. <sup>o</sup> id.	8878	(exacto)	13288
	67	452	
	5	3	
	107	456	
1. <sup>er</sup> examen	107	456	$243 : 2 \left\{ \begin{array}{l} 486 \\ 2 \\ 486 \end{array} \right.$
2. <sup>o</sup> id	95	456	
3. <sup>o</sup> id	94	56	
4. <sup>o</sup> id	95	456	

Esta enferma sólo hacía bien las sumas.

Para dividir, multiplicaba por dos las cifras del dividendo.

La hicimos leer las cifras:

Ella repitió:

13972  
730698  
429580  
287601  
3792851  
9804635

13972  
730698  
429580  
287601  
3792781  
9803647

La memoria de cifras es, pues, buena.

Repitió de la manera siguiente las frases ya conocidas:

«El fuego se ha declarado hoy en una fábrica; las llamas subían muy arriba».

«Los dos pequeños, explorando con atención los lugares sombríos, comenzaron su recolección».

La prueba del silogismo resultó negativa, cosa lo-

gica, dada la imposibilidad de fijar la atención de la enferma que tenía buena memoria, pero disfrazada por una confusión intensa.

Mme. D., de cincuenta y cinco años, costurera, hermana de la precedente, fué internada en 1886 por ideas persecutorias, con alucinaciones y debilidad intelectual. Actualmente no existe traza alguna de delirio.

La confusión es pronunciadísima. Las proposiciones son correctas, sensatas, pero su orden lógico está constantemente trastornado, lo que frecuentemente hace la frase incomprensible. No presenta ningún síntoma físico. Mucho menos dócil que su hermana, se negaba á trabajar. Muy reticente y con frecuencia está excitada. Es, pues, difícil de estudiar.

	2453		6239
	6425		4255
	-----		2694
1. <sup>er</sup> examen	8878	}	13188
2. <sup>o</sup> id.	8878		13188
			} (exacto)

	452
	3
	-----
1. <sup>er</sup> examen	556
2. <sup>o</sup> id	1356 (exacto)

Se le hizo leer:

13972  
675043  
0859437  
60938246

Dijo:

13792  
567043  
0859437

Hay demasiadas cifras.



La memoria reciente de las frases era también buena:

«Un hombre en un bosque encontró un lobo que quiso devorarlo, pero como cogió un hacha le mató».

Concluyó bien el silogismo propuesto.

Mmé. B., de cincuenta y cuatro años, costurera, fué atacada en Julio de 1900 de delirio melancólico, con ideas criminales. Fué necesario internarla porque quería arrojarse al agua é incendiar. Actualmente persiste el estado melancólico con ideas de negación, pero hay, además, estado demencial. Permanecía acurrucada ó cerca de las puertas, tratando constantemente de abrirlas y repitiendo, siempre en el mismo tono: «Quiero marcharme», ó bien «quemadme, tratad de quemarme». Automatismo, repetición constante y mecánica de las mismas frases, incoherencia, indiferencia y babeo, albuminuria (0,50 centigramos próximamente por día), desde su entrada.

Ésta persona era instruída y de inteligencia normal antes de su delirio.

	2453		299
	6425		4 2 5 5
	<hr/>		2 5 9 4
1. <sup>er</sup> examen	2433	} (exacto)	
2. <sup>o</sup> id.	8878		12 10 17 88
3. <sup>o</sup> id.	8878		12 10 10 31
			12 10 8 71

Se lograba que efectuase multiplicaciones y divi-

siones fáciles, pero ayudándola mucho é indicándola constantemente lo que había de ir haciendo.

La hicimos leer:

13972  
60935  
730698  
429580

Dijo:

19729  
6905  
73098  
425890

Fué imposible hacer las pruebas de la memoria de frases y del silogismo, porque la enferma se negó. Eran necesarios mil artificios para obtener de ella un poco de atención, ocupada, como estaba constantemente, en mover las puertas, repitiendo frecuentemente la misma frase é indiferente á cuanto se la decía.

«Estas tres últimas observaciones contrastan claramente con las de los dementes paralíticos. No presentan las vacilaciones de los paralíticos generales ni sus penosos esfuerzos para contestar casi siempre equivocadamente. Los dementes vesánicos son más locuaces y más incoherentes y, esto no obstante, sus respuestas son frecuentemente exactas. Con respecto al cálculo y á la memoria inmediata, la diferencia entre ambas categorías de dementes es bastante notable».

Para luchar contra la inatención de estos enfermos, Toulouse y Damaye han recurrido á la conversación escrita, que fija más, y durante más tiempo, su atención fugaz.

Mlle. D., de treinta y seis años, telegrafista, normal hasta los dieciocho años. En ese momento aparecieron ideas vagas de grandeza y de persecución, unidas á un estado de melancolía depresiva; simultáneamente, pareció obscurecersele la inteligencia. La enferma fué internada en 1888, luego las ideas delirantes han desaparecido, pero la depresión persiste.

Fué examinada tres veces.

	2453	6239	
	6425	4255	452
	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	2694	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
1. <sup>er</sup> examen	8878 (exacto)	13778	1356
2. <sup>o</sup> id.	»	13778	1356
3. <sup>o</sup> id.	»	»	»

1. <sup>er</sup> examen	2. <sup>o</sup> examen	3. <sup>er</sup> examen
3642	3642	3642
24	24	24
<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> (exacto)
14566	13288	14568
7284	7280	7284
<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
9736	85128	87408

1. <sup>er</sup> examen	2. <sup>o</sup> examen
2425   328	2425   328
9   07	129   7
	(exacto)

Es interesante notar que el cálculo dé todavía tan buenos resultados en un enfermo después de tan larga internación.

Se la hizo leer:

13972  
632451  
3842976  
429580  
60536247

Dijo:

13972  
632451  
3842976  
49580  
60536247

La memoria de las cifras es, como se ve, muy notable.

Después de haberla hecho leer las frases que ya conocemos, dijo:

«El fuego se ha declarado hoy en una fábrica; las llamas subían muy arriba».

La hicimos leer esta otra: «Costó mucho trabajo á los bomberos extinguirle, y mucho tiempo después aún había humo».

La enferma dijo luego:

«Costó trabajo á los bomberos extinguirle, y mucho tiempo después había humo».

La prueba del silogismo dió resultado negativo.

Hay otros dementes, viejos generalmente, que, teniendo el aspecto de los vesánicos revelan, mediante determinados signos físicos, lesiones de los centros cerebrales. Esos enfermos constituyen, por su estado físico y su estado mental, una verdadera transición entre los casos en que la confusión de las ideas parece predominante y la demencia pura. Las observaciones de Toulouse y Damaye que siguen lo demuestran:

«Mme. D., sesenta y un años, fué internada en 1896. Alcohólica. La demencia apoderóse rápidamente de ella, después de algunas ideas persecutorias con alucinaciones, de las que nada persiste hoy. Esta enferma es extremadamente confusa; muchas de sus frases carecen de sentido y no expresan juicio alguno. Además, hay en ella algunos síntomas físicos: reflejo luminoso lento, reflejos tendinosos exagerados, lengua y dedos algo tremulantes. Hubiese sido interesante relatar aquí muy extensamente la observación clínica de esa enferma y de algunas otras. Desgraciadamente, la falta de espacio, nos hace limitarnos á breves indicaciones.

La enferma fué interrogada cuatro veces.

*¿Edad?*—He pasado de los sesenta años; voy para ochenta.

—Soy anciana, he pasado de los sesenta.

—Me casé á los treinta y tres años; he pasado de los sesenta.

—He pasado de los sesenta años; tengo ochenta; me casé á los treinta y tres años.

*¿Profesión?*—Yo iba á asistir cuando estaba en París.

—Asistía.

—Asistía.

—Cosía en el Faubourg S. Martín.

} exacto

¿Salario?—35 *sous* por día, en otras casas 20 *sous*  
(exacto).

— . . . .  
— . . . .

—30 *sous* asistiendo; de costurera no gana-  
ba 30 *sous*.

¿Es usted casada?—Lo fui.

—Sí.

—Sí.

—Sí.

¿País natal?—Montdidier.

—Montdidier.

—Soy de Rollot.

—Soy de Rollot.

} exacto.

¿Domicilio?—En Pantin, calle de Carlos Nodier.

—No lo sé.

—Calle de Carlos Nodier, 15 ó 16, ó 17,  
si usted quiere.

—Calle de Carlos Nodier

¿Cuántos años ha vivido usted en Pantin?—Tres ó  
cuatro años.

—Seis años.

—Tres ó cuatro años.

—Más de cuatro años.

¿Estamos en Francia, etc?—En Francia.

—En Francia.

¿*Estamos en Francia, etc?*—En Francia ó en Alemania.

—En Alemania, en Francia.

¿*Capital de Francia?*—París.

—París.

—Es París.

—Debe ser París.

¿*Capital del Departamento del Sena?*—París.

—París.

—París - Sena.

—París.

¿*Una isla?*—

—

—Es un sistema desterrado.

—

¿*La Francia es una isla?*—Sí.

—

—Me gusta que sea una isla.

—Sí.

¿*Y la Inglaterra?*—

—Sí, también.

—Sí, sí.

—Sí, también.

¿*Las cinco partes del mundo?*—(No contestó)

¿*Napolcón I?*—El emperador... hizo guerras.

— . . . . .  
 — . . . . .  
 — . . . . .

¿*Luis Felipe?*—Era un trabajador.

—Supongamos que era él *realista* puesto que usted lo quiere así.

—Un francés, un hombre ilustre, un *realista*.

¿*Guerra de 1870?*—Vi á los alemanes llegar á Montdidier; no fué por los *franceses* por los que hicieron eso.

—Supongamos que los *alemanes*, si usted quiere; jamás se batieron contra los *franceses*.

—Parece que se dijo que eran los *alemanes*. Supongamos que se batieron contra los *franceses*.

— .

¿*Asesino de Enrique IV?*— . . . . .

—No lo sé; nunca me lo han enseñado.

— . . . . .  
 — . . . . .

Los cálculos resultaron todos inexactos. La enfer-



ma no cesó de hablar sola mientras los efectuaba, y consiguientemente puso en ellos poca atención.

2453

6425

1.<sup>er</sup> examen 11782.<sup>o</sup> id. 556553.<sup>o</sup> id. 2476

Ella hicieron leer las cifras:

295

4215

13972

3698

Ella dijo:

195

1215

11978

36789

La presentamos en seguida las figuras siguientes, suplicándola que las nombrara de memoria:

Un martillo, un pájaro, una cuna, un pez, un sable, un cuchillo.

La enferma dijo: «Un martillo, un cuchillo, una virgencita, un pájaro, un sablecito».

La presentamos luego otras figuras:

Un tambor, una palmatoria, un rastrillo, una escoba, un peón, un sillón.

Ella dijo:

«Una bujía, un rastrillo, una palmatoria, un jardín, un peón, un pájaro».

La intensa confusión de esta enferma la hacía mezclar los objetos de la primera serie con los de la segunda.

La leímos las frases antes enunciadas y dijo:

«El fuego se había declarado en una fábrica, y luego el fuego subió muy alto».

«Era un hombre que encontró un lobo en un bosque, luego le mató, luego le costó mucho trabajo matarle; la bestia temible».

Explicándola el silogismo: Un metal es duro, ahora bien, el hierro es un metal, luego el hierro, ¿debe ser...? La enferma respondía: Debe ser duro.

Mme. B., sesenta años, fué internada en Mayo de 1903. Nunca tuvo delirio bien definido. Los certificados sólo mencionan alucinaciones, debilidad intelectual y turbulencia consecutiva á antiguos excesos alcohólicos. Su conversación, espontánea y muy restringida cuanto á las ideas: es confusa y contradictoria, pero las proposiciones son sensatas y se encadenan lógicamente. La memoria de los hechos recientes está excesivamente disminuída; pero la de los hechos antiguos apenas está alterada. Tiene un ligero temblor en la lengua y en las manos: Los reflejos tendinosos están exagerados. El plantar en ligera extensión. El luminoso normal...—No tiene instrucción de ningún género.

Fué examinada tres veces.

¿*Edad?*—Treinta y seis años, veintinueve ó treinta años.

—Una treintena de años, veintisiete ó veintiocho años.

¿*Edad?*—Treinta y cinco años.

¿*Profesión?*—Criada.

—Servía de criada. |  
—Servía de criada. | (Exacto.)

¿*Fecha del nacimiento?*— . . . . .

—El veinte de Marzo (exacto).  
—El veinte de Marzo.

¿*Número de hijos?*—Tres (en realidad eran cuatro, dos vivos aún y dos muertos ya).

—Cuatro: Eugenio, Paulina, Julieta y Emilio. Todos viven.  
—Cuatro.

¿*Domicilio?*—En París, calle du Fer á Moulines en Ivry...

—En Bourges, calle Mirbeau y plaza Séraucour, en Ivry...

--En Bourges, calle de Mirbeau y plaza de los Maronniers, calle de Fer á Moulines, creo que 80; en París, calle del Teatro, 80. En Ivry, calle Nacional, 80.

¿*Estamos en Francia?*—En Francia.

—En Francia.

—En Francia.

¿Capital de Francia?—París.

—París.

—París.

¿Río que riega París?—El Sena.

—El Sena.

—El Sena.

¿Capital del Departamento del Sena?—No contestó.

¿Qué es isla?—No sé.

—Una pradera donde hay agua.

—Una pradera donde hay agua.

¿Francia es una isla?—No lo he sabido nunca.

— . . . .

— . . . .

¿Inglaterra?—(No contestó nada.)

¿Napoleón I?—Un hombre.

—No sé.

—No le conozco.

¿Luis Felipe?—No le conozco.

— . . . .

— . . . .

¿Guerra de 1870?—Los prusianos contra los franceses.

—Los franceses y los prusianos.

—Los prusianos contra los franceses.

Esta enferma no pudo realizar ninguna operación aritmética, porque jamás ha sabido efectuarlas. Sólo sabe contar mentalmente, y eso, según dice, porque lo aprendió en el campo con piedrecillas».

No conoce ni las letras ni las cifras. La nombramos muchas cifras, suplicándola que las repitiera; pero en lugar de hacerlo las sumó entre sí ó con otras cifras. Tratamos de hacer cesar ese automatismo y hacerla repetir sucesivamente las cifras propuestas sin sumarlas; pero fué en vano.

La presentamos en seguida las imágenes antes indicadas en la descripción precedente, y dijo, después de examinar la primera serie: «Una navaja de afeitar, un cuchillo, un martillo, un yunque, un pájaro».

Y á la segunda serie: «Un sillón, una silla, un cuchillo, un plumero, tijeras, una navaja de afeitar».

La confusión mental es en esto muy manifiesta aún, y deprecia mucho la memoria.

He aquí lo que retuvo de las frases antes citadas que la leímos: «Los dos pequeños, saltando en el foso, han caído». «El fuego se ha declarado hoy en una fábrica; las llamas subían muy arriba». (Bien).

«Un hombre encontró un lobo en un bosque, que quiso devorarle; con un madero le separó y le condujo á su pueblo».

La rogamos que repitiese esta otra frase: «Los bomberos tuvieron que trabajar mucho para extinguirle, y mucho tiempo después aún había cenizas».

Dijo correctamente: «Los bomberos tuvieron que

trabajar mucho para extinguirle, y *poco* tiempo aún todavía había cenizas».

La prueba del silogismo dió resultados negativos, fué imposible fijar suficientemente su atención.

Añadiré un caso de observación personal de demencia tardía, por obsesión crónica, en una degenerada.

God..., enferma asilada en 2 de Octubre de 1889. Lo había sido otra vez seis meses antes. Edad, setenta y dos años cuando ingresó. Había nacido el 15 de Febrero de 1820 en Pincy. (Aube).

Católica, pero poco religiosa en realidad, y no frecuentaba las iglesias.

Vivió en París los veinticuatro últimos años. Instrucción elemental media. Sabía leer, escribir, contar.

Después de morir su marido comenzó por enfermar á consecuencia de fatigas y emociones determinadas por esa desgracia. Los recursos se la fueron agotando poco á poco, y cuando al fin estuvo repuesta se encontró en la miseria. Esto la afectó mucho, y en lugar de reaccionar cayó en una inercia con «rumiación mental», si vale hablar así, recapitulando los hechos anteriores recientes ó antiguos y tratando de imaginar lo que hubiese ocurrido si los sucesos se hubieran producido de modo distinto.

Buscaba el por qué de los hechos pasados, preguntándose por qué motivo se habían producido de una manera determinada (enfermedad de la duda, en cierto modo retrospectiva).

Los objetos más familiares la parecían nuevos, y el valor del tiempo cambiado: sucesos recientes la parecían muy antiguos, y hechos antiguos, con la claridad de hechos recientes.

Sus hijos, no obstante sus esfuerzos, no podían distraerla de esas reflexiones sin finalidad.

En esa época, y aún antes, parecía tener síntomas de neurastenia, tales como cefaleas en casco, dolores en la nuca, hiperestesia emocional, etc. Actualmente no presenta ningún fenómeno que pueda hacer pensar en la histeria.

Ha llegado progresivamente á un estado completo de abulia con momentos de angustia provocados por las causas más fútiles.

Incapaz también de regirse y de subvenir á sus necesidades, debió ser internada una vez en Junio de 1889, y otra, definitivamente, en 2 de Octubre, después de un ensayo de salida con mal éxito. En su estado panafóbico, algunas causas, no obstante, intervenían más manifiestamente como determinantes de angustias. Esas causas van en aumento.

Así ocurre que la vista de los animales, sean cuales fueren, la ponían en un estado emocional con trastornos vaso-motores, temblores y angustias (zoofobia).

Ejemplo: Cuando quedó instalada en Dun en casa de una *nourricière*, fué necesario quitar de allí un pájaro enjaulado y un gato, y como éste volvía á su casa, mantener cerrada la puerta constantemente para que no penetrase. La enferma mostrábase

constantemente excitada cuando entraba alguien y corría á cerrar la puerta, cosa que la era muy penosa y no podía hacer sin angustia, porque sentía una repugnancia característica hacia los pestillos metálicos, y también hacia los cubiertos y los cuchillos, lo que no dejaba de ser inconveniente para su alimentación (delirio del tacto). Costaba trabajo que diera la mano, sobre todo á determinadas personas, y si se la cogía la mano por fuerza ó se la tocaba en el hombro, se frotaba luego con movimientos especiales como para librarse de un maleficio. En esas prácticas conjuradoras, no había, sin embargo, ninguna idea delirante, contra lo que ocurre con otras enfermas que asocian á sus síndromos concepciones delirantes. La enferma, finalmente, ofrecía de un modo permanente y muy marcado síndrome *arithmomaníe*, que parece ser también la causa de una obnubilación que la hace extraña á lo que pasa en torno de ella, y á los que se la aproximaban y permanecía absorta en sus operaciones aritméticas formando progresiones, duplicando indefinidamente una serie de números, lo que la llevaba á hacer operaciones cada vez más difíciles y complejas. La costumbre la permitía realizar mentalmente operaciones con números de 7 ú 8 cifras.

Cualquier objeto servíala de motivo para esas operaciones que se desencadenaban, por decirlo así, con cualquier fundamento y producíanla una angustia evidente cuando, por cualquier razón, perdía el hilo



de ellas. Un ejemplo. Entrábamos, la tendíamos la mano y comenzaba inmediatamente á murmurar: una mano y una mano son dos manos; 2 y 2 son 4, 4 y 4 son 8, etc. Si queríamos hacerla algunas preguntas, se defendía obstinadamente para continuar sus cálculos; y sólo cuando se insistía mucho los interrumpía; pero con malestar visible, notable palidez, palpitaciones dolorosas y angustia precordial. Esta dolorosa impresión la experimentaba también mediante ciertos contactos, la vista de personas extrañas, etc., y también en presencia del espacio, cuando salía de la casa (agorafobia) hasta tal punto, que durante más de tres años, fué preciso renunciar á que saliese ni aún llevándola del brazo, y aun siendo válida para caminar.

Cuanto al mecanismo de sus operaciones aritméticas era, al parecer, un automatismo motor, un hábito de los centros y de los sentidos musculares. El fenómeno se prolongaba también durante la noche, en que continuaba contando en lugar de dormir.

Fué necesario darla una habitación aislada, porque una enferma próxima se quejaba constantemente por ese motivo. Los certificados del asilo señalaban (turbulencia nocturna) lo que debía referirse á esos mismos fenómenos ya antiguos; porque jamás la vimos mostrar turbulencia efectiva. La enferma era sorda, sin que el examen periférico descubriese alteración ninguna en los órganos auditivos. Tal vez se trataba de una especie de obnubilación cortical que

la hacía ajena á las impresiones acústicas, que sólo muy difícilmente llegaban á distraerla de sus preocupaciones enfermizas. En realidad, se trataba de una demencia inicial aparente y una demencia secundaria real, aunque la enferma estaba menos debilitada intelectualmente de lo que parecía. La debilitación intelectual aparente y real era corolaria de un síndrome degenerativo principal, que lejos de ser epistódico, era permanente y crónicamente progresivo.

Cuanto á los antecedentes personales y hereditarios, no hemos podido averiguarlos, dado el estado mental de la enferma y el alejamiento de la familia.

Físicamente, ningún estigma físico ni asimetría. Existe cicatriz facial consecutiva á una quemadura que determinó retracción de los párpados del ojo derecho (cráneo pequeño regular) (I).

En este caso, la demencia inicial, lejos de producir la abolición de las facultades matemáticas, las había hipertrofiado en cierto modo.

(I) AUTOPSIA.—Corazón.—Rodeado casi completamente de una capa de cerca de un centímetro de tejido adiposo. Válvulas, orificios y paredes normales. Cálculos negruzcos.

Encéfalo.—Casquete craneano muy grueso. Vasos congestionados. Nada anormal en el cerebro mirado exteriormente. Sin señales de hemorragia. La piamadre fácilmente separable. En el corte se observa al nivel del núcleo denticular, un foco hemorrágico antiguo de forma y tamaño de aceituna y aspecto amarillento obscuro. Los dos hemisferios contienen simétricamente el mismo foco.

## CAPÍTULO III

### Ojeada histórica.

La demencia considerada por los antiguos como entidad única y estado término común á todos los estados psicopáticos crónicos, ha sido luego diferenciada en variedades diversas.—Teorías de Esquirol y de sus discípulos.—El descubrimiento de la demencia paralítica (Bayle, 1822) revela la existencia de un substratum orgánico determinado por ciertas demencias.—Los trabajos ulteriores conducen á la noción final de substratums distintos para las demencias seniles ó en focos y para las precoces ó vesánicas.

Pinel definió la demencia: como «sucesión rápida, ó mejor dicho, alternativa interrumpida de ideas aisladas y de emociones ligeras y disparatadas, movimientos desordenados y actos sucesivos de extravagancia, olvido completo de todo estado anterior, abolición de la facultad de apereibir los objetos por impresiones hechas por los sentidos; obliteración del juicio, actividad continua sin fin ni propósito y falta absoluta de sentimiento interior de la propia existencia».

Esta descripción tiene el defecto de olvidar los trastornos psíquicos, y se aplica igualmente bien á la demencia senil que á la demencia de parálisis general. Para él, sin embargo, la demencia significa ya «debilitación gradual y progresiva de lo psíquico y de lo moral».

«Existe, dice Esquirol, un género de alienación mental muy distinto, en que el desorden de las ideas, de los afectos, de las determinaciones, está caracterizado por la debilidad, por la abolición más ó menos pronunciada de todas las facultades sensitivas, intelectuales y voluntarias; ese estado es la demencia».

No debemos confundir la demencia con la manía, la monomanía ni la imbecilidad; la palabra (insensato) debía ser reservada para los individuos dementes, y no debería designar á los maniáticos, los imbeciles ni los monomaniáticos.

«El hombre, empujado insensiblemente por la vejez, pierde su sensibilidad con el libre ejercicio de las facultades del entendimiento antes de llegar al último grado de decrepitud. La demencia senil se constituye lentamente. Comienza por debilitación de la memoria, particularmente de la memoria de las impresiones recientes. Las sensaciones son débiles: la atención, al principio fatigosa, se hace imposible; la voluntad es incierta y sin impulsos, los movimientos son lentos ó imposibles, la demencia senil comienza muy frecuentemente por una excitación general que

persiste más ó menos tiempo y se revela por exaltación ora de una función ora de otra. Esta función se verifica con una energía nueva é insólita que engaña al viejo é impone á los que le rodean. Así hay individuos que antes de caer en la demencia se hacen muy susceptibles, se irritan con el menor motivo, son muy activos; quieren emprenderlo todo y hacerlo todo. Otros sienten deseos venéreos, que habían desaparecido mucho tiempo antes y les impulsan á empresas y acciones contrarias á sus hábitos de continencia. Otros, muy sobrios, tienen un apetito desordenado de alimentos llenos de especias y gustos fuertes, por el vino y por los licores. Á esa sobreexcitación sucede pronto la demencia. Estos síntomas de excitación general son los primeros signos de la demencia senil. Ese paso de la excitación á la demencia es brusco, sobre todo cuando los viejos son contrariados en sus irracionales deseos ó colocados en la imposibilidad de satisfacerlos. No se debe confundir esa excitación con la manía, que hace explosión en edad muy avanzada en los viejos fuertes, robustos y bien conservados».

El concepto moderno de los estados demenciales iniciales interpreta esas excitaciones premonitorias á la luz de las nociones hoy admitidas de la evolución psíquica individual.

El cerebro se descompone en sentido inverso á aquél en que se formó. Los centros superiores mo-

deradores y de coordinación, últimos constituidos y los más complejos de todos, son los primeros comprometidos en la decadencia demencial; por eso se manifiestan los apetitos desordenados, y bajo esa apariencia de excitación hay, ante todo y sobre todo, suspensión y destrucción de los centros moderadores de la corticalidad superior.

Después de expuestos los síntomas de la demencia, tomando por tipo la demencia que podríamos llamar fisiológica de los viejos y los caracteres que deben permitirnos distinguirla de las otras alienaciones mentales, Esquirol indica rápidamente las causas que la preceden, las enfermedades que la complican, las que la terminan y las principales alteraciones que muestra la necropsia de los dementes.

Damos á continuación el resumen de los seis grandes cuadros estadísticos que sirvieron de base á los trabajos de Esquirol.

#### CUADRO DE EDADES DE LOS DEMENTES (ESQUIROL.)

	INDIGENTES	PENSIONISTAS	TOTAL
De 15 á 30 años . . . .	29	29	97
De 30 á 45 años . . . .	38	29	
De 45 á 60 años . . . .	52	20	138
De 60 á 70 años . . . .	21	2	
De 70 á 80 años . . . .	13	1	
De 80 á 88 años . . . .	1	0	
	154	81	235

Observemos que Esquirol incluye demencias aparecidas entre los quince y los treinta años, aparentemente precoces en el sentido literal de la palabra.

Cuanto á las que señala entre los treinta y los cuarenta y cinco años, muchas de ellas serían posteriormente clasificadas y separadas como paráliticas por Bayle y sus sucesores.

CUADRO DE CAUSAS DE LAS DEMENCIAS (ESQUIROL.)

CAUSAS FÍSICAS	INDIGENTES	PENSIONISTAS
Desórdenes menstruales . . . .	11	4
Tiempo crítico . . . . .	29	6
Consecuencias puerperales . .	5	3
Caídas sobre la cabeza . . . .	3	0
Progresos de la edad . . . . .	46	3
Piebre atáxica . . . . .	1	2
Supresión de hemorroides . .	0	2
Manía . . . . .	14	4
Melancolía . . . . .	13	2
Parálisis . . . . .	3	2
Apoplejía . . . . .	3	2
Sífilis y mercurio . . . . .	6	8
Trastornos de régimen . . . .	0	6
Abuso del vino . . . . .	6	0
Masturbación . . . . .	4	7
<i>Causas morales</i> (amor y ambición sin éxito: miseria, pesares, miedo, etc.) . . . .	18	22
	<u>162</u>	<u>73</u>
		TOTAL: 235

### VARIEDADES DE DEMENCIAS (ESQUIROL)

ESPECIES SIMPLES	INDIGENTES	PENSIONISTAS
Demencia aguda .....	10	11
» crónica .....	43	32
» senil .....	35	2
» intermitente .....	7	2
<b>ESPECIES COMPLICADAS</b>		
Demencia meláncolica.....	34	20
» maniática .....	21	8
» convulsiva .....	4	6
epiléptica.....	30 de 289 casos.	

### AUTOPSIA DE DEMENTES (ESQUIROL)

Cráneos delgados.....	15
» gruesos.....	51
» irregulares.....	29
Meninges gruesas.....	11
» inyectadas.....	19
Arterias osificadas.....	5
Cerebro denso.....	15
» reblandecido .....	29
Cerebelo denso .....	12
» reblandecido .....	17
Substancia gris abundante .....	5
» » decolorada .....	15
» blanca inyectada.....	19
Adherencias ventriculares .....	54
Lesiones cardíacas.....	5
» pulmonares.....	10
» de las vías digestivas .....	24
» » genitales .....	3



Estos cuadros son interesantes por más de un motivo. Así, por ejemplo, formados por clases sociales, demuestran lo que siempre es exacto: que en los trabajadores se produce un número mayor de demencias por efecto de la edad y de las privaciones que en las clases ricas; las demencias precoces predominan en estas últimas, porque los abusos de los placeres, las pasiones exageradas, los trastornos de régimen, destruyen al hombre rico, ya en la primera juventud, le disponen á la demencia y le precipitan en una vejez prematura (Esquirol).

Las estadísticas generales de la época de Esquirol, comparadas con las actuales, enseñan, por otra parte, las proporciones muy diferentes en que están el número de dementes internados por demencia y el de los internados por otras psicosis.

De este hecho podemos deducir consecuencias importantes referentes á las condiciones actuales de asistencia de los dementes.

Los cuadros basados en variedades clínicas y en las investigaciones necrópsicas son curiosos, pero difícilmente comparables con los modernos del mismo género, porque las clasificaciones nosológicas han variado y las investigaciones necroscópicas han hecho progresos considerables, puesto que citaremos, á propósito de cada categoría de dementes estudiados, preparaciones microscópicas, demostrando las lesiones en que se basan, de que Esquirol podía decir en el artículo «Demencia», del *Dictionnaire des*

*sciences médicales* de 1814»: «Si me preguntan cuál es la localización de la demencia, responderé que me es tan desconocida como la del delirio en general».

Para Ferrus (1), la demencia es la abolición de las facultades intelectuales, morales é instintivas, que sobreviene después de la época de la pubertad, en el momento en que cada una de ellas se manifiesta de modo distinto como tipo de lo bello y de los perfeccionamientos; es una especie de debilidad que aparece de un modo insensible ó con la rapidez del rayo, rompiendo más ó menos todas las relaciones que unen al hombre con el resto del mundo...

Para Georget (2), la debilitación general ó abolición demencial de las facultades intelectuales, es el resultado del desgaste de su órgano productor por efecto de la edad, de las enfermedades mentales ó de otras causas; esta demencia está caracterizada por la ausencia de todo principio de razonamiento, el olvido del pasado y la indiferencia respecto del presente y el porvenir.

El exterior de los alienados dementes muestra la tranquilidad; la vida vegetativa es en ellos la única activa; por esto, casi todos ellos duermen bien y están gordos y robustos, si no tienen otras enfermedades accidentales.

Las ideas de los alienados dementes no están bien

(1) Ferrus. *Des aliénés*, Paris, 1834.

(2) Georget. *La folie*, Paris, 1837.

relacionadas ni se refieren á nada positivo, hablan constantemente de los objetos más disparatados; si se les pregunta una cosa responden á otra; su espíritu no es susceptible de exaltación, por eso jamás se ponen furiosos. No se ocupan de su suerte, y ven con indiferencia á sus parientes y amigos.

La demencia senil sobreviene con el debilitamiento físico de los órganos de la economía, y, consiguientemente, del cerebro. Puede herir pronto á las personas que han deteriorado su constitución. La inteligencia se debilita poco á poco; la memoria desaparece; la imaginación se anula; el principio de juicio pierde energía, y, finalmente, el viejo cae, como generalmente se dice, en la infancia.

La demencia puede ser consecuencia de una enfermedad del cerebro, de la apoplejía, de inflamaciones ó conmociones del mismo órgano. No es raro hallar consecutivamente á esas afecciones pérdidas de alguna facultad intelectual, la memoria, por ejemplo.

La demencia es el término de todas las locuras, que se hacen incurables, con tal de que existan bastante tiempo para que esa transformación pueda verificarse, cosa que casi siempre ocurre.

«La desorganización del cerebro que produce ese estado mental, ocasiona simultáneamente, en más de la mitad de los casos, otra enfermedad nerviosa, la parálisis muscular, parcial ó generalizada».

Se ve que, Georget, confunde la parálisis general

con los estados finales de la mayoría de las demencias, en lugar de ver una demencia particular que tiene como resultado la autonomía celular psíquica y motriz, exactamente como las otras demencias, pero por un mecanismo particular. En compensación vuelve á la descripción de Esquirol, referente á una entidad mórbida distinta que designa con el nombre de demencia aguda ó estupidez (es lo que Chaslin ha designado más tarde con el nombre de confusión mental primitiva) y que, después de él, Régis ha descrito como fase inicial posible de las demencias precoces.

Con Bayle (1), en 1822, del bloque un poco confuso de las demencias hasta entonces descritas se separó un tipo particular bien definido: la demencia paralítica ó decadencia física ligada á la méningo-encefalitis difusa. Al principio confundida en la demencia final común, después fué siendo distinguida poco á poco y los trabajos de Bayle hicieron de golpe una entidad clínica completamente distinta que fué confirmada por trabajos posteriores.

Pero la historia de la demencia paralítica estará mejor en el capítulo particular de esa demencia, y nos basta con señalar ahora que, á partir de aquella fecha, los esfuerzos se han sucedido para desentrañar el secreto de su anatomía patológica á las demencias diferentes no consideradas hasta entonces como ligadas á lesiones cerebrales determinadas.

---

(1) Bayle. Thèse, París, 1822.

Baillarger (1), concluyó, más tarde, de establecer la relación directa entre la encefalitis difusa y la demencia paralítica, atribuyendo al delirio su carácter accesorio y variable independiente del estado demencial al que puede añadirse, pero que puede faltar.

En su *Tratado sobre la locura*, publicado en 1841, Parchappe (2), había ya formulado el principio de que el decrecimiento gradual del cerebro está en razón directa con la degradación sucesiva de la inteligencia en la locura simple.

La comparación de los pesos medios del encéfalo en las distintas clases de vesanias ha conducido á ese sabio á una conclusión importante. El peso mayor corresponde á la locura reciente y el menor á la antigua, caracterizada por la debilitación general de la inteligencia (demencia). Ahora bien, esa disminución, que es un hecho constante en la demencia, es también resultado natural de la edad y del desgaste inherente á la naturaleza humana.

Existen, pues, dos especies de demencias: la natural y la resultante de un estado patológico del cerebro que ha herido á los individuos antes de la edad fatal señalada á la continuación y á los progresos de nuestras facultades intelectuales.

Según Parchappe, la diferencia oscila entre 89 y 125 gramos para los encéfalos de hombres, y entre

(1) Baillarger. *La Demencia paralítica*. París, 1857.

(2) Parchappe. *Recherches sur l'encéphale*. París, 1836.

85 y 135 para los de mujeres. Esta atrofia, ordinariamente parcial, recae, en la mayoría de los casos, sobre los dos tercios anteriores del cerebro y algunas veces sólo sobre algunas circunvoluciones de los lóbulos anteriores ó de la región sincipital. Las circunvoluciones experimentan cambios morfológicos.

«Son delgadas y menos profundas sus anfractuosidades correspondientes».

«La superficie del borde libre, estrecho, ofrece frecuentemente depresiones. Las anfractuosidades menos profundas tienen más anchura y son como *béantes*. Cuando la alteración es muy pronunciada, en realidad no existen, están indicadas únicamente por surcos y depresiones superficiales. La disminución de volumen parece operarse á la vez á expensas de la substancia blanca y de la substancia gris. No obstante, parece más considerable en la parte cortical que en algunos puntos puede haber desaparecido por completo».

Desde Parchappe, como se ve, se dibuja la tendencia á señalar la alteración orgánica atrófica del encéfalo, considerada en su masa y en su peso como substratum somático de todas las demencias.

Esas atrofas, evidenciadas por las disminuciones de volumen y de peso, serán pronto confirmadas por las comprobaciones debidas al microscopio.

En 1863, Marcé (1) describió el aspecto del cere-

(1) Marcé. *La demencia senil*. París, 1863.

bro de los dementes. Notó también la atrofia de las circunvoluciones, su aspecto rugoso y el tinte amarillento de la substancia cortical; pero descubrió además la alteración microscópica y de las células por degeneración grasosa. «Las células, como roídas en sus bordes, irregulares, irreconocibles, presentan una coloración amarillenta ambarina, sus prolongaciones están rotas y ellas cubiertas de granulaciones amarillentas grasosas y acaban por desaparecer».

Los vasos están alterados, «la pared de los capilares parece incrustada de granulaciones grasosas que las recubren y se acumulan formando relieve en el interior de los vasos hasta llenar la cavidad». Se encuentran también cristales de hematina é incrustaciones calcáreas que llegan hasta obliterar. Y Marcé piensa que esa obliteración vascular es la causa de la destrucción de las células y de las fibras. Para Marcé, la demencia se observa consecutivamente á la mayoría de las afecciones orgánicas del cerebro, sea cual fuere la naturaleza; en la demencia sintomática la demencia es también consecutiva á las vesanias; se trata entonces de la demencia simple que es más bien un período terminal que una forma particular de la locura.

Para Morel (1), la demencia (*amentia, dementia*) no es, hablando con propiedad, una forma primitiva

(1) Morel. *Tratado de las enfermedades mentales*. París, 1860.

sino un estado terminal. Para él, los numerosos alienados caídos en demencia, sea cual fuere el punto de partida de su afección, forman una numerosa familia, de la que *todos los miembros tienen caracteres comunes y se reconocen en signos interiores y exteriores ciertos*; pensaba, pues, que el orden que era necesario introducir en el estudio de las enfermedades mentales, no sufriría una clasificación que hiciera de la demencia una de las variedades importantes de la locura. Distingue demencias completas é incompletas, parciales y generales, continuas, intermitentes, agudas y crónicas, etc..., pero de una manera general, la demencia representa la terminación de las afecciones mentales.

«Si examinamos, dice, la demencia (*amentia, debilitamiento progresivo y general de las facultades*) en su acepción más amplia, quedaremos desgraciadamente convencidos que, aparte la alienación mental, ese fatal término es el destino inevitable de la humanidad.

«Es necesario exceptuar algunas raras individualidades que conservan hasta el fin de su vida la energía y la plenitud de sus aptitudes intelectuales.

«Pero el mayor número, por el contrario, está sometido á la ley de decrecimiento de las facultades en sus relaciones con la disminución progresiva de vitalidad del cerebro, instrumento indispensable del pensamiento».

Los pacientes por demencia simple, dice Foville,



conservan una aptitud rutinaria para observar las conveniencias sociales, y para seguir las costumbres contraídas mucho antes, á condición de que no dejen de vivir en un círculo muy restringido, y en el que no necesitan tener ninguna iniciativa. Se les ve ir y venir, levantarse, acostarse, cuidar su *toilette* y comer de una manera regular. Interróguese á esas gentes aparentemente sensatas, y se reconocerá, con asombro, que carecen de memoria, de entendimiento y de voluntad. Son autómatas que obedecen á sus hábitos. Sólo tienen una noción imperfecta del tiempo, de las distancias y de los lugares, y acaban por perder la noción exacta de los incidentes que más directamente los afectan. Son imprevisores, puériles, olvidadizos de las conveniencias, descuidados en su porte é indiferentes para las personas que les eran queridas.

En los casos muy acentuados, la abolición de las facultades psíquicas es completa; el enfermo llega á quedar reducido á la vida vegetativa. Pronuncia pocas palabras, es débil mental, no tiene conciencia del presente, ni de su vida pasada, y llega hasta ignorar su nombre. Entonces es necesario acudir á todas sus necesidades, cuidarle como á un verdadero niño.

La demencia (Ball) (1), desde el punto de vista médico, no es ni una entidad clínica, ni una afección primitiva. Es la expresión clínica variable según las

---

(1) Ball. *Tratado de las enfermedades mentales*.

circunstancias que la determinan, de una decadencia progresiva de las funciones psíquicas. La cronicidad y la incurabilidad, son sus dos caracteres principales. En los procesos degenerativos además, la demencia no representa sino una parte de las pérdidas que experimenta la economía. Junto á esa debilitación gradual é inexorable de la inteligencia se ve la ruína, generalmente más lenta de las fuerzas físicas y de la vida de nutrición, de modo que hay motivo para considerar la demencia como una de las fases de la decadencia intelectual, moral y física del individuo.

La demencia, según Ball, es, pues, en patología, una plazoleta á que llegan, y donde se confunden las diversas variedades de la alienación mental. Esto que él llama *estado terminus* lo divide en tres grupos:

Demencia orgánica.

Demencia tóxica.

Demencia neuropática.

La clasificación de Magnan, coloca la demencia senil junto á la paralítica y por lesiones circunscritas, sabido es que describe, por otra parte, una tercera fase demencial del delirio crónico sistematizado y una forma de demencia degenerativa, precoz.

La clasificación general adoptada por el Congreso internacional de 1889, y aplicada en las estadísticas administrativas comprende:

La demencia orgánica.

La demencia simple ó senil.

La demencia paralítica.

La demencia vesánica ó secundaria.

Las obras docentes más corrientes en la actualidad, distinguen demencias: primitivas y orgánicas ó consecutivas. (Kéraval-Régis).

La demencia puede ser llamada primitiva, cuando forma parte integrante de la sintomatología de la afección con que está en relación, cuando se manifiesta desde el comienzo, de golpe, á título de síntoma primitivo, fundamental, imprimiendo caracteres particulares á los otros síntomas intelectuales, y acentuándose en razón directa con el progreso de la enfermedad.

La demencia es, por el contrario, secundaria cuando sucede á otros síntomas psíquicos (delirio, alucinaciones) de que es como resultante más ó menos alejada. (Séglas).

Es también lícito, en cierto modo, preguntarse con Toulouse si la vesania crónica pura, denominada demencial por algunos, es ciertamente una demencia. Sea como fuere, llegamos así á los primeros ensayos de clasificación anatomo-patológica, que marcan precisamente los progresos decisivos de la busca del substratum orgánico general de las demencias.

Estos progresos, perseguidos, principalmente, en los campos de la demencia senil y de la demencia orgánica, por una parte, y de la demencia paralítica, de otra, han conducido desde 1890 á tentativas de

síntesis fundadas en los trabajos histológicos realizados en Francia, esta síntesis de que encontramos equivalencia en el extranjero, en una época algo anterior para las alteraciones de la substancia blanca (Lucseh), y un poco después para las alteraciones dendríticas que Klippel describió el primero como hecho capital de la anatomía patológica fija de las demencias. Esta serie de lesiones caracterizadas por la autonomía celular final, da una significación esencial á la ruptura de las prolongaciones que ponen los elementos corticales en comunicaciones mútuas.

Esta unidad de concepciones, no daña en nada á las distinciones histológicas que establecen variedades de parálisis generales (P. G., inflamatoria, asociadas, degenerativas, etc.).

En notable trabajo de Bridier, preparador en el laboratorio de medicina mental del profesor Pierret (1902) (1). Están expuestas las apreciaciones y observaciones personales del maestro acerca de la demencia senil, la demencia paralítica y la demencia consecutiva á las vesanias simples.

Del conjunto de estas investigaciones, resulta que no hay demencia sin lesiones materiales de la corteza, que por lo anatomo-patológico, no puede establecerse una oposición entre demencias orgánicas y demencias vesánicas porque, en las unas como en

---

(1) *Ensayo sobre la anatomía patológica de los dementes*, por H. Bridier, *Th. Lyon. Encro*, 1902.

las otras, hay lesiones comprobables de *visu*; pero es posible llegar á reconocer en los cortes, las lesiones propias de la demencia senil y las de la demencia paralítica. Las demencias vesánicas se reconocen por exclusión y, entre sí, sólo difieren por el grado de intensidad del proceso celular, porque la lesión característica y la condición necesaria de toda demencia, reside en la alteración profunda y en la desaparición de un gran número de células del *cortex*, y aun del mismo cerebelo.

Volveremos sobre los datos principales de estas opiniones de Pierret, haciendo notar siempre el lado flaco de la tesis, que consiste en la producción de preparaciones histológicas de meningitis, con el título de demencia vesánica, después de uno ó dos años de asilamiento.

En su ponencia sobre el problema de las demencias vesánicas en el Congreso de Pau. M. Deny, ha procurado deducir la conclusión de esas tentativas recientes de clasificación anatómo-patológica.

Señalando las contradicciones de los autores precitados, rechaza la posibilidad de establecer una clasificación nosográfica sobre esa base. Un examen más profundo nos enseña, sin embargo, que las contradicciones son más aparentes que reales, y que en el fondo, tal vez, no son incompatibles las opiniones divergentes. Sea como fuere, en Francia, el problema, no obstante los esfuerzos del ponente citado, está sin resolver aún. En el Congreso de Pau, la mayoría

se mantuvo en el terreno de la nosografía de las demencias, basada en los caracteres clínicos, en espera de mejor solución. No se trata de negar á determinadas demencias un substratum orgánico; pero se discute aún cual es substratum diferencial típico, inicial de cada una de ellas.

En los capítulos relativos á las diversas demencias, hablaremos de los trabajos más importantes, concernientes á cada una de ellas; aquí nos interesa sólo resumir los trabajos de conjunto; la cuestión, pues, perdura en Francia en el terreno clínico. Ha sido claramente resumida en ese concepto por el Dr. Séglas, en el capítulo de semeiología de las enfermedades mentales del tratado de psiquiatria de Ballet (pág. 180. París, 1903).

Con Griesinger es posible distinguir, basándose en el aspecto clínico, dos especies de demencias: la *simple* y la *delirante*.

La simple puede ser apática ó agitada; en el primer caso el demente permanece inerte, inmóvil, habla poco ó no habla, no tiene iniciativa, no se levanta ni se viste, sino se le impulsa á ello, y vegeta en un eterno decaimiento.

En la demencia agitada, los dementes son presa de una agitación variable, continua ó no, durante la cual cantan, vociferan, desgarran, gesticulan desordenadamente, como maniáticos. La agitación es, en estos casos, confusa y variable contra lo que ocurre en la demencia delirante que, no obstante la

debilitación intelectual subyacente ó inminente, puede permitir el desarrollo de concepciones delirantes, activas y persistentes.

Estas observaciones, como las que siguen, son aplicables á todas las demencias en general, indistintamente.

*Demencia delirante.*—Hemos visto la distinción de Baillarger en el terreno especial de la demencia parálitica general; puede ser transportada al terreno general de las demencias de todas clases. Podemos, en efecto, considerar el delirio asociado á la demencia, ora como coexistencia ó episodio accidental, ora como fase intermedia preparatoria.

La alteración del tejido cerebral en camino de realización se traduciría por un delirio hasta que las lesiones destructivas están constituidas y la demencia le sucede al fin. Las predisposiciones individuales variables darían á esos episodios delirantes predemenciales caracteres diversos. En el desarrollo de la demencia confirmada, por otra parte, impulsos intercurrentes, autointoxicaciones sobreañadidas, infecciones secundarias, podrían también encender llamaradas delirantes, coincidentes, ó mejor, resultantes lógicas de determinados síntomas demenciales.

Tales pueden ser determinados delirios oníricos (Régis). Pero, en general, esos delirios prestan al fondo demencial á que se añaden ó sobreponen, caracteres clínicos especiales (falta de hilación, polimorfismo, extremada variabilidad, ilogismo).

Hay, pues, motivo para distinguir en los delirios asociados á las demencias los predemenciales y los post demenciales, de donde resultan dos especies de demencias: las secundarias ó consecutivas con estados delirantes, y las demencias primarias.

Las primeras eran denominadas, hasta hace poco tiempo, demencias vesánicas ó funcionales en oposición á las demencias orgánicas (paralítica, tóxica, senil, por lesiones circunscritas, etc.).

Comprendían:

las demencias melancólicas,

— maniáticas,

— neurósicas (epiléptica, coréica, histérica, etc.) y la demencia consecutiva á los delirios parciales ó sistematizados, de persecución y de grandeza.

Ya los partidarios de las monomanías distinguían la mono-demencia de los delirios parciales, de la demencia de las vesanias generalizadas (melancólica ó maniática); ésta era la demencia incompleta ó pseudo demencia de los delirios sistematizados demasiado complejos para ser comprensibles, distinta de la demencia orgánica, pero susceptible de complicarse con los progresos de la edad.

«La existencia de la demencia verdadera, dice Séglas, cuando no es debida á una causa adicionada (lesiones cerebrales en foco, senilidad), es, en tales circunstancias, poco admitida por los autores. La desaparición del delirio, su «cristalización», no se-



rían sino el resultado de su prolongado asilamiento, y á la inutilidad que ellos mismos reconocen, de sus afirmaciones delirantes (demencia aparente). Esta opinión, exacta en sí misma, no puede ser generalizada, y hay muchos casos, principalmente de las variedades llamadas alucinatorias, que conducen á una demencia verdadera, aunque incompleta y con caractères particulares. Se aproximan entonces algo á los casos (melancolía) en que la evolución hacia la cronicidad y la demencia reviste el aspecto clínico muy particular designado con el nombre de delirio sistematizado depresivo ó *paranoia secundaria*.

»Ciertos alienados crónicos (demencia incompleta) no deben ser confundidos con los verdaderos dementes parafásicos. En ellos, á través de las más extrañas frases, se cree adivinar en el gesto, en la acentuación, un pensamiento, un sentimiento, una intención. La mímica es tan expresiva, las entonaciones tan variadas, tan naturales, que parece faltar la concordancia entre el desorden de las ideas y el desorden del lenguaje, frecuentemente incomprendible.

El enfermo, que ha conservado aisladamente las palabras de su lenguaje habitual; que no sólo comprende el sentido de una palabra aislada, sino el de una frase que le dirijamos, parece haberse hecho para su uso personal un lenguaje especialísimo, atiborrado de neologismos y paralogismos; pero conservando las reglas gramaticales sintáxicas». En

realidad, éstos son dementes dislógicos que conviene no confundir con los parafásicos.

Dando lo que merecen á las mono-demencias post-monomaniáticas, Magnan sustituía á las monomanías por los síndromos episódicos de degeneración, por una parte, y los delirios crónicos por otra. Éstos últimos comprenden los delirios de persecución de Lasègue y los delirios de grandeza en una sola psicosis, de que no son sino etapas sucesivas: 1.º, fase de inquietud; 2.º, de persecución y de grandeza; 3.º, al fin de esa larga evolución sobrevendría una fase demencial. La síntesis opuesta de los síndromos episódicos en la teoría de Magnan, contrasta con el delirio crónico por el carácter pasajero, fugaz y cambiante de los síndromos que se manifiestan por llamaradas curables, como si el degenerado hereditario más tarado, habiéndose librado del idiotismo, gozase de una especie de inmunidad con respecto á las llamaradas delirantes ulteriores más tenaces.

Acabamos de ver que la teoría de Magnan puede ser completada por la de Cotard referente á los delirios melancólicos crónicos sistematizados, que comprenderían también una fase demencial terminal; pero la parte de la demencia precoz eventual es insuficiente en el terreno de la degeneración hereditaria. La inmunidad sostenida parece muy insólita, á pesar de que Magnan y Legrain han admitido demencias precoces degenerativas.

«Se ve, á veces, sobrevenir la demencia en indivi-

duos muy jóvenes, de una manera precoz. Esa demencia, á que podríamos llamar primitiva, tiene una fisonomía completamente especial. Los enfermos han presentado durante su infancia ó durante su adolescencia, un estado mental satisfactorio; han podido ser individuos inteligentes, y aun distinguidos, pero repentinamente se ve declinar su inteligencia, cesan de hacer progresos y aun retroceden, y poco á poco pierden todo lo que habían aprendido; cometen una serie de puerilidades ó de actos comprometedores de que no tienen la menor conciencia, y, en pocos meses, llegan á la demencia irremediable».

«Otras veces, el comienzo de la enfermedad se ha señalado por algunas ideas delirantes, muy fugaces, de que la demencia es consecutiva».

«Es inútil insistir sobre estos hechos clínicos bien conocidos; una pesada predisposición hereditaria nos parece ser la razón indubitable de *una demencia tan precoz* que sobreviene sin que ningún trastorno delirante venga previamente á debilitar el estado mental que, hasta entonces, no había presentado nada anormal, sin que una enfermedad grave, intercurrente; haya podido producir lesiones enormes irreparables. Los dementes jóvenes están á la cabeza de los degenerados» (1).

¿Por qué, pues, ciertos degenerados llegan á ser dementes, mientras que tantos otros presentan, por

(1) Legrain. *El delirio entre los degenerados*, 1886, pág. 234.

el contrario, á las llamaradas delirantes una resistencia que hace que esos accesos sindrómicos afecten generalmente la particularidad de retroceder, de ser episódicos y curables?

Y ¿cómo explicar entonces los casos de demencia precoz en individuos sin taras hereditarias perceptibles, sin estigmas físicos ó psíquicos previos?

Estos casos fueron descritos ya en Alemania en 1886 por Hecker y Kalbaum, con el nombre de demencia catatónica, pero no habían sido estudiados aún por los alienistas franceses.

Gracias á los esfuerzos de los alienistas alemanes, y particularmente de Kraepelin y de la Escuela de Heidelberg, la demencia precoz, descuidada durante mucho tiempo en las nosografías francesas, está en camino de tomar el desquite, desde hace dos años singularmente, gracias á los Congresos de alienistas de lengua francesa de Bruselas y Pau. El problema, puesto yá á la orden del día en el de París de 1900, fué planteado de nuevo en 1903 y 1904. Produjéronse discusiones del más alto interés, que resumiremos en este capítulo.

El interés capital, la filosofía; si cabe hablar así, de esos debates consiste, esencialmente, en que se vió surgir, en el campo de las demencias, una nueva conquista anatomo-patológica no menos importante quizá que la de Bayle en 1822; esa conquista, por la demencia precoz, desborda sobre los dominios de las psicosis propiamente dichas.

Pero esta conflagración de tendencias es muy reciente, y resulta del choque de dos corrientes de opiniones distintas, nacidas una en Francia y otra en Alemania.

En Francia, los alienistas se enfrascaron siguiendo á Morel, y con el impulso de Magnan, en la investigación y estudio cada vez más profundo de los factores etiológicos hereditarios, esforzándose en arrancar al estudio de las genealogías mórbidas el secreto de la génesis de las psicosis.

En Alemania se enfrascaron, en la clínica combinada con la anatomo-clínica, Kraepelin, siguiendo á Kahlbaum, Hecker, etc., llegó á una especie de síntesis general de las Paranoias y de las Verruchteit y Vanshin de la antigua Escuela alemana. Esta escuela, con el nombre de demencias precoces y otras denominaciones similares, reunió poco á poco lo mismo próximamente que con el de degeneraciones la Escuela francesa. Como ésta llegaron á englobar en ese capítulo casi toda la alienación mental. Del choque de esas dos corrientes de opinión opuestas, brotaron las tendencias actuales tan complejas y los conflictos de tendencia de que antes se habló.

Volveremos sobre estos conflictos al hablar de la demencia precoz; pero para limitarnos ahora á la cuestión general de las demencias importa, después de haber pasado rápida revista á la evolución de las ideas francesas concernientes á la demencia general, apuntar brevemente la de las ideas fuera de Francia

acerca del mismo asunto. Fuera de Francia, gracias á las investigaciones de Ramón y Cajal y de Golgi y á sus técnicas microscópicas, cada día más ingeniosas y precisas, puede ser apreciada más íntimamente cada vez la estructura del tejido cerebral y nervioso. Las comparaciones entre el estado normal y el de los dementes autopsiados hicieron brillar poco á poco la multiplicidad de las alteraciones correspondientes á los estados psíquicos mórbidos, sobre todo en los casos acentuados y terminales de las psicosis demenciales.

Primeramente, Cajal demostró el perfecto paralelismo existente en la serie animal entre la actividad psíquica y el desarrollo de una determinada especie de célula, la célula piramidal, grande, á que denomina célula psíquica.

Más tarde, Marinesco (*Evolución de la célula nerviosa Revue scientifique*, 1899), estudiando por el método de Nissl la estructura de la célula nerviosa en las diferentes edades de la vida, comprobó que evolucionaba, que cambiaba de caracteres morfológicos á medida que envejecía, que se atrofiaba y cargaba de un pigmento particular, y así se explicaba verosímilmente la debilitación intelectual de los últimos años de la vida. Comprobó, además, que el funcionamiento, así como la nutrición de la célula, provocaban reacciones considerables en la forma del elemento y en la disposición de la substancia cromática.

Los descubrimientos de Cajal, Golgi, Nissl, Weigerts y Tucsek, fueron pronto aprovechados en los laboratorios de los diferentes países, y sería imposible analizar aquí los múltiples trabajos salidos de esa idea capital referentes al problema de la anatomía patológica demencial; se consignan los principales en el índice bibliográfico de esta obra, ó con ocasión de los particulares estudios de las respectivas demencias. Diremos aquí, únicamente, que fuera de Francia el problema general de las demencias ha ido fraccionándose á medida que los estudios sucesivos aumentaban su complejidad. Primero, como en Francia, fueron separadas las demencias paralíticas, luego las seniles, y quedó pendiente el problema de las demencias precoces y las secundarias.

Pero á través de las variantes de esas tendencias, ora hacia las demencias vesánicas múltiples, ora hacia una demencia precoz única, vemos por todos lados la misma evolución constante hacia la demostración de un substratum anatómico preciso de las diversas demencias y aun de las diversas psicosis.

—En 1883, Maudsley, en su «Patología del espíritu», afirmaba aún: «Puesto que no sabemos absolutamente nada de la constitución íntima del elemento nervioso ni de su modo de actividad, y cada una de sus moléculas es más compleja que todo el sistema solar, no es sorprendente que no veamos ninguna alteración en algunos casos de locura».

Después, en el penúltimo Congreso de psiquiatras

de la Gran Bretaña, el profesor Clouston, de Edimburgo, encargado de la ponencia general, refirió las psicosis á dos especies de regresiones psíquicas: hereditaria y adquirida.

Una y otra pueden mostrarse en el curso del desarrollo y en el de la regresión senil. Así como la neurosis puede resultar de un retardo ó de una falta de paralelismo en el desarrollo funcional, puede manifestarse también á consecuencia de la extinción prematura de una función ó de su regresión demasiado rápida. Las funciones sexuales dan ejemplos sorprendentes.

Apoyándose en las estadísticas generales de la locura en Escocia, Clouston divide la vida media humana en tres períodos: de desarrollo, que comprende los veinticinco primeros años; de madurez, que comprende de los veinticinco á los cincuenta, y de regresión, desde los cincuenta á los setenta y cinco; afirma que en el primer período la proporción de defunciones por enfermedades mentales y nerviosas es de 35 por 100, en el período siguiente baja á 12 y en el último vuelve á subir á 33,2 por 100.

«Con ocasión de la evolución senil, como de la juvenil, los centros nerviosos y psíquicos que presiden á la adaptación individual y funcional por proliferación de las neuronas, pueden revelar su insuficiencia resultante de la herencia de menor resistencia ó decadencia actual por surmenaje ó de otra causa eventual; entonces surgen las neurosis y las psicosis que



mutilan la mentalidad ó producen sus extinción demencial. Como las ramificaciones de las neuronas, según Flechsig, son el substratum del razonamiento desarrollado en el niño, la atrofia de esos ramos en el viejo produce la demencia. La naturaleza exacta de esas alteraciones histológicas, es el problema á resolver».

Para Clouston (1), hay seis grandes clases de demencias:

1.<sup>a</sup> Secondary-dementia, consecutiva á las psicosis maníacas, melancólicas y otras.

2.<sup>a</sup> Debilitación demencial primaria ó congénita, retardos de desarrollo ó regresión del cerebro desarrollado.

3.<sup>a</sup> Demencia senil.

4.<sup>a</sup> Idem orgánica en focos.

5.<sup>a</sup> Idem alcohólica ó de otros tóxicos.

6.<sup>a</sup> Idem aguda, *attonita* ó psicocoma.

En Alemania (Maladies mentales, 379), Griesinger considera diferentes estados de debilitación intelectual.

Primer grupo: Locuras sistematizadas.

Segundo grupo: Demencias.

Estas últimas comprenden dos variedades: una, en que hay confusión de ideas, pero el pensamiento tiene aún cierta actividad superficial, variedad que puede ir acompañada de agitación (*Verwirtheit*), y

(1) Clouston. *Journal of Mental disease*, pág. 280, 1894.

otra, caracterizada por extrema debilidad de inteligencia, que puede llegar casi á la abolición de esa facultad, y también por un estado de calma y de apatía: es la demencia apática.

Á esas demencias adquiridas, añade el autor en otro capítulo (IV), la demencia congénita ó precoz que para él no es sino una variedad del idiotismo (d. pág. 103).

—Schüle distingue una demencia alucinatoria correspondiente al primer grupo de Griesinger de las locuras sistematizadas, y una demencia, propiamente dicha, con dos variedades, forma irritable ó demencia versátil y forma torpida ó demencia apática; pero éstas no son, en realidad, sino demencias secundarias, degenerativas ó vesánicas. El autor describe, en el capítulo de las cerebropatías psíquicas, la demencia periencefalitis (parálisis general) y la demencia senil, y en otro lugar, con el nombre de demencia primitiva aguda, el estupor.

—Para Kraft Ebbing (*Tratado de psiquiatria*, 1897), la demencia es un estado de destrucción progresivo de las facultades intelectuales, atacando principalmente á la memoria y á la asociación de ideas, y finalmente, á la percepción y á la reacción emotiva.

Á propósito de las afecciones mentales denominadas funcionales, encontramos en Franz Nissl los pasajes siguientes: «Fundándome en exámenes prolongados durante varios años, puedo enunciar esta fórmula: que en todas las psicosis, sea cual fuere su

género, se encuentran siempre hechos positivos haciendo el examen anatómico-patológico de la corteza. Hay que observar que, cuando hablo de resultados positivos en la corteza, no me refiero á los que se limitan á una ó dos células por preparación, ni de los que consisten en detalles hasta tal punto finos, que sólo pueden ser reconocidos por histólogos peritísimos. Hablo de los resultados que pueden ser vistos por cuantos han aprendido á ver en un microscopio.

«Una vez establecido que cada psicosis, sin excepción, deja descubrir un resultado anatómico positivo, el nombre psicosis funcional no puede ser conservado, porque se funda en la falta de alteraciones anatómicas. Pero, debemos reconocer que no estamos en estado de poder dar la significación de las alteraciones anatómicas, y no está, en modo alguno demostrado por el hecho de la existencia de esas alteraciones en las psicosis llamadas funcionales, que deban ser consideradas como erróneas las afirmaciones de los alienistas pretendiendo que las psicosis funcionales se muestran clínicamente como trastornos de distinto género que la demencia parálitica, la senil, etc., en que la anatomía patológica es positiva y manifiesta».

«Para las psicosis, el problema no puede aún ser resuelto sino mediante la psiquiatria clínica».

Nissl concluye que las psicosis demenciales, como las llamadas funcionales, son todas «enfermedades del cerebro».

—La escuela inglesa y la escuela alemana, como la francesa, tienden pues, muy claramente, en el terreno anatomo-patológico, á la demostración somática de la naturaleza de las psicosis demenciales y de otros géneros.

«Una experiencia de más de treinta años, dice Sch. Von Der Kolk, me ha conducido á una opinión opuesta (á la de las psicosis sin fundamento). No recuerdo haber hecho, durante los veinticinco años últimos, la autopsia de un alienado, sin encontrar una explicación suficiente de los fenómenos observados durante la vida».

Un progreso evidente, en ese terreno, ha sido el realizado por la escuela alemana con respecto á la demencia precoz, muy comparable al que realizó la escuela francesa con el descubrimiento que de la parálisis general hizo Bayle en 1822.

Primero fué, simultáneamente, en el terreno clínico y en el anatómico, donde Khabaum y Hecker presintieron la nueva entidad acerca de la cual las discusiones, tanto en Alemania como en Bélgica y Francia, desde hace más de dos años han apasionado á los alienistas. La luz comienza á hacerse por efecto del choque de esas discusiones, y á discernirla hemos de dedicarnos más adelante.

La mayoría de las clasificaciones de las demencias se fundan en la etiología y en el carácter de los procesos mórbidos de que ellas son expresión resultante. Conducen, finalmente, á dividir las demencias en

*orgánicas* y *funcionales*; pero es necesario entender bien que, éste último término, no tiene aquí sino la significación completamente relativa que se le da en neurología y en psiquiatría: funcional no quiere decir entonces sinónimo de *sine materia*. Importa también observar que el calificativo de *funcional* no tiene para todos los autores la misma significación. La mayoría de ellos la aplican á todas las demencias neurósicas ó vesánicas, mientras que otros la reservan para las formas denominadas agudas.

Frecuentemente encontramos en la literatura psiquiátrica, la división de las demencias en idiopática ó primitiva, y sintomática ó secundaria. En este último caso, la demencia es precedida ó acompañada de una afección cerebral, de que constituye un síndrome ó un período; en el primero constituye una afección autónoma. Parece, dice Séglas, que á este respecto es necesario precisar la significación exacta de los calificativos empleados, y no considerar como sinónimos idiopático y sintomático, primitivo y secundario. La significación de esos adjetivos varía según los autores, y si los primeros implican siempre, sin dudas, una *noción patogénica*, los segundos sólo suelen tener un valor puramente semiológico.

Sólo excepcionalmente puede la ruína demencial ser brusca y total, en general se llega á ella en progresión más ó menos rápida.

Puede, pues, alcanzar á todas ó á parte de las fa-

cultades, y de ahí las demencias difusas, globales, como opuestas á las que alcanzan desigualmente á las diversas esferas de la mentalidad. La memoria es, ordinariamente, la esfera más frecuente y claramente lesionada desde el principio. Después vienen, por orden decreciente, las esferas perceptivas: la atención, la reflexión, el juicio, la voluntad, las esferas morales y afectivas.

Pero esas etapas sucesivas están muy lejos de ser constantes y de seguir una evolución uniforme.

Se puede, pues, según la extensión de la debilitación psíquica, distinguir:

Demencias { totales.  
parciales.

Según la evolución:

Demencias { súbitas.  
progresivas.

Según la patogenia:

Demencias { Idiopáticas.  
sintomáticas.

Según la semiología:

Demencias { primitivas.  
secundarias.

Según la etiología inicial:

Demencias { orgánicas.  
funcionales.

Rechazamos por definición todas las clasificaciones que oponen á las demencias con lesiones determinadas las que se suponían *sine materia*, inadmisibles, á nuestro juicio, en el estado actual de la ciencia.

Creemos que deben ser combinadas preferentemente las clasificaciones fundadas en una anatomía patológica constante, con diferenciaciones en sus grupos por etiología y localizaciones diferentes divididos según las distintas modalidades clínicas.

Tal es la clasificación adoptada en el tratado de Patología mental por G. Ballet, de que el cuadro que va á continuación resume la etiología general de las demencias.

<p><i>Tóxicas:</i></p> <p>Lesiones histológicas difusas de infecciones y de intoxicaciones.</p>	}	<i>Agudas.</i>	{	Fiebres.	{	Envenenamientos agudos ó subagudos.		
		<i>Crónicas.</i>	{	Infecciones crónicas.			{	Sífilis. Tuberculosis. Pelagra, etc,
					{	Envenenamientos crónicos.	{	Alcohol, plomo. Morfina. Diabetes, etc.
<p><i>Orgánicas:</i></p> <p>Lesiones macroscópicas é histológicas de las meningo-encefalitis en focos ó difusas.</p>	}	Encefalopatias en foco. Lesiones solitarias múltiples, diseminadas ó difusas.	{	Hemorragia y reblandecimiento. Tumores. Abscesos, gomas, esclerosis, meningo-encefalitis difusas.	{	Arteriopatias cerebrales del artritismo de la senilidad, etc.		
		Encefalopatias distróficas de origen vascular.	{	Arteriopatias cerebrales del artritismo de la senilidad, etc.				
<p><i>Psiconeurósicas:</i></p> <p>Lesiones de gliose difusa con degeneraciones celulares.</p>	}	Epilepsias crónicas.	{	Corea crónica.	{			
<p><i>Psicósicas:</i></p> <p>Lesiones celulares degenerativas corticales.</p>	}	Psicosis sistemáticas progresivas.	{	Mania y melancolia crónicas.	{			
		Psicosis periódicas.						
		Psicosis degenerativas.						
		Demencia precoz.						



Véase ahora el cuadro hecho por Sérieux de las psicosis esencialmente caracterizadas por un estado de debilitación psíquico demencial.

DEBILITACIONES PSÍQUICAS DEBIDAS Á LESIONES CEREBRALES  
ORGÁNICAS, GENERALMENTE INCURABLES

- |                                    |   |                                                                                                 |
|------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Por lesiones circunscritas..... | } | Debilitaciones parciales,<br>amnesias, afasias.<br>Demencias orgánicas.<br>Demencia sífilítica. |
|                                    |   | Demencia senil.                                                                                 |
|                                    |   | Demencia paralítica.                                                                            |
|                                    |   | Demencias tóxicas.                                                                              |
| b) Por lesiones difusas.....       | } | Demencia precoz.                                                                                |
|                                    |   | A. Forma simple.                                                                                |
|                                    |   | B. Forma delirante.                                                                             |
|                                    |   | C. Forma catatónica.                                                                            |
|                                    |   | D. Demencia paranoide.                                                                          |

Toulouse, tratando de establecer una clasificación psicológica, opone á las psicosis (ó vesanias) las *psíquies* ó estados mentales fundamentales; entre estas últimas agrupa las demencias diversas bajo el nombre de *metapsíquies* ó debilitaciones manifiestas después del desenvolvimiento psíquico completo y la pubertad.

Se tiene entónces:

DEMENCIAS	Totales.	{	Con trastornos del mo-	{	Con signos se-	}	niles.	}	Demencia senil.	
			vimiento.		Sin ellos.		}		Demencia para-	
	Parciales.....	{	Sin ellos.....						}	Demencia vesá-
									}	nica.
								}	Demencias orgá-	
									}	nicas.

Se ha podido decir que cada edad tiene sus demencias (Dupré); si el idiotismo es en cierto modo la demencia anticipada, la ruína cerebral inicial por aborto psíquico; la demencia precoz es el intermedio entre ella y las siguientes el idiotismo adquirido que decía Esquirol; la edad adulta es el terreno en que evolucionan las demencias vesánicas y paralíticas ó tóxicas, así como algunas demencias orgánicas por lesiones circunscritas precoces.

Finalmente, la edad avanzada, el de la evolución senil á la demencia senil propiamente dicha. Ateniéndonos á esta clasificación, que es más sencilla y sigue al hombre en sus diferentes grados de desarrollo, estudiaremos sucesivamente:

- 1.º Las demencias precoces de la época púber y las secundarias rápidas que pueden serlas asimiladas;
- 2.º Las del adulto: parálisis general y pseudo parálisis general;
- 3.º Las seniles y orgánicas.

Las demencias vesánicas tardías y neurósicas forman las transiciones ó pasos entre los grupos primero y segundo, las demencias orgánicas del adulto el paso entre el segundo y el tercero.

# SEGUNDA PARTE

## Diversos tipos de demencias

### CAPÍTULO IV

---

#### Demencias precoces

Sinonimia.—Idiotismo accidental (Morel).—Idiotismo adquirido (Esquirol).—Demencia hebefrénica.—Demencia catatónica.—Paranoia rudimentaria.

Podemos definir con Sérieux la *demencia precoz* como psicosis caracterizada esencialmente por una afección psíquica especial de marcha progresiva que, generalmente, se presenta durante la adolescencia, y en la mayoría de los casos termina por el agotamiento de toda manifestación de actividad mental, sin comprometer nunca la vida del enfermo. Esta última particularidad está estrechamente ligada al carácter, sobre que ya hemos llamado la atención, á saber: que la demencia es, en este caso, independien-

te de las lesiones vasculares; descansa esencialmente sobre la alteración súbita de las neuronas y de sus prolongaciones ó sus derivados; en otros términos, es la demencia por lesiones neuro-epiteliales primitivas.

El individuo normal, ó *soi-disant* tal, representa un compuesto de células vivas constantemente bajo el peso de taras hereditarias, por atenuadas que las supongamos, y así mismo, fatalmente sometido por las leyes de la evolución vital y de los medios ambientes á causas internas y externas de envenenamiento.

Ningún hombre puede decirse libre de taras ancestrales, porque en último análisis, remontándonos en la genealogía humana, participamos todos de las taras de la especie, y, en ese sentido, podemos repetir la frase de Ovidio: «*¡Nihil humani a me alienum puto!*» No hay en esto sinc diferencias de grado. Y, por otra parte, cual es el hombre que, al declinar la vida, no ha sufrido, por las crisis de su desarrollo y los inevitables contagios, infecciones diversas, por pasajeras que fueren, contra las que su organismo ha debido reaccionar más ó menos victoriosamente, pero á costa de un desgaste orgánico, inevitable en esa como en toda lucha.

El hombre más sobrio no puede evitar la introducción en su organismo de elementos tóxicos múltiples, íntimamente mezclados en los diversos alimentos que él absorba.

El hombre adulto se encuentra, pues, en su estado normal con taras hereditarias múltiples y taras adquiridas no menos variadas, tanto de origen externo como de origen interno, que explican las diversas reacciones histológicas de que la (insania) no es, en último análisis, sino la suma, y de que es consecuencia inevitable la debilitación demencial.

Veremos, en efecto, realizando el estudio de los casos típicos en que brilla y predomina la influencia preponderante de tal ó cual de los elementos precitados, que en ellos también la demencia tiene por fundamento una alteración análoga de las células nerviosas, variable según las causas predominantes, pero constante y comparable en ciertos respectos á las alteraciones generales, que revela el examen de los tejidos en los simples dementes.

De esas alteraciones resulta el estado demencial, que relaciona entre sí esos diversos estados desde el punto de vista clínico.

Existe una primera categoría de demencias que se aísla de las demás; la de las demencias precoces, la de las decadencias mentales globales que sobrevienen mucho antes de la senilidad; luego corresponden á una senilidad precoz. Si, como se ha dicho, cada uno tiene la edad de sus arterias, hay, sin embargo, un abismo entre la demencia por arteritis y senilidad prematura, y las que sobrevienen pronto en un cerebro en buen camino de desarrollo, pero herido en

sus neuronas, apenas *completamente* desarrolladas, sin que su sistema vascular esté anteriormente herido. Llegamos en este momento á un problema muy difícil que nos obliga á volver sobre la definición del idiotismo, tal como se puede, con Esquirol, oponerla á la demencia para caracterizar bien esta última.

En efecto, existen demencias que comprometen simultáneamente el tejido nervioso en su funcionamiento y en su vitalidad, tales son la demencia paralítica y la senil, conducentes una y otra á la adulteración del cerebro, considerada en todos sus elementos neuro-epiteliales y en los vásculo-conjuntivos; de ahí las caquexias finales que producen la muerte en pos del agotamiento psíquico.

Pero hay otras demencias que resultan de la sola disgregación neuro-epitelial, y dejan relativamente indemnes los elementos vásculo-conjuntivos, permitiendo así una vida muy larga (hasta la senilidad vásculo-conjuntiva podríamos decir), aunque desarrolladas en individuos muy jóvenes, llegados precisamente á la fase púber, que puede ser considerada como coronamiento de la evolución ascendente del ser físico y psíquico. Por ser esto así, esos casos han sido denominados, por unos, demencias precoces por sobrevenir en el momento de la madurez juvenil, y, por otros, idiotismo adquirido ó consecutivo por su analogía con los atrasos de desarrollo prepúberes de los que las diferencian por el adjetivo *adquirido*, lo que denota una acción posterior, una des-

trucción de algo que había sido comenzado á construir.

El idiota, dice en resumen Esquirol, está privado de bienes que jamás poseyó, mientras que el demente precoz pierde un desarrollo intelectual que había comenzado á adquirir; pero entre el desarrollo intelectual completo, muy variable, por otra parte, y el comenzado é incompleto, existen grados infinitamente variados, y puede decirse que no existe ningún idiota que no haya tenido ningún desarrollo por mínimo que sea; aun los anencéfalos pueden adquirir hábitos reflejos medulares y bulbares durante los pocos días que viven.

No debemos, en efecto, considerar como de demencia precoz los casos de falta de desarrollo consecutivos al nacimiento, y limitar como idiotismo los de lesiones cerebrales contemporáneas de la vida intrauterina.

Estas consideraciones han sorprendido á cuantos han estudiado el idiotismo y la demencia precoz propiamente dicha, y han sido propuestas diferentes fases de la evolución del individuo para marcar los límites separadores de una y otra enfermedad. Unos consideran como idiotismo los casos de atraso de desarrollo anteriores á la crisis de la dentición, otros la crisis de la pubertad cuya falta, anomalía ó retardo, caracterizan el idiotismo ó la degeneración congénita. Todo individuo normal, hasta esa fase inclusive, es considerado como demente precoz si su des-

arrollo intelectual decae posteriormente y antes de la senilidad, y sin presentación previa de una psicosis no demencial.

Sin detenernos en el examen de esas distinciones, de las que, por otra parte, no ha prevaecido ninguna, nos conformaremos con consignar aquí cuán insuficiente es la limitación entre las debilidades congénitas y algunas demencias precoces. Esto demuestra que hay entre ambas alteraciones puntos de contacto y transiciones insensibles, y que nuestras distinciones teóricas artificiales no tienen nada de común con la realidad de los hechos que están muy lejos de ser tan limitados y distintos como las categorías de nuestro espíritu.

Sea cual fuere la época que convengamos teóricamente en fijar como límite, podemos decir que, unos y otros casos, corresponden á lesiones anatómicas que, como en las demencias seniles, son difusas ó localizadas, por lesiones vásculo-conjuntivas y neuro-epiteliales, ó por una sola de estas dos últimas modalidades.

Por nuestra parte, sólo damos el nombre de demencias precoces á las neuro-epiteliales.

En efecto, un adolescente púber, puede caer en demencia por consecuencia de una hemorragia cerebral, de un traumatismo craneano, de una lesión localizada (tumor, góma, etc.) del mismo modo que un niño en idiotismo por causas semejantes, sin otra diferencia que la de haber sido afectados los cen-



tros después de su mielinización y desarrollo completo, de donde resultaran alteraciones consecutivas diferentes, tanto histológica como macroscópicamente, y de las asociaciones psíquicas ulteriores. Pero si esos estados de decadencias psíquicas, difieren á ese respecto en el púber, respecto del que no lo es, difieren infinitamente poco de los estados análogos desarrollados en el adulto ó en el viejo. No podemos incluir en el epígrafe «demencia precoz» las demencias orgánicas que han de ser descriptas con las demencias secundarias á lesiones localizadas del cerebro completo, porque las obliteraciones vasculares diversas, producen en estas impotencias motrices, sensitivas, sensoriales ó psíquicas típicas.

Quedarían aún por eleminar del cuadro de la demencia precoz, las demencias por lesiones difusas, á la vez vásculo-conjuntivas y neuro-epiteliales, del tipo paralítico, como, por ejemplo, las parálisis generales infantiles ó juveniles, profundamente diferentes del idiotismo y de las demencias precoces verdaderas. La precocidad de esas parálisis generales puede determinar confusión, porque aparecen insólitamente, pero no por eso dejan de ser demencias paralíticas que entran en el cuadro de las que bajo ese epígrafe describiremos.

En la demencia precoz verdadera, las lesiones celulares y tubulares pueden producirse independientemente de las lesiones secundarias, por acción directa de toxinas infecciosas ó de otro género sobre

células nerviosas ó prolongaciones de ellas, como ocurre con las células de las astas anteriores medulares.

La reciente mielinización de esas células y de su sistema de tubos blancos, parece ponerlas en estado de menor resistencia al proceso toxi-infeccioso, y predisponerlas así á la impregnación tóxica y á la destrucción por los neurófagos encargados de neutralizar la infección y de absorber los residuos.

Marro ha señalado que la demencia precoz y los atrasos de desarrollo pueden ser consecuencia de la procreación tardía. Sería en tal caso como una especie de senilidad transmitida á la progenie, por agentes llegados ya á ese estado en el momento de emitir las células generatrices.

Resultaría entonces como una especie de insuficiencia vital en los descendientes, y una dificultad de evolución innata que explicaría la imperfecta mielinización, ó en cierto modo, la mielinización inestable de los centros nerviosos.

Esos literalmente degenerados, serían comparables á las líneas de atáxicos hereditarios, en que los cordones blancos no pueden desarrollarse en la médula cuando ésta está llamada á asegurar las funciones de relación (marcha). Se ve, pues, que la senilidad puede encontrarse también en las demencias precoces, aunque por vía indirecta.

Las investigaciones de Flechsig han establecido una gradación en el orden de mielinización de los

diferentes sistemas de tubos y de núcleos celulares, correspondientes en las diversas capas de la médula y del encéfalo.

Según la edad en que el proceso infeccioso hiere al individuo, y teniendo en cuenta los retrasos posibles, podemos establecer un cuadro de las localizaciones tubulares y celulares predominantes, sobre que se asienta la demencia precoz.

Se producirían entonces en las zonas anteriores y en sus haces de asociación intercelulares, lesiones de las neuronas y de sus prolongaciones comparables á las que una infección banal engendra en las astas anteriores recientemente mielinizadas de los niños muy pequeños á que hieren los poliomielitis infantiles.

Los enfermos cesan entonces de desarrollarse intelectualmente; sus percepciones nuevas están en parte abolidas y sus adquisiciones por asociación y acumulación de impresiones corolarias suprimidas; cesan de registrar y sus adquisiciones anteriores son, en cierto modo, disociadas, aisladas las unas de las otras en la imposibilidad de corroborarse y completarse; el enfermo se hace incoherente, incapaz de poner en acción centros moderadores que habían podido comenzar á constituirse, pero quedan sin comunicaciones bastantes con los centros subyacentes; de ahí las impulsiones reflejas que llevan al enfermo al automatismo inconsciente del imbécil ó del idiota.

HISTORIA.—La expresión demencia precoz se pres-

ta al equívoco en el sentido de que puede ser aplicada al individuo, herido de decadencia psíquica en una fase precoz de su evolución individual, ó á la afección cerebral que conduce pronto á la disgregación demencial, mientras que muchas psicoèsis pueden evolucionar hacia la duración ó hacerse crónicas, sin que las complique la demencia rápida.

Este equívoco parece pesar sobre las discusiones renovadas en los Congresos de Pau y Bruselas, de que ya hemos hablado.

Los autores que trataron este asunto antes de que las teorías de Kraepelin estuviesen maduradas é hipertrofiadas, si así puede decirse, en el espíritu de su autor, hablaron todos de demencia precoz empleando la frase en relación con la evolución individual.

Morel, que la empleó simultáneamente con la de idiotismo adquirido, dice: «Lejos de ser accidental la demencia de los adolescentes, debemos considerarla como constitucional... Ese atraso prematuro de las facultades se presenta en los hijos de alienados y no es en definitiva sino último término de una evolución fatal de que el enfermo llevaba el germen al nacer» (1). El concepto de precocidad, respecto de la evolución psíquica individual, está tan bien establecido, que la lucha se circunscribe á la cuestión de la

(1) Morel. *Tratado de las enfermedades mentales*, 1860, página 566

degeneración mental: ser ó no ser degenerado, tal fué, durante mucho tiempo, el problema cuanto al demen-te precoz; la influencia de Magnan y su escuela de-fendiendo la etiología mórbida hereditaria como pre-ponderante y capital, hizo confundir las demencias precoces en la multitud de taras por degeneración hereditaria de que sólo representaban una variedad sin especial interés, inmediata á los débiles, imbéci-les é idiotas. Así el eco de los trabajos alemanes de-terminó una reacción intensa contra las tendencias precedentes.

Dando al elemento ocasional, á la infección ad-quirida una preponderancia inesperada, se ponía de golpe la demencia precoz en la categoría de las en-fermedades infecciosas accidentales, relativamente independientes de la predisposición hereditaria, más próximas, por lo demás, á la demencia paralítica que al idiotismo.

En 1900, el Congreso de París, puso á debate el problema de las psicosis de la pubertad, sin que el *contragolpe* de las teorías de Kraepelin pareciese aún hacerse sentir en la discusión, no obstante, la pre-sencia y las discusiones contradictorias de Ziehen, Marro, Voisin, Cullerre. Tokarski, Benedikt, Ba-llet, etc.

La corriente de reacción se hizo ya visible en el Congreso de Bruselas, primero con la ponencia de Clauss, y más tarde en Pau, donde las últimas hi-pótesis de la escuela de Heidelberg hallaron en el

ponente M. Denis un partidario fervoroso que fué más lejos, tal vez, que la escuela misma, en el sentido de que, para él la demencia precoz, comprendía, no sólo los abortos psíquicos post púbers, sino todos los manifestados rápidamente en un terreno psicopático reciente. Admitiendo esto, sería demente precoz, con el mismo derecho que el hebefrénico post púber, el delirante adulto y aun presenil que cayese en demencia después de una breve fase de demencia aguda, lo que permitiría asimilar las manías y las melancolías crónicas seguidas más ó menos pronto de debilitamiento psíquico. Mas aún, los delirios sistematizados de tan larga evolución y tan gradualmente progresivos, pudiendo llegar á la fase demencial (tercera fase del delirio crónico de Magnan) entrarían en el terreno de la demencia precoz por el rodeo de la paranoide. De manera que esas disgregaciones mentales en que la individualidad psíquica parece luchar paso á paso y con el máximo de lentitud, serían asimiladas progresivamente á los delirios súbitos tan complejos de los hebefrénicos, y toda la labor tan ingeniosa y fina que podríamos llamar de análisis psicológico hecha por Magnan, se derrumbaría.

Tendríamos entonces toda la patología mental absorbida por la entidad nueva desmesuradamente inflada. Kraepelin, en los desenvolvimientos, que podríamos llamar filosóficos, de sus hipótesis, y en las relaciones legítimas que intenta establecer entre las

más diversas psicosis, no ha querido identificar tipos muy diferenciados, sino formular leyes de analogía y de patología general que no excluyen esas distinciones que se pretende destruir fundándose en su autoridad.

La evolución es constantemente la misma, en todas las ciencias: se observa primero, y se distinguen variedades múltiples; luego, á fuerza de observar, se descubren en la multiplicidad de variedades caracteres generales comunes que permiten agruparlas en familias menos numerosas, y las clasificaciones se refunden simplificándose.

Pero la ciencia no puede detenerse; nuevas observaciones revelan, en ciertos casos observados de distintas maneras, particularidades que antes no fueron notadas, y se los erige en variedades nuevas hasta que esas particularidades, rebuscadas y comprobadas ya, hacen desbordar la categoría naciente sobre los grupos antiguos que altera así.

Cuando Bayle descubrió la parálisis general, estableció los caracteres demenciales; pero ella había sido presentida antes, aunque confundida como término común de todas las enfermedades mentales. Luego llegó el día en que pudo erigírsela como entidad distinta de las demás demencias no paralíticas, fundándose en la meningo-encefalitis. Las demencias no paralíticas fueron subagrupadas como estados finales posibles de todas las psicosis y de las lesiones localizadas, tanto de las esferas motrices

como de la sensibilidad; pero luego fué determinada tal demencia con sus caracteres propios, y fué incluida en las clasificaciones de demencia precoz.

Como la parálisis general de Bayle, tiende á englobar todos los estados demenciales distintos de la parálisis general, y hasta la misma parálisis general resiste mal á esa tendencia.

Estaba relacionada con la pubertad; se observaron sus analogías con las demencias consecutivas á los varios delirios del adulto, y se derrumbó la hipótesis primera de los delirios primitivos, que no son otra cosa sino la máscara tras la cual la demencia precoz oculta sus paralelas.

Comprendo bien el argumento deducido de la omnipotente analogía.

En la parálisis general, sea de forma depresiva ó de forma exuberante el acceso inicial, se trata siempre de la parálisis general; en la demencia precoz no importa que el comienzo sea la melancolía ó la manía; se trata siempre de la misma enfermedad. Manía y melancolía no son nunca, por otra parte, sino variedades de reacciones del organismo cerebral ó un mismo proceso autotóxico ó infeccioso de que el sumum=demencia precoz. De ahí la importancia secundaria del síndrome psicopático que inicia el estado somático y la etiología como la evolución final.

Cuando auscultamos un pulmón, podemos oír síntomas muy variables, no obstante corresponder á



una misma causa pulmonar; sin embargo, esos síntomas diferentes de una etiología común, corresponden á variadas localizaciones de la causa infecciosa tóxica y á determinaciones distintas del mismo mal. No nos parece aún demostrado que el color del delirio y sus caracteres no tengan sino una importancia secundaria; un demente precoz ó un paralítico con delirio melancólico, tienen, ciertamente, algo muy distinto de los que tienen delirio maniático; puede ser la naturaleza distinta del tóxico, ó su cantidad lo que determine esas diferencias, que también pueden ser debidas á la localización variable; en ambos casos, el estado constitucional del cerebro enfermo interviene también para ofrecer un terreno de impregnación diferente.

Las toxi-infecciones, comenzando fuerte ó débilmente, atacan al cerebro por tal ó cual punto. Pueden avanzar y consumir su substancia nerviosa, de tal modo que realicen un estado final idéntico, pero la etiología, puede, sin embargo, presentar variaciones cuya apreciación clínica exacta, al principio, permitirá tal vez un día emplear una terapéutica eficaz. Conviene, pues, no desdeñar demasiado las antiguas distinciones de la escuela psicológica.

Como toda entidad nueva, la demencia precoz tiende á invadir el cuadro nosográfico y á englobarlo todo; se refieren poco á poco á ella afecciones muy diversas, y no es ya una, sino diversas demencias precoces, lo que necesitamos distinguir. Entre

ellas parece que existe una muy claramente relacionada con la pubertad, especie de aborto de ese último estado de la evolución individual.

Por sus caracteres particulares en la esfera genital se opone á las demás demencias precoces, más tardías ó secundarias, con alteraciones psíquicas diferentes. Está caracterizada por anomalías regresivas de la esfera sexual, de la adaptación á las funciones reproductoras (onanismo secundario), una suspensión de las acciones superiores coordinatrices y frenadoras y una estereotipia incoherente y prematura de las reacciones automáticas. Las diversas hematopoesis resultan alteradas con variable predominio de la insuficiencia de tal ó cual glándula vascular (indicaciones terapéuticas posibles).

Según los estudios de Flechsig, los centros sucesivos de asociación de nuestras neuronas pueden ser referidos á tres en el cerebro.

El primer centro, ó centro posterior, corresponde á la asociación sensorial; es el primer desenvolvimiento contemporáneo de la vida pasiva del niño; corresponde á la comprobación de unos sentidos por otros y á las diferenciaciones de impresiones externas é internas.

El segundo centro, ó centro medio, corresponde á las asociaciones sensitivo-motrices; se desarrolla, principalmente, con los movimientos más fáciles cuando el niño ha comenzado á andar y mieliniza su médula motriz.

El tercero, ó centro posterior, último en desarrollarse, no se mieliniza sino, más tarde, en la época de la pubertad. Corresponde á las asociaciones ideativas complejas, á los registros más duraderos que coordinan nuestra actividad moderándola. Gracias á las excitaciones acumuladas por esas asociaciones, los reflejos inmediatos ceden el lugar á procesos generadores de los actos llamados espontáneos, más ó menos variables y adaptados á circunstancias dadas. En condiciones idénticas, las reacciones espontáneas del individuo normal tienden, como los reflejos, á producirse de una manera constantemente semejante; ésta es la estereotipia normal. El desarrollo de ese tercer centro y su mielinización pueden ser más ó menos rápidos y más ó menos complejos y aparecer más ó menos pronto.

Su aparición y su evolución completa parecen depender de la pubertad misma. Con el advenimiento de ésta, en efecto, coincide la aparición de un conjunto de modificaciones físicas (estatura, cambio de voz, transformaciones pilosas, tegumentarias, etc., y madurez de las glándulas sexuales), á que acompañan incontestablemente una multitud de sensaciones y asociaciones múltiples relativas á la sexualidad.

De que esa madurez resulte retardada, falseada, incompleta ó nula, debe resultar una falta, una atrofia ó una mielinización incompleta del centro correspondiente.

En esto nos parece estar el substratum de un gran número de demencias precoces.

Un desarrollo precario de ese centro puede manifestarse tardíamente por accidentes mórbidos post-puerperales ó consecutivos á embarazos ó malos partos repetidos. Estos accidentes, relacionados con la esfera genital, pueden explicar demencias precoces, tardías, y, entre ellas, las que algunos autores refieren á la menopausia.

Pero ¿el desarrollo psíquico final se retrasa porque aborta la madurez sexual?

Esta hipótesis merece algunas reflexiones. Las glándulas están todas hematopoiéticas, pero en determinada jerarquía, unas respecto de otras. Á falta de datos suficientes sobre la naturaleza de esas alteraciones, observemos, por lo menos, que el timo y el sistema tiroideo que de él deriva, parecen regir la serie de cambios bio-químicos que repercuten en las demás glándulas vasculares del organismo, y quizá también sobre las fases de mielinización espinales y cerebrales que hemos visto sucederse.

¿No vemos á la atrofia tiroidea determinar la de las glándulas sexuales y paralelamente el desarrollo del esqueleto y el del cerebro?

¿No vemos presagiarse por una verdadera acromegalia transitoria normal, á la pubertad, edad ingrata, contemporánea de los últimos retoques orgánicos en la época púber (acción genito-pituitaria?) No vemos cuando la función tiroidea es normal á la castración

turbar las transformaciones pilosas, vocales y aun esqueléticas?

Estas breves consideraciones nos parecen favorables á la teoría toxigenital de determinadas demencias precoces.

Las toxinas sérían debidas al metabolismo incompleto de los elementos que la acción vascular de las glándulas sexuales deben transformar para contribuir al completo desarrollo físico y mental adecuado á la madurez sexual.

Según la fase en que ese trastorno nazca, y según su intensidad, se comprende que podrán variar en formas y grados esas demencias precoces.

Las formas tipos de esas demencias púbers, han sido descritas desde el principio, con el nombre de hebefrenias (Hébé; juventud).

Los primeros trabajos de Hecker, han revelado la paquimeningitis limitada á la *región cerebral anterior*, con inyección de la piamadre, tinte obscuro de la substancia cortical, dilatación ventricular correspondiente, y debilitamiento de las circunvoluciones.

Alzhemier y Nissl han hallado, por su parte, alteraciones notables de las células corticales, especialmente de las capas profundas con hipertrofia de los núcleos, membrana plegada y cuerpo celular retraído y alterado; y neo-formación neurógica pericelular.

Nissl describe principalmente degeneraciones de las células neurógicas con núcleo voluminoso y pálido. (Kraepelin, v. II, págs. 181-182).

Marro ha relatado dos autopsias (obs. 14 y 18) en que halló lesiones notables del cerebro anterior (Pubertad *l. c.*).

Klippel, por último, en un trabajo publicado en Febrero de 1904, señala alteraciones celulares de la zona cortical de los centros de asociación.

Según los trabajos de Klippel y Lhermitte, hay motivo para establecer una doble división anatómica y patogénica de los delirios y las demencias. En uno de esos grupos, se observan lesiones de todos los tejidos, componentes del encéfalo; el neuro-epitelial, comprendiendo los elementos nervioso y la neuroglia y el tejido vásculo-conjuntivo, comprendiendo los vasos, los leucocitos, los elementos conjuntivos, las meninges, etc. En el otro grupo, las lesiones están circunscritas, y no se manifiestan en definitiva, al menos, sino sólo sobre los elementos neuro-epiteliales. La noción patogénica se revela en que los agentes mórbidos tienen modos de acción diferentes, según que no hieran sino tejidos tan vulnerables como las células nerviosas, ó produzcan reacciones más generales.

Todos estos descubrimientos concuerdan con los de Fleischsig, referentes al desarrollo de los centros cerebrales, dentro de nuestra hipótesis.

Pero, se dirá, los dementes precoces jóvenes, de pubertad abortada, son onanistas, lo que parece indicar una sexualidad más bien exagerada, y los individuos castrados en el período de pubertad,

aunque llegando á ser, frecuentemente, delirantes (Mœbius), no suelen ser dementes precoces. Esto es así, porque la supresión de las glándulas sexuales produce un resultado completamente distinto que su aberración; cuando no existen no segregan nada; aberrantes, segregan productos anormales. Finalmente, es necesario distinguir la secreción externa de la interna, la única hematopoiética, y la glándula que la masturbación agota en secreciones exteriores, no puede, tal vez, producir las internas necesarias; la insuficiencia de la hematopoesis, por otra parte, dificulta el desarrollo cerebral necesario á las nuevas adaptaciones de la sexualidad normal, encaminadas á la reproducción de la especie, y de que es negación el onanismo. Sabido es, por otra parte, que el masturbador es frecuentemente ginecófago (é inversamente en el otro sexo); la historia de la vida sexual de los dementes precoces de que hablamos, es frecuentemente típica á este respecto (1).

Una actitud particular parece muy frecuente y bastante característica en muchos de estos enfermos.

Al principio esos alienados parecen sombríos y absortos y cuando se les interroga responden sólo repitiendo una pregunta análoga á la que se les hace. Á primera vista podríamos creernos frente á perse-

(1) La autopsia de uno de mis dementes precoces ha demostrado, al examinar histológicamente el testículo, la no alteración de los órganos de secreción interna. (Preparación de Klippel.)

cutorios reticentes ó simuladores hábiles, pero un examen prolongado revela pronto una especie de pseudo-ecolalia; esos alienados preguntones preguntan automáticamente y sin ocuparse de la respuesta que pueden darles; lo hacen, además, únicamente cuando se les pregunta y en el mismo tono por una especie de instinto de imitación que los gestos revelan también; así, por ejemplo, cuando se les pone la mano sobre el hombro hacen ellos una cosa análoga; si, por el contrario, se les tiende la mano y se insiste para que la toquen, no lo hacen sino después de mover la mano vacilando de diferentes modos: síndrome que recuerda el delirio táctil en ciertos casos de enfermedad de la duda. El enfermo carece de espontaneidad, salvo durante el acceso intercurrente de agitación incoherente ó de raptus; no manifiesta actividad sino para la resistencia, luego sufre influencias extrañas por una especie de sugestibilidad templada por una inercia que suscita un delirio de oposición seguido de una docilidad automática. El autómeta, como una cera blanda, toma y conserva las actitudes más variadas como un individuo cataleptico, pero sin asociaciones psíquicas expresadas como en la histeria.

Si le ordenamos actos sencillos y movimientos rítmicos, los ejecuta y luego, relegado á sí mismo, se detiene, como un péndulo abandonado, poco á poco.

Sin deternos más en estas consideraciones teóricas, citaremos, en apoyo de ellas algunos pasajes sacados



de los trabajos más recientes acerca de este tema.

Resumimos, en un cuadro final, los síntomas capitales porque se manifiesta clínicamente la demen-



FIG. 13.—Demente precoz en estado de catatonía. .  
cia precoz típica con una figura tomada de uno de  
nuestros casos.

Añadiremos un resumen de los conocimientos relativos á la anatomía patológica de esos casos.

## CONDICIONES GENERALES

## TRASTORNOS SOMÁTICOS INICIALES

*Época.*—Ordinariamente de quince á veinticinco años.

*Frecuencia* del 2 al 3 por 100 de los casos de locura (Kraepelin).

*Sexo.*—Más frecuente en el hombre, 64 por 100 (Kraepelin).

*Duración.*—Dos á tres años (Deny y Roy).

*Terminación.*—Demencia profunda, 75 por 100; ligera debilitación psíquica, 17 por 100, curación ó remisión larga, 8 por 100 (Kraepelin).

*Diagnóstico.*—Con los estados de excitación maniaca, la psicosis epilécticas, histéricas, la confusión alucinatoria aguda. La P. G.

*Complicaciones*—Tuberculis.

*Motores.*—Estados neurasténicos, histeriformes, vértigos, estados catóides.

Actitudes, extravagantes, amaneradas típicas.

*Lenguaje.*—*Desorden incoherente, falta de sentido, ecolalia, mutismo, neologismos, frases pretenciosas, verbigeraciones.*

*Mímica.*—*Paramimia hebefrénica, praxia.*

*Sensitivos* subjetivos: Nulos. Objeto. Sensibilidad al dolor obtusa ó aborrecida.

*Sensoriales.*—Á veces alucinaciones típicas.

*Oculares.*—Midriasis transitoria, 100 de los casos. Desigualdad pupilar (rara). Deformaciones pupilares (puntos). *Trastornos del reflejo pupilar* (100 por 100). *Trastornos del reflejo acomodador* (raro).

*Reflejos.*—Reflejos tendenciosos en los primeros estados. Reflejos cutáneos disminuidos ó abolidos.

*Vaso-motores.*—Sin dermografismos (rarios).

*Secretorios.*—Poco frecuentes.

*Sueño.*—Variable,

*Orina.*—Insuficiencia renal y albuminuria inicial transitoria á veces.

*Gatismo.*—Poco frecuente en el primer periodo.

COZ

PERÍODO ESTACIONARIO	TRASTORNOS PSÍQUICOS
negativismo y sugestibilidad (flexibilidad cética, catatonía).	<i>Memoria.</i> —Poco lesionada y tarde.
estereotipia.	<i>Atención.</i> —Disminuida y más frecuentemente abolida.
monofasia.	<i>Juicio.</i> —Conciencia turbada. Á veces noción vaga de un estado patológico.
inestabilidad, ecomimia, raptus impulsivo.	<i>Lucidez.</i> —Concepciones delirantes absurdas, contradictorias, móviles.
parada alucinatoria.	<i>Actividad.</i> —EXCITACIÓN CATATÓNICA. Necesidad de movimientos sin objeto ó bien APATÍA, ESTUPOR, AKINESIA.
reacción pupilar variable.	<i>Voluntad.</i> —Impulsividad repentina, instantánea. TERQUEDAD en relación con el negativismo. ABULIA en relación con sugestibilidad.
parafrenia (Séglas).	<i>Instinto de conservación.</i> —Inexistente. Á veces tentativas de suicidio absurdas y sin causa aparente.
parálisis de las extremidades.	<i>Instinto de reproducción.</i> —Excitación general. Onanismo.
hidrosis, sialorreas.—	<i>Sentimientos afectivos.</i> —Disminuídos ó abolidos.
decrecimiento de la eliminación urínaria, oliguria, aumento de densidad, aumento de cloruro, albuminuria.	<i>Sentimientos éticos.</i> —Disminuídos ó abolidos.
persistente, frecuente.	<i>Inteligencia.</i> —Muy alterada.
	<i>Carácter.</i> —Profundamente módificado.

LESIONES ANATOMO-PATOLÓGICAS DE LA DEMENCIA PRECOZ.—Tanto en Francia como en el extranjero se han hecho estudios de este tema.

Matschenko (1) ha comprobado que en la demencia precoz las células son 1/3 menos numerosas que en los cerebros sanos. Supone que esas lesiones son secundarias á lesiones vasculares. Volviendo algunos meses después sobre ese estudio, describió lesiones histológicas de las neuronas y de los vasos, que son: degeneración pigmento-grasosa de las células, degeneración y disgregación de las fibras de asociación, ateromatosis y obliteración de los vasos. La falta de células, añade, se ve, sobre todo, en los lóbulos frontales. Lo característico para la demencia secundaria, dice después, es la desaparición de gran número de células corticales, sobre todo de la capa de las piramidales pequeñas. La lesión es más pronunciada en las células que en las fibras y más marcada en los lóbulos frontales.

La intensidad de las lesiones depende de la intensidad misma de la demencia. La duración de la enfermedad y la edad del enfermo tienen sólo importancia secundaria.

La destrucción de elementos nerviosos se verifica mientras dura la enfermedad.

Respecto de la *anatomía patológica*, recordaremos

(1) Matschenko. *Revue neurologique*; 1900, pág. 76...

rápida la *atrofia* notable de la región anterior del cerebro comprobada por Parchappe, y la destrucción de un número bastante considerable de células corticales descubierta por Nissl.

Se trata de una alteración celular distribuída en todo el cerebro; pero principalmente marcada al nivel de la primera frontal. Cromolyse central, ligera pigmentación amarilla pálida, ligera atrofia celular, atrofía, dislocación é inflamamiento del núcleo, plegamiento de la membrana nuclear y del endonúcleo. Las capas profundas son las más alteradas. Las mismas alteraciones en las células motrices. Ligero aumento de las células de neuroglia. Fagocitosis bien marcada y considerable desintegración celular. No hay alteraciones en las fibras mielínicas ni en *los vasos*.

En la demencia precoz (1), lo hemos visto, el veneno tiene acción electiva sobre los centros psíquicos más elevados (destrucción de los centros de asociación). Parece respetar ó no interesar sino pasajeramente los centros sensitivo-motores (centros de proyección). Deja intactas las vísceras, sin llegar, como en la parálisis general, á su destrucción; no compromete el funcionamiento de la vida vegetativa ni la existencia del enfermo. Finalmente, conocemos casos de curación. Es que el proceso interesa

---

(1) XXXVI. Demencia precoz con autopsia: por William Bush Dunton. (*The American Journal of Insanity*, I, 1903).

sólo el sistema neuro-epitelial, en principio, dejando más ó menos indemne el v́asculo-conjuntivo.

Klippel, en efecto, no ha encontrado lesiones vasculares, ni leucocitosis, ni diapedesis, ni hiperemia, ni proliferación ó degeneración parietal en cuatro casos de demencia precoz. No ha encontrado aumento de reacción del tejido v́asculo-conjuntivo, sólo ha encontrado reacciones en el tejido neuro-epitelial, el más frágil. Esta lesión, única en las psicosis denominadas vesánicas, se encuentra, por el contrario, rodeada de lesiones vasculares y conjuntivas en las demencias paralíticas y seniles. La importancia de este descubrimiento es considerable, porque únicamente el descubrimiento de lesiones neuro-epiteliales permite el diagnóstico retrospectivo de la enfermedad, al mismo tiempo que permite esperar que una base anatomo-patológica permita dar á la demencia precoz su lugar justo en la nosografía mental. Estos datos no son, por otra parte, absolutos; no impiden que admitamos casos mixtos ó atípicos, tales como los descritos por otros autores (Marchand entre otros) de que un proceso meníngeo podría ser causa.

## DEMENCIAS PRECOCES SECUNDARIAS

A.—DEMENCIAS MANIÁTICAS.

B.—IDEM MELANCÓLICAS.

C.—IDEM DE DELIRIO CRÓNICO.

D.—IDEM NEURÓSICAS.

Junto á los dementes precoces típicos existen todos los tipos intermedios que sirven de transición entre los verdaderos idiotas, de un lado, y las psicosis propiamente dichas, de otro.

Durante los últimos años, cuando nos encontrábamos en presencia de casos clínicos mentales presentando delirio confuso, variable y polimorfo, sin coherencia ni sistematización clara, empleábamos las etiquetas igualmente vagas de debilidad mental ó de degeneración; una y otra implicaban la noción de una predisposición precoz á una debilidad psíquica más particularmente hereditaria en el último caso.

Aparte de la noción extrínseca de herencia, Mag-nan procuraba caracterizar por examen mental directo, la naturaleza heredo-degenerativa de determinados delirios. Separaba los caracteres generales

de lo que él designaba con el significativo nombre de síndromos episódicos, como equivalentes psíquicos de los estigmas degenerativos.

El carácter episódico revela bien la naturaleza efímera de esas llamaradas delirantes esencialmente curables, aunque puedan tener recaídas (la misma causa congénita, persistiendo, puede producir nuevamente los mismos efectos).

Para Magnan y sus discípulos, particularmente Legrain, describen degenerados de que el delirio polimorfo persiste, continuo, realizando súbitamente un delirio permanente duradero crónico que concluye por una demencia rápida y definitiva.

Para ellos, ese es el indicio de una herencia particularmente cargada (1).

Pero esos casos no por eso constituyen menos una excepción inquietante á la regla del episodismo de los estigmas psíquicos; esta regla está de tal modo establecida por Magnan, que sirve de base á la distinción entre los degenerados y los delirantes crónicos por psicosis sistematizada progresiva. Las precitadas excepciones fueron bien entrevistadas, así como su importancia, puesto que Magnan y Sérieux han descripto pseudo-delirios crónicos de degenerados (2).

(1) Legrain. (*l. c.*)

(2) Magnan y Sérieux. *El delirio crónico* (in *Encyclopedie Leanté*).



Próximamente en la misma época, Kraepelin, estudiando los mismos individuos y comprobando los



FIG. 14.—Dibujo de un demente precoz, con anotaciones incoherentes. (Divagaciones místicas).

mismos casos intermedios, establecía una relación de proximidad entre los dementes precoces (degenerados con delirio persistente súbito de Magnan` y las

paranoias (delirio crónico) de que resultaban las demencias paranoides.

Pero, en lugar de basar en los antecedentes hereditarios la noción etiológica de esos estados psicopáticos, los fundaba en la anatomía patológica referente á una neuronofagia esencial entrevista con ocasión de las nociones anatomo-patológicas precedentes. Desde ese momento, la predisposición hereditaria pasa á segundo término y es vencida por el elemento infeccioso, causa de destrucción activa de las neuronas llegadas al término de su crecimiento.

En realidad, tales conceptos no son, en manera alguna, incompatibles, y es probable en el porvenir la ciencia mental conciliará ambas hipótesis, en una síntesis final que ya podemos prever.

Cuanto á las demencias consecutivas ó psicosis previas, hay lugar á distinguir según los caracteres mismos de la psicosis inicial; son demencias llamadas vesánicas, porque son secundarias á psicosis propiamente dichas ó vesanias (por oposición á las demencias orgánicas confirmadas). Lo que relaciona esos estados demenciales secundarios con los de la demencia precoz, son las alteraciones orgánicas neuroepiteliales que forman el substractum orgánico de algunos.

Las alteraciones vásculo-conjuntivas, simples ó combinadas á las precedentes, en otros casos de este grupo, las unen, por otra parte, con las demencias

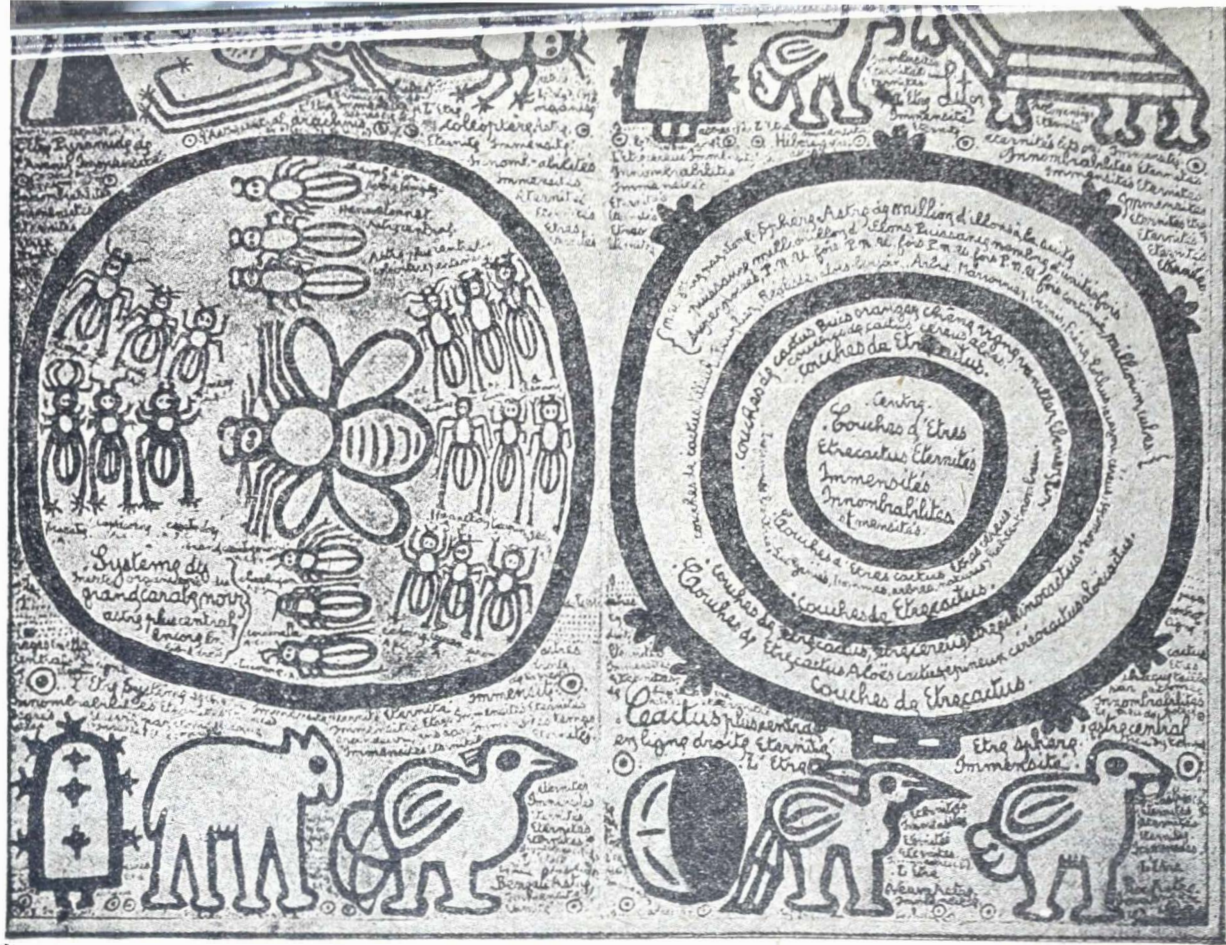


FIG. 15.—Dibujo y autógrafo de un demente paranoide (gráfico acerca de la naturaleza y el universo lleno de neologismos característicos).

consecutivas á la senilidad. En determinados casos de este último tipo, la alteración demencial senil verdadera, puede, por otra parte, superponerse, con el tiempo, á un estado de demencia vesánica; las lesiones neuro-epiteliales preceden entonces durante largos años á las vásculo-conjuntivas con que finalmente se combinan; la senilidad no puede respetar los estados vesánicos más que los estados mentales normales.

#### A.—DEMENCIAS MANIÁTICAS

Describiremos pues, primeramente, las demencias vesánicas secundarias á psicosis generalizadas, es decir, perturbando notablemente todas las esferas psíquicas, bien se traduzcan por una excitación exuberante (estado maniático), bien que, por el contrario, se manifiesten por una depresión angustiosa ó hepática (melancolía agitada ó estupor).

Hay una cuestión previa muy discutida y referente á las vesanias consecutivas: la de saber si existe relación entre el tipo clínico de la demencia y el de la vesania antecedente. ¿Existe un sólo tipo ó tantos tipos de demencias como de psicosis iniciales? (Séglas).

Es uno de los problemas más difíciles y más controvertidos en psiquiatría; no podemos examinarle aquí con todos los desarrollos necesarios.—Dire-

mos sencillamente con Ségla, que, según la opinión que parece más admitida, la demencia vesánica consecutiva no conserva síntomas que recuerden la afección primitiva, sino únicamente al principio (demencia inicial incompleta); pero ordinariamente, una vez constituida la demencia, las variaciones clínicas desaparecen y la uniformidad del cuadro sintomático queda establecida.

Esta consideración, es lo que ha conducido á muchos autores á considerar la demencia secundaria como una forma nosológica independiente, que vendría á reemplazar, sustituyéndola, á la psicosis primitiva. Otros, más justamente, según Ségla (de cuya opinión participamos), opinan que representa sencillamente un período de la evolución de la forma primitiva, imprimiendo al cuadro clínico las correspondientes variaciones. Siendo así la demencia secundaria no merecería lugar separado en el cuadro de las enfermedades mentales.

Sea como fuere, el comienzo de la evolución de una forma delirante hacia la demencia, es, en la mayoría de los casos, señalado por síntomas particulares. Tales son los cambios del estado emocional anterior del enfermo, que se hace intranquilo, indiferente ó apático; la disminución en intensidad, y el aumento en extensión, ó por el contrario, la cristalización del delirio, la acentuación de los trastornos de la sensibilidad general, y el predominio de ideas hipocondríacas; los tics, los hábitos especiales, las es-



tereotipias, el coleccionismo, las dislogias diversas, los neologismos, los monólogos, etc.

Entonces es cuando principalmente se da esa variedad especial de demencia, denominada demencia incoherente, en la que una regularidad relativa de los actos, hábitos de calma, y á veces, hasta un resto de aptitud para determinados trabajos, contrastan con una incoherencia absoluta y continua de las palabras. La incoherencia demencial resulta, en primer término, del defectuoso encadenamiento de las ideas. En un grado más avanzado pasa de las ideas á las palabras; no se construyen frases, las palabras se suceden sin hilación, como al azar, é indican el absoluto vacío del pensamiento (demencia parafásica). Algunos de esos enfermos pueden engañar á primera vista, por ciertas respuestas sensatas; pero esas respuestas, á preguntas corrientes, son frases hechas, convertidas en habituales, simple manifestación del lenguaje reflejo.

Tal es el estado final á que conducen las diversas vesanias crónicas, maniáticas ó melancólicas, así como aquéllas otras en que ambas formas alternan y se combinan.

Sólo en la quinta parte de los casos, según Séglas, pasa la manía al estado crónico: la agitación se atenúa, el estado general mejora; pero la incoherencia persiste. «Pocos de esos maniáticos llegan, como generalmente se cree, á la verdadera demencia. Conservan frecuentemente sus aptitudes profesionales, la

memoria y una parte de su actividad intelectual; son todavía capaces de sistematizar un delirio; entonces el maniático crónico toma en la multitud de concepciones delirantes que existían en el curso del estado agudo, determinadas ideas de persecución ó de grandeza que asocia como puede, bien ó mal; pero que expresa con persistencia y recurriendo á las mismas fórmulas». Transformado así en una especie de delirante sistemático, tiene una fisonomía muy especial, un aspecto particular susceptible, durante largo tiempo, de hacerle reconocer en una clínica.

En una población de 300 dementes, evacuados de los asilos y colocados por nosotros en las colonias familiares, hemos observado una proporción de diez casos de manía crónica, que se transformaron en demencias calmadas con fuga de ideas y logorreas incoherentes compatibles con una ocupación automática regular y coordinación en los actos habituales. En esos enfermos, lo que recuerda el estado maniático anterior, es la excitabilidad persistente con ocasión de los sucesos exteriores que rompen la monotonía cotidiana de la vida (fiestas diversas), y una tendencia permanente á llamar la atención por *bizarrerías* de aspecto, al mismo tiempo que por interpelaciones familiares, frecuentemente incoherentes, en tono de broma ó semiserio, pero más bien alegre.

Finalmente, existen casos en que la excitación maniática, alternante con la depresión melancólica, tiende á una demencia en que persisten todavía mu-

cho tiempo, una sucesión periódica de trastornos alternados de esos dos órdenes.

Es justo añadir que esos casos son raros, y parece que las psicosis alternantes, como las intermitentes á que se aproximan ya por tantos caracteres, y con las que tienen de común la prerrogativa de escapar frecuentemente durante mucho tiempo á la demencia confirmada.

«La locura de forma doble, dice M. Ritti, es una enfermedad crónica, generalmente incurable; pero, ¿conduce fatalmente á la demencia?»

«Del examen de los hechos resulta que la demencia no sobreviene siempre, y cuando sobreviene es tarde. Es grande, en efecto, el número de enfermos de esa locura que, no obstante numerosos accesos, no obstante las perturbaciones en el dominio cerebral, que parece consecuencia fatal de ellas, conservan, si no toda la integridad de sus facultades, cuando menos un cierto vigor intelectual. Hay también enfermos que llegan á una edad muy avanzada, después de pasar su existencia en alternativas continuadas de excitación y depresión, y que, sin embargo, cuando su enfermedad sufre algunos momentos de detención, demuestran todavía una inteligencia frecuentemente robusta y sana, una memoria segura y actitudes para un trabajo regular».

Tenemos, por otra parte, ocasión de comprobar cuán grande es la vivacidad de la inteligencia de esos enfermos durante los períodos de excitación. Foville



refiere un ejemplo muy notable: «Un viejo de setenta y ocho años, enfermo de locura de doble forma, había sido llevado por primera vez á un asilo en 1816, y después pasó la mayor parte de su vida en diversos establecimientos de ese género. Hoy, aun en los períodos de excitación, muestra una vivacidad de imaginación, una locuacidad delirante, y, sobre todo, una memoria extraordinaria, lo mismo para las fechas y los lugares que para las cosas y las personas».

«Después de cincuenta y cinco años de locura no presentaba el menor síntoma de demencia».

La locura de forma doble es, pues, una de las raras enfermedades mentales que no terminan por la demencia, sino después de muchos años, y aun entonces, esa demencia está muy lejos de ser completa.

La locura de forma doble es, sin embargo, una enfermedad generalmente incurable. La curación puede lograrse algunas veces aun en los casos de herencia manifiesta (y sobre todo, según Legrain, en esos casos).

De todas maneras, la enfermedad no compromete grandemente la existencia (aunque se han señalado crisis congestivas que pueden terminar por la muerte súbita), contra lo que suele ocurrir en las vesanias que se hacen crónicas, cuyo final es la demencia. Las circulares perduran, en la mayor parte de los casos iguales, á sí mismas, y conservan el vigor intelectual (Falret).

Algunas veces, la última fase melancólica ó maniática se prolonga indefinidamente para constituir una forma degenerativa crónica próxima á la demencia.

Se ha comprobado también la transformación de la doble forma en una locura simple, intermitente, antes de conducir á la demencia, que se presentaría, principalmente, durante el intervalo lúcido. (Marcé).

Si consideramos todos los accesos reunidos en conjunto, es decir, la vida entera de los intermitentes, observamos terminaciones variadas, en relación con el número y la frecuencia de los accesos. Después de un cierto número de éstos, podemos ver la curación, producirse definitivamente; el enfermo, ligeramente debilitado, continúa viviendo sin presentar nuevos trastornos intelectuales. Esta terminación, muy rara en las locuras intermitentes clásicas, es mucho más común en las formas intermitentes de los degenerados (Legrain). Una terminación común y lógica, por otra parte, después de un número considerable de accesos, es la debilitación en masa de la facultades intelectuales. Esta debilitación no termina fatalmente en la demencia; los enfermos, cuya actividad cerebral no es bastante considerable para producir un nuevo acceso, pueden aún vivir largo tiempo sin llegar á la verdadera demencia, hasta que una complicación orgánica viene á matarlos. Sin embargo, lo más frecuente, es que en una edad avanzada aparezca la demencia. En estos casos, la

disolución de las facultades intelectuales se produce después del último acceso. Régis, ha publicado muchos casos de este género: en uno de ellos, el enfermo sólo cayó en la demencia á los setenta y dos años, después de treinta de enfermedad y de dieciséis ataques.

Toulouse (1), ha observado una demencia circular que presentaba, durante doce días, un estado de excitación, sin pérdida de conocimiento ni delirio; y, durante quince días, un estado de depresión melancólica, en tales casos, es fácil estudiar las condiciones somáticas de la alegría y de la tristeza en esos enfermos que realizan así maravillosamente una excelente experiencia de laboratorio, ó bien podemos poner en oposición las características funcionales que constituyen el substratum de los estados melancólicos maniáticos, antes de que se presente la demencia.

### B.—DEMENCIAS MELANCÓLICAS.

En los melancólicos se observa un retraso general de los procesos psíquicos, que está en relación con las condiciones somáticas de la tristeza. Las emociones tristes pueden ser caracterizadas psicológicamente por asociaciones de ideas difíciles; los dos fenómenos, tristeza y pereza intelectual, están,

(1) Robinowitch y Toulouse. *La melancolía*.

pués, muy unidos. Clínicamente sabemos que, en todas las emociones penosas, existe una cierta torpeza cerebral: la cabeza parece vacía, según dicen los enfermos. Lange explica patogénicamente esos fenómenos por anemia encefálica que produciría vaso-costricción de los capilares del tejido nervioso.

Lo indudable, es que todos los procesos físicos é intelectuales, están contenidos en el melancólico (véase la fig. 16): las percepciones, la memoria, la ideación, la atención, el juicio, la misma imaginación y la voluntad más aún (1).

Lo mismo que la manía, la melancolía cuando no se cura, puede pasar al estado crónico y á la demencia consecutiva. En estos casos, las ideas delirantes persisten, pero estereotipándose en cierto modo, «las alucinaciones se atenúan, los gestos y la mímica se hacen automáticos y monótonos, el estupor cede su lugar á una especie de estupidez, la inteligencia se debilita y los enfermos no tardan en caer en la demencia (Séglas)». De 300 alienados crónicos, evacuados de los asilos del Sena á las colonias familiares de 1892 al 95, hemos podido observar 35 de psicosis depresivas, correspondientes á vesanias melancólicas ordinarias que les condujeron después de un asilamiento más ó menos largo, á la demencia melancólica. Algunos de esos viejos melancólicos con-

(1) Vallon y Marie: *La melancolía*, *Arch neurol.*, 1898, números 29 y 30.

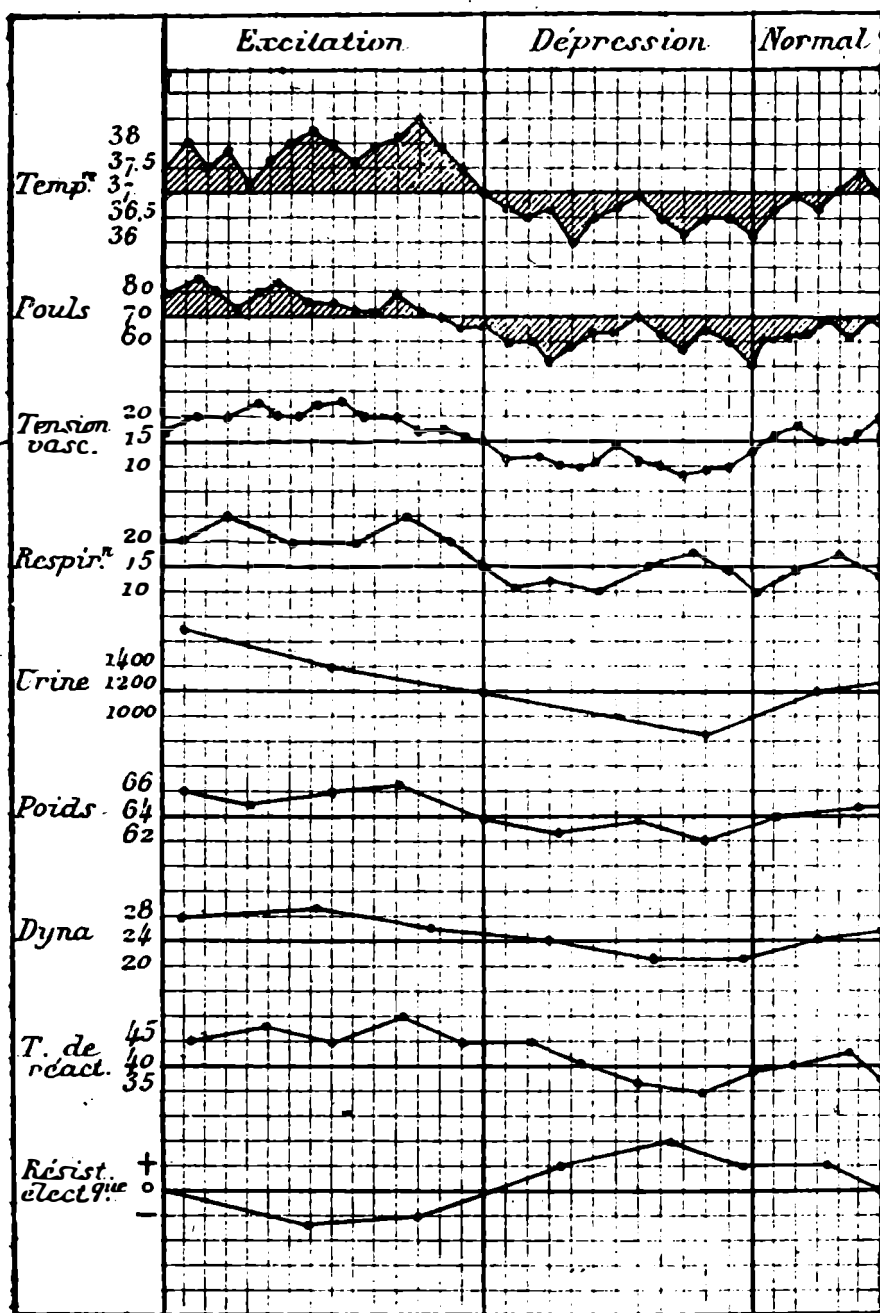


FIG. 16.—Gráficos comparativos de las fases de la locura circular:

servan interpretaciones delirantes con temores de persecución, otros sólo presentan preocupaciones hipocondríacas persistentes; unos y otros de esos trastornos delirantes, aunque más ó menos borrosos, conservan largo tiempo á las demencias superpuestas un sello particular susceptible de hacerla reconocibles.

En la melancolía, las percepciones cenestésicas, están esencial y primitivamente pervertidas ó finalmente abolidas; en este último caso, las innumerables percepciones orgánicas inconscientes, no llegan ó llegan mal al sensorio, la síntesis mental ordinaria está destruída, y de ahí resulta una impotencia de pensamiento y de voluntad, una inexplicable angustia que los enfermos traducen por quejas significativas (están condenados, no pueden vivir, los han quitado el cerebro, no tienen cuerpo); parece como si, hechos refractarios á las excitaciones sensoriales no pudieran transformarlas de voliciones en actos (1).

Desposeídos de su organismo por la enfermedad, no pueden percibir como antes; las impresiones que aportan los sentidos, no llegan á despertar reacciones motrices conscientes. Es que existe una estrecha relación entre la inhibición motriz y la obnubilación sensorial: todo obstáculo al funcionamiento de una de esas esferas repercute proporcional y fatalmente

(1) Féré. *Sensación y movimiento*. Madrid, Jorro.

sobre la otra. Esos enfermos, privados de su sensibilidad visceral y muscular, se dicen también, al mismo tiempo, rodeados de un velo, de una nube, que los aparta del mundo exterior y los hace insensibles.

En un grado más avanzado de cronicidad, el enfermo percibe con terror los movimientos de sus propias vísceras; pero no percibiéndolos como antes y no reconociéndolos como suyos, los atribuye una existencia propia. Cuando eso ocurre es cuando el enfermo se queja de sentir los diablos, por ejemplo, dentro de su cuerpo, ó animales, como los enfermos de Calmeil (uno oía cantar un gallo dentro de sus entrañas, mientras que otro creía que la perra del cura de Saint Germain había parido en sus intestinos y en ellos ahullaba la cría).

En este momento se observa también la disociación de la personalidad, su desdoblamiento. El demonóforo se transforma, de un modo insensible, en demoniomano. El antiguo condenado es luego poseído hasta que las series de impulsiones reiteradas y multiplicadas sumergen todo vestigio de la antigua personalidad y triunfan de sus últimas resistencias.

El automatismo gana entonces, gradualmente, los movimientos más complejos, y, particularmente, los de la expresión mediante la palabra; la voz del demonio concluye por hacerse oír sólo para blasfemar victoriosamente. Sin insistir aquí sobre la génesis de esos fenómenos automáticos diversos que hemos hecho ver en otra parte, basta señalarlos para mostrar

que todos esos estados crónicos se encaminan realmente hacia un cierto grado de demencia en el sentido que al principio la consideramos. En ese sentido, en efecto, podemos considerar esos diversos automatismos y esas alteraciones de percepciones externas, internas y volicionales, como consecuencia de alteraciones dendríticas ó fibrilares; es decir, como expresión de ruptura de las conexiones normales que unen los diversos territorios corticales entre sí y con los órganos periféricos (tegumentos ó vísceras), de que deben corroborar y centralizar las percepciones para lograr la síntesis psíquica completa y fisiológica.

La melancolía puede también dar lugar á un delirio sistematizado con variadas alucinaciones, delirio de persecución y delirio místico, que se comportan como los diversos delirios sistematizados. Estas locuras sistematizadas secundarias (*paranoia secundaria* de los autores extranjeros) reclaman nuevos estudios, tanto desde el punto de vista del modo de transformación que los relaciona con la melancolía, como del lugar exacto que conviene señalarlos en nosología (1).

Pero hay una forma especial de delirio, cuyos caracteres clínicos y significación pronóstica han sido particularmente estudiados en Francia, y que puede ser el final de algunas formas de melancolía, espe-

(1) D. Anglade. Delirios sistemáticos secundarios. *Rapport au Congrès de Marseille in Comptes rendus*, 1895.



cialmente de la forma angustiosa; se trata del delirio de negaciones.

«Al lado, dice Séglas, de esos casos, en los que las ideas de negación se presentan en forma de simples episodios delirantes, hay otros en que toman una importancia mayor y forman un verdadero sistema.

Estos casos de delirio sistematizado, post melancólico, forman la transición con los delirios sistematizados llamados primitivos, más ó menos próximos para ciertos autores á los tipos descritos con los nombres de delirio crónico (Magnan) y de persecución (Lasègue). Un carácter general, común á todos esos delirios sistematizados, crónicos, primitivos ó secundarios, consiste en una tendencia á las alteraciones, excisiones y disociaciones de la síntesis mental primitiva. De ahí nacen automatismos inconscientes ó semiconscientes, transformaciones de la personalidad por atrofas (negación ó hipertrofia megalomaniaca verdadera ó falsa). Pero todos esos fenómenos declaran una ruptura lenta y progresiva de las conexiones habituales de la mentalidad normal, donde podemos encontrar la expresión de una cierta atrofia de las neuronas y de sus diversas prolongaciones comisurales.

Volvemos así al concepto general de las demencias por atrofia neuro-dendrítica.

La enfermedad, dice Séglas, en que encontramos en todo su desarrollo las ideas de negación, es

la melancolía, y, en ese caso, las ideas de negación son muchas veces generalizadas, y de tal modo predominantes, de tal modo sistematizadas, que dan á la enfermedad vesánica un carácter especial muy marcado. En los casos corrientes no se muestran sino al cabo de un cierto tiempo de enfermedad, á veces desde el primer ataque, y, generalmente, después de uno ó varios ataques de melancolía delirante ordinaria.

Entonces forman parte de un complexus sintomático, llamado síndrome de Cotard, cuyos elementos son los siguientes: 1.º Ideas de negación; 2.º Ideas de inmortalidad, delirio de enormidad; 3.º Delirio melancólico, ideas de condenación y de posesión; 4.º Trastorno de la sensibilidad; 5.º Ansiedad melancólica; 6.º Locura de oposición, tendencia al suicidio y á las mutilaciones voluntarias.

Este síndrome evoluciona siempre sobre un fondo melancólico que le da origen; por eso encontramos en el delirio de negación los caracteres generales ya señalados de los delirios melancólicos, de que es en resumen, según lo ha demostrado convincentemente Cotard, la expresión última y más desarrollada.

Sea cual fuere la forma en que se presentan, no son sino expresión de alteraciones que interesan los diversos elementos de la personalidad.

Por su desarrollo sobre un fondo melancólico primitivo; por sus caracteres intrínsecos, ese delirio de negación se presenta como un verdadero delirio sis-

tematizado secundario. Así su significación pronóstica es, generalmente, grave, porque señala el paso a la cronicidad predemencial. Para ciertos autores constituiría, desde luego, un síntoma de regresión psíquica demencial, frecuentemente relacionado con el comienzo de la involución senil (Obici).

Hemos recogido la observación de un delirante crónico interesante, tanto por la marcha rápida de su delirio hacia el debilitamiento demencial, como por ciertos detalles de su evolución. Lo que dominaba en su delirio eran las ideas de negación. Tuvieron un lugar importante en la fase persecutoria y constituyeron luego el fondo de un delirio megalomaníaco verdadero de matiz místico.

Parecían haber surgido súbitamente y no haber determinado en el enfermo los trastornos de carácter y las reacciones propias de los hipocondriacos, y por esto diferían de la descripción clásica.

«El delirio de negaciones sistematizado, dice aún Séglas, puede existir en la locura sistemática primitiva».

«Unas veces forma parte de un delirio polimorfo, y se presenta entonces con una apariencia poco sistematizada, realizando así como una transición entre las ideas de negación sistemáticas y las que son sistematizadas».

«Otras veces se presenta con todos los caracteres de una verdadera sistematización. En semejantes casos puede relacionarse con otras ideas delirantes,

y principalmente con las de persecución. Estas ideas de persecución tienen entonces un matiz especial, que las aproxima á las ideas de posesión y descansan sobre trastornos psico-motores; fuera de esos casos, las ideas de negación son raras en los persecutorios ordinarios».

«Otras veces, las ideas persecutorias constituyen por sí solas todo el delirio; tienen entonces casi exclusivamente el carácter hipocondriaco, y constituyen así una variedad de la locura hipocondriaca sistemática».

«En esas diferentes circunstancias las ideas de negación, participan de los caracteres generales habituales á los delirios de la locura sistemática».

Lo mismo ocurre en algunos casos, como el nuestro, que constituyen una modalidad intermedia de la melancolía y la locura sistemática. En este caso, las ideas de negación sistematizadas, sobrevienen después de un delirio igualmente sistematizado, de origen primitivo. La evolución insólita de la enfermedad, parece relacionada con un estado demencial superpuesto por lesión localizada, consecutiva; en efecto, la euforia megalomaniaca relativa se establece definitivamente.

El enfermo que hemos tenido ocasión de observar á este respecto en Villejuif, presentaba un delirio místico con ideas de negación y megalomanía religiosa, y alucinaciones de la vista y del oído en relación con su delirio. Apariciones divinas y diabólicas,

injurias, insultos, luego eco del pensamiento (discusiones teológicas y dogmáticas) eran vistas por los dos ojos y oídas por los dos lados. Pero esas visiones aparecían siempre á la derecha, y las palabras parecen pronunciadas siempre á la derecha también. Esas alucinaciones no cesaron desde 1896.

En Octubre de 1901, B..., tuvo violentos dolores de cabeza que le obligaron á guardar cama. Hubo entonces un ictus muy ligero á consecuencia del cual presentaba una hemiparexia derecha, marcada principalmente en la cara; ptosis del párpado superior derecho; descenso de la comisura labial derecha y desviación de la lengua en el mismo sentido. El enfermo no podía silbar. Experimentaba una cierta pesadez dolorosa en el hombro y en la rodilla derecha. Parecía que se trataba de un trastorno vascular limitado al hemisferio izquierdo.

Concurrentemente á esos trastornos motores y sensitivos, aumentaron las alucinaciones auditivas, tanto en frecuencia como en modo coordinatorio de la conversación. Las alucinaciones visuales, por el contrario, desaparecieron, y sólo cuando se atenuaron los trastornos motores volvieron á presentarse. De los trastornos que había presentado, conservó una desviación ligera de la lengua hacia la derecha con disminución de la fuerza muscular del mismo lado.

Desde su último ictus andaba de un modo raro,

arrastrando los pies y apoyándose con ambas manos en los muros y á los objetos próximos (pérdida de equilibrio real, probablemente por impotencia muscular).

Por la noche, como las brujas del sábado, creía hacer excursiones con el pensamiento, y así visitó España y vió la tierra de lejos. Era una levitación imaginaria preludio de la real. Se hacía gorros para impedir que su cabeza se inflase demasiado rápidamente, porque, según decía, estaba próxima la época en que hecho dentro de él *el vacío completo*, se escaparía por las ventanas al cielo como un globo, más ligero que el aire.

(Corazón ligeramente hipertrofiado, primer ruido exagerado.—Ligera desviación de la lengua hacia la derecha.—Sin anestesia cutánea.—Reflejos patelarios exagerados é iguales.—Pupilas que reaccionaban sin desigualdad).

Un caso tal de psicosis sistemática crónica, es difícilmente asimilable á los estados estereotipados de las demencias precoces: la enfermedad eufórica final, hace presentir un debilitamiento demencial progresivo, y la fórmula delirante monótona, gira en un círculo cada vez más restringido, ¿las actitudes extrañas resultan determinadas por ciertas convicciones falsas ó por desórdenes cerebrales previos? Parece en nuestro caso que la especie de reptación y marcha insólita del enfermo, obedece menos á con-

viciones delirantes antiguas que á una lesión circunscrita. Esta lesión estaría en relación con el foco predominante de los trastornos mentales anteriores, pero parece interpuesta entre ellos y la impotencia

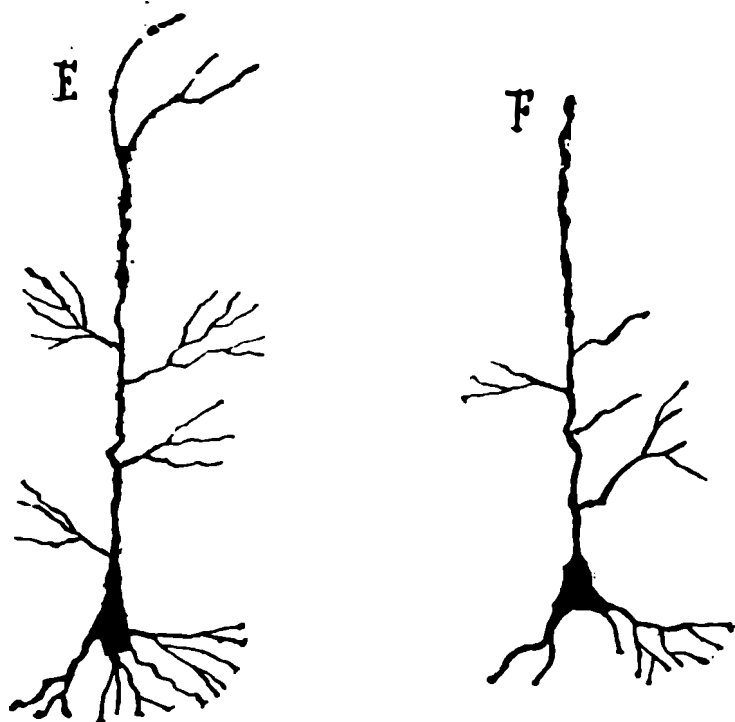


FIG. 17.—Células piramidales alteradas de la corteza temporal una melancólica antigua (según Klippel).

relativa que parece determinar para lo sucesivo la actitud del sujeto.

Creemos poder deducir que se trataba de un delirante en quien la nota dominante consistía en ideas iniciales melancólicas de negación, y en el que la evolución ha sido rápida hacia la megalomanía demencial. Después de un período de delirio melancó-

lico é hipocondriaco, llegó á ideas eufóricas de inmortalidad y enormidad. Se trata, pues, de un delirante con formas mixtas, intermedias entre la negación universal y desolante de los melancólicos, y la negación puramente egocéntrica de los delirantes crónicos hipocondriacos. Creemos que el elemento demencia interpuesto, puede explicar en este caso la evolución atípica.

Este caso, puede servir de transición á los siguientes.

### C.—DEMENCIAS DE DELIRIOS LLAMADOS PARCIALES Ó CON SISTEMATIZACIÓN PRIMITIVA.

«Aun en una edad avanzada, dice Arnaud, los persecutorios megalomanos, se interesan, hasta cierto punto, en la vida corriente, y á ella adaptan su delirio. Leen periódicos, aprecian convenientemente los hechos extraños á sus preocupaciones delirantes, escriben en circunstancias especiales cartas en relación con esas circunstancias, y muchas veces correctas en absoluto. Finalmente, ni sus palabras ni sus actos, revelan la incoherencia de los dementes (1).

Este estado no merece, en manera alguna, ser asimilado á la demencia á menos de cambiar completamente la significación de esa palabra. Los vie-

---

(1) G. Ballet. *Tratado de las enfermedades mentales*, (l. c).



jos persecutorios presentan, en definitiva, el estado mental correspondiente á su edad; la demencia no es la terminación obligada de su delirio, ni siquiera es su terminación habitual; en los persecutorios, como en los normales, la demencia es un accidente raro».

Sin embargo, como los demás delirios crónicos, el delirio de persecuciones y el delirio ambicioso pueden conducir á la demencia, pero, cuando esto ocurre, es sólo en una edad muy avanzada. Á veces el individuo llega á tener todas las apariencias de demente no siéndolo, y aun siendo sus respuestas incoherentes, y sus gestos y actitudes insólitos.

En estos dementes es en los que se ha observado la doble voz y las alucinaciones psicomotrices, alternando con la voz natural en un diálogo que hace el examen del enfermo más trabajoso.

Una de estas enfermas, demente con delirio místico ó antiguo, se creía perseguida por los demonios, «boulous» que la introducían en el cuerpo, por las vías genitales, toda clase de objetos; interrogada, contestaba con su voz natural, y otras, con voces que atribuía á otras personas; entre otras á un su hijo que pretendía salir por su propia boca.

La enferma, cada vez más aislada con su delirio, llegó á perder progresivamente las nociones de tiempo y de lugar, y, sin embargo, si se la colocaba nuevamente en el terreno de su delirio, lo que á veces

- 1, 2, 3, 4, Vasos y fibras de la substancia cortical superficial sub-meníngea (Taty y Bridier) demencia rápida.
5. Células de la substancia gris occipital derecha (demencia rápida, el mismo individuo).

NOTA.—Estas figuras y las siguientes son debidas á la extrema amabilidad del Pr. Pierret, que ha tenido la bondad de comunicárnoslas.

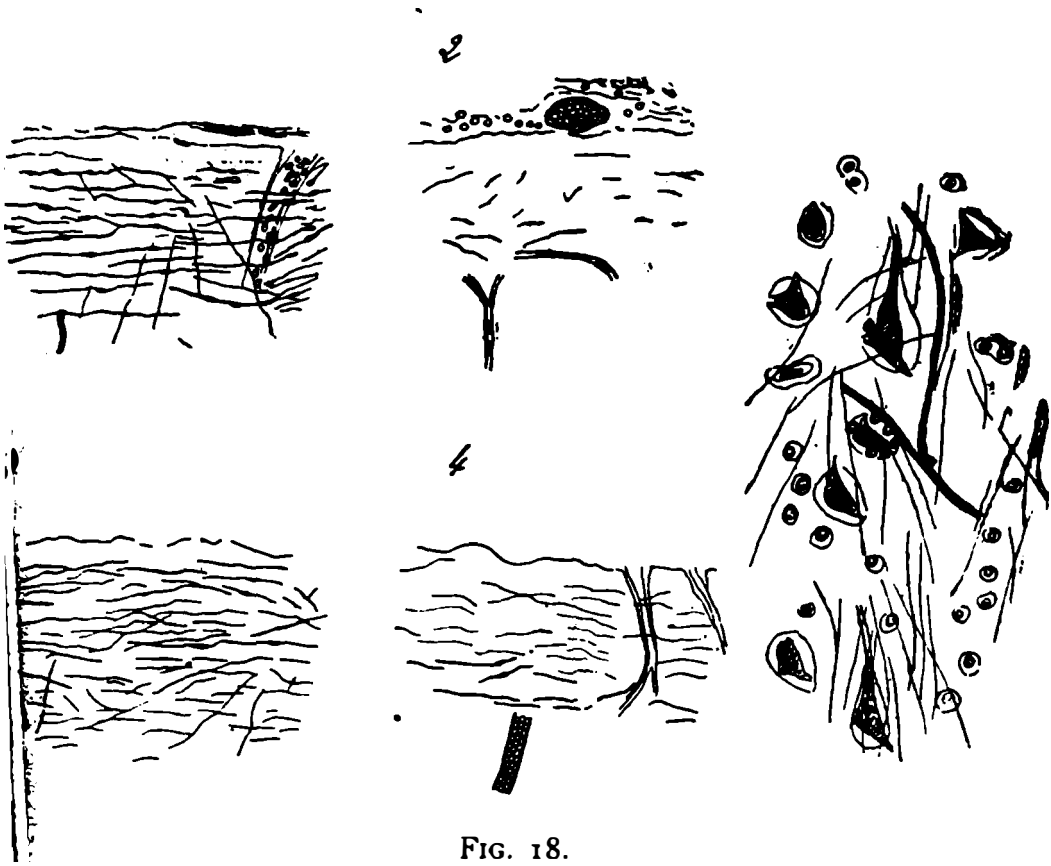


FIG. 18.

6. Células piramidales normales (?) (Marchand).
  7. Idem. id., alteradas (núcleos inflados y excéntricos, pigmentos cromáticos y neuronofagia) (Bridier, demencia vesánica).
  8. Erupción de leucocitos (vasos del cortex) (Taty, demencia vesánica).
  - 9, 10. Diversas alteraciones de las células corticales en un vesánico (Pierret y Bridier).
11. Vasos corticales del mismo.



FIG. 19.

6, 7, 8, 9 bis. Alteraciones celulares de las columnas medulares (alteraciones pigmentarias cromatolisis y neuronofagia leucocítica. (Demencia aguda.) (Tesis Bridier.)

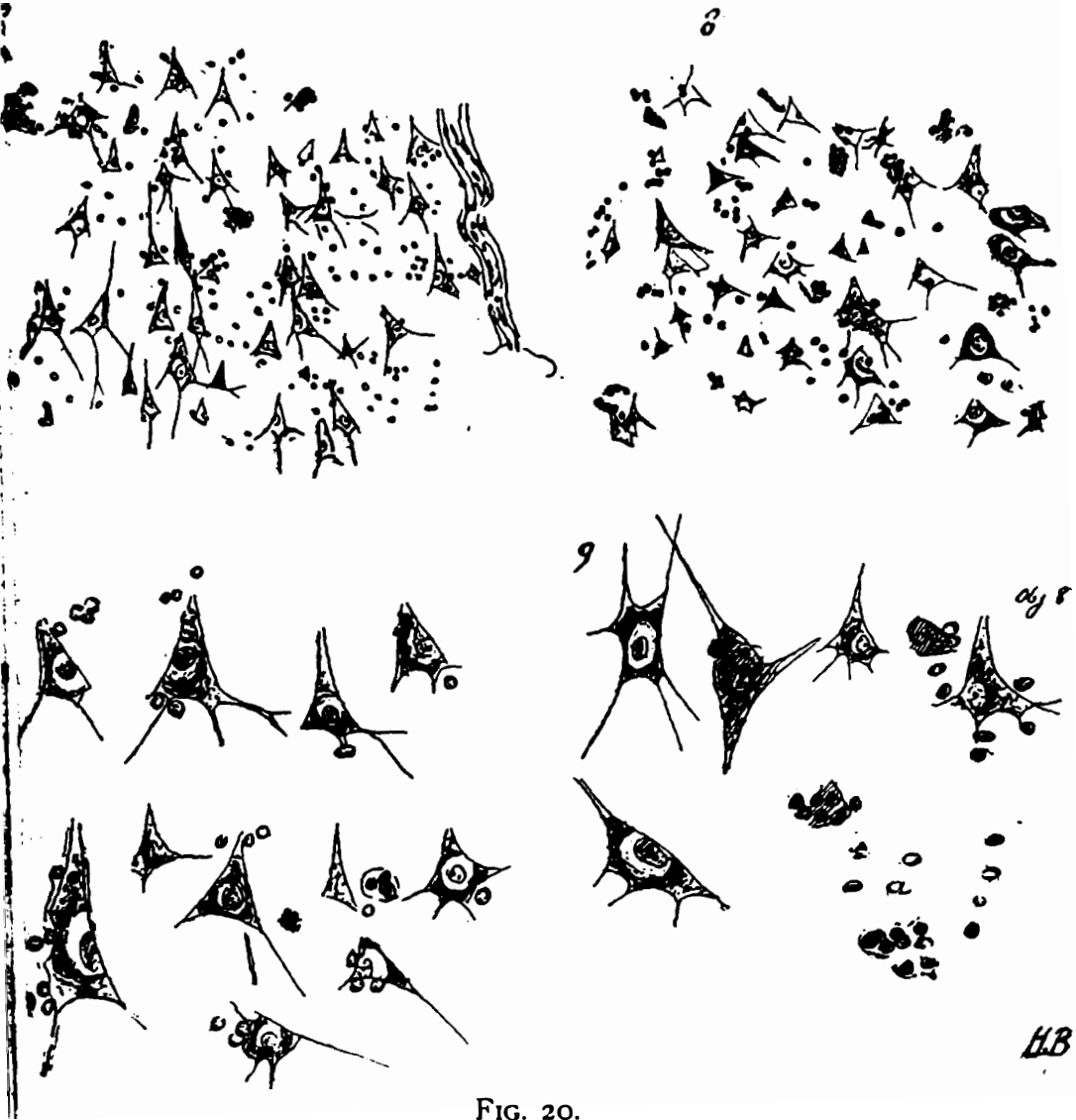


FIG. 20.

era delicado, asombraba la persistencia y la precisión de los recuerdos y de los conceptos estereotipados. Un viejo teomano, citado por Calmeil (1), pudo, durante veinticinco años, traducir del mismo modo las singulares expresiones de que hacía uso. Frecuentemente en los individuos llegados á los límites extremos de la vejez, encontramos psicosis sistematizadas con los mismos caracteres que en la edad adulta. No obstante, á la larga, ayudando la acción de la edad, puede llegar un momento en que las ideas delirantes acaben por disociarse, y, como dijo Schüle (2): «El santo, el profeta con todos sus gloriosos atributos, se encaminan hacia la demencia progresiva y definitiva».

Esta demencia consecutiva á la psicosis sistematizada puede, esto es completamente natural, complicarse con lesiones cerebrales (hemorragia, reblandecimiento, etc.). Ateniéndonos á determinados hechos, parecería que en los casos en que hay predominio de los fenómenos alucinatorios de un lado, es en el lado correspondiente en el que se desenvuelven más tarde las lesiones en foco consecutivos de la demencia. El eretismo más marcado en un hemisferio, conduciría también á rupturas vasculares finales en ese mismo hemisferio.

Se ve, pues, que la fase terminal de los delirios

---

(1) Calmeil. *De la locura*, t. II, pág. 359.

(2) Schüle. *Tratado de las enfermedades mentales*, pág. 155.



sistematizados, puede afectar formas demenciales variadas; unas veces es una demencia aparente sólo, una pseudo-demencia, según la expresión de Chris-



FIG. 21.—Apotheosis megalomaniaca simbólica dibujada por un pseudo demente vesánico (viejo persecutorio místico)

tian, otras una verdadera demencia con ó sin lesión en foco y la lesión puede ó no estar en relación con el estado patológico y alucinatorio anterior.

Teóricamente, los delirantes crónicos pasarían to-

dos, según Magnan, por una fase intermedia y preparatoria de megalomanía después de la fase persecutoria y antes de la demencial; además de esos casos típicos, pueden presentarse muchas combinaciones y variedades. Otros enfermos, considerados anteriormente como delirantes crónicos, llegan á ser dementes antes de la aparición de las concepciones megalomaniacas.

En otros, la megalomanía puede combinarse á la demencia con persistencia de alucinaciones y de ideas de persecución más ó menos definidas. Otros, llegan á una fase de disociación de la personalidad por desdoblamiento ó por extinción de la personalidad primitiva. Son casos mixtos intermedios entre los delirios sistematizados, primitivos y los secundarios. Á la inversa de lo que hemos citado precedentemente, en que la psicosis melancólica crónica conducía á una megalomanía verdadera, podríamos ver un delirio crónico de persecución, terminar en negación melancólica verdadera.

Sea como fuere, cuando la psicosis sistematizada se estereotipa, los enfermos, por efecto de la complicación progresiva de su delirio, llegan á un estado de falsa demencia en que la disociación puede ser aparente.

En las demencias superpuestas á un estado delirante anterior, las concepciones primitivas presentan caracteres que contrastan con los desarrollados consecutivamente á la demencia misma.

**El lenguaje incomprensible y los neologismos com-**

**FIG. 22.—**Delirio crónico de persecución con alucinaciones persistentes auditivas (envoltura defensiva)

plicados de algunos falsos dementes, no excluyen la conservación paralela del lenguaje y la escritura normales.

Frente á respuestas aparentemente incoherentes, actitudes y gestos inopinados, se recuerda al viejo delirante de Calmeil que, no obstante tales síntomas podía dar durante veinticinco años una traducción invariable y comprensible de su delirio. Pero estas son confidencias á veces delicadas de obtener de un enfermo, que se aísla cada vez más en su delirio y llega así progresivamente á perder las nociones de tiempo y de lugar. Logrando llevarle nuevamente al terreno de su delirio, nos asombra muchas veces la persistencia y la precisión de los recuerdos y de las concepciones estereotipadas. Parece que éstas resisten más que los elementos menos alterados de la mentalidad.

Aunque ésta parezca una afirmación paradossal, á primera vista, es, no obstante, un hecho de observación que podría tal vez encontrar su explicación en la teoría general de la regresión.

En estado normal, la involución sigue á la inversa el orden de desenvolvimiento. En el estado patológico, es de suponer que ocurrirá lo mismo.

Los elementos atrasados en su evolución y que perduran en estado frustrado, son los últimos que entran en regresión, porque ésta va de lo más complejo á lo más estable, es decir, á lo más sencillo ó más rudimentariamente organizado (1).

---

(1) Ribot. *Las enfermedades de la voluntad*. Madrid, Jorro.

Esta teoría implicaría el origen congénito de la aberración psíquica en nuestros delirantes crónicos.

Como ha sostenido Morselli, se puede ver en todos los delirios sistematizados, primitivos, la expresión de un desarrollo anormal de la personalidad, de una tara que se revela en la época de madurez psíquica, pero que no es sino traducción completa de las tendencias congénitas del individuo.

Otra explicación de la persistencia de esos fenómenos descansaría en una aplicación de la ley de Herzen relativa á la transformación fatal, y paso al automatismo de todo proceso psíquico repetido.

El delirio esterotipado, por ser únicamente repetición de un mismo sistema de concepciones mórbidas constituye finalmente una operación mental automática que, como tal, escapa á la amnesia de regresión.

Sea como fuere, la demencia confirmada por *lesión orgánica caracterizada*, podrá á su vez sobrevenir en estos casos, como en los otros, antes ó después de la aparición de la megalomanía.

Parecería, ya lo hemos dicho, en algunos hechos, existir una relación entre el predominio alucinatorio unilateral y el desarrollo ulterior de focos correspondientes en tal hemisferio.

Las imágenes mnemónicas ó recuerdos, son registradas en nuestros centros nerviosos al lado opuesto al de la excitación periférica que los ha producido.

La reviviscencia alucinatoria de esas imágenes, implica la exteriorización, la objetivación de la cau-

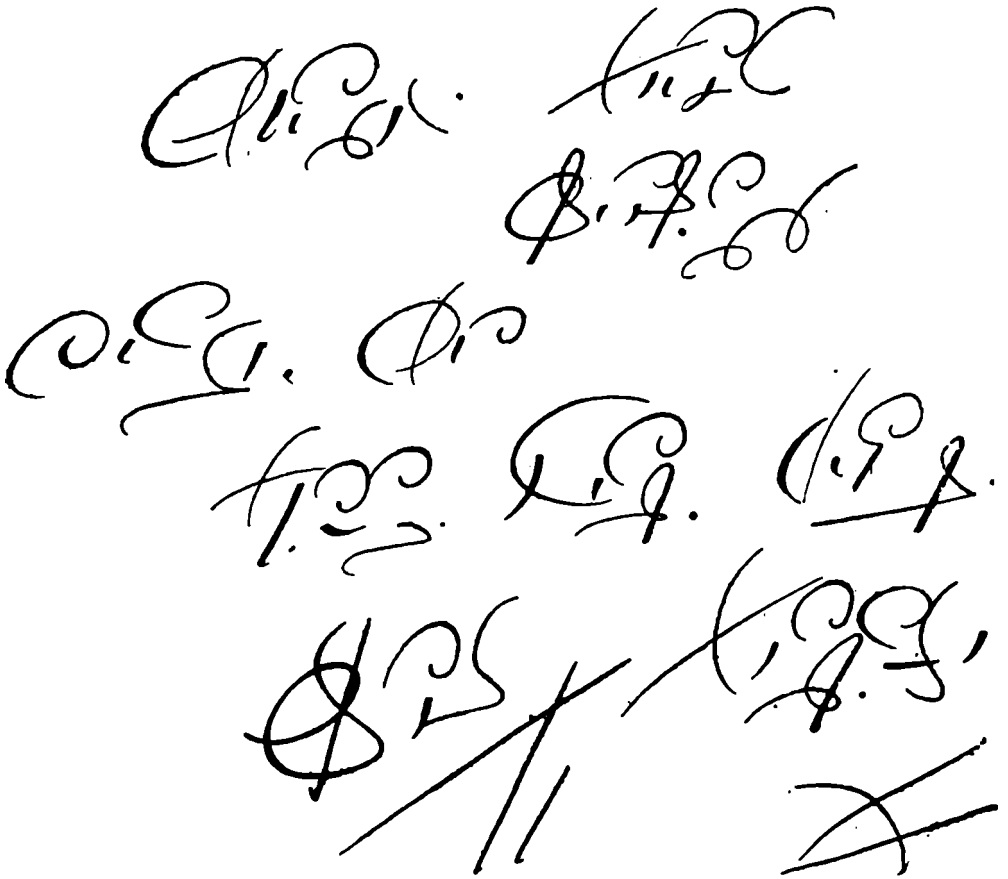


FIG. 23. —Escritura criptográfica de una demente vesánica que ha conservado paralelamente la escritura normal.

sa exterior supuesta por el enfermo, del lado opuesto por una inversión idénticamente inversa.

Habría en esto como un fenómeno comparable á la desviación conjugada de la cabeza y de los ojos en

el caso de lesión irritativa cortical del lado opuesto al sentido de la desviación. Lo que para nosotros completa la analogía es que el eretismo alucinatorio, lo mismo que la lesión irritativa cortical de la apoplejía á que la comparamos, podría conducir á la ruptura final de los vasos correspondientes, con desviación verdadera consecutiva y paralítica del sentido opuesto.

Esto es, cuando menos, lo que hemos visto producirse en algunos casos; muchas observaciones de demencia vesánica, debida á psicosis sistematizada, progresiva, antigua, conducen finalmente á lesiones cerebrales en foco; una observación seguida y minuciosa de los fenómenos alucinatorios más constantes, relacionada con datos proporcionados por la autopsia, permitirá tal vez establecer al fin el substratum anatomo clínico indispensable á la fisiología patológica de esas psicosis alucinatorias.

Uno de nuestros dementes, muerto de ictus con hemiplejia izquierda, había sido siempre sospechoso; no quería á los sacerdotes desde su primera comunión, porque habían descubierto el secreto de un robo que él confesó haber hecho á su maestro siendo aprendiz. Muy religioso, no obstante, se confesaba «directamente con Dios»; más tarde se apercibió de que algunos espíritus le robaban sus plegarias, y las repetían simultáneamente con él hacia «su izquierda» (desdoblamiento aparente, objetivo).

Gracias á un redoblamiento de piedad, vió á Dios

salir de un cuadro de la capilla de la izquierda de la iglesia (después comprendió que era su propio retrato); desde entonces descubrió lo que era el firmamento, veía «la luz de las luces», etc.

Dictaba sentencias, inspirándose para ello en un viejo misal, al que daba el nombre de libro de San Huberto, que «contenía buenas y malas cosas, según el lado...» Las hojas de la izquierda eran las únicas buenas (no presentaba hemiopía apreciable por el campímetro); dialogaba, además, con los amigos de la izquierda» que le eran ya simpáticos; les interrogaba gustoso y les pedía consejo acerca de lo que debía contestarnos. Lo pronunciaba primero con voz baja y nos lo repetía luego. Parecía dirigirse á seres imaginarios orientando la dirección de la oreja y de los ojos hacia el ángulo superior izquierdo del lecho (hemiparesia correspondiente, ligera, sin anestesia durante los últimos tiempos).

La hemiplejía izquierda final, por foco en el hemisferio derecho, demuestra que existía una lesión del lado opuesto á la lateralización objetiva de los fenómenos alucinatorios, lesión consistente, probablemente, en un eretismo, una tensión vascular persistente que llevaba por eso mismo á una ruptura de los vasos en que se asentaba.

Un demente de Garniet, herido de ictus con afasia incompleta, no veía en esos fenómenos sino una exacerbación de los tormentos á que le sometían sus perseguidores (*Arch. générale.*, de Med. 1889,



tomo I, pág. 320). Parecía así indicar su lesión en foco como sumum de un trastorno persistente, análogo como localización; pero menos acentuado «su afasia no había destruído nada de la situación mental antecedente; puede decirse que había venido á prestar elementos nuevos y á nutrir al delirio. En la medida en que podía darse cuenta de la perturbación producida en los diversos modos que se compone el lenguaje, Eug. B..., estaba persuadido de que tal trastorno era resultado de maniobras realizadas contra él por los hombres de ciencia, y es verosímil que su convicción se apoyase en fenómenos análogos á los que había presentado en otro tiempo».

La contrapartida existe, por otra parte, y se han señalado casos en que al sobrevenir una lesión localizada unilateral muy extensa, se producía una influencia curativa de los fenómenos alucinatorios, y de los accidentes delirantes. (Observaciones de Lwoff, *thèses*, París, 1891, obs. IV, pág. 103).

Si el eretismo sensorial puede exacerbarse, desaparecer por efecto de los impulsos congestivos locales y de las lesiones en foco, no ocurre lo mismo con los fenómenos motores (este es un argumento más en favor de su naturaleza secundaria en los delirios sistematizados primitivos). Por esto han sido observadas hemiplejias derechas con agrafia en enfermos con escritura característica; se ha podido ver reaparecer inmediatamente en los escritos las mismas particularidades grafológicas cuando el enfer-

mo ha logrado educar la mano izquierda para seguir escribiendo.

Así, por ejemplo, un persecutorio de Marandon que fué herido durante el período de demencia de hemiplejia derecha con agrafia (A. M. P. 77 XVIII, 364).

Un enfermo de Féré que padecía desviación, conjugada por contracción espasmódica de los músculos del ojo, de la cabeza y del cuello, presentaba á cada acceso de contractura, una alucinación correspondiente lateralizada y orientada en el sentido de la desviación conjugada; era unilateral en ese sentido aunque percibida por los dos ojos (*Soc. Biol.* 14 Marzo 1896). Parecía existir una analogía sorprendente con la desviación conjugada de los ojos en los apopléticos.

Los delirantes crónicos objetivan sus visiones del lado correspondientes al hemisferio cuyo funcionamiento está pervertido; el progreso de la anatomía patológica conducirá tal vez á determinar y localizar las lesiones iniciales de esas vesanias.

Esa lateralización de las visiones que corresponden en general á una orientación análoga de las alucinaciones auditivas, indicaría tal vez el asiento de la lesión cerebral coexistente.

Es, en efecto, digno de fijar la atención que parece existir una correspondencia entre la orientación de las visiones y el lado de que se oyen las voces.

Los enfermos que oyen hablar á un determinado lado, ven generalmente á los personajes en la misma dirección; en los casos de alucinaciones auditivas unilaterales, las visiones son también objetivadas al mismo lado.

El fenómeno resulta aún más típico en los casos en que la alucinación unilateral del oído está combinada con una hemiopía correspondiente como en la observación de Peterson (*New-York Medical Journal*, 30 de Agosto de 1890).

Hay, pues, motivo para ver en la lesión terminal de los centros psico-sensoriales, el final de un proceso anterior de eretismo, traducido al principio por alucinaciones determinadas como orientación.

Un examen más minucioso de los delirantes crónicos y el estudio minucioso de sus alucinaciones, casi siempre estereotipadas y orientadas, según un área plana horizontal ó vertical, puede dar con el tiempo la clave de la anatomía patológica de esas psicosis alucinatorias crónicas.

Esto no sería, sino una aplicación lógica del método anatomo-clínico, al estudio de las lesiones en foco de la demencia vesánica final. «El diagnóstico regional de las afecciones encefálicas ¿no es, como ha dicho Charcot, el ideal hacia que deben tender todos los esfuerzos del clínico?»

Sea como fuere, vemos á la demencia vesánica inicial complicarse en este punto, después de largos años de proceso neuro-epitelial con lesiones vasculo-

conjuntivas finales, lo que establece una transición natural entre los dos grupos primitivamente distinguidos.

#### D.—DEMENCIAS NEURÓICAS.

Á las demencias secundarias citadas podemos asimilar, cuanto á mecanismo de génesis, otras demencias más ó menos rápidas, consecutivas á llamara-das delirantes degenerativas ó á fenómenos de diversas neurosis que en definitiva son ellos también materia de degeneración. La equivalencia de la histeria y de la epilepsia con respecto á los síndromos episódicos como llamara-das polimorfas que les acompañan en tanto que expresión de la degeneración hereditaria (1), es en la actualidad un hecho adquirido, sobre todo en lo referente á los casos en que la demencia precoz se superpone á esos diversos estados.

No puede decirse lo mismo *à priori* para los casos de neurosis crónicas, por efecto de las cuales la demencia puede establecerse consecutivamente á un proceso continuado durante mucho tiempo, y en cierto modo progresivo como en una época próxima á la decadencia de la regresión senil normal.

Pero aún entonces, encontramos entre las neuro-

---

(1) Véase Colin. *Néuroses et dégénérescence* y Robinowitch *Hystérie mâle et dégénérescence*. Thèses, Paris 1892.

sis susceptibles de producir la demencia y la sensibilidad, puntos de contacto múltiples.

La etiología general más constantemente admitida, es la que hace desempeñar al artritisismo hereditario, papel preponderante en el neurosismo y en las diversas neurosis por él engendradas.

Por otra parte, la decadencia próxima á la senilidad, se anuncia frecuentemente por síndromos premonitorios que revisten exactamente el aspecto de las diversas neurosis á que se ha dado el nombre de preseniles, tal como se describen respecto del proceso de periencefalitis difusa de las neurosis preparalíticas (1).

En la primera fila de esas neurosis predemenciales, es necesario colocar frecuentemente la histeria senil (2).

La producción de esos fenómenos neurósicos está frecuentemente relacionada con un trauma-intracefálico que pasa desapercibido, ictus larvado, rupturas de aneurismas miliares cuyo estudio aclarará tal vez un día la anatomía patológica tan oscura aún de las neurosis preseniles.

El neurosismo es una de las formas del artritisismo: aquélla en que los trastornos de la nutrición repercuten más especial sobre los centros nerviosos.

---

(1) A. Marie. *Neurosis y parálisis general*, Congreso de Bruselas, 1904.

(2) P. Marie. *Histeria senil. R. neurol.* 19.

Puede ser considerado como resultado de intoxicaciones de origen externo é interno, y como descansando sobre un estado de receptibilidad tóxica especial á ciertas células-nerviosas.

Las formas múltiples que toma el neurosismo pueden explicarse por este hecho: el feto ha sufrido la intoxicación braditrófica materna en una fase determinada de su evolución, en una época en que tal ó cual parte de su eje cerebro-espinal estaba en vía de desarrollo. De esta intoxicación embrionaria resulta para determinados centros nerviosos una susceptibilidad especial.

Los centros vaso-motores, que presiden la nutrición, son alterados en el neurosismo y reaccionan á su vez con gran intensidad bajo la influencia de las toxinas ó de las emociones. Los estados emotivos y las intoxicaciones producen efectos análogos y comparables de vaso-constricción, y la acción de esas alteraciones vaso-motoras, obrando sobre puntos limitados del sistema nervioso, tiene por efecto la acumulación pasajera de las sustancias tóxicas en esos puntos, la impregnación de las células y la modificación de sus reacciones físico-químicas habituales. El amiboismo de las células nerviosas está particularmente alterado, y esa alteración permite concebir la disociación funcional nerviosa de más ó menos duración, que es el substratum anatómico de las manifestaciones neurósicas.

Según la localización de los centros nerviosos en

estado de receptividad especial, las manifestaciones se harán en el dominio de la vida orgánica, de la sensibilidad, de la motilidad ó de la mentalidad; pero esas distintas variedades descansarán todas sobre un fondo común, la diatesis braditrófica.

La herencia domina en la etiología del neurosis-mo, herencia del terreno artrítico que se manifiesta por la discrasia ácida, el retardo de nutrición, la presencia en los orines de productos escrementicios anormales (ácido láctico, índican, leucomainas, etc.).

Las causas ocasionales de la aparición de las manifestaciones neurósicas serán las que favorezcan la impregnación tóxica de las células nerviosas (autointoxicación, infección, surmenage físico ó intelectual, emociones vivas de diversas naturalezas y cualquier otra causa que reaccione súbitamente sobre el sistema vaso-motor).

Las crisis, de cualquier naturaleza que sean, convulsivas ó dolorosas, que se presenten en el curso de las neurosis, pueden ser consideradas como modos rápidos de eliminación de tóxicos puestos en acción por el organismo llegado á la saturación. La eliminación de los tóxicos por los diferentes emuntorios, comprobada por el análisis y la disminución de esos mismos elementos después de la crisis, lo prueban.

En la senilidad incipiente, esas condiciones pueden ser realizadas y explicar también el nacimiento

de las neurosis tardías y su posible asociación con las demencias.

Podemos observar la demencia histérica primitiva combinada con la degeneración. Según la edad de los enfermos, dice Schüle (1) (se trata de individuos jóvenes), y según los síntomas principales, esa variedad no es sino una modificación de la demencia aguda ó de la demencia precoz. Lo mismo que la demencia aguda, puede presentar dos evoluciones diferentes; comienza por el *estupor* alucinatorio agudo ó bien el mismo estado psíquico persiste; al principio no parece inquietar, pero pronto se nota una decadencia rápida y continua. La debilitación psíquica es una *estupidez crónica* con obnubilación de la conciencia y alucinaciones, ó bien es una decadencia lúcida, caracterizada por la apatía moral y la más sorprendente indiferencia, aunque la inteligencia perdura á veces casi intacta. Lo que denuncia el origen histérico es la permanencia del temperamento histérico, aun en la demencia misma; la conciencia pasa por fases variables de lucidez y de obnubilación; se nota una tendencia á las ideas obsesionantes, oscilaciones perpetuas del genio y una degeneración moral constante; los enfermos demuestran, con respecto á la moralidad y á las relaciones sociales, una grosería muy característica. Por momentos

(1) *Tratado clínico de las enfermedades mentales*, por el Dr. H. Schüle, pág. 237.



vemos producirse *tics* histéricos y convulsiones, ó accesos pasajeros de furor, que son sus equivalentes. Lo particularmente notable es la frecuencia de esos accidentes psíquicos; después del primer ataque convulsivo la demencia queda constituida; los enfermos lo han olvidado todo: sus relaciones, su profesión, su dignidad; á ratos se entregan todavía á una especie de trabajo; van de derecha á izquierda, sin plan definido, y frecuentemente riendo á carcajadas; en otros momentos permanecen sentados y silenciosos, con los ojos bajos, sus rasgos son aliçados, y es necesario cuidarlos como á niños.

Vemos también producirse las más contradictorias impulsiones; pegan ó muerden á las personas que los cuidan, y luego las abrazan; no se cuidan para nada de las conveniencias más elementales, cantan, tocan el piano; pero repitiendo sin cesar determinadas frases musicales de que han guardado el recuerdo. Las escenas de cólera, de ternura, de violencia, alternan con la inmovilidad y la abulia, por transiciones bruscas y no motivadas; luego los enfermos tratan estúpidamente de hacerse daño: tragan todo lo que les viene á las manos. Entre las frases fragmentarias que murmuran mezclan frecuentemente tendencias eróticas. En determinados momentos conversan en voz baja ó en voz alta con sus alucinaciones; no pueden sustraerse á las ilusiones, á los impulsos que los asedian. Sus recuerdos antiguos se borran; no son capaces de ocuparse ni

de preocuparse por lo que en otro tiempo amaron. En medio de esa apatía, de esa confusión psíquica, se los ve, á ratos, reir estúpidamente, hacer gestos incomprensibles ó movimientos automáticos de la cabeza, del tronco, de las extremidades, lanzar gritos ininteligibles, murmurar frases confusas, entregándose al mismo tiempo á una pantomima teatral. Al fin de cada período menstrual se observa un cierto renacimiento intelectual; pero esa influencia desaparece poco á poco. Es necesario impulsar á los enfermos á alimentarse y á cuidarse de su limpieza; la demencia apática permanece estacionaria, aparte ciertos accesos impulsivos (los enfermos gritan, se golpean, etc.)

La epilepsia puede también más ó menos rápidamente terminar en una *demencia* neurósica análoga, pero, sin embargo, distinta por la persistencia de los accesos convulsivos típicos.

En la mayoría de los casos, dice Schule, la *demencia epiléptica* se produce. El tipo de esta demencia es principalmente definido en los enfermos cuya inteligencia era brillante y cuya decadencia psíquica ha sido rápida. La concepción se hace lenta y penosa, y el recuerdo de los hechos antiguos defectuoso; las antiguas asociaciones de ideas se disuelven progresivamente. Los juicios sólo pueden descansar sobre un número restringido de ideas adquiridas en otro tiempo y sobre percepciones recientes; pero superficiales. Las leyes de la lógica pueden parecer

conservadas, pero las lagunas intelectuales, la falta de ideas amplias y generales, hacen que los actos intelectuales estén cada vez más debilitados; las antiguas reglas del razonamiento son, en lo porvenir, el único apoyo de la inteligencia, porque, con el tiempo, se han hecho, en cierto modo, automáticas. Es característico ver cómo, al principio de esta demencia, los enfermos se esfuerzan en disfrazar las lagunas de su memoria y de su inteligencia describiendo con los más nimios detalles las cosas más sencillas. Esta particularidad de la demencia, no es tan terminante en los individuos poco inteligentes y cuya enfermedad se ha desarrollado lentamente. Los casos particulares varían mucho, según los individuos, el género y la marcha de la enfermedad. Cuando esa marcha es lenta y prolongada, la concepción se hace por momentos más difícil, existen lagunas apenas perceptibles de la memoria; han desaparecido algunas ideas; existe ya todo lo que indica la demencia y los progresos de ésta continúan fatalmente.— La patogenia de ésta demencia es aún poco clara; unas veces se desarrolla con sorprendente rapidez, otras no llega á producirse, no obstante los frecuentes accesos que se repiten durante muchos años.

Cuanto á la *anatomía patológica* de las demencias neurósicas (vol. XII), Ziemssen señala la atrofia, encontrada en muchos casos, de una ó de las dos astas de Ammon, que no debería ser considerada como una lesión característica, sino como consecuencia de

la atrofia general del cerebro. Esa atrofia, sin embargo, hiere preferentemente y desde el principio á las astas de Ammon, y frecuentemente, sólo alcanza á una de ellas. El Pr. Jelgersmanoces ha presentado preparaciones típicas en su laboratorio. Constantemente hay lesiones meníngeas en las psicosis epilépticas crónicas; generalmente un engrosamiento que se observa principalmente en la aracnoides. La lesión se ve, sobre todo, en las cercanías de los vasos; muy frecuentemente se observan huellas de pequeñas hemorragias bajo la forma de puntitos amarillos aislados, y esto solamente en la convexidad de los hemisferios. Cuanto á topografía, Wildersmuth observa que las lesiones meníngeas parecen localizadas constantemente en la cara convexa del lóbulo parietal y del frontal, principalmente á lo largo de la cisura de Sylvius. En esos puntos la substancia cortical está adelgazada y los surcos ensanchados (el microscopio ha mostrado, entre otras lesiones, una degeneración quística). Más raramente, y sólo cuando la afección está muy adelantada, existen alteraciones de la duramadre; en otro período más avanzado aún encontramos algunos lugares en que la caja craneana está adelgazada y transparente, y esos lugares corresponden á engrosamientos gelatiniformes de la piamadre. En los casos de epilepsia jacksoniana, la demencia puede establecerse con predominancia de alteraciones anatómico-patológicas al nivel de las localizaciones motrices

correspondientes. Esas lesiones, aunque predominantes en esos puntos, pueden consistir en fajas de opalescencia difusa de la piamadre (1).

Hay casos en que la demencia epiléptica está en relación con un traumatismo craneano; en esos casos, si el traumatismo está localizado en los lóbulos frontales, puede haber decadencia mental rápida, como en un caso que hemos podido observar (fig. 24), y que sirve de transición entre las demencias epilépticas y las demencias por lesiones localizadas en individuos relativamente jóvenes.

Según Charpentier (A. M. P., 1885), la senilidad precoz, prematura estaría en el estado de esos individuos envejecidos prematuramente, tanto desde el punto de vista del *habitus* físico como del de estado mental. Puede mostrar á los cincuenta, y aun á los cuarenta años, cara y manos arrugadas, piel seca y terrosa, cabellos emblanquecidos ó calvicie, dientes careados ó desaparecidos, debilitación general del sistema muscular, del aparato digestivo, de los aparatos respiratorios y glándulo-vasculares (tiroideo).

Este es, en efecto, el cuadro de la senilidad; pero sería un error asimilarle á la senilidad verdadera cuya marcha es fatal, ese estado de senilidad precoz, que recuerda la enfermedad de los Scytas, y es muchas

---

(1) Hemos observado un caso muy claro, con el Dr. Piqué, durante una craneodómia en un jacksoniano con trastorno mental.

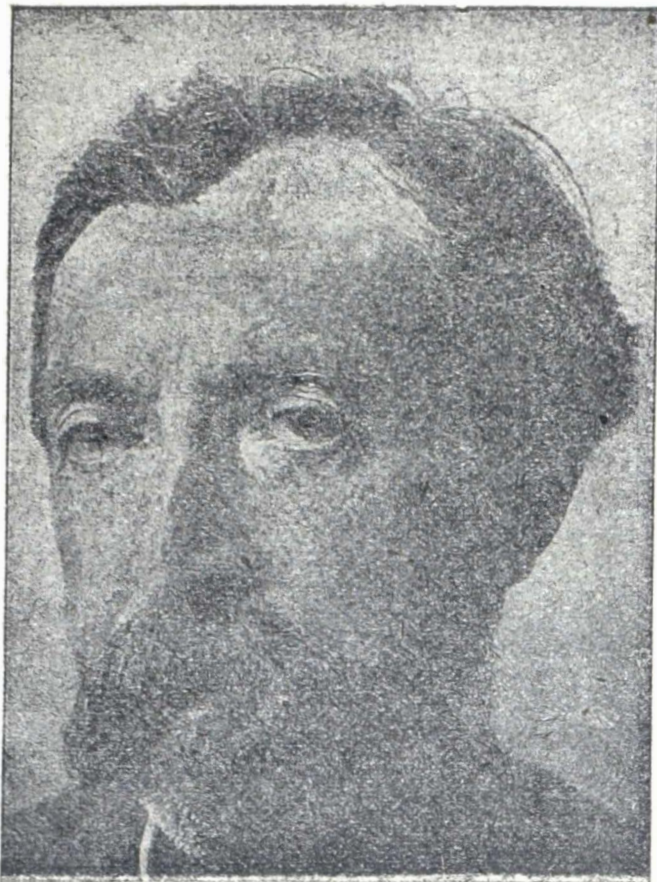


FIG. 24.—Demencia por epilepsia traumática.

veces susceptible de ser remediado. Como veremos más adelante, ese estado puede ser fácilmente confundido con la nostalgia, la depresión melancólica. Con mayor razón no asimilaremos á la vejez la pseudo senilidad de los jóvenes calvos á los veinticinco años, cuyo género de vida, concepciones intelectuales y sentimientos afectivos, son los de un viejo... Sin embargo, podemos decir con Cazalis, que se tiene, la edad de los vasos, y la senilidad precoz, como la verdadera senilidad, va acompañada, en nueve casos de cada diez, de atheroma.

Las lesiones localizadas que sobrevienen antes de la senilidad en un cerebro desarrollado, pueden producir un cierto grado de demencia por amputación de una parte de los centros nerviosos, abolidos por falta de irrigación vascular y reblandecidos en una extensión variable; pero no hay diferencia entre el estado patológico inherente á esos diversos focos circunscritos del cerebro que estudiamos al tratar de la demencia senil, y no es necesario que insistamos más en este punto. La alteración patológica es en estos casos evidente, y nosotros necesitamos, ante todo, demostrar lo que establecemos como proposición inicial, á saber: que no existe demencia sin lesiones anatómicas subyacentes; reservamos, pues, nuestra atención para los casos en que la lesión es difícil de descubrir ó pudo pasar desapercibida, ó es aún discutida.

En las lesiones localizadas precoces que pueden corresponder á un cierto grado de demencia, la par-

ticularidad característica de los enfermos jóvenes que les diferencia de los dementes seniles con lesiones circunscritas, consiste en la mayor facilidad de suplencia funcional para los centros nerviosos indemnes; esos centros, en efecto, no son el lugar de alteraciones difusas paralelas como en el senil. Sin embargo, pueden serlo de otras lesiones equivalentes (infecciosas, tóxicas, etc.); pero esto es excepcional.

Resumiendo, una demencia precoz puede constituirse por lesiones circunscritas, sin relación con la senilidad.

Las lesiones subyacentes son en este caso, como en la demencia senil, vasculares, celulares ó tubulares.

Las lesiones vasculares pueden ser arteritis variadas, semejantes á las descritas por Cottard en el cerebro de los idiotas, como producidas durante la vida intrauterina: en el caso de que ahora hablamos han sobrevenido en época ulterior al nacimiento, y, según los autores, debemos reservar el nombre de idiotismo para las lesiones de ese género anteriores á la pubertad.

Terminaré lo referente á las demencias precoces señalando la posibilidad de los casos de demencia paralítica precoz, juvenil ó infantil, entre los individuos considerados como dementes precoces, y á veces también como idiotas ó imbéciles.

Arnaud había señalado casos de parálisis general



en imbéciles y en idiotas, y los recientes descubrimientos anatómo-patológicos sobre la parálisis general juvenil y las periencefalitis precoces hacen admitir, en último extremo, que pueden existir niños paralíticos ignorados, heridos de encefalitis difusas idénticas microscópicamente á las de los paralíticos clásicos.

En la parálisis general juvenil, dicen Toulouse y Marchand (1), los trastornos mentales son bastante diferentes psíquicamente para explicar su clasificación en diversas categorías. La mayor semejanza clínica está determinada por los casos en que las alteraciones mentales constituyen lo que es costumbre considerar como demencias. Pero las causas de esa semejanza son debidas, no á la diferencia de las lesiones, sino á la diferencia de elementos anatómicos del cerebro que, en el primer caso, apenas están desenvueltos, y en el segundo lo están completamente. Lo que origina la diferencia de aspectos clínicos, es, en resumen, no la naturaleza de las alteraciones histológicas, sino su localización en un órgano funcionalmente distinto, según la edad del individuo. Consiguientemente, la parálisis general—enfermedad cerebral—puede producir la idiotez ó la demencia, que no son sino expresiones sintomáticas cuyas causas anatómicas son muy numerosas.

¿Debemos llamar idiota ó demente á un niño que

---


(1) *Revue de psychiatrie*, Enero, 1901.



Fig. 25.—Demencias traumáticas definidas. (lesiones localizadas).

ha presentado debilidad intelectual después de haber parecido tener una inteligencia normal? La cuestión parece, á primera, vista sencilla; pero se admite generalmente que el idiotismo es una demencia que aparece en los primeros tiempos de la vida, es decir, en una edad en que las facultades intelectuales están poco desarrolladas. Pero, ¿á qué edad podremos decir que es demente el niño? Leyendo las observaciones publicadas, se ve que ese límite ha sido elegido arbitrariamente, según los casos.

Sería, pues, necesario que se adoptase una edad, ó mejor, un período psicológico para separar la idiotez de la demencia. La pubertad, momento en que las diversas funciones y la inteligencia alcanza el período de pleno desarrollo, puede ser propuesto como límite natural.



## CAPÍTULO V

### Demencias paralíticas.

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA GENERAL.—«Por demencia paralítica entendemos, no una enfermedad, sino, una afección de *evolución lenta, progresiva y fatal*, que sobreviene *de influencias patológicas prolongadas y generalmente combinadas*». Conviene añadir las infecciones lentas diversas, y los diversos envenenamientos (plomo, pelagra, etc.), así como los *schocks* físicos y morales notables. Entre esas influencias, la *sífilis antigua*, el *alcoholismo* y el «*surmenage*» *funcional* de un cerebro *predispuesto*, son los más importantes. (*Traité de pathologie mentale*, por M. G. Ballet, pág. 884).

CAUSAS.—Conforme al método preconizado por Hack-Tuke en su comunicación al Congreso internacional de 1878, hemos formado un cuadro de los diferentes factores etiológicos que hemos podido en-

contrar en los paralíticos generales. Estos últimos, en número de 265, han sido observados durante un período de dos años.

Hemos estudiado, por una parte, los antecedentes personales de nuestros enfermos según su frecuencia y su importancia aparente, los hemos opuesto los antecedentes hereditarios que, como se verá, parecen llevar ventaja.

*Antecedentes personales.*—En la primera fila de las causas ocasionales, y particularmente de las intoxicaciones, se impone la investigación del alcoholismo, hemos procedido por los tres caminos que nos eran accesibles; á saber: examen directo del enfermo á su entrada, y comprobación de los signos físicos del alcoholismo agudo ó crónico, luego los anamnésticos del enfermo mismo, y, por último, el interrogatorio de los padres.

Los resultados correspondientes á esos distintos medios de investigación están lejos de tener una misma significación.

Un enfermo de un período avanzado, imposible de interrogar seriamente desde nuestro punto de vista, ¿habría podido ser anotado como alcohólico, porque la familia, después de un apremiante interrogatorio reconoció que efectivamente él bebía antes de estar enfermo?

Inversamente, en un paralítico ingresado con todos los síntomas del alcoholismo indudable; pero reciente, ¿cómo apreciar la relación de causa á efecto

existente entre los dos órdenes de síntomas, á falta de otros datos complementarios?

En la duda, hemos subdividido nuestros enfermos en diferentes categorías.

Deducción hecha de los casos negativos ó dudosos, hemos hallado 67 por 108, ó lo que es lo mismo, 65 por 100 próximamente de alcoholizados.

Pero esa cifra, elocuente á primera vista, pierde mucho de su valor si atendemos á que observamos en un medio especial (obreros y artesanos) y á que la proporción es reductible porque los casos de alcoholismo agudo reciente, pueden ser considerados en bloque como consecutivos; aun en los casos de fecha antigua, existían signos igualmente ciertos de *parálisis general* debidamente constituida, en una época anterior aún.

En segundo lugar, no hay razón para atribuir al alcohol influencia preponderante, dado que le encontramos frecuentemente combinado á otros factores igualmente frecuentes (sífilis, etc.). El alcohol solo, no ha sido encontrado más que en tres casos por nosotros.

Había motivo para hacer la contraprueba de la estadística precedente, relativa al alcoholismo en los antecedentes de los alienados ordinarios, y, en cierto medio, teniendo en cuenta la frecuencia en el de la parálisis general. Eso es lo que hemos hecho. En un total de 222 ingresados en dos años en La Roche Gandon, hemos observado 110 de alcoholismo que

se descomponían en 11 de alcoholismo puro y 91 de alienaciones variadas (principalmente debilidades hereditarias) con excesos alcohólicos superpuestos. El contingente general de ingresados no ha dado, en el mismo período de tiempo, más que 13 paralíticos. Abstracción hecha de los paralíticos y de los alcohólicos simples, encontramos, pues, una proporción de 50 por 100 de alcohólicos en los alienados ordinarios. Esta cifra es considerable; sin embargo, no observamos una proporción mayor de paralíticos en ese medio, sino al contrario (6,2 por 100).

Por tanto, ni para los alienados ordinarios, ni para los paralíticos, parece ser el alcohol un factor etiológico exclusivo.

En efecto, la mayoría de esos alienados, no paralíticos, pero alcohólicos, está constituida por débiles; luego, cuanto á ellos, la duda no es posible: la degeneración mental hereditaria y la debilidad congénita, son, evidentemente, no el efecto, sino más bien la causa de la alienación como del alcoholismo concomitante.

Si el alcohol ha podido ejercer una influencia patógena, ha sido en los ascendientes: volvemos de nuevo al papel preponderante de los antecedentes hereditarios.

El mismo razonamiento podría aplicarse, á nuestro juicio, á los paralíticos alcohólicos; parálisis general y alcoholismo llegan á ser las dos consecuencias sucesivas y coexistentes de una misma

predisposición hereditaria, sin relación de causalidad forzada entre una y otra.

Esta manera de ver nos parece tan defendible como la que consiste en invertir la relación de causa á efecto y en considerar al alcoholismo como causa de la parálisis general.

Es, en efecto, aplicable á las demás intoxicaciones involuntarias, por el plomo, por ejemplo; es lícito creer que el obrero plomero, en que la intoxicación afecta la forma de la encefalopatía saturnina, era anteriormente un cerebral, á diferencia de tal otro que, por el contrario, muestra la localización del tóxico en otra parte del organismo (riñones, tubo digestivo, sistema nervioso periférico ó muscular) mientras que el cerebro permanece indemne.

Lo mismo que en los alcohólicos (raros por otra parte), que sin otros antecedentes personales caen en la demencia paralítica (Obs. de M. Magnan) se trataría de señalar la parte exacta de los antecedentes hereditarios, en los paralíticos en que el plomo parece ser la causa única (caso de Régis), hay tal vez motivo para buscar en la herencia la causa patogénica verdaderamente esencial.

Á nuestro juicio, la importancia mínima de la cifra de los paralíticos saturninos está aún atenuada por la combinación constante de ese factor, no sólo con el alcohol (que nos parece aún predominante en un mismo individuo), sino también de otras causas,



traumatismo, sífilis, pelagra, y, en fin, y principalmente, herencia que es constante en nuestras observaciones siendo los otros factores múltiples y variables.

La demencia paralítica parece, en determinados casos, desarrollarse consecutivamente á un proceso infeccioso agudo, como la demencia precóz. Pero como Falret ha hecho notar, para éstos últimos dementes, el proceso infeccioso obra á la manera de un reactivo químico para revelar la tara cerebropática anterior, verdadera causa de la decadencia precoz en que caen súbitamente.

El número reducido (19) de casos de este género, nos dispensa, por añadidura, de insistir más ampliamente en este punto, y hay motivo para buscar en otro lado una infección prolongada, cuya continuada influencia pueda ejercerse de una manera decisiva y se encuentre con insólita frecuencia en nuestros enfermos.

¿No cumpliría la sífilis ambas condiciones?

Despistar la sífilis no es cosa fácil; debemos indicar, en primer término, los medios de información que debemos poner en práctica. Como para el alcohol, son de distintos órdenes y con valores variables. En primer lugar, tenemos el interrogatorio, que, por sí sólo, es muy criticable; cuántas veces la sífilis, enérgicamente negada, con la convicción de la sinceridad, resulta demostrada luego por accidentes ulteriores indubitables. Inversamente, la sífilis con-

tesada no es muchas veces sino una blenorragia que el enfermo tomó por tal. Por eso hemos corroborado, en lo posible los datos del interrogatorio mediante el examen objetivo y la busca de todos los estigmas de la *avarie*: hemos recogido también informaciones de las familias y de los médicos que les cuidaron (por lo menos indirectamente mediante las recetas antiguas). Finalmente, no hemos descuidado los hijos existentes, ni la investigación relativa á la esposa (abortos, partos prematuros, contagio, etc.) Nuestro colega el Dr. Bonnet se ha encargado de esta parte de la información, y he aquí las cifras obtenidas:

Informaciones incompletas.....	85
— claramente negativas.....	10
Sífilis discutible.....	6
• — probable.....	11
— cierta.....	54

Total de enfermos examinados: 166, ó sea 42,7 por 100, ó contando sólo las 81 observaciones completas 66,6 por 100 de sífilis indudable.

He aquí ahora un cuadro análogo de la frecuencia de la sífilis en nuestros paralíticos:

DEMENCIAS	NOMBRE	SÍFILIS		
		CIERTA	PROBABLE	DUOSA
1 Alcohólicas.....	23	1	1	»
2 Débiles.....	32	5	2	1
3 Dementes seniles.....	21	1	»	»
4 Melancólicas.....	14	2	»	1
5 Maniáticas.....	5	1	1	1
6 Persecuciones.....	5	»	»	»
7 Epilépticas.....	2	»	»	»
8 Imbéciles.....	2	»	»	»
TOTAL.....	104	10	4	3

Es decir, cerca de 17 por 100, mientras que antes obteníamos 66.

Reunamos las cifras contradictorias de otros autores:

NO PARALÍTICOS	PARALÍTICOS			
	SÍFILIS PROBABLE	SÍFILIS CIERTA		
Teges.....)	20,5 0/0	de 20 á 40 0/0	Cullerc. Mairet. Vircs. Ramadier. Ascher.	Christian 15 0/0
Obersteiner..)				
Savage.....)	33 á 43 0/0	de 20 á 40 0/0	Ebeke. Strumpell.	Dubuisson <u>50</u> 1000
Ziehen.....)				
Dietz.....)	76 0/0	de 75 á 80 0/0	Regis. Rumpf. Jepherson. Rohnull. Snell. Reinhardt. Serieux. Farnarier.	Magnan et Regnier <u>16</u> 179
Mendel.....)				
			Raymond. Kundt. Aubery. M. Lavalléc. Bélière. M. Donald. Kielberg. Essmark. Jessen.	Muller 17 0/0  A. Voisin <u>0</u> 560

Para Riéger, la sífilis es 17 veces más frecuente en los paralíticos.

¿Qué deducir de estas divergencias?

Como ha indicado Dubuisson, sería conveniente limitar la información á los estados que suponen una vida genital activa, dejando á un lado los crónicos y los congénitos. Éstos son, precisamente, los que hemos encontrado indemnes. Así modificada, la proporción sube á cerca de 18 por 100. Si ahora hacemos para los paralíticos una distinción semejante encontramos los de forma depresiva en proporción muy baja entre los sifilíticos (1/6).

La frecuencia de las sífilis demostraría únicamente que la excitación genésica, impulsando á excesos venéreos variados, multiplica las probabilidades de contaminación para los paralíticos exuberantes en el período de dinamia funcional.

La investigación de las fechas comparadas del comienzo de la parálisis general, con respecto á la contaminación sifilítica, corrobora esta manera de ver en determinados casos.

M. Régnier ha señalado el chancro indurado en enfermos anteriormente paralíticos; hemos observado la iritis secundaria, cuando la sífilis cerebral es terciaria; pero puede objetarse la fácil confusión con las iritis por goma del iris y la sífilización progresiva descrita por Hallopeau.

Creemos, por otra parte, que la sífilis evoluciona con frecuencia paralelamente á la parálisis general,

y hemos observado enfermos con gomas de la tibia ó goma del velo del paladar curados rápidamente por un tratamiento apropiado, mientras que la meningitis ha progresado; se invoca también las reinfecciones.

La sífilis, como las intoxicaciones, parece, pues, estar reducida, en cierto número de casos, al papel de concomitancia; si no es manifiestamente ulterior al comienzo de la afección, puede proceder de la excitación genésica de la dinamia funcional prodrómica, sin perjuicio de la acción aceleratriz del proceso que pueda producirse.

Ni aun el traumatismo deja de poder ser tomado como causa aparente siendo sólo consecuencia. Uno de nuestros enfermos, cochero, cayó del pescante y recibió una fuerte contusión en la cabeza. Este accidente, atribuido por los que le presenciaron á la embriaguez, era, en realidad, efecto de un ictus transitorio, de los que, frecuentemente, encontramos al principio de la afección. Su investigación metódica nos parece un medio precioso de fijar el comienzo cierto de la enfermedad y de cortar la cuestión de causa y efecto que existe en el fondo de todos los antecedentes personales discutidos.

En dos de nuestras observaciones se había presentado más de cinco años antes que los demás síntomas.

*Antecedentes hereditarios.*—Á falta de observaciones de que podamos inducir claramente un fac-

tor etiológico personal único, estudiemos la herencia.

Antecedentes hereditarios negados.....	14
— — desconocidos...	41
— — homólogos.....	2
— — congestivos....	65
— — vesánicos.....	44
— — alcohólicos....	3
— — neuropáticos...	7
— — diabéticos.....	2
— — sifilíticos.....	2
TOTAL.....	<u>179</u>

En el total hay 9 casos en que la herencia congestiva acumulada parece la única causa.

Aun los mismos en que la herencia parece faltar, pueden entrar por una parte en la regla, si consideramos, por ejemplo, que la procreación tardía equivale á la senilidad precoz, al ateroma de los ascendientes; de este modo, al menos, es como nos explicamos la influencia de la longevidad de los ascendientes indicada por algunos autores. Dos de nuestros paralíticos habían sido engendrados después de cumplir los cincuenta años uno de sus ascendientes inmediatos.

Podrá objetársenos la variedad de esos antecedentes hereditarios.

Á falta de un conocimiento suficiente de las leyes de la herencia psicopática, el problema de las condiciones hereditarias patogénicas de la afección resul-

ta alejado, pero no resuelto; creemos, no obstante, que es lícito plantearle en ese terreno y aguardar la solución. Se trataría entonces de determinar la parte de cada uno de esos factores y en qué condiciones exactas su acumulación y su combinación preparan la parálisis general.

No podemos añadir más que algunos argumentos sacados de la observación y favorables á la importancia dominante, en general, de la herencia.

El examen somático del parálítico muestra, con frecuencia, estigmas físicos múltiples; las deformaciones craneanas son frecuentes, y los diámetros y la capacidad craneana pequeños, en muchos casos (1).

Cuanto al estado mental, el sello de la herencia vesánica parece tal, que ha servido de punto de partida á la distinción entre la locura parálítica y la demencia (Baillarger).

Los antecedentes personales de los enfermos vienen muchas veces á demostrar la existencia de una herencia no confesada ó no conocida; hemos observado en los parálíticos las principales formas de neurosis hereditarias (Migraine oftálmica, corea, histeria, enfermedad de Basedow, epilepsia verdadera, etc.).

Conoceremos tal vez la lesión inicial de la paráli-

---

(1) Véase Arnaud. *Autopsie d'imbéciles devenus paralytiques généraux*. A. M. P., 1888, II.

sis general cuando nos sea conocida la anatomía patológica de esas neurosis sin lesiones histológicas conocidas; son tal vez, en estos casos, sintomáticas, de procesos en cierto modo preparalíticos. La evolución de la parálisis general puede, finalmente, descubrir el sello de una predisposición hereditaria (ejemplo: *ictus fugaces* y hemiplejias transitorias repetidas en paralíticos de que un ascendiente directo padeció hemiplejia ordinaria del mismo lado, tres observaciones con autopsia).

Los colaterales, por último, no son menos interesantes desde nuestro punto de vista; uno de nuestros paralíticos con *ictus* epileptiformes frecuentes, tenía un hermano epiléptico; otros dos tenían un hermano ó una hermana idiota; finalmente, otro tenía también una hermana paralítica asilada.

Savage (American I. of Insanity, 1878) ha expuesto muchos casos de parálisis general sobrevenida en gemelos á la misma edad, aunque ellos hubiesen vivido en condiciones distintas de existencia, y no había factor etiológico personal apreciable.

Podemos, pues, decir que los primeros síntomas clásicos de la parálisis general corresponden á un período avanzado ya de esas lesiones anatómicas; en tanto que podamos, mediante experimentos decisivos, ó por cualquier otro camino (1), constituir un

(1) La punción lumbar llegará tal vez á permitirnos el diagnóstico precoz.



criterio que permita determinar clínicamente cuándo *comienza* la afección. Los factores etiológicos personales propuestos seguirán siendo susceptibles de ser considerados como secundarios, sobre todo si les oponemos la herencia, único factor constante; único también que escapa á la influencia de causas ocasionales manifestamente consecutivas, y que sólo han podido obrar como agentes provocadores. La multiplicidad misma de los factores personales invocados, demuestra su importancia secundaria. Notemos, no obstante, la mayor frecuencia del alcoholismo y la sífilis asociados, que forman con la herencia una triada de que la última es la más importante, por razón de fecha ó de frecuencia. Cuanto más buscamos los antecedentes hereditarios en la parálisis general, más los encontramos. Podemos, pues, considerarla como una afección degeneratriz, no tanto del individuo como de la especie, y su patogenia debemos buscarla en la serie.

NATURALEZA.—Sean cuales fueren sus causas, la parálisis general se traduce por el desarrollo progresivo de los *trastornos demenciales constantes*, la aparición contingente, pero frecuente, de *trastornos delirantes*, expansivos ó depresivos, y de *desórdenes atáxicos* y *paralíticos de la motricidad* (oftalmoplejia interna, disartria, temblor), *síndrome* determinado por *lesiones difusas* que interesan todo el sistema nervioso; pero, principalmente, la *corteza cerebral* en la

*totalidad de sus elementos constitutivos* y que terminan en la desintegración y en la ruína del *sistema anatómo-fisiológico de los nervios* (Traité de Ballet, l. c.).

HISTORIA.—Confundida al principio por Esquirol y sus discípulos con las demencias en general, y considerada como una plazoleta á la que conducían todas las demás, la demencia paralítica fué erigida en entidad distinta por Bayle (1822-24). Fundaba su distinción en una anatomía patológica triunfante é innegable. Las otras demencias quedaban: primero, vesánicas, funcionales, *sine materia* hasta nueva orden, ó, segundo, orgánicas groseras por focos circunscritos.

Según las investigaciones de Calmeil, Réquin, Baillarger y toda la pléyade de sus colaboradores y discípulos, la demencia paralítica fué terminantemente caracterizada como directamente ligada á las lesiones orgánicas comprobadas. El delirio eventual asociado, maniaco melancólico ó de otra clase, llegaba á ser un trastorno distinto sobreañadido á la demencia, una enfermedad coexistente en cierto modo, pero relativamente independiente. Las más modernas y minuciosas investigaciones, gracias á los métodos histológicos perfeccionados, no han hecho sino confirmar esas opiniones.

No hablaremos, pues, por definición, sino de la demencia del paralítico, dejando á un lado su delirio posible, pero no constante.

Es de observar, sin embargo, que el substratum anátomo patológico, comprobado en las demencias paralíticas generales confirmadas, demuestra que los delirios intermediarios ó asociados entre la fase de salud y la encefalitis ulterior, están ligados á una alteración de las conexiones celulares premonitoria de las destrucciones demenciales finales.

El substratum anatómico, cada día más evidente en las demencias, conduce, pues, poco á poco á una patología positiva general de la locura y de los delirios no demenciales. En estos últimos, la alteración podría ser sólo pasajera y más ó menos reparable ó compensable, á diferencia de las demencias que nos ocupan; se presenta así la vía por la que se establecerá la anatomo-patología definitiva de la locura.

Limitándonos á la demencia paralítica, en la especie, podemos desde luego afirmar como hecho que el método de Golgi prueba la desaparición definitiva de las espinas y de los penachos terminales de las neuronas corticales en los casos de debilitamiento intelectual demencial, no susceptibles de regresión. Los trastornos preparalíticos delirantes ó de otra categoría (I), corresponderán á modificaciones, no destructivas aún, de esos mismos elementos; los delirios concomitantes á esas alteraciones destructivas, pueden ser referidos á autointoxicaciones episódicas ó

(I) *Névroses et paralysie générale*, l. c.

autoinfecciones secundarias intercurrentes, procesos sobreañadidos como los delirios tóxicos que de ellos resultan. Perduran distintos de la demencia como había visto y afirmado Baillarger.

«Los estados delirantes, dicen Magnan y Sérieux, que sobrevienen al principio ó en el curso de la demencia paralítica, son verdaderas psicosis añadidas al estado de debilitación intelectual; independientes de la encefalitis intersticial, pueden faltar y pueden curarse no obstante los progresos de la lesión... Es necesario distinguir de la lesión paralítica incurable, permanente y progresiva, esos episodios curables, más ó menos móviles y pasajeros del mismo modo que separamos los delirios fugaces, proteiformes de los degenerados, de sus defectuosidades psíquicas, congénitas é inmutables (1)...» Apenas el cerebro está tocado por la lesión, cuando las aptitudes delirantes del individuo se revelan precediendo y disfranzando los síntomas de debilitamiento intelectual.

Estos delirios son muy variados. Estados maniacos y melancólicos con formas diversas, delirios ambiciosos, hipocondriaco, místico, erótico, ideas de persecución más ó menos sistematizadas, ideas de negación, alucinaciones; todos estos trastornos pueden coincidir (Magnan y Sérieux). Podemos clasificarlos con casi todos los autores en *delirio expansivo*

(1) Magnan y Sérieux. *La paralysie générale*. Collect. L'éu-té, págs. 16 y 61.

(ideas de satisfacción, de grandeza, ambiciosas, exóticas, etc.), y *delirio depresivo* (ideas melancólicas, hipocondriacas de persecución, de negación, etc.).

Sin entrar en la descripción de estos delirios paralíticos, recordemos, sin embargo, los caracteres generales que deben al estado demencial fundamental mismo sobre que se producen. Debemos á Falret, al caracterizar las excepciones delirantes de los paralíticos generales, la determinación clara y precisa de esos caracteres muy particulares y típicos. Dijo que son enteramente movibles, absurdos, incoherentes, múltiples y contradictorios, caracteres mayores que son como la marca específica de la psicología de los paralíticos. (Dupré).

Hemos recordado que para Esquirol, la parálisis general era el final de toda enfermedad mental; que para Bayle era una entidad mórbida, caracterizada por lesiones y por una causa constante.

Según Klippel, la parálisis general es un síndrome. He aquí como se expresa con respecto á este punto, en el prólogo á su ponencia al Congreso de Bruselas.

«La parálisis general no es el final de toda enfermedad mental, según la doctrina de Esquirol, y, por tanto, no debemos considerarla como una especie de equivalente de la demencia que termina tan frecuentemente la locura.

»No es tampoco una entidad mórbida, definida por lesiones siempre y de todo punto semejantes, como quería Bayle.

»*Es un síndrome clínico común á diversas toxinas productoras de lesiones, ora inflamatorias, ora degenerativas, pero caracterizadas siempre por su difusión, por su tendencia progresiva y por su acción, bajo un cierto modo, antes y después del cual, esas mismas toxinas producen otros síndromos.*

»La parálisis general comienza y termina donde comienza y termina el síndrome clínico de la parálisis general».

Esta manera de pensar ha sido adoptada poco á poco por un gran número de autores franceses y extranjeros.

En Francia, Pactet, Coulon, Toulouse, Cullère, Vigouroux, Laignel, Lavastine, etc., han defendido en sus trabajos el síndrome paralítico. Otro tanto ha hecho Dupré en el *Traité de médecine mentale*.

No entra en el programa de un estudio de psicología la descripción clínica y la evolución de los enfermedades estudiadas, nos limitaremos, pues aquí, á describir en sus grandes rasgos las características psicológicas de la mentalidad paralítica.

La alteración encefálica disgrega el cerebro en sentido inverso de su agregación propia. El cerebro de la vida vegetativa, si podemos llamarle así, primero desarrollado, será el último destruído; el cerebro sensitivo motor intermediario será destruído antes que él, pero, ante todo, se altera el cerebro anterior, centro de las asociaciones ideativas, centro moderador y frenador superior; la región anterior del lóbulo

frontal, lugar de los procesos psíquicos más elevados, resulta, pues, *primum moriens*.

La región anterior del lóbulo frontal, dice Sérieux, es la primeramente alterada; la vulnerabilidad de los elementos nerviosos que la componen es considerable y los menores trastornos vasculares ó nutritivos bastan para alterar su funcionamiento. Las múltiples asociaciones de imágenes mentales que constituyen toda la vida psíquica, están comprometidas á causa precisamente de su complejidad. De ahí resulta una disminución de la energía intelectual, un estado de debilitación psíquica que afecta á los más perfeccionados modos de actividad de la corteza y respeta las manifestaciones cerebrales menos complejas, más sólidamente organizadas. Esos síntomas van acusándose más y más á medida que se acentúa la lesión. Los elementos nerviosos pierden su aptitud para conservar las impresiones; la reviviscencia de los estados de conciencia anteriores falta. Los centros sensitivos y sensoriales donde están depositadas las imágenes que estimular los apetitos y las necesidades instintivas, carecen del contrapeso habitual; la falta de acción de la región frontal hace del parálitico un ser desprovisto, no sólo de memoria y de reflexión, sino también de moralidad y de voluntad. Dejando á un lado los principios que hasta ese momento le guiaron, el individuo obedece sin resistencia á sus instintos y comete actos insólitos, indelicados, inmorales...

De intelectual, el demente paralítico se convierte en instintivo (primer período), para llegar finalmente á vegetativo (tercer período); en un período ulterior, la motilidad se reduce á la de las fibras extriadas de las vísceras y á los reflejos bulbo medulares; esta es la *anencefalia adquirida* (Sérieux).

El carácter del paralítico es metamorfoseado más ó menos rápidamente por la demencia; se hace irritable, versátil, fantástico, aun antes de haber perdido la integridad de su comprensión y de su volición.

Se siente que las funciones superiores moderadoras están ya atenuadas, aunque subsistentes en los centros de asociaciones; es que, según la expresión de Dupré, desaparece la autocrítica; inmediatamente se dibuja la atrofia de la esfera afectiva y un egoísmo invasor que la cultura había rechazado más ó menos.

Luego se hace cada vez más difícil concentrar y fijar la atención voluntaria, así como coordinar las ideas y formar asociaciones más ó menos complejas; el paralítico queda paulatinamente reducido á las asociaciones breves y visuales más corrientes, habituales y familiares.

La memoria y la manera de reconocer se alteran finalmente y sobrevienen los olvidos insólitos, los errores, incluso en las cosas que el demente conocía mejor y había aprendido más joven.

Por último, sobreviene la falta de toda facultad reguladora y de consciencia, el enfermo no nota ni



se inquieta por nada. Su decadencia no puede emocionarle, porque no la percibe.

Entonces surgen las concepciones más absurdas y más contradictorias que el enfermo acepta y emite sin que podamos hacerle comprender su incompatibilidad.

Es que el demente paralítico, después de emitir una idea emite otra, sin poder corroborar aquélla por ésta; ambas son lógicas, pero contradictorias; si coexisten en su espíritu, sin excluirse, es porque nacen sin conocerse y son emitidas sin asociarlas. «Hay yuxtaposición de concepciones aisladas y no combinación de ideas asociadas, falta la síntesis psíquica» (Dupré, pág. 901).

Es un estado psíquico segmentario debido á la fragmentación del cerebro en lóbulos cada vez más aislados y extraños unos á otros por ruptura de las vías de comunicación.

El cerebro tiene, por decirlo así, muchos cerebros dislocados, y de ahí resulta la multiplicidad de concepciones independientes, sin conexión entre sí, y por esto, fatalmente incoherentes ó contradictorias.

Lo absurdo resulta de esas contradicciones y de las imposibilidades que el cerebro enfermo no puede notar, porque para comprobar es necesario referir y asociar uno á otro dos órdenes de fenómenos psíquicos, cosa que los cerebros en ese estado no pueden hacer.

Esta inversión completa de la fórmula intelectual

y moral del enfermo, es debida, no sólo á la debilitación funcional de los elementos celulares de la corteza en general, sino también á la ruptura de los lazos de asociación de los diversos centros psíquicos. La dislocación, en el *cortex*, de los sistemas de proyección y de asociación, produce la disgregación de los focos de actividad psíquica, la *disolución del trabajo de síntesis adquirida y la imposibilidad de nuevas asociaciones*. La mentalidad se empequeñece así paralelamente á la difusión y á la profundidad de las lesiones anatómicas; de ahí se sigue una alteración notable y precoz de la *Personalidad* moral, afectiva y voluntaria al principio, de la *Personalidad* intelectual, después, siguiendo una ley de regresión, bastante análoga á la que regula la marcha de la demencia senil: la alteración y luego el anodamiento de las funciones psíquicas progresando de las facultades superiores, tardíamente desarrolladas, á las inferiores, elementales; sin embargo, en el paralítico general, el proceso de desorganización comienza en masa por la lesión simultánea, pero desigual, de todas las facultades y evoluciona con gran rapidez (Dupré).

La *disgregación mental* se opone en el paralítico al establecimiento de comparaciones, de medidas, en los recuerdos y en la asociación de ideas. De ahí resulta, no sólo la demencia, sino una demencia particular, formada por el funcionamiento aislado, fragmentario de pequeños sistemas corticales discontinuos, dislocados, sin relación unos con otros.

Entonces se pierden las nociones de analogía y de contraste, de comparación y de medida; consiguientemente desaparece el poder de crítica y de comprobación. La noción del tiempo, de la duración, se desvanece poco á poco; por eso el paralítico general no se expresa nunca en pasado ni en futuro, sino siempre en presente: «vive en *présente perpetuo*». (H. Lalande) (1).

El cerebro del paralítico general, en suma, es psicológicamente asimilable á la colección de fragmentos yuxtapuestos de una mentalidad empobrecida y disociada, funcionando en una acción simultánea pero asinérgica, según las leyes de un automatismo reflejo anárquico é inconsciente (Dupré, *l. c.*)

Esta asinergia y esta autonomía lobular y celular dan su sello particular á la demencia como al delirio.

«Es digno de notar, dice Schule, y es punto importante para demostrar el origen no intelectual, sino orgánico, de esa disposición moral y de ese estado de conciencia, el paso brusco del período de expansión al de depresión».

«Repentinamente el enfermo cae del cielo al infierno; superior á Dios hace un instante, es ahora un condenado (Meschede). Ambos delirios pueden alternar en el espacio de una hora; otras veces se muestran periódicamente en el curso de un día; por

(1) H. Lalande. Étude sur la maladie de Bayle. *Thèse*, París, 1899.

la mañana estado expansivo, por la tarde forma depresiva; ésta última va acompañada de bruscas impulsiones al suicidio».

*Reacciones*.—Por lo que respecta á la idea de suicidio como á la de homicidio, es costumbre considerar que el paralítico no se entrega á ese género de reacciones, ó por lo menos, no se entrega seriamente.

Los libros más corrientes están de acuerdo en ese punto.

Por eso Magnan y Sérieux dicen, con razón, que los móviles, como los procedimientos de ejecución de las *tentativas de suicidio*, raras además, son generalmente absurdos. «Una sonríe contando que quiere morir; otro confía que tiene intención de suicidarse porque no llegan unos muebles que espera; éste quiere ahogarse en el baño, y para ello sumerge la cabeza, pero inmediatamente la saca para respirar; aquél toma una actitud teatral y advierte al público que quiere matarse». Una paralítica alucinada, oyendo decir que algunos se colgaban, trata de colgarse «para hacer lo que ellos». Otra se apresura á decir á su marido que ha mandado afilar un cuchillo para matarse. Una enferma que quería asfixiarse por el carbón, preparó para ello la chimenea; pero luego abrió las ventanas por miedo á que se ahumaran las cortinas; otro se arrojó al agua, pero inmediatamente ganó la orilla recordando que tenía reuma».

Ritti dice asimismo: «Los motivos alegados por los paralíticos para explicar sus tentativas de suici-

dio y la manera de realizar este acto mórbido, presentan el carácter de la decadencia intelectual de que están heridos. Las ideas que les impulsan á matarse son, en la mayoría de los casos, pueriles; no tienen además fijeza, y es fácil hacerles abandonarlas. Para realizar el suicidio los paralíticos generales no toman ninguna precaución, ni siquiera se ocultan como otros enfermos. Si la idea del suicidio presenta alguna fijeza la sostienen con tan poca tenacidad, que frecuentemente se detienen á medio camino; tal es el caso de la enferma que, pretendiendo ahogarse en el baño, sumerge la cabeza y la saca luego para respirar; tal también el del enfermo que, pretendiendo ahogarse, entra en el agua hasta media pierna, y luego se pone á nadar y gana tranquilamente la orilla» (Darde, *Du délire des actes dans la paralysie générale*, Th. Paris, 1874).

Estas consideraciones generales son muy justas, en la mayoría de los casos; pero también es cierto que en los paralíticos generales se dan á veces tentativas de suicidio más serias y mejor coordinadas.

Tardieu (*La folie*, pág. 529) cita la observación de un paralítico general con ideas hipocondriacas, bizerías y aberración del sentido genital, que, durante el período secundario de su enfermedad, tuvo ideas de suicidio que jamás realizó. «Hubiese sido imprudente, dice Tardieu, aproximarse á él cuando, armado de una navaja de afeitar ó de algún otro instrumento, amenazaba con matarse, porque hubiese podido he-

rir gravemente á los que tal hubieran hecho... Algunas veces se arrojaba al suelo como un niño llamando á la muerte y diciéndose presto á recibirla».

—Hemos tenido ocasión de observar en la parálisis general dos tentativas de suicidio que fueron seguidas de complicaciones mortales tales, que pudimos considerar á esos enfermos como muertos á consecuencia de su reacción suicida.

En ambos casos, las tentativas de suicidio fueron anteriores al internamiento.

La primera observación se refiere á un enfermo P..., de cincuenta y tres años, zapatero, soltero, sifilítico á los veintiún años y atásico desde los cuarenta y siete.

Llegó al Hotel Dieu con una herida en el pliegue del codo izquierdo que seccionaba todas las partes blandas, músculos, vasos y nervios, hasta la articulación, que estaba abierta, era el resultado de un intento de suicidio realizado en una fase de desesperanza, efecto de muchos meses de sufrimiento y miseria por efecto de la ataxia preparalítica.

El. Pr. Tillaux le envió á Sainte-Anne, donde Magnan comprobó la ataxia locomotriz sifilítica, la depresión melancólica de miseria y la tentativa de suicidio consecutiva. Había, además, trastornos mentales caracterizados por divagaciones incoherentes, alucinaciones visuales y auditivas y probables accidentes étlicos.

Falta de reflejos, trastornos óculo-pupilares, extra-

bismo paralítico, pupila izquierda muy dilatada, dificultad para la marcha, temblor lingual y dificultad de palabra y pérdida de la memoria.

Ingresado el 19 de Mayo de 1900, este enfermo murió, á pesar de los cuidados, de flemones gangrenados del brazo izquierdo con septicemia, el 11 de Junio.

En la autopsia el encéfalo tenía granulaciones ventriculares y opalescencia de la piamadre al nivel del bragma de los dos lados, así como al nivel de la extremidad occipital, y sobre todo á la derecha.

La piamadre se disecó relativamente bien, salvo en algunos puntos donde arrastraba numerosas placas de substancia cortical al nivel de las circunvoluciones parietales ascendentes y frontales superiores, derechos é izquierdos, y de las circunvoluciones occipitales de ambos lados.

Durante su estancia en el asilo, el enfermo, interrogado sobre los motivos de su suicidio, expresó claramente, no obstante, sus trastornos mentales, que eran el sentimiento de incurabilidad de la enfermedad y los sufrimientos.

Al curarle y bañarle el brazo protestaba de aquellos cuidados, expresando la esperanza de que serían inútiles.

Es de observar que la parálisis general en este caso era en sus comienzos de forma particular, porque se la asociaban trastornos atáxicos previos.

Otro paralítico, B..., de treinta y nueve años,

muerto en la clínica, había tratado, antes de ingresar, de suicidarse, disparándose un tiro en la región precordial.

La oblicuidad del disparo hizo que la bala contornase la costilla y fuera á alojarse en la columna vertebral, detrás del riñón izquierdo. Las razones del raptó suicida parecían haber sido concepciones delirantes de persecución, á juzgar por las cartas que escribió desde Dion, donde trató de suicidarse durante un viaje comercial.

Se creía robado y amenazado de atraco en el Hotel, y se quejaba de que hacían orificios en la pared para violar su correspondencia. No bebía y había tenido pocos meses antes un ictus fugaz con afaxia pasajera.

Al entrar en el asilo, quince días después de la tentativa, se le diagnosticó la parálisis general, con dificultad de palabra, paresia pupilar, sífilis antigua; euforia con ideas de negación; le quitaban las vísceras, insultaba á sus vecinos, se subía á las camas ó á las sillas ó se aislaba en el patio gritando que le arrancaban la columna vertebral. Se quejaba sobre todo de dolores en la región lumbar; el análisis de la orina reveló la albúmina. La cicatriz de entrada de la bala al nivel de la punta del corazón apenas si era perceptible.

Pasados algunos meses el enfermo cesó de quejarse de que le arrancaban la columna vertebral, cayó en demencia progresiva, se debilitó y guardó cama.



Finalmente, en 17 Febrero de 1904, murió con accidentes de peritonitis subaguda, caracterizados por un timpanismo, con depresión del pulso, y vómitos poráceos; á la palpación el vientre estaba dolorido, sobre todo á la izquierda particularmente, subiendo hacia la región lumbar de ese lado, que era el mismo en que se perdió la bala, deslizándose á lo largo de las costillas; desgraciadamente la familia se opuso á la autopsia y no fué posible determinar los destrozos causados por el proyectil en el riñón y en sus proximidades. Los signos clínicos de la parálisis general eran, por otra parte, suficientemente claros y típicos para que pudiéramos afirmarla sin necesidad de confirmación necrópsica.

Entre los 150 paralíticos generales de mi servicio, aparte las defunciones precitadas, hemos observado igualmente seis casos, de los cuales algunos, es cierto, podrían ser puestos en duda como paralíticos generales; por esto consigno esta cifra con reservas.

Si ahora reunimos todos los casos citados (vivos ó muertos) podemos agruparlos por la fase de la enfermedad en que se presentaron las reacciones suicidas, por el modo adoptado y por el mecanismo psíquico probable.

Se observa entonces notable predominio de las tendencias suicidas consiguientes á depresión melancólica inicial casi siempre en la fase inicial; en dos casos, sin embargo, las tendencias han marcado el

principio de una recaída en paralíticos en período de remisión, siendo así que el primer ataque no había sido acompañado de ninguna tendencia semejante.

M. Ritti ha demostrado la frecuencia de las influencias hereditarias en las manifestaciones del suicidio (1); era curioso buscarlos en los antecedentes hereditarios de nuestros enfermos, hemos podido reconstituirlos en algunos, pero sin encontrar tendencias melancólicas ó suicidios análogos.

Entre los abuelos de nuestros enfermos hemos encontrado dos casos de ascendientes paralíticos en edad avanzada, un caso de muerte súbita *á caballo* (2) y una debilitación demencial que estuvo á punto de motivar el internamiento. Entre los ascendientes directos paternos hemos encontrado un padre bebedor muerto bruscamente, otro muerto de congestión cerebral y uno paralizado á los cincuenta y siete años.

Añadamos varios tíos paternos paralíticos y uno con trastornos mentales, padre de un epiléptico.

De la línea materna, una tuberculosa, una neurótica y una atacada de parálisis á los cincuenta y ocho años, con apoplejía.

Añadamos un tío materno con reblandecimiento cerebral y una tía paralítica.

---

(1) Art. Suicide, in *Dictionnaire Dechambre*.

(2) Esta circunstancia hace descartar la hipótesis del suicidio ignorado.

En la línea colateral, podemos señalar aún una hermana nerviosa, una sorda bizarra y una epiléptica muerta parálitica en el Asilo.

Como se ve, la herencia congestiva es principalmente la que prevalece en esos casos, como en la mayoría de los de parálisis general.

NATURALEZA DEL SUICIDIO	Armas de fuego	Armas blancas	Estrangula- ción. Ahor- camiento.	Sumersión y veneno.	Precipita- ción.
Ideas.....	2	2	2	2	1
Tentativas.....	3	3	3	1	1
Suicidios realizados.....	1	1	2	»	
TOTAL: 16.....	4	4	5	1	2

	Fase prepa- ralítica.	1.º periodo	2.º periodo
	Estado depresivo.....	6	4
Estado exuberante y megaló- mano.....		1	»

La mayor parte de los autores han señalado ese predominio del suicidio de los parálíticos de la forma depresiva.

«Las tentativas de suicidio son raras en la parálisis general de forma expansiva, dice Ritti. Los casos que se citan corresponden á individuos que se entregan á ese acto por impaciencia, por despecho, porque se les niega lo que piden, porque quieren salir y se les retiene. Citaré, como ejemplo, el caso de un enfermo observado por mí, y que presentaba los síntomas más característicos de la forma expansiva. Prometía condecoraciones á todo el mundo y quería firmar letras de muchos millones para enriquecer á los enfermeros que le cuidaban: pero entre todas esas ideas excéntricas, fugaces las más, tenía una que persistía durante muchos días: la de creerse propietario de los docks de Londres, y querer ir allí para venderlos. Aseguró que se mataría si no podía realizar ese proyecto, y un día, en efecto, burlando la vigilancia de sus enfermeros, logró apoderarse de un cuchillo y se hizo un arañazo en el cuello y una ligera entalladura en la región del corazón; luego fué él mismo á contar al enfermero lo que acababa de hacer y los motivos que le habían impulsado á cometer ese acto (1)».

El estado de depresión de la fase preparalítica, en lo que concierne á la psicología de esos suicidadores es difícil de apreciar y es lícito preguntar si en determinados enfermos inteligentes no habría á veces

---

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, pág. 516.

una especie de desesperanza legítima, consecuencia de una justa comprensión de lo porvenir.

El doctor Fournier, á propósito del suicidio en la sífilis, ha emitido una opinión que podríamos considerar como aplicable, muchas veces, á los casos de que hablamos.

La noción de la parálisis general, de sus causas, de su evolución fatal y de su gravedad, es conocida de muchas gentes, y el calificativo parálisis general, imprudentemente pronunciado, es susceptible de producir en determinados enfermos el mismo trastorno que el diagnóstico de sífilis en otros. De ese trastorno al suicidio no hay mucha distancia, y no es necesario en todos los casos que una predisposición melancólica ó degenerativa se asocie á la meningoencefálica, para producir ese género de reacción peligrosa en el período inicial de la enfermedad, en la fase en cierto modo preparalítica, al fin de la fase de dinamia funcional, cuando el paralítico latente asiste casi conscientemente á las alteraciones primeras, tan inquietantes del período prodrómico. Es, sobre todo, el caso de los paralíticos sin delirio llamados «de los hospitales», descritos por Requin, y que encontramos principalmente en los consultorios de la Salpêtrière, de Bicêtre y del Asilo clínico.

Son también, á veces, los casos de ciertos paralíticos en remisión que presentan la recaída inminente. Las pérdidas de memoria, los ictus fugaces del principio, los trastornos motores, los insomnios, el

el *tonus* insólito del estado nervioso y psíquico pueden ser, para algunos, una advertencia que no engaña, independiente de todo delirio asociado; muchos de nuestros enfermos han sido internados á consecuencia de suicidios frustrados realizados con noción exacta de la terrible situación presentida.

Los que logran matarse en ese período en que la coordinación cerebral se lo permite aún, escapan *generalmente* á la observación del médico de Asilo; por eso es costumbre decir que los paralíticos no se suicidan. Esto no es exacto sino para los paralíticos degenerados observados en el Asilo, cuando la demencia, constituída ya, con ó sin euforia, elimina la posibilidad de tales reacciones. Aun en esas condiciones existen casos de suicidio, según hemos observado en las clínicas de Villejuif.—Convendría, además, citar un caso de pseudo-suicidio por asfixia, por deglución de una cataplasma de harina de linaza. (Observación anterior publicada por el doctor Vallon. *S. méd. lég.*, 1894).

Podemos decir que el suicidio, raro en los paralíticos generales confirmados, puede, no obstante, observarse en la fase inicial de la enfermedad ó de la recaída, y en las formas llamadas de los hospitales y sin delirio de Requin.

Puede, en efecto, proceder, ora de un estado depresivo delirante asociado, ora de una depresión lógica debida á la comprensión de la gravedad del mal en los más cultos. En el Asilo podemos también ob-

servar reacciones suicidas en un período más ó menos avanzado de la enfermedad; pero pierden cada vez más la gravedad cuanto al efecto.

Podemos, sin embargo, observar excepcionalmente el suicidio por concepciones melancólicas ó de persecución asociados á la demencia principalmente el pseudo-suicidio: matándose los enfermos sin querer, por megalomanía ó demencia. Á este pseudo-suicidio corresponde la muerte del P. G., que se ahogó persuadido de que sobrenadaría; este caso fué observado en la colonia familiar de Gheel, donde hay numerosos paralíticos; pero donde no han sido observadas en esos enfermos las otras formas de suicidio (Peeters).

«Es entre los paralíticos de forma expansiva, dice Ritti, donde encontramos á veces muertes accidentales con apariencia de suicidio. En la mayor parte de los casos el delirio de grandezas es la causa del accidente: tal fué el caso del paralítico que fué á ponerse ante una locomotora en marcha para demostrar que podía detenerla, y el de aquél otro, que para demostrar que volaba como los pájaros, subiósse á un árbol y se lanzó desde él» (*l. c.*).

Hemos observado un caso semejante, pero sin consecuencias funestas en un individuo que se creía inrompible.

Lós hechos y las consideraciones precedentes demuestran que los dementes no pueden ser declarados peligrosos ó no peligrosos, según las enfermeda-

des, sino que es necesario individualizar y que, entre la demencia en sus comienzos y la demencia confirmada irremediable, existen todos los grados intermedios que relacionan al hombre normal con el demente.

Con la demencia en sus comienzos puede coexistir una parte de mentalidad normal con temperamento y reacciones peligrosas relativamente independientes algunas veces de la demencia.

El estudio de esos dementes con los aparatos de psicofisiología, es muy difícil por la dificultad con que tropezamos para fijar su atención.

Sin embargo, al principio de la enfermedad, cuando los destrozos no son aún muy considerables, podemos comprobar con el cronómetro de Arsonval un marcado retardo en los tiempos de percepción y en los de reacción. La exploración de los diversos órdenes de sensibilidad y de motilidad es igualmente muy importante.

Es, en efecto, mediante la comprobación clínica de esos trastornos físicos esenciales, como podemos establecer el diagnóstico exacto de la naturaleza paralítica de la demencia precitada.

Debemos, pues, desde el punto de vista experimental, hablar de sus signos somáticos positivos, comprobables, y mostrar su relación de origen con los fenómenos demenciales, porque el mecanismo es idéntico.

Lo mismo que los síntomas psíquicos demenciales,



los físicos dependen de lesiones de las células cerebrales y medulares ó de sus prolongaciones.

Los físicos pueden ser clasificados en trastornos motores y sensitivo sensoriales. Unos y otros son esencialmente difusos, variables y progresivamente generalizados como las lesiones que los causan.

**MOTILIDAD.**—Paresias ó parálisis fugaces y transitorios al principio, los trastornos motores evolucionan hacia la parálisis total final por acentuación lenta hasta la abolición completa de la motilidad. La coordinación de los movimientos complejos y delicados es la primera cuanto á fecha, naturalmente, en virtud de la ley de disgregación en los procesos regresivos, volviendo de lo complejo á lo simple en el orden motor como en lo psíquico.

Los movimientos automáticos y los que exigen menos concentración ó atención, como los debidos á una larga costumbre, resisten mejor se imponen mediante una integridad relativa de las sinergias motrices, aun cuando las alteraciones centrales son ya muy avanzadas.

Pero si atendemos á las coordinaciones motrices (atención, volición...) ponemos de relieve la imposibilidad de esas acciones psíquicas en las esferas motrices de que las frenaciones conducen al reflejo inmediato irresistible, y, por tanto, exagerado.

Las sinergias elementales que se fundan en el equilibrio de los antagonismos musculares están le-

sionadas, y la inamovilidad se hace tan imposible como el movimiento coordinado con lógica y seguridad. De ahí los temblores durante el reposo, lo mismo que durante el movimiento.

Sin emplear los aparatos registradores, cuyas gráficas pueden hacer ver las incoordinaciones motrices diversas, características de la parálisis general, hay un género de asociaciones motrices, particularmente fáciles de estudiar, y cuya inscripción se obtiene sin aparatos; quiero hablar de los movimientos de expresión de la palabra hablada y de la escrita.

La expresión mimíca, por sí sola, revelaría la naturaleza paralítica de la demencia, si observamos el estado irregular y asimétrico de los rasgos, combinado con los temblores espasmódicos é intermitentes de determinados músculos (los orbiculares principalmente). De ahí resulta una movilidad y una variabilidad de expresión en que predomina no obstante la máscara de una decadencia psíquica, traducida por una atomía general y una euforia *niaise*.

Si la máscara paralítica no se afirma con los progresos de la demencia, el verbo paralítico puede manifestarse mucho antes. Se observa en esos casos un contraste entre las expresiones automáticas y las relacionadas con temas no habituales. He observado un paralítico general que había sido candidato en una campaña electoral. Es, por lo demás, un hecho más frecuente de lo que habitualmente se cree; en el período de excitación dinámica, las luchas de to-

das clases atraen á los enfermos que buscan pasto para su exaltación enfermiza, y hay por hacer un curioso estudio acerca de los dementes en las luchas electorales. El demente paralítico de que hablo, llegó al Asilo con un minimum de trastornos motores vocales, cuando le dejábamos pronunciar los discursos políticos habituales, aprendidos de memoria durante las elecciones. En ese momento pude recoger, mediante el fonógrafo, un curioso programa político, que duró veinte minutos sin vacilaciones manifiestas, siendo así que, en preguntas inesperadas acerca de asuntos no familiares, demostraba claramente la dificultad.

La escritura registra, aún mejor que la palabra hablada, gráficamente, la alteración de los centros motores correspondientes á todas las fases de la disgregación.

Bástenos, para demostrarlo, presentar una serie de muestras de escrituras de paralíticos, en diversos períodos de evolución de su enfermedad.

Los síntomas que se refieren á los otros trastornos motores de las tres funciones: palabra, lectura y escritura, en los paralíticos generales, tienen entre sí una gran semejanza, en relación con el estado demencial fundamental y la incoordinación motriz conexas.

Es posible formar, como Joffroy, dos grupos:

- |                             |   |                                                          |
|-----------------------------|---|----------------------------------------------------------|
| 1.º Trasnornos físicos..... | } | Artrolalias.<br>Artrolexias.<br>Trastornos caligráficos. |
|-----------------------------|---|----------------------------------------------------------|

2.º Trastornos psíquicos..... { Trastornos psicológicos,  
 — psicoléxicos.  
 — psicográficos.

independientemente de las modificaciones especiales de la palabra y de la escritura de naturaleza afásica, aléxica ó agráfica, ya sean motrices, ya sensoriales. (Joffroy, *Iconog. de la Salp. núm. 6*, 1904).

Fenómenos de automatismo pueden ser observados transitoriamente en los dementes paralíticos y revelar un aislamiento parcelario de los lóbulos corticales; entonces, como se ha dicho, el lóbulo frontal dialoga con los posteriores.

En uno de esos paralíticos, la actitud y la voz cambiadas me han inducido á interrogarle, y he descubierto que creía ser su propia mujer encarnada en él y hablando por su boca. Cuando salió del baño donde hice la observación, escribió, y el fenómeno persistió en la escritura; en una carta curiosa al médico, firmada con nombre femenino, se lamentaba de un extraño sentimiento que experimentaba, y acabó por escribirse á sí mismo una carta, rebotante de afecto y llena de recuerdos íntimos: esta carta terminaba expresando la esperanza de que los dos seres reunidos en un cuerpo podrían aún suicidarse ó huir juntos.

Algunos días después, el enfermo escribía cartas en que nada revelaba la persistencia del fenómeno: lo mismo ocurría con la palabra articulada.

Un segundo caso de automatismo psico-motor ha

sido citado en el Capítulo II. Se trata de un parálítico que una mañana lloraba quejándose de que tenía una cosa en la garganta que le hacía insultar. La palabra escrita confirmó la queja.

Al día siguiente, invitado á escribir, firmó con nombre supuesto algunas líneas de insultos y de amenazas que se dirigió á sí mismo. «M. G... es un canalla, le tomaré sus 40.000 francos (ideas de grandeza) ...le retengo».

Dos días después la euforia dominaba, y el intruso, mejor avenido con su huésped, elogiaba las cualidades de él. La escisión de la personalidad desapareció inmediatamente.

Tales son los casos de automatismo que he tenido ocasión de observar en parálíticos. He publicado (I) la observación detallada. Estos casos, aunque raros, merecen atención porque aclaran los casos de automatismo más borrosos que encontramos, con mucha frecuencia, en la parálisis general.

En los casos de alucinaciones motrices durante el proceso de la parálisis general, en razón al período en que surgen, parece que asistimos á la desintegración de las neuronas centrales de donde resultan trastornos psico-motores y paráfrasis delirante.

Normalmente, la corriente celulífuga, accionando las mioneuronas, se produce en el arco nervioso á consecuencia de incitaciones venidas de las proto-

(I) Véase fig. 8.<sup>a</sup>

neuronas. El individuo se reconoce entonces objeto de sensación y causa de movimiento.

42 rue. 1866.  
 con grand coup de vent  
 les maux de tête et les  
 douleurs de la tête  
 en particulier de la  
 tête.  
 Et puis  
 le  
 Corst  
 de Combray  
 et de la capitale

FIG. 26.—Autografías de dos paralíticos en dos fases diferentes (frases iguales dictadas).

El desgaste funcional que resulta del fenómeno normal se repara.

En estado de enfermedad, la alteración mórbida de las neuronas centrales las hace pasar por un estado análogo suscitando la corriente celulífuga sin su ordinario complemento previo: sólo la segunda sección del arco nervioso entra en movimiento, el enfermo asiste al desenganchamiento automático de que no se reconoce autor, por faltar la corriente centrípeta normal; pero la alteración es profunda y marca el principio ó el fin del proceso destructivo de las zonas corticales motrices.

Entre los síntomas físicos accesorios conviene citar, desde luego, los síntomas óculo-pupilares reflejos, capitales desde el principio en la demencia paralítica.

Frecuentemente las pupilas no reaccionan ó reaccionan mal á la luz, mientras que la reacción para acomodación persiste; á veces se observa el fenómeno inverso. En algunos casos, ambos modos de reacción pupilar faltan ó están alterados (reacciones paradoxales). Se ha observado también la falta de reacción pupilar al dolor coincidente con la falta de reacción pupilar á la luz. *La inercia de la pupila á la luz*, signo precoz y frecuente, debe ser buscada cuidadosamente; se encuentra en 50 ó 60 paralíticos por 100, mientras que en otros alienados no pasa de 1 por 100 (Sérieux).

Frecuentemente estos fenómenos sólo se presentan en uno de los ojos, resultan entonces desigualdades pupilares que el examen á la lámpara hace

más visibles. Es que los centros nerviosos correspondientes á las acciones reflejas y sinérgicas oculares están heridos, ó sus vías de conexión comprometidas. El sistema nervioso periférico puede, por otra parte, participar de esa alteración, y podemos observar accidentes intra-oculares, tales como ceguera por amaurosis y lesiones retinarias nerviosas, vasculares ó combinadas.

Las incoordinaciones motrices extraoculares tampoco son raras, las oftalmoplejias incompletas, etc., se presentan y tienen una importancia particular, porque pueden preceder en muchos años á la demencia confirmada.

Estos fenómenos precoces tienen por carácter el ser frecuentemente fugaces é incompletos, á menudo dependen de ictus transitorios que debemos buscar cuidadosamente en los antecedentes personales del enfermo.

Señalemos también, con todos los autores, pero menos frecuente, la constricción iriana binocular ó la midriasis simétrica, las *irregularidades del orificio pupilar* que resulta excéntrico ó deformado (sinequias en hoja de trébol), las pupilas oscilantes de Vincent, la exoftalmia y aun el nictagmus. En un trabajo sobre los trastornos oculares de los dementes paralíticos publicado en 1890, he desarrollado las siguientes conclusiones:

«Los trastornos oculares son frecuentes en la parálisis general. Tienen importancia particular porque



pueden preceder en muchos años á la explosión de la enfermedad.

»Estos fenómenos precoces están caracterizados por ser fugaces é incompletos; cuando son persistentes dependen, en la mayoría de los casos, de ictus transitorios iniciales».

Las investigaciones necroscópicas demuestran la difusión inicial de las lesiones de la parálisis general, lo mismo en el sistema nervioso periférico que en las porciones centrales del eje cerebro espinal.

Las *alteraciones de la sensibilidad general* no son raras; pero su investigación es más delicada. Unas veces hay hiperestesia, otras anestesia generalizada, disminución de la sensibilidad para el calor ó para el dolor, alteración del sentido muscular, etc.

Los trastornos motores ya observados en el aparato ocular se revelan asimismo de un modo evidente con ocasión de los movimientos de expresión fisionómica, mímica, hablada ó escrita.

Los temblores fibrilares intermitentes del rostro, los blefarospasmos y otras incoordinaciones motrices, se combinan con los de la lengua que se acentúan con motivo de palabras de prueba ó del reposo prolongado (temblores fibrilares miocísmicos y ataxia global).

La articulación de las palabras no se revela algunas veces sino mediante la fatiga ó después de algún tiempo de examen, tanto más corto á medida que la demencia está más avanzada.

La escritura hace notar aún más que la palabra la incoordinación de los movimientos y las ideas del paralítico; una serie de muestras de escritura de paralíticos, tomada en distintos períodos de la enfermedad, nos ha servido para demostrarlo.

Los trastornos tróficos y vaso-motores no son raros. Citemos con Magnan la zona, el vitiligo, el aspecto ictiósico de la piel, la atrofia muscular, la disminución de la excitabilidad eléctrica de los músculos, la caída del cabello, su decoloración, pigmentaciones, mal perforante (I) *lipomas* simétricos, artropatías, hemorragias espontáneas diversas: hematuria, purpura, hematosomas.

Todos los que han asistido durante algún tiempo á las clínicas donde hay numerosos dementes paralíticos, han podido observar la rapidez con que encanecen algunos de ellos; aunque relativamente jóvenes.

Hemos observado dos paralíticos generales que habían presentado ictus apoplectiforme fugaz con hemicanicie irregular limitada hacia adelante, sobre la línea media en el primero de los dos, en la nuca, lateralmente, en el otro. La hemicanicie de éste era menos definida que la de aquél; se presentaba en placas, en tres principalmente.

---

(I) *Mal perforant* et P. G. Marie y Pelletier *Rev. de Psychiatrie*.

El primero presentó las placas de canicie unilateral tres días después de su ictus, el segundo algunas semanas después.

Un tercer paralítico presentaba también algunas placas diseminadas que recordaban las de los enfermos anteriores, y, finalmente, un cuarto paralítico general presentaba, no la hemicanicie de la cabeza, sino la de la cara (cejas, bigote y barba).

«Esta alteración pigmentaria se produjo en muy pocos días, consiguientemente, á una congestión seguida de debilidad del lado izquierdo».

Junto á esos casos podemos poner el de un enfermo de nuestra clínica también, que presenta hemicongestión superficial claramente limitada en la región media sobre la frente, la nariz y el mentón. Este caso podría ser relacionado con los de hemidermografismo; el rojo contrastaba fuertemente con la coloración del lado opuesto y coincidía con pulsaciones más fuertes en la sien, diferencia de temperatura sensible al tacto, sensibilidad cutánea notablemente disminuída en la derecha y disminución también de la fuerza al dinamómetro.

Todos estos enfermos presentaban à algunas otras asimetrías que no creemos necesario reseñar.

Hemos observado también un P. G.; erotomano, en un estado de agitación extremada, al que, en pocos días, se le recubrió el cuerpo de verdadera lana hirsuta.

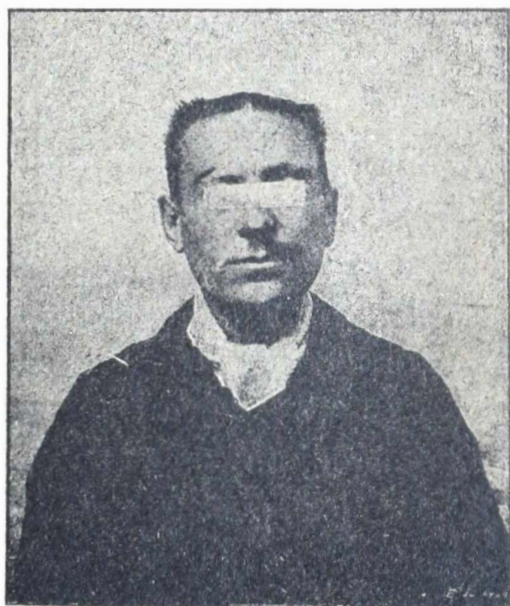
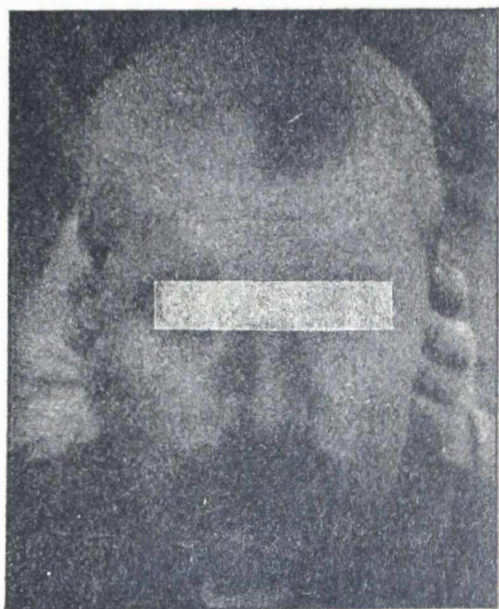


Fig. 27.—Hemicianicie en la demencia paralítica.

Se puede comprender la relación posible entre determinadas canicies y estados demenciales variados, si se admite, con Brissaud, que el pigmento piloso pertenece á la misma substancia nerviosa en sus últimas ramificaciones intra é intercelulares, que es supervivencia del antiguo ectodermo, y del que, consiguientemente, las modificaciones estructurales pueden ser instantáneas.

Citaremos, para terminar, lo que dice Metchnikoff sobre el encanecimiento rápido: «No proviene de la penetración del aire, sino de la desaparición del pigmento, que se verifica mediante células pigmentófagas, movilizadas de la capa medular del cabello.

»El encanecimiento casi súbito debe ser atribuído á una sobreactividad muy grande de los pigmentófagos, que devoran y transportan el pigmento.

»En los cabellos se trata de la sobreactividad de determinadas células móviles y voraces que hacen desaparecer el pigmento lo mismo que en otros órganos; células semejantes deterioran y destruyen elementos que desempeñan un papel de los más importantes en la vida del organismo».

Como las demencias se relacionan con una neurofagia, no es extraño que las ramificaciones ectodérmicas puedan ser víctima de citófagos al mismo tiempo que las neuronas con sus ramificaciones.

La acción tóxica determinada por la demencia paralítica hiere y destruye, no sólo el cerebro en su totalidad, sino también el bulbo, la médula y los *ner-*

*vios*, y aún (Kraepelin) las vísceras más importantes (corazón, hígado, riñones), así como los vasos; por eso la acción de ese veneno es siempre mortal.

Sin entrar á describir la anatomía patológica general de ésta afección, citaremos algunos hechos típicos en apoyo de esta opinión, de la que la parálisis general es afección total del organismo.

Desde 1890, Klippel, fundándose en treinta y seis autopsias de dementes paralíticos, había deducido que se observaba en todas las vísceras el mismo proceso indicado por la congestión capilar, las hemorragias miliares, la degeneración pigmentaria, la atrofia y el catarro descamativo de los epitelios próximos.

Existe, por tanto, un hígado, un riñón, etc., vasoparalítico.

No hay lugar donde no podamos encontrar huellas, en determinados casos, de esos desórdenes tróficos y de la fagocitosis general, que hace de la demencia paralítica un síndrome psíquico, consecuencia de una perturbación general, profunda, de todos los tejidos.

Por esta razón hemos visto descriptos casos de luxaciones y fracturas espontáneas en P. G. por atrofia de la trama ósea (1).

Estas distrofias pueden proceder de diapedesis fa-

---

(1) Fragilidad de los huesos en los PG Marie y Violett A-M-B-1904.

gocitosas análogas á las descritas de los demás tejidos.

«En las afecciones primitivas de los centros nerviosos, dice Marinesco (1), las lesiones de la neuroglia y de los vasos se manifiestan casi siempre; por eso en la parálisis general esas lesiones son muy marcadas. Hay proliferación de células vasculares y aflujo leucocitario, paralelamente á las lesiones celulares con desintegración cromatolítica en todos sus grados, desde la tumefacción inicial del espongioplasma con apicnomorfia periférica, hasta la atrofia celular, con ó sin fragmentación, vacuolización, hendidura nuclear, fisuración y ruptura de las prolongaciones protoplásmicas. Sin embargo, es lógico suponer que algunos de esos fenómenos son los más antiguos».

Según el procedimiento que empleaban, hemos visto á unos histólogos atribuir á lo que lograban ver más claro, el papel más importante en el mecanismo de las alteraciones nervio-orgánicas de la parálisis general.

Para unos, la alteración primitiva sería la vascular (Mierzejewski; Lubinnoff); la diapedesis de glóbulos neuronófagos consecutiva produciría el ataque de la neurona y de sus prolongaciones en plena salud (Metchnikoff).

Para otros (Rokitansky y sus discípulos), la proli-

(1) Congreso internacional de medicina de Moscou, 1897.

feración neuróglia, en lugar de ser aparente ó compensadora de la atrofia del parénquima, sería activa é inicial, destruyendo secundariamente las neuronas por la proliferación misma, resultando de ello fagocitosis después de una lucha en que vencería el número.

Para Marinesco los neurófagos neuróglícos intervienen secundariamente por una especie de desequilibrio nutritivo estimulante de la neuraglia por se-

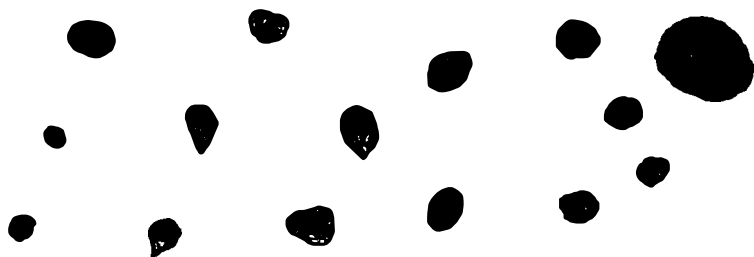


Fig. 28. —Hematies nucleados de diversos tipos, linfocitos y polinucleares en la sangre de los paralíticos, á la derecha tres glóbulos sanos (Klippel).

creción insuficiente de las substancias moderadoras celulares. (*Biologie de la cellule nerveuse. Arch. für Psych*, 1899, 17 Febrero).

Para otros, finalmente, los fagocitos neuróglícos ó leucocitos, procedentes de los vasos, no intervenirían sino como necróforos por alucinación de neuronas agonizantes ó muertas por consecuencia de un envenenamiento primitivo del parénquima, es decir, de la célula noble, única en juego al principio.



Para Joffroy (1), he aquí cual es la sucesión de fenómenos: la célula nerviosa está herida antes que las demás, su lesión produce la degeneración de las fibras nerviosas; la desintegración de éstas es causa de la diapedesis y de las lesiones vasculares, final-

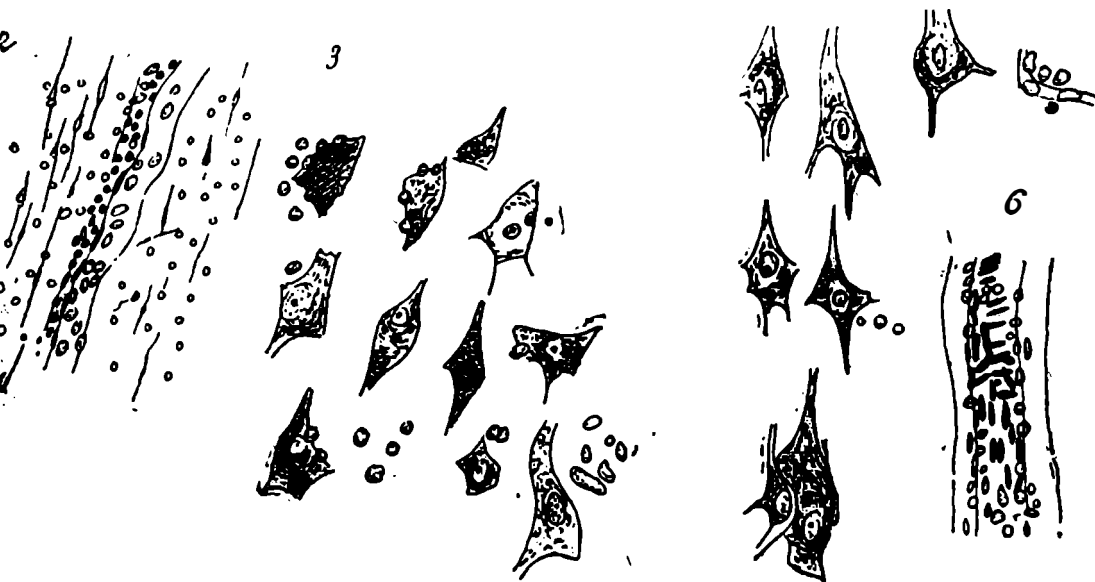


FIG. 29.—Demencia paralítica: 2 Alteraciones de la sustancia blanca (infiltración de leucocitos); 3 células pirámides deformadas (degeneración pigmentaria y cromalolisis); 6 vaso enfermo (Pierret).

mente; la proliferación del tejido intersticial no es, en definitiva, sino un trabajo de reparación. La parálisis general no es, pues, una enfermedad intersticial, es la alteración del parénquima la que indica el

(1) *Bullet Med.*, 13 Junio 1894. Anatomía y fisiología patológica de la parálisis general. Lección recogida por el Dr. Pactet.

principio de la enfermedad. Si las células se alteran, es necesario buscar la causa en la predisposición

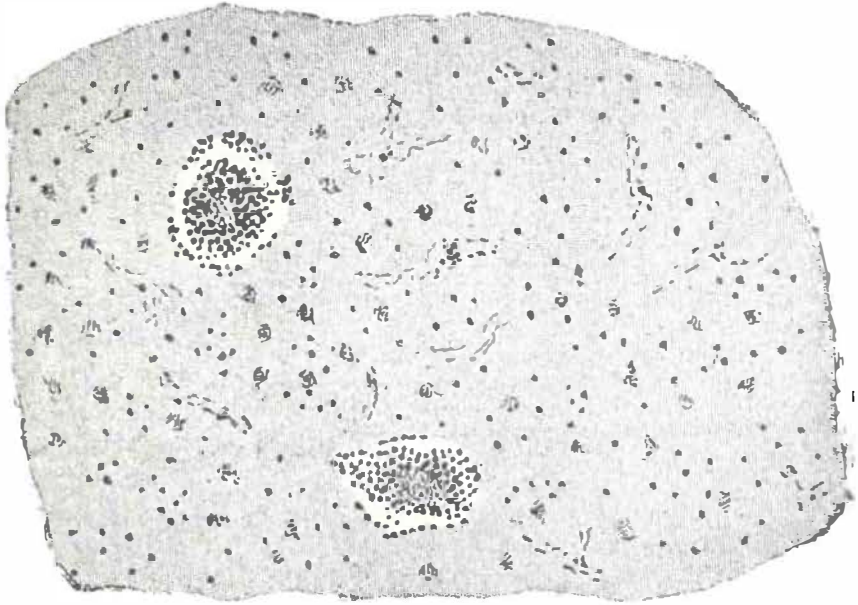


FIG. 30.—Vasos alterados de la corteza cerebral de un demente paralítico (Klippel).

del individuo y esa predisposición está caracterizada por la debilidad congénita de los elementos nerviosos que se agotan rápidamente y llegan así á no poder ejercer sus funciones tróficas.

Es necesario no ver en las intoxicaciones alcohólicas, saturninas, sifilíticas, puerperales, etc., sino causas accesorias; y la causa primera de la parálisis general es la predisposición, es decir, la herencia.

Klippel, distinguiendo, desde el punto de vista histológico, variedades intersticiales, describe también una encefalitis parenquimatosa (esta última se-

ría susceptible de estar asociada al principio con un resurgimiento de antiguas neurosis registradas, en cierto modo, en el parénquima nervioso) (1).

Los datos generales anteriores á la psicología

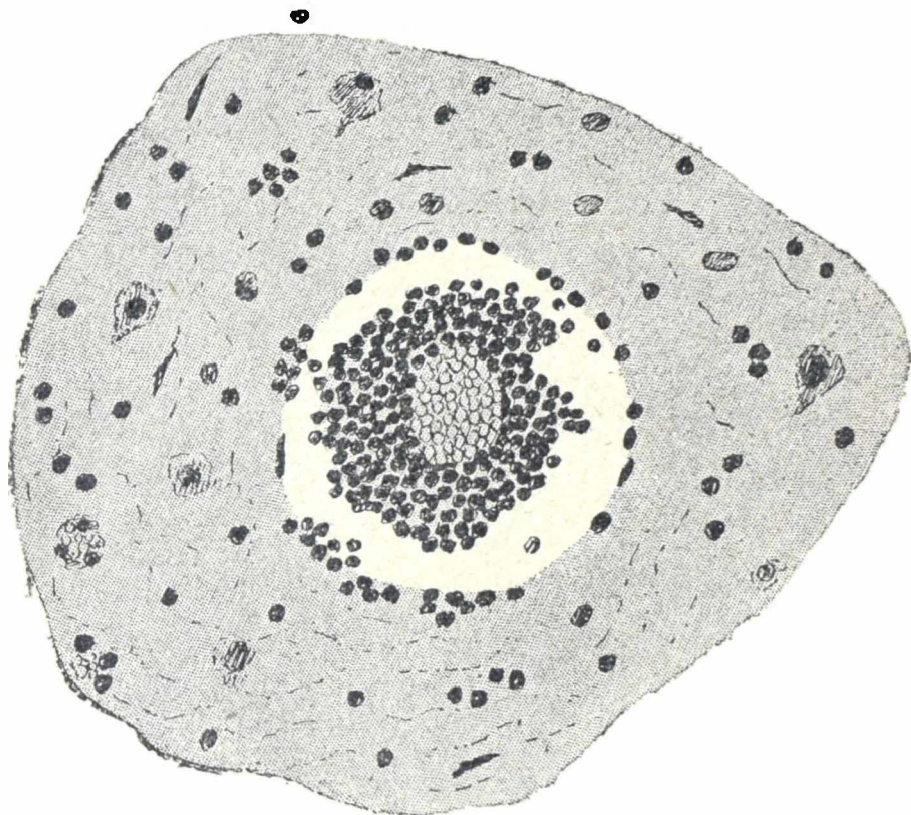


FIG. 32.—Diápedesis linfocítica (vaso de la corteza engrosado) (Klippel).

mórbida concuerdan plenamente en lo que concierne á la demencia parálitica y á sus fases sucesivas con lo que revelan las investigaciones necrópsicas. Sin

(1) Marie. Névroses et paralyses, paralyses générales. *Congrès*, Bruxelles, 1903.

remontarnos en la historia ya reseñada de la demencia paralítica, podemos intentar un inventario del estado de nuestros conocimientos y reclamar al microscopio la solución del problema de la esencia orgánica de la demencia paralítica: el análisis de las lesiones histológicas de los centros nerviosos y de

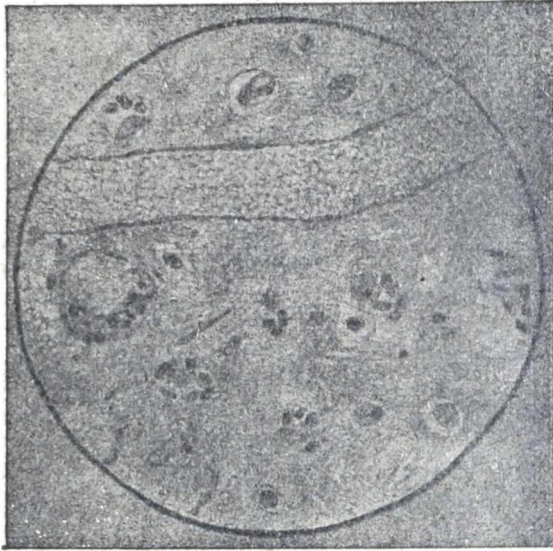


FIG. 32.—Alteraciones de la zona de células grandes piramidales. (P. G.).

las vísceras, permite distinguir dos grupos de lesiones, cada uno de los cuales tiene un origen y un valor distinto y contiene una enseñanza particular; podemos distinguir con Klippel alteraciones de que unas son primitivas, y otras, evolucionando como secundarias, son favorecidas por las primeras. Se multiplican así los tipos histológicos que determinan un mismo síndrome, aun cuando esos tipos, como por

ejemplo, la pseudo-parálisis general artrítica, se distinguen por su lesión, su aspecto clínico y su diagnóstico; en determinadas formas predominan neuritis periféricas ó la autointoxicación hepática de que se ha podido determinar el importante papel en la patología mental.

Klippel, aplicando á la parálisis general, para determinar mejor las lesiones, la teoría infecciosa, hace

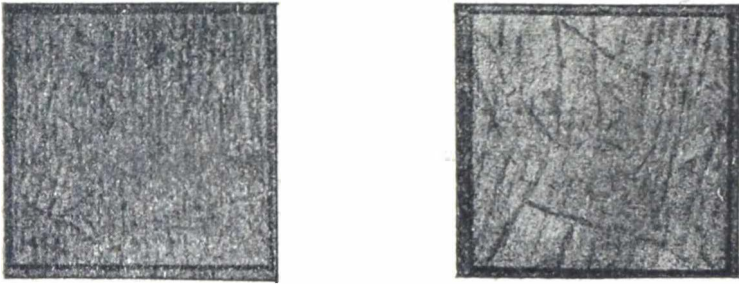


FIG. 33

Substancia blanca normal  
(Klippel).

Substancia blanca en la demencia paralítica (rarefacción de los tubos rotos).

intervenir la autoinfección microbiana como causa de la encefalitis en los casos en que ésta tiene caracteres claramente inflamatorios.

Llegamos así á la idea de la pluralidad de orígenes de la parálisis general. Como las demás enfermedades del sistema nervioso, cuyos síntomas son determinados, no por la naturaleza, sino por la localización de las lesiones, las parálisis generales provienen de procesos anatómicos diferentes; pero tienen como carácter esencial tener lesiones difusas en el encéfa-

lo entero. Afiliándonos á las teorías de nuestro distinguido compañero, consideramos que tres grupos principales pueden comprender la totalidad de los casos:

- 1.º Parálisis general, inflamatoria primitiva;
- 2.º Parálisis generales secundarias ó asociadas con otras lesiones sobre las que viene á superponerse secundariamente el proceso inflamatorio de la forma precedente;
- 3.º Parálisis generales degenerativas y á veces con lesiones específicas (alcoholismo con síndrome paralítico, sífilis con lesiones esclero gomosas del encéfalo, tuberculosis, etc.)



## CAPÍTULO VI

---

### **Demencias seniles.**

Por lo mismo que senilidad y demencia son cosas distintas, podemos decir que no todo el que envejece cae en demencia. Es necesario para esa terminación algo más que la edad: son necesarias una alteración patológica particular y lesiones determinadas que constituyen el substratum, sin el cual no hay demencia posible.

Vamos á estudiar ese substratum en su naturaleza y en sus causas. Puede establecerse de maneras diversas en sus manifestaciones clínicas y en sus consecuencias, y sobrevenir con ó sin cortejo previo de síndromos clínicos accesorios, tales como trastornos mentales patológicos atenuados, distintos de la demencia propiamente dicha. Colocándose en este punto de vista Magnan y otros, han considerado ciertas psicosis seniles, acompañadas ó seguidas por la demencia, como de origen hereditario degenerativo. El cerebro puede perdurar en equilibrio hasta la fe-

cha de la senilidad, entonces únicamente bajo la influencia del reactivo de la regresión, puede revelar sus tendencias patológicas ancestrales en forma de lesiones cerebrales con demencia consecutiva. En este caso particular, la demencia podrá ser precedida ó acompañada de síndromos más ó menos determinados, recordando el cuadro de los síndromos episódicos más ó menos velados, como atenuados ó borrados por la debilitación previa debida, normalmente, á la edad. Las mismas observaciones son aplicables á todas las demás demencias, según sus causas particulares, ocasionales ó eficientes y según su modo de génesis; en otros términos, la alteración orgánica es variable, hemos dicho, pero constante, lo repito, y se encuentra en último análisis, como vamos á tratar de demostrar en todos los casos de verdadera demencia.

No existe verdadera demencia sin lesión orgánica del cerebro. Esas lesiones son siempre adquiridas ó secundarias á lesiones congénitas que habían permitido un cierto grado de desarrollo intelectual. *Demencia*, en efecto se compone, etimológicamente, del prefijo privativo *de* y de *mens*, *mentia*, espíritu.

Demente es el que ha sido privado total ó parcialmente de intelecto; ha tenido, pues, un cierto grado de desarrollo mental del que ha decaído. Ese desarrollo intelectual no es otra cosa que la agregación de nuestras adquisiciones cerebrales, la organización de nuestra mentalidad; es el registro de los senti-



mientos, de las sensaciones, en general de excitaciones múltiples y variadas, asociadas con reacciones orgánicas de todas clases (motrices, vaso-motrices, etcétera). Esas asociaciones capitalizadas y esas excitaciones sensoriales acumuladas, realizan reservas dinámicas, especies de clichés de impresiones y de reacciones, de que las neuronas centrales conservan el precioso depósito.

Si sobreviene un desorden funcional, una alteración orgánica en esas neuronas, en el enlace de sus prolongaciones, el cerebro quedará imposibilitado para usar esas adquisiciones, y reducido al estado de indigencia.

Según la frase de Esquirol, el senil demente está privado de los bienes de que antes gozaba; es un rico empobrecido, á diferencia del idiota que ha estado siempre en la miseria y no ha sido privado de bienes que jamás poseyó.

Es asimismo lo que dice Littré. «El viejo demente perdió sus facultades intelectuales, el idiota no gozó jamás de ellas».

«La demencia senil, dice Esquirol, es una afección cerebral ordinariamente sin fiebre y crónica, caracterizada por debilitación de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad».

Esquirol tiene razón al decir *ordinariamente sin fiebre y crónica*, porque si existen demencias agudas, son raras, y lo que él designaba con ese nombre es conocido ahora con el de estupor ó demencia precoz.

Coloca luego las facultades debilitadas en un orden determinado, poniendo en primer lugar la sensibilidad, fuente de adquisiciones nuevas, luego el intelecto como sufriendo el efecto directo de esa debilitación adquisitiva. Finalmente, la potencia de reacción ó voluntad depende de sus elementos de acción, es decir, de la intensidad de sus excitaciones y de su propia energía. Debilitado y menos excitado, resulta peor excitador. Ese es, pues, exactamente, el orden en que aparecen y se suceden los tres órdenes de debilitaciones características de la senilidad.

La teoría moderna de las neuronas se adapta maravillosamente á esa hipótesis.

Alteración primera del sistema de las neuronas periféricas receptoras, extensión por sus prolongaciones celúlipetas á las neuronas centrales y consiguiente propagación á las neuronas motoras por las prolongaciones celúlifugas.

«Sabemos, dice Brissaud, gracias á experiencias muchas veces repetidas, que los elementos nerviosos fijados por determinados reactivos, ora en estado de actividad, ora en estado de inercia, presentan formas distintas según el estado á que corresponden. Sus variaciones dependen indudablemente, en parte al menos, de su amiboismo, y hay motivo para creer que las prolongaciones protoplásmicas, sobre todo, experimentan cambios de diámetro y de longitud proporcionales á la distancia á recorrer. Ciertamente, el intervalo que los separa de las extremidades

de los axonas es muy corto, cuando la influencia ha sido precoz, frecuente y fuerte, una nada basta para que los polos celulares de nombre contrario se reúnan. Tal es el caso de todos los actos de hábito. Cuanto á los actos nuevos, el esfuerzo es indispensable, y la repetición del esfuerzo facilita las conexiones, disminuye las distancias; el terreno ganado queda adquirido y así se establecen las relaciones de continuidad inmediata, que se traducen en acciones automáticas».

Es fácil imaginar las consecuencias de las lesiones que disminuyen la aptitud para el amiboismo. Las lesiones seniles, por ejemplo, privando á las neuronas de su poder expansivo y reduciendo la extensión de sus prolongaciones, hacen imposible, la transmisión de las ondas nerviosas de un axona á una dendrita. El intervalo á franquear es muy grande; el hábito de los contactos se pierde, se embotan la memoria, memoria espinal ó memoria cerebral, porque la memoria consiste en la permanencia de los contactos. Es muy sencillo aplicar á la patología la falta de amiboismo de los elementos nerviosos. Todos los casos encuentran así su explicación, trátase de una inervación insuficiente ó de una excesiva, el amiboismo da la clave de todo.

Da igualmente la de los debilitamientos perceptivos debidos á la demencia y á la edad, con la diferencia, añadiremos, de que en la demencia confirmada no hay únicamente dificultad de contactos, sino,

además, destrucción de los penachos y engrosamientos que los hacían posibles.

Se ha observado hace mucho tiempo, dice Cabanis (*Rapport du physique et du moral*. E. Peiné, París, 1844), que en la vejez las impresiones recientes se borran con facilidad, y en cambio las más antiguas resurgen más vivas y claras...

Vemos á los recuerdos borrarse en orden inverso de aquél en que las impresiones fueron recibidas, comenzando por los más recientes, que han sido los más débiles y remontando hasta los más antiguos, que son los más duraderos.

Es el enunciado perfectamente claro de lo que Ribot ha llamado *gran ley de la regresión de la memoria*.

Legrand de Saulle (1) ha dicho:

»Los viejos tienen un círculo de ideas menos extenso que rechaza todas las innovaciones, olvidando las cosas presentes y expresándose de una manera larga, difusa, oscura y, á veces, hasta contradictoria. Cuentan muy frecuentemente las mismas historias insistiendo en los mismos detalles.

»Su carácter se modifica, su voluntad pierde firmeza, su palabra es lenta, monótona, pero no embarazada, y su escritura normal, aunque ligeramente, alterada. Hechos más fáciles de dominar, de asustar, de captar, aunque más irritables, carecen

---

(1) *Le délire des persécutions*, pág. 282.

de energía, trabajan difícilmente y se fatigan pronto. Conservando su antiguo género de vida, continuando sus mismas ocupaciones, van y vienen como antes; pero si se les comparan con lo que antes eran, se nota debilitación sensible que hace decir de ellos que envejecieron, que han decaído».

Longet ha descripto así esta fase, que precede á la decrepitud y confina con las fronteras de la demencia:

»El viejo vive principalmente de sus recuerdos, comprende mal lo que pasa en torno suyo; con frecuencia no admite sino con repugnancia los hechos recientes, las invenciones nuevas; aprende con dificultad y rara vez retiene los conocimientos adquiridos; los que posee desde la juventud los conserva mejor, en cierto modo los concentra. Por eso en todos los tiempos y en todos los países se ha hecho de la prudencia atributo de la vejez. Los viejos son prudentes porque comienzan á ser extraños al mundo en que viven, porque sus sentidos amortiguados y entorpecidos no distraen su espíritu del objeto que les ocupa; porque tienen lá experiencia de otra edad sin tener sus pasiones. Viven más en sí mismo, aislados del mundo que no está hecho para ellos ó, mejor, para el que ellos no están hechos. Los ruidosos juegos infantiles le molestan, los placeres ardientes de la juventud les irritan, las mismas puras alegrías de la edad madura les afligen; todo esto les recuerda un pasado que no volverá, el ayer

que no puede ser el mañana. Lo que necesitan, lo que desean es el reposo, el calor del sol, el ardor del hogar para reanimar sus miembros entumecidos; el silencio que no turba la voz de sus recuerdos, algunos alhagos para su amor propio. La costumbre les ha hecho necesarios los cuidados de la familia, las caricias de los nietos, las atenciones de que se les rodea; pero generalmente su corazón es insensible á ellos: sólo su cuerpo los recibe. Sienten que su misión en el mundo está terminada: observan que cada uno piensa lo mismo con respecto á ellos y los reprocha el lugar que ocupan aún sobre la tierra, y de ahí su desconfianza de cuanto les rodea, su inquina para todo lo joven, de ahí también deseo de soledad y la irregularidad de su carácter. No todos los viejos son así, indudablemente; los hay que tienen aún un corazón joven y vivo en su cuerpo debilitado; pero en general, fatigan á los demás y se fatigan ellos mismos cuando no están rodeados de hijos que aman aún su pasado y excusan su presente.

»Así se suceden los años para ellos y cada paso del tiempo aproxima el término de su carrera; cada hora les trae un nuevo vacío, una nueva debilidad, un nuevo pesar; y, no obstante, su amor á la vida aumenta con el peligro que corren de perderla; la muerte les inspira el mayor espanto; pero inexorable, caminando siempre, se apodera de ellos y pronto suena la hora suprema (Lonhet *Traité de physiologie*, 2.<sup>a</sup> ed., t. II, 935).

Sin embargo, existen incontestablemente, como dice Proust (*Traité d'hygiène*, 1881), inteligencias que, hasta una época muy avanzada de su vida, conservan la plenitud de sus facultades. Tal ocurre principalmente en las profesiones liberales, entre los hombres que jamás han dejado de cultivar su espíritu. Ejemplos. Voltaire, Fontenelle, Gluck, etc.

Estos privilegiados de la naturaleza se encuentran frecuentemente entre los hombres dotados de una gran cultura intelectual y cuya vida entera ha sido consagrada al trabajo y al estudio. «Entre éstos, dice Ball, es donde encontramos los casos de longevidad intelectual de que hay tan notables ejemplos desde Fontenelle y Voltaire hasta el Pr. Bouillaud, y si los hombres dedicados á una profesión cerebral están expuestos á una mortalidad mayor, si la locura y la parálisis general atacan frecuentemente los cerebros cansados, es necesario reconocer que su suerte tiene, desde el punto de vista intelectual, grandes compensaciones».

«La vida intelectual, dice también M. Proust, conviene á determinadas naturalezas, y hemos visto á sabios ilustres, después de una laboriosa existencia, alcanzar los límites extremos de la vejez. Podemos citar los nombres de Arago, Riot, Thénard y Thiers, y entre los vivos los brillantes ejemplos de Chevreul y Bouillaud y otras celebridades que han conservado, no obstante los años, un vigor espiritual poco común. Es que, en efecto, entre las ventajas de una

vida consagrada al cultivo de la inteligencia, es necesario colocar en primera línea la longevidad intelectual, porque es incontestable que los sabios, cuando sobreviven á los inconvenientes de la carrera que adoptaron, no experimentan el empobrecimiento intelectual moral que señala el fin de la vida en la mayoría de los hombres, cuando han pasado de los cincuenta años».

Podemos citar, fuera de las ciencias, artistas como Gluck, que compuso obras maestras después de los sesenta años.

Pero esa feliz suerte no es la de la mayoría, y aun entre los espíritus superiores muchos entran en período de regresión, y podríamos citar también notables ejemplos de esa decadencia.

Linneo, al final de su vida, complaciase en leer sus propias obras, y cuando estaba entregado á esa lectura, olvidando que él era el autor exclamaba: ¡Qué hermoso es esto! ¡Cuánto me agradaría haberlo escrito! Se cuenta un hecho análogo de Newton. Walter Scott, envejeciendo padecía los mismos olvidos. Un día recitaron ante él un poema que le agradó y preguntó el nombre del autor; era un canto de su Pirata.

Las grandes inteligencias no escapan, pues, á esa regla fatal, y cuando no llegan á la demencia, podría decirse que es porque nó han vivido bastante.

Como ha dicho también Ball, el carácter más constante de la senilidad del espíritu en su primer



grado, es la imposibilidad de adquirir ideas nuevas y la imposibilidad de comprender lo que se sale de la rutina de la existencia.

«Pronto se debitan la memoria y la imaginación, y cuando se llega á una edad avanzada, los sentimientos afectivos se apagan á su vez. El juicio subsiste durante algún tiempo en medio de esas ruínas y cuando se apaga se llega á la verdadera demencia.

El hombre, cuyo cerebro envejece, dice K. Ebbing, se hace más circunspeto en sus opiniones y en sus juicios; su poder de asimilación intelectual es menor, su imaginación es menos viva y menos ardiente que en su juventud; las operaciones del pensamiento se entorpecen, la memoria disminuye, el círculo de las ideas se hace más restringido, la voluntad es menos firme y más fácil de dominar.

El viejo vive preferentemente en el pasado, es conservador, desconfía de las innovaciones y se hace egoísta, *laudator temporis acti* (Legrand de Saulle).

Amenudo las cosas no se detienen en ese cambio senil de carácter; se desenvuelve un estado de debilidad intelectual progresiva que puede llegar hasta los grados extremos de imbecilidad (imbecilidad senil).

«Incapaz ó menos capaz que antes para el trabajo, dice Keraval, el viejo carece de precisión y de lucidez en sus trabajos. Sus ideas, sus juicios se oscurecen en diversos grados; comete errores de cifras y de cálculos.

»... Después aparecen lagunas en la memoria. La amnesia comienza por los hechos recientes, mientras que los antiguos, por el contrario, reviven. Esta doble corriente se traduce, en la conversación, por una repetición constante y fatigosa de interminables historias molestas al que oye, porque constantemente se pierde el hilo del discurso. Son, generalmente, historias del pasado representadas por el narrador como otros tantos hechos brillantes muy superiores á los que el presente le ofrece: resulta entonces la comparación pueril del *laudator temporis acti* de Horacio.

»Al mismo tiempo el carácter se modifica, se hace ó apático ó dulce, demasiado dulce, resultando la dulzura de la indiferencia, ó excitable, irritable, agrio. Los hábitos inculcados por la educación se embotan y luego se pierden; las costumbres sociales son olvidadas, los individuos bien educados pierden el buen tono, la más elemental educación. Las más sencillas conveniencias, base de la vida social, son olvidadas poco á poco. La progresión de la decadencia se acusa por la perfecta ineptitud para un trabajo serio y sostenido. Las nociones que el cerebro había registrado y conservado se debilitan. Las ideas, las palabras, el bagaje científico y profesional se borran del todo: todo lo que el demente había aprendido, los idiomas, por ejemplo, se borra completamente. No conservan nada de lo que había almacenado durante la primera edad. Queda, pues, como un niño olvidadizo incapaz de conducirse y de regirse, crédu-

lo, amoral, carente de voluntad. Sus sentimientos descienden al mismo nivel.

»... El viejo, dice Max Nordau, es físicamente á los ojos del observador imparcial, una desagradable imagen de la decrepitud; moralmente un egoísta ciego é impío, incapaz de ocuparse de otra cosa que de sí mismo, é intelectualmente, un pensador debilitado y limitado cuyo fondo está constituido por antiguos errores y viejos prejuicios y queda cerrado á las ideas nuevas» (*Paradoxes psychologiques*).

Mucho tiempo antes de llegar al grado supremo la debilitación intelectual, se traduce por irritabilidad de carácter, signo evidente de una debilidad moral; por la dificultad, á cada instante más manifiesta, para todo trabajo intelectual, y, finalmente, por la fatiga que sobreviene pronto y paraliza la acción de las facultades mentales.

«Hemos conocido, dice Ball, hombres eminentes, viejos llenos de finura de espíritu; pero que no podían soportar una conversación prolongada sin decaer visiblemente y dar señales de debilidad. Una hora de trabajo bastaba para agotar las fuerzas actuantes en su inteligencia».

Hay, en efecto, un punto común entre el niño y el viejo, y es la facilidad con que uno y otro se fatigan; pero mientras el niño, después de unas cuantas horas de descanso reparador recupera la integridad de su tono nervioso, el viejo duerme poco y mal, y cuando despierta tiene aún fatiga porque la vita-

lidad está disminuída y los cambios nutritivos frenados. Podemos ver en ese sueño imperfecto una facultad que se aminora y una función que tiende á desaparecer.

¿De qué modo y en qué orden se producen esa serie de decadencias físicas y psíquicas cuyo conjunto conduce á la demencia senil?

Ora la debilitación intelectual sigue una marcha insensible muy regular y lenta; ora la degradación progresiva de la inteligencia sigue una serie de cascadas; como caídas bruscas y sucesivas, que sobrevienen después de la crisis, de las que cada una parece agotar un poco más las reservas intelectuales.

Cuando la marcha de los accidentes es lenta, ¿es posible asignar un orden á sus apariciones sucesivas y en cierto modo regulares?

Como hemos hecho entrever, los trastornos físicos, particularmente el retardo de los cambios nutritivos, son los primeros en fecha. Copiamos, á este propósito, un pasaje de Tourdes en el Diccionario enciclopédico:

«El movimiento de descomposición aumenta durante el último período de la vida. Entonces, en la mayoría de los casos, las «buenas carnes» desaparecen para dar por resultado un enflaquecimiento á veces esquelético; los tejidos arteriales y fibrosos decaen, la circulación venosa se hace con dificultad, la calorificación baja, una especie de atrofia se apodera de los dos sistemas y la piel se pliega so-

bre los órganos achicados, se seca, se cubre de arrugas; la energía muscular se debilita cuotidianamente, la marcha se hace vacilante, la talla se encorva; por último, la inteligencia sufre, por lo común, una extinción gradual y sobreviene una decrepitud física y moral que se termina por la muerte».

Es que el estado mental resulta de asociaciones dinámicas entre los elementos nerviosos y de modificaciones particulares de esos elementos, cuando menos, de las células. Pero todos los tejidos vivos están en estado de renovación molecular continua; el tejido nervioso más que otro alguno, y dentro de él la substancia gris más que la substancia blanca, como lo prueba la excesiva abundancia de vasos sanguíneos que la bañan. Para que esos elementos funcionen normalmente, es necesario que el ingreso de nuevos materiales, que el arreglo de las nuevas moléculas reproduzcan exactamente el tipo de las que son reemplazadas. Las facultades intelectuales dependen, pues, directamente, del estado de nutrición de los centros nerviosos. La memoria, particularmente, parece sufrir el contragolpe inmediato de los trastornos nutritivos, efecto de la senilidad.

Analícemos en pocas palabras esa facultad tan importante desde nuestro punto de vista; estudiemos sus elementos constitutivos, su funcionamiento fisiológico; veamos cómo se altera por efecto de la senilidad. Lo que hemos de decir es aplicable á las otras facultades. Veamos cómo una impresión ordi-

naria pasa al estado de recuerdo: veremos inmediatamente de qué modo la senilidad compromete y luego anonada esa transformación.

Cuando una impresión suficientemente intensa y repetida hiere nuestros sentidos, se produce una modificación particular de los tubos nerviosos correspondientes. Esta modificación, transmitida á las células grises centrales, se imprime en cierto modo en ellas y el elemento nervioso que recibe la impresión, la almacena y se hace susceptible de reaccionar de una determinada manera, sea sobre las células vecinas, sea sobre los tubos centrífugos de la motilidad.

Toda impresión deja una determinada traza imborrable, es decir, las moléculas, una vez arregladas determinadamente y obligadas á vibrar de un cierto modo, no vuelven exactamente al estado primitivo.

Para que un recuerdo se constituya, es necesario el doble fenómeno que acabamos de indicar, á saber: 1.º La modificación particular impresa al elemento nervioso, repercutiendo sobre los grupos de elementos próximos, para que una asociación, una conexión particular, sea establecida entre un determinado número de esos elementos; 2.º la impulsión motriz correspondiente á que corresponde también una memoria particular (Ribot).

«Es evidente, dice Maudsley, que hay en los centros nerviosos resíduos producidos por reacciones motrices. Los movimientos determinados ó efectuados por un centro nervioso particular dejan, como

las ideas, sus residuos respectivos, que, repetidos muchas veces, se organizan, se encarnan. Cuando digo una traza, un vestigio ó un residuo, lo que quiero decir, es que queda como resto en el elemento orgánico, un determinado efecto, una cierta cosa que retiene y le predispone á funcionar de nuevo de la misma manera».

Esta facultad de retener, es la que pierde la célula cerebral y nerviosa senil por efecto de las alteraciones que forman el substratum de la senilidad, y cuya extensión y acentuación caracterizan la demencia senil más ó menos marcada, según esa extensión y esa acentuación misma del proceso regresivo.

Cabanis, á quien ya hemos citado á propósito de la demencia, ha desarrollado frecuentemente la idea general de que la patología no es sino la acentuación de determinados fenómenos que, en grado menor, son fisiológicos.

Lo mismo ocurre en este caso; la alteración demencial desde ese punto de vista, no es sino la acentuación del fenómeno fisiológico de alteración senil de los tejidos.

Llegamos así á las fronteras que separan la senilidad de la demencia, y es hora ya de abordar el estudio de las alteraciones celulares generales que se producen en el organismo gastado de un viejo.

«Todos conocéis, dice Charcot, el aspecto exterior del viejo; esa piel seca y arrugada, esos cabellos raros y blancos, esa boca sin dientes, ese cuerpo en-

corvado y recogido sobre sí mismo; todos esos cambios corresponden á una atrofia general del individuo... La demacración de que se trata, es consecuencia de un proceso atrófico que realiza su acción, no sólo sobre los músculos de la vida de relación y sobre las diversas partes del esqueleto, sino también sobre la mayoría de los órganos viscerales.

¿En qué consiste ese trabajo de atrofia que produce así su acción sobre el conjunto de los órganos y de los tejidos? Se trata al principio de un simple proceso de atrofia: los elementos celulares del parénquima disminuyen progresivamente de volumen; pero sin presentar en su estructura ninguna modificación esencial; sin embargo, la trama conjuntiva realiza, al mismo tiempo, ese trabajo de destrucción lenta, que vemos predominar en las vísceras sobre el de los elementos específicos... En un grado más avanzado, la atrofia va acompañada de un trabajo de degeneración, es decir, que los elementos experimentan modificaciones en sus caracteres químicos y son asiento de infiltraciones pigmentarias ó grasosas y de incrustaciones calcáreas».

Hemos querido reproducir entero ese pasaje del maestro, porque resume de una manera luminosa todas las alteraciones orgánicas que son consecuencia de la vejez, y de que la demencia no es sino una modalidad inherente á las alteraciones particulares de los centros nerviosos.

Las demencias corresponden á alteraciones aná-



logas, tanto generales como especiales del sistema nervioso; así, pues, daremos un análisis sucinto; pero completo de esas alteraciones consideradas en cada aparato, á fin de deducir sus caracteres generales, y en cierto modo, como su fisiología patológica general.

Que la debilitación senil sea fatal ó no pueda en algunos casos herir á determinados cerebros particularmente poderosos, como la historia enseña, es evidente que no debemos confundir la mentalidad de los seniles con la inconsciencia y la decadencia física de los dementes. Hay, pues, en la demencia, algo más de lo que hasta ahora hemos descripto.

La repercusión de los trastornos tróficos debidos á la edad se hace sentir en los receptores sensoriales, y por orden de frecuencia sobre los sentidos especiales más delicados.

De ahí se deduce que las impresiones nuevas tan intensas y tan repetidas como antes no provocan ya una reacción proporcionada, sino únicamente sensaciones fugaces é incompletas.

La memoria es atacada muy al principio en su modo de adquisición; sus modalidades de conservación y de reproducción permanecen indemnes. Así los recuerdos de los hechos recientes, según la expresión de Kussmaul, son menos adherentes; las impresiones nuevas se deslizan sobre el cerebro sin penetrar en él (Ball).

Á las lesiones periféricas vienen á unirse lesiones

centrales, que recaen á la vez sobre células nerviosas y sobre el sistema de tubos subcorticales que de ellas emanan.

Estos últimos han sido bien estudiados en Alemania por Weigert y Tuzcek. «Á todas las capas de substancia gris del cerebro son anejas fibras nerviosas, con mielina de dirección variada. Esas fibras intracorticales desáparecen más ó menos completamente en la senilidad (1). Las regiones anteriores del cerebro son las más frecuentemente alteradas».

Á la alteración de las fibras de conducción centrípeta se une la de las fibras comisurales de asociación. El *complexus orgánico del recuerdo* se encuentra así reducido á las modificaciones de un número insuficiente de células; pero, lo hemos visto, la memoria no supone únicamente una modificación del elemento nervioso, sino la formación de asociaciones determinadas por cada recuerdo particular (Ribot).

El fondo antiguo sobre que vive el enfermo se destruye luego á su vez. Las adquisiciones intelectuales se pierden poco á poco (conocimientos científicos, artísticos, profesionales, idiomas, etc). Los recuerdos personales se borran descendiendo hacia el pasado.

Los de la infancia desaparecen los últimos. Aun en una época muy avanzada se recuerdan aventuras y

(1) *Thèse Targowla*, P, 1890.

cantos de la primera edad. Frecuentemente los dementes llegan á olvidar una parte de su propia lengua. Algunas expresiones vuelven accidentalmente, pero de ordinario repiten de una manera automática las palabras que les han quedado (Griesinger, Baillarger).

La regresión demencial senil va acompañada de fenómenos fáciles de explicar; así es como los viejos que caen en demencia llegan á balbucear como niños y es frecuente ver á viejas dementes volver á los juegos pueriles y rodearse de muñecas. El puerilismo mental nos aparece así como expresión clínica del fondo primitivo de la personalidad sacado á luz por la alteración de las capas superiores de nuestra extratificación psíquica (Dupré) (fig. 34). Viejos agonizantes toman á los que les rodean por sus padres muertos mucho antes y los llaman «papá y mamá». Dementes colocados en la colonia familiar á nuestro cuidado creían reconocer la casa extraña donde se les instalaba y trasponían á ella los más caros recuerdos de infancia; de ahí una inesperada facilidad de adaptación; esos enfermos seniles confunden frecuentemente los hijos de sus guardianes con los suyos propios, y les cuidan como cuidarían á los suyos. El caso se observa, por lo demás, frecuentemente en las abuelas normales (fig. 35, de demente pseudo abuela, de Dun).

Inversamente un viejo, estando con su mujer, se imaginaba estar con una señora á la que consagraba

en otro tiempo todas sus veladas, y la repetía constantemente: «Señora, no puedo estar más tiempo, es



FIG. 34.—La demente de las muñecas. (Tomado de la iconografía de la Salpêtrière, Dr. Dupré).

necesario que vuelva al lado de mi mujer y de mis hijos» (Louyer-Villermay).

Esta disolución intelectual tiene por causa anatómica la atrofia que invade poco á poco la substancia blanca, y luego la corteza del cerebro produciendo

do una degeneración grasosa y ateromatosa de los tubos, de los células y de los capilares de la sustancia nerviosa.



FIG. 35.—Demente senil que adoptó como suyo el niño de sus hospederos (colonia familiar de Dun).

Los mejores observadores han hecho notar que las facultades afectivas se extinguen mucho más lentamente que las facultades intelectuales (Baillarger, Falret, Foville).

Puede parecer sorprendente al principio que estados tan vagos como los sentimientos sean más estables que las ideas y los estados intelectuales en general. La reflexión demuestra que los sentimientos son lo que hay en nosotros de más profundo, de más íntimo, de más tenaz. Mientras que, nuestra inteligencia, es adquirida y como exterior á nosotros, nuestros sentimientos son innatos (Ribot). «Considerados en su origen, independientemente de las formas refinadas y complejas que pueden adoptar, son expresión inmediata y permanente de nuestra organización. Nuestras vísceras, nuestros músculos, nuestros huesos, todo, hasta los elementos más íntimos de nuestro cuerpo, contribuyen por su parte á formarlos.»

«Nuestros sentimientos somos nosotros mismos; la amnesia de nuestros sentimientos es el olvido de nosotros mismos. Es, pues, lógico que se produzca en una época en que la desorganización es ya tan grande que la personalidad comienza á disgregarse.

»Las adquisiciones que resisten en último lugar son las casi enteramente orgánicas; la rutina cotidiana, los hábitos contraídos de larga fecha.

»Muchos seniles pueden aún levantarse, vestirse, comer regularmente, acostarse, realizar trabajos manuales, jugar á las cartas y á otros juegos á veces con una aptitud notable, cuando carecen ya de juicio, de voluntad y de afectos.

»Es que si la memoria psíquica se destruye, la

memoria orgánica resiste más tiempo y el automatismo cerebral permite realizar actos en apariencia complicados, pero que un hábito rutinario hace inconscientes. Esto explica, como dice Calmeil, que dementes seniles, incapaces de decir dónde se encuentran, puedan jugar al dominó ó al ajedrez y calcular hábilmente las combinaciones de esos juegos difíciles.

»Esta actividad automática, que supone sólo un minimum de memoria consciente, pertenece á esa forma inferior de la memoria para la que bastan los ganglios cerebrales, el bulbo y la médula.

»*La destrucción progresiva de la memoria, sigue, pues, una marcha lógica, una ley.* Desciende progresivamente de lo inestable á lo estable. Comienza por recuerdos recientes que, mal fijados en los elementos nerviosos, raramente repetidos, y por consecuencia débilmente asociados con los demás, representan el grado más débil de asociación. Concluye por la memoria sensorial, instintiva, que, fijada en el organismo, convertida en parte de él mismo ó mejor en él mismo, representa la organización en su grado más fuerte, es decir, el más sencillo.

»Del término inicial al final, la marcha de la amnesia, regulada por la naturaleza de las cosas, sigue la línea de mínima resistencia, es decir, de mínima organización».

La patología confirma así plenamente lo que sabemos de la memoria en estado fisiológico. «Es un

proceso de organización con grados variables comprendidos entre dos límites extremos; el estado nuevo y el registro orgánico». (Ribot).

La contraprueba de esta demostración está en la marcha inversa seguida por la memoria cuando es recuperada en parte, como ocurre á veces en los seniles (ejemplos de vuelta de la aptitud social para algunos dementes instalados en la colonia familiar de Dun).

Si analizamos esa amnesia, vemos que las facultades de conservar y retener las imágenes no son las únicas heridas.

Falta principalmente la atención; si los hechos no son reproducidos en gran parte, es porque no son percibidos. La atrofia de la substancia gris explica suficientemente ese fenómeno. Esto es lo contrario de lo que ocurre en la amnesia transitoria por traumatismo, consecutiva á las enfermedades agudas, alcoholismo agudo, etc., en que los recuerdos vuelven después de la curación. La amnesia senil es, por el contrario, generalmente irremediable. (Distingamos, sin embargo, las reeducaciones parciales posibles). (Afasia).

En estos casos, las formas últimas desaparecidas reparecen las primeras; la restauración se hace, en cierto modo, subiendo del pasado al presente.

Pero en el último período de la decadencia senil, la memoria consciente y coordinada desaparece definitivamente y perdura sólo la memoria orgánica en



sus manifestaciones más sencillas y más elementales: las del reflejo automático.

Aquí, todavía, el sistema de coordinación voluntaria por la acción de los centros moderadores psíquicos, desaparece la primera recorriendo en su regresión orden inverso al de desarrollo. La mielinización tardía de este sistema (haces piramidales) parece determinado que no termina antes de los tres ó cuatro meses (Tesis Gibotteau, *Developpement des fonctions cérébrales*). Estas funciones, últimas aparecidas, desaparecen las primeras.

La amnesia senil es, como se ve, el tipo de la amnesia progresiva. La memoria se destruye poco á poco progresivamente, y capa á capa. Al principio es poca cosa. El enfermo tiene distracciones, frecuentes olvidos. La amnesia sólo recae sobre los hechos recientes. Los sucesos de un día son olvidados al siguiente, no arraigan, no se implantan sólidamente en un terreno ya desorganizado. La memoria de los nombres, y principalmente la de los nombres propios, desaparece la primera; es, en efecto, la menos tenaz, porque es la que evoca menos ideas sintéticas. Luego la memoria de los hechos, no ya del día, sino del año precedente, se borrará. Después la amnesia ganará uno, dos, muchos años, no perdurarán sino los recuerdos de la infancia, los más arraigados. El viejo, buscando un apoyo, llama á veces á su madre.

Finalmente, reducido al estado de autómeta, aca-

ba por vivir en la más completa inconsciencia; lo ha olvidado todo, hasta su edad, los nombres de sus hijos y el suyo propio; pierde su camino en la calle, y no puede encontrarle de nuevo.

Al anonadamiento casi absoluto de la inteligencia se añade la caquexia orgánica. Desde el punto de vista intelectual y moral, el demente se encuentra, en ese momento, en las mismas condiciones que el idiota; nada perdura de lo que en otro tiempo fué. Simultáneamente adelgaza, pierde el apetito, se hace completamente valetudinario y queda reducido á un estado de decrepitud más ó menos completo. Acaba por morir, sea por efecto de una complicación cerebral ó visceral, sea por efectos de trastornos tróficos progresivos y caquexia. Tal es la fase terminal.

En la autopsia se descubre la atrofia cerebral: los hemisferios cerebrales han experimentado una disminución de volumen de masa, que se traduce en abundancia de líquido cefalo-raquídeo, aplanamiento de las circunvoluciones, agrandamiento de los surcos intermedios y disminución del peso total de las células nerviosas; rarefacción de la substancia blanca en el corte, agrandamiento de los ventrículos: acabamiento de la masa.

Las alteraciones vasculares, después de haberse presentado en las arterias terminales largas (de donde los focos de reblandecimiento lagunarios centrales) se propagan al resto del sistema arterial, á las arterias cortas. También las células cerebrales pre-

sentan al microscopio lesiones de regresión y contienen pigmento, y, á veces, hasta sales calizas; con frecuencia, por último, han experimentado infiltración gránulo-grasosa.

Hemos seguido la senilidad hasta su máximum de decadencia; éste no es otra cosa que la demencia senil simple, que es el término con que concluye por confundirse.

Para Marcé, la demencia senil no constituye una unidad mórbida distinta. Es un conjunto sintomático en relación con diversas afecciones orgánicas del cerebro, y singularmente con la apoplejía y el reblandecimiento.

Está constituída por dos órdenes de síntomas: síntomas relativos á la inteligencia, que ofrece como lesión principal una debilitación progresiva á que se añaden accidentalmente ideas delirantes, aisladas del delirio maniático ó del melancólico.

Los trastornos de la motilidad se explican siempre por lesiones orgánicas situadas en el trayecto ó en el origen de las fibras motrices; en la debilitación de la inteligencia correspondiente á la atrofia de las circunvoluciones, la infiltración grasosa y la obliteración más ó menos completa de los capilares y degeneración ateromatosa de las células y de los tubos nerviosos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA GENERAL DE LA SENILIDAD  
PREDEMENCIAL

Tenemos pocos datos científicos relativos á la vejez del hombre y de los animales. Sabemos, no obstante, que la acompaña una alteración de la mayoría de los órganos conocida con el nombre de «esclerosis.» Los elementos anatómicos especiales del hígado, del riñón y del cerebro experimentan una atrofia; en compensación, la trama conjuntiva que los sirve de soporte se desarrolla, y, en cierto modo, á expensas de los elementos más nobles. El ahogamiento de los elementos superiores especializados, por los de vitalidad vulgar del tejido conjuntivo, tiene por consecuencia la supresión más ó menos completa de la función del órgano. La esclerosis de los vasos sanguíneos, la arterio-esclerosis, particularmente, quita á la pared de la arteria la blandura y la elasticidad necesarias para la buena irrigación, además hace al vaso más frágil. Es también, á la vez, una causa de atrofia y de decadencia orgánica y una causa de hemorragia; esta última muy grave si ocurre en el cerebro.

Es notable que esta alteración senil de los tejidos sea precisamente una lesión frecuente en patología. Es anatómica y fisiológicamente comparable con la que caracteriza un cierto número de afecciones cró-

nicas; es un estado patológico conocido. Está demostrado que la vejez, tal como la conocemos, es una enfermedad crónica generalizada y no una fase normal del ciclo vital.

«Al mismo tiempo, dice Demange (*Et. cliniq. et a. p. sur la vieillesse*; pág. 9, 1886), que la atrofia y la degeneración de los elementos parenquimatosos (1), se observa una modificación profunda de la trama conjuntiva que los sirve de sustentáculo. En algunos casos, por consecuencia de la atrofia celular, la ganga conjuntiva es más aparente, sin que, no obstante, haya adquirido un desarrollo excesivo; esto es lo que ocurre generalmente con el hígado senil, por ejemplo. Lo más frecuente es que el tejido conjuntivo experimente una verdadera irritación que, sin llegar á la inflamación, determina una proliferación embrionaria y una esclerosis consecutiva. Esta esclerosis procede, según los casos, por islotes, por zonas, partiendo ora de la periferia del órgano, ora de la profundidad y ahogando en sus mallas los elementos del órgano que encuentran en ello una nueva causa de atrofia y degeneración. El elemento celular desaparece así poco á poco, la trama conjuntiva va ocupando su lugar, y, en ciertos casos, como en la próstata, por ejemplo, llega, por la exhube-

(1) Los elementos parenquimatosos son las células más importantes de los órganos, tales como el hígado, los riñones, músculos, etc.

rancia de su hiperplasia, á dar al órgano un volumen superior al normal; pero lo más general es la atrofia general ó parcial consecutiva».

Las alteraciones orgánicas que provoca la senilidad consisten, pues, esencialmente en la atrofia ó en la degeneración del elemento noble de los tejidos y de los parénquimas de la célula y en la hipertrofia de la trama conjuntiva; á veces se produce además un trabajo de calcificación. Cuanto á las funciones, están todas disminuídas, retrasadas y aun pervertidas.

¿Entre esas modificaciones de los aparatos y de las funciones de la economía, no hay una de que dependan todas las otras y á la que resulten subordinados todos los signos de la senilidad? Algunos han querido ver el *primum moriens* de la senilidad en las alteraciones de la sangre, resultado de hematosis incompleta.

Otros, y entre ellos Demange, H. Martín, Duplaix, Launois, etc., tienen tendencia á querer elevar la arterio-esclerosis á la categoría de causa inicial de todas las degeneraciones seniles. La teoría ideada por Gull y Sutton, para explicar las alteraciones á la vez cardíacas y renales de la nefritis intersticial y los trabajos de Lancereaux acerca de la arteritis generalizada, son los que han dado la idea de hacer depender las lesiones de la involución senil de la arterio-esclerosis. El punto de partida de la teoría no es, por lo demás, completamente hipotético; se funda

en el dato de observación de que la alteración de los parénquimas comienza casi siempre en torno de las arterias degeneradas. Hay, en primer lugar, endoarteritis y principalmente periarteritis generalizada: ella es la que determina la esclerosis atrófica de los diversos órganos y sirve, en cierto modo, de intermedio de uno á otro.

La sensibilidad, dice Denange, no es sino una decrepitud de los órganos y ésta comienza cuando la irrigación es insuficiente, cuando el ateroma aparece. Desde luego la frase de Cazalis: «Se tiene la edad de las arterias» resulta la expresión rigurosa de los hechos.

Hay en esto un círculo vicioso del que es difícil salir: todas las modificaciones producidas por la involución senil repercuten unas sobre otras. Seguramente la arterio esclerosis, de cualquier modo que se la considere, no puede tener sino una acción nociva para los diversos parénquimas de que dificulta la irrigación. Pero, en definitiva, no es sino un signo de la senilidad, con el mismo derecho que los otros.

Es, pues, lícito relacionar la involución senil á esas enfermedades por retardo de nutrición, á propósito de las cuales Bouchard (1) ha estudiado magistralmente los diferentes procesos de artrismo. Es lícito poner todos los desórdenes que la caracterizan

---

(1) *Maladies par ralentissement de nutrition*, 2.<sup>a</sup> edic., 1885.

en la cuenta de la nutrición retrasada. ¿Y dónde es más retrasada que en la involución senil?

En ella la asimilación es insuficiente para subvenir á las pérdidas del organismo y, sin embargo, éstas últimas son menores que en el estado normal: todas las oxidaciones están disminuídas y en proporciones considerables.

Esta profunda alteración de la nutrición ¿no nos indica que es en el elemento primordial del organismo, en la célula, dónde necesitamos buscar la razón de la involución senil? La célula envejece y esta es la causa de todas las modificaciones consecutivas. Pero también en esto se afirma la independencia celular: no todas las células envejecen simultáneamente: unas envejecen antes que otras, la renal, por ejemplo, antes que la cerebral.

Esta vejez de la célula consiste, esencialmente, en el predominio de la desasimilación sobre la asimilación ó en el debilitamiento del acto nutritivo ó vital. Si como ha dicho Bouchard, la nutrición es la vida, la involución senil, caracterizada por una desnutrición progresiva, puede ser considerada como el comienzo de la muerte.

Pero ¿por qué ocurre que es precisamente en el momento en que el cuerpo del hombre ha llegado á su grado de perfección cuando comienza á decaer?

El decrecimiento en peso de la materia viva á partir de una determinada edad, debería ser referido á la disminución de energía de determinados fer-



mentos catalizadores de los organismos, según Henry y Bastien.

Las causas del decrecimiento del cuerpo humano son, según Beaunis (1), cuatro principales:

1.<sup>a</sup> Cada organismo, al venir al mundo, aporta un capital vital diferente (Herbet Spencer); los elementos primordiales del organismo además tendrán una potencia formatriz limitada, no pudiendo producir más que un número de generaciones sucesivas, de modo que deberá llegar forzosamente un instante en que, agotadas esas generaciones, el organismo se detendría en su evolución progresiva;

2.<sup>a</sup> Las membranas vivas se incrustan á la larga de sustancias minerales, lo que las hace menos permeables á los cambios que se verifican entre la sangre y los tejidos, de donde resulta una disminución de la asimilación y de la desasimilación, pero principalmente de la primera.

3.<sup>a</sup> Falta de relación entre el gasto y la reparación del organismo, por crecer la masa como el cubo, mientras que la reparación sólo crece como el cuadrado;

4.<sup>a</sup> El aumento del gasto de los tejidos á medida que el cuerpo crece.

Algunas de estas condiciones favorecen positivamente el desarrollo de la involución senil; otras son puras hipótesis.

(1) *Traité de physiologie*, t. I, pág. 583.

En realidad, la involución senil, como la muerte, es consecuencia de la vida. Contentémonos con señalar sus caracteres principales que permiten considerarla como una debilitación general y progresiva de la nutrición de los elementos orgánicos por efecto de la edad. Podríamos decir con Bichat (1):

«Ved el hombre que se extingue al fin de una larga vejez, muere por partes; sus funciones exteriores acaban unas después de otras».

Según las concienzudas investigaciones reunidas por un médico sueco, Edgren, en su *Monografía de la arterio-esclerosis*, la quinta parte de los casos de esa enfermedad provienen de la sífilis. En un número de casos todavía más considerable (25 por 100), existe como causa, el alcoholismo crónico. Esos dos factores ocasionan, pues, casi la mitad (el 45 por 100) de los casos de arterio-esclerosis. El virus sífilítico y el alcohol obran como venenos, produciendo primero la degeneración y la induración de la pared de las arterias, é inmediatamente, la debilitación de los elementos nobles del organismo. Los fagocitos, células de naturaleza inferior, son menos sensibles á esos venenos, lo que explica su victoria sobre los elementos envenenados.

Estas son, indudablemente, causas ordinarias de degeneración senil, pero es necesario que haya alguna otra más general para explicar al proceso de se-

(1) *Recherches sur la vie et la mort.*

nescencia. Metchnikoff, cree haberle encontrado. Según él, es la pululación de microbios en el intestino, y, singularmente, en el intestino grueso. El número de ellos es inmenso. Strassburger (1), ha dado una evaluación aproximada, que expresa por unas cifras seguidas de 15 ceros. Esta flora microbiana, compuesta de «bacilus» y de «cocci», produce venenos lentos, que, reabsorbidos *in situ*, pasan á la sangre y provocan irritación continua de que resultan la arterio-esclerosis y la esclerosis universal de la vejez.

Si pues, en lugar de gozar de una vejez sana y normal, en que las facultades de la edad madura perduran, arrastramos una vida empobrecida, una vejez que es una especie de enfermedad crónica, lo debemos, según Metchnikoff, al parasitismo y á la simbiosis de nuestra flora microbiana intestinal.

Metchnikoff, utilizando los trabajos publicados por diferentes observadores (2) acerca de la degeneración senil, ha formulado su manera de pensar del modo siguiente: En la atrofia de los viejos encontramos siempre «*el mismo cuadro; atrofia de los elemen-*

(1) El intestino del hombre alimenta una cantidad inmensa de bacterias, que según Strassburger, asciende á 128.000.000.000 por día. Estos microbios son poco numerosos en la parte de intestino que digiere, y numerosísimos en la que sirve de almacén para los residuos. (Intestino grueso). (*Zeitscher f. K. Med.*)

(2) *Die Arteriosclerose*. Leipzig, 1892 y *Année biologique*. Ives Delage, t. III-1899.

*tos nobles y específicos de los tejidos, y su reemplazo por el conjuntivo hipertrofiado».* En el cerebro son las células nerviosas, es decir, las que sirven para las funciones más elevadas: intelectuales, sensitivas, reguladoras de movimiento, etc., las que desaparecen para ceder su lugar á los elementos inferiores, conocidos con el nombre de *neuroglia*, especie de tejido conjuntivo de los centros nerviosos. En el hígado son las células hepáticas, que desempeñan un papel importante en la nutrición del organismo las que ceden el puesto al tejido conjuntivo. En los ovarios, los óvulos, elementos específicos son asimismo eliminados y reemplazados por células de la capa granulosa, especie de tejido del grupo de los conjuntivos.

En otros términos, la vejez está caracterizada por una lucha entre los elementos nobles y los elementos simples ó primitivos del organismo, lucha que termina por el triunfo de los últimos.

Todos esos tejidos no perecen en el mismo momento; la muerte se propaga de un primer elemento atacado á todos los demás por una serie de pasos debidos al arreglo solidario del organismo.

Procuraremos hacer resaltar esta alteración sistemática de las diversas funciones.

Las alteraciones del aparato circulatorio pueden manifestarse en diferentes partes: corazón, arterias, venas ó capilares. En el corazón, el pericardio es frecuentemente asiento de manchas lechosas coincidiendo ó no con el ateroma de las coronarias.

Histológicamente resulta un tejido conjuntivo laminar con fibras elásticas y granulaciones grasosas; pueden ir acompañadas de infiltraciones calcáreas; pero entonces no se trata de una alteración que dependa solo de la senilidad (1).

El músculo cardíaco está frecuentemente hipertrofiado, su peso es, en general, mayor que en el adulto:

CUADRO DE POTAIN Y DU CASTEL

EDAD	HOMBRES	MUJERES
20 á 30 años,	242 gramos	241 gramos
30 á 40 —	295 —	
40 á 50 —	309 —	378 —
50 á 60 —	367 —	310 —
60 á 80 —	371 —	347 —

Féré, en la Salpêtrière, ha estudiado el peso del corazón de 100 mujeres de sesenta á noventa y nueve años; la media obtenida (295 gramos) es muy superior á la de la mujer adulta. Esta hipertrofia senil se explica por el obstáculo extracardíaco debido al ateroma arterial generalmente frecuente en la edad avanzada. Histológicamente, el músculo cardíaco presenta un tipo de lesión senil de los parénquimas,

(1) Charcot dice haber autopsia de una mujer de 103 años que no presentaba alteración arterial.

Th Parr, muerto á los 152 años, tampoco tenía lesión vascular, según Harney.

caracterizado por la atrofia de los elementos activos y la hiperplasia conjuntiva.

Concurrentemente se presentan alteraciones del endocardio, particularmente de sus orificios y sus válvulas (de 149 corazones de viejos autopsiados en Dun, he encontrado lesiones de ese género en 55). Esas lesiones son las mismas de la endoarteria.

La endoarteritis senil está caracterizada histológicamente por la multiplicación de células de la túnica interna y la formación de una substancia intercelular resistente, vagamente fibrilar, que da pronto á la membrana una consistencia cartilaginosa, pudiendo reducir el calibre del vaso y formar placa ó botón saliente. La endoarteritis antigua suele complicarse con periarteritis crónica.

La capacidad respiratoria sanguínea del viejo está reducida en  $1/3$  (Quinquand), 150 centímetros cúbicos á los ochenta años, en lugar de 250, como su capacidad respiratoria—masa de aire inspirado,—de  $2^{1,75}$  á  $3^{1,55}$  en el espirómetro. El ácido carbónico espirado es también mucho menos.

Anatómicamente, los bronquios y la laringe tienen su red elástica submucosa atrofiada por rarefacción notable de las haces musculares é hiperplasia conjuntiva, de que resulta dilatación bronquial frecuente.

La caja ósea torácica está también alterada en sus paredes musculares. Los huesos están soldados por osificación de los cartílagos externo costales. La columna vertebral, acortada por rarefacción de los dis-

cos intervertebrales, produce una cifosis que aproxima el borde inferior de la caja torácica á la cresta iliaca, y contribuye con los espacios intercostales y la anquilosis externo costal á reducir la capacidad de la cavidad respiratoria. Las pleuras están obstruídas y vellosas, adherentes, con frecuencia infiltradas hasta de placas cartilagosas ó calizas y formando á veces con los vértices de los pulmones costros esclerosas. El tejido pulmonar está rarificado. Las células están deformadas y agrandadas por la rarefacción gradual de los vasos y de las parénquimas. El microscopio revela un crecimiento considerable del diámetro de los *infundíbulos* pulmonares (C. Ranvier) con enfisema constante.

La cavidad normal crece á expensas de los alveolos de que los tabiques atrofiados desaparecen. En un grado más avanzado, la comunicación de unos, infundíbulos, con otros, determinan grandes vacuolas.

El epitelio, dice Villemin, experimentó la degeneración grasosa; la alteración ateromatosa es la que produce esa atrofia senil del parénquima y de su revestimiento. También podemos encontrar una transformación esclerosa osteoidea (Müller).

La atrofia dentomaxilar y las modificaciones bucales que de ella resultan, van acompañadas de atrofas glandular y muscular próxima, que se extiende á las tónicas exofágicas como á todo el sistema muscular del tubo gastro-intestinal; la hiperplasia conjuntiva submucosa compensa mal las degenera-

ciones grasosas de las glándulas de que se traduce la atrofia por manchas amarillas en la superficie interna del intestino.

Esta atrofia intestinal hace á las asas intestinales perezosas (constipación senil) y la atrofia muscular de las paredes abdominales favorece el desarrollo de las hernias latentes. En el hígado es más manifiesta la atrofia glandular. Citaremos la cifras obtenidas por Brousses respecto á los dementes de la Salpêtrière:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
—	—	—
60 á 70 años.	1257 gramos	1120 gramos
70 á 80 —	1193 —	1057 —
80 á 90 —	82 —	730 —

Microscópicamente, encontramos infiltración grasosa de las células del parénquima, esclerosis más ó menos pronunciada y obliteración parcial de la red vascular.

El bazo está también empequeñecido; en lugar del peso medio de 195 gramos (Sappey), las estadísticas de la Salpêtrière dan 112 gramos.

El órgano queda casi enteramente reducido á una masa de tejido conjuntivo sembrada de vasos.

El riñón del viejo es también atrófico, según las mismas estadísticas (Demange y Sadler).

Ballet, ha encontrado las lesiones de la nefritis intersticial difusa.



La esclerosis es á la vez perivascular; subcapsular, periglomerular é interlobular (Lannois).

El origen del proceso escleroso parece estar en los vasos glomerulares (endoperiarteritis).

La cápsula suprarrenal no se libra de la degeneración, lós últimos trabajos relativos á la adrenalina tienden hasta hacer considerar las cápsulas como importantes en la génesis de la ateromasia (Josué P. M., 1903, 1894).

La vejiga del viejo tiene su capa submucosa indurada y esclerosa; la próstata es siempre asiento de degeneración fibromatosa.

Joffroy ha establecido las medias siguientes para la orina de los viejós:

Cantidad en 24 horas.....	703	gramos
Densidad.....	1,013	—
Urea.....	10,22	—
Ácido.....	0,92	—

La disminución de la cantidad de urea está en relación con el trabajo de esclerosis general y al predominio progresivo de la trama conjuntiva sobre el parénquima, cuya acción nutritiva es mayor. La disminución del ácido fosfórico corresponde al retardo de la desasimilación. La asimilación incompleta se complica con desasimilación retardada y de ahí el exceso de urea por falta de depuración renal y cutánea.

Meyer y Parisot, de la clínica de enfermedades de

los viejos de la Facultad de Medicina de Nancy, han estudiado la aritmia periódica, recordando un tipo atenuado de respiración de Cheyne-Stokes en algunos seniles.

Mediante la exploración gráfica prolongada del aparato respiratorio á velocidad lenta, se comprueba en el viejo que respira en condiciones normales, grupos de respiraciones gradualmente crecientes y decrecientes sucediéndose con más ó menos regularidad y un tipo atenuado de Cheyne-Stokes.

No existiendo otros síntomas de brigtismo, revela insuficiencia renal y permite interpretar determinadas crisis disneicas de los enfisematosos y combatir las.

Además, una serie de investigaciones del mismo autor, acerca de la eliminación del yoduro de potasio viene en apoyo de esa opinión, hecha visible por el estudio de la tonicidad urinaria, de que el riñón del viejo es, en la mayoría de los casos, menos permeable que el del adulto (1).

«En el viejo, la media de hematies por milímetro cúbico, baja á 4.300.000 para el hombre y para la mujer á 3.400.000.

»La disminución no es rigurosamente proporcional al número de años.

»En una edad avanzada, aun en los casos en que el número de glóbulos se aproxima al del adulto, la

(1) Congrès des Sociétés savantes Nancy 1901, comunicación de MM. Paris y Jaendelize.

riqueza globular (R), está notablemente disminuída y el valor globular (G) baja á la mitad de lo que es en el adulto» (1).

Quincuaud ha encontrado, contando los glóbulos de los viejos, una media de 3.641.600, muy inferior á la cifra fisiológica del adulto (4 á 5.000.000) La hemoglobina baja á 80 y 75 gramos por 1.000 á los ochenta años, en lugar de los 125 gramos del adulto. Por el contrario, la urea de la sangre se ha duplicado 0,032 y por 100 de sangre.

En la vejez se produce una anemia real que si no siempre se hace visible por la cantidad de glóbulos, lo es por los resultados de la prueba cronométrica. Es una verdadera anemia senil que puede ser más ó menos acentuada, según los individuos; pero no rigurosamente proporcional á la edad. En algunos viejos hay observaciones que lo demuestran, la anemia puede ser más acentuada; pero esto no tiene nada de asombroso, porque la evolución senil, generalmente, está lejos de alcanzar á todos elementos orgánicos, á todos los tejidos, á todos los órganos con el mismo rigor; hace una selección cuyas leyes no nos son conocidas aún.

Leuret y Mitivié (estudiando la frecuencia del pulso en los alienados) han establecido las siguientes medias de ritmo circulatorio en los viejos:

---

(1) Congrès des Sociétés savantes, Nancy, 1901; comunicación de MM. Paris y Jeandelize.

60 á 70 años. ....	78
70 á 80 — .....	75
80 á 90 — .....	75,5

Es un decrecimiento débil que, como veremos, es menús síntoma de circulación activa que indicio de la lucha del corazón contra el ateroma-periférico, por efecto del cual la circulación se hace mal. Por esto las extremidades de los viejos están frecuentemente frías, cianósicas, y los cambios de temperatura exterior les impresionan más que á los adultos.

Charcot ha demostrado, además, que los viejos producen menos calor que los adultos; pero también pierden menos, sea por la piel, empobrecida en capilares y en actividad secretoria, sea por las vías pulmonares que tienen el campo respiratorio reducido: hay, pues, una compensación.

Señalemos la desnutrición ósea en relación con la disminución general de la talla y del peso (tablas de Quételet). Ya habíamos visto alteraciones óseas en el tórax, la columna vertebral y los maxilares:

Todos los huesos dejan de crecer por oposición de nuevas capas subperiósticas y periféricas, y como la desnutrición central continúa por transformación grasosa medular, resulta de ahí la rarefacción clásica manifestada en los huesos grandes de los miembros inferiores (fracturas del cuello del fémur) y alteraciones osteofíticas articulares (morbus coxæ senilis) por osificación de los elementos cartilaginosos

de unión que tiende aquí, como en los cartílagos, inmóviles externo-costales á la soldadura.

Duchenne ha señalado que para lograr la contracción de los músculos, la corriente empleada debe tener una intensidad en razón directa con la edad.

Vulpian ha demostrado que en los viejos las alteraciones de los músculos consisten en infiltraciones de granulaciones grasosas, por efecto de las cuales los fascículos pierden sus estrías y se atrofian más ó menos completamente.

Empis refiere esas atrofiás musculares á una alteración nerviosa primitiva, como los temblores seniles.

Cuanto á los sentidos especiales, el ojo muestra la presbicia progresiva que á los setenta años agota toda acomodación.

El tímpano se espesa y se esclerosa también, al mismo tiempo que se anquilosan los huesecillos del oído y que se atrofian las terminaciones de los nervios acústicos.

Las papilas nasales, bucales y cutáneas, como las placas térmicas y motrices participan de la atrofia de las mucosas por una parte, del tejido dérmico, epidérmico y de los haces musculares diversos:

La anosmia y la agnosia no existen, no obstante, la regla, según Bichat.

«El gusto es el último hilo de que pende la dicha de existir».

Edad de la menopausia (Petrequin).

35 á 40 años .....	1/8 .
40 á 45 — .....	1/4 .
45 á 50 — .....	1/2
50 á 55 — .....	1/8

El engordamiento concomitante á la menopausia es la regla como la acumulación de las grasas, que se observa después de las castraciones dobles.

El útero senil está empequeñecido. Los diámetros de las múltiparas y de las uníparas bajan de 68 á 57 y de 43 á 40, pasados los setenta años.

William indica el espesamiento y la hipertrofia de las paredes de las arterias y la atrofia degenerativa de los haces musculares uterinos.

La capa ovígena de los ovarios está desecada, y el órgano reducido á su trama fibrosa y cicatricial; la mama sigue esa regresión, y su glándula degenera en tejido conjuntivo.

—He hecho estudiar, en un determinado número de viejos muertos en la colonia familiar de dementes seniles del Sena en Dun-sur-Auron, el estado del cuerpo tiroideo, que se ha encontrado siempre alterado; hipertrofiado por hiperplasia conjuntiva y degeneración quística, sea en atrofia esclerosa ó grasosa.

El testículo disminuye de volumen y de peso. (Arthaud, Denos).

De 60 á 70 años.....	14,10 gramos
De 70 á 80 — .....	12,98 —
De 80 á 90 — .....	11,50 —

Hay en el testículo disminución del elemento activo de la glándula seminal, predominio del tejido conjuntivo, cuya retracción ahoga al parénquima. Duplay ha encontrado la persistencia de los espermatozoides en 35 de 51 viejos. Dieu, en 41 de 105; Denos, en 50 de 100.

Se han citado ejemplos, sin embargo, de procreación tardía, á los noventa y cuatro y aun á los cien años para el hombre! Para la mujer se citan fecundaciones muy posteriores á la desaparición del flujo mensual. Pero esas excepciones dan por resultado la procreación de degenerados, según lo demuestra el estudio de los ascendientes de criminales y retardados (Marro, ch. II Puberté).

«Los organismos unicelulares, dice Metchnikoff, son inmortales, porque se reproducen por división indefinida. En los organismos complejos, sólo son inmortales las células sexuales. (Weissmann). ¿Cómo envejecen y mueren las demás?»

«La senilidad va acompañada de atrofia de los órganos. En el viejo la atrofia no es general: la sangre se regenera, los epitelios proliferan, las heridas cicatrizan como normalmente. La senilidad consiste, ante todo, en una atrofia de los elementos parenquimatosos con hipertrofia del tejido intersticial por verdadera irritación, que provoca siempre una multiplicación de las células fijas y luego una esclerosis que ahoga los elementos nobles».

«Los primeros órganos que se atrofian y mueren

son, el ovario, que es invadido por el tejido conjuntivo en la época de la menopausia, y el testículo. Asimismo, en el tejido nervioso la neuroglia ahoga á las neuronas, en la piel el tejido elástico se transforma y aparecen arrugas. Las arterias se enmohecen en el bazo, los corpúsculos de Malpighi se atrofian».

«¿Por qué esta atrofia y esta proliferación del conjuntivo?»

«Es probable, dice Metchnikoff, que la senilidad resulte de una lucha entre los diferentes elementos de los tejidos, que con la edad se va haciendo más intensa. Los macrófagos, que se transformaron en tejidos conjuntivos, logran la victoria; la fagocitosis es el medio. De todos los órganos expuestos al combate, el ovario es el menos resistente, y después vienen las células nerviosas».

Nos falta aplicar los precedentes datos al estudio de las alteraciones orgánicas de los centros nerviosos y relacionarlos con los géneros de demencia.

Con la edad, dice K. Ebbing, el cerebro experimenta una metamorfosis regresiva que no es sino un fenómeno parcial del proceso general de evolución física.

Mientras que este último se manifiesta vegetativamente como marasmo senil; la alteración orgánica del cerebro se hace notar por un cambio en la naturaleza intelectual y en el carácter del individuo. Este cambio va acompañado de notable disminución del peso de ambos hemisferios.



Todos cuantos han hecho pesadas sistemáticas de cerebros en los asilos, han observado la evidente atrofia de los cerebros de dementes (1), sobre todo de los parálíticos avanzados y de los seniles. El doctor Marchand ha estudiado ese tema en el laboratorio de Villejuif, y deduce que, en la demencia senil, esa relación del peso de los hemisferios á la talla es para el derecho de 3'15 y para el izquierdo de 3'16. El peso medio del cerebro en la demencia senil es de 344'36 gramos. La atrofia del mesocéfalo es siempre más acentuada en la demencia senil que en la parálitica. La relación del peso del mesocéfalo es, en la demencia senil, de 0'989.

Á la demencia senil corresponde anatómicamente una atrofia de los hemisferios cerebrales con aterosclerosis simultáneo de las arterias cerebrales. Esta atrofia es siempre más evidente en las circunvoluciones frontales, cuyos contornos están borrados en la mayoría de los casos, y de que el color, en las secciones transversales, tiende al amarillo.

Microscópicamente encontramos alteraciones de células ganglionares de la corteza cerebral (atrofia simple, degeneración adiposa, degeneración grasosa

---

(1) Durand-Fardel, *Maladies des vieillards*.—Marcé, *Recherches cliniques sur la démence sénile*, *Gaz. médicale de Paris*, 1863,—Guntz, *Zeitschr. f. Psych.*, 30, pág. 102.—Ville, *Ibid.*, 30, fasc.—Weiss, *Psychosen des Seniums*, *Wien. med. Presse*, 1880, 9.

ó pigmentaria) y de vasos (ateroma, obliteración por atrofia, aneurismas capilares).

Además de ese estado de atrofia, encontramos espesamientos compensadores de la bóveda craneana, colecciones de serosidad en el espacio aracnoideo y en los ventrículos, paquimeningitis externa é interna, edema de la piamadre; con frecuencia hay también, sea como fenómenos etiológicos, sea como complicaciones, enfermedades localizadas en forma de focos apopléticos y de reblandecimiento (encefalitis ateromatosa).

La atrofia es, pues, *primitiva* ó *consecutiva* á las lesiones en foco; en el primer caso la atrofia cerebral difusa es la primera en fecha, y la lesión en foco se produce durante la evolución; en el segundo, la lesión en foco es primitiva y la sigue la atrofia general.

Alzheimer distingue (1) además de la demencia senil con lesiones corticales difusas:

- 1.º Esclérosis senil de la corteza por arterio-esclérosis de los vasos pequeños;
- 2.º Atrofia arterio-esclerosa de la substancia blanca (encefalitis subcortical de Binswanger) por arterio-esclérosis de los vasos largos;

(1) Contribución á la anatomía patológica de los trastornos mentales en la vejez (Francfort 26ª reunión de los alienistas de la Alemania S.E. *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Mayo, 1899).

3.º Demencia arterio-esclerosa, grado menos marcado de la precedente;

4.º Gliosis perivascular por degeneración de una arteria gruesa que se oblitera solo incompletamente.

Para V. S. Gestkoff y de Kagan, las lesiones de

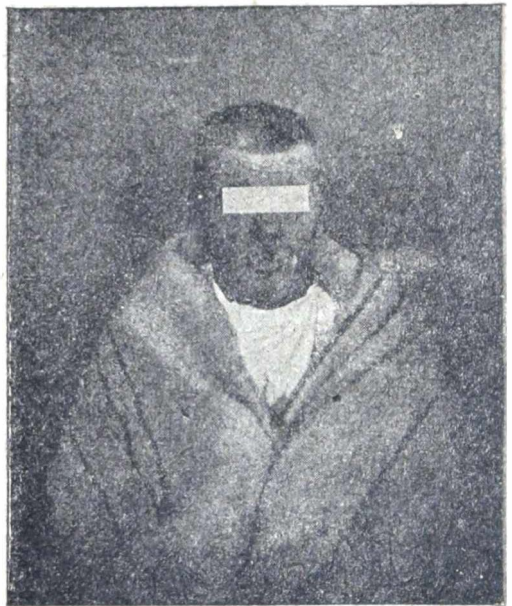


FIG. 36.—Hemiparesis en la demencia senil con hemiplejía.

la corteza en la demencia senil son difusas y consisten en atrofia de los elementos nerviosos; la más pronunciada es la desaparición de las fibras mielínicas corticales.

Aunque la más atacada es la región anterior de la corteza, lo son también las demás.

La atrofia de las fibras mielínicas se extiende á todo el espesor de la corteza; sin embargo, las fibras

tangenciales externas y las de las capas 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> son las más alteradas.

La lesión de esas fibras y la de las células nerviosas está en relación con la alteración ateromatosa de los vasos que provoca una desnutrición del tejido cerebral (1).

Como se ve, la demencia senil, en tanto que demencia, se funda en lesiones anatómicas enteramente comparables á las de la demencia paralítica con la diferencia de que el proceso de ateromasia predomina sobre el tóxico.

La abolición de facultades se traduce, como es fácil de comprender á primera vista, por una serie de fenómenos, cuyo conjunto y encadenamiento presenta un *complexus* sintomático propio, distinto de la categoría de los otros elementos mórbidos que dependen de cada una de las afecciones generadoras de la correspondiente demencia especial. Este *complexus* sintomático de la demencia, uniforme, constituye el núcleo virtual de la demencia.

Aun teniendo numerosos puntos de contacto con la parálisis general, la demencia senil puede ser diferenciada de ella en la mayoría de los casos mediante signos clínicos. Desde el punto de vista de la anatomía patológica, las dos enfermedades ofrecen, como resultado terminal común, la atrofia y la degenera-

(1) *Soc. de Neurol et de Psych.* 26 Oct 96 y *Revue Neurol*, 1897.

ción grasosa de los tubos y de las células. Pero en la parálisis general, esa atrofia es consecutiva á una exudación plástica que, produciéndose en torno de la pared adventicia de los capilares, determina las ad-

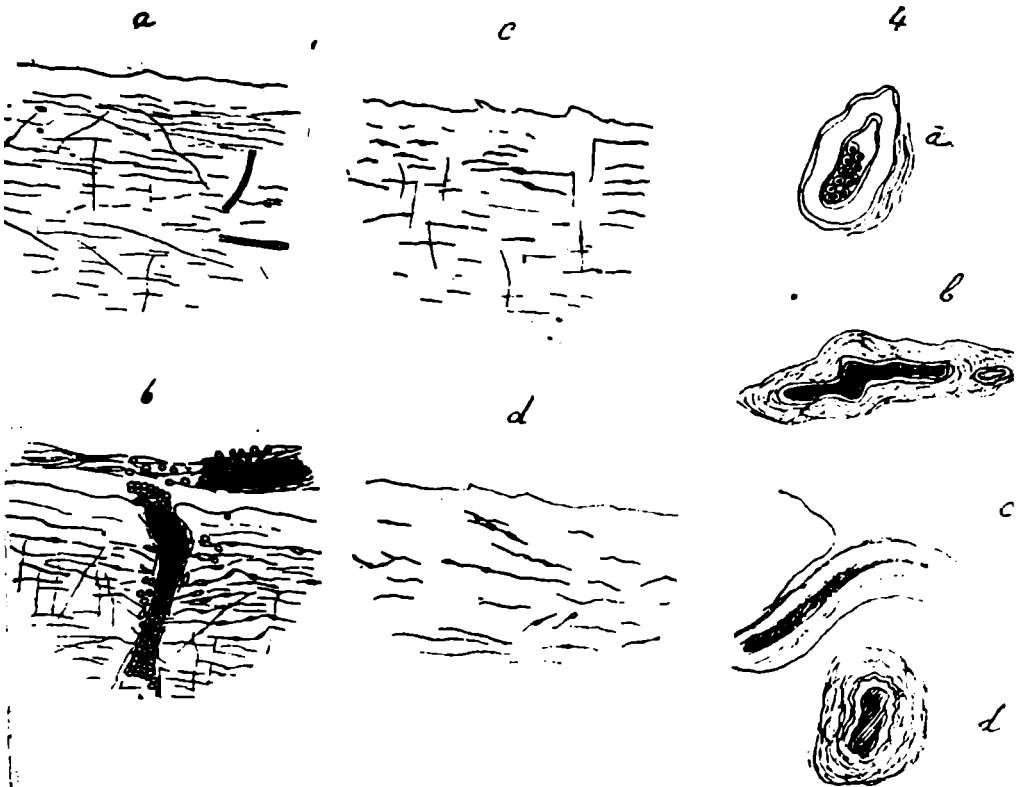


FIG. 37.—Demencia senil (Bridier) fibras tangenciales de Exner (atrofia), alteración vascular de las meninges (arterio esclerosis).

herencias de la piamadre á la capa cortical, disminuye el calibre del vaso que comprime y pone obstáculo á la circulación de la sangre. En la demencia senil, por el contrario, la obliteración es consecutiva á los depósitos ateromatosos que se producen es-

pontáneamente, por consecuencia de los progresos de la edad y de la disminuci3n de la fuerza asimiladora en la c3vidad de los capilares. Los dos estados difieren, pues, profundamente de naturaleza; uno es un movimiento sino inflamatorio, cuando menos fluxional, el otro un retardo de nutrici3n.

Podemos distinguir en la demencia simple tres per3odos: inicial prodr3mico, medio y terminal; el inicial se confunde con la fase de insenescencia antes descripta.

Despu3s de una duraci3n m3s 3 menos larga del per3odo prodr3mico, puede desarrollarse el cuadro de delirio de la persecuci3n senil 3 el de la man3a senil y conducir 3 la demencia; tambi3n puede 3sta desarrollarse, como demencia primitiva en el estado prodr3mico. Entonces los trastornos de la memoria se desarrollan r3pidamente y borran sobre todo los recuerdos m3s recientes, de modo que los enfermos s3lo viven el pasado m3s remoto. Un trastorno profundo de la inteligencia que afecta al mismo tiempo 3 las nociones del tiempo y del espacio se hace sentir. Los enfermos se equivocan de camino y se pierden, no pueden orientarse en la calle ni a3n en su casa; pierden sus efectos y creen en seguida que se los han robado, etc. En la marcha de las ideas hay incoherencia y confusi3n; el estado de esp3ritu se hace inestable; alegr3a y risa infantiles alternan con fases de depresi3n dolorosa frecuentemente con matiz hipocondri3aco que llega hasta el *tedium vitæ*. Los

enfermos se pasean de noche como en un sueño, rebuscán sin motivo en sus efectos, rompen por torpe-

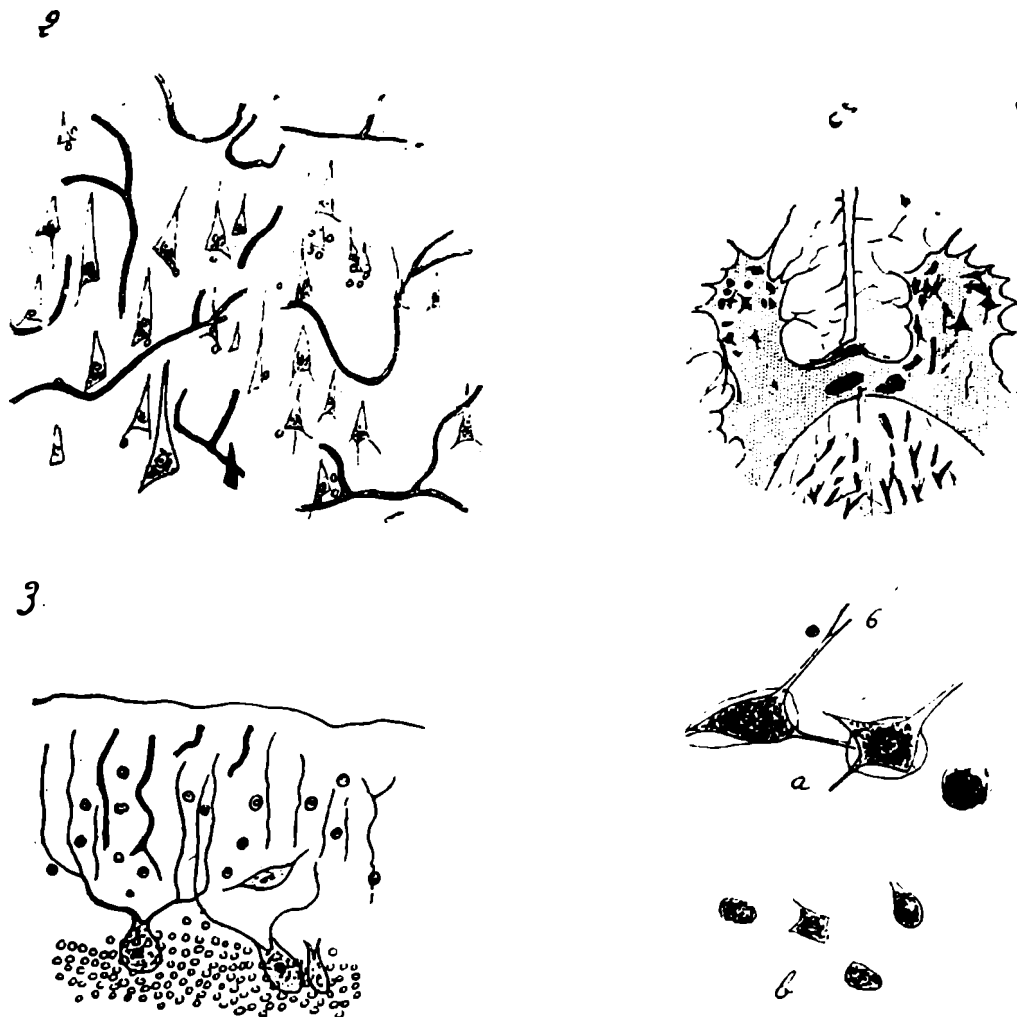


FIG. 38. — Demencia senil (Bridier). Corteza frontal (2), cerebelosa (3), médula (5) y células grandes motrices (6).

za cuanto cae en su manos y no pueden encontrar su lecho. La causa de esa depresión nocturna es, frecuentemente, un sentimiento de angustia, ideas

bruscas de persecución y alucinaciones de los sentidos.

En este cuadro de la decadencia intelectual, pueden aparecer estados de excitación melancólica y maníaca, así como delirios de persecución, como fenómenos episódicos (1).

La marcha de la demencia senil es crónica, prolongándose durante años: hay, sin embargo, casos raros en que la marcha es aguda ó sólo dura algunos meses.

La muerte se produce, en la mayoría de los casos, por complicaciones cerebrales, pneumonías y también afecciones de la vejiga, del decúbito y diarreas.

Desde luego, perdurando la salud física más ó menos perfecta, los seniles, frecuentemente engordan, porque las funciones orgánicas se realizan regularmente; pero luego el sueño nocturno va haciéndose más ligero; el viejo se adormila á cada instante durante el día. Los músculos se debilitan, los esfínteres pierden su vigor, sus propiedades de intervención oportuna refleja. El senil se ensucia entonces. Las advertencias centrípetas que la vejiga y los intestinos llenos envían al cerebro, son mal percibidos ó el músculo esfinteriano no puede retener las materias y las orinas, y se les escapan por momentos involuntariamente (Kéraval).

(1) Psicosis tardías en *Progrès Medical*. Lecciones de Seglas recogidos por A. Marie.



Luego cuando la vida está casi extinguida, la caquexia general del organismo se establece pronto.

No interviniendo la inteligencia para registrar las excitaciones exteriores nuevas ó asociar las fijadas en otra época, queda como vacía, y el origen de toda actividad cortado: es el idiotismo senil adquirido.

La obesidad, desarrollada generalmente en la fase anterior, deja su puesto á una emaciación inevitable con falta de todo estímulo interno ó externo para alimentarse ó asimilar; las desasimilaciones se aceleran y las evacuaciones, reguladas hasta entonces por la costumbre, dejan su lugar al avejentamiento definitivo é irremediable; la incoherencia y la inconsciencia ganan definitivamente las esferas esfinterianas y los reservorios de la vida vegetativa.

Los trastornos tróficos se combinan entonces con las complicaciones inherentes á la caquexia marasmática general; el demente se encuentra entonces á merced de la menor complicación cerebral ó visceral. Esa decadencia progresiva puede durar muchos años, y la vida del demente se extingue lentamente como la llama en el vacío.

#### DEMENCIAS POR LESIONES CIRCUNSCRITAS

Al lado de la demencia senil propiamente dicha con decadencia en masa de las facultades, correspondiendo á una lesión difusa y generalizada, hay

motivo para distinguir, desde el punto de vista mental, psicosis demenciales, resultado de lesiones localizadas.

En la primera parte de este capítulo tratábamos de las alteraciones predominantes en el sistema capilar; de ahí las lesiones iniciales de la zona central, reblandecimientos lacunarios (Charcot).

Por el contrario, las lesiones localizadas corresponden generalmente á la alteración de las arterias cortas y de los ramos arteriales más voluminosos de que ellas emanan directamente (embolias, trombosis, anemias por compresión, etc.); el retardo se hace sentir, sea sobre una porción más ó menos extensa de la substancia gris cortical, sea, por el contrario, en el entrecruzamiento capsular de las fibras blancas.

En este último caso, según los trabajos de Cruveiller, Bouchard, Magnan y Luys, etc., resulta demostrado que por degeneración secundaria la lesión irradia en cono hacia la superficie de los hemisferios en una parte limitada de la corticalidad.

En último análisis, en ambos casos se trata de una lesión circunscrita de la substancia gris; esa lesión se manifiesta por trastornos parciales de la sensibilidad, de la motilidad ó de la inteligencia.

La triple localización es ya un hecho demostrado; no insistiremos en este punto; nos limitaremos á los caracteres generales de los trastornos psíquicos en los dos casos.

Podemos calificarlas de demencias parciales, y lo

que hemos dicho de leyes de regresión y de análisis psicológico relativo á la demencia ordinaria tendrá aplicación; pero hay tres órdenes de trastornos bien localizados que pueden sobrevenir como síndromos asociados, aislada ó conjuntamente, á las lesiones localizadas de que hablamos; son trastornos de una determinada esfera de la motilidad, de la sensibilidad y de la emotividad. En el primer orden de esos fenómenos, se refieren las monoplejias y hemiplejias diversas, las anestias limitadas, generales ó especiales (ceguera y sordera cerebrales, por ejemplo), finalmente, las emotividades de las lesiones circunscritas que las investigaciones de Brissaud (1) han relacionado á localizaciones cerebrales en foco, corticales ó subcorticales, interhemisféricas, capsulares ó centrales, con el nombre general de parálisis pseudo-bulbar con risas ó llantos espasmódicos. En el curso de una regresión senil, tal como la hemos descrito en el curso de este trabajo, se manifiesta un ictus más ó menos definido, aplopectiforme ó epilectiforme, en que el coma deja su lugar é un estado paralítico parcial con anestias correspondientes, y cuyas manifestaciones más interesantes en clínica, desde el punto de vista psíquico, son las afasias y las agrafias diversas. Aquí la anatomía patológica es indiscutible é indiscutida; se funda en

---

(1) Brissaud, *Leçons sur les maladies nerveuses*. Masson, 1898.

lesiones macroscópicas evidentes que el método anatómico clínico ha revelado con claridad; con sus grandes lesiones, coexistiendo, por otra parte, con las

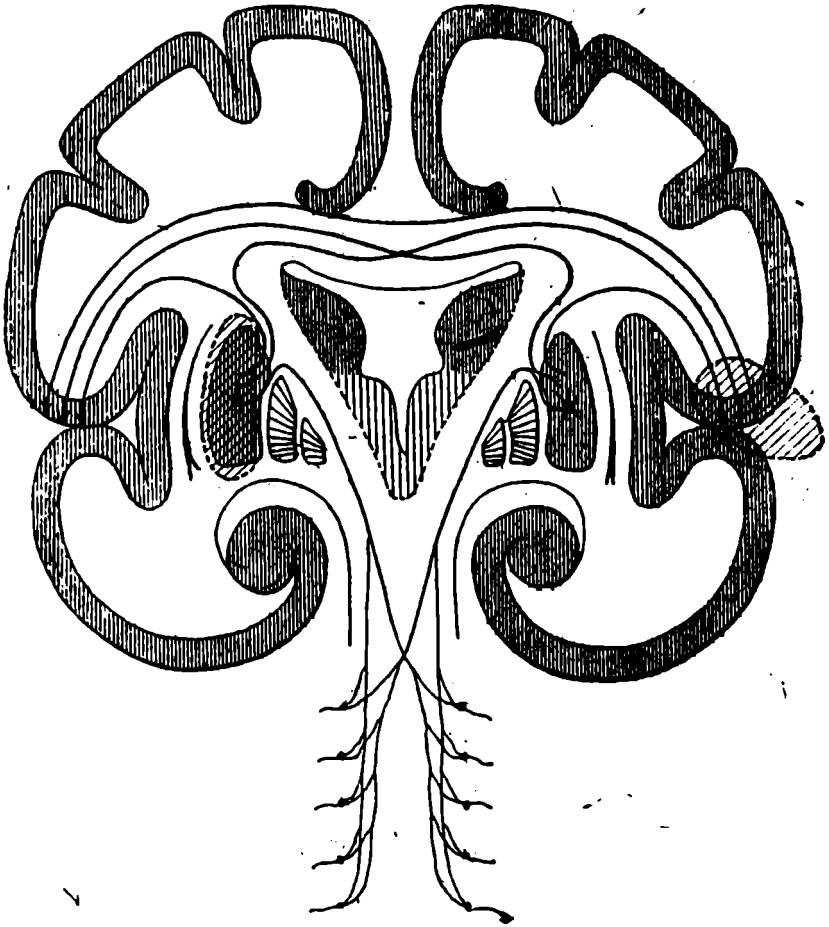


FIG. 39.—Esquema de las lesiones (optoestriada izquierda y cortical derecha) que determinan el síndrome bulbar. (Brisaud).

lesiones más finas que hemos descrito como substratum anatómico de la demencia senil simple. Pero si esto es verdad en los casos sencillos, en la prác-

tica de los asilos y de las clínicas de hospital, las cosas parecen más complejas, y es raro que antes de la alteración demencial por lesión regresiva difusa ó en foco debidas á la senilidad, no haya persistencia de causas mórbidas que preparen en el organismo el terreno para la degeneración celular de los tejidos en general, y del cerebral y el nervioso en particular.

Entre los enfermos con lesiones circunscritas del encéfalo, unos presentan una alteración más ó menos profunda de sus facultades psíquicas, en otros las facultades psíquicas perduran intactas (1).

La alteración de las funciones psíquicas en los casos de lesiones circunscritas del encéfalo no parece resultar de la lesión de un centro cortical de esas funciones, porque la existencia de ese centro, negada por numerosos fisiólogos de los más autorizados, parece además contradicha por todo un conjunto de hechos anatómicos clínicos.

Esta alteración de las facultades psíquicas no resulta tampoco del hecho de que las lesiones circunscritas, hiriendo simultáneamente ambos hemisferios, hagan imposible toda suplencia funcional de uno por otro.

El hecho de que la lesión se haya establecido

(1) *Recherches sur la demence senile*, por Marce. Estado mental en las lesiones circunscritas y los tumores cerebrales. A. Vigoroux. *R. de Psych* 1903-4. *Thèse* Charpentier.

lentamente no basta para explicar la integridad de las funciones psíquicas.

La noción de la predisposición hereditaria ó adquirida, de que los datos clínicos demuestran el fundamento, no parece ser toda la patogenia de los trastornos psíquicos relacionados con lesiones circunscritas del encéfalo; deja, por el contrario, lugar para otros factores patogénicos.

Las lesiones difusas asociadas ó sobreañadidas parecen, en efecto, explicar la aparición de la demencia en un cierto número de casos de lesiones circunscritas.

Estas lesiones difusas pueden ser representadas por lesiones vasculares difusas del encéfalo, y en ese caso preexistir á la lesión circunscrita, que no es, por otra parte, sino uno de los resultados.

Más frecuentemente se trata de lesiones difusas de meningo encefalitis, procedentes de autoinfección acumulada.

Entre esos procesos de meningo encefalitis secundaria y la meningo encefalitis primitiva, llamada parálisis general, no hay separación irreductible y hay, además, formas de transición.

Finalmente, las ideas delirantes variadas y mal sistematizadas que pueden germinar sobre el fondo demencial cerebral circunscrito, pueden, en determinados casos, resultar de un proceso de autoinfección y de autointoxicación.

Las lesiones parciales de todas las facultades pue-

den combinarse de mil maneras distintas; pero producen un estado intelectual particular de que encontramos siempre los caracteres dominantes. Es la inteligencia en lagunas. Determinados elementos constituyentes de cada facultad están agotados; los otros persisten y, á menudo, en un grado más avanzado de la enfermedad se encuentran lucecillas de inteligencia, islotes sanos.

Á veces esos enfermos son apáticos, ni piden nada ni quieren nada; pero más frecuentemente son caprichosos, exigentes, malvados, déspotas, discutidores y desesperan á cuantos les rodean. Su carácter se modifica profundamente.

Por lo que respecta á la ruína de una inteligencia ya desarrollada en la involución del cerebro (*demenxia*) se forma la idea de lo que puede ser la disolución regresiva del lenguaje y se ve frecuentemente al lenguaje retroceder hasta el punto en que debía encontrarse en su estado primitivo ó preparatorio. El yo miserable, reducido del demente no puede reaccionar sino por interjecciones y breves y pueriles palabras á las más enérgicas impresiones: frecuentemente las diferentes palabras están colocadas *pêle-mêle* y dan la impresión de las pompas de agua que se producen en la superficie de una corriente, sin que ninguna frase resulte completa ni ningún período inteligible. Á medida que los sentimientos y los pensamientos desaparecen de él, el demente pierde poco á poco la facultad de expresarlos.

La escritura puede reflejar, como la palabra, el estado mental demencial precipitado.

Hemos estudiado el estado mental del viejo y las alteraciones que presentan las facultades intelectuales por efecto de los progresos de la edad, y que llegan, en último término, á la demencia senil. Hemos visto que los trastornos intelectuales iniciales que hemos estudiado en detalle, podían, según ha demostrado Maudsley, referirse en último análisis á dos factores primordiales, las lesiones de la percepción.

Hemos notado también las alteraciones del sentimiento y de la memoria, los actos variados de los viejos, dementes ó no, más importantes desde el punto de vista médico legal: todos esos fenómenos marchan á la par con los síntomas físicos y realizan el proceso completo de la involución senil.

Además de esa demencia senil simple, podemos también, como se ha visto, encontrar ideas delirantes de diversos matices y estados maniáticos ó melancólicos más ó menos acentuados; fenómenos sobreñadidos que descansan sobre el fondo primitivo de demencia y le dan un carácter especial.

Junto á esos episodios delirantes, podemos encontrar en el viejo é independientemente de la demencia, verdaderas psicosis que suelen marcar, por el contrario, el principio de la desorganización de las facultades intelectuales que no se establece entonces de una manera progresiva; sino que puede sobrevenir



muy vivamente por efecto de accidentes vesánicos diferentes.

Así hemos visto un acceso maniático con ideas eróticas, sobrevenir á una edad avanzada en un viejo normal hasta entonces y producir rápidamente, y dejar, al desaparecer, la demencia senil ordinaria.

Otras veces puede tratarse de trastornos de naturaleza melancólica, y podemos ver á ciertas demencias seniles presentar de una manera episódica, y alternante á veces con la excitación maniática, depresión ó ansiedad melancólicas, con ideas delirantes de matices variados. Los que hemos podido comprobar con más frecuencia en esos episodios melancólicos de los viejos, son ideas místicas ó hipocondriacas. Á sí se ve á viejos ya dementes caer de pronto en una devoción exagerada, acusarse de faltas más ó menos imaginarias, creerse culpables de crímenes que jamás cometieron, temer la condenación y frecuentar iglesias y confesionarios. En otros casos se trata de concepciones hipocondriacas, análogas á las de los parálíticos generales. Al mismo tiempo, se puede señalar diversas alucinaciones y distintos trastornos de la sensibilidad.

Todas las concepciones delirantes prestan, además, al fondo de demencia sobre que descansan, un carácter de absurdo, de incoherencia evidente. Son suficientemente móviles, se presentan por episodios, y pueden alternar y aun coexistir con ideas delirantes igualmente absurdas; pero de matiz opuesto.

Pero frente á esos casos, hay otros en que encontramos en el viejo verdaderos accesos de delirio melancólico, enteramente análogos á los que podemos observar en el adulto. Esos accesos melancólicos que sobrevienen en viejos no dementes, no son, en general, como los maniáticos en las mismas condiciones, sino preludio de la ruína de las facultades intelectuales, á plazo más ó menos largo. Pero al principio ó en su período estacional, se presentan de distinto modo que los episodios precedentes, porque la demencia sobre que estos últimos descansan, no está aún instalada en el caso actual, y la idea delirante, las reacciones de los enfermos, más activas, dan por el contrario á la enfermedad, el aspecto que hubiese podido revestir en un individuo más ó menos joven. (Seglas).

Todos los alienistas que han escrito sobre ese tema, no han dejado, y con razón, de señalar la frecuencia de las ideas persecutorias en los viejos. Esas ideas, unidas á la demencia senil, la prestan caracteres particulares. Los enfermos se quejan de que se les hace daño, y, sobre todo, de que les quieren robar. Egoístas, avaros, y desconfiados, ocultan los objetos, el dinero que poseen; su memoria infiel les hace olvidar los escondrijos, y acusan entonces á cuantos les rodean, á su misma familia de querer robarles, de querer desembarazarse de ellos. Los menores actos de las personas que los cuidan, son interpretarlos falsamente. Arreglarles la corbata es, para

ellos, querer estrangularlos. Alucinaciones, trastornos de la sensibilidad general, desarrollan y sostienen los delirios; pero sus acusaciones mal formuladas, pueriles, tienen siempre carácter de absurdos, que es el resultado y el síntoma de la ruína de las facultades intelectuales. Por esto mismo, tales ideas persecutorias no son exclusivas, y pueden alternar con otras de muy diferente matiz.

Al lado de hechos de ese género hay otros, más raros, es verdad, en los que el viejo presenta un verdadero delirio persecutorio sistematizado como el del adulto é independiente de la demencia senil. En principio podría creerse que se trata de un antiguo delirio persecutorio llegado á una etapa avanzada y sin decadencia intelectual; pero el estudio de los antecedentes demuestra, por el contrario, que se trata de un delirio reciente, sólo que ha comenzado en una edad avanzada en forma tardía de delirio persecutorio.


Como se ve, la senilidad no es fatalmente el terreno de nacimiento de las psicosis demenciales, puesto que podemos observar psicosis tardía que evolucionan sin caer en la demencia final.

El substratum de la demencia es, pues, uno y distinto del de las vesanias, en las que puede coexistir del mismo modo que la senilidad, con frecuencia independiente del estado anterior normal ó de alienación.

La ruína de la senilidad demencial puede suscitar

el brote de fenómenos delirantes de que es, en cierto modo, el reactivo revelador, ya se refieran esos fenómenos á antecedentes degenerativos hereditarios ó adquiridos.

Estos casos de demencia podrían ser llamados mixtos, porque contienen otros elementos delirantes manifestados al mismo tiempo ó poco después.



# CONCLUSIONES GENERALES

---

## CAPÍTULO VII

Problemas que plantea la demencia.—Problemas biológicos.— Problemas sociales y jurídicos (capacidades, responsabilidades).—Estadísticas.—Modos de asistencia.

Los problemas diversos que puede plantear la demencia, aparte de los psicopatológicos, son de orden biológico y social, y aunque esos aspectos sólo accesoriamente entran en el cuadro de un estudio psicológico, debemos no obstante indicar sus líneas generales.

**PROBLEMA BIOLÓGICO.**—El problema biológico que plantea la vejez, es el que ha estudiado magistralmente Metchnikoff.

La vejez, dice, tal como se presenta en el hombre, debe ser considerada como cosa muy contradictoria entre los fenómenos naturales. El desgaste del cuer-

po y del espíritu, no va acompañado de la necesidad de reposo, y se manifiesta, en general, en el momento en que el instinto de conservación y de vida está más desarrollado.

En ese estado de cosas, es fácil suponer que, posiblemente la vejez, tal como la observamos actualmente, representa una forma anormal de la existencia, contra la que habrá tal vez remedio; sólo que, para encontrarle, es necesario conocer la atrofia senil de una manera más completa, que como nos es conocida hasta ahora.

En sus estudios biológicos acerca de la vejez, Metchnikoff examina en la serie animal casos de in-senescencia, con motivo de los cuales plantea el problema de saber por qué esas organizaciones degeneran por la edad, y cual es el mecanismo íntimo de esas degeneraciones seniles.

Para esos estudios biohistológicos especiales, ha utilizado loros viejos, casi centenarios.

Lo que principalmente ha llamado su atención ha sido el sistema nervioso central, por los curiosísimos fenómenos de que es asiento el cerebro. Mientras que la médula y el cerebelo no presentan nada anormal, el cerebro está lleno de células mononucleares que desempeñan el papel de macrófagas. Los elementos nerviosos se distinguen por la ausencia de pigmentos, que en los centros nerviosos de los viejos y de los mamíferos viejos (caballo, perro) son abundantísimos. Los corpúsculos de Nissl, están dispues-

tos de una manera muy irregular, hecho común con los loros jóvenes.

No obstante la falta de síntomas degenerativos de las células nerviosas, muchas de ellas estaban rodeadas de *neuronófagos*, ó células mononucleares con núcleo redondo, y en la mayoría de los casos, ricas en cromatina.

Los fenómenos de neuronofagia son bien conocidos en la histología patológica de los centros nerviosos. Los encontramos en un gran número de enfermedades nerviosas y de intoxicaciones. Son también muy frecuentes en el cerebro de los hombres y de los mamíferos viejos, como lo afirmó antes que nadie Pugno (1). Pero jamás se ha observado neuronofagia comparable á la del loro viejo de Metchnikoff (2). Regiones enteras de la corteza cerebral estaban llenas de montones de neuronófagos, en medio de las cuales no se encontraban células nerviosas. Esos montones estaban constituidos por un número variable, hasta veinte ó más, de neuronófagos caracterizadas por el núcleo que se colorea fuertemente por los colores básicos de anilinas, y por el protoplasma incoloro.

Este último se presenta como una zona clara en torno del núcleo. (Desaparición de las neurofibrillas).

Los estados intermedios entre la presencia de la

(1) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1898, pág. 242.

(2) *Études sur la vie humaine*, pág. 307.

célula nerviosa típica y su completa desaparición, no dejan duda de que se trata de una fagocitosis intensa. El conjunto de fenómenos indica que esa fagocitosis consiste en un paso progresivo del contenido de la célula nerviosa á los neurófagos circundantes. Éstos no engloban al elemento nervioso en su integridad, sino que, por decirlo así, le chupan el contenido.

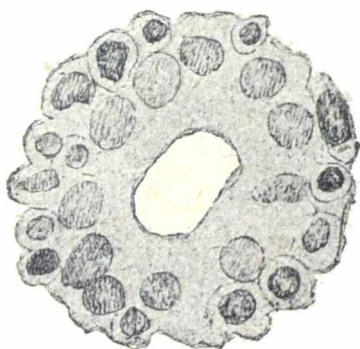


FIG. 40.—Citofagia renal en un viejo de 90 años (Weinberg)

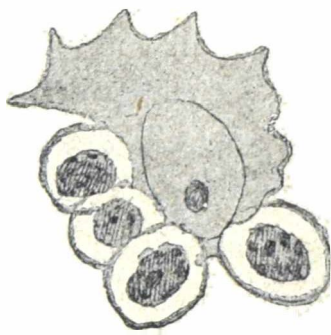


FIG. 41.—Neuronofagia en el cerebro de un centenario (Philippe).

En la vejez, dice Metchnikoff, se produce una lucha entre los elementos nobles y los fagocitos, los primeros son los más debilitados en su vitalidad, mientras que los segundos manifiestan, por el contrario, una mayor actividad. Parece, pues, que un medio de combatir la vejez patológica sería, por una parte, reforzar los elementos más preciosos del organismo y por otra debilitar la tendencia de los fagocitos.... No hay, pues, nada de absurdo en buscar los medios capaces de reforzar los glóbulos sanguíneos, las células nerviosas hepáticas y renales, las fibras



musculares del corazón, etc. Esta labor está facilitada por el descubrimiento de los diversos sueros.

... El estudio científico de la vejez y de los medios de modificar su carácter patológico contribuirá, indudablemente, á hacer la vida más larga y feliz. No obstante el estado actual de la ciencia moderna, no hay, pues, razón para sostener ideas pesimistas (Metchnikoff).

PROBLEMAS SOCIALES.— Los que surgen de la demencia son múltiples.

Los dementes pueden, efectivamente, ser considerados *en la familia y en la sociedad*.

En muchos casos, es difícil disociar ambos puntos de vista, social y familiar; por ejemplo, en los compromisos y contratos ordinarios, compras, ventas, gestiones de intereses y responsabilidades generales en las empresas; en estos casos, en efecto, los intereses familiares y sociales están estrechamente unidos. Muchos dementes, al principio de su debilitación intelectual, hacen compras inconsideradas, tal es el caso de los dementes paralíticos que, en la exhuberancia de su megalomanía demencial, hacen encargos insólitos por su enormidad: se creen millonarios, nada les detiene y emprenden las más atrevidas construcciones. Consumen su fortuna y la ajena en preparar invenciones absurdas, globos de piedra ó navíos de plomo, ó pretenden fundar el sindicato de los organillos y hacen pedidos de ellos á todos los fabricantes. La misma enormidad de esas empresas las

hace frecuentemente inaceptables y por lo tanto inofensivos; pero cuando son verosímiles y las empresas tienen aún algún barniz de lógica, son aceptadas y se producen luego los desastres financieros.

La verosimilitud de algunas empresas puede ser absoluta y la demencia no revelarse aún á los ojos de nadie. Se ha descrito hasta un período premedencial llamado de dinamia funcional en la fase premonitoria de la demencia parálitica.

En esa fase el cerebro, galvanizado en cierto modo por el proceso destructivo inminente, daría el máximo de sus capacidades y podría verse al futuro parálitico intentar golpes de audacia geniales y empresas atrevidísimas; pero realmente posibles y fructuosas. He observado un parálitico que resultó millonario al mismo tiempo que demente, mediante empresas fabulosas en América del Sur. Su familia atribuía á las emociones bursátiles lo que los alienistas consideraban efecto de una dinamia funcional patológica ya.

Sea como fuere esta hiperdinamia, muestra cuán delicada puede ser á veces la distinción entre causas y efectos de la demencia, por lo que respecta á condiciones sociales del enfermo en los comienzos de la enfermedad.

Frente á las oniománias demenciales existen los casos que se ha convenido en denominar *donomanías*, en las que el demente se despoja de cuanto se le pide y regala todo lo que posee.

Estas liberalidades volveremos á encontrarlas, en otra forma, cuando hablemos de testamentos.

Pero pueden disfrazarse de ventas á cambio de valores nulos ó muy inferiores á la importancia de los objetos cedidos por el demente.

La legislación procura evitar esos errores de que hace víctimas á los dementes, su credulidad y la sugestibilidad que su debilidad engendra. Carentes de medios de comprobación de crítica y de resistencia, ceden á las presiones determinadas por el deseo de una ganancia ilusoria, á la creencia en la inagotabilidad de sus recursos, y aun á veces á amenazas pueriles. Para evitar esos desfallecimientos y esas maniobras, la ley ha establecido procedimientos de interdicción y consejos judiciales; bástenos con citar los textos (1).

CÓDIGO CIVIL.—Art. 901. Para hacer una donación intervivos, es necesario estar sano de espíritu.

Art. 489. El mayor en estado habitual de imbecilidad, demencia ó furor, debe ser incapacitado aunque presente intervalos lúcidos.

Art. 491. En caso de furor, si la incapacidad no es solicitada ni por el cónyuge, ni por los parientes, debe serlo por el fiscal que, en los casos de imbecilidad ó demencia, puede también provocarle contra un individuo sin parientes conocidos.

Art. 499. Rechazando la demanda de incapacitación

---

(1) El autor se refiere, naturalmente, á los códigos franceses.

dad, el tribunal podrá, no obstante, si las circunstancias lo requieren, ordenar que el individuo no pueda en lo sucesivo querellarse, transigir, prestar, recibir un capital, enajenar, ni gravar sus bienes con hipotecas sin intervención de un *consejo* que le será nombrado en la misma sentencia.

Art. 504. Después de la muerte de un individuo, sus actos no podrán ser atacados por causa de demencia, sino en tanto que su incapacidad haya sido pronunciada ó provocada antes de la defunción, á menos que la prueba de demencia no resulte del mismo acto atacado.

C. DE PROCEDIMIENTO.—Art. 890. En todo procedimiento de incapacidad, los hechos de imbecilidad, demencia ó furor, serán mencionados en la demanda presentada al presidente del Tribunal, y se uniran las pruebas y la indicación de testigos.

La vejez no es una causa de interdicción, dice Legrand du Saulle (1); pero la locura senil puede necessitarla. Á veces, sin embargo, ocurre que los herederos del viejo, y aun del alienado, retroceden ante las numerosas formalidades de un procedimiento complicado, y hay jurisconsultos, Demolombe entre otros, que aconsejan á los parientes del incapaz que se entiendan entre sí y administren su fortuna á título de gerentes; pero confiesa él mismo que la doctrina que

(1) L. du Saulle, *Études médico-légales sur l'interdiction et le conseil judiciaire*, pág. 20. Paris, 1881.

propone presenta inevitables peligros en los casos en que la administración de los bienes ha de ser confiada á colaterales.

Si el médico es consultado acerca de la necesidad de aplicar la interdicción á un viejo alienado, deberá pensar si el enfermo es curable ó incurable, y si su afección es mortal. Sus consejos diferirán según cuál de los tres sea el caso de que se trate.

Hemos visto dos dementes que fueron víctimas del timo del entierro; uno de ellos, antes de ser internado, perdió 10.000 francos, y su familia atribuyó la demencia á la sacudida producida por la pérdida; es más probable que su debilidad mental contribuyera á hacerle víctima de tan burda estafa. Otros dementes han recibido en el asilo cartas de España proponiéndoles el mismo negocio, como si los mentalmente debilitados fuesen particularmente buscados por las estafadores, que parecen hacer, á juzgar por esos casos, un perfecto diagnóstico.

Sabido es en qué consiste el timo del entierro, en que la víctima cree recibir una garantía de sus anticipos (maleta llena de papeles en lugar de billetes ó alhajas, etc.) (1).

(1) He aquí la carta que sirvió para estafar á nuestro demente:

«Señor: Prisionero en esta ciudad por quiebra, deseo saber si usted querría ayudarme á retirar una suma de 800.000 francos en billetes de banco que poseo en una maleta que se encuentra depositada en una estación de Francia, y para ello venir aquí á

Cuanto al aspecto puramente familiar del asunto podemos considerar la autoridad paterna y la aptitud para el matrimonio, para el divorcio ó para testar.

También á estos casos ha atendido el código.

Art. 146. No hay matrimonio cuando falta el consentimiento. El matrimonio contraído por el demente no es inexistente, es únicamente anulable, y los colaterales no tienen el derecho de provocar la nulidad.

Art. 150. Si el padre y la madre han muerto ó están imposibilitados de decir su voluntad, los abuelos ó las abuelas los reemplazan. Un certificado médico debe atestiguar la enajenación mental.

levantar el embargo de mis equipajes, pagando al tribunal lo necesario para apoderaros de una maleta con un secreto en el que he guardado un cheque de 30.000 francos, pagadero al portador, y el talón necesario para retirar de la estación la maleta.

En cambio yo daré á usted la **TERCERA PARTE** de esa cantidad.

Ignorando si continúa usted viviendo en la misma casa, y en el temor de que esta carta no llegue á manos de usted, aguardo su respuesta para firmar con mi nombre y confiar á usted mi secreto.

No puedo recibir su carta en la cárcel, pero envíe usted un despacho con estas señas á un antiguo servidor, que me le enviará inmediatamente: Santos.—Madera, 57, Madrid.—Aguardando impaciente su respuesta firmo sólo, V.

P. S.—Sobre todo conteste usted por telegrama y *no* por carta, y por precaución en lugar de con su nombre firme usted. Blas».

Este certificado es frecuentemente dadò por el médico del asilò y hace veces de consentimiento. Más raro es el caso de certificar para un demente no internado.

Art. 174. 2.º La oposición puede ser fundada en el estado de demencia del futuro esposo «á condición, para el que se opone con derecho, de provocar la incapacidad y de hacer que sea reconocida en el plazo determinado en la sentencia».

La objeción previa de demencia de uno de los conjuntos en caso de matrimonio, no impide, sin embargo, los matrimonios en el asilo de alienados, y hace algunos años se dió el caso de que, un alienado reclamase, en estado de lucidez *in extremis*, el matrimonio, á fin de legitimar hijos nacidos de una unión irregular.

Sabido es cuán frecuentes son las tendencias eróticas en los viejos, y que no es rara en ellos la gamenomanía. Esa especie de monomanía del matrimonio puede ser fácilmente explotada en un individuo de voluntad debilitada. La oposición á la realización de esos propósitos se impone entonces sobre todo, si es posible demostrar que el futuro cónyuge «está en demencia»; según la frase del Código.

Hemos citado antès un demente internado, cuya salida fué reclamada por una joven que quería casarse con él, convencida por sus afirmaciones de riqueza y ganosa de heredar sus bienes; en otros casos se trata de regularizar una situación falsa, de

obviar los inconvenientes de un embarazo haciendo que el demente cargue con la paternidad, y resultando los derechohabientes suplantados por los hijos apócrifos.

Legisladores y sociólogos esclarecidos han pedido la institución de certificados médicos previos á la celebración del matrimonio; la demencia podía entrar entre las enfermedades de diagnóstico y pronóstico posibles para el médico encargado de diagnosticar la aptitud matrimonial.

En la apertura de los tribunales en Madrid, el ministro de Gracia y Justicia, hablando en su discurso de la necesidad de determinadas reformas judiciales, mencionó la intervención obligatoria del médico en toda demanda de matrimonio, y la necesidad de un certificado relativo á la salud de los postulantes. Es necesario, dijo, no contribuir á poblar los hospitales, los asilos de alienados y los presidios, mediante uniones realizadas imprudentemente, y es necesario que el juez municipal no autorice los matrimonios que la ciencia considere que podrán ser funestos, porque todo es preferible á tales uniones, más lamentables que el mismo suicidio.

Si las demencias son contraindicaciones del matrimonio, la demencia probada como anterior al matrimonio, puede ser causa de anulación de él ó de divorcio.

Para el divorcio el problema se plantea de un modo más general aún, y se ha preguntado si la



demencia sobrevenida á uno de los cónyuges en un momento cualquiera de la vida matrimonial no podría ser motivo de su ruptura y de la disolución de la unión como la muerte civil ó la muerte verdadera.

Jacoby ha presentado un informe á la Sociedad de Medicina legal, aprobado el cual sería sometido á los revisores del Código civil un proyecto de artículo autorizando á los tribunales á decretar el divorcio en el caso de locura de uno de los esposos.

Sería necesario, naturalmente, que se tratase de una demencia incurable, y además ese divorcio no sería definitivo sino á un plazo de cinco años: En Alemania y en Suiza, país de costumbres familiares, la enfermedad figura desde hace tiempo entre las causas de divorcio.

Ahora bien, si la locura no es más que una enfermedad como otra cualquiera, ¿por qué, dice Toulouse, no autorizar el divorcio cuando haya transcurrido un tiempo suficientemente largo, porque la curabilidad sea, definitivamente, poco probable?

La misma experiencia indica ese plazo. Cuando una enfermedad hubiese durado cinco años como máximo, podría ser considerada como incurable, y por consiguiente, autorizar el divorcio.

La mayoría de las enfermedades curables lo son, en efecto, durante los seis primeros meses.

En París, de 100 curados, 91 lo son durante el primer año; 4 durante el segundo; 2'68 durante el tercero, cuarto y quinto, y 1'82 después del quinto.

En Londres la estadística da, poco más ó menos, las mismas cifras. La ley parece, pues, general.

Ahora bien, el divorcio puede ser pronunciado inmediatamente contra el cónyuge que afecto de una enfermedad mental, y sabiéndolo, lo hubiere ocultado. Inútil contestar que el otro cónyuge pudo tomar informes, porque el matrimonio debe ser, ante todo, un acto de buena fe.

Si, por el contrario, confesada la locura anterior, el cónyuge la hubiese aceptado, tanto peor para él: él sufrirá las consecuencias.

Por lo demás, todo puede resumirse en este dilema conyugal: si el cónyuge ama, no necesitará que la ley se lo mande, para cuidar á su cónyuge enfermo ó loco: el problema del divorcio ni siquiera se planteará, porque el cónyuge amante no pedirá la separación. Si no ama, para librarse de un trabajo, la pedirá; pero ¿no es mejor dejarle en libertad de marcharse? El esposo ó esposa enfermero sin amor, prefiero con mucho el enfermero de oficio.—Éste, por lo menos, no es peligroso; hasta tiene interés en cuidar bien al enfermo; el esposo que no ama tiene el interés contrario y es sospechoso (Toulouse). No han faltado respuestas á estos argumentos, y en el curso de las polémicas han sido invocados los sentimientos más diversos.

Se ha invocado el error posible de un pseudo-demente que al curar perdería de nuevo la razón al hallar á su mujer casada con otro. Se ha protestado;

finalmente, contra ese nuevo ataque á la indisolubilidad del matrimonio, y contra ese relajamiento de un lazo moral que debe producir la asistencia en los casos de las peores catástrofes, como la pérdida de la razón, en lugar del abandono legal que parece constituir ese divorcio por causa de demencia.

En la realidad, yo he tenido ocasión, en diversos casos, de firmar certificados médicos relativos á dementes en casos de divorcio, y he aquí cómo. Se trataba de paráliticos generales internados, contra los que el cónyuge intentaba una acción de divorcio; pero en lugar de fundar la demanda en la locura, la fundaba en sevicia é injurias graves, contemporáneas al comienzo de la afección.

Es frecuente que en el curso de la fase de conciencia incompleta que precede al internamiento, los dementes paráliticos se entreguen á extravagancias diversas, entonces no son raros los actos inmorales, y con frecuencia accesos de excitación producen escenas violentas é injurias bien comprobadas; ellas pueden ser motivo para el divorcio; tanto más cuanto que el cónyuge culpado no está en estado de contradecir, y sólo comparece en la testificación médica de su demencia.

Puede ocurrir, también, que dos viejos realmente debilitados por la edad, se lanzan mutuamente el epíteto de dementes, y después de una larga vida conyugal, hablan á deshora de divorcio, fundándole en incompatibilidad de carácter predemencial.

Finalmente, el viejo ha muerto; pero ha dejado testamento que puede ser efecto de la demencia, y tiene á veces por objeto frustrar á sus herederos naturales que le han hecho antipáticos sus delirios. El papel del médico consultado en tales casos, no consistió en demostrar la validez ó no validez de un testamento, sino en demostrar clínicamente que el testador estaba ó no en estado demencial cuando le hizo. En la pericia, el testamento mismo debe ser estudiado como uno de los documentos que por su contenido, su texto, sus caracteres gráficos mismos, pueden revelar un cierto estado de debilitación demencial.

Después de la muerte de un individuo, dice el artículo 504 del C. C., los actos realizados por él sólo podrán ser impugnados por demencia, sino en tanto que su incapacidad haya sido declarada antes de la defunción, *á menos que la prueba de ella resulte del mismo acto impugnado.*

Desde el punto de vista social general, los dementes pueden ser considerados en el ejercicio de sus derechos civiles de ciudadano, y de elector ó elegible. Se puede distinguir entre dementes internados y libres. Internado el demente no incapacitado, continúa siendo elector y elegible, y esto explica que algunos hayan aprovechado licencias, justificadas por un estado de tranquilidad inofensiva, para tomar parte en las elecciones, incluso como candidatos.

Un demente vesánico de ese género, obtuvo seis

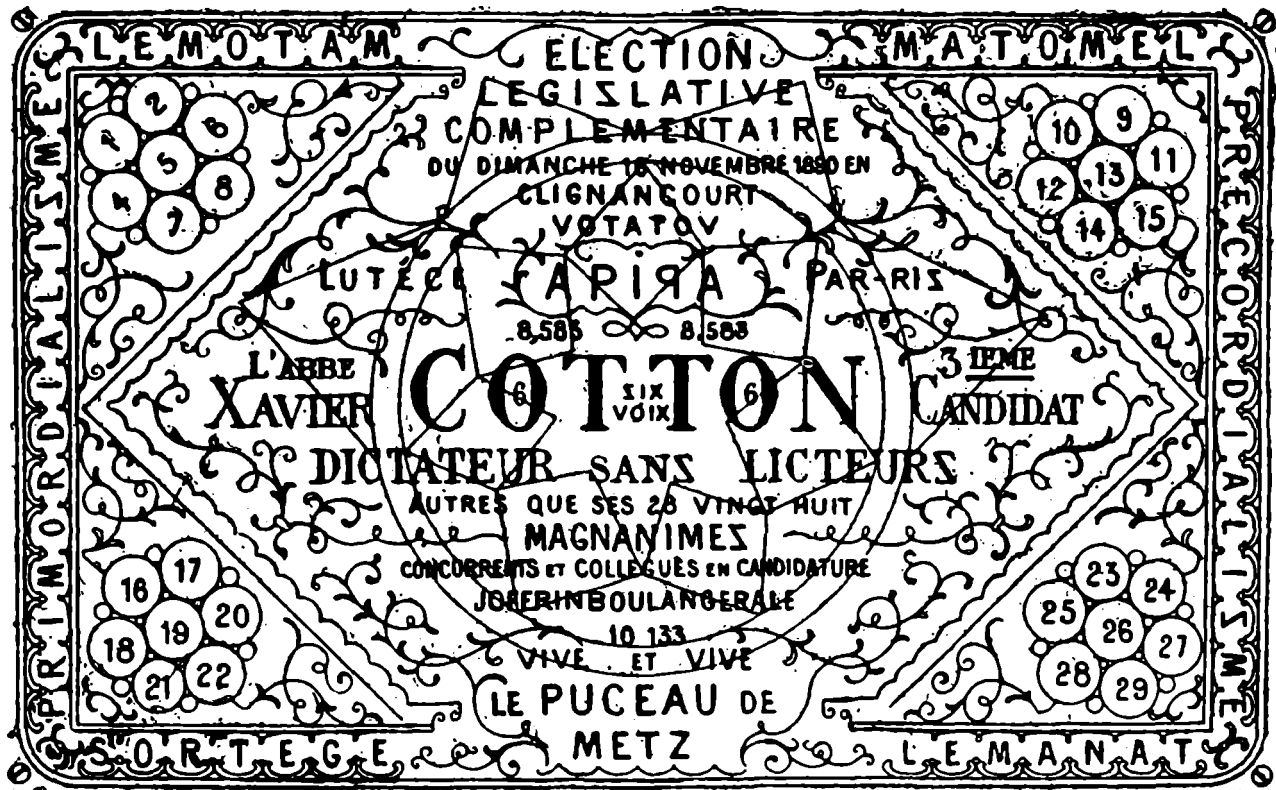


Fig. 42. —Cartel delirante de un alienado candidato en unas elecciones.

votos en París contra Joffrin y Boulanger. Había adoptado una singular manera de dar á conocer su programa: manuscibirla en dos carteles, que convertido en hombre-sandwich, paseaba él mismo por las calles. Damos la reproducción de uno de esos carteles visiblemente delirante.

Otros vesánicos no internados, más ó menos adelantados en la cronicidad y la demencia secundaria, se excitan con ocasión de las luchas políticas y entran en ella, así se explican algunos carteles, productos indudablemente de enfermos de ese género.

## ELECCIONES DEL 16 DE OCTUBRE DE 1907

### CONSEJO MUNICIPAL

#### *Barrio de la Moneda.*

*Yo estoy porque se reponga de pie en el Estado á Dios, hoy absolutamente olvidado... que se reponga en pie esta santa, sana y grande creencia de la Renumera-  
ción Eterna, de las Penas y Recompensas Eternas, hoy absolutamente derribadas, y sin la cual ninguna Nación ha vivido.*

*Yo sé bien que aún no se ha comenzado á poner in-  
mensos, grandes números en las Iglesias con, ade-  
más, la inscripción antigua: Hic habitat felicitas...*

(aquí habita el placer). Pero no estamos absolutamente lejos.

*Yo estoy porque se coja á la hermana de la caridad del brazo y se la haga entrar nuevamente en la Escuela y en el Hospital.*

...Y no por algunos días ó semanas, sino absoluta y definitivamente, como todos los pueblos de Europa y del Globo, incluso América y la Suiza..., que son creyentes.

*Y entonces, si se presenta un peligro público, no estaremos obligados, como hace algún tiempo, cuando el Ministerio Goblet, á enviar porcelana de Sèvres al Santo Padre suplicándole que intervenga.*

*Tendremos para nosotros, como todos los pueblos, la Casa Religiosa del País entero, y, además, una nación virilificada por la creencia en la vida futura.*

Guardad á Dios.

Y Dios os guardará.

H...

Arquitecto, Premio de Roma.

*Nota:* Si hay prisa leed únicamente las letras pequeñas.

# POR LA REVOLUCIÓN Y LA REVELACIÓN

PROCLAMÁNDOME YO

EL VIRGEN DE

*Metz.*

Yo-Pío-Diez-yo.

Hago prohibición á todo francés bautizado, sin excepción alguna, de uno y otro sexo, de osar, á partir de este día, cinco de Mayo de 1889..., antipatrióticamente y satánicamente, hacer aún uso de esta palabra lúgubre, siniestra, nefasta... infame, por siempre proscrita y maldita—*París,—imperavit ventres et mors y facta est tranquillitas magna maxima magna.*

Quien quiera que en Francia... y en el extranjero... en su cualidad de Francés de corazón y de alma desee determinar la vuelta de Strasburgo y de Metz al girón de la Gran Patria, afligidísima, sí, cada día más afligidísima de su mutilación—mutilación que no sería sino el correo de gabinete de su desmembramiento inminente—según el extranjero enemigo;

Se hace un deber inviolable no pronunciar nunca el nombre proscrito y maldito que hasta este día, desde la desaparición del nombre *Lutecia*, ha designado la capital de la R. F., y que siempre, cuando él, debería pronunciar la palabra París, haga oír *Apiga*,



que no es otra (incumbe á cada uno saber demostrárselo á todos) que ese mismo nombre, *Paris*, transfigurado; pero transfigurado, digo, transfigurado por el *químico del lenguaje*. Antes de llegar á ser el más legendario de sus contemporáneos apareciendo á todas las generaciones futuras... el más... sabiamente sabio... de todos los grandes legisladores pasados, presentes y por venir..., habiendo sido... el instaurador del *sorteggio* y el organizador del *semanal* en las cinco partes de este mundo sublimario.

*A mí... Carnot en elección y en acción en su Eliseo principalmente y princirougemente.*

Es también posible el caso de demencia surgida en un electo después de la elección. El caso no sería nuevo, y parece que los parlamentos no siempre están al abrigo de la presencia en su seno de elegidos, afectos de trastornos mentales más ó menos demenciales. Se comprenden los inconvenientes de tal presencia, en un grupo que asume responsabilidades directrices capitales.

La demencia del rey Lear tiene así *pendant* en los gobiernos democráticos y parlamentarios; pero la comparación resulta favorable á estos últimos, en los que la demencia de uno, está compensada por la multiplicidad de gobernantes.

El goce de los derechos electorales, toma un ca-

rácter particularmente delicado, cuando los dementes son asistidos en libertad.

En las colonias familiares del Sena, muchos dementes han reclamado su inscripción en las listas de electores y aun en las de elegibles. Los consejos de distrito han debido autorizarla, pero los alcaldes la han evitado fundándose en la falta de domicilio adquirido en el lugar donde vivían y en la conservación del domicilio en París.

Se ha salvado así la dificultad, reconociendo al demente sus derechos en lugar distinto de aquél en que los reclamaba.

Desde el punto de vista jurídico, el demente puede ser citado como testigo, y comparecer como acusado ó como víctima de delitos que su inconsciencia ha podido facilitar.

En el segundo caso, el demente puede, á primera vista, ser tomado por autor de un delito que, cómplices suyos, autores principales, hayan encontrado modo de endosarle.

Así fué utilizado un demente de mi clínica por estafadores que le enviaron á cobrar cupones falsificados por ellos. La detención del demente les permitió escapar, y el detenido no pudo dar detalle alguno de un delito que desconocía.

Pero ocurre también que el demente, aunque inconsciente ó semiconsciente, es el único autor del delito que su debilidad psíquica hace posible.

En esos casos conviene no imputar científicamen-

te todo el delito á la enfermedad; hay demencias en su principio que coinciden con tendencias viciosas anteriores; así un ladrón de profesión continuará robando después de haber caído en demencia, sin que pueda el robo ser imputado á ese mal.

Pero la demencia produce una tendencia al robo por desconocimiento de lo «mío» y lo «tuyo», que hace al demente kleptomano.

Roba entonces los objetos más inútiles, de menos valor y más difíciles de ocultar; cogido in fraganti, no puede explicar sus actos, porque muy pronto olvida hasta el origen del objeto de que se apoderó.

Un demente paralítico de mi clínica fué detenido por haber robado una maceta grande en la terraza de un café y en pleno día. El demente, además, llegó hasta á llamar á un agente de policía para que le ayudase, porque la caja era muy pesada, y pareció luego asombradísimo de que le detuvieran.

Los delitos que con más frecuencia llevan á los dementes ante los tribunales, son los atentados contra el pudor.

La irritación de los centros nerviosos, premonitoria de la demencia, produce frecuentemente una excitación genital efímera que impulsa á los dementes al exhibicionismo ó á otros atentados distintos que su inconsciencia hace más ostensibles y chocantes.

Pero ocurre también que se toman por tales actos automáticos, graves negligencias en el vestido, exhi-

biciones inconscientes y accidentales como las de un demente hemiplégico observado por mí, que, incapaz de vestirse, perdía sus pantalones en la vía pública.

También pueden cometer crímenes dentro y fuera del asilo; hace pocos meses fué estrangulado un enfermero de Villejuif por un demente paralítico.

Si los dementes pueden, por excepción, entregarse á atentados activos complejos, tanto más peligrosos cuanto más coordinados, son generalmente los vesánicos, y sobre todo entre éstos, aquéllos cuyo antiguo delirio tenía carácter místico, los que pueden ofrecer reacciones más violentas. El homicidio es entonces posible, y se citan dementes melancólicos que se suicidan al llegar al último grado de decadencia mental y de la caquexia melancólica, cuando su fin natural está próximo.

Otros numerosos dementes mueren por pseudo suicidio, estrangulándose con sus propios alimentos, de que llenan su garganta y que quieren tragar.

Se citan también muchos dementes vesánicos internados durante mucho tiempo y puestos al fin en libertad como inofensivos que han matado á algún pariente, como aquél que, puesto en libertad por el juzgado, contra la opinión de los médicos, fué encontrado poco después en su casa jugando á los bolos con la cabeza de uno de sus nietos.

Finalmente, hay dementes no criminales que se acusan, sin embargo, de delitos y de crímenes de que

han oído hablar, sin distinguir lo que han oído de lo realmente hecho por ellos.

Según el código no hay delito cuando el que lo comete lo hace en estado de demencia.

Pero la involución senil frecuentemente es lenta; el viejo no llega á la decrepitud completa, sino poco á poco, progresivamente, y hay toda una larga fase de su existencia en la que no puede ser considerado como absolutamente irresponsable.

Muchos apopléticos heridos por la hemiplejia con ó sin afasia, conservan su inteligencia en grado bastante para que su responsabilidad persista. En la *demencia apoplética* completa, la responsabilidad desaparece por el contrario: lo mismo ocurre en las *demencias alcohólicas, epilépticas y vesánicas*.

Para evitar los errores serían necesarios peritajes médico legales que hicieren imposibles las condenas de verdaderos irresponsables. Estos casos han sido contados por Pactet en su tesis; durante un período de veinte años, en el departamento del Sena, y se elevan, según Magnan, á cerca de 600.

En sus estudios acerca de los alienados en las prisiones, Pactet y Colin señalan la frecuencia de los dementes paralíticos, de los que citan seis casos (robo, estafa, falsificación y delitos contra el pudor), indican también condenas por vagabundaje, mendicidad, etc., sin que fuese conocida la demencia. Bajo la influencia, dicen, de la degradación de la inteligencia y del decaimiento de las facultades morales,

la actividad del paralítico general presenta un aspecto característico; todos sus actos están marcados de inconsciencia y de imprevisión.

No debemos creer que desde los comienzos de la enfermedad la debilitación intelectual haya de ser notada; por el contrario, resulta entonces enmascarada por una superactividad funcional de las facultades mentales, que hace parecer al individuo más inteligente que lo fué jamás. Si un individuo en esas condiciones comete un acto de indelicadeza ó de falta de probidad, el juez no podrá ver en él sino un delincuente ordinario, mientras que el médico, sorprendido por una ligera alteración en la articulación de las palabras, y por una desigualdad pupilar, sabrá discernir al enfermo á quien debe evitar los rigores de la ley.

Junto á los trastornos de la inteligencia, sean por sobreexcitación ó por depresión, conviene dejar un lugar importante á las modificaciones del humor del carácter, de las costumbres y de los sentimientos; de paciente, el enfermo se trueca de apacible en irritable, de económico en pródigo y disipador, etc.

Los sentimientos afectivos se esfuman y acaban por desaparecer, la amistad cede el puesto á la indiferencia, los sucesos más importantes de la existencia, la muerte de un pariente ó de un amigo, sólo determinan impasibilidad; los delitos cometidos por los paralíticos generales, en el primer período de su enfermedad, son tan frecuentes, que se había propuesto denominar á ese período «médico legal».

El punto de vista social más general es el de asistencia de los dementes. Ofrece diferentes aspectos y con su motivo principalmente se plantea el problema del crecimiento del número de alienados que necesitan asistencia y de los medios particulares de ella en las diversas categorías.

Pero comencemos por la estadística:

Las relaciones generales, detalladas, del servicio de alienados de Francia, no han sido publicadas desde 1875; pero tenemos los informes generales del Sena, de los que podemos sacar datos interesantes.

En ellos, para el departamento del Sena, que posee un contingente de 15.000 alienados, en números redondos, encontramos una cifra anual de 1.122 entrados durante 1904, distribuídos en esta forma:

Demencias seniles.....	483
— paralíticas.....	579
— vesánicas.....	60

Ahora bien, el total de ingresos por todas las causas fué de 1.325 durante el mismo año. Se ve, pues, la enorme proporción de demencias.

En compensación, las salidas durante el mismo año no citan más que seis seniles, cuanto á las parálisis generales, se sabe que su fin es generalmente fatal, y si los dementes vesánicos viven durante mucho tiempo, no salen de los asilos ó de sus anejos. También encontramos 1.352 existentes internados de más de sesenta años (368 hombres y 974 mu-

jeros) y además 1.279 crónicos y dementes diversos hospitalizados en colonias familiares (375 hombres y 908 mujeres). Finalmente, si los dementes salen poco, su proporcionalidad es enorme. Así vemos que la mortalidad de los dementes seniles de más de sesenta años en 1903-4 da  $\frac{381}{12.550}$ ; la de los paráliticos  $\frac{500}{12.550}$  y la mortalidad general de los dementes, por tanto  $\frac{881}{12.550}$ , siendo así que la mortalidad total fué de  $\frac{1.325}{12.550}$ .

Como no hemos contado los dementes muertos por otras causas (pneumonía, hernia estrangulada, hemorragia cerebral, etc.), ni de los dementes precoces, se deduce que debemos contar las defunciones de dementes como constituyendo los  $\frac{3}{4}$  de la mortalidad anual en los asilos del Sena; ahora bien, la proporción de entrados es mucho mayor, hay, pues, un exceso de dementes diversos que tiende á invadir los asilos dándoles el carácter de establecimientos para crónicos, y no de hospitales para enfermedades curables.

Y este no es un carácter particular del departamento del Sena.

Lunier, comentando las estadísticas generales de los asilos de Francia, hallaba, en 1875, que la cifra prevista de alienados para internar tendía á pasar de



20.000 (1838) á 80.000, y se preguntaba si esa progresión espantosa, que se encontraba también en el extranjero, revelaba un verdadero crecimiento del número de alienados ó sólo un crecimiento aparente.

«Se ha denominado, dice Foville, á los asilos «fábricas de incurables»; si contienen tantos es, en primer término, porque se los envían fabricados ya y además porque todos los que existen hayan entrado ya incurables ó hayan llegado á serlo, reciben cuidados higiénicos y médicos que prolongan su existencia y alargan, naturalmente, la duración de su permanencia».

Entre los medios apropiados para disminuir ese exceso, Foville admite las asistencias familiares directas.

## PROGRESIÓN DEL NÚMERO DE ALIENADOS

*Relación de los inspectores  
en 1894 para Francia.*

1865 .....	18	191
1866.....	18	693
1867.....	19	257
1868.....	20	402
1869.....	21	381
1870.....	21	938
1871.....	22	548
1872.....	20	745
1873.....	21	761
1874.....	23	778
Crecimiento decenal..	5	587

*Relación general para el Sena.*

1810.....	583
1820.....	2 392
1830.....	2 630
1840.....	2 700
1850.....	2 845
1860.....	4 195
1870.....	6 448
1880.....	7 969
1890.....	11 353
1900.....	13 429
1905.....	15 083
Crecimiento des- de 1810.....	14 500

## PROGRESIÓN DEL NÚMERO DE ALIENADOS

### *Progresión en Escocia.*

### *Progresión en Bélgica.*

1861-65.....	5 307	1869.....	28 918
1866-70.....	5 803	1880.....	28 221
1871-75.....	6 463	1890.....	25 188
1876-80.....	7 421	1895.....	25 071
1881-85.....	8 688	1901.....	34 852
1886-91.....	9 575		
De 181 á 1890.....	4 258		

En 1883, Lunier, estudiando el movimiento de alienación en Francia (1835-1882), decía: «Frente á 100 admisiones anuales no podemos señalar sino una media de 25 curaciones, 43 defunciones y 23 salidas por distintas causas, como bajas: que da un exceso de 9 por 100 que aumenta cada año la población de nuestros asilos. Los asilamientos oficiales han aumentado en proporción de la apertura de nuevos establecimientos: que han hecho llevar á esos establecimientos, á falta de otros, enfermos que debieran estar en asilos de incurables.

Basta, para convencerse, descontar el contingente de esas categorías (débiles, dementes seniles y orgánicos) se comprende entonces porque el número proporcional de curaciones ha descendido progresivamente (aumento de asilos para dementes: 1/3. Descenso de las curaciones de 20 á 25 por 100).

Lo que desde luego llama la atención en nuestros

asilos, es la abundancia de dementes, dice Febvre en su informe (1).

«102 enfermos han entrado diagnosticados de demencia; en 1894, sólo 34 habían entrado con el mismo diagnóstico: si esa proporción ha de acentuarse en estadísticas ulteriores, el servicio cambiará de destino irá transformándose poco á poco para llegar á ser un servicio de incurables».

Garnier, estudiando un período de tres años, ha encontrado que el número de admisiones por demencias representa el 29,7 por 100 (Mientras que, como veremos más adelante, en tiempo de Esquirol, esa proporción no pasaba del 18 por 100).

M. Magnan, en la oficina de admisión de Santa Ana, ha hecho muchas veces las mismas observaciones; no citaré como prueba sino el pasaje citado en el informe hecho por Deschamps acerca del Dun. El sabio médico de Santa Ana reconoce en él que los dementes seniles exceden con mucho de la sexta parte de las entradas anuales, 693 en 1893.

Fundándose en esas observaciones, proponía el Dr. Dubois, en 1890, la aplicación del sistema de asistencia en familia para eliminar una gran parte de esos crónicos que llenaban nuestros asilos.

M. Navarre hacía notar á ese propósito que la tercera comisión durante su visita á los asilos había

---

(1) *Rapport générale sur le service des aliénés de la Seine pour 1895*, pág. 294.

estado constantemente asombrada del exceso de enfermos producido por los dementes que ocupaban más de la tercera parte de las camas.

¿Qué hacer en vista de ese exceso de enfermos en asilos que no son para ellos?

¿Debía comenzar la era de las medidas restrictivas y negar sencillamente la admisión de esos enfermos?

Eso sería, á nuestro juicio, comprender mal el espíritu de alta filantropía que anima los consejos de la villa de París y del departamento del Sena. El Prefecto de policía ha dirigido, sin embargo, á los comisarios, una circular á ese propósito; pero podría no producir sino una recrudescencia de los suicidios de los viejos míseros atacados de debilidad senil, de las facultades intelectuales con trastornos mentales más ó menos acentuados.

Considerando la hipótesis en 1890 en mi informe sobre las colonias familiares escocesas, me esforcé en demostrar que la mayor parte de las legislaciones extranjeras han comprendido la asistencia en su más amplio sentido, y que la misma ley francesa, no es sólo una ley de policía y seguridad, sino también protectora de los enfermos.

El artículo 25 de la ley de 1838 dice: «Los alienados cuyo estado mental no comprometa el orden público ó la seguridad de las personas, podrán también ser admitidos en la forma, condiciones y circunstancias determinadas por el Consejo general á propuesta del Prefecto y aprobadas por el ministro».

Este artículo ha permitido intentar los ensayos de colonización familiar: desde luego responde plenamente á la categoría de enfermos á que se refiere. Son, en efecto, alienados, sino en el sentido del artículo 18, peligrosos cuando menos en el del artículo 25 y, científicamente hablando, porque «la demencia senil es una forma particular de la locura» y por otra parte «la enagenación es el conjunto de las diversas formas de locura y de demencia (*Littré*).

Las protestas unánimes de los jefes de clínicas del Sena reclamando la supresión del exceso de dementes incurables, no deben ser interpretadas en el sentido de enviarlos á los hospicios ordinarios. Si no todos son alineados peligrosos, tampoco son simples seniles, sino enfermos con la mentalidad profunda y definitivamente alterada.

Por otra parte, el trastorno mental más frecuentemente observado es la psicosis melancólica tardía frustrada (*Toulouse*).

Muchos son, efectivamente, los viejos que caen en un estado de melancolía con ideas persecutorias caracterizadas esencialmente por una desconfianza realmente enfermiza (*Vallon*).

«Si el viejo es rico, se figura que todo el mundo, y particularmente sus parientes, codician lo que posee».

«Si es pobre, cree que sus parientes le acusan de no haber sabido ahorrar para la vejez, resultando por eso una carga; en uno y otro caso llega á supo-

ner que quieren desembarazarse e él, que desean su muerte, cae en la tristeza y en el abatimiento y siente temores de que le envenenen».

Estas son las formas más ligeras.

En el asilo se encuentra la melancolía verdadera en todas sus formas, y en orden de mayor frecuencia la melancolía suicida. He presentado estadísticas basadas en las entradas en Dun y he señalado 87 casos de ese género en 300 asistidos.

El Dr. Ritti desarrolló en su ponencia al Congreso de Burdeos, acerca de las psicosis seniles, la idea de que la curación de esas psicosis era casi tan frecuente como la de vesanias de edad madura, cuando los enfermos pueden ser colocados en condiciones suficientemente favorables; esta hipótesis es perfectamente justa por lo que respecta á la melancolía senil y la curabilidad depende, creemos con Vallon, de la naturaleza de las causas que engendraron la enfermedad mental.

Si contra las penas morales, la acción del médico es generalmente mínima, contra las necesidades materiales puede ser mucho mayor.

En ésta, como en todas las circunstancias en que puede ser directamente atacada la causa misma del mal, se obtienen resultados favorables; la terapéutica etiológica conduce pronto á la curación.

El senil, mentalmente debilitado, se hace melancólico por disminución física, dadle lo que le falta y pronto le veréis volver á su mejor estado.

Lasègue tenía la costumbre de llamar á esos estados patológicos intermedios entre la demencia y la melancolía pura, melancolías *ab* miseria y senectud; «tanto más legítimas son esas melancolías, tanto más favorable es su pronóstico».

Por esto entendía que cuantas más razones hubiese tenido un viejo para llegar á la melancolía, cuantas más numerosas y potentes las causas de su depresión, más facilidades había para mejorarle por la asistencia. Es evidente que si un viejo se hace melancólico á la primera dificultad que surge, si cae por el menor guijarro que encuentra en su camino, es que tiene en sí mismo una predisposición contra la que los agentes terapéuticos tienen una acción muy limitada: el pronóstico de la enfermedad es entonces grave.

Si, por el contrario, un individuo ha recorrido una larga existencia sembrada de obstáculos sin sentir jamás desfallecimiento cerebral, y únicamente cae en melancolía en una edad muy avanzada, cuando ha gastado sus fuerzas al molino de la vida, es que no tenía ninguna predisposición.

Si la enfermedad resulta de causas accidentales, cuanto mayores sean los medios de que contra ellas podamos disponer, más favorable será el pronóstico.

El hecho de que un estado melancólico se desarrolle por primera vez en la vejez, indica la falta de predisposición, siendo en el senil las causas más frecuentes de melancolías la miseria, es decir, una cau-

sa reductible, y resultando así una doble razón que hace favorable el pronóstico siempre que la miseria no se haya prolongado demasiado tiempo, comprometiendo definitivamente el estado físico general.

Los dementes seniles podrían ser salvados de la melancolía, á condición de ser colocados en hospicios para viejos, antes de la fecha de la miseria fisiológica; la psicosis secundaria que de la melancolía resulta, sería entonces evitada también, tal será la profilaxis en lo porvenir; pero actualmente, mientras los hospicios para viejos rebosan de enfermos, la miseria se ceba sobre los no admitidos que, al fin, son presa de la melancolía, con ó sin intento de suicidio, que los abre tarde las puertas del asilo, con ó sin escala en el hospital.

Las dificultades para admitir á esos viejos en los asilos no puede, pues, tener otro resultado, que un aumento compensador del número de defunciones por melancolía suicida tardía.

Es necesario establecer para esas categorías de enfermos, métodos de asistencia mixtos entre el asilo cerrado y el hospicio para viejos.

La vigilancia médica en las familias parece responder, en parte, á esa necesidad; y, comprendida así, permitiría la extensión del sistema á los verdaderos alienados crónicos, convertidos por la edad en dementes incurables é inofensivos.

No pretendo, por lo demás, que ese sea el único medio de remediar el estado actual y recordaré que



en Escocia el sistema de las cronicblocks responde al mismo fin.

¡Por qué no había de hacerse lo mismo en Francia, ó á lo menos en París, donde el mal es tan agudo!

Es una idea muy práctica y fácilmente realizable, dice el Dr. Dubois, en su informe general acerca del servicio de alienados, creemos que sería bueno estudiar el medio de crear en las cercanías de París granjas-asilos, pudiendo contener doscientos enfermos cuando más. De ese modo podrían desembarazarse los asilos de dementes, de idiotas, de epilépticos, de convalecientes, de todos aquéllos, en fin, que no necesitan la rigurosa vigilancia, ni asíduos cuidados.

Estudiando yo el problema en mi informe á la comisión mixta del Consejo general, he indicado diversos medios de evacuación que reducirían á la mitad próximamente la población actual.

«Han salido, dice Toulouse en su informe acerca de la clínica, 222 enfermos (131 hombres y 91 mujeres). Si sumamos las admisiones y los presentes en 1.º de Enero de 1895, es decir, 154, se ve que restado un número de otro, resulta un aumento de 19».

La clínica está, pues, excesivamente poblada. Los enfermos duermen en el suelo sobre colchones, los refectorios son demasiado pequeños, singularmente los de hombres, y es necesario utilizar para comedores habitaciones que debían tener otro uso. Esto

ocurre en todos los asilos del Sena. Si no se encuentra otro remedio para esa situación, que la construcción de costosos asilos que exigen largo tiempo para levantarlos, no habrá modo de dar rápidamente una solución al problema cada día más apremiante.

¿No sería más práctico comprar en las cercanías de París, construcciones ó vastas casas de campo amplias y poco lujosas, en que se podría instalar clínicas de 200 enfermos?

La ventaja de esas pequeñas clínicas improvisadas, es que serían baratas; se instalarían pronto y servirían para una especie de enfermos, capaces de gozar de una libertad más grande que la que tienen en los establecimientos actuales.

No sería la asistencia en familia; pero tampoco el asilo cuartel.

Los convalecientes y muchos enfermos tranquilos, serían enviados á esas granjas que los inspirarían menos repulsión que los vastos asilos del Sena, con sus clínicas demasiado grandes, demasiado pobladas, demasiado híbridas, y que no sirven ni para los enfermos, ni para los médicos.

Un médico-adjunto, asistido de un administrador y de un interno de farmacia, bastaría para dirigir cada una de esas nuevas clínicas (1).

El temor de poner en el frontispicio de una cate-

(1) La reciente creación del asilo-hospicio de Moisselle es una aplicación de estas ideas.

goría especial de establecimiento el dantesco *lasciate ogni speranza*, tenido por algunos autores que rechazan la idea de crear establecimientos distintos para agudos y para crónicos, me parece un argumento sentimental que no puede ser obstáculo para el sereno estudio capital de la distinción de alienados agudos y crónicos, con la misma razón que se hace de los demás enfermos en otros hospitales, diciendo crónicos por no emplear la palabra incurables, que asusta á algunos.

¿No tenemos para los enfermos ordinarios asilos de incurables? Todos conocemos el de París, en el cual, los que entran, lo considerán como un verdadero favor.

Los versos del *Dante*, escritos sobre su frontispicio, no impiden á los incurables ordinarios acudir á él: lo mismo ocurriría con el asilo de alienados crónicos, aunque se los considerara como incurables.

Si continuamos confundiendo curables y dementes en nuestros asilos, llevamos á todos los establecimientos la desesperanza de curación, porque aplazamos indefinidamente el advenimiento de la fase verdaderamente médica y terapéutica de la alienación mental, para perdurar en el período de asistencia administrativa y hospitalización en masa heterogéneamente.

Es necesario tener el valor de reconocerlo. ¿Qué asilos públicos poseemos en la mayoría de los departamentos de Francia que no sean asilos-cuar-

les, indignos. los más de ellos del nombre de hospitales de tratamiento para alienados? En esos asilos se hace de todo menos medicina mental.

El prejuicio, que consiste en suponer que internando á un enfermo en el asilo se le va á convertir en loco, se basa en un hecho real: el del abandono relativo en que en la mayoría de los casos cae el nuevo internado, por lo que respecta á la observación individual y á la terapéutica especial; esa observación y esa terapéutica resultan imposibles en un medio pletórico de crónicos, la mera inspección superficial de los cuales, absorbe al médico imposibilitado de hacerla ante un número de enfermos demasiado considerable para un sólo medio (á veces 1.000).

Esto es lo que expresaba ya Rogen de Laivet en 1837 cuando exclamaba: «Introduciendo en un ambiente de dementes incurables un enfermo con locura reciente ó pasajera, comprometéis su curación, la hacéis imposible para siempre y pronto no tendréis en el asilo sino un demente más».

Y como en confirmación de estas tristes previsiones ¿qué vemos producirse desde que nuestros asilos van siendo cada vez más invadidos crecientemente por la oleada de crónicos más ó menos incurables?

El Pr. Pierret en el Congreso de Lyon en 1891, lo demostraba lanzando el grito de alarma: en nuestros asilos no se cura. El número de salidas por cu-

ración tiende á bajar de 30 ó más por 100 á 20 ó menos, mientras que en el extranjero, en Holanda y en Inglaterra, singularmente no baja, porque allí se distingue á los agudos curables de los crónicos á que se elimina de los asilos en que la proporción de los médicos se aproxima á la de otros hospitales.

Algunos autores han sostenido, fundándose en una frase de Marcé, que la vista de alienados más graves, es muchas veces saludables para los recién ingresados: opino que esa idea es semejante á la que atribuía á las duchas, castigos y contradicción una influencia modificadora en las concepciones erróneas de los enfermos.

Creo que los casos de delirios agravados por la proximidad de otros delirantes, es un hecho mejor demostrado; me basta como prueba la forma psicopática descrita por los autores ingleses con el nombre de *asylum dementia*, como demencia provocada por la prolongada permanencia en el asilo en contacto constante y exclusivo de enajenados variados de que las psicosis no podrían reaccionar una sobre otras, en el sentido de una aberración progresivamente creciente.

El error de Esquirol, que calculaba en 25.000 el número total de alienados que existían en Francia en 1838, fué reconocido muy pronto. La institución de los asilos ensanchando el campo de asistencia, las nuevas instituciones ofreciendo más lugares dis-

ponibles produjeron un aumento fatal en el número de internados (ley de la oferta y la demanda).

Al número de alienados asistidos no igualará nunca al de existentes; podrá aproximarse más ó menos y en Escocia, entre paréntesis es menor que en Francia.

La organización de los asilos y de un cuerpo médico correspondiente, sería la consecuencia de una evolución científica en relación en el desarrollo y la especialización de la alienación. Los servicios nuevos favorecen también los progresos de la ciencia nueva que ampliará sus cuadros cada vez más.

Aparte de la extensión del nombre de alienados á casos que antes no entraban en el cuadro de la nomenclatura nosológica, un número menor de casos comprendidos en ella, no habían sido conocidos. Por último, ya lo hemos dicho, la significación exacta de la expresión literal de la ley (*peligrosos*), está muy lejos de haber sido definida con claridad; varía según el individuo, el tiempo y el medio.

Un enfermo inofensivo en determinadas condiciones puede llegar á ser, con la edad y la pubertad (por ejemplo), capaz de impulso violador, etc.

Otro que en el campo, lejos de toda excitación hubiese vivido en calma, entrará en excitación perjudicialísima para él y para los que le rodean si se le saca de ese medio.

Inversamente han sido tenidos por peligrosos alienados, cuyo sostenimiento en la existencia corriente hubiese sido posible. Esto es una consecuencia

directa de las fases sucesivas recorridas por el problema de los alienados. Sometidos al principio á procedimientos de represión y coacción, concluyeron por ser sencillamente secuestrados; el secuestro se convirtió pronto en asistencia: se ha asegurado un asilo á individuos incapaces de vivir libres sin peligro para ellos mismos. Finalmente, viene el período que llamaremos terapéutico, en que se tiende á asistir pronto al alienado sin atender á si es ó no peligroso, sino para evitar otro peligro, el de que llegue á hacerse incurable, lo que no deja de tener su interés económico. Al asilo del porvenir será, pues, un hospital, y la noción primitiva de alienado peligroso irá borrándose cada vez más.

Entretanto, por no ser internados pronto los que lo son tarde, multiplican el número de incurables. Antes de llegar á su último grado de perfeccionamiento, el asilo se ha higienizado, y esto ha hecho crecer la viabilidad de los enfermos internados, y consiguientemente ha dado excesiva población de alienados, que contribuye á retardar más aún la última evolución: la hospitalización de los alienados curables que resultan ahogados entre los crónicos.

Otro resultado del mejoramiento progresivo del régimen interior y de la higiene material de los asilos ha sido que la antigua repulsión de las familias y aun de los mismos enfermos ha ido atenuándose, resultando una nueva causa de crecimiento del número de asilados.

Este número ha ido, pues, creciendo incesantemente desde 1835 á 1884; de 10.539 ha subido á la cifra de 49.012, es decir, ha hecho más que cuadruplicarse. «Un espíritu pesimista, dice Ritti (1), sacaría de esta colosal diferencia un horóscopo de lo más lúgubre acerca del porvenir de la especie humana, porque ese aumento progresivo parece ser la triste suerte de todos los países. Lunier, sin ser un optimista, no ve la situación con colores tan sombríos. El número de casos de locura ha aumentado considerablemente si le medimos por el número de entrados en los asilos; pero ¿el aumento de esta última cifra, no será debido á la facilidad para ingresar? Los asilos destinados al principio á los alienados únicamente han concluído por ser verdaderos *pandemonium* de los males más diversos. Como dice Lunier, se admite como alienados á imbeciles inofensivos, *dementes hemiplégicos, viejos en infantilismo, débiles de inteligencia*, en una palabra, cuyo sitio no ha debido dejar de ser el asilo de incurables. «Pero hay más, y esto puede parecer consolador» y es que el aumento del número de admisiones que era hace cuarenta años de 12'5 por año, no excede hoy de 1'70 por 100.—«El número de admisiones, añade Lunier, tiende, por tanto, á estacionarse y está estacionado ya en muchos departamentos que tienen asilos bien organizados y en que

(1) *La France médicale.*



el servicio lleva ya algunos años funcionando con regularidad». ¿Hay mejor prueba de que el aumento del número de casos de locura, admitiendo que sea real, es, en todos los casos, mucho menos considerable de lo que generalmente se cree?

Decrecimiento del número de altas por curación.

En 1864..... 27'97 por 100

En 1874..... 24'08 por 100

pero si se hace la separación de los dementes y los imbéciles incurables, el número de curaciones se eleva á 40 por 100.

«Los términos de la ley de 1838, decía Roussel en 1884, han ejercido indudable influencia sobre la enorme población de los asilos... han permitido abrir las puertas, no sólo á los alienados propiamente dichos, sino á todos aquéllos á que el estado mental hace impropios para la vida social».

«En el asilo exclusivamente consagrado al tratamiento de la alienación mental, debe eliminarse á esos enfermos así como á los individuos en demencia senil que no son susceptibles de tratamiento».

Esto no quiere decir que se los deba echar para abandonarlos por completo. Sería interpretar mal las palabras del eminente filántropo á que acabamos de citar, y que de ningún modo puede ser considerado como partidario de la restricción de la asistencia pública.

Todo lo contrario, la quiere tan amplia como sea

posible, pero á condición de que sea distribuída con inteligencia y equidad.

Però abrir las puertas á todos no implica que haya de tenérselos en una promiscuidad perjudicial por todos conceptos á los alienados ordinarios.

Por eso los últimos textos de ley propuestos (A. I. Pro. Reinach, Lafond y Dubief) establecen asilos para el tratamiento de los alienados, y la guarda para los crónicos é incurables.

Á ese doble fin correspondería una dualidad de servicios que existe en el régimen holandés; pero que aún no hemos realizado nosotros.

Todos los enfermos curables ó incurables deben, como en Escocia, pasar por el asilo de tratamiento; pero allí se haría una división en dos categorías para concentrar sólo sobre los curables la acción terapéutica curativa.

De la progresión constante y rápida de la cifra de alienados tratados en los asilos resultan dos hechos:

De un lado el *rellenamiento* de los establecimientos especiales por enfermos incurables y dementes inofensivos, para los que el tratamiento es nulo, y de otro lado el aumento de los gastos departamentales (31, Lafond).

«...El *rellenamiento* de los asilos por los incurables, se produce con gran daño de esa categoría de alienados á que una intervención pronta de los medios curativos y de aislamiento, podría curar si fuese po-

sible admitirlos en asilos desde la aparición de los primeros síntomas de enfermedad.

»El internamiento no es en sí mismo, y por sí mismo, un medio curativo y *el internamiento sin distinción de categorías debe ser condenado*. Importa, pues, conciliar en él la necesidad de la protección social con las prescripciones de la terapéutica.

«No se elogiará nunca bastante, dicen Marandon y Montyel, el proyecto de ley de permitir las colonias familiares para los dementes seniles y los idiotas que serían enviados á ellas después de un período de observación en los asilos; colonias familiares confiadas á los cuidados de médicos y enfermeros especiales sometidos á la vigilancia de inspectores elegidos por el Consejo superior y nombrados por el ministro del Interior. Tengo, en efecto, el convencimiento de que el porvenir de la hospitalización de la locura está en el abandono del método de aislamiento y los asilos cerrados por el método de la libertad y el Open-Door. Por eso reprocharía yo á la comisión parlamentaria haberse detenido en tan buen camino ¿por qué no mostrarse con todos igualmente generosos que con los dementes y los idiotas? ¿Por qué no haber extendido el beneficio de las colonias familiares á los alienados tranquilos é inofensivos? Son muy numerosos los enfermos que necesitan para curarse un cambio de medio; pero que no necesitan vigilancia especial porque están tranquilos y su enfermedad no les hace perversos. Más numerosos aún

son los dementes no seniles relativamente jóvenes; pero viejos ya en la locura, hechos pacíficos y tranquilos por la cronicidad de la enfermedad y que nos vemos obligados á encerrar porque incapaces de ganar su vida y de vivir entregados á sí mismos, carecen de familia, ó porque sus parientes, obreros que trabajan fuera de su casa, se verían obligados á dejarlos solos y carecen de medios para vigilarlos y para subvenir á sus necesidades. Todos estos enfermos son excelentes para las colonias familiares: llevarlos á ellas sería mejorar su suerte y, al mismo tiempo, realizar una gran economía. Deseo ardientemente que sea llenado ese vacío».

En el *Congrès d'Assistance publique* de 1889, entre las conclusiones aprobadas, figuraron las siguientes: «El asilo debe ser considerado como un instrumento de curación y tratamiento» y como corolario «junto al asilo las colonias familiares deben ser desarrolladas con la mayor amplitud posible para obviar el exceso de población de los asilos; el médico de tratamiento indicará las categorías de enfermos que están en estado de aprovechar esa asistencia y vigilará las colonias.

»Las ventajas económicas del sistema familiar, adaptado á los alienadas pobres, no pueden ser sostenidas sino á condición de que el sistema sea aplicado á incurables é inofensivos que puedan vivir la vida común, y no puedan lograr ningún beneficio de cuidados más asíduos.

»Esta clase de enfermos es bastante numerosa en los asilos para que la aplicación del sistema permita realizar economías serias, no sólo por la disminución de los gastos de entretenimiento de enfermos, sino permitiendo evitar la construcción de nuevos asilos».

Á medida que la hospitalización se hace más amplia, dice Toulouse, los establecimientos destinados al tratamiento de la locura se llenan de personas que de ningún modo están allí en su sitio.

Dementes crónicos, incurables inofensivos, imbéciles, paralíticos, hasta meros viciosos, invaden los asilos que transforman poco á poco en lugares de refugio, donde la disciplina requerida por el número acaba por ser más importante que la medicina.

Haciendo un cálculo muy sencillo, se observa que, al comenzar el siglo, los enfermos afectos de demencia constituían el 18 por 100 de los entrados, actualmente representan el 29 por 100 (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 20, 1893).

Toulouse concluye la convèniencia de eliminar los crónicos mediante el régimen familiar.

En el extranjero, y singularmente en América, donde el sistema familiar se emplea simultáneamente con los Chronics-Blocks y las colonias agrícolas, el principio de eliminación de los crónicos parece dar excelentes resultados.

En un asilo en que agudos y crónicos están mezclados, la proporción de curados no es tan grande

como la media combinada del asilo de agudos con un asilo de crónicos.

La idea directriz debería ser la cura de alienados en el período agudo, y los hospitales, especialmente destinados á ese fin; deberían ser pequeños, y ante todo organizados, constituídos y administrados según los principios más modernos de la terapéutica...

Debemos oponernos enérgicamente á la tendencia actualmente irresistible á construir asilos comunes enormes, haciendo degenerar en cuarteles monstruosos hospitales de tratamiento, concebidos inicialmente conforme á un plan restringido. (William P. Letchworth, Presidente del Consejo superior de Asistencia de New-York. Congreso de Denver, 1892).

Pasados los cincuenta y cinco años, las admisiones decrecen para los dos sexos, aunque siempre son algo más numerosas para las mujeres.

Estos resultados son variables cuanto á número absoluto de admisiones; pero comparando éstas con la población general de cada edad, se adquiere la prueba de que envejeciendo el cerebro se gasta y las facultades intelectuales se debilitan y extinguen.

Como Esquirol hizo observar para deducir consecuencias rigurosas del número de alienados con respecto á las edades, no basta comprobar que existen numéricamente más locos entre treinta y cuarenta años, importa conocer el número de locos comparado con la población de cada edad.

Para esto se ha estudiado la edad de 12.869 alienados observados en Bicêtre, en la Salpêtrière y en Charenton.

Se ha clasificado á esos 12.869 individuos por edades y se los ha relacionado con una escala, de donde han resultado cantidades geométricas que permiten apreciar de una ojeada el número y la diferencia de alienados en cada edad; comparar ese número y esas diferencias y someterlas á proporciones matemáticas. Esa misma operación ha sido hecha con diez millones de individuos, clasificados también por edades, á fin de determinar la población para cada edad de la vida. El anuario del «bureau des longitudes» ha servido de base á ese trabajo hecho por Leuret.

La población absoluta disminuye de edad en edad; esta disminución es gradual y se verifica en la misma proporción, próximamente, desde los veinte á los treinta y cinco años. Es más fuerte de los treinta y cinco á los cuarenta y cinco años; es más limitada de cuarenta y cinco á sesenta; y muy rápida después de los sesenta, y sobre todo después de los sesenta y cinco.

Desde esta última época hasta la decrepitud esa disminución se verifica regularmente y en progresión casi geométrica.

La frecuencia de la locura, comparada á las edades, no sigue la misma ley que la población general, ofrece anomalías muy singulares, aunque va siempre

en aumento. *Así, pues, cuanto más avanza el hombre en la vida, más expuesto está á perder la razón, pero con probabilidades diferentes, según las edades.*

De veinte á treinta años hay, en relación con la población, menos locos; de treinta á cuarenta hay más, aunque la población ha disminuído, y sin embargo, el número de locos es menos elevado, comparativamente en las edades siguientes: de cuarenta á cuarenta y cinco años la población ha disminuído y el número relativo de locos aumentado en razón de esa misma disminución; lo mismo ocurre de cuarenta y cinco á cincuenta años.

*El aumento relativo del número de locos es aún más marcado de cincuenta á cincuenta y cinco años: De setenta á setenta y cinco y setenta y cinco á ochenta; el número de alienados con relación á la población es enorme, esa es la edad de la demencia senil.*

Así, aunque numéricamente y de una manera absoluta, sea exacto decir que hay más alienados de treinta á cuarenta años, que antes y después de esa edad, sería errónea la conclusión de que á esa edad está el hombre más expuesto á perder la razón, puesto que relativamente á la población general hay menos locos de treinta á cuarenta años que en las edades siguientes.



EDAD		SEXO	1.º AÑO		2.º AÑO		3.º AÑO		4.º AÑO		5.º AÑO		6.º AÑO		7.º AÑO		8.º AÑO		TOTALES		
a 20 años.		Hombres.	19	»	22	»	17	»	4	»	1	»	10	»	3	»	6	»	82	»	
De 20 á 25		Mujeres.	»	9	»	12	»	10	»	4	»	5	»	1	»	1	»	0	»	42	»
		Hombres.	21	»	16	»	17	»	12	»	17	»	8	»	13	»	15	»	119	»	
		Mujeres.	»	11	»	10	»	11	»	2	»	8	»	1	»	5	»	7	»	55	»
25	30	Hombres.	14	»	15	»	28	»	18	»	11	»	16	»	14	»	19	»	135	»	
		Mujeres.	»	10	»	18	»	13	»	8	»	4	»	0	»	4	»	6	»	72	»
30	35	Hombres.	16	»	20	»	15	»	16	»	13	»	16	»	16	»	18	»	130	»	
		Mujeres.	»	14	»	8	»	8	»	9	»	9	»	7	»	13	»	9	»	77	»
35	40	Hombres.	16	»	18	»	7	»	11	»	13	»	4	»	15	»	17	»	106	»	
		Mujeres.	»	10	»	13	»	6	»	14	»	12	»	15	»	13	»	10	»	102	»
40	45	Hombres.	7	»	18	»	16	»	11	»	17	»	16	»	15	»	5	»	105	»	
		Mujeres.	»	0	»	8	»	14	»	9	»	14	»	14	»	13	»	9	»	90	»
45	50	Hombres.	14	»	8	»	9	»	10	»	9	»	7	»	10	»	10	»	83	»	
		Mujeres.	»	7	»	9	»	5	»	11	»	5	»	13	»	7	»	8	»	65	»
50	55	Hombres.	6	»	4	»	4	»	15	»	12	»	10	»	11	»	6	»	68	»	
		Mujeres.	»	1	»	2	»	4	»	7	»	7	»	9	»	4	»	7	»	46	»
55	60	Hombres.	1	»	1	»	3	»	8	»	7	»	8	»	4	»	5	»	37	»	
		Mujeres.	»	6	»	0	»	8	»	4	»	5	»	4	»	11	»	4	»	36	»
60	65	Hombres.	1	»	0	»	1	»	5	»	10	»	3	»	»	»	4	»	35	»	
		Mujeres.	»	3	»	2	»	1	»	2	»	3	»	4	»	4	»	5	»	22	»
65	70	Hombres.	6	»	1	»	5	»	3	»	1	»	4	»	»	»	1	»	25	»	
		Mujeres.	»	0	»	0	»	2	»	1	»	1	»	4	»	1	»	2	»	10	»
70	75	Hombres.	0	»	0	»	0	»	2	»	1	»	0	»	»	»	0	»	4	»	
		Mujeres.	»	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	1	»	0	»	1	»	2	»
75	80	Hombres.	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	2	»	»	»	0	»	2	»	
		Mujeres.	»	0	»	0	»	0	»	0	»	1	»	0	»	1	»	2	»	4	»
80	85	Hombres.	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	»	»	0	»	1	»	
		Mujeres.	»	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	1	»	1	»
85	90	Hombres.	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	0	»	»	»	0	»	0	»	
TOTAL.....			121	80	123	82	122	82	121	71	112	74	100	82	118	70	106	66	932	625	
TOTAL GENERAL.....																			1557		

HOMBRES		MUJERES	
De 25 á 30 años.....	135	De 35 á 40 años.....	102
30 35 —.....	130	40 45 —.....	90
20 25 —.....	119	30 35 —.....	77
35 40 —.....	106	25 30 —.....	72
40 45 —.....	105	45 50 —.....	65
45 50 —.....	83	20 25 —.....	55
Antes de 20 años.....	82	50 55 —.....	46
De 50 á 55 años.....	68	Antes de 20 años.....	42
55 60 —.....	37	De 55 á 60 años.....	36
60 65 —.....	35	60 65 —.....	22
65 70 —.....	25	65 70 —.....	10
70 75 —.....	4	70 75 —.....	2
75 80 —.....	2	75 80 —.....	4
80 85 —.....	1	80 85 —.....	1
85 90 —.....	0	85 90 —.....	1
	932		625

En la colonización familiar del Sena, creada por mí, he establecido en 1900 estadísticas proporcionales de las diversas demencias, constituyendo el contingente de los asistidos existentes en Dun. He aquí cómo se descomponían:

Demencias.....	} seniles.....	} simples..... 70	} 100
Idem consecutivas á psicosis crónica.....	} parciales.....	} depresivas..... 75	} 103
Debilitaciones intelectuales, consecutivas.....	} A intoxicaciones.....	} intermitentes... 17	} 30
Débiles congénitos.....			21
Demencias precoces.....			35

TOTAL..... 555

Furstner ha hecho un trabajo análogo sobre 178 casos de psicosis sobrevenidas después de los cincuenta años; ha encontrado 67 que podían ser considerados como exentos de psicosis seniles. Además de esos 178 casos otros 28, agrupados así:

1. Psicosis funcionales puras.
2. Psicosis funcionales asociadas á un defecto intelectual.
3. Psicosis con síntomas somáticos cerebrales.
 

Melancolia simple.....	35
Idem agitada.....	18
Idem estúpida.....	3
Manía.....	0
Locura común (?)......	11
Idem de forma abortiva.....	7
Semi-senil.....	5
Demencia con lesiones localizadas.....	0
P. G.....	0

---

95 (67 + 28)

El Dr. Magnan, médico jefe del servicio de admisión en el asilo clínico, hablando del movimiento de entradas en 1893, decía:

Los dementes seniles y los enfermos atacados de demencia orgánica llegan á 693 y exceden con mucho á la sexta parte de los entrados. Esta cifra comprende 309 hombres (223 dementes seniles y 76 dementes orgánicos).

«La mayor parte de estos desgraciados dementes pueden llegar á ser peligrosos cuando están entregados á sí mismos y no son objeto de una vigilancia especial; pueden por descuido incendiar su habitación depositando una luz sobre un mueble, bajo una

cortina; otras veces encienden inconscientemente papeles ó trapos en medio de la habitación, tiran por la ventana, siempre inconscientemente, los objetos que caen bajo su mano, salen medio desnudos, se pierden en las calles ó son atropellados por los coches; estos son accidentes que una cuidadosa vigilancia puede evitar, y por eso son necesarios hospicios muy amplios para recoger á esos desventurados, la asistencia familiar, tal como la practicada ya en Dun-sur-Auron, basta para muchos de estos enfermos».

Para terminar consignaré un solo hecho que me parece interesante desde el punto de vista psicológico, al mismo tiempo que por lo que respecta á la acción terapéutica del régimen familiar. Muchos enfermos señalados desde hacía mucho tiempo como dementes incurables devueltos, después de un largo internamiento, á un medio familiar, han mostrado gran mejoría mental. Saliendo del mutismo y de la inercia, llegan á tomar parte en las conversaciones y adquieren de nuevo algunas nociones elementales que los permiten adaptarse á una existencia social normal. Es como un despertar de los viejos recuerdos de una existencia anterior al internamiento y que la vida en el asilo tiende á hacer desaparecer. Sin que el fondo demencial se haya modificado, esos enfermos, en familia, toman aspecto más normal y contrastan por ese nuevo aspecto, con su actitud anterior, inerte, atónica, vegetativa en cierto modo, que el médico

de asilo conoce bien porque le observa en esos viejos dementes que parecen formar parte del mobiliario de sus celdas. Los médicos escoceses que han observado esos hechos en sus colonias familiares, han descrito el *asylum dementia*, otra pseudo demencia resultante del internamiento prolongado en un medio anormal y que viene á complicar la debilidad senil real que había conducido á esos enfermos al asilo.

Una mejoría del estado mental, dice el Dr. Fraser, se produce para la mayoría de los casos enviados del asilo á la colonización familiar. Ese cambio puede ser atribuído á la influencia/inhibitoria del medio ambiente, una vez que el enfermo está sometido á cuidados especiales. La sociedad con personas sanas, el ejemplo de sus cuidadores, la presencia de niños y otros diferentes cosas, todo, en más ó menos grado, influye sobre el carácter. Resulta frecuentemente de esto que el enfermo parece más razonable que es, y á veces llega á serlo realmente. Comprende pronto que las rarezas de carácter ó de lenguaje chocan á la familia con que viven.

Esto es lo que el Dr. Turnbull llama acción tónica del *Private dwelling system*.

Moreau (de Tours), decía lo mismo hace treinta años (1).

«El aislamiento es, dice, la primera condición del tratamiento de un alienado...

---

(1) *Quelques mots sur Gheel*, pág., 9.

»Pero, en un asilo, el enfermo está más bien secuestrado que aislado. Tan poco favorable como es el ambiente, hablo lo mismo de lo moral que de lo físico, en los grandes asilos donde están aglomerados por centenares de todas clases, es provechoso el aire puro y vivificador en medio de un pueblo grande, en el seno de una familia cuyos trabajos y vida entera comparte el enfermo, y en la que encuentra, por decirlo así, los parientes y los amigos perdidos que de mil maneras ejercen sobre él una saludable presión, esforzándose en dulcificar sus imaginarios pesares, atenuar sus enfermizas preocupaciones, y cuando toda esperanza de curación está perdida les proporcionan un bienestar relativo. Esos incesantes cuidados, esas atenciones, esos consejos, en una palabra, todo lo que constituye lo que Bulckens denomina tan exactamente *patronaje familiar* ¿cómo esperar hallarles en nuestros grandes asilos públicos por bien organizados que se los suponga? Si el aislamiento ha de ser absoluto con relación á los otros alienados, es necesario poner al enfermo lo más posible en relación con individuos cuya razón y buenos consejos necesariamente han de serle útiles, es necesario ponerle ante la vista buenos ejemplos y evitar que lleguen á sus oídos palabras insensatas; rodearle, si puedo hablar así, de una atmósfera de cordura y de razón, en que la locura no estará en su elemento y que preparará el camino al tratamiento...»

• No es posible expresar mejor las condiciones esen-

ciales del tratamiento moral tan eficaz y tan poco aplicable en las condiciones de organización de nuestros asilos cuarteles actuales; los agudos curables son ahogados en ellos entre los crónicos incurables, y hacen que haya clínicas de 500 á 600 enfermos para un sólo médico. Puede la colonización familiar contribuir á desembarazar esas clínicas, á devolver á los asilos de tratamiento su verdadera misión, y á dar á los simples dementes esas condiciones de asistencia, más libre permitiendo un resto de adaptación social á lo que subsiste de sus antiguas adquisiciones.



# ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

---

- Aba.*—«Étude clinique des troubles de la sensibilité générale dans les hémiplegies de cause cérébrale». Thèse de Paris, 1896.
- Agapoff.*—«Altérations visibles par la méthode de Golgi dans la paralysie générale». *Neurol. Centralblatt*, avril, 1899.
- Albundo.*—«La démarche et les réflexes rotuliens dans la paralysie générale, leurs relations avec les lésions du sciatique et de la moelle épinière». *La Psychiatrie*, 1887.
- Aldridge (C).*—«Ophthalmoscopic observations in acute dementia». *West Riding Lun. Asyl. Rep.*, Lond., 1874, IV, 291-304.
- Alt.*—«Ueber psychische Taubheit». *Monats. für Ohrenheilkunde*, déc. 1899.
- Alzheimer.*—«Sur les lésions en foyer par atrophie cérébrale». *Heidelberger Versammlung der deutsch. Irrenärzte*, 1896.
- «Contribution à l'anatomie pathologique des troubles mentaux de la vieillesse». Francfort, 26<sup>e</sup> réunion des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. LVI, f. 1-2 mai, 1899.
- «Die seelenstörungen auf arteriosklerostischer Grundlage. Verein der deutschen Irrenärzte. München, 1902.
- Amidon.*—«On the pathological anatomy of sensory aphasia». *New-York med. Journ.*, 1885, p. 113 et 181.



- Anglade.*—«Délires systématisés secondaires». Rapport au Congrès de Marseille, in Comptes rendus, 1895.
- Anton.*—«Beitrag zur Klin. Beurth. und zur Local. der Muskel-sinn-Störung, im Grosshirn». Zeitsch. f. Heilk., 1893, p. 313.
- «Euber die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken bei Rindenblind, und Rindentaubheit». Arch. f. Psychiatrie, XXXII. páginas 87-127.
- Arnaud.*—«Autopsie d'imbéciles devenus paralytiques généraux». A. M. P., 1888, II.
- Athias e França.*—«Lesoes histologica na paralytia geral». Soc. des Sciences méd. Lisbonne, 1900.
- Badal.*—«Contribution à l'étude des cécités psychiques». Arch. d'ophtalmologie, mars, avril, 1888.
- Alexie, agraphie, hémianopsie inférieure, trouble du sens de l'espace, allochirie.
- Ball.*—«Cliniques mentales». Démences.
- Baillarger.*—«Rapport medico-legal sur un cas de démence; demande en nullité de testament». Ann. méd. psych., 1847, IX, 244, 261.
- «Œuvres complètes».
- Ballet et Blocq.*—Art. «Paralytic générale. Traité de méd. de Charcot-Bouchard.»
- Ballet (G).*—«Traité des maladies mentales».
- Bastian.*—«On the muscular sense and the physiology of thinking». Brit. med. Journal, may, 1869.
- «Le cerveau, organe de la pensée», trad. française. Paris, 1882.
- «A Treatise on aphasia and other speech defects». London, 1898.
- Bateman.*—«On Aphasia», 1870.
- Bayle.*—«Recherches sur les maladies mentales». Thèse de Pa-

- ris, 1822 et «Traité des maladies du cerveau et de ses membranes, 1829.
- Beaunis.*—«Traité de physiologie», t. I, p. 583.
- Benedikt.*—«Congrès de médecine de Paris», 1900. Psychiatric.
- Bénon.*—«Traitements psychiques chez les hémiplegiques». Thèse de Paris, 1906.
- Bergson.*—«Materia y memoria». Madrid, Jorro.
- Bernard.*—«De l'aphasie et de ses diverses formes, p. 84. Paris, Lib. du Progrès médical, 1885.
- Bernhardt.*—«Eigenthümlicher Fall von Hirnerkrankung». Berl. klin. Woch., 1877, p. 581.
- Bernheim.*—«Contribution à l'étude des aphasie et de la cécité psychique des choses». Rev. de méd., 1885, página 625.
- «Contribution à l'étude de aphasies». Rev. de méd., 1891, p. 372.
- Berkley.*—«Physiologie path. de la démence paralytique». American Journ. of Insanity, 1895.
- Beyer.*—«Zur Pathol. der acuten hallucinat or Verworrenheit». Arch. f. Psych., XXVII (Considérations sur les troubles des associations et leurs effets sur la perception, les représentations, etcétera).
- Bianchi.*—«Genese et nosographie de la paralysie générale». Rivista sp. di Fenatria, 1902.
- Binard.*—«Considérations médico-judiciares sur un cas de démence sénile». J. de méd., chir. et pharmacol., Brux., 1862, XXXIV, 536-543.
- Binswanger.*—«Demonstration zur path. Anat. der prog. Paralyse». Neurol. Centralbl., 1891.
- Binswanger (O).*—«De la démence aiguë guérissable». Charité. Ann., 1879, Berl., 1881, VI, 412-424.
- Bleuler.*—«Ein Fall von aphas. Symptome amnestische Farblindheit und Seelenstörung». Arch. f. Psych., XXV, p. 32.
- Boucharde.*—«Maladies par ralentissement de nutrition», 2<sup>e</sup> édit., 1885.

- Bonhöffer*.—«Zur Kenntniss der Alkoholdelirien». Monatsch. f. Psych. u. Neurol., I, 1897, 235.
- «Casuistische Beiträge zur Hirnchirurgie und Hirnlocalisation. Monatsch. f. P. u. Neurol., III, 1898, p. 297 (Stéréo-agnosie par lésion centrale).
- Bonhöffer*.—«LXIII<sup>e</sup> séance de la Société des aliénistes de l'Allemagne orientale», nov. 1893. Arch. de Neurol., XXX, 480 (Asymbolie des psychoses démentielles).
- Boowne (J. C.)*.—«Senile dementia», Brit. M. J., Lond., 1874, I, 601, 640.
- Bourdicaud-Dumay*.—«Sur les troubles de la sensibilité générale dans les hémiplegies cérébrales». Thèse de Paris, 1897, pages 60-64.
- Bourdon*.—«Observations comparatives sur la reconnaissance, la discrimination et l'association». Rev. philos., XL, 1895, pages 154-166.
- Bourneville et Ollier*.—«Contribution à l'étude de la démence épileptique». Arch. de Neurol., t. I, p. 213, 1880.
- Brazier*.—«Du trouble des facultés musicales dans l'aphasie». Revue philosophique, 1892, II, 337.
- Bridier (Dr. H.)*.—«Essai sur l'anatomie pathologique des déments», Thèse, Lyon, janvier, 1902.
- Bierre de Boismont (A.)*.—«Cause morale; démence; longévité remarquable; mutisme; retour de la raison après cinquante-deux ans d'aliénation; mort. Ann. méd. psych., Par., 1850, II, 531.
- Brissaud*.—«Leçon sur les maladies nerveuses». Masson, 1898.
- Broadbent*.—«Brain», I, 1878 (cité par *Bastian*, 9).
- Broadbent (W. H.)*.—«Acute dementia in a Child; recovery». Med. Press. et Circ., London, 1878, XXV, 105.
- Browne (J. C.)*.—«Acute dementia». Wets Riding Lun. Asyl. Rep., Lond., 1874, IV, 265-290, 1 vol.
- Bruns und Stœling*.—«Ein Fall van Alexie mit rechtseitiger homonym. Hemianopsie». Neurol. Centralblatt, 1888, p. 481 et 509.

- Buchholz*.—«Ueber dei acut Verlaufeuden Erkrankungen an Dementia paralytica». Arch. für Psych., 1902.
- Burr*.—«A case of tactite amnesia and mind-blindness». Journ. of nerv. and ment. dis., 1897, p. 259.
- Calmeil*.—«De la paralysie considérée chez les aliénés». Paris, 1826.
- «Dictionnaire» en trente volumes, art. Amnésie.
- «De lo folie», t. III, p. 359.
- Charcot*.—«Suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets» (formes et couleurs), 1883. Œuvres complètes, t. III, p. 178-192.
- Charpentier (F.)*.—«Étude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites de l'encéphale». Thèse, Paris, 1904. G. Steinheil, édit.
- Chaslin*.—Journal des connaissances médicales». 1887.
- Chauffard*.—«Note sur un cas de cécité et de surdité cérébrales». Rev. de méd., 1881, p. 940-7.
- «De la cécité subite par lésions combinées de deux lobes occipit» (Anopsie corticale). Rev. de méd., 1888.
- Christian et Ritti*.—Art. «Paralysie générale. Dict. de médecine de Dechambre».
- Claparède*.—«Perception stéréognostique et stéréo-agnosie. Année psych., V, 1899. 65-81.
- «Année psychologique», 1900, p. 74.
- «La asociación de las ideas». Madrid, Jorro.
- Claus*.—«Zur Casuistik der Localisation der Gehirnfunktionen». Irrenfreund, 1883, p. 81 (Asymbolie visuelle et apraxie).
- Clarus (F.)*.—«La pathologie somatique de l'idiotisme groupée d'après expériences appartenant en propre». Arch. f. d. ges. Med.: Iéna, 1849, X, 79-106, 1 tab.
- Clouston, Middlemass et Robertson*.—«Sur les lésions microscopiques trouvées dans le cerveau des aliénés». Journ. of mental science, 1894.

- Clouston.*—«Journal of Mental disease», p. 280, 1904.
- Cohn.*—«Zusammenwirken des akust. mot. und des visuellen Gedächtnisses». Zeitsch. f. Psych. u. Phys. d. Sinn., 1897, XV, 161-183.
- Colin.*—«Névroses et dégénérescence». Thèse, Paris, 1892.
- Cotard.*—«Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse». Arch. de neurol., VII, 1884, p. 289-295.
- Continho (F. E. M.).*—«Algumas considerações sobre a demencia e o idiotismo». J. soc. de sc. med. de Lisb., 1847, 2, s, 1, 119-132.
- Cornillot.*—«De la perte de mémoire du calcul comme signe précoce de l'affaiblissement intellectuel chez les déments paralytiques». Thèse, Paris, 1904.
- Cramer.*—«Zur Lehre von der Aphasie». Arch. f. Psych., XXII, p. 141-159.
- Crouigneau.*—«Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale». Thèse de Paris, 1884.
- Cullerre.*—«Maladies mentales». P. 1889.
- Cuyer (Ch.).*—«La mimica». Madrid, Jorro.
- Da Costa (F. M.).*—«Dementia following Alcoholism». Med. B. Surg. Reporter, Phila, 1879, XLI, 535.
- Defner.*—«Die Aehnlichkeitsassociation». Diss., Munich, 1898.
- Dejerine.*—«Des différentes variétés de cécité verbale». Mém. Soc. de biol., 1892, p. 78.
- «Paralyse générale, troubles trophiques cutanés périphériques, lésion de la moelle et des extrémités nerveuses périphériques». Arch. de psych., 1876.
- Delagrave (C.). et Bonnier (E.).*—«Rapport médico-légal sur un cas de démence qui a donné lieu à une condamnation à cinq ans de reclusion», Gaz. méd. de Par., 1847, 3 s., II, 758-763.
- Demoor.*—«Les centres sensitivo-moteurs et les centres d'association chez le chien». Annales de la Soc. roy. des sc. méd. de Bruxelles, VIII, 1899, 217-263.
- Deny.*—«Rapport au Congrès de Pau», 1904.

- Descourtis.*—«Du fractionnement des opérations cérébrales, et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies», in-8. Paris, 1882, p. 33-34.
- Dodds.*—«On some central affection of vision». *Brain*, 1885.
- Donaggio.*—«Congrès de physiologie. Turin, 1902.
- Dubbers.*—«Ein Fall von Tastlähmung». *Neurol. Cblatt*, 1897, 61.  
Cas de stéréognosie de cause centrale.
- Dufeur.*—«Sur la vision nulle dans l'hémiopie». *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1889, p. 445, 451.
- Dupré.*—Art. «Paralysie générale. Traité des maladies mentales» (Édit. Doin, Paris).
- Durand-Fardel (M.)*.—«Réflexions critiques sur un jugement en interdiction de la démence et de l'imbécillité». *Ann. d'hyg., Par.*, 1845, XXXIV, 395-408.
- Durand-Fardel.*—«Maladies des vieillards».
- Durante.*—«Troubles trophiques et circulatoires dans la paralysie générale». *Gaz. hebd.*, mars, 1894.
- Dunn.*—«Double hemiplegia with double hemianopsia and loss of geographical centre». *University med. Magaz. Philadelphia*, VII, mai, 1895.
- Edgren.*—«Recherches sur la vie et la mort» (cité par Metchnikoff in «Études sur la vie humaine»).
- Ewert.*—«Avis sur un cas partiel de démence par la jalousie». *Ztschr. f. d. Staatsarzuk., Erlang.*, 1834, 20. 142-165.
- Esbridge et Rogers.*—«Traumatic hemoorrhage in the centrum ovale beneath the left angular gyrus». *Med. News*, LXVIII, 1896, p. 639-645. (Questions à poser à un malade présentant des troubles du langage ou de la perception).
- Esbridge.*—«Mind and word-deafness». *Med. News*, LXVIII, 1896, 698-702.
- Esbridge et Parkhill.*—«Glioma of the left centrum ovale». *Med. News*, LXIX, 1896, 38-43 (Hémiplégie, cécité verbale, alexie, agraphie, apraxie, achromatopsie).

- Eskridge.*—«Speech defect as localizing symptom». Ibidem, 309-312.
- «Univ. med. Mag.», 1897 (cité par *Nodet*).
- Esquirol.*—«Démence». Dict. d. sc. méd., Par., 1814, VIII, 280-293.
- Essig (C.)*.—«Un cas de démence avec myélite parenchyme chronique». Allg. Ztschr. f. Psychiat., etc., Berl., 1878, XXXV, 46-53.
- Exner.*—«Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen». I. Leipzig, 1894, p. 224-314.
- Falret.*—«Traité des maladies mentales». Paris, Baillière.
- Falges.*—«Aphasie chez une tactile». Encéphale, 1887, páginas 545-553.
- Febvre.*—«Rapport général pour» 1895, p. 294.
- Féré.*—«Sensación y movimiento». Madrid, Jorro.
- «Remarques sur la perte du sens moral chez le chien de Richet» (129). C. R. Soc. Biol. 1892, 148.
- Ferrier.*—«Les fonctions du cerveau» (trad. franç.). Paris, 1878.
- «Croonian lectures» sur les localis, cérébrales». Arch. de neurol., XXI, 1891.
- Finkelburg.*—«Voträge in der Niederrhein». Ges. der Aerzte zu Bonn, 21 mars, 1870 et Berl. klin. Woch., 1870.
- Fischl.*—«Die progressive Paralyse (histologische Studie)», Zeit. für Heilk., IX, 1888.
- Flechsig.*—«Ueber die Associationscentren des menschlichen Gehirns». III Intern. Congrès. für Psych. München, 1897, páginas 62-64.
- Fournier.*—«Syphilis cérébrale» et «Alcoolisme», p. 636.
- Foville.*—«Aliénation mentale». Dict. de méd. et de ch. pratique, 1827.
- Foville (A.)* fils. — «Démence». N. diction. de méd. et chir prat., Paris, 1869, XI, 95-122.
- «De la paralysie générale par propagation». Ann. méd. psych., 5<sup>e</sup> série, IX, p. 57, 1873.

- Fox (B. B.)*.—«Case of acute dementia of rapidly fatal termination». *J. Ment. sc.*, Lond., 1881-12, XXVII, 212-217.
- Færster*.—«Ueber Rindenblindheit». *Archiv. f. Ophtalmologie*, XXXVI, 1890, p. 94.
- Freund*.—«Zur Auffassung der Aphasien». Berlin, 1891.
- «Ueber optische Aphasie und Seelenblindheit». *Arch. f. Psych.*, XXV, 1889, 276-297. et 371-416.
- «Einige Grenzfälle zwischen Aphasie und Seelenblindheit. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIV, p. 61.
- «Ueber psychische Lähmungen». *Neurol. Cblatt*, 1895 (Anal. in *Arch. de neurol.*, I. 1896, 354).
- Fürstner*.—«Ueber eine eigenthümliche Sehstörung bei Paralytikern». *Arch. f. Psych.*, VIII, 1878, 162-177, et IX, 1879, 90-104.
- Gaupp*.—«Ueber corticale Blindheit», *Monatsch. f. Psych. und Neur.*, V. 1899, 20-41.
- Giraudeau*.—«Note sur un cas de surdité cérébrale (surdité psychique)». *Revue de méd.*, 1882, 446.
- Gogol*.—«Beitrag zur Lehre der Aphasie». Diss. Breslau. 1873.
- Goltz*.—«Ueber die Verrichtungen des Grosshirns», Bonn, 1881.
- *Ap.* «Dictionnaire encycl. des sciences médicales», art. Nerveux, p. 588.
- Gowers*, in *Nothnagel*.—«Top. Diagn. d. Gehirnkr.».
- Grashey*.—«Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung». *Arch. f. Psych.*, XVI, 1885, 654, 654-688.
- Grusmeyer*.—«Traité des maladies mentales».
- Gudden*.—«Paralysie générale dans l'adolescence et paralysie générale ou tabes chez les époux». *Neurolog. Centralbl.*, juillet 1895.
- Güntz (T.)*.—«Ueber dementia, senilis». *Allg. Ztschr. f. psychist.*, etcétera, Berl., 1873-4, XXX, 102-109.
- Grænouw*.—«Ueber doppelseitige Hemianopsie centralen Ursprunges». *Arch. f. Psych.*, XXIII, 339.



- Hahn*.—«Pathol. anat. Untersuchung des Lissauer'schen Falles von Seelenblindheit». Arbeiten aus der Psych. Klinik in Breslau, Heft II. Leipzig, 1885, p. 107-119.
- Hamilton*.—«A case of wordblindness with impairment of space association». Med. News, 1894.
- Havet*.—«Des lésions vasculaires du cerveau dans la paralysie générale. Bull. de l'Acad. royale de Belgique, 26 juillet, 1902.
- Hayem*.—«De la paralysie générale précédée d'une affection de la moelle». Gaz. des hôp., 1886.
- Hazard (W. H.)*.—«Case of epileptic dementia, pathological conditions». Missouri Clin. Rec, St-Louis, 1874-5, I, 20.
- Hecht*.—«Contribution à l'étude de l'aphasie», Thèse de Nancy, 1887.
- Hedrich*.—«Un cas d'idiotisme maladif caché et par là incapacité restreinte à faire un testament», 1821, I, 221-147.
- Hecher*.—«La démence hébéphrénique».
- Heilbronner*.—«Ueber asymbolie». Psychiatr. Abhandl., herausg. von Werniche, Breslau. 1897.
- Heinroth (F. C. A.)*.—«De mentis imbecillitate delicta excusante», in-4, Lipsiae (1843).
- «De limitando medicorum Superreis iudicio quantum ad amentiam», XI, in-4, Lipsiae, 1843.
- «Meletamata psychiatrica». II. «Deformis, amentiae, in-4 (n. p.), 1841.
- «De principio diagnostico amentiae», in-4, Lipsiae (1841),
- «Amentiae et fictae et falso suspectae specimen», in-4, Lipsiae (1843),
- Henschen*.—«Beiträge zur Pathol. des Gehirns». Upsala, 1890.
- Herbert Spencer*.—«Principes de psychologie», t. I, p. 262.
- Hinschelwood*.—«The visual memory for words and figures». Brit. med. Journ., 1896, II, p. 1543.
- «Letter-, word-and Mindblindness, 88 p. London, 1900.

- Hoffmann (H.)*.—«Zwei Fälle von terminalem Blödsinn. Dementia totalis». Jahresb. u. d. Verwalt. d. Méd.
- «Wes., d. Kranskenaustr., d. Stadt Frankl., 1858, II, 201-203.
- «Einige Fälle von Dementia terminalis et ex morbo psychico und Dementia symptomatica». Ibid., 1859, III, 278-283.
- «Vier Fälle von symptomatischen Blödsinne, entstanden aus Marasmus, Alkoholismus..., Apoplexien, und nicht nach primärer psychischer Erkrankung», Ibid., 1863, VII, 145-147.
- Homoet (F. F.)*.—«De dementia», in-8. Trajecti ad Rhenum, 1842.
- Hope*.—«Die Personenwechslung mit Beziehung auf die Seelenblindheit». Allg. Zeitsch. f. Psych., 44, p. 626 (cité par *Nodet*).
- Howard (H.)*.—«A case of consecutive chronic dementia, involving an important médico-légal question». Canada M. Rec. Montréal, 1879-80, VIII, 169-171.
- Huet*.—Art. «Paralysie générale» du Manuel de méd. de Debove, Achard.
- Hufeland (C. W.)*.—«Sur la démence, sa reconnaissance, cause et guérison clinique médicale et chirurgicale pratique». Berlin, 1804, XIX, 3. st., 5-21.
- Hughlings (Jackson)*.—«Clinical and physiological Researches on the nervous System». London, in-8, 1875.
- Humblot*.—«Démence simple primitive». Gaz. d. hôp., Par., 1872, XIV, 83.
- Hun*.—«American Journ. of med. sc», 1887.
- Hunter*, cp. *Winslow*.—«On obscure Diseases of the Brain», p. 278.
- Hæffding*.—«Ueber Wiedererkennen». Viertelj. f. wiss. Phil., 1889.
- Hækel*.—«Les énigmes de l'Univers», p. 138.

- Ideler*.—«Sur la possibilité de guérison de la démence». Ann. d. char. krankenh... zu Berlin, 1853, IV, 2. Hft., 160-195.
- Jackson (Hughligns)*.—«On affection of speech from disease of the Brain». Brain, II, 1879.
- James*.—«Principles of Psychology». London, 1891, I, p. 50-51. 67-68.
- Joffroy*.—«Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale». Congrès de méd. mentale. Blois, 1892, p. 240.
- «Anatomic et physiologie pathologique de la paralysie générale», leçon recueillie par M. le Dr. Pactet. Bulletin médical, n° 47, 14 juin, 1894.
- Jongla*.—«Démence, avec idées incohérentes de grandeur sans aucun symptôme de paralysie; valeur de l'écriture et de ses modifications». Gaz. de hôp, Par., 1872, XLV, 265-267.
- Kéraval et Raviart*.—«Le fond de l'œil dans la paralysie générale et ses lésions initiales». Congrès de Grenoble, 1902.
- Kéraval*.—«Manuel de médecine mentale».
- Kern (F.)*.—«Présent et avenir du développement des idiots» Allg. Ztschr. f. Psychiat., etc., Berl., 1855, XII, 521-574.
- Kilpatrick (A. R.)*.—«The shock of syncope used as a curative in a case of dementia Richmond et Louisville». M. J. Louisville, 1873, XVI, 38.
- Kirrnssc et Wunder*.—«Expériences sur l'état psychique d'un idiot.» Schmidt's Jahrb., Leipz., 1848, IX, 330-333.
- Klippel*.—«Les neurones. Les lois fondamentales de leurs dégénérescences». Arch. de neurologie. n° 6, 1896.
- «Les paralysies générales progressives». Arch. générales de méd., 1898.
- «La pseudo-paralysie générale arthritique» (2<sup>e</sup> mémoire). Revue de psych., décembre, 1899.
- «Processus histologique et nature de la paralysie gé-

nérale». Archives de méd. expérimentale et d'anatomie pathologique, septembre, 1892.

*Klippel*.—«Histologie de la paralysie générale». Congrès de Bruxelles, 1903, où se trouvent résumés les travaux de l'auteur.

*Klippel et Lhermitte*.—«Revue de psychiatrie», 1904.

*Knapp*.—«A contribution from brain surgery to the stud. of the local. of the sensor. centres». Boston, 1891.

*Kniess*.—«Ueber die central. Störung. der willkür. Augenmusk». Arch. f. Augenheilk., XXII.

*Kovalevski*.—«Anat. path. de la paralysie générale». Messenger médical russe, 1901.

*Krafft-Ebing*.—«Ueber Tabes dorsalis mit finaler Geistesstörung». All. Zeitscher f. Psych., XVIII, 1872.

*Krause*.—«Ueber eine bisher weniger beachtete Form von Gesichtstäuschungen bei Geisteskranken». Arch. f. Psych., XXIX, 1897, 830-49.

*Kräpelin*.—«Dementia precox». Heidelberg, 1803.

*Kussmaul*.—«Les troubles de la parole», trad. Rueff. Paris, 1884 (édit. allemande, 1876), p. 233, 256, etc.

*Kunstermann*.—«Ueber doppelseitige homonyme Hemianopsie und ihre begleitende Symptome». Monatsch. f. Psych. u. Neurol., II, 1897, p. 335.

*Kæppen*.—«Ein Fall von urämischer Psychose mit Symptomen der Kindenblindheit. Charité-Annal., 1883, p. 709.

*Læhr*.—«Zur Symptomatologie occipitaler Herderkrankungen». Charité-Annalen, XXI, 1896.

*Lalande (H.)*.—«Étude sur la maladie de Bayle». Thèse, Paris, 1896.

*Landais*.—«Observation sur une démence occasionnée par la répercussion subite d'une gale invétérée». J. de méd. chir., pharm., etc., Paris, 1774, XLI, 21-26.

*Landolt*.—Ouvrage dédié à M. Donders. Utrecht, 1888.

- Langlois.*—«Annales médico-psychologiques», 6<sup>e</sup> série, t. VI, p. 80.
- Laquer.*—«Zur Localisation der sensorischen Aphasie». Neurol. Cblatt., 1888, 337.
- Laqueur et Schmidt.*—«Ueber die Lage des Centrums der maculae lateae immenschl. Gehirn». Arch. f. pathol. Anat. und Physiol., CLVIII, 1899, 466.
- Larionow.*—«Ueber die musicalisch. Centren des Gehirns». Pflüger's Archiv. LXXXVI, 608-625, 1899.
- Larsen.*—«Hosp. Tib.», 2, VI, n<sup>o</sup> 20 (cité par *Müller*).
- Lasègue.*—«Leçons cliniques médicales», P. 1875.
- Laville (A).*—«Phlegmon profond de la cuisse chez un malade atteint d'affaiblissement intellectuel». Gaz. méd. chir. de Toulouse, 1878, X, 137-145.
- Lawson (R.) et Lewis (W. B.).*—«On phosphorus in the treatment of dementia». West. Riding Lun. Asyl. Rep., Lond., 1876, VI, 129-131.
- Legrain.*—«Du délire chez les dégénérés», 1886, p. 234.
- Legend du Saulle.*—«Le délire des persécutions», p. 282.
- Legend du Saulle.*—«De la démence sépile». Courrier médical; Par., 1870, XX, 53, 61, 69.
- Lehmann.*—«Ueber Wiedererkennen». Philos. Studien., V, 1889, 95-156 et VII, 1892, 169-212.
- Lépine.*—«Sur un cas particulier de cécité psychique». Rev. de méd., 1897, 452-463.
- Leroy.*—«Étude sur l'illusion de fausse reconnaissance». Thèse de Paris, 1898.
- Leubuscher.*—«Retour de la connaissance avant la mort chez une idiote». Med. ztg., Berl., 1846, XV, 227-229.
- Leyden und Fastrowitz.*—«Beitr. zur Lehre von der Local. im Gehirn». Leipzig, 1886 (cité par *Nodet*).
- Liepmann.*—«Ein Fall von reiner Sprachtaubheit». Psychiatr. Abhandl. Breslau, 1898.
- Lissauer.*—«Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beiträge zur Theorie derselben». Arch. f. Psych., XXI, 1890, 222-270.

- Lissauer.*—«Altération des couches optiques en rapport avec les attaques apoplectiformes et paralytiques». Deutsch. med. Wochens., n<sup>o</sup> 56, 1890.
- Lockhart-Clarke.*—«Un cas de paralysie générale avec examen du cerveau et de la moelle». Journ. of mental Science, 1870.
- Lombroso (C.).*—«Demenza pellagroza con pericardite e miocardite ed idrocefalo cronico congenito». Rev. clin. di Bologna, 1865, w, 355. Also: Gazz. med. ital. prov. venete, Padova, 1868, XI, 373-375.
- Lubimoff.*—«Etude sur les altérations de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale». Arch. für Path. Anat., LVIII, 1873.
- Luciani et Tamburini.*—«Studi clinici sui centri sensori corticali». Annali univ. di med. e chir., vol. 247, 1879 (cité par *Soury*. Arch. de neurol., XVIII, 46.
- Lunsz.*—«Zwei Fälle von corticale und Seelenblindheit». Soc. de neurol. de Moscou et Deutsch. med. Woch., 1897, p. 610-13.
- Luis.*—«Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale». Union médicale, 1883.
- Lueb.*—«Die Sehstörungen nach Verletzung der Grosshirnrinde». Pflüger's Arc. f. Physiol., 1884, 76-172,  
— «Einleitung in die vergleichende Gehirnphysiologie, etc.». Leipzig, 1899, p. 178-192.
- Maceven.*—«On the surgery of the brain». Brit. med. Journ., 1888, II, 306-7.
- Mackensil (G. H.).*—«Case of acute mania probably tubercular; dementia; recovery». I. Ment. Sc., Lond., 1875, XX., 591-495.
- Magnan.*—«Aphasie, cécité des mots ou cécité psychique». C. R. Soc. bio., 1883, p. 319. «Surdité psychique», *ibid.*, p. 351.  
— «Étude clinique et anatomo-pathologique comparative de la démence et de l'idiotie». Tribune méd., Par., 1882, XIV, 16-18.

- Magnan et Sérieux.*—«La paralysie générale». Collect. Léauté, p. 16 et 61.
- «Le délire chronique». In Encyclopédie Léauté.
- Magnus.*—«Ein Fall von Rindenblindheit». D. med. Woch., 1894, p. 73-76.
- «Ueber einige neuere ophtalmol. Beitrage». Ibid., p. 16.
- Mahaim.*—De l'importance des lésions vasculaires dans la paralysie générale et d'autres psychoses». Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, juillet, 1901.
- Major.*—«Histologie de la paralysie générale». 1874.
- Marcé (L. V.).*—«Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale». Gaz. méd. de Par., 1863, 3 s., XXXIV, 433, 467, 631, 761, 797, 831, 855. Also, Reprint.
- Marcé (L. V.).*—«Recherches sur la démence sénile», p. 23. G. M. Paris, 1863.
- Marchand.*—«De la névrogie dans la paralysie générale». Presse méd., août, 1901.
- Marie (P.).*—«Hystérie sénile». Rev. neurol., 19.
- Marie (A.).*—«Congrès de médecine mentale», Lyon, 1892, página 116.
- «Névroses et paralysie générale». Congrès, Bruxelles, 1903. D. précoce.—Congrès Pau, 1904.
- Marie et Buwat.*—A. M. P., 1902, p.
- Marinesco.*—«Congrès internat. de médecine de Moscou», 1897 (Rapport).
- «Presse medicale», n° 44. p. 269, 2 Juin, 1900.
- «Atlas d'histologie pathologique». Berlin. 1902.
- Markoff.*—Thèse sur la «perception stéréognostique».
- Marro.*—«Puberté». Paris, Schlecher, 1902.
- Matschenko.*—«Revue neurologique, 1900, p. 76.
- Mauthner.*—«Gehirn und Auge». Wiesbaden, 1881.
- Mendel.*—«Die progressive Paralyse der Irren». Berlin, 1880.

- Mendelsshon et Muller-Lyer.*—«Recherches cliniques sur la psychophysique; étude sur la perceptibilité différentielle». Arch. de neurol., XIV, 1887, 354 et XX, 1890, 56.
- Meschede.*—«Allg. Zeit. für Psych.», 1865.
- Mesnet.*—«Ann. médico-psych.», 1863.
- Metchnikoff.*—«Die Arteriosclerose». Leipzig, 1898, et Yves Delage, «Année biologique», t. III, 1899, p. 249.
- «Études sur la vie humaine», p. 307. P. Masson, 1903.
- Maynert.*—«Klin. Vorlesungen über Psychiatrie», p. 272.
- Mierzejewski.*—«Arch. de physiol.», 1876.
- Mills et Schively.*—«Cas de démencés progressive; examen histologique du cerveau». American Journal of Insanity, octobre, 1897.
- Mirallié.*—«De l'aphasie sensorielle». Thèse de Paris, 1896, pages 64, 191.
- Monakow.*—«Gehirnpathologie», in Collection Nothnagel, Wien, 1897, p. 199-207, 470-480.
- «Experim. u. path-anat. Untersuchungen über die Beziehungen der sog. Sehsphaere zu den infracort. Opticuscentren». Arch. f. Psych., XVI, 1885, 151-199.
- Moreau (P.).*—«De la démence dans ses rapports avec l'état normal des facultés intellectuelles et affectives», in-8, Paris, 1878.
- Moreau (de Tours).*—«Quelques mots sur Gheel».
- Morel.*—«Traité des maladies mentales», 1860, p. 566.
- Moore (W.).*—«Thoracic aneurism and dementia». Dublin Q. J. M. Sc., 1868, XIV, 323-330.
- Morhead.*—«Congestion; torpor; derons effusion of bram». Tr. M. et Phys. Sc. Bomb., 1843, VI, 47-49.
- Motet (A.).*—«Faiblesse intellectuelle; heredité». Ann. méd. psych., Par., 1871, 5 s., VI, 368-379.
- Mott.*—«Vingt-deux cas de paralysie générale juvénile avec seize autopsies». Arch. de neurol., 1899.



- Mott et Schaffer.*—«Brain», 1890, 272.
- Müller.*—«Ein Beitrag zur Kenntniss der Seelenblindheit». Arch. f. Psych., XXIV, 856.
- Munk.*—«Verhandl. der physiol. Gesellschaft zu Berlin», 1876-1879.
- «Ueber die Functionen der Grosshirnrinde». Berlin, 1890.
- «Sehsphaere und Augenbewegungen». Sitzungsber. der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, 1890, I, 53-74.
- «Sehsphaere und Raumvorstellung». Festschrift f. Virchow, 1891.
- Mæbius.*—«Ueber akinesia algera». Neurol. Beitræge, II, Leipzig, 1894.
- Moeli.*—«Der Kniephænomen bei der Dementia paralytica». Neurolog. Centralbl.
- Nageotte.*—«Thèse de Paris», 1893.
- Noichewski.*—«V<sup>e</sup> Congrès des médecins russes», déc. 1893. Revue neurol., 1894, 449 (Cécité psychique ataxique).
- Nodet.*—«Les agnoscies, la cécité psychique en particulier». Thèse de Lyon, Paris, Alcan, 1899, 220 pages.
- Nothnagel.*—«Traité du diagnostic des maladies de l'encéphale». Trad. franç. Paris, 1885, p. 442-454.
- Ollivier.*—«Un cas de lypémanie stupide». Arch. de méd. nav., Paris, 1879, XXXI, 141-153.
- Oppenheim.*—«Ueber das Verhalten der musikalischen Ausdrucksbewegung, und des musik. Verstaendnisses bei Aphasischen». Charité Annal., XII. 1888, 345-383.
- Pactet.*—«Aliénés méconnus et condamnés». Thèse, Paris, 1891.
- Parchape.*—«Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies», 1836.
- Patatin.*—«Démence sénile; affaiblissement du membre inférieur gauche; gangrène spontanée de la jambe; autopsie; ramolis-

sement cérébral; dilatation partielle de cœur; oblitération embolique (?) de l'iliaque externe; oblitération athéromateuse de l'artère cérébrale postérieure et d'une artère cardiaque». Bull. soc. anat. de Paris, 1862, XXXVII, 175-185.

*Pauly*.—«Un cas particulier de cécité psychique». Lyon méd.: 1898, t. LXVIII, p. 364.

*Peters*.—«Ueber die Beziehungen Zwischen Orientirungs-Störungen und ein-und doppelseitiger Hemianopsie». Arch. f. Augenheilkunde, XXXII, 1896.

*Pick*.—«Neurol. Cblätt.», 1892 (cité par *Nodet*).

— «Ueber Stoerungen der Identification (Asymbolie, apraxie, agnosie)». Beitræge zur Pathol. des Centralnervensystems. Berlin, 1898, p. 1-14.

— «Neurol. Centralbl.», 1890.

— «Beitræge zur Lehre von den Stoerungen der Sprache, zur Localisation der Apraxie. Pseudo-apræxie». Arch. f. Psych., XXIII, 1892, 896-908.

— «Ueber Stoerungen der Tiefenlocalisation». Ibid. pages 185-207.

*Pierret*.—«Congrès des médecins aliénistes». Lyon, 1891.

*Platnerus* (*E.*).—«De amentia occulta alia observatio quaedam», in-4 (Lipsiae, 1797).

— «De amentia dubia», in-4, Lipsiae, (1797).

— «De amentia occulta», in-4, Lipsiae (1797).

— «De inanibus amentiae probandae argumentis ad defensores», in-4, (Lipsiae, 1799).

— «Facta violenta epilepticorum quamvis malefaciendi et ulciscendi consilio suscepta amentiae excusatione non carere», in-4 (Lipsiae, 1798).

— «De excusatione amentiae observatio», in-4 (Lipsiae, 1800).

— «Amentiae probandae argumenta vere ac falso suspecta». I. «De fatuitate», in-4, Lipsiae (1802).

- Platnerus (E.)*.—«De amentia vinolenta», in-4. (Lipsiae, 1809).  
 — «Quid differat inter animum et mentem quantum ad signa amentiae?» in-4 (Lipsiae, 1817).
- Probst.*—«Ueber die Localisation des Tonvermögens». Arch. f. Psych., XXXII, 387-446.
- Pugnat.*—«Comptes rendus de la Société de biologie», 1898, p. 242.
- Quaglino.*—«Giornale d'oftalmologia», 1867 (cité par *Crouigneau*, p. 78).
- Rabus.*—«Zur Kenntniss des Sogen Seelenblindheit». Dissert. inaug. Erlangen, 1895, 40 pages.
- Ramón y Cajal.*
- Raymond et Sérieux.*—Art. «Paralyse générale du traité de méd. de Brouardel et Gilbert».
- Régis.*—«Manuel de médecine mentale».  
 — «Revue de psychiatrie», n<sup>o</sup> 4, p. 150, avril, 1904.
- Regnard (D.)*.—«Maladies épidémiques de l'esprit», (cité par *Paulhan*), 21, vers d'un déiirant vaniteux.
- Regnard.*—«Démence sénile (phénomènes congestifs; contraction; torpeur; coma; mort; hémorragie méningée, na-membrane de la dure-mère; vaisseaux capillaires énormes; ramollissement cérébral). 1864, XXXIX, 518, 521.
- Reinhard.*—«Beitrag zur Casuistik der von Fürstner beschrieb, eigenthüml. Sehstorung bei Paralyt». Arch. f. Psych., IX, 146-164.  
 — «Zur Frage der Hirnlocalisation mit besonderer Berücksichtigung der cerebralen Sehstörungen». Arch. f. Psych., XVII, 717 et XVIII, 240 et 449. (Douze observations de déments avec autopsies).
- Renan (Ernest)*.—«Souvenirs d'enfance». p. 21.
- Resultate.* «Von obductionen Blödsinniger», Maá, f. d. ges. Heilk., Berl., 1830, XXXI, 276-278.

- Ribot.*—«Enfermedades de la memoria». Madrid, Jorro.  
 — «Enfermedades de la personalidad». Madrid, Jorro.  
 — «Enfermedades de la voluntad». Madrid, Jorro.  
 — «Psicología de la atención». Madrid, Jorro,
- Richet.*—«Chien atteint de cécité psychique». Congrès intern. de psychol. physiol. Paris, 1889, p. 63-65.  
 — «C. R. Soc. de biol.», 1892, p. 146 et 237.
- Rieger.* «Beschreibung der Intelligenzstörungen in Folge einer Hirnverletzung». Würzburg, 1888, 126 pages.
- Riegner.*—«Exstirpation eines Hirntumors». Deutsch. med. Woch., 1894, p. 497.
- Ritti.*—Art. «Suicide», in Dict. Dechambre.  
 — Art. «Folie à double formes», in Dict. Dechambre.  
 — Art. «Suicide», in Diet. Dechambre.  
 — «La France médicale», Éloge de Lunier, 1904.
- Robinowitch et Tolouse.*—«La mélancolie».
- Robinowitch.*—«Hystérie mâle». Thèse, Paris, 1892.
- Robertson.*—«Histologie normale et pathologique de la cellule nerveuse». Brain, 1889.
- Rokitanski.*—«Ueber Bindegewebewucherung in Nervensysteme». Wien., 1857.
- Rousseau.*—«Observations de narcolepsie dans la démence et l'épilepsie». Encéphale, Par., 1881, I, 709-714.
- Roussel (Th.).*—«Projet de loi sur les aliénés». Rapport au Sénat, 1884.
- Sachs.*—«Ueber optische Erinnerungsbilder». Cblatt für Nerven- u. Psych., fév. 1892. Anal. in Zeitsch. f. Psych., IV, p. 96.  
 — «Vortraege über Bau und Thaetigkeit des Grosshierns». Breslau, 1893.  
 — «Das Gehirn des Foerster'schen Rindenblinden». Arbeit, aus der psych. Klinik in Breslau. Heft II, 1895, 55-104.  
 — «Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesemp-

- findungen». Psych., Abhandl. Breslau, 1897, 42 pages.
- Sachs.*—«Das Hemisphaerenmark des Hinterhauptslappen». Leipzig. Thieme.
- Sachs.*—«Zur Analyse des Tastversuchs». Arch. f. Augenheik, XXXIII (cité par *Pick*, 122 p. 207).
- Schafer.*—«Brain», XLII, 160 (cité par *Nodet*).
- Sailer.*—«A Contribution to the Knowledge of the stereognostic sense». Journ. of nerv. and ment. dis., march 1899, 161 (analysé in Ann. psych., V, 653).
- Samelsohn.*—«Niederrhein. Gesellsch. für Natur, und Heilkunde zu Bonn», mai 1881. Berlin. klin. Wöch., 1882, p. 326.
- Samt.*—«Zur Pathologie der Rinde». Arch. f. Psych., V, 1875, p. 201.
- Sander (W.)*.—«Idiotisme ou démence». Feuillé trimestrielle juridique et publipue, Berl., 1868, VIII, 73-82.
- Saint-Paul.*—«Essasi sur le langage intérieur». Thèse de Lyon, 1892, 145 pages.
- Saulle (L. du)*.—«Études. médico-légales sur l'interdiction et le conseil judiciaire», p. 20. Paris, 1881.
- Schirmer.*—«Subj. Lichtempf. bei totem Verlust des Sehvermoegens durch. Zerstoerung der Rinde beider Hinterhauptslappen». Diss. Marburg, 1895.
- Scmidt-Rimpler.*—«Zur empir. Theorie des Sehens». Neurol. Cblatt, I, 59.
- Schüle.*—«Traité des maladies mentales», p. 155. tr. fr. Duhaud et Dagouet.
- Séglas.*—«Des négations», in «Cliniques mentales».
- Sergi (G.)*.—Las emociones. Madrid, Jorro.
- Sérieux.*—«Sur un cas de surdité verbale pure». Rev. de méd., 1893, 733-700.
- «La démence precoce».
- Seymour-Sharkey.*—«The representation of the function of vision in the cerebral cortex of man». Lancet, mai 1897, pages 1379-1401.

- Sewall* (F. G.).—«Case of dementia in a Child, subject to epileptic seizures». N. York. J. M., 1854, n. s., XIII, 380-382.
- Siemerling*.—«Ein Fall von sog. Seelenblindheit nebst anderweitigen cerebr. Symptomen». Arch. f. Psych., XXI, 284-299.
- Sollier*.—«Les troubles de la mémoire». Paris, 1892.
- Sommer*.—«Zur Psychologie der Sprache». Zeitsch. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane, II, 1891, 143-163 et V, 1893, p. 320.
- «Ein seltener Fall von Sprachstoerung». Habilitationsschrift. Würzburg, 1891.
- Sommer, Grashey, Wernicke*.—«Jahressitzung des Vereins der deutsch». Irrenärzte zu Weimar, 1891. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd 48, 491.
- Sommer*.—«Dreidimensionale Analyse von Ausdrucksbewegungen». Z. f. Psych. u. Phys. de Sinn., XVI, 275-297 (anal. in Ann. psych., IV, 619, avec description de l'appareil).
- «Dehrbunch des psychopathol. Untersuchungs-Methoden». Berlin et Wien, 1899, 399 pages.
- Soury*.—«Les fonctions du cerveau». Paris, 1892 et Arch. de neurol., 1899, XVIII, p. 28.
- «Le lobe occipital et la vision mentale». Rev. philos., 1895, XL, 561 et 1896, XLI, 144 et 285.
- «La cécité corticale». Rev. philos., 1896, XLII, 242-265 et article «Cerveau». Dictionn. de physio. de Richet, p. 940-952.
- Spamer*.—«Ueber Aphasie und Asymbolie». Arch. f. Psych., VI, 1876, 496-542.
- Starr*.—«Apraxia and Aphasia; their varieties and the methode of examination for their detection». Med. Record, 1888, p. 497.
- «Familiar Forms of nerv. dis.», 1891, p. 62 (cité par *Pick*, 121, p. 1).
- Steffan*.—«Sur l'anopsie (cécité psychique) au sen physiol. et pathol.» Graef's Archiv. XLIII.

- Stefanowska.*—«Congrès de Bruxelles», 1903.
- Stenger.*—«Der cerebralen Sehstörungen der Paralytiker». Arch. f. Psych., XIII, 1882, 218-241.
- Stern.*—«Ueber periodische Schwankungen der Hirnrindenfunktionen». Arch. f. Psych., XXVII, p. 850-917.
- Stumpf.*—«Tonpsychologie». I. Leipzig. 1883, p. 489-95: mémoire des sons.
- Thibaut.*—«La sensation du déjà-vu». Rev. de psych. clinique, 1900; nos 1 et 2.
- Thomsen.*—«Ein Fall von vorübergehender, fast completer Seelenblind, und Worttaubheit». Charité. Ann., X, 573-579.
- Touche.*—«Deux cas de cécité corticale, l'un avec conservation, l'autre avec perte de la faculté de se diriger». Soc. de neurol., 5 avril et Rev. neurol., 15 avril, 1900.
- Tokarski.*—«Congrès de médecine de Paris», 1901. Psychiatrie.
- Toulouse et Damaye.*—«La démence vésanique est-elle une démence?» Revue de psychiatrie, 1905.
- Toulouse, Vaschide et Pierron.*—«Técnica de psicología experimental». Madrid, Jorro.
- Toulouse et Vaschide.*—«La sensibilité olfactive dans la P. G.» Revue de psychiatrie, 1903, n° 1, p. 64.
- Toulouse et Vurpas.*—«Revue de psychiatrie», décembre 1903, n° 12. (Dynamométrie des P. G.).
- Toulouse.*—«Société de biologie», 10 juin, 1893.
- Toulouse et Vurpas.*—Académie des sciences, séance du 6 juin. «Rapport entre l'intensité des réflexes et l'organisation nerveuse».
- Toulouse et Manchand.*—«Démences, précoces et paralysie générale». Revue de psychiatrie, janvier, 1901.
- Treischkins (G. C.).*—(Pr.). «amentiae probandae argumenta vere ac falso suspecta». II. «De fatuitate dubia», in-4, Lipsiae (1802).
- Tucker.*—«Beiträge zur path. Anat. un zur Path. der Dementia paralytica». Berlin, 1884, p. 147.

- Tuke*.—«Cerveau des aliénés». Rev. de méd., t. VI, p. 242.
- Turner*.—«Quelques aspects indiquant la phagocytose, observés dans le cerveau des aliénés». Journ. of mental science. 1897
- Uthoff*.—«Beiträge zu den Gesichtstäuschungen bei Erkrankungen des Sekorgans». Monatsch. f. Psych. und Neurol., V, 1899.
- Uhde (C. W. F.)*.—«Ueber die Erinnerungssucht». Cor. Bl. d. deutsch. Gesellsch. f. psychiat., etc., Neuviéd, 1854, I, 41.
- Vallon et Marie*.—«La mélancolie». Arch. neurol., 1898, nos 29 et 30.
- Van Biervliet (F. J.)*.—«La Memoria». Madrid, Jorro.
- Vetter*.—«Ueber die neuer. Exper. am Grosshirn und die klin. Resultate bei Hirnrindenerkrank. des Menschen». D. Arch. f. klin. Med., XXII, 1878, 394-428.
- Violet*.—«Les centres cérébraux de la vision». Paris, 1893.
- Verga (A.)*.—«Demenza con allucinazioni lipemaniachi; reperti cadaverici; riflessioni». Gazz. med. ital. lomb. Milano, 1848, 2 s., I, 377-379.
- Villargoitia (F. R.)*.—«Resumen comparativo de los diferentes medios de curación propuestos para el tratamiento de la locura». Arch. de la med. españ., Madrid, 1846, II, 284; 346.
- Voisin (A.)*. «Traité de la paralysie générale». Paris, 1879.
- «Union médicale», 1867.
- «Traité de la paralysie générale», 1879. Baillière, p. 39, 41 et 115.
- Voisin (F.)*.—«Congrès de médecine de Paris». 1901 (Psychose et puberté).
- Vorster*.—«Beitrag zur Kenntniss der optischen u. tactilen Aphasie». Arch. f. Psych., XXX, 1898, 341.
- Vurpas et Eggli*.—«Quelques recherches psychol. sur le sens de la vue». Ann. med. Psych., IV, 1896, 14-26.



- Wallaschek.*—«Die Bedeutung der Aphasie für die Musikvorstellung». Zeitsch. f. Psychol., VI, 1894, 8-32.
- Weir Mitchell.*—«Clinic. lessons on nerv. diseases», 1897, p. 13 (cité par *Pick*, 121, p. 1).
- Weiss.*—«Psych, d. seniums. Wien. med. Press», 9. 1880.
- Wernicke.*—«Der aphasische Symptomencomplex». Breslau, 1874, p. 35-38.
- «Lehrbuch der Gehirnkrankheiten». Kassel, 1887, I, 338-330 et III, 552-559.
- «Grundriss der Psychiatrie: Phycho-physiol. Einleitung». Leipzig, 1894.
- «Zwei Fälle von Rindeläsion.» Arb. aus der psychiatr. Klinik in Breslau, 1895, p. 35-52 (résumé in Ann. psychol., V, 74).
- Westmoreland (J. G.)*.—«Case of dementia accidentalis». Aclauta M. et S, J., 1860-61, VI, 130.
- Westphal.*—«Diebstahl; falsche angabe des Namens; eigenthümliche Art. der Dementia -(Thrombosen der Arteria basilaris und Arteria fossae sylv. dextr.; diffuse Encephalamalacie von rechten Hemisphäre; chronische fibröse Leptomeningitis der Convexität). Charité, Ann., Berlin, 1874, I. 478-190.
- Wilbrand.*—«Ueber Hemianopsie und ihre Verhältnisse zur topisch. Diagn. d. Gehirnkran», 1881.
- «Ophthalmiatr. Beiträge». Wiesbaden, 1884.
- Wilbrand.*—«Die Seelenblindheit als Herderscheinung». Wiesbaden, 1887, 192 pages.
- William-Busch, Dunton.*—XXXVI. «Démence précoce». The American Journal of Insanity, I, 1903, p. 427-439, 4 planches.
- Williamson.*—«On (touch paralysis) or the inability to recognise the nature of objects by tactile impressions». Brit. med. Journ., 1897, II, 787 (V. Ann. pshyc., V, 75).
- «On loss of stereognostic sense». Brit. med. Journ., déc. 1899.

- Winslow (F.)*.—«Case of chronic dementia. ('Ten years' crouching: général ankylosis)». Brit. M. J. Lond., 1857, I, 45.
- Wolff*.—«Ueber krankhafte Dissoziation der Vorstellungen», Leipzig, 1897.
- Wright (S. H.)*.—«On dementia». Edimb. M. J., 1871. XVIII, 425-427.
- Wundt*.—«Grundzüge des phys. Psychologie». 4<sup>o</sup> Aufl., 1893, I, p. 160, II, 444-447.
- Zacher*.—«Beiträge zur Path. u. Pathol.-Anat. der progressiv. Paralyse». Arch. f. Psych., XVI, 1883, 487-507.
- «Paralyse générale». Neurol. Centralbt., 1<sup>er</sup> décembre 1886.
- Zenker*.—«Ein Fall von Unfähigkeit zu lesen». Neurol. Cblatt 1895, 293.
- Ziehen*.—«Leitfaden der physiol. Psychologie, 3<sup>e</sup> Aufl, Leipzig 1896. 119-123.
- «Congrès de Paris», 1900. Psychiatrie.



# INDICE DE LOS AUTORES CITADOS

---

## A

Aebeke, 304.  
Alzheimer, 403, 225, 408.  
Anglade, 252.  
Antón, 75.  
Arnaud, 260, 308.  
Arsonval, 35.  
Arthaud, 404.  
Aschaffenburg, 131.  
Aubry, 304.

## B

Badal, 74.  
Baillarger, 177, 187, 308, 311,  
313, 377, 379.  
Ball, 181, 182, 366, 369, 375.  
Ballet, 111, 217, 260, 297, 311.  
Bastian, 391.  
Baudry, 98.  
Bayle, 171, 176, 192, 200, 219,  
220, 311, 314.  
Belière, 304.

Bénédict, 217.  
Bernard, 71.  
Bernheim, 74, 81.  
Bergson, 74.  
Bernstein, 127.  
Bichat, 392, 403.  
Bonhoeffer, 84.  
Bouillaud, 365.  
Bouchard, 389, 416.  
Bridier, 411, 413.  
Brissaud, 346, 360, 417.  
Brousses, 388.  
Bulckens, 485.  
Bruns, 82.  
Burr, 73.  
Buvat, 340.

## C

Cabanis, 383, 384.  
Cajal, 14, 16, 194, 195.  
Galmeil, 115, 268, 272, 311.  
Cazalé, 289.  
Cazalis, 291, 389.

Charcot, 72, 279, 373.  
 Charpentier, 289, 419.  
 Chauffard, 34.  
 Cheyne-Stokes, 401.  
 Christian, 49, 269.  
 Claparède, 72, 73, 79, 81, 84, 85,  
 88, 131.  
 Clauss, 217.  
 Clouston, 196, 197.  
 Colin, 280.  
 Cornillot, 10.  
 Cotard, 59, 190, 254, 292.  
 Coulon, 315.  
 Cruveiller, 416.  
 Cullère, 304, 217, 315.  
 Cuyet, 133, 134.

**D**

Damaye, 7, 138, 145, 146, 150,  
 152.  
 Darde, 322.  
 De Goncourt (Ed.), 68.  
 Demange, 387, 388, 389.  
 Denaggio, 13.  
 Denis, 218.  
 Denos, 404.  
 Deny, 185, 230.  
 Descourtis, 50, 51.  
 Dieu, 405.  
 Donald, 304.  
 Dubuisson, 305.  
 Dubois, 407, 463.  
 Ducastel, 395.  
 Duchêne, 132.  
 Duplax, 388, 405.

Dupré, 206, 314, 315, 317, 318,  
 319, 320, 377, 378.

**E**

Edgren, 392.  
 Empis, 401.  
 Esquirol, 47, 168, 170, 171, 173,  
 176, 206, 210, 211, 314, 357,  
 359, 457.  
 Essmark, 216.

**F**

Falret, 245, 314, 379.  
 Farges, 82.  
 Fernarier, 304.  
 Féré, 127, 278.  
 Ferrier, 119.  
 Ferrus, 174.  
 Finkelburg, 69.  
 Flechsig, 197, 214, 222, 226.  
 Fontenelle, 365.  
 Fournier, 123, 330.  
 Foville, 120, 122, 180, 244, 379,  
 455.  
 Fraser, 483.  
 Freund, 73, 81.

**G**

Garnier, 276, 457.  
 Georget, 174, 175.  
 Gestkoff, 409.  
 Gibotteau, 383.  
 Gluck, 365, 366.  
 Goltz, 120.

Golgi, 194, 195, 312.  
 Gozol, 69.  
 Grenow, 70.  
 Griesenger, 2, 102, 186, 377.  
 Guntz, 407.

**H**

Hack-Tuke, 297.  
 Hallopeau, 305.  
 Heckel, 99.  
 Hecker, 206, 213, 239.  
 Helbronner, 81.  
 Henry, 391.  
 Herbert-Spencer, 391.  
 Hughlings-Jackson, 117.

**J**

Jacoby, 439.  
 Jelgersma, 288.  
 Jepherson, 304.  
 Jessel, 304.  
 Joffroy, 336, 337, 350, 399.  
 Josué, 398.

**K**

Kagan, 409.  
 Keraval, 183, 367, 414.  
 Kalbaum, 192, 193, 200.  
 Kielbery, 304.  
 Klippel, 17, 24, 26, 27, 129, 184,  
 226, 234, 314, 351, 352.  
 Kraft Ebbing, 198, 406.  
 Kraepelin, 192, 193, 216, 217,  
 218, 225, 230, 237.

Kundt, 304.  
 Kussmaul, 98, 375.  
 Künstlermann, 82.

**L**

Lafond, 472.  
 Laher, 97.  
 Lalande, 320.  
 Laignel, 315.  
 Lamaestre, 324.  
 Lannois, 388, 399.  
 Lasègue, 190, 253, 461.  
 Lavallée, 304.  
 Letcheworth, 402, 405, 476.  
 Legrain, 190, 191, 236, 245, 246.  
 Legrand du Saule, 362, 367, 434.  
 Leuret, 48, 401, 477.  
 Lhermitte, 27, 226.  
 Lissauer, 76, 82.  
 Linné, 367.  
 Littré, 359, 459.  
 Louyer-Villermay, 97, 378.  
 Longet, 363.  
 Lunier, 454, 456.  
 Luys, 416.  
 Lwoff, 277.

**M**

Magnan, 182, 190, 217, 218, 235,  
 236, 237, 253, 270, 313, 321,  
 323, 416, 451, 467.  
 Magnus, 75.  
 Marandon, 278, 473.  
 Marcé, 178, 179, 246, 407.

Marchand, 234, 264, 293, 403.

407, 419.

Marie (A.), 281, 347, 352, 414.

Marie (P.), 281.

Marinesco, 16, 194, 348.

Marro, 214, 217, 226, 405.

Mairet, 304.

Martin, 388.

Matschuko, 232.

Maudsley, 195, 372, 422.

Mauthier, 72.

Meschede, 320.

Metchnikoff, 346, 348, 393, 405.

406, 427, 428, 429, 430, 431.

Meynert, 20.

Meyer, 399.

Mitivie, 401.

Moreau de Tours, 485.

Morel, 179, 193, 216.

Morselly, 273.

Müller (Max), 82, 131.

Müller, 397.

Munk, 72.

## N

Navarre, 457.

Newton, 367.

Nissl, 13, 195, 199, 225, 233, 228.

Nodet, 80, 81, 85.

Nordeau (Max), 369.

## O

Obici, 255.

Ogle (W.), 130.

## P

Pactet, 315, 350, 451.

Parchappe, 177, 178, 233.

Parisot, 399.

Paulhan, 80.

Peeters, 332.

Peiné, 362.

Pelletier, 343.

Peterson, 279.

Petrequin, 403.

Philippe, 430.

Pick, 80.

Pierret, 184, 185, 262, 264, 350.

Pitres, 95.

Poyet, 407.

Proust, 365.

## Q

Quaglio, 70.

Quételet, 402.

Quinquand, 396, 401.

## R

Rabus, 73.

Ramadier, 304.

Ramón y Cajal, 14, 16, 194, 195.

Ranvier, 397.

Raymond, 304.

Régis, 7, 183, 187, 246, 304.

Régnier, 305.

Regnard, 132.

Reinhardt, 304.

Rieger, 305.

Ribot, 31, 41, 47, 49, 50, 51, 52,

66, 67, 83, 99, 102, 106, 113,

114, 117, 120, 125, 130, 131,  
133, 272, 372.  
Robinowitch, 247.  
Ritti, 244, 321, 327, 329, 460.  
Roger du Loiret, 472.  
Roussel (T.), 477.  
Rumpf, 304.

S

Sadler, 397.  
Savage, 309.  
Schule, 268, 284, 286, 320.  
Schmidt-Kimpler, 75.  
Sommer, 131.  
Séglas, 58, 183, 186, 201, 231,  
240, 241, 242, 248, 253, 255,  
424.  
Sergi, 112.  
Sérieux, 205, 207, 236, 305, 313,  
316, 317, 321, 440.  
Snell, 304.  
Sommerling, 74.  
Spamer, 71.  
Stefanowska, 23.  
Stoelting, 82.  
Strassburger, 393.  
Strumpell, 304.

T

Tardieu, 322.  
Targowla, 376.  
Tokarski, 217.  
Toulouse, 7, 33, 88, 93, 123, 125,  
127, 129, 138, 145, 146, 150,  
152, 205, 247, 293, 315, 439.

Tourdes, 370.  
Tuczek, 195, 376.

U

Uhthoff, 6.

V

Vallon, 331, 459, 460.  
Van Bierbliet, 101, 102.  
Vaschide, 33, 88, 93.  
Vigouroux, 315.  
Villemin, 397.  
Vires, 304.  
Voisin, 88, 217.  
Voltaire, 365.  
Vulpian, 401.  
Von Derkolk, 197.  
Vurpas, 123, 127, 129.  
Vorster, 82.

W

Wagner, 115.  
Walter-Scott, 365.  
Weinberg, 429.  
Weiger, 195, 376.  
Wernicke, 69, 76.  
Weiss, 407.  
Wilbrand, 72.  
Wildermuth, 288.  
Winslow, 56.  
Wolf, 83.

Z

Ziehen, 217.  
Ziemssen, 287.

# ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

---

## A

Aberración psíquica, 3.  
Actividad automática, 113.  
— psíquica, 3.  
Actos, 113.  
Afectividad, 34.  
Agnesia, 85-403.  
Agnosia, 70.  
Alcoholismo, 298.  
Ameboismo, 21-282.  
Amnesia, 46-383.  
Anecefalia adquirida, 317.  
Anosmia, 85-403.  
Apéndices periformes, 19.  
Apraxia, 73.  
Aritmomania, 164.  
Arsonval (d'), 35.  
Arterio esclerosis, 388.  
Asistencia, 427.  
Asonancias, 132.  
Asociación de ideas, 315.  
Asociaciones dinámicas, 371.  
— mnemonicas, 73.

Asymbolia, 69-84-85.  
Atasia, 77.  
Atentados, 449.  
Atención, 35-317.  
Atrofia, 408.  
Autocrítica, 317.  
Automatismo, 338.  
Autonomía celular, 17.

## B

Bazo senil, 398.  
Biología (la demencia desde el punto de vista de la), 427.

## C

Cálculo, 10.  
Capacidades, 427.  
Capacidad respiratoria, 396.  
Cápsula suprarrenal, 399.  
Caquexia, 136.  
Catatonia, 229.  
Cenestesia, 58.



- Ceguera táctil, 8.  
 Circular (locura), 247.  
 Circunscritos (focos), 291.  
 Citofagia, 435.  
 Códigos, 433.  
 Conciencia, 70-322.  
 Confusión, 7.  
 Congestión, 310.  
 Coprofagia, 56.  
 Coprolalia, 56.  
 Corazón senil, 395.  
 Criptografía, 63.  
 Cronómetros, 35.  
 Cuerpos periformes, 19.  
 Cuerpo tiroideo, 404.
- D**
- Decrepitud, 369.  
 Decúbito, 139.  
 Decustación, 25.  
 Degeneración, 396.  
 Delirio de negación, 255.  
 Demencias alucinatorias, 198.
  - apáticas, 198-286.
  - catatónicas, 207.
  - delirantes, 187.
  - de los delirios llamados parciales, 260.
  - epilépticas, 286.
  - globales, 8.
  - histéricas, 284.
  - maniáticas, 235.
  - melancólicas, 235.
  - neurósicas, 235-286.
  - paralíticas, 8-297.

- Demencias paranoide, 207.
  - por lesiones circunscritas, 415.
  - precoces, 198-207-234.
  - seniles, 357.
  - simples apáticas, 186.
  - versátiles, 198.
 Demoniofobia, 251.  
 Demoniomanía, 251.  
 Derechos electorales, 447.  
 Destrucciones corticales, 72.  
 Dibujo atásico, 77.  
 Dinamometría, 125.  
 Disgrafía, 132.  
 Dislalia, 132.  
 Distrofia, 73.  
 Doble forma, 244.
  - personalidad, 52.
 Dosomania, 433.
- E**
- Ecocoprografos, 132.  
 Ecoproláticos, 132.  
 Ecografía, 132.  
 Ecolalia, 132.  
 Elecciones, 447.  
 Embolias, 416.  
 Emotividad, 111.  
 Encefalitis parenquimatosa primitiva, 28.  
 Endoarteritis senil, 396.  
 Escasas, 137.  
 Exhibicionismo, 449.  
 Expresión, 133.

Extensión, 135.  
Extinción de las percepciones, 60

**F**

Falso reconocimiento, 62.  
Fibrillas, 12.  
Fijación, 101.  
Flexión, 133-135.  
Flora microbiana, 393.  
Focos circunscritos, 291.  
Facturas espontáneas. 347.  
Fugas de ideas, 243.

**G**

Ganga vásculo-conjuntiva, 12.  
Gestos, 133.  
Glándulas suprenales, 399.  
Ginocófago, 227.

**H**

Hebefrenias. 225.  
Hematis, 400.  
Hemicanicie, 343.  
Hígado, 399.  
Histogénesis, 24.  
Hiperacusia, 68.  
Hipertrofia del yo, 61.  
Histeria, 284.  
Homicidio, 450.

**I**

Ictus, 275.  
Ideas de negación, 255.  
Identificación, 85.  
Imágenes kinestésicas, 73.  
Insuficiencia vital, 136.

Intermitentes (locuras), 247.  
Intersticiales (lesiones), 28.  
Intoxicación por la idea, 80.

**K**

Kinestesia, 255.  
Kleptomanía, 449.

**L**

Lenguaje emocional, 133.  
Lesiones difusas, 310.  
Lesiones localizadas, 291-415.  
Longevidad, 307-365.  
Logorreas, 243.

**M**

Memoria, 34-38-317-375.  
— de fijación, 101.  
Meningo encefalitis, 297.  
Mesocéfalo, 408.  
Microbios de la demencia, 393.  
Mímica, 133.  
Mnemotecnia, 73.  
Motilidad, 334.  
Músculos seniles, 395.  
Mydriases, 341.  
Mielinización, 214.  
Myosismicos (fenómenos), 342.  
Mosiis, 341.

**N**

Negación, 56.  
Neologismos, 271.  
Neurona, 12.  
Neurosis, 280.  
Núcleo, 12.

**O**

Oniomanías, 433.  
 Oftalmoplegias, 341.  
 Orina, 399.  
 Ovarios, 406.

**P**

Palabra interna, 94.  
 Parálisis general, 297.  
 — juvenil, 297.  
 Parénquima cerebral, 28.  
 Personalidad disociada, 52-56.  
 Periformes, 19.  
 Plomo, 303.  
 Problemas biológicos, 427.  
 — sociales, 420.  
 Pseudo aprasia, 80.  
 Pseudo bulbares (signos), 112.  
 Pseudo demencia, 49.  
 Psycoplasma, 99.  
 Pubertad, 222.  
 Puerilismo, 44-377.  
 Pulso, 401.  
 Pupilas, 340.

**R**

Reacciones, 321.  
 Reflejos, 2-128.  
 Regresiones psíquicas, 196.  
 Respiración, 396.  
 Responsabilidades, 427.  
 Riñón senil, 398.

**S**

Saturnismo, 303.  
 Sclerosis vascular, 388.

Senilidad, 395.  
 — precoz, 289.  
 Sensaciones exteriores, 66.  
 Sensibilidad tegumentaria, 60.  
 Sentido interno, 46.  
 — muscular, 60.  
 Sentimientos, 106.  
 Silogismos, 138.  
 Síndrome bulbar, 417.  
 — paralítico, 315.  
 — pseudo bulbar, 417.  
 Sífilis, 303.  
 Sistematización primitiva, 260.  
 Sueño, 28-136.  
 Suicidio, 320.

**T**

Testamento, 442.  
 Testículo senil, 404.  
 Textos, 41.  
 Tiempos de reacción, 36.  
 Tímpano, 403.  
 Tiroideos (cuerpos), 404.  
 Traumatismo, 289.  
 Trastornos tróficos, 343.  
 Trombosis, 417.  
 Tonalidad afectiva, 33.  
 Tumores, 417.

**U**

Utero senil, 403.

**V**

Visión bruta, 69.  
 Vitalidad insuficiente, 136.  
 Vejiga, senil, 399.

# ÍNDICE DE FIGURAS

---

	Páginas.
Fig. 1. <sup>a</sup> —Células corticales con dendritas y yemecillas ( <i>R. y Cajal</i> ).....	11
Fig. 2. <sup>a</sup> —Coaptación yuxtacelular de dendritas periféricas vecinas dando aspecto velludo á la célula aislada (corte y cara externa) ( <i>R. y Cajal</i> ).....	14
Fig. 3. <sup>a</sup> —Red intracelular y yuxtenuclear en estado normal ( <i>Cajal</i> ); y en estado patológico (demencia paralítica). ( <i>Marinesco</i> ). . . . .	16
Fig. 4. <sup>a</sup> —Células piramidales en la demencia paralítica ( <i>Klippel</i> ). Atrofia de las espinas y penachos de formación periforme de los cuerpos.....	18
Fig. 5. <sup>a</sup> - Dendritas del <i>cortex</i> de un perro cloroformizado ( <i>Lugano</i> ).....	20
Fig. 6. <sup>a</sup> —Dendritas en retracción activa.— <i>Cortex</i> del perro ( <i>Lugano</i> ).....	22
Fig. 7. <sup>a</sup> —Apéndices piriformes y células corticales de animales muertos por él cloroformo ( <i>Stefanowska</i> ).—Compárese con la fig. 4. <sup>a</sup> ..	23
Fig. 8. <sup>a</sup> —Escritura inconsciente de un demente paralítico quejándose de trastornos psicómotores, perdiendo luego la conciencia de que él era quien escribía, y amenazán-	

dase é insultándose. Habla de sí mismo en tercera persona en euforia final . . . . .	57
Fig. 9. <sup>a</sup> —Escritura criptográfica de un demente vesánico. . . . .	64-65
Fig. 10. —Demente paralítico contagiado por un vesánico. (Delirio comunicado). . . . .	109
Fig. 11.—Cuadro que parafrasea un delirio sistematizado persistente durante quince años. . . . .	116
Fig. 12.—Reclamación simbólica con que un vesánico pidió justicia, y que recuerda la reclamación simbólica de los indios á Franklin. . . . .	117
Fig. 13.—Demente precoz en estado de catatonía. . . . .	229
Fig. 14.—Dibujo de un demente precoz, con anotaciones incoherentes. (Divagaciones místicas) . . . . .	237
Fig. 15.—Dibujo y autógrafo de un demente paranoide (gráfico acerca de la naturaleza y el universo, lleno de neologismos característicos) . . . . .	239
Fig. 16. —Gráfico comparativo de las fases de la locura circular . . . . .	249
Fig. 17.—Células piramidales alteradas de la corteza temporal, una melancólica antigua (según <i>Klippel</i> ) . . . . .	259
Fig. 18.—1, 2, 3, 4. Vasos y fibras de la substancia cortical superficial sub-meníngea ( <i>Taty y Bridier</i> ) demencia rápida.—5. Células de la substancia gris occipital derecha (demencia rápida, el mismo individuo). . . . .	263
Fig. 19.—6. Células piramidales normales (?) ( <i>Marchand</i> ).—7. Células piramidales alteradas (núcleos inflados y excéntricos, pigmentos cromáticos y neuronofagia), <i>Bri-</i>	

	<i>dier</i> , demencia vesánica).—8. Erupción de leucocitos (vasos del cortex) ( <i>Tay</i> , demencia vesánica).—9, 10. Diversas alteraciones de las células corticales en un vesánico ( <i>Pierret y Bridier</i> ).—11. Vasos corticales del mismo.....	265
Fig. 20.—	6, 7, 8, 9 bis. Alteraciones celulares de las columnas medulares (alteraciones pigmentarias cromatolisis y neuronofagia leucocítica. (Demencia aguda.) (Tesis <i>Bridier</i> ).....	267
Fig. 21.—	Apoteosis megalomaniaca simbólica dibujada por un pseudo demente vesánico (vicjo persecutorio místico).....	269
Fig. 22.—	Delirio crónico de persecución con alucinaciones persistentes auditivas (envoltura defensiva).....	271
Fig. 23.—	Escritura criptográfica de una de demente vesánica que ha conservado para paralelamente la escritura normal.....	274
Fig. 24.—	Demencia por epilepsia traumática.....	290
Fig. 25.—	Demencias traumáticas definitivas (lesiones localizadas).....	294
Fig. 26.—	Autografías de dos paralíticos en dos fases diferentes (frases iguales dictadas).....	339
Fig. 27.—	Hemicanie en la demencia paralítica,.....	345
Fig. 28.—	Hematies nucleados de diversos tipos, linfocitos y polinucleares en la sangre de los paralíticos, á la derecha tres glóbulos sanos ( <i>Klippel</i> ).....	349
Fig. 29.—	Demencia paralítica: 2. Alteraciones de la substancia blanca (infiltración de leucocitos); 3. Células piramidales deformadas	

(degeneración pigmentaria y cromalolisis); 6. Vaso enfermo ( <i>Pierret</i> ).....	350
Fig. 30.—Vasos alterados de la corteza cerebral de un demente paralítico ( <i>Klippel</i> ).....	351
Fig. 31.—Diápédesis linfocítica (vaso de la corteza engrosado ( <i>Klippel</i> ).....	352
Fig. 32.—Alteraciones de la zona de células grandes piramidales ( <i>P. G.</i> ).....	353
Fig. 33.—Substancia blanca normal ( <i>Klippel</i> ).—Substancia blanca en la demencia paralítica (rarefacción de los tubos rotos).....	354
Fig. 34.—La demente de las muñecas. (Tomado de la iconografía de la Salpêtrière, Dr. <i>Dupré</i> )	378
Fig. 35.—Demente senil que adoptó como suyo el niño de sus hospederos (colonia familiar de Dun).....	379
Fig. 36.—Hemicanicie en la demencia senil con hemiplejía.....	409
Fig. 37.—Demencia senil ( <i>Bridier</i> ) fibras tangenciales de Exner (atrofia), alteración vascular de las meninges (arterio enterosis) ..	411
Fig. 38.—Demencia senil ( <i>Bridier</i> ). Corteza frontal (2), cerebelosa (3), médula (5), y células grandes motrices (6).....	413
Fig. 39.—Esquema de las lesiones (optoestriada izquierda y cortical derecha) que determinan el síndrome bulbar. ( <i>Brissaud</i> )....	418
Fig. 40.—Citofagia renal en un viejo de noventa años ( <i>Weinberg</i> ).....	430
Fig. 41.—Neuronofagia en el cerebro de un centenario. ( <i>Philippe</i> ).....	430
Fig. 42.—Cartel delirante de un alienado candidato en unas elecciones.....	443

# ÍNDICE DE LOS SUMARIOS

Páginas.

PRÓLOGO ..... I

## PRIMERA PARTE

### Generalidades. — Psicopatología.

CAPÍTULO PRIMERO.—*Psicopatología general de los dementes.*

✓ Definiciones legal, médica y psicológica.—  
Caracteres comunes á todos los síndromos demenciales.— La disgregación mental está ligada á la regresión del psicoplasma de las células cerebrales y de sus dependencias. . . . . 5

CAPÍTULO II.—*Psicología general de los dementes.*

El examen psicológico de los dementes revela una debilitación progresiva cualitativa y cuantitativa de las diversas facultades.

Atención (tiempo de reacción), memoria



(textos), personalidad é inteligencia (agnosia), ideación y volición (automatismo y leyes de regresión de Ribot), sentimientos (emotividades bulbares y pseudo-bulbares, moralidades), etc. ....

31

### CAPÍTULO III.—*Ojeada histórica.*

La demencia considerada por los antiguos como entidad única y estado término común á todos los estados psicopáticos crónicos, ha sido luego diferenciada en variedades diversas.—Teoría de Esquirol y de sus discípulos. El descubrimiento de la demencia paralítica (Bayle, 1822) revela la existencia de un substratum orgánico determinado por ciertas demencias.—Los trabajos ulteriores conducen á la noción final de substratums distintos para las demencias seniles ó en locos, y para las precoces ó vesánicas. ....

167

## SEGUNDA PARTE

### Diversos tipos de demencia.

#### CAPÍTULO IV.—*Demencias precoces.*

Sinonimia.—Idiotismo accidental (*Morel*).  
 Idiotismo adquirido (*Esquirol*).—Demencia hebefrénica. — Demencia catatónica. — Paranoia rudimentaria. ....

207

CAPÍTULO V.—*Demencias paralíticas*. .... 297

CAPÍTULO VI.—*Demencias seniles*. .... 357

## CONCLUSIONES GENERALES

	<u>Páginas</u>
<b>CAPÍTULO VII.</b>	
Problemas que plantea la demencia.—Problemas biológicos.—Problemas sociales y jurídicos (capacidades, responsabilidades). — Estadísticas.—Modos de asistencia.....	427
<b>ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO</b> .....	487
<b>ÍNDICE ALFABÉTICO DE LOS AUTORES CITADOS</b> .....	515
<b>ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS</b> .....	521
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	525
<b>ÍNDICE DE SUMARIOS</b> .....	529

