

8

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Psiquiatría

ESTUDIO

SOBRE

LA CONFUSION MENTAL

TESIS

QUE PARA SU EXAMEN GENERAL DE MEDICINA,

CIRUGIA Y OBSTETRICIA,

PRESENTA

JULIO RODRIGUEZ CABALLERO



MEXICO

IMPRENTA MORELOS. - 6a. DE SAN JUAN DE LETRAN 105

1920

A mis queridos padres
DON FRANCISCO RODRIGUEZ SAMANO
y
DOÑA MARIA DE JESUS CABALLERO
DE RODRIGUEZ,
con todo el cariño, la veneracion
y el respeto
que llevo dentro de mi corazon.

A LOS SEÑORES
DOCTORES

Agustín Torres,

*Ex-Director del Manicomio General y Prof. de la Clínica Psiquiátrica
en la Escuela Nacional de Medicina,*

y

Manuel Sunderland,

*Jefe del Departamento de Mujeres
del Manicomio General.*

*A vosotros, maestros, que tan bené-
volamente me habeis ayudado en mis
estudios, y a cuya ilustración e idonei-
dad en la materia de que trato, debo,
en gran parte, los modestos conoci-
mientos que en ella hube de adquirir,
dedico este trabajo, como débil testi-
monio de cariño y profunda gratitud.*



Julio Rodríguez Caballero.

México, Mayo de 1920.

Prólogo.



EL estudio que emprendo sobre la *Confusión Mental* y el cual tengo el honor de someter a la aprobación del respetable Jurado, abarca un conjunto de conocimientos reinantes de la *Psiquiatria moderna* y, una serie de observaciones personales y de estudios llevados a cabo al lado de los pacientes mentales, que, con miras muy amplias se me ha permitido seguir en el desenvolvimiento de sus psicosis para imponer los tratamientos sugeridos por el análisis clínico y meditados a través de la *patogenesis*.

Tal vez no sea yo el que saque el fruto debido a una cuestión fecunda en temas importantísimos; pero debo confesar que, me he sentido atraído con fuerza, solicitado por los múltiples casos de mi práctica, para hacer el análisis y, en seguida, la síntesis; dando, al fin, conclusiones terapéuticas de acuerdo con la *patogenesis* de lo que constituye, en la *nosografía psiquiátrica*, el grupo ya bien definido de la *Confusión Mental*. No tengo, por lo tanto, la pretensión de mostrar este estudio con el brillo con que personas verdaderamente doctas hubieran de hacerlo; y sólo quiero hacer patente con esta labor, mi más profundo agradecimiento a las personas que de una manera directa o indirecta se han hecho partícipes del arduo asunto que he seguido.

Más aun: ruego a los señores del Honorable Jurado, se dignen mirar el presente trabajo, no tan solo como el cumplimiento de una tarea que el reglamento me exige, sino como el producto de un esfuerzo mío, que el concurso loable de personas de amplio criterio ha hecho fructífero, y el cual ha sido causa de que se lleve a efecto, porque si no tiene el mérito de ser obra maestra, de lo cual estoy muy distante, sí tiene el de estar inspirado en las fuentes mismas del conocimiento, y tiende por el buen camino de la observación, del método y del examen, a sacar conclusiones prácticas, lo cual forma mi humilde aspiración.

El origen de esta tesis ha tenido lugar bajo un doble influjo de causas; sea lo primero la frecuentación diaria de los enfermos mentales, y lo segundo, la observación y meditación detenida sobre los casos concretos de la práctica, surgiendo de allí las ideas directrices, de las cuales habrían de mirarse y seguirse las nuevas orientaciones y conclusiones que forzosamente se encadenarían, dadas las constantes entre causa y efecto. En verdad, datan las ideas y orientaciones primitivas de hechos de laboratorio, pues en las innumerables veces que, buscando con cuidado y cuantificando las substancias normales y anormales de la orina de los diversos enagenados del Manicomio General, no pocas ocasiones fui sorprendido de la anormalidad en la presencia de ciertos elementos hallados al principio, por casualidad y, por último, investigados sistemáticamente. Después fue muy natural el deseo de conocer el estado físico y, sobre todo, mental de los individuos, cuyas orinas se habían analizado, y más sorprendido quedé de que, dichas orinas pertenecían a enfermos que además de padecer una psicosis siempre la misma, sufrían una auto-intoxicación que tal vez era causa preponderante en su padecimiento. También fue del todo natural que la mente se encaminara al juego forzoso de las causas y de los efectos; y asesorado por un aforismo de la medicina moderna y formulado con toda sencillez por Chantemesse, el cual dice: "La terapéutica será patogénica o no será," me esforcé, racionando, en investigar lo que habría de relación entre las causas y los efectos; así como, la sucesión de unos a otros; convencido de que, los estados patológicos no obedecen tan solo, en la gran generalidad de casos, a una causa sino que, siendo un complejo tal estado patológico, existiría un conjunto de causas bajo cuya acción tendría sus múltiples expresiones. Afortunadamente me parece que, vistas las cosas a la luz de este raciocinio, hallaba, aunque de una manera lenta, el hilo de las relaciones entre causas y efectos, y me pareció percibir que en el caos del complejo había una causa que por su constancia fuera la determinante de esos estados patológicos denominados Confusión Mental; entreviendo que, si bien había de seguro otras causas, éstas eran el efecto de aquella y que ésta, a su vez, era el efecto de otras remotas, pero perfectamente ciertas por haberse encontrado en los datos de los pacientes que se me proporcionaban para el estudio. Dada la constancia de esa causa que en muchos casos se investigó; hubo de imponerse el estudio de las lesiones que ella hubiera de producir, y a este efecto, buscando las alteraciones patológicas de la corteza cerebral que se hallan en la Confusión Mental, fue de sorprenderse que dichas alteraciones nada grave constituían en sí, puesto que no hieren la vitalidad de la celdilla nerviosa para siempre y si su funcionamiento, toda vez que son lesiones que se reducen a deformación

celular, ectopia de las granulaciones cromatófilas de Niesl y desviaciones de los núcleos, primeros estadios, es cierto, de la degeneración celular, pero reparables, y que únicamente bajo la influencia de las susodichas causas, persisten y se mantienen, a su vez, las perturbaciones funcionales.

Otra consideración venía en apoyo de mis presunciones y era la identidad de ciertos cuadros de alteración funcional del hígado y las perturbaciones psicológicas concomitantes descritas primero, por los patólogos, y confirmadas, en seguida, por los experimentadores; es decir la relación auto-intoxicación hepática y la Confusión Mental bajo cualquiera de sus formas (Ball, Gilbert, Ballet, Kippel, Regis).

Haciendo, pues, mérito de las consideraciones precedentes como preámbulo, me propongo no cansar la atención de los pacientes sinodales y lectores con una recopilación de datos y hechos de observación y doctrina, sino únicamente resumir, de manera sucinta, los temas de la presente tesis, para que, apreciando los detalles y verdades en que se apoya, llegue en el conjunto sintético, a asimilar las conclusiones y a aceptar los resultados, que como causa final se imponen. Así, pues, dividiré el estudio en las siguientes partes:

1^o—Exposición sucinta de lo que en la nosografía psiquiátrica constituye la Confusión Mental, haciendo mérito de las causas y de la patogenesis, miradas bajo el punto de vista de la Patología General.

2^o—Las observaciones que, bajo forma de historias, van incluídas en el texto de la tesis haciendo, en cada una, principalmente, la síntesis de los cuadros clínicos respectivos y las apreciaciones de los datos de laboratorio.

3^o—Conclusiones sobre el papel de la insuficiencia hepática en la producción, mantenimiento y curación de la Confusión Mental cuando aquella exista o cura. Los casos que sostienen este punto, el cual es la proposición que analiza la tesis. Y por fin,

4^o—Y último. Tratamiento de acuerdo con la patogenesis y particularmente con el papel de la auto-intoxicación hepática, lo que acaba de confirmar el postulado de la tesis.



HISTORIA



DEMENCIA aguda (Esquiron). Estudidez, estupor (Georget, Ferrus, Dagonet). Confusión alucinatoria (Delasiauve). Torpeza cerebral (Ball). Halucinatorischer Wahnsinn (Krafft-Ebig). Amencia (Meynert-Serbsky).

Diversa suerte ha corrido el reconocimiento de la Confusión Mental, como entidad patológica entre los observadores psiquiatras. Ya conocida al principio del siglo XIX por Esquirol y Pinel bajo el nombre de demencia aguda, de imbecilidad aguda, fue extirpada del dominio nosográfico como entidad bien definida, gracias a los esfuerzos de Bellarger, quién procuró proscribirla, (1) y quién se afanó en ver en ella, tan solo, una forma de melancolía con estupor. Se hizo necesario que, como otros muchos conocimientos, pasara allende el Rihn, a Alemania, para que una vez reconocida, se le aceptara y figurara al lado de las otras psicosis, de las que era, sin embargo, independiente; así, fue descrita y enriquecida con los trabajos y adquisiciones de Klippel, Griessinger (2) y otros, quienes la colocaban en la nosografía con el nombre de Verwircktheit; es decir, de Confusión Mental. Su nuevo lugar al lado de las demás psicosis no fue admitido, sino hasta que tuvieron lugar los trabajos de Delasiauve, Chaslin y Regis, quienes, viendo la independencia de dicha enfermedad mental como entidad patológica, hubieron de reaclimatarla en la psiquiatría moderna y aumentar el acervo de conocimientos con otras adquisiciones, entre ellas, el delirio onírico, descrito por Regis y unido por él al cuadro de la Confusión Mental.

[1] Bellarger. De los estados designados en los enagenados bajo el nombre de estupidez. (An. med. psych. 1843 t. I p. 78).

[2] Griessinger. Handlung von der Wahnsinnkrankheiten 1865 z 291.

Posteriormente, disipado el velo de obscuridad que reinaba respecto del derecho de propiedad de la Confusión Mental, se han hecho como aproximados y realmente siendo una misma cosa, la presbiofrenia, la catatonía, (1) la demencia precoz y los delirios tóxicos, tales como el delirio alcohólico, del que Lasegue sostiene con toda energía, ser solamente una forma de la Confusión Mental. Regis ha formado y sintetizado la Confusión Mental; ha aproximado todas sus formas a un mismo tronco; ha descrito admirablemente el delirio onírico y seguido, con ahinco, la Confusión Mental que se desarrolla por el paludismo.

En resumen: la Confusión Mental ha tomado derecho de ciudadanía en la nosografía mental.

Definición: Regis define con toda propiedad la Confusión Mental, diciendo que, "es una psicosis generalizada, caracterizada por una torpeza, un adormecimiento tóxico de la actividad psíquica superior, lleva a veces hasta la suspensión, acompañada o no de automatismo onírico delirante con reacción adecuada de la actividad general y de las diversas funciones del organismo." (Regis. Trat. de Psiquiatría p. 330).

Y Chaslin la define: "La confusión Mental primitiva idiopática, es una afección, ordinariamente aguda, consecutiva a la acción de una causa ordinariamente apreciable, en general una infección, que se caracteriza por fenómenos somáticos de desnutrición y fenómenos mentales, cuyo fondo esencial es este: un debilitamiento y una disociación intelectual, *confusión intelectual, confusión mental*, que puede ser acompañada o no de delirio, de alucinaciones, de agitación, o al contrario de inercia motriz, con o sin variaciones marcadas del estado emocional."

Gilbert-Ballet considera bajo dos aspectos la Confusión Mental cuando la define: "La Confusión Mental es un síndrome que de ordinario se desarrolla primitivamente bajo la influencia de las intoxicaciones y de las infecciones (confusión mental primitiva), pero que puede complicar también, a título de manifestación secundaria y accesoria, las otras afecciones mentales (manía, epilepsia, delirio alcohólico, afecciones cerebrales orgánicas).

"Se caracteriza esencialmente por la confusión de las ideas que puede llegar hasta la estupidez, por imposibilidad de coordinar estas últimas y asociar también las sensaciones de manera de realizar una percepción clara y neta del mundo exterior; accesoriamente sobre este fondo constante de impotencia cerebral y de disociación de ideas se

desarrollan otras perturbaciones (reacción física, manifestaciones delirantes y alucinaciones) cuya fisonomía variable, concurre a imprimir a la sintomatología de la Confusión Mental aspectos muy variados unos de otros." (Gilbert-Ballet. Trat. de Psiquiatría 1917).

La mejor definición, sin duda, es la de Regis, puesto que a todos los casos conviene y limita específicamente su significado. Se necesita que haya confusión de ideas para que haya confusión de espíritu, de la mente, y sin este carácter, la psicosis en cuestión, podrá ser algún otro padecimiento psíquico, pero no Confusión Mental. Es cierto que hay un síndrome confusional en determinados casos psicopáticos, como por ejemplo, en los estados segundos de la epilepsia; pero en este caso la disociación y el debilitamiento de las ideas, o la suspensión de los procesos mentales, forman un cuadro secundario a los ataques del mal comicial.

Además, en todas las formas de la Confusión Mental, siempre hay disociación de las ideas sumada a otros cuadros de las esferas de la afectividad y de la actividad general, y esos cuadros hacen que sean precisamente tan variados los aspectos de la amencia; ya se trate, por ejemplo, de la pasividad absoluta que llega hasta el estupor, ya se trate más allá de alucinaciones, y entonces se constituye la amencia alucinatoria, o ya se trate, en otros, de agitación y de reacción automática de la actividad general y del lenguaje; constituyéndose por esto, el delirio, que en muchos casos, es subconsciente o inconsciente y entonces se denomina delirio onírico, etc., etc. En resumen: siempre hay obtusión de la mente, desorientación y disociación de ideas que es el fondo mismo de la Confusión Mental.

En lo que toca a si es o no una psicosis generalizada, no hay más que ver, que al lado de los signos psicopáticos variados, se produce siempre una reacción concomitante del estado general; es decir, el organismo entero ve alterarse sus funciones mientras existen las alteraciones psíquicas, siendo tal vez estas perturbaciones del organismo, las que originan, bajo sus diferentes mecanismos, las perturbaciones mentales. En apoyo de esto está el hecho de que, cuando al cuadro somático, en los confusos, se le ve volver a la salud, el cuadro mental sigue paralelamente el mismo camino.

No hay nada que agregar a las definiciones transcritas, y tan solo se tratará, en buen lugar, lo que significan psicológica, física y funcionalmente, los elementos de que se compone la Confusión.

[1] Kalbaume.—Die Katatonie, Berlin 1874.

DIVISION

Divídese la Confusión Mental en:

- Confusión Mental típica (subaguda).
- Confusión Mental aguda.
- Confusión Mental crónica.

La Confusión Mental típica se subdivide:

- 1º—En confusión mental simple o asténica.
- 2º—En delirante.

La Confusión Mental aguda se subdivide:

- 1º—En delirio alucinatorio agudo, en estupidez y en delirio agudo (Confusión Mental pseudo-meningítica).

La Confusión Mental crónica comprende, a su vez, la confusión crónica simple y una forma especial, desarrollándose en la adolescencia generalmente y la cual se denomina demencia precoz. Esta última forma puede separarse del resto por su carácter y su fisonomía especiales; sin embargo, está tan íntimamente relacionada a la historia de las auto-intoxicaciones que despiertan las otras confusiones, que merece citarse lo más inmediatamente posible después de ellas, ya que tiene sumo parecido. En esta tesis no se hará mérito de la demencia precoz.

Etiología.—Para muchos autores (Chaslin, Seglas, Regis) el origen de la Confusión Mental, se resume en infección e intoxicación, habiendo tan sólo otras causas que desempeñan el papel de predisponentes y adyuvantes. Los autores alemanes Griessinger, Kalbaume hacen desempeñar a la herencia cierto papel predisponente; y, aunque realmente exista aquella en algunos casos, no es lo común, pues los confusos, con mucha frecuencia, tienen padecimientos neuro-páticos y psicopáticos entre sus progenitores; pero la intervención de la herencia, no es necesaria para el desarrollo de la Confusión Mental, y puede decirse aún, que de las psicopatías, es de las más frecuentes en individuos faltos de taras neuro y psico-patológicas.

Más importantes en el origen de la Confusión, como causas predisponentes, son los desgastes físicos y mentales: cansancio físico, asoleo, viajes prolongados, abstinencia de alimentos como pasa en los vagabundos, miseria, estado de debilitamiento orgánico por una enfermedad general, choques morales intensos o repetidos, fatiga psíquica, etc. . . . De estas dos últimas, Gilbert y Ballet insisten en mostrarlas como causas muy comunes. En verdad, éstas desempeñan un papel efectivo, pues en casi todos los pacientes se hallan en el pasado,

precediendo de cerca al estallar de los síntomas. Aún quedan otras causas predisponentes y adyuvantes: sexo femenino, edad avanzada, arterio-esclerosis (Regis).

En cuanto a las causas eficientes, se trata de ellas con una poca de más extensión en la patogenesis de que se ocupa, en lugar apropiado, el presente estudio.

* * *

Descripción.—Conviene, sin duda, principiar la descripción por la Confusión Mental típica de marcha subaguda, pues todas las demás formas difieren solamente por su marcha aguda o crónica y por el agregado de síntomas que hacen de ellas su forma especial.

La Confusión Mental consta de síntomas, por decirlo así, comunes a otros padecimientos generales, a los que se agregan los que en propio le corresponden y que son las perturbaciones psíquicas.

Síntomas comunes con las infecciones y las intoxicaciones.—Estos síntomas se desarrollan, ya al declinar de las infecciones o de las intoxicaciones, y en las formas severas de la Confusión, en el principio o en el acmé de aquellas. Estos síntomas son la *cefalea* y el *insomnio*. Son tan constantes, que casi nunca faltan en los confusos, principalmente la cefalea, la cual no tiene asiento fijo, ya sea fronto orbitaria o occipital; intensa casi siempre, llega a causar verdaderos paroxismos que hacen gritar al paciente, produciendo en él, algunas veces, agitación. Esta cefalea es, sobre todo, del principio del padecimiento y es tan característica, al lado de las perturbaciones mentales, que constituye un signo magnífico de confusión en el curso mismo de los padecimientos tóxicos e infecciosos. Después decrece y se atenúa en los casos de Confusión Mental crónica, pero algunas veces persiste, sobre todo, en la amencia aguda, quedando aún en la convalecencia como reliquia de la psicopatía. La cefalea sirve admirablemente para diferenciar las otras psicosis en su principio, al grado, que puede decirse que se excluyen las demás que no sean Confusión Mental.

Concomitantemente y tal vez debido a la cefalea, sobreviene el insomnio, el cual es tenaz en los primeros días de la psicosis, durando los pacientes de 3 a 8 días y aún más, sin conciliar el sueño; más avanzada la enfermedad, el insomnio alterna con días de buen dormir; siendo frecuente, en efecto, que los pacientes gocen de sueño aún durante el día. La pérdida del sueño se manifiesta, en mayor grado, en los pacientes que tienen una reacción del automatismo de la actividad general, en aquellos alucinados, sobre todo, que tienen alucinaciones terroríficas y horripilantes, como pasa en la psicosis alcohólica; en el delirio onírico, etc.

En fin, al lado de la pérdida completa del sueño y paradójicamente, se produce la narcolepsia o adormecimiento, modorra, en que el paciente se halla en una situación intermedia entre la percepción del exterior y el descanso de su psiquismo. Tal vez se engaste durante esta situación intermedia de narcolepsia, un estado segundo, es decir, un estado subconsciente o inconsciente. Muchas veces es dado asistir precisamente a estas transiciones, y al allegarse a un paciente no se logra introducir en su conciencia impresión alguna.

Confusión, insomnio, narcolepsia; hé ahí el principio frecuente de la Confusión. Esto es ya el esbozo de un cuadro.

Síntomas mentales propios.—Vienen al propio tiempo, o poco después, las perturbaciones psíquicas que completan el cuadro. Torpeza cerebral; automatismo de la actividad general inconsciente o subconsciente; alucinaciones; disminución de la actividad general.

En la confusión mental típica, que es la norma de todos los modos de la confusión, se desarrolla paralelamente, o bien una después de otra, la torpeza cerebral y la confusión de la mente; esta última después de aquélla. La torpeza cerebral es un complejo psíquico que abarca muchos procesos mentales alterados; sobresaliendo desde luego, de entre ellos, la percepción retardada, o casi abolida, hasta el extremo de parecerlo; cualquier incitación dirigida al intelecto no llega a la conciencia, hecho que se traduce por la actitud de atolondramiento que guardan los pacientes que parecen no oír, ni siquiera perciben la aproximación de las personas que les rodean. Este adormecimiento de las percepciones, primera etapa de la constitución de los estados de conciencia, cambia absolutamente todos los demás procesos de la vida mental. Falto de percepciones de lo objetivo y, tal vez de las cenestecias, el confuso guarda una actitud de indiferencia a todo, y el tono emocional no reacciona aún a las excitaciones más intensas.

Desarrollo.—La torpeza psíquica tiene grados muy variables, y es de notar que esa variabilidad, en cuanto a intensidad en los diversos confusos, tiene lugar también en uno mismo. Puede aparecer súbitamente y entonces es muy fácil descubrir el principio de una psicosis que se inicia, o bien se establece progresivamente, lo que no es lo común. Sufre intermitencias en un mismo enfermo, sorprendiéndose entonces que al observar un paciente, se marque un esclarecimiento de la atención y por ende, de las percepciones.

Otras veces es dominable la aprosexia cuando se imponen varias preguntas seguidas al paciente y parece entonces como si se provocara un reflejo de los altos centros de percepción hacia las imágenes pro-

porcionadas por intermedio de los sentidos. Ligera o profunda, y entonces llegando hasta la inacción psíquica completa, y dando el carácter de estupor o de estupidez, la torpeza cerebral se asentúa hasta el período de estado del padecimiento, para después decrecer; es decir, para mejorar, poco a poco, las percepciones, la atención, la conciencia y la personalidad. La mejoría de la torpeza cerebral va asentuándose paulatinamente, lo que marca un alivio de la psicosis: los pacientes van saliendo insensiblemente del apartamiento de lo real; se va acortando más y más el retardo de las percepciones, lo que se nota por la reacción progresiva y adecuada de la actividad general, de la mímica especialmente y de la afectividad. Tal es el cuadro de la torpeza cerebral considerada aisladamente, o en consonancia con otros síntomas mentales.

Al propio tiempo que se desarrolla la torpeza cerebral, o poco después que ella, se desarrolla igualmente la confusión de la mente. Otro complejo psíquico, consta esencialmente de dislocación de las ideas, disolución, absurdidad de ellas, desconexión, desorientación de espíritu. Todos estos caracteres, que constituyen, en esencia, el fondo exacto de la confusión, suelen existir al lado de ideas múltiples sugeridas por el automatismo de reminiscencias, o engendradas por las falsas percepciones; es decir, por las alucinaciones y las ilusiones; dependiendo, en todo caso, este automatismo, de la misma falta de atención, puesto que ésta ya no lucha para impedir que sea invadida la conciencia por las múltiples percepciones o conexiones que en el juego normal del psiquismo tienen lugar. Estos hechos psicopatológicos son tan ciertos, que es de ver con qué frecuencia los confusos dan el aspecto de los maniacos, en lo que toca a las ideas espontáneas. Así es como a un confuso alucinado se le ve tomar una multitud de falsas percepciones para construir con ellas un delirio poliforme, inconexo, aberrativo, móvil, cinematográfico, en una palabra.

El confuso confunde las personas, las cosas, las ideas, los recuerdos, y hace de todo ello un verdadero caos en donde el intelecto parecería abolido, si no se advirtiera que muchas veces, al lado de las ideas absurdas, inconexas, caóticas, existen, sin embargo, algunas ideas precisas y respuestas concordantes.

La confusión de espíritu dura todo el tiempo que el padecimiento. No obstante, se le ve mejorar antes de que se manifieste el alivio de la torpeza mental.

Paralelamente a las fallas de la actividad psíquica superior, se halla perturbada la memoria, de una manera, por otra parte, variable.

Las perturbaciones de la memoria consisten, principalmente, en una amnesia que es característica a la Confusión Mental. Es un olvido

de los hechos recientes, sobre todo; pero también de los hechos del pasado, más o menos remotos; habiendo de curioso que al lado de olvidos absurdos, increíbles, el confuso tiene recuerdos precisos. Raramente la amnesia se extiende a todos los recuerdos del pasado, pero más notable es el olvido de lo reciente: el enfermo olvida algún acto que acaba de ejecutar; si ha comido, vuelve a la mesa pidiendo nuevamente su alimento; si entra a algún lugar, olvida la puerta por donde entró, etc..... Estas fallas de la memoria son características de la confusión, aún en las psicosis combinadas, como en la polineuritis alcohólica descrita por Korsakoff, en donde se pone de manifiesto el fondo confusional precisamente por la amnesia anterógrada: la mente no fija, no graba los hechos que se acaban de vivir. No es extraño que se combine esta amnesia de fijación con el desarrollo automático de reminiscencias, de recuerdos que el paciente reproduce cinematográficamente, localizados en una época muy remota de su pasado.

La amnesia de la confusión es un síntoma del principio, del acmé, del fin, y persiste aún mucho tiempo después de termina la confusión.

Quedan todavía por señalarse las perturbaciones de la actividad general y de la afectividad.

La reacción de la actividad es variable e imprime una fisonomía especial a la confusión. Ya se trata, en efecto, de un amortiguamiento de los dos modos de la actividad, general propiamente dicha y de la mímica. En una como en otra, se marca adecuadamente la disminución de funciones. Así por ejemplo, se trata de una pasividad absoluta que se manifiesta por las actitudes de los pacientes, por la acción; por los actos motrices mismos que se les exija ejecuten. Se ve a los pacientes inmóviles; tendidos en diferentes decúbitos; sentados durante horas enteras en un lugar solitario, o parados y sin ejecutar movimiento alguno. Otras veces se nota en los movimientos ordenados, la lentitud absoluta, la torpeza, la falta de energía, etc.... Con estas alteraciones de hipo-función se muestran en los actos, la no correspondencia a las órdenes impuestas; es decir, la apraxia motriz o idionotriz y en una fase más avanzada, negativismo manifiesto. La mímica activa y la pasiva concuerdan con las alteraciones de la actividad general; el rostro se le puede caracterizar diciendo que es una máscara, siempre inmóvil en más o menos grado, aunque la expresión mímica manifieste cierto estado afectivo que puede ser de tristeza, y guarda espontáneamente su inercia. La acción mímica inactiva, puede sin embargo, tener alguna reacción que no se produce, en la generalidad de los casos, sino por una provocación obstinada de parte del observador, siendo su carácter mayor, el retardo que existe en manifestarse. Estas alteraciones me la di-

mica que traducidas a un lenguaje sintético es una hipominia, variable en su desarrollo, existen siempre en los confusos y forman un síntoma en extremo importante.

Después vienen las alteraciones de la actividad general y de la mímica que revelan, si no hiper-actividad, por lo menos un juego automático irrefrenable por la acción del psiquismo superior.

Entre las alteraciones de este orden, se deben mencionar la catatonía, la esteriotipía y el automatismo de la actividad general, subconsciente o inconsciente, constituyendo, esto último, el fondo del delirio onírico estudiado admirablemente por Regis el cual será descrito en lugar oportuno.

La reacción de la afectividad es casi siempre de indiferencia, no excluyéndose, sin embargo, un tono emocional de tristeza, melancólico o hipocondriaco. Tocados en los sentimientos más íntimos los confusos, permanecen insensibles: nada de reacción, de cólera, de temor, de alegría, de risa etc.... nada de afectos familiares, amistosos. Es la indiferencia emocional propiamente dicha.

La hipo-afectividad sigue paralelamente a los progresos de la enfermedad; aparece con ella, tiene su máximo con el acmé del padecimiento y marca, sobre todo, el alivio cuando se inicia; por eso se hace tan importante el conocimiento de su alteración, pues cuando se frecuenta a los confusos, el mejor signo del regreso de su evolución, es la animación de la cara cuando se les interpela, animación que se hace más y más adecuada, hasta la restitución íntegra de la expresión y de la acción mímica, o bien es la disminución del automatismo subconsciente o inconsciente.

Con lo expuesto basta para reconocer y diferenciar la Confusión Mental en donde se le encuentre, ya como entidad patológica caracterizando la estupidez, el delirio alucinatorio y otras formas de la dolencia, ya como síntoma en otros complejos psicopáticos. Vienen, pues, en seguida, las formas diferentes de la confusión en que estos síntomas se combinan de una manera preponderante para imprimir un sello característico.

FORMAS

Según la división establecida, se consideran las confusiones en sub-agudas, agudas y crónicas. Ya hemos considerado desde luego, la subaguda que es la Confusión Mental típica y que comprende la Confusión Mental apática, y nos queda por describir la onírica, estudiando con ésta el delirio onírico que le da su nombre.

La Confusión Mental delirante, o delirio onírico, se caracteriza por la presencia de este último síndrome, pues a los elementos que han sido ya descritos y que son comunes a toda confusión, viene a sumárseles para construir la forma delirante.

El delirio onírico del griego (ensueño) se semeja, como su etimología previene, al sueño.

En efecto, este carácter señalado por Lasegue, en el delirio que se desarrolla en la psicosis alcohólica, está extendido también a todos los estados delirantes que se producen en las intoxicaciones y en las infecciones. Principia por las noches cuando el sueño normal tiene lugar; dura en los comienzos, solamente el tiempo en que se verifica dicha función, para después persistir aún en el día. Por lo común, es continuo y termina bruscamente o va disminuyendo de manera paulatina para desaparecer. El delirio onírico, lo forma principalmente una perturbación especial de la actividad general, puesta en acción por las innumerables ficciones de que la mente de los enfermos es el asiento; por esto, adunado al automatismo de la actividad van también el automatismo de reminiscencias y el automatismo desordenado de las ideas; esto es, este complejo es lo que forma el onirismo. Hay algo de función psíquica idiatoria y maquina; hay más de recuerdos, pero de recuerdos defectuosos, deformados y, sobre todo, hay actividad general. Este mecanismo automático se verifica bajo estados de conciencia ausentes, o lo que es lo mismo, en plena inconsciencia o subconsciencia: los pacientes se hallan sumergidos en una situación intermedia entre la percepción de lo real y la impresión interna de sus ficciones. Por esto es que se ve a los delirantes mezclar a su delirio, probablemente, las impresiones más fuertes que les logran llegar del mundo exterior, pues en el caso particular del onirismo, las percepciones están, en cierto punto, un poco más expeditas, siendo tan cierto esto, como que, es muy frecuente ver dichos pacientes captar en su mente y de una manera rápida, toda clase de impresiones, simulando así a los maniacos, de los que, sin embargo, están muy distantes.

A la semipercepción difusa de los delirantes, se une pues, la reacción adecuada de la actividad general. Imperiosamente impelidos por las objetivaciones alucinatorias, o por las reminiscencias invasoras, obran, accionan, ejecutan actos que no son otra cosa sino la revivencia de una vida subjetiva; son escenas de su vida pasada a las que ellos asisten como actores y no como espectadores y los actos que ejecutan casi siempre están en consonancia con su profesión.

El automatismo de la actividad es tan imperioso, que no se le puede reprimir aún evitándolo, proponiéndose impedir los mo-

vimientos a los pacientes, al mismo tiempo que se les habla para distraerles.

Sólo me resta señalar otro carácter al delirio onírico y es que, de las ideas nacidas durante el ensueño automático, hay unas que persisten después de terminada esa situación subconsciente, ese estado segundo, y forman lo que Regis justamente ha llamado *ideas fijas post-oníricas*, semejantes a las ideas fijas *post-hipnóticas*. Algunas veces estas ideas llegan a sistematizarse y a formar un verdadero delirio sistematizado, secundario a la confusión.

Después del delirio onírico queda una amnesia más o menos grande que desaparece muy lentamente.

Haciendo un resumen, tenemos que el delirio onírico es un estado subconsciente o inconsciente, estado segundo, con reacción del automatismo de la actividad, acompañado de alucinaciones, de ilusiones, de ideas delirantes múltiples, polimorfas y que se desarrolla durante el sueño, para persistir aún fuera de él.

Así queda constituida la Confusión Mental delirante.

Síntomas físicos.—Ya se ha dicho que al mismo tiempo que se producen las alteraciones mentales, sobrevienen profundas modificaciones de todo el organismo. Quedó descrito también el aspecto general que presentan los confusos al tratarse de la mímica y de la reacción de la actividad general; sólo nos resta referir las alteraciones generales que no dependen de una manera directa del estado mental, sino que se ligan al acabamiento de la nutrición. Considerados bajo este aspecto, los confusos son individuos de movimientos lentos, de poca fuerza muscular, algunas veces asténicos verdaderos. Suelen presentar otras perturbaciones de la motricidad y de la sensibilidad, tales como catonías, contracturas, convulsiones, espasmos, temblores, anestias, parestesias, y también perturbaciones de los reflejos, que son muy variables en su duración, como pasa con el reflejo pupilar que puede cambiar en un mismo enfermo y de una hora a otra. (Chaslin.)

Mucho muy importantes son las perturbaciones digestivas que preceden o acompañan a la Confusión. Estas existen con una frecuencia considerable y consisten principalmente en fenómenos dispépticos o en fenómenos que corresponden a una alteración hepática: lengua cubierta con una capa saburral amarillenta o morena; estado de náusea después de los alimentos o por las mañanas; raras veces vómitos que sobrevienen poco tiempo después de haber comido y formados por las materias ingeridas; alternativas de diarrea y de constipación muy frecuentes, diarreas fétidas, con mucosidades o bien sangre etc. . . . Pero

más notables son las alteraciones hepáticas que se traducen a la vez por esos fenómenos dispépticos y por otras manifestaciones del estado general y de la orina. Entre las primeras se deben señalar: la coloración amarillenta de la piel que con rareza constituye una verdadera ictericia, siendo simplemente una subictericia; el tinte terroso, sucio y pálido de todos los tegumentos; las manchas de color café oscuro que aparecen en la cara principalmente y que semejan el cloasma, difiriendo de él, no obstante, en muchos puntos; el acné muy comunmente de la cara, poco extendido al dorso, al pecho y a los brazos; del lado de la boca gingivitis, estomatitis, manchas de color café, cialorrea abundante; dolores de huesos por congestión de la médula de sus extremidades; hipotensión sanguínea, bradecardia etc., etc.

Por el análisis de las orinas se descubren alteraciones comunes a todas las confusiones como son: la disminución de la cantidad en las 24 horas, de los productos excrementiciales comunes, como de la urea, los cloruros, los fosfatos; la presencia de ácido úrico en exceso, ácido oxálico o el aumento de los cuerpos xanto-úricos. Pero además de estas substancias, se encuentran ciertos productos procedentes de las alteraciones funcionales del hígado, como son la urobilina abundante, el indicán excesivo, así como también el excatxil; la acetona, los ácidos oxibutírico y láctico, el ácido oxálico bajo la forma de axalato de calcio o de amonio etc.... Parece que esta alteración funcional del hígado, está muy ligada con cierta forma de la Confusión Mental, la estúpida.

En el aparato respiratorio se marcan pocas alteraciones o ningunas en los confusos, pudiendo decirse que lo más común es el amortiguamiento del número y de la amplitud de las respiraciones; dato que concuerda con la disminución general de todos los procesos de la vida.

Lo mismo puede decirse respecto del aparato circulatorio; la poca frecuencia del pulso, la poca tensión sanguínea; pero además es frecuente ver vértigos, vahidos etc.... Las alteraciones de la sangre no se han estudiado todavía con suficiente método y no se ha llegado a conclusiones ciertas.

La piel presenta las alteraciones mencionadas más arriba; pero también muestra, en los casos en que hay un proceso desnutritivo intenso, edemas móviles, variables en su sitio y de poca duración; eritemas difusos o circunscritos a las extremidades; manchas o sufusiones sanguíneas por ruptura de los capilares subepidérmicos; descamación y raras veces escaras o úlceras de marcha crónica.

En fin, hay que señalar aún la disminución de la función nutritiva que se traduce al examen clínico por el enflaquecimiento, la palidez general y la pérdida de peso de los confusos.

Evolución y pronóstico.—En lo general, la confusión se establece de una manera rápida en el curso de una infección o de una intoxicación, pero puede principiar de una manera lenta y establecerse en un plazo bastante largo. El período de estado, es variable en cuanto a duración, ya de algunos días, algunas semanas, ya de meses, y puede pasar entonces a la cronicidad. Es continua casi siempre, pero otras veces presenta remisiones muy marcadas, no siendo excepcionales las intermitencias, que se manifiestan principalmente en cierta forma de la confusión subaguda. En la delirante, por ejemplo, esta intermitencia se manifiesta de un día a otro para durar a lo sumo dos días y volver de nuevo a su misma situación, el estado del padecimiento. Termina generalmente por la disminución de los síntomas mentales de una manera paulatina; pero también se le ve desaparecer rápidamente, volviendo los confusos en tres o cuatro días a la plena conciencia que es lo que marca la curación cierta. Algunas veces en la convalecencia persisten ciertos fenómenos mentales como las ideas fijas de que ya se habló; pero, sobre todo, una amnesia anterógrada que hace que los pacientes no se acuerden del acceso que acaban de pasar. Esta amnesia persiste aún mucho tiempo de pasada la psicosis y puede quedar como un verdadero estigma del padecimiento.

La confusión es una de las más curables de las psicosis (Regis), si no la más; siempre, por supuesto, que se llegue a tiempo oportuno y que se adecúe un buen tratamiento. Puede pasar al estado crónico, o complicarse de alguna o traspicosis (melancolía, manía) o vertirse en una demencia precoz de lleno. Raras veces la Confusión Mental causa la muerte, la que puede sobrevenir por una enfermedad intercurrente, enteritis, neumonía, bronco-neumonía etc.

Diagnóstico.—Cosa difícil es establecer el diagnóstico de Confusión Mental en los casos de la práctica, siempre que no se presente con el acopio de caracteres que acaban de ser descritos. Esta dificultad proviene de varias razones: 1º, de que la Confusión se muestre con pocos caracteres, aunque aisladamente; 2º, de que se le encuentre como síndrome en psicosis más graves; 3º, de que se le vea asociada a otros padecimientos mentales; 4º, de que algunas formas se semejen, aunque sea groseramente a otras psicopatías; y 5º, de distinguir unas de otras, las diversas formas de Confusión.

1º—Cuando la Confusión se manifiesta con pocos caracteres, puede confundirse con la psicastenia; es decir con la neurastenia de predominancia cerebral. La Confusión se hace tanto más fácilmente, cuanto que ambos estados patológicos tienen, a veces, el mismo origen, la auto-intoxicación o la infección. Sin embargo, la Confusión Mental ligera,

por ligera que sea, se distingue de la psicastenia, en que el estado general se halla más alterado en aquélla que en ésta; en que los procesos mentales se encuentran más debilitados en la Confusión que en la psicastenia; y en que en esta última existen los estigmas neurasténicos claros.

2º—Cuando se le ve como síndrome en psicosis más graves, debe de tenerse presente, ante todo, la parálisis general en su principio. En efecto, ésta, cuando se inicia, puede empezar por un síndrome confusional y hacer creer que de Confusión se trate; el diagnóstico debe hacerse ayudado de los antecedentes del paciente; de la marcha del padecimiento y del cuadro somático, completado con los datos de laboratorio. Ha habido ideas de grandeza; de satisfacción; proyectos múltiples realizables o irrealizables; pérdida de memoria lagunar o extendiéndose a todas las épocas del pasado; abandono de los negocios, del empleo; la ineficacia del trabajo desempeñado; los fenómenos físicos; signo de Romberg; signo de Argil Robertson; anisocoria; signo de Quinck, temblor fibrilar de la lengua y de los labios etc. . . . Por fin el examen del líquido cefalo-raquídeo.

3º—Las asociaciones a la Confusión de otros estados patológicos, como la manía o la melancolía, hacen que se desconozca la Confusión, si no se está advertido. Esta asociación es de lo más frecuente que se le pueda imaginar, al grado que, en la generalidad de casos de la clínica, es precisamente dicha asociación la que pone más obstáculos y desorienta al observador. La Confusión se asocia con la manía y la melancolía por sucesión y por coexistencia. En el primer caso, se puede ver a la Confusión preceder a la manía o melancolía, o bien seguir las; entonces el diagnóstico se hace fácil, porque se hacen distinguibles aparte; pero cuando se desarrollan simultáneamente, sólo una atenta observación, y un profundo análisis psicológico, pueden diferenciarlas, apreciando cada una de las esferas: psíquica, afectiva, moral, y de la actividad general.

4º—Algunas formas de la Confusión, se semejan groseramente a la manía y a la melancolía con estupor; entre ellas la Confusión Mental agitada se confunde con la agitación de la manía. La similitud es grande a primera vista, dado que la reacción de la actividad general, que es lo que más sorprende desde luego, es muy parecida en ambas: la agitación; es decir, la exaltación de la mímica general, la vociferación; la logorrea etc. . . . A un examen más profundo, existen diferencias muy manifiestas en la esfera psíquica, afectiva; de la conciencia y de la personalidad. En la esfera psíquica, en el maniaco predomina la superideación, las múltiples creaciones de la imaginación, las percepciones

que son correctas pero llevadas a figurar rápidamente a la fantasía. El maniaco tiene ideas desordenadas, pero no incoordinadas; siempre hay lazos tenues, sutiles de unos pensamientos con otros, o por lo menos se ligan por cadencia, ritmo, asonancia o por contraste; mientras que en el confuso todo es caótico, incoherente, desorientado, no hay imaginación, ni creaciones fantásticas; la memoria en el confuso está disminuida, casi abolida, en tanto que en el maniaco está exaltada sirviendo sus reminiscencias admirablemente para desarrollar esa ideación formidable que lo domina todo, hecho que parece estar en contraposición con el automatismo de la actividad. En la esfera afectiva, se manifiestan en el maniaco los cambios tan bruscos del tono emocional, que pueden, en unos cuantos segundos, pasar de la expansión alegre, al enojo, a la tristeza, o aún hasta el furor; mientras que en el confuso predomina siempre la indiferencia a todo. La conciencia del maniaco está menos alterada, puesto que, hay percepciones más o menos correctas y catalogamiento mnésico manifiesto, lo que no existe en el confuso. La personalidad se conserva, porque se conserva un poco más la conciencia en la manía, demostrado esto principalmente por la facilidad de provocar las emociones intensas en los maniacos, con las simples incitaciones psíquicas.

5º—Para distinguir unas de otras, las diversas formas de la Confusión Mental, hay que buscar con cuidado, la predominación de tal o cual síntoma; como por ejemplo, convencerse si predomina la apatía, en cuyo caso queda constituída la forma apática; en que haya delirio onírico y entonces se trata de la Confusión Mental delirante; en que haya alucinaciones excesivas, que sean terroríficas o no, y se forma la Confusión Mental alucinatoria etc.

Anatomía Patológica.—Ninguna lesión de los centros nerviosos es característica de la Confusión Mental; todo se reduce a una ligera hiperemia de la corteza, sin reacción meníngea macroscópicamente y a alteraciones vanales del cuerpo de las neuronas corticales; hinchamiento de las celdillas, deformación, ectopia de sus núcleos; disgregación de los cuerpos de Niessl microscópicamente. A falta de estas lesiones características, los observadores se han preguntado, si las que existen son lesiones de la Confusión Mental o de las intoxicaciones e infecciones en las cuales se desarrolla aquélla. La cuestión no se ha resuelto aún.

LAS OTRAS FORMAS DE LA CONFUSION

En seguida de la Confusión Mental simple, típica, que es por decirlo así, la férula alrededor de la cual se agrupan otros síntomas de estados confusionales, viene la Confusión Mental aguda, teniendo este nombre no porque evolucione en unas cuantas semanas, tres o cuatro, lo que es lo ordinario, sino porque los síntomas que en ella se presentan, tienen una intensidad tal, que le ameritan la denominación que se le ha dado. Comprende las subdivisiones ya mencionadas de estupidez, delirio alucinatorio agudo y delirio agudo.

La Estupidez es una Confusión Mental asténica llevada hasta su último extremo; en ella se marcan principalmente la suspensión de las funciones psíquicas voluntarias en su más alto grado; nada de percepciones, menos ideas espontáneas o provocadas que en las otras confusiones; indiferencia absoluta; ninguna reacción de la actividad general, habiendo, por consiguiente, una pasividad absoluta que constituye, por decirlo así, una estereotipía de actitudes; y en un grado más avanzado, una verdadera catatonía. La reacción de la afectividad es nula absolutamente; hay pérdida de los sentimientos familiares, de los de amistad, y desaparecen las emociones como la alegría, el susto, la cólera etc. La conciencia y la personalidad ausentes, lo que hace que los enfermos en cuestión sean verdaderamente unos animales en su aspecto mental y físico; es decir, por la inercia de reposo intelectual y por la amimia más completa.

Esta forma evoluciona en algunos meses y cuando se termina por curación, la memoria queda siempre alterada, queda siempre una amnesia anterógrada muy marcada que mantiene la incapacidad intelectual, por lo cual es muy grave este padecimiento. Lo más común es que la estupidez pasa a la Confusión Mental crónica o a la demencia secundaria.

El Delirio alucinatorio agudo, Confusión alucinatoria aguda o Confusión Mental aguda agitada, es la psicosis de esos estados tan complejos de intoxicación y de auto-intoxicación de nuestro medio social. Sin duda alguna, aquí el alcoholismo desempeña un papel preponderante, pero al lado de esta intoxicación por los alcoholes y las bebidas embriagantes de tan baja calidad de nuestro pueblo, hay otras intoxicaciones exógenas y endógenas: la alimentación defectuosísima, miserable, la incuria en la preparación de esos condimentos, verdaderos venenos; además de que hay otras muchas causas tales como la falta absoluta de higiene, los desgastes por el desvelo y las emociones intensas del barrio

y de las vecindades por los escándalos que allí se producen. Esta forma es de las más comunes en nuestro medio clínico y se presta para un estudio muy atento.

La Confusión alucinatoria aguda, es el otro extremo de la estupidez; en ésta hay suspensión psíquica y motriz completa; en aquélla por el contrario, un automatismo de las actividades mentales y de la actividad general muy intensos; hay reacción motriz, que es lo que constituye la agitación. La ideación es espontánea, voluntaria, estimulada por las impresiones del exterior y por la reminiscencia automática; pero las ideas conservan su carácter de inmovilidad, de desunión, de incoherencia. Las percepciones alteradas, habiendo comúnmente ilusiones y alucinaciones terroríficas que impulsan al confuso a objetivar sus ideas bajo las múltiples expresiones y acciones de su mímica. Sin embargo, esta última, no manifiesta su actividad, sino cuando las alucinaciones son verdaderamente terroríficas, horripilantes, pues de lo contrario guarda la pasividad común a otros confusos no alucinados. El automatismo mental y motriz impelen al paciente a estar siempre en movimiento y en constante verbigeración. Hay una locuacidad extraordinaria, muy semejante a la del maniaco, pero que es irrefrenable; tan imperiosa así es la imposición de las ideas, que pasan por la subconsciencia del confuso. La afectividad se halla también alterada aunque en menos grado que en la estupidez; hay restos de sentimientos, de afectos y de emociones etc.

La Confusión alucinatoria aguda suele inaugurar otras formas de Confusión; así, después de unos cuantos días, evoluciona a la estupidez, aún a la forma crónica. Su duración es muy variable; es tan solo de semanas, pero también de algunos meses. Cuando termina, lo hace por curación completa y por esto es poco grave.

El Delirio Agudo.—Si la Confusión alucinatoria aguda es el tipo de las intoxicaciones, como el alcoholismo, el delirio agudo lo es de las infecciones en pleno desarrollo de éstas; por esto, se le ve principiar y evolucionar en el acmé de la fiebre tifoidea, de la gripa, de la erisipela etc., y por eso también es entidad patológica que debe conocer todo médico, pues que se le observa con toda frecuencia en las salas de la clínica de todos los hospitales.

El carácter de desarrollarse durante los estados infecciosos conocidos, no quita que se le haya descrito como padecimiento específico, producido por un microbio igualmente específico, hallado en la sangre de los enfermos por Bianchi y Piccinino; este es un bacilo. Pero específica o no, hay siempre que mirarla como un síndrome que se pro-

duce, por las mismas causas del padecimiento infeccioso (Regis) y en el cual no deja de desempeñar su papel muy importante la insuficiencia hepática.

Principiando en el acmé de las enfermedades infecciosas, o en el principio de éstas, y entonces desarrollándose hasta impedir diagnosticarlas, el delirio agudo comienza rápidamente con cefalea, insomnio, agitación y fenómenos cerebrales intensos como, convulsiones, sobresaltos tendinosos. Entonces la agitación alcanza su desarrollo completo; el paciente es presa de alucinaciones visuales panofóbicas, de terror, de inquietud extrema; lanza gritos insesantemente; se levanta de su lecho tomando a las personas por enemigos supuestos; se creó que es víctima de sus enemigos, a los que impreca; se marcan en su semblante el espanto y la zozobra muy intensos, originados también por alucinación de escenas terroríficas, de cuadros en los cuales se ve va a ser fusilado, mutilado, quemado. Paralelamente aparecen otras manifestaciones nerviosas y de los demás aparatos; los reflejos están exaltados, hay sobresaltos musculares muy frecuentes, despertados por la menor excitación del exterior; contracturas, espasmos, sacudidas convulsivas; tremulación fibrilar de la lengua y de los labios. La temperatura se eleva a 40° y 41°, el pulso se hace frecuente, tenso y después irregular en su frecuencia y en su presión; la respiración sufre paralelamente, haciéndose de poca amplitud, y con muchas intermitencias, sacudida; hay perturbaciones profundas de la digestión, lengua saburral, vómitos frecuentes después de la ingestión de los alimentos, y sobre todo, constipación, que puede seguirse de diarrea copiosa; la orina es muy escasa, pero rica en fosfatos, en sulfatos, con poca urea y más ácido úrico, marcándose sobre todo ciertos elementos anormales (albúmina, acetona, urobilina, indican, etc. . . .)

Cuando el delirio agudo va a terminar por la muerte de los pacientes, sobrevienen otros síntomas aún más graves, tales como postración, adinamia completa que contrasta con la agitación del principio; después insensibilidad absoluta y coma, que es el modo más frecuente de su fin.

No obstante, el delirio agudo puede terminar por curación completa, cuando pasan a la mejoría todos sus síntomas; así va amortiguándose poco a poco, la agitación; cesan las alucinaciones; el insomnio hace lugar a un sueño reparador; las funciones circulatorias y respiratorias vuelven en seguida a normalizarse; vuelve el apetito; se suprimen los vómitos y la temperatura desciende por crisis o por lisis a la normal, o hay algo de hipotermia. La convalecencia es siempre penosa por lo prolongada y porque queda después una astenia muy molesta y a veces dolores musculares o reumatoides.

Como se ve, el delirio agudo es muy grave, puede decirse mortal, pero no son raras las curaciones.

El diagnóstico no ofrece dificultades mayores; es decir, se impone casi siempre decir, que se trata de delirio agudo, pero debe hacerse, sobre todo, el diagnóstico del estado patológico en el cual evoluciona la dolencia, lo que no es muy sencillo, en algunos casos, en que el delirio agudo alcanza su desarrollo pleno en la invasión de esos estados patológicos. Este diagnóstico debe hacerse, porque, es muy común que el clínico cometa el error de recluir en un manicomio al paciente creyendo que se trata de una locura, mientras no es sino un síndrome de una enfermedad infecciosa, por otra parte curable a domicilio (1).

En esta forma de la Confusión Mental, en el delirio agudo es donde se observan más lesiones nerviosas que en cualquiera otra; dichas lesiones son precisamente meningeas o encefálicas. Las meninges se hayan adheridas a la corteza cerebral, se les ve congestionadas, dilatadas las venillas de la pia madre, con ligero exudado la superficie de ésta; el encéfalo tiene sus circunvoluciones salientes, adematosas o con focos diseminados de extravasación sanguínea, o puntos múltiples de congestiones capilares; abundancia de líquido cefaloraquídeo. Microscópicamente las lesiones ya mencionadas al hablar de la anatomía patológica general de la Confusión.

La Confusión Mental Crónica.—Este es el límite entre la Confusión Mental y la demencia. Efectivamente, si es muy claro distinguir la diferencia radical que existe entre los confusos cuando se trata de las formas que acaban de ser descritas, no pasa lo mismo con la forma crónica de la Confusión, pues solamente existen matices muy sutiles que hacen que se pronuncie el nombre de Confusión Mental Crónica y no de demencia.

La Confusión Mental Crónica puede presentarse, desde luego, bajo el aspecto de lo que será siempre, esto es, crónica; pero comúnmente principia como una de las formas precedentes y al cabo de un tiempo más o menos largo se transforma en crónica. El paso de una a otra, es muy difícil de marcar, porque también es una gradación insensible de las manifestaciones de aquéllas a ésta; y, lo único que puede advertir dicho cambio a la cronicidad, es que, como en la manía y la melancolía, el estado general del confuso mejora notablemente, hasta el grado de volver a la salud completa, mientras que el cuadro mental no cambia nada.

(1) El caso de un individuo que con un flegmón ancho del cuello fue internado al Manicomio General, por creérsele un enagenado.



Todos los procesos mentales, afectivos y de la actividad general, se hallan sumamente reducidos en sus funciones. Las percepciones debilitadas en extremo y a causa de este debilitamiento se encuentran las atenciones voluntaria e involuntaria, también alteradas; es muy difícil, si no imposible, la percepción y la auto-conducción, pues siendo esta última una de las funciones más elevadas de la mente y faltando las otras funciones más simples, pero necesarias para que se verifique dicha auto-conducción, es imposible que exista ésta.

Si aún quedan algunas percepciones y poca atención, puede pasar que existan ideas voluntarias; pero aún entonces, se manifiesta la desorientación de espíritu, la incoordinación, la dislocación de las ideas.

La memoria es la que persiste más alterada, siendo notable, sobre todo, la amnesia de fijación. Esta alteración es la que hace que los confusos, aún acabando de decirles alguna cosa, la olviden y ejecuten actos en contraposición a lo dicho; esto es una apraxia, pero es una apraxia ideativa más bien que motriz.

El tono emocional en la Confusión Crónica, consérvase siempre bajo la forma de la indiferencia más completa que se le pueda ver. Los afectos familiares y los de amistad no se manifiestan en ningún grado. Las pasiones están ausentes por completo.

Debe tenerse presente esta disminución de todas las funciones mentales, afectivas y morales, para estar alerta y hacer el diagnóstico entre Confusión Mental Crónica y las demencias, principalmente con la demencia precoz, pues no es raro que esta última se presente en un principio, como las otras confusiones, con las cuales ya se ha dicho tiene un parentesco estrecho. El diagnóstico, sin embargo, se establece con seguridad; es cuestión solamente de tiempo, para que veagan las otras manifestaciones de la demencia precoz. En cuanto al diagnóstico con la demencia secundaria, ya quedó establecido al tratar del diagnóstico común a todos los modos de la Confusión.

*
* * *

Han sido descritas las formas de la Confusión Mental, su diagnóstico y pronóstico, su anatomía patológica; ahora solamente nos queda hablar de su tratamiento lo cual va a ser hecho como final al presente estudio.

HISTORIAS Y OBSERVACIONES

ANTES de consignar las observaciones que he recogido para formar esta tesis, debo advertir que los casos que señalo van presentados tales como me los ha mostrado la naturaleza; habiendo tomado por sistema retratar, hasta donde fuera posible, a los enfermos, ya que resultaría difícil proceder en otra forma; es decir, anotando historias clínicas completas en un estudio de la índole del presente trabajo, tanto porque en casi todos esos casos me fue dado asistir únicamente a una parte de su desarrollo, careciendo las más veces de sus antecedentes (cosa tan importante) cuanto por la imposibilidad material de recoger los datos de los mismos enfermos, fuera de los objetivos; debiéndose esto a la naturaleza misma de su padecimiento. Sin embargo, he querido hacerlo lo más completo que he podido, tratándolo de abarcar el estado patológico del presente.



UN CASO DE CONFUSION MENTAL SIMPLE O ASTENICA.

R. R., de 21 años de edad, nacida en la Capital, mesera, sin antecedentes hereditarios neuropáticos ni psicopáticos, fue internada el 27 de marzo de 1919 en el Manicomio General. La enferma ha sido una alcohólica inveterada y acostumbrada además a intoxicarse con marihuana.

Principió a enfermar diez días antes de su ingreso en el Servicio de Observación, el 19 de marzo del mismo año, en la siguiente forma: Un día se presenta en la Comisaría diciendo que habían matado «a su Capitán» (probablemente su amante) y que había muchos muertos en la calle; y después, al ser detenida, prosigue delirando con la representación de escenas múltiples que consisten en su mayor parte en escenas terroríficas de las cuales es ella un espectador. Otras veces, estando en su casa y durante la noche, se levanta precipitadamente diciendo que los ladrones empujan la puerta y van a robar la casa; entonces se marca en su semblante el espanto y es presa de una inquietud y desasosiego que la hacen perder por completo el sueño. Ya entonces su familia procuró el internamiento.

Observada que fue en el Servicio Médico por espacio de seis meses, se pudieron recoger los siguientes datos: insomnio constante; alucinaciones visuales y auditivas; insensibilidad a lo que le rodea; automatismo motriz inconsciente y subconsciente; pasividad; musitación; no responde a lo que se le interroga y las pocas veces que lo hace, la respuesta no concuerda con la pregunta. En este estado se ha mantenido por espacio de seis meses, no habiendo habido ninguna perturbación en las funciones físicas de su organismo, si no es el insomnio y alternativas de diarrea y de constipación.

Esta es la historia hasta la fecha en que tomé a mi cargo la observación de la paciente. Más tarde he visto que han persistido el insomnio y las alternativas de diarrea y de constipación, y que ha aparecido un temblor generalizado en todo su cuerpo, pero marcándose más en los labios y en las extremidades de los miembros superiores; disminución de las fuerzas; titubeación de los miembros inferiores, signo de

Roberg inconstante; dolores musculares y huesosos en ambos muslos y piernas; contractura de los flexores de los miembros inferiores, pero que han disminuido poco a poco al grado de volver a permitir la marcha; temblor fibrilar de los labios y de la lengua; desigualdad pupilar muy variable y nada permanente; salida involuntaria de orina y de materias fecales.

DATOS PSIQUICOS.

Al ser abordada la paciente se marca desde luego la falta de impresión que le causan las personas y las palabras que se le dirigen, con un estado de verdadera indiferencia; su rostro se hace notable por la falta completa de la expresión mímica; una frase dirigida ya sea para alegrarla o para entristecerla no logra hacer mudar los rasgos de su fisonomía; teniéndola algún tiempo sin platicarle, ella por su cuenta musita palabras que no son inteligibles, pero entonces sí se marca en su fisonomía algo de emoción triste y se rasan algunas veces sus ojos con lágrimas; otras ocasiones no habla, pero se distrae con sus manos o sus vestidos. Las excitaciones verbales no alcanzan su inteligencia sino después de un retardo muy manifiesto; logra contestar algunas preguntas, las más de las veces fuera de lugar (vorbeianworten), pero sobre todo lo que se marca es una amnesia retro-antegrada y una aprosexia muy intensa la cual es sin embargo vencible por la reiteración de las preguntas; probablemente por la aprosexia existe también una apraxia al indicarle a la paciente que haga o ejecute determinado movimiento, notándose, además, que ejecuta movimientos antagónicos a aquellos que se le ordenan. En cuanto a las ideas espontáneas, se puede decir que se hallan en suspenso; tal vez los actos impulsivos que tiene la paciente revelen que pasan de vez en cuando ideas de humildad e indignidad, puesto que se le ve golpearse fuertemente con el puño cerrado, de una manera repentina. A pesar de esta disminución de las funciones psíquicas superiores, la inteligencia no se ha aniquilado, pues todavía reiterando las incitaciones psíquicas, se logra la atención y algo de encadenamiento de ideas, como cuando se le pregunta si es de día o de noche, responde «de día» ¿Por qué? «Porque hay sol.» Existe pues un adormecimiento de la actividad intelectual.

Es muy variable la conducta que guarda la paciente. En lo general se mantiene apartada y sin comunicarse con las demás enfermas; casi siempre acostada durante el día y levantada durante la noche. En algunas ocasiones, durante su musitación, se le ve accionar siempre con ademán monótono.

En cuanto a la esfera afectiva, puede decirse que predomina un tono emocional de indiferencia, del que no sale ni por las incitaciones psíquicas.

DATOS SOMATICOS

La enferma está demacrada, pálida y esta palidez se hace más notable en las mucosas bucal y conjuntival; su piel está seca y en las extremidades se manifiesta una pigmentación de tinte moreno con desca-mación furfurácea. Se logra mantener en pie, pero constantemente tiembla todo su cuerpo y vacila en todo el eje de él; sin embargo, cuando se le hecen cerrar los ojos, ni aumenta su inestabilidad, ni cae. Hay casi abolición de reflejos en los miembros abdominales; más manifiestos en los superiores, y nulos los pupilares. Las sensibilidades cutánea y muscular no se pueden determinar debido al estado psíquico de la paciente. La fuerza muscular se halla disminuida al grado de que los miembros inferiores ceden al peso del cuerpo y la enferma cae con mucha facilidad, siendo además, necesario ayudarla para que emprenda la marcha.

En el aparato digestivo sólo hay que anotar el estado saburral de la lengua y las dimensiones de la área hepática, que son como sigue:

Líneas:	Media external,	5 cm.	Axilar anterior,	7 1/2 cm.
	Para-external,	7 "	" media,	9 "
	Mamaria,	8 "	" posterior,	10 "

DATOS DE LABORATORIO

El examen de la orina ha sido hecho una sola vez. Hé aquí sus resultados:

Enero 6 de 1920.

- Volumen en 24 horas.....640 c. c.
- Color Vegel Núm. 5.
- Olor Sui géneris.
- Consistencia ligeramente ciruposa.
- Aspecto turbio.
- Sedimento abundante de color gris.
- Densidad 1.022.
- Reacción ligeramente ácida.
- Urea.....16 gr. por mil.
- Ácido úrico no determinado.
- Cloruro de sodio.....10 " " "

Ácido fosfórico.....	4 gr. por mil
Indigógeno y escatoxil, sumamente abundantes.	
Urobilina, no contiene.	
Albúmin, mucina y peptonas.	0 " " "
Glucosa.....	2 " " "
Acetona notable.	
Pigmentos biliares, no existen-tes.	
Hemoglobina, Celdillas, Leucocitos, cilindros.....	
Glóbulos rojos, no contiene.	
Cristales de fosfato amoniaco-magnesiano, abundantes.	

La prueba del azul de metileno resultó incompleta, pero sin embargo se pudo observar lo siguiente:

Eliminación a la 1/2 hora de la inyección, intermitencias a las 7, a las 12, a las 16 y a las 20 horas. El fin de la eliminación, 4 días después del principio.

DIAGNOSTICO.

Partiendo del punto de vista puramente psíquico, vemos en la historia de la paciente perturbaciones de la esfera mental propiamente dichas: ideas espontáneas disminuidas por no decir suspendidas; ideas provocadas, desligadas, caóticas, inadecuadas, difíciles en el sentido de su expresión, respuestas imprecisas y no correspondiendo a lo preguntado (vorbeisprechen); la atención mostrando fallas tanto en su forma activa como en su forma pasiva, falta completa de la auto-conducción mental que es el grado más elevado de la apercepción; las percepciones retardadas en extremo, siendo muchas de ellas mal recibidas y de allí la falta de concordancia de las ideas que se intenta despertar; la memoria en hipo función; hay incapacidad para retener aún las órdenes impuestas durante la exploración, siendo, sin embargo, más manifiesta la pérdida de los recuerdos de los hechos pasados de su vida y pudiéndose decir de la enferma, que la vida pasada para ella no existe hasta el presente; el tono emocional es principalmente de apatía y de indiferencia completa; se halla aislada del espacio, del lugar y de las personas que le rodean, no existiendo tan solo la realidad de lo exterior, sino para el desarrollo del automatismo de su actividad; esta última función principalmente alterada por su automatismo qu

es subconsciente e inconsciente, habiendo de notable las impulsiones en último grado; es decir, la tendencia pura y sencilla al reflejo; la conciencia y la personalidad puede decirse que no existen dadas las faltas de las percepciones y del encadenamiento mnésico.

En resumen: hay déficit de todos los procesos psíquicos, sensitivos, morales y volitivos, sin llegar, empero, a la abolición, lo que hace el cuadro completo de la Confusión Mental.

Ahora sólo queda agregar, que el padecimiento en el caso en cuestión, por su marcha subaguda, por la predominancia de la hipo-afectividad, de la hipo-actividad, debe corresponder a la Confusión Mental simple asténica esbosándose algo de delirio onírico inconsciente.

Estando los procesos mentales tan alterados que se puede decir, se hallan suspendidos de una manera definitiva, y siendo el estado general de sumo agotamiento, según lo indica la pérdida de la fuerza muscular, la salida involuntaria de las materias fecales y de la orina, y el enflaquecimiento extremo, puede decirse que el caso en cuestión, tiene un pronóstico grave y es de esperarse la caquexia en la cual puede morir la paciente.

El tratamiento ha consistido en suprimir la diarrea, o en modificarla cuando ha aparecido con la fórmula siguiente:

Agua dest.....	120.00
Sulfato de sodio.....	5.00
Extracto crameria.....	1.00
" opio.....	0.06 a 10 centígr.
Cucharadas....	1 c. h.

Para el insomnio que tiene algunos días, se le prescriben 30 ó 40 gramos de jarabe de cloral.

En cuanto al tratamiento general, ha consistido en un régimen alimenticio especial, suprimiéndole la carne y substituyéndole por huevos, por verduras, leche, pan etc.... En baños a 28 grados cada tres días durante un cuarto de hora; y por fin en la administración de tres miligramos de boldina al día.

La paciente no ha mejorado.

UN CASO CLINICO DE CONFUSION MENTAL ESTUPIDA.

B. P., de 35 años de edad, soltera, originaria de San Juan Bautista, ingresó al Manicomio General, el 24 de marzo de 1915.

Sin herencia neuropática o psicopática, B. P., tuvo un desarrollo normal cuando la infancia, y sólo se cuentan, entre sus antecedentes patológicos, el paludismo y la influenza.

Sin motivo aparente empezó a enfermar, mostrándose apática, indiferente, contestando disparates cuando se le hablaba, apartándose a un lugar solitario en donde se pasaba horas enteras acostada o para quedar en donde la pusieran, si se le forzaba a dejar aquellos lugares. Perdió el sueño por mucho tiempo y se negaba a tomar los alimentos. Poco a poco fue enflaqueciendo, haciéndose más y más pálida, hasta perder 10 kilos de su peso en el espacio de seis meses.

DATOS PSIQUICOS

Cuando se le interroga, contesta con monosílabos y en voz tan baja que es difícil entender lo que dice; sin embargo, aún así se nota un retardo considerable para percibir lo que se le habla, pasando un tiempo más o menos largo para que responda: «sí» o «no» concordantemente. Es imposible que entable conversación con nadie aún cuando lo haga defectuosamente, sólo con los parientes que la visitan. Es precisamente del trato con sus visitas de donde hemos obtenido buenos datos; ha reconocido a personas que había dejado de ver durante muchos años y aún ha recordado los lugares y las circunstancias en que ha estado con ellas; no obstante lo cual tiene borrados los recuerdos muy recientes. No manifiesta deseo alguno de cambiar de vida, de salir a su casa, pues cuando se le pregunta, ni siquiera su cara traduce que lo desee, tampoco le impresiona el decirle que no va a recibir visita de su hermana.

El aspecto de la paciente es característico; siempre se halla sentada, o en su cama, inmóvil, con la cabeza fija, la mirada sin expresión y su rostro como una máscara; si se le ordena algún movimiento, lo hace después de un tiempo considerable; concordantemente en la mayor parte de las veces los movimientos que ejecuta son siempre lentos y torpes.

El estado de su actividad general, no sólo es el de apatía absoluta, pues varias veces abandona su lecho o el lugar solitario en donde está

para dirigirse voluntariamente a otros sitios y dar vueltas. Estos últimos actos contrastan y sorprenden, porque durante mucho tiempo vivía en inacción completa.

DATOS SOMATICOS

Representa la enferma la edad de 45 ó 50 años, pues su pelo está cano casi en la totalidad; en la cara se ven arrugas numerosas. La piel tiene una palidez excesiva y un tinte general amarillo bajo y sucio, destacándose en él manchas pigmentadas de color café, redondas y de 5 milímetros de dimensión; estas manchas también se ven en el resto de los tegumentos en gran abundancia y en algunos lugares, como en los miembros inferiores, ha habido, además, manchas hemáticas que han seguido todo un proceso: al aparecer, rojo obscuras, moradas, verdosas después, y al último amarillentas, siendo verdaderas sugilaciones sanguíneas súbepidérmicas; ha existido igualmente un edema duro en los miembros inferiores que ha desaparecido paulatinamente.

Las conjuntivas, tanto oculares como palpebrales, sumamente pálidas, al grado que el globo del ojo se ve azulado como el de los niños. La mucosa bucal ha sido el lugar de una inflamación, sobre las encías, principalmente; inflamación cuyos caracteres son los siguientes: enrojecimiento generalizado de todo el borde libre de la encía y lista azulada, vegetaciones y ulceraciones que sangran al menor contacto y secretan un exudado purulento sumamente fétido, las vegetaciones son tan voluminosas, que la situada en el piso de la boca, tras del arco dental inferior, a primera vista se impone por una ranilla. Esta gingivitis vegetante ha desaparecido y la mucosa ha recobrado sus caracteres normales, persistiendo, tan solo, la fetidés que es más bien del alimento. La lengua siempre ha conservado una capa saburral.

El vientre, muy enflaquecido, permite apreciar con detalles el esqueleto de la columna lumbar; el hígado no desborda las falsas costillas derechas y las dimensiones del área de esa glándula son como sigue:

Media external	2½ cm.	Axilar anterior	7½ cm.
Para-external derecha	4 "	" media	7½ "
Mamaria	7 "	" posterior	7 "

En el aparato circulatorio sólo se puede anotar la débil tensión sanguínea, y el pulso que ha variado de 55 a 60 pulsaciones por minuto. Al ingreso de la enferma al servicio, llevaba en ambas tibias un abultamiento de su tercio superior, el cual era doloroso y de consistencia dura, pero no ósea; estos abultamientos han desaparecido.

Es imposible darse cuenta del estado de las sensibilidades, por la falta del funcionamiento mental, de igual manera que del estado de la tonicidad e integridad muscular.

El promedio del examen de sus orinas, hecho en 24 de diciembre de 1919, 20 de enero, 21 de febrero y 14 de marzo de 1920, es el siguiente:

	c.c.	c.c.
Volumen en 24 horas de.....	750	a 1,000.
Color Vogel	2	al V. 4.
Olor especial.		
Consistencia flúida.		
Aspecto ligeramente turbio.		
Sedimento pulverulento escaso.		
Densidad de	1.015	a 1.018.
Reacción ácida ligera.		
Urea de	14	á 17 gr. por mil.
Ácido úrico, huellas.		
Cloruro de sodio de	6	á 9 por mil.
Ácido fosfórico de.....	0.50	á 2 " "
Indigógeno, excatoxil y urobilina, notables cantidades.		
Albúmina.....		_____
Mucina		_____
Peptonas.....		_____
Glucosa.....		_____
Acetona notable.		
Pigmentos biliares.....		_____
Hemoglobina		_____
Materias grasas.....		_____
Celdillas.....		_____
Leucocitos.....		_____
Glóbulos rojos y cilindros.....		_____
Cristales de oxalato de calcio.		

La prueba del azul de metileno se mostró como sigue:

Principio de la eliminación, a las 6 horas; intermitencias, a las 10 horas, a las 14, a las 16, a las 20, a las 26, a las 32 horas; tiempo que duró la eliminación, tres días.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se impone por sí mismo, pues es muy manifiesta la alteración del psiquismo, de la afectividad y de la actividad general. Se trata de una *Confusión Mental Estúpida*.

El pronóstico del estado mental es serio, porque aún cuando mejoren sus procesos psíquicos, no volverán a recobrar su completo funcionamiento.

Como tratamiento se le ha impuesto el que sigue:

Cada quince o veinte días un purgante con 30 gr. de sulfato de sodio, por espacio de tres meses. En los intervalos, diariamente, y solo suspendiéndosele 3 o 4 días, cucharadas que contienen:

Agua dest.	100.00
Sulfato de sodio.....	4.00
Extracto de ruibarbo.....	0.50 á 1.
Jarabe.....	30.
Cucharadas....	1 c. h.

y gránulos de Boldina Hudée al milígramo en número de 4 al día; habiendo mejorado la paciente notablemente de su estado físico y psíquico.

UN CASO DE CONFUSION MENTAL ASTENICA

A. F., natural de Santiago de Chile, casada, de 42 años de edad, ingresó al servicio de Observación Mujeres, el 4 de enero de 1919.

Cuéntanse entre sus antecedentes hereditarios, padecimientos psicopáticos claros: una abuela murió loca y un hermano suicida; en cuanto a sus hijos, tuvo dos, que murieron, uno recién nacido, y el otro, de unos cuantos años, a consecuencia de una bronconeumonía.

La enferma misma ha sido amoral desde hace muchos años, pues se ha entregado a los excesos de todo género, principalmente a intoxicaciones diversas, tales como a la de la morfínomanía, dioninomanía, cocainomanía, y achisismo; habiendo llevado una verdadera vida de aventuras y de depravación. No ha tenido ninguna otra enfermedad.

Es absolutamente imposible decir cuál ha sido el principio y la evolución del padecimiento actual, pues no ha habido persona fidedigna que suministre algún dato, por lo cual la historia presente sólo consta de las observaciones del servicio.

DATOS PSIQUICOS

Lo que desde luego llama fuertemente la atención del que observa a la paciente, es que se mantiene apartada, acostada sobre el pavimento, descubiertos sus miembros inferiores; con la ropa desgarrada y en desaliño; inmóvil durante horas enteras; envuelta la cabeza con una pañoleta y no comunicándose espontáneamente ni con las enfermeras, ni con las enfermas. Difícil para ser abordada, pues rechaza entablar conversación, contesta siempre con retardo a las preguntas; sin embargo, hay veces en que responde inmediatamente; su cara entonces muestra una acción mímica poco adecuada; se incorpora, levantando apenas la cabeza, no osa mirar de fijo y al interpellarla, su fisonomía se mantiene indiferente, no obstante lo cual, algunas veces prorrumpe en una risa brusca, sonora y sarcástica. Durante la conversación (difícil de entablar con ella) no acciona, ni su mirada manifiesta emoción alguna.

Los recuerdos se hallan alterados de una manera notable: hay reminiscencias antiguas al lado de los olvidos recientes; los hechos de forzoso recuerdo están completamente abolidos, tales como los que se refieren a su ingreso y estancia en el Pabellón de Observación, notándose, que, si conserva algunos, son faltos de precisión, de localización y de encadenamiento. Además se halla desorientada en el espacio y en el tiempo.

La atención se muestra alterada principalmente en su funcionamiento activo, porque si bien se mira, aún cuando la atención pasiva sufre ligeramente, se nota más la alteración en la activa, pues al seguir el curso de su escasa plática, no fija la idea principal sino que divaga y se sale pronto del asunto.

En la esfera de las ideas se ha notado lo siguiente: espontáneamente se creó que está bajo la influencia de personajes extraños, que tienen sobre ella pleno dominio; provocando su discurso, emite frases que se caracterizan por su laconismo y por esto muchas veces fuera del hilo del asunto de que se le habla (*Vorbeianworten*); pierde con frecuencia la liga de unas ideas con otras o confunde las preguntas.

En un año que lleva de ser observada se han podido notar alucinaciones e ilusiones visuales y auditivas.

La afectividad casi abolida, no reacciona a las incitaciones psíquicas, o si lo hace, es inadecuadamente y muchas veces sin motivo. Por ejemplo, lanza una carcajada, breve, sarcástica y luego vuelve a quedar imperturbable. Hubo algún tiempo en que manifestaba por su expresión mímica y su conversación, desconsuelo y tristeza, pero a la fecha se

halla indiferente y su tono emocional es por completo de indiferencia, al grado de que interrogada que fue sobre si tenía el deseo de mejorar de vida, de pasarse, de volver a la sociedad, su rostro no manifestó emoción alguna, quedando en la inacción completa. Los sentimientos de familia y los de amistad se han encontrado casi abolidos, o mejor, adormecidos.

El estado mental, en lo general, ha mejorado durante el lapso de un año que lleva de estar recluida; tal pasa, por ejemplo, con la atención y la ideación que funcionan mejor; pero la memoria ha quedado bajo de su funcionamiento normal, mostrándose aún en estado lagunar, y perturbada en lo que respecta a la fijación, a la evocación y a la localización cronológica de los recuerdos; la actividad general muy poco a cambiado, pues la apatía y la inacción siguen en el mismo grado que al principio y apenas si se nota la enferma un poco más accesible a la conversación. Su porte y su indumentaria prosiguen en el mismo estado de abandono y desaliño.

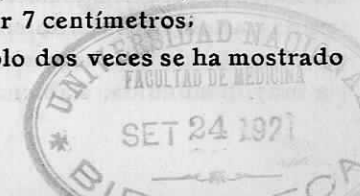
DATOS SOMATICOS

La paciente es una mujer que a pesar del enflaquecimiento actual deja ver una complexión robusta; su piel y sus mucosas no manifiestan estar pálidas, sino, por el contrario, bastante sonrosadas, y hay en aquella algunos lugares como en las extremidades, en las manos y en la cara, una coloración eritematosa con descamación fina de la epidermis, y en otros sitios, manchas de color café oscuro de pequeñas dimensiones, cuando más de un centímetro de diámetro.

La fuerza muscular se conserva bastante bien en contraste marcado con la lentitud en los movimientos y la tendencia a la inmovilidad. En los aparatos circulatorio, respiratorio, genito-urinario, no hay alteraciones dignas de anotarse.

La boca de la paciente muestra la falta de piezas dentales, faltan tres o cuatro incisivos y seis molares, habiendo otras piezas cariadas; la lengua ligeramente saburral y las encías inflamadas en su borde libre. En el resto del aparato digestivo sólo ha podido señalarse, como dato digno de anotarse, las dimensiones de la área hepática, limitada por percusión. Línea medio externa, 3 centímetros; línea para-externa derecha, 6 centímetros; línea mamaria, 6 centímetros; línea axilar anterior, $7\frac{1}{2}$; axilar media, $7\frac{1}{2}$, y posterior 7 centímetros;

El análisis de la orina recogida tan solo dos veces se ha mostrado como sigue:



Volumen en 24 horas de.....	1,150 c. c.
Volumen recibido de.....	550 a 560 " "
Color del Vogel, 3 al V. 5.	
Olor sui generis.	
Consistencia flúida.	
Aspecto nebuloso.	
Densidad de 1.023 a 1.024.	
Sedimento ligero y pulverulento.	
Reacción ácida franca.	
Urea de	40 gr. por mil.
Ácido úrico.	_____
Cloruro de sodio de	16 gr. por mil.
Ácido fosfórico de.....	3.25 " " "
Indigógeno, urobilina y excatoxil abundantes.	
Albúmina.	_____
Mucina.....	_____
Peptonas.....	_____
Glucosa.....	_____
Acetona, notable cantidad.	
Pigmentos biliares.....	_____
Hemoglobina.....	_____
Materias grasas	_____
Celdillas vecicales.....	_____
Leucocitos.....	_____
Glóbulos rojos y cilindros	_____
Pus.	_____
Cristales de urato ácido de sodio.	_____

Se ha buscado la eliminación del azul de metileno y sus resultados son estos: Comenzó a eliminar a las 6 horas; intermitencias a las 14 horas, a las 18, a las 24, a las 30, a las 38; fin de la eliminación, a los 2 días 6 horas.

DIAGNOSTICO.

No ofrece ninguna dificultad llegar al diagnóstico del estado mental, dado que se marcan superabundantemente alteraciones en todos los órdenes psíquico, afectivo, moral y de la actividad. La memoria alterada para los acontecimientos recientes y para muchos enteramente pasados, dando una amnesia retro-antegrada. La atención voluntaria muy disminuida, habiendo imposibilidad de la auto-conducción.

Las ideas inconexas, con respuestas no adecuadas a las preguntas, con el *vorbeianwort* de los autores alemanes; sin embargo de que hay ideas espontáneas de persecución, éstas son rudimentarias y en todo caso no sistemáticas. Además es muy marcada la hipo-afectividad y la poca reacción de la actividad general.

En conjunto, tenemos un adormecimiento de las funciones psíquicas superiores, es decir, un estado de confusión mental, y como ha predominado la astenia, la poca reacción de la motricidad, durante año y medio por lo menos, podemos asegurar que se trata de una *confusión mental asténica*.

El pronóstico mental es grave, pues en el tiempo que lleva de ser observada la paciente, se ha visto que no mejora en nada, sino antes bien, se han acentuado las perturbaciones de la memoria y de la atención.

El tratamiento ha consistido en expectación, y tan solo se han llevado algunas indicaciones ligeras.

UN CASO DE CONFUSION MENTAL SUBAGUDA

[CONFUSION MENTAL DELIRANTE.]

N. F., que con el número 6062 en el registro de asilados del Manicomio General, fue internado al servicio de Observación el 16 de diciembre de 1919, es originario de Guadalupe Hidalgo, de 38 años de edad, sin antecedentes neuropáticos ni psicopáticos hereditarios; ha sufrido de tifo y ha sido un alcohólico antes de estallar el padecimiento actual, al grado de haber sido atacado varias veces de *delirium tremens*. Se afirma que contrajo la sífilis y que no se ha curado de ella, y que tres ocasiones ha estado enfermo del mismo padecimiento que lo trajo ahora al establecimiento.

En octubre del mismo año de 1919 empezó a estar enfermo con un acceso febril, un ataque después, de delirio furioso con alucinaciones visuales a auditivas, excitación motriz desordenada y vociferación constante, insomnio, mostrándose inaccesible a su familia. Este estado mejoró por algunos días para volver con mayor intensidad en diciembre, por lo cual se hizo necesaria su reclusión.

El día de su admisión al servicio se recogieron los datos siguientes de su estado mental y físico:

Aprosexia, amnesia, ideas delirantes poliformas, alucinaciones visuales y auditivas, facies de estupor y de dispraxia. Temblor fibrilar de la lengua y de las extremidades; reflejos pupilares casi abolidos, mi-driasis; reflejos tendinosos abolidos.

DATOS PSIQUICOS

El comportamiento del enfermo varía con poca frecuencia; o bien se mantiene apartado en un solo lugar y cuando más musitando palabras ininteligibles, en voz baja; la cabeza humillada y evitando conversar con los que le rodean; o bien está de pie, hablando en voz alta, accionando con su mano derecha, siempre bajo una misma forma, tronando los dedos y proyectándolos para afuera y ejecutando estos actos como dirigidos a algo que él tuviera ante sí. La cara no sigue a la acción de las manos y también hay en los rasgos de la fisonomía una impasibilidad que no cambia, cualesquiera que sean las palabras que se le dirijan. El aspecto general, es el de indiferencia absoluta; cuida poco de su persona; lleva mal puesta su ropa y constantemente trae desfajados los pantalones y calzoncillos.

Generalmente se le ve monologar de modo largo, interminable y de viva voz; tal vez al pasar por su mente una infinidad de ideas inconexas, referentes todas a escenas probables de su vida anterior; sin embargo de esto, se repiten con frecuencia las mismas, a intervalos variables y en esa sucesión de ideas caóticas, él es parte activa viviente; regaña, corrige, manda y ejecuta movimientos que aunque monótonos, pues son los que ya describí, les hace tener una significación. Esas ideas se refieren lo más de las veces a su familia o a personajes que tuviera frente de él.

Algunas veces, cuando alguien se mezcla en su verbigeración, contesta con frases desviadas, sin conexión alguna, pero remedando una rima asonante que pierde a las cuantas frases; esto también pasa aún en su diálogo automático y fuera de toda intromisión.

Ignora en dónde está; preguntado que fue varias veces en dónde se hallaba, contestó: «en el Rancho del Arbolillo.» Ignora igualmente el día y las fechas; y en cuanto a la conciencia de las personas que le rodean, las toma como conocidas y las hace participar en su delirio. Tiene marcadas alucinaciones tanto de la vista como del oído; su mirada divaga sin fijarla y por todas partes ve personas a las que dirige su charla inconexa, animales, sobre todo gallinas y gallos, y tiene la percepción visual de escenas de la vida familiar.

En cuanto a su afectividad, hay muy pocas variantes, y sólo se puede decir que se disgusta rápidamente y que luego vuelve a la indiferencia acostumbrada. Sin embargo, debe decirse que tiene perdidos los sentimientos de familia. En cuanto al estado emocional es más que todo de torpeza, de apatía sentimental, de indiferencia emotiva; nada le conmueve cuando se le estimula psíquicamente.

DATOS SOMATICOS

N. F., es un individuo enflaquecido, alto, de piel morena oscura y presenta como alteraciones las siguientes: en la cara coloración más oscura que en el resto, la piel lustrosa, seca, tinte sucio general y terroso; algunas manchas pequeñas, pigmentadas sobre los carrillos y pómulos; pápulas y vesículas de acnea vulgar; y conjuntivas pálidas y faltas de brillo. En el tronco y miembros superiores, manchas esparcidas en toda la piel del dorso y de los brazos, siendo dichas manchas de color moreno y de unos dos centímetros de dimensión. En los miembros inferiores lleva, a partir del tercio superior de ambas piernas, una coloración de la piel de un rojo vinoso muy intenso; descamación general de la epidermis de esos lugares y el pelo escaso, siendo el que queda muy raquítico; en los pies se notan abultamientos y las mismas alteraciones que en las piernas, además que lleva en ellos algunas ulceraciones redondas, como de 2½ centímetros, de bordes que se continúan sin límite neto con la piel de la cercanía y de un color violáceo; el fondo de dichas úlceras está cubierto por un exudado purulento y poco abundante. La temperatura en los pies es más baja que en el resto; hay también edema que se deprime muy difícilmente; la sensibilidad al dolor está abolida a partir del tercio medio de las piernas, y en el resto de los miembros inferiores, hay retardo marcado de la sensibilidad al dolor.

La fuerza muscular se ha conservado en todos los miembros y sólo hay de manifiesto en las perturbaciones de la motilidad, temblor de los dedos; de los labios y muy marcado en la lengua.

En el aparato respiratorio no hay ningún dato que deba mencionarse, así como tampoco en el circulatorio.

En el digestivo cabe mencionar las dimensiones de la glándula hepática que tomé con minuciosidad, pues en todo lo demás no hay dato que merezca la atención.

Área hepática, dimensiones:

Líneas: Medio external,	1½ cm.	Axilar anterior	9 cm.
Para-external, derecha	3½ "	" media	7 "
Mamaria	6	" posterior	8 "

DATOS DE LABORATORIO

Exámenes de la orina hechos en 15 de febrero, 1º y 14 de marzo del año de 1920.—Promedio:

Volumen en 24 horas de.....	600 c. c.
Color del Vogel, 3 al V. 4.	
Olor sui generis.	
Consistencia flúida.	
Aspecto turbio.	
Sedimento escaso pulverulento.	
Densidad de 1.027 a 1.030.	
Reacción ácida franca.	
Urea de	25 a 30 gr. por mil.
Ácido úrico, normal.	
Cloruro de sodio de	15 a 19 gr. por mil.
Indigógeno y excatxil abundante aún con la orina diluída al décimo.	
Urobilina notable.	
Albúmina, mucina y peptonas. ———	
Glucosa..... ———	
Acetona, huellas.	
Pigmentos biliares..... ———	
Hemoglobina y materias grasas. ———	
Celdillas planas de la vejiga y de la uretra.	
Leucocitos, glóbulos rojos y cilindros o pus..... ———	
Cristales de uratos.	

La prueba del azul de metilino hecha con 5 centigramos en inyección hipodérmica se mostró como sigue: Principio de la eliminación a las cuatro horas. Intermitencias a las 6, a las 10, a las 18, a las 22, a las 32, a las 38 horas.

Fin de la eliminación a los 3 días 10 horas.

El hecho de haber aparecido súbitamente un estado de agitación, con alucinaciones visuales y auditivas, con delirio de palabra y de acción intenso, en un individuo alcohólico inveterado, acompañándose de una reacción febril, hace pensar, desde luego, que se trata de delirium tremens. Efectivamente, se impone admitir que ha sido un delirio agudo el que ha marcado el principio del padecimiento de que adolece nuestro enfermo, pero como los fenómenos anotados no se han quedado en el mismo estado, sino que por el contrario, se han modificado notablemente, además, de que ya han transcurrido, por lo menos, cinco meses de que aparecieron, puede asentarse que la psicosis en cuestión,

ya no es delirium tremens, sino una psicosis de marcha por lo menos subaguda. Esta psicosis se descubre del cuadro que presenta actualmente el paciente. Existe, en efecto, un automatismo subconsciente tanto en la esfera psíquica como en la de la actividad general, y el cual consiste en la sucesión rápida de ficciones mentales que llevan la tendencia a la acción, manifestada en la mímica por los actos que constantemente ejecuta el paciente y los cuales son notables porque significan actos de la vida profesional, pues el ademán que ejecuta con su mano y antebrazo es claramente el de un hombre que estuviera lazando, u otras veces ordeñando una vaca, lo cual no debe de sorprendernos, pues N. F. era un ordeñador. La atención no está perdida, pero sí funciona defectuosamente; confunde las personas y las cosas y hace, con sus percepciones, el alimento de las ideas veloces, desordenadas e inconexas que pasan por su mente. Existe, en lugar de amnesia, una paramnesia, que desempeña el mismo papel que las percepciones, pues seguramente la reminiscencia automática suscita el juego irrefrenable de su actividad. La personalidad, sin embargo, no se halla abolida, y aún en algunas ocasiones se manifiesta netamente.

Por lo que se ve, hay confusión psíquica con sus características: desorientación, automatismo delirante subconsciente, hecho de escenas de la vida pasada, lo cual basta para caracterizar el estado mental, diciendo que se trata de una *Confusión Mental delirante*.

El pronóstico del estado mental no es grave, tanto más cuanto que se le ha visto mejorar en nuestro servicio, y aún ha tenido dos días seguidos de lucidez, casi completa, con supresión del delirio onírico.

TRATAMIENTO

HIGIENICO.—Mantenerlo en perfecto aseo, pues orina y defeca inconscientemente. Alimentación formada de media ración.

SINTOMATICO.—Baños de 28 grados todos los días por la mañana, para disminuir el delirio. Por las noches 20 ó 35 gramos de Bromidia para hacerlo dormir.

CURATIVO.—Un purgante de 30 gr. de sulfato de sodio cada diez días. Administración de 5 miligramos de Boldina diariamente, suspendiéndosele tan solo cuatro u ocho días.

El paciente ha tenido alternativas de lucidez y de vuelta a su estado segundo.

UN CASO DE CONFUSION MENTAL CON AGITACION

P. U., originaria de Cerro Gordo, Edo. de Querétaro, de 21 años de edad, soltera, ingresó al Pabellón de Observación Mujeres, el 21 de julio de 1919.

Hija y pariente de alcohólicos, tuvo desde sus primeros años de vida que sufrir las consecuencias de la herencia, notándose en la lentitud del desarrollo físico y la aparición tardía de la palabra. Dedicada a los quehaceres domésticos, llegó a trabajar satisfactoriamente hasta donde se lo permitía su absoluta carencia de instrucción.

Por la contrariedad que sufriera al no llevarse a efecto su proyectado matrimonio y en la convalecencia del tifo que padeció en febrero anterior, hizo su aparición el padecimiento mental que la ha obligado a ser internada en el Manicomio.

Los últimos días de febrero, antes citado, marcan el principio de su padecimiento actual iniciado, tal parece, con la pérdida del sueño, algunos días completamente, y otros logrando conciliarlo breves horas, sin que la inquietud la deje sentir descanso y bienestar.

Otro cambio sensible inicial, se ha observado en el carácter (se disgusta sin motivo con sus familiares, llegando a tratarlos con dureza o con insultos, y destruye frecuentemente su ropa, hallándose constantemente inquieta y agitada). Su atención notoriamente disminuida y coexistiendo con faltas de fijeza en sus ideas. Después de la agitación, se tornó apática profiriendo constantemente ideas disparatadas en las que además de notarse progresos en sus perturbaciones psíquicas citadas, revelaba completa desorientación.

DATOS SOMATICOS

Al ingresar la enferma al Hospital, conserva aún el anterior estado de apatía en contraste notable con su locuacidad que llegó hasta ponerla disfónica; pero pocos días más tarde, estando ya aislada, volvió nueva fase de agitación sin que cesara la logorrea, que por el contrario aumentaba al aproximársele cualquiera persona. La paciente se halla notablemente enflaquecida, teniendo un peso de 48 kilos (tomado cuatro veces y con intervalos de veinte días) para una estatura de un metro sesenta centímetros, y presenta una palidez intensa en la piel y mucosas accesibles. La cabeza, asimétrica y con tuberosidades occipi-

tales muy marcadas se aproxima sensiblemente al tipo braquicéfalo. La mímica de la enferma llama poderosamente la atención por los cambios incesantes y bruscos que sufre, alternando su estado de euforia con la risa franca inmotivada, y viceversa.

La exploración física del sistema nervioso y de los aparatos respiratorios y cardio vascular, no da datos dignos de anotarse, no así en el digestivo, en el que cabe señalar las alternativas de diarrea y constipación que duran varios días, la cubierta saburral de la lengua, de color amarillo sucio y sobre todo la disminución de la área hepática, pues únicamente se encuentra matitez en una extensión de dos y medio centímetros sobre la línea media esternal; cuatro centímetros en la para-esternal derecha; seis en la mamaria y seis y medio en las tres axilares.

DATOS PSIQUICOS

El psiquismo de la enferma ha sufrido trastornos profundos en las tres esferas: general, mental y afectiva.

De parte de la actividad general, además de la agitación y de la logorrea, debe decirse que se han mostrado también actitudes forzadas que mantiene por mucho tiempo, verdaderas estereotipias de movimiento, consistentes en marcada afectación para poner la planta del pie cuando se le hace marchar, apoyándolo por su borde externo y sin tocar el suelo con las extremidades de los artejos.

La logorrea se ha manifestado siempre que uno se le aproxima, constituida por una charla inconexa con temas familiares, nombrando monótonamente y siempre a las mismas personas con quien tuvo ella relaciones de amistad o de parentesco y entremezclando a esos nombres, improprios. Otras veces se le ha visto entablar conversación con personajes ficticios que vienen a animar las escenas fantásticas a que asiste.

La atención alterada por déficit al grado de ser imposible fijarla, aún reiterándole preguntas sencillísimas que la puedan impresionar.

La memoria ha estado igualmente alterada, sin que se pueda decir que se manifieste amnesia, porque es muy difícil explorarla, ya que la paciente se ve constantemente invadida por un número infinito de reminiscencias que llegan automáticamente.

Incapaz de seguir una conversación ordenada, sus ideas han estado siempre en juego veloz, pasando por su mente muchas de ellas en un breve momento, absolutamente inconexas y desordenadas.

DATOS DE LABORATORIO

Análisis de la orina estando la enferma bajo el régimen lácteo.
Promedio de tres exámenes, hechos en 24 de julio, 23 de agosto y 23 de septiembre de 1919.

Volumen en 24 horas de.....	600 a 800 c. c.
Volumen recibido de.....	350 " "
Color del Vogel, 5 al V. 6.	
Olor sui generis.	
Consistencia flúida.	
Aspecto turbio y nebuloso.	
Sedimento pulverulento blanquisco.	
Densidad de 1.020 a 1.025.	
Reacción ácida franca.	
Cantidad de materias fijas, de. . .	44 a 55 gr. por mil.
Idem de materias orgánicas, de 25 a 35	" " "
Idem idem minerales, de.	15 a 20 " " "
Urea de	25 a 30 " " "
Ácido úrico en exceso.	
Cloruro de sodio de	8 a 11 " " "
Ácido fosfórico de.	1 a 3.60 " " "
Indigógeno e indican, excatoxil, muy abundantes.	
Albúmina.....	_____
Glucosa.....	_____
Acetona, huellas.	
Pigmentos biliares.....	_____
Hemoglobina.....	_____
Celdillas descamativas de la vejiga.	
Leucocitos.....	_____
Glóbulos rojos.....	_____
Cilindros.....	_____
Cristales de urato ácido de sodio.	

Buscando la eliminación del azul de metileno en una sola vez, se ha encontrado que comenzó a presentarse a las 2 horas de inyección de gr. 0.05; intermitencias a las 4 horas, a las 12, a las 20 y a las 30; retardo total de la eliminación terminando la expulsión a las 60 horas.

DIAGNOSTICO

El estado psicopático ha aparecido después de una infección, ha traído una mutación especial y general en el orden físico y mental. Partiendo del punto de vista psíquico, ha existido un cuadro, que en términos generales, revela déficit mental en grado notable. En la esfera intelectual, desde luego, la asociación de ideas es caótica, difusa y reducida a su mínima expresión; hay delirio de acción, reviviscencias de lo real, ilusiones permanentes, alucinaciones y consecutivamente a ellas, ideas delirantes de interpretación, paramnesia, aprosexia, carencia de conciencia moral y de parte de la afectividad alteraciones por disminución. En la actividad general: mímica monótona, logorrea, agitación y estereotipías de movimiento.

Esta situación psicopática con adormecimiento del psiquismo superior revela de un golpe la Confusión Mental, mezclada con otro síndrome psicopático, la agitación. Si tomamos en consideración el estado de Confusión Mental reinante, quedaría cerrado el diagnóstico; pero la agitación hace que el caso en cuestión no se encuentre típico; por lo que, analizando de cerca el estado de agitación, se puede juzgar de la siguiente manera: la motricidad intensa (agitación), la logorrea y la mímica conducen a pensar en la manía; mas faltando la hiperideación intensa, la asociación de ideas por consonancia o asonancia puede descartarse tal hipótesis; máxime si se fija en que al cuadro de agitación y de verbigeración ha estado sobrepuesto un fondo de ideas desligadas, desorientadas, caóticas, bajo una situación en que las funciones cerebrales superiores (atención y memoria) están casi suspendidas. No se trata pues, de una manía, ni siquiera de una asociación de la manía y de la Confusión, sino sencillamente de una *confusión mental de forma agitada*.

El pronóstico del estado mental será grave, porque las alucinaciones y las ilusiones así lo indican, y será tanto más, cuanto que la inteligencia se le ha visto suspendida, mientras que ha habido una reacción muy viva de la actividad general inconsciente. Es posible que pase a la cronicidad o más directamente, que marque el principio de una demencia precoz.

PRONOSTICO

Sacando las indicaciones del estado mental, cupo, desde luego, un tratamiento sintomático, encaminado a combatir el delirio de acción y de palabra y cuyo tratamiento, puesto en práctica, ha consistido en

baños calientes a 28°, de una hora de duración, continuados varios días, y en la administración de bromuros, bajo la fórmula de Grasset. Asimismo se han administrado purgantes salinos cada 8 días (sulfato de sodio 35 gr., agua 100 gr.) y se ha tenido por resultado mejoría de la enferma, pero no se le pudo seguir porque se separó del Establecimiento.

UN CASO DE CONFUSION MENTAL ALUCINATORIA

[CONFUSION MENTAL ALUCINATORIA.]

F. P., de 28 años de edad, nacida en Villa Hermosa, ingresó al servicio de Observación Mujeres el 6 de enero del año en curso. Carece de antecedentes hereditarios patológicos y neuropáticos, cuando más si se puede decir que tuvo un tío abuelo paterno alcohólico y jugador.

Desarrollada bien en su primera infancia, física, mental y moralmente, sufrió un padecimiento a los 9 años que perturbó su crecimiento posteriormente. Su inteligencia normalmente desarrollada y cursando las primeras letras con aprovechamiento.

Hace 13 meses que empezó a estar enferma con motivo, según se dice, de que estuvo por esa época bajo el influjo de impresiones morales muy desagradables, en la población en donde residía. Ha habido desde el principio y en todo el curso de su padecimiento, perturbaciones psíquicas y físicas: sufrió un acceso febril al principio, el cual duró pocos días, sin que se sepa qué padecimiento fue; a los pocos días se manifestaron las primeras alteraciones psíquicas que se acompañaron de las siguientes perturbaciones: falta casi completa de sueño por muchos días, inapetencia absoluta, rechazo de alimentos, vómitos después de los alimentos y conteniendo éstos; enflaquecimiento muy marcado y apatía física; cefálea, ninguna otra alteración somática. Al propio tiempo se mostraron otras alteraciones de orden psíquico: cambio de carácter, haciéndose apartada, callada; manteniéndose por muchos días en una sola postura, casi siempre sentada en su cama sin moverse, con la cabeza baja y su mirada humillada, con las manos hundidas entre los muslos, con gran desaliento para moverse, hablando a solas con frases que no podían oírse, indiferente a las personas de su familia, negándose a tomar los alimentos y aún rechazándolos; después pasó este estado que persistía de noche. Volvióse luego irascible, molesta

cuando se le dirigía la palabra y entonces se manifestaron otras perturbaciones más: se le figuraba que unas vecinas la perseguían y le querían hacer mal, así como a su familia; y cualquiera voz que oyera la interpretaba en el sentido de que hablaban de ella para hacerle algún mal; a ciertas personas las tomó declaradamente por sus enemigos y se hizo desconfiada de muchas que le fueron sospechosas; varias veces sufrió alucinaciones de la vista, las cuales se producían principalmente en la noche, pues una de tantas y durante el insomnio, saltaba de su cama diciendo: «me quieren echar ese animal para que me muerda... yo lo mataré primero» y acompañó a la palabra, la acción; otra vez sintió que la pinchaban y profería palabras descompuestas maldiciendo a supuestos enemigos que la estaban haciendo mal; mas frecuentemente le han venido alucinaciones del olfato y del gusto, que fueron primero ilusiones de dichos sentidos, y así ha insistido en que percibe malos olores por donde quiera o corrupciones insoportables, sabores desagradables u horribles que muchas veces aumentan cuando se le presentan los alimentos.

Según parece, tiene delirio de los actos, pues sus familiares refieren casos en que la enferma se desgarraba la ropa no por impulsión irresistible, sino porque encontrando un defecto en alguna de las prendas de vestir, decía que alguien tenía envidia de que ella los llevara, y para que no la tuviera, mejor se desgarraba e inutilizaba sus ropas. Ha tenido la idea de permanecer descalza, pretextando que los zapatos le lastiman, o que no le agradan.

En todo el tiempo de su enfermedad ha tenido varias veces verdadera negación para tomar los alimentos y muchos días no ha tomado más de unas cuantas cucharadas de agua o de medicina.

También ha llevado a la acción el resultado de sus interpretaciones delirantes; así, ha querido varias veces agredir a sus hermanos, con palos y aún con armas, tales como guadañas, objetos estos que ha encontrado al alcance de su mano.

DATOS PSIQUICOS

En la esfera de la ideación no se ha ratificado aún su delirio. La memoria sufre parcialmente, está dismunuida para algunos hechos recientemente acaecidos; interrogada que fue la primera vez sobre cuál era el lugar de su origen, con toda propiedad y sin titubeación, contestó: «Villa Hermosa.» — ¿Tiene usted padres? — «Sí, papá y mamá.» — ¿Cuándo vino de Villa Hermosa? Mutismo, y hasta después de mucho rato contesta: — «No recuerdo, me parece que hace muchos meses.» — ¿En dón-

de se embarcó usted?—«En Frontera.»—¿Y después, adónde fue usted?—«A Mérida» (hecho inexacto).—¿Después de Mérida, adónde?—«Lo ignoro.»—¿Fue a Veracruz?—«Lo ignoro.»—¿A México?—«No lo sé.»—¿Cuándo vino a este lugar?—«Hace dos noches.»—¿Recuerda usted por dónde la trajeron?—«No lo sé.»—¿Qué lugar es éste?—«Tampoco lo sé.»

La atención está alterada. Durante el corto interrogatorio que precede se pudo notar un retardo notable de las percepciones; las contestaciones vienen después de algún tiempo de que se le hacen; al platicar se notan muchas pausas y se distrae e interrumpe el hilo del discurso.

Ya en los pocos días que lleva de estar en observación se han ratificado las alucinaciones visuales. En cuanto a la afectividad, puede decirse que hay exaltación de los afectos familiares, pues tan solo el recuerdo de sus padres la hacen llorar, lo que está en contradicción con el hecho de que se muestre indiferente para ver a su hermano que la viene a visitar.

En la esfera de la actividad se notan algunas alteraciones: en lo general se mantiene indiferente, sola, apartada e inmóvil; pero algunas veces es presa de agitación no muy intensa, pasando esto, sobre todo, por las noches; se levanta, se pasea con precipitación en su dormitorio, se desgarrar la ropa, se tira de los cabellos y profiere palabras insultantes; otras veces, aún cuando no se mueva, platica de viva voz sin que se le entienda su charla. En cuanto a la mímica, puede decirse que hay hipomimia, pues aunque en la expresión mímica activa hay alguna reacción, dado que llora la paciente, sin embargo, su llanto carece de grandes movimientos faccionales, su rostro no manifiesta ningún movimiento de tristeza o de desesperación, y tan solo se advierte aquél, porque ruedan las lágrimas. Además, este juego de la expresión mímica no dura gran tiempo, pasa pronto y luego vuelve a tomar la fisonomía su máscara de insensibilidad.

DATOS SOMATICOS

F. P., es una mujer de desarrollo físico que no corresponde a su edad, es baja de cuerpo y por su aspecto general representa tener 24 años a lo sumo. La piel de color moreno tiene un tinte subictérico y una palidez excesiva, al igual que las conjuntivas, tanto oculares como palpebrales y las de la boca; además tanto en la piel del cuerpo como en la mucosa de la lengua se muestran manchas de color café oscuro; en la cara, sobre el dorso de la nariz y sobre la piel de los pómulos, se notan estas manchas que figuran una mariposa de alas abiertas. No hay en la piel inflamación y sólo se observa una pigmentación morena; en

la lengua y sobre los bordes de ella, las manchas son más oscuras de color. En la piel de las piernas, a partir de la rodilla, hay un edema blando que se deprime fácilmente.

Sólo en el aparato digestivo encontramos perturbaciones; la lengua saburral; dolor en todo el trayecto del colon y presencia de bolos fecales en el descendente; las dimensiones de la glándula hepática son como sigue:

Líneas: Medio external,	3	cm.	Axilar anterior,	6	cm.
Para-external,	6½	"	" media,	5½	"
Mamaria,	6½	"	" posterior,	5½	"

DATOS DE LABORATORIO

Promedio de tres exámenes de orina en las fechas: enero 3, febrero 3 y marzo 4 de 1920.

Volumen en 24 horas de.....	500 a 850	c. c.
Color del Vogel, 4 al V.	4	al V. 5.
Olor sui generis.		
Consistencia flúida.		
Aspecto turbio ligero.		
Sedimento escaso pulverulento.		
Densidad de 1.015 a 1.018.		
Reacción ácida franca.		
Urea de	Gr. 16 a 20	por mil.
Cloruro de sodio de	" 6 a 9	" "
Ácido fosfórico de.....	" 1.50 a 2.50	" "
Indigógeno y excatxil sensible hasta el 1×5 en solución acuosa.		
Urobilina, sensiblemente aumentada.		
Albúmina.....	_____	
Mucina y peptonas.....	_____	
Glucosa.....	_____	
Acetona.....	_____	
Pigmentos biliares, notables.		
Hemoglobina y materias grasas.	_____	
Celdillas, leucocitos y glóbulos rojos.....	_____	
Cilindros y pus.....	_____	
Cristales de urato ácido de sodio, muy abundantes.		

La prueba del azul de metileno resultó como a continuación se expresa:

Principio de la eliminación, a las 2 horas; intermitencias a las 6, a las 10, a las 14, a las 20, a las 26 y a las 32 horas. Fin de la eliminación a los 2 días 4 horas.

DIAGNOSTICO

Las alteraciones que en nuestra enferma han tenido una marcha subaguda, por lo menos, han abarcado igualmente todos los órdenes mentales e interesado no poco la esfera física.

En el orden mental hay manifestaciones claras de la ideación; de la percepción; de la afectividad; de la conciencia y personalidad; y por fin de la actividad general, siendo las más grandemente interesadas, por orden decreciente, las facultades siguientes: percepciones, ideación y actividad general.

De parte de las percepciones las ilusiones y las alucinaciones visuales, gustativas y olfativas; de parte de la ideación las interpretaciones delirantes, habiendo muy claro, delirio de persecución. Ilusiones, alucinaciones e ideas de persecución la han llevado al delirio de los actos.

Por otra parte ha habido alteraciones manifiestas de la atención y de la memoria, aposexia muy marcada, la cual, existiendo desde el principio del padecimiento, se ha aumentado y esta disminución de la voluntad mental, se marca sobre todo en el hecho de que sus ideas delirantes forman contraste con la atención; en la memoria hay verdaderas lagunas al lado de recuerdos claros y retenidos con orden cronológico, la disminución de la memoria se manifiesta para los hechos recientes principalmente y al grado de olvidarlos completamente, hay, pues, una verdadera amnesia retro-antegrada. Hay más; la enferma está desorientada en el espacio y en el tiempo. De parte de la actividad general se puede afirmar que hay pasividad, negativismo, amimia, o por lo menos, hipomimia y en otras ocasiones, agitación. De la afectividad, risa y llanto inmotivado.

Del conjunto se desprende que es una psicosis generalizada de marcha aguda, dado el modo general de evolucionar las psicopatías. Ahora bien; puesto que comprende de una manera predominante, fija e inicial los modos de la actividad psíquica, la cual está adormecida, puede asegurarse que es una confusión de espíritu o sea una Confusión Mental, sólo que, existe una reacción perturbada de las percepciones, tales como las alucinaciones e ilusiones y reacción de la actividad gene-

ral y de la ideación; agitación e ideas delirantes de persecución interpretativas que hacen que no sea una Confusión Mental típica, sino una Confusión Mental aguda alucinatoria o lo que es lo mismo, un *delirio alucinatorio confusional*.

Por lo que se ve, el cuadro somático, es tan notable como el anterior, pues existen alteraciones generales como son el enflaquecimiento, la naturaleza de los productos excretados por la orina, las manchas pigmentadas, la anemia y la disminución de la área hepática; todo lo cual revela la auto-intoxicación y precisamente la auto-intoxicación de origen hepático.

En resumen: Confusión Mental Alucinatoria.
Insuficiencia hepática latente.

TRATAMIENTO

Se le someterá a los purgantes frecuentes y a la administración de sustancias que obren incitando la función hepática, tales como:

Extracto de ruibarbo	0.30 gr.
Boldina	0.05 „

En V. cápsulas.

Lavativas frías todos los días para provocar la evacuación diaria y régimen alimenticio que consista en una ración de leche, caldo de res, arroz, huevos tibios y pan, combinado convenientemente.

Balneoterapia tibia los más días.

Como tratamiento sintomático, bromidia para que duerma por las noches.

UN CASO DE CONFUSION MENTAL MENINGITICA

[DELIRIO AGUDO.]

R. M., ingresó al Hospital General, el 23 de agosto de 1919. De 34 años de edad, casado, originario de México en donde residió toda su vida, sin antecedentes hereditarios psicopáticos ni neuropáticos; ocupó la cama número 7 del pabellón 6, a cargo del Sr. Dr. Tomás Rojas. (Costumbres alcohólicas inveteradas).

R. M., empezó a sentirse enfermo a fines de julio de 1919, antes de su ingreso al mencionado Hospital. Una noche sufrió un dolor intenso

en el hipocondrio derecho, constante, con sensación de peso e imposibilidad de permanecer acostado del mismo lado, dolor que se propagó al hombro derecho y a la región lumbar; al propio tiempo perdió el apetito y su estómago no toleraba ningún alimento, vomitando tanto las materias que había ingerido, como otras de color verdoso y después amarillas, de sabor amargo; tenía evacuaciones frecuentes, líquidas, de color amarillo y con mucosidades. A este estado acompañó una reacción febril intensa y un tinte amarillo general de la piel y de las mucosas. Estos fueron sus antecedentes al entrar en el servicio citado.

DATOS SOMATICOS

Al paciente se le ve postrado en la cama que ocupa, en decúbito supino, y al aproximarse se percibe, desde luego, el tinte amarillento de las conjuntivas y de los tegumentos de la cara, generalizado a la piel y a todas las mucosas; su lengua está cubierta de un barniz saburral oscuro y grueso; se nota el hipocondrio derecho más considerablemente bombeado que el izquierdo y, bajo el reborde costal del mismo lado, se hace más visible el abultamiento, que baja y sube con los movimientos de la respiración; la presión produce dolor en todo el abdomen, pero aún más en la región del hipocondrio derecho, notándose también en este lugar, defensa muscular de la pared abdominal; en el flanco derecho y la fosa iliaca del mismo lado, hay zurrido producido por la presión de la mano que explora, y bajo el reborde costal derecho se aprecia un cuerpo redondeado en su superficie, un poco duro; y entre dicho borde y la cicatriz umbilical, otro borde que baja y sube con los movimientos de la respiración. La percusión ha mostrado como datos positivos las siguientes dimensiones del área hepática y esplénica:

Área hepática: Medio external,	5½	Axilar anterior	11½
Para external,	7	" media	11½
Mamaria,	10	" posterior	12.
Área esplénica: Axilar anterior izquierda,			4 cm.
" media	"		5 "
" posterior	"		6½ "

En el aparato cardio vascular sólo se ha podido registrar, como anormal, la frecuencia del pulso (110 puls. por minuto), y su tensión un poco elevada.

Tiene 20 respiraciones por minuto y en el resto del aparato respiratorio solamente se ha podido advertir un obscurecimiento de la

base del hemitórax derecho y disminución del murmurio vesicular en esa región.

Las temperaturas han sido tomadas dos veces por día, a las 7 de la mañana y a las 7 de la noche y se ha tenido una curva térmica cuya máxima elevación ha sido de 38½ grados y cuya mínima ha sido de 37º9 y el total de la curva ha sido de 7 días; en el último, habiendo llegado a 36º6 sin volver a subir más.

Hasta aquí todo lo que se refiere al orden físico y funcional, pero a los 4 días de su ingreso en el pabellón, el paciente que estaba inmóvil en el decúbito supino, es presa de carfología que principia en la noche y que se continúa al día siguiente; se agita en su cama, no duerme durante varias noches seguidas y se levanta varias veces diciendo que van a matar a su mujer y a él mismo; que ya están los soldados; pide perdón y que siquiera lo dejen vivir un día más.

DATOS PSIQUICOS

El rostro impasible contrasta con la expresión de la mirada, inquieta y traduciendo las imágenes alucinatorias; monologa durante la noche principalmente; se levanta y va a buscar su caballo para ensillararlo; busca debajo de su cama los supuestos enemigos. Al ser preguntado, tarda en responder, y al hacerlo no es de acuerdo con las preguntas; otras veces, después de unas cuantas preguntas, manifiesta su delirio y sus alucinaciones. Entonces se le ve presa de espanto y su mímica denota terror; no reconoce en donde se halla; dice que en el cuartel, o en el sitio donde lo van a fusilar; ha perdido la noción del tiempo y del lugar y toma a algunas personas por miembros de su familia, diciéndoles que le perdonen y que se despide de ellas porque va a morir. No obstante, se le pueden hacer comprender algunas cosas, y si se le dice que se calme, que está en el hospital y que no le van a fusilar, se calma en efecto. Otras veces logra aún proferir, con toda propiedad, algunas frases, pero después, dejándolo un momento sin conversación, vuelve a su misma inquietud, a sus alucinaciones y a emitir sus ideas delirantes de persecución.

En este estado fue preciso recluirlo en el Manicomio General, con fecha 30 de agosto. El 12 de septiembre cayó en cama y murió el 14 del mismo mes.

Los datos del análisis de la orina que se recogió con sonda de Nelaton, por no poderse obtener de otra manera, son como sigue:

Volumen en 24 horas de. 200 gr.
Color Vogel núm. 6.

Olor sui generis.
 Consistencia flúida.
 Aspecto trasparente.
 Sedimento escaso pulverulento.
 Densidad de 1.030.
 Reacción ácida fuerte.
 Urea..... Gr. 28.50 por mil.
 Ácido úrico, abundante.
 Cloruro de sodio..... " 15.35 " "
 Ácido fosfórico..... " 1.40 " "
 Indigógeno y excatoxil notable,
 hasta una disolución de 1×5.
 Urobilina, notable cantidad.
 Albúmina, mucina y peptonas.. ———
 Glucosa..... ———
 Acetona..... ———
 Pigmentos biliares notables en la
 reacción de Glusinsky.
 Hemoglobina y materias grasas. ———
 Celdillas planas de la vejiga.
 Leucocitos, glóbulos rojos cilin-
 dros no presentes.
 Cristales de urato ácido de sodio,
 abundantes..... ———

La prueba del azul metileno fue hecha con fecha 3 de septiembre y arrojó los siguientes datos:

Principio de la eliminación a las 2 horas. Intermitencias a las 8, a las 14, a las 20, a las 26, a las 32 horas.

Fin de la eliminación, un día 10 horas después.

DIAGNOSTICO

El estado mental, formado de alucinaciones terroríficas, de deluciones, de ideas de persecución, de aprosexia y apraxia, en un fondo confusional de desorientación, de amnesia, de reacción afectiva y motriz; en consonancia con las alucinaciones y las deluciones hacen pensar en un estado confusional alucinatorio; pero no hay solamente un cuadro mental, sino que existe también un cuadro físico que precedió algunos días a aquél, y se puede decir que ha debido ser, dada la marcha febril del padecimiento, dado el tiempo, las perturbaciones digestivas, la ictericia, el aumento del área hepática, una congestión del hígado

do de origen alcohólico. En resumen: el estado patológico se puede sintetizar diciendo que es una *confusión meningítica*, consecutiva a una *congestión hepática alcohólica*.

El desenlace se hizo funesto en pocos días, lo cual se esperaba dada la intensidad del delirio, de las alucinaciones y de la repercusión sobre el estado general.

TRATAMIENTO

El tratamiento consistió principalmente en baños calmantes a una temperatura de 33 grados durante media hora, en la administración de lavativas de cloral, bajo la siguiente fórmula:

Agua destilada..... 350.
 Hidrato de Cloral..... 5.
 Para dividirse dos veces por día.

UN CASO DE CONFUSION MENTAL

CRONICA SIMPLE

A. O., originario de Chavinda, Mich., de 35 años de edad, ingresó al servicio de Observación Hombres el 4 de julio de 1919. Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia. Campesino y de costumbres alcohólicas, ha padecido blenorragia en su juventud.

Dos años antes de su reclusión en el Manicomio, en 1917 se empezaron a notar las primeras manifestaciones psicopáticas. Fue desde luego un estado febril sin que se sepa de qué naturaleza, insomnio, dolor de cabeza, alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes múltiples y desordenadas. Después, se manifestó en el paciente una apatía en grado creciente. Recluído en su casa, tomaba una sola postura en los lugares solitarios; si se le hablaba, respondía con retardo y en muchas ocasiones sin concordancia a lo que se le preguntaba; abandonó su trabajo; le era indiferente el medio que le rodeaba, y si no le llevaban sus alimentos no los pedía; el sueño siguió faltando y las alucinaciones auditivas y visuales redoblaron su intensidad; hubo después ideas delirantes más circunscritas, diciendo él que, «Dios le mandaba los espíritus blancos»

DATOS PSIQUICOS

El enfermo es un tipo característico entre los demás enagenados; se le ve siempre sólo, sentado en un lugar apartado, con un sombrero hundido hasta los pabellones auditivos y cubriéndole la faz con la fal-

da, los brazos cruzados sobre las rodillas y la cabeza baja; en esta posición se mantiene horas enteras; otras veces y son las más pocas, se pasea en lugares solitarios; en ambos casos nunca se comunica con los demás enfermos ni aún cuando le dirijan la palabra. Al abordarlo no muda de postura, habiendo necesidad de hacerlo quitar el sombrero para poder ver su rostro; éste, en lo general carece de acción y de expresión mímica; su mirada es vaga y no revela emoción o estado emocional vivo, sino es una indiferencia absoluta, y, esto aún en los casos que se trate de despertársele un sentimiento familiar.

Las preguntas llegan a su inteligencia con un retardo considerable; sin embargo, en el curso del diálogo que se entabla con él, se va notando mejor y más rápida la percepción; preguntado qué ha sido en diferentes épocas y en distintas condiciones, por el lugar en que vive, siempre contesta que es un «restaurat;» que no conoce a nadie; que no tiene deseo de ver a su familia, ni de salir fuera del Establecimiento; pero algunas veces con toda espontaneidad asegura que oye que le hablan las baldosas del pavimento. Entonces también se notan las fallas de la atención y de la memoria: las preguntas más claras y sencillas no son entendidas, o son tomadas por cosas distintas, teniendo que repetirse una misma pregunta muchas veces y, sin embargo, no le llega a su inteligencia; hay pérdida de los recuerdos, manifiesta para los hechos que pasaron mucho tiempo ha; y para los del presente, se marca una falta de fijación y de arreglo cronológico, por lo cual se puede decir que existe una amnesia retro-antegrada.

En cuanto a la conciencia y personalidad, parece que están profundamente perturbadas; la primera, por alteración de las percepciones de origen sensorial y por la pérdida de la memoria en cuanto se refiere a la fijación; y está disuelta la segunda, debido a su debilitación mental.

DATOS SOMATICOS

El paciente es un individuo de estatura elevada, enflaquecido de todo su cuerpo, la piel seca en los lugares a descubierto y siempre empapadas por el sudor en los lugares muy resguardados, como pasa con la frente, en donde es tan abundante el sudor, que moja la entrada del sombrero o escurre a gotas, ese sudor es de un olor ácido, pero no deja al evaporarse ningún sedimento; hay una palidez extrema de los tegumentos bajo un tinte pajiso general; palidez que se extiende también a las mucosas, siendo la del velo y de la bóveda del paladar en extremo exangüe. Gozando de todos sus movimientos tiene, sin embar-

go, una pereza marcada al ejecutarlos; ha habido temblor espontáneo de las extremidades de los dedos, de los labios y de la lengua, pero estos fenómenos han desaparecido por completo; el resto de su motricidad está en lo normal; así como todos los modos de la sensibilidad.

La lengua cubierta por un ligero velo saburral y las dimensiones de la área hepática son como sigue:

Líneas: Medio external,	4	cm.	Axilar anterior,	7	cm.
Para-external,	5½	"	" media,	7	"
Mamaria,	6½	"	" posterior,	8	"

DATOS DE LABORATORIO

Los datos de su examen de las orinas, son como sigue:
Enero 5 y febrero 7 de 1920.—Promedio.

- Volumen en 24 horas 900 c. c.
- Color del Vogel 3 al V. 4.
- Olor sui generis.
- Consistencia flúida.
- Aspecto nebuloso.
- Sedimento abundante de color amarillo sucio.
- Densidad de 1.015 a 1.017.
- Reacción ácida fuerte.
- Urea de Gr. 18.00 a 23.00 por mil.
- Ácido úrico, en abundancia.
- Cloruro de sodio de " 14.00 a 18.00 " "
- Ácido fosfórico de " 0.50 a 1.35 " "
- Indigógeno y excatxil notable,
sin dilución.
- Urobilina _____
- Albúmina, mucina y peptonas _____
- Glucosa _____
- Acetona _____
- Pigmentos biliares, huellas.
- Hemoglobina y materias grasas. _____
- Celdillas de la vejiga y de la uretra.
- Leucocitos, glóbulos rojos cilindros y pus.
- Cristales muy abundantes de ácido úrico y de oxalato de calcio.



La prueba del azul de metileno buscada el 7 de enero de 1920. Principio de la eliminación a las 2 horas. Intermitencias a las 8, a las 14, a las 18, a las 26, a las 30, a las 38 horas.

Fin de la eliminación, a los dos días 4 horas.

DIAGNOSTICO

Sin duda alguna el padecimiento de que adolece A. O., ha comprendido tanto las funciones psíquicas como las de todo el organismo en general. Las funciones psíquicas son de suyo características; el adormecimiento de las facultades mentales superiores no ha llegado, sin embargo, a la abolición completa; este adormecimiento de la actividad mental puede conocerse por la torpeza manifiesta y por la desunión de las ideas, la difícil percepción, la pérdida de los recuerdos, aún los más recientes, la desorientación, la confusión de las concepciones que suscitan las percepciones de lo real; la inconsciencia o la subconsciencia en que vive eternamente, la disolución de la personalidad que llega casi a la falta absoluta, la hipó-afectividad y el tono emocional de indiferencia y, por fin, la suspensión más o menos completa de la actividad general y de la mímica. A este cuadro casi completo por sí mismo, se agrega el debilitamiento general de sus funciones orgánicas inferiores, demostrado hasta por el retardo de los procesos nutritivos, pues como se ve, la oxolaria que demuestra el examen de sus orinas, revela, sin duda, una nutrición retardada, puesto que el ciclo evolutivo de los albuminoides orgánicos no llega hasta el término absoluto bajo el cual se elimina normalmente y se queda en uno de los nudos de la cadena intermediaria, la faz ácida de su transformación.

Psicosis generalizada, diciendo suspensión de la vida psíquica superior con reacción evidente de las funciones orgánicas, es el resumen del cuadro, es decir Confusión Mental.

La predominancia de la suspensión de las operaciones psíquicas superiores, con la marcha crónica contada del principio de su padecimiento, más el tiempo que lleva de estar bajo nuestra observación, hace que sea colocada su confusión en la categoría de crónica simple y decir en resumen: *Confusión Mental Crónica simple.*

Como se desprende del diagnóstico, el pronóstico del estado mental es malo, tanto porque siga siendo crónico el padecimiento, como porque termine en la demencia.

El tratamiento ha consistido en un régimen alimenticio compuesto de feculentos, sopas de pastas, jugo de carne, leche, y se le ha suspendido la verdura; se le han dado medicamentos tales como purgante cada diez o quince días y, sobre todo, aquellos que tienden a alcalinizar la sangre y a hacer más efectivo el proceso nutritivo de los albuminoides, como la administración de 1 y 2 gramos de urotropina o de pipracina al día, y además, de 5 a 10 gramos de Sal de Vichy, también diariamente.

Conclusiones sobre el papel de la insuficiencia hepática en la producción, mantenimiento y curación de la Confusión Mental, cuando aquélla existe o cura.

Tres hechos surgen necesariamente de las investigaciones seguidas para inquirir el estado del funcionamiento hepático durante el desarrollo de la Confusión Mental; y estos tres hechos de interés sumo para las conclusiones terapéuticas que se impongan, tienen una importancia gradual en el asunto que nos ocupa, y además, una demostración diferente en cada caso. Estos tres órdenes de hechos, son los siguientes:

1º—¿La Confusión Mental obedece a la acción de una causa diferente que no sea la insuficiencia hepática? Sí y nó, según demostraremos a su tiempo. 2º—¿Tiene la insuficiencia hepática un papel casual cierto en la producción, mantenimiento o agravación de la Confusión? Sí, como surgirá del resultado de nuestro estudio. 3º—¿Cura la Confusión Mental, cuando cura la insuficiencia? Con frecuencia, sí, como lo prueba el pequeño número de casos de que consta la presente tesis.

1º—Sin duda alguna, es difícil, por no decir imposible, deslindar de un grupo de causas que obran a la vez, qué acción corresponde a cada una de ellas o a un grupo determinado; y así, en el presente estudio, compuesto de casos que son mirados en su desenvolvimiento actual, se tiene la dificultad de no haber asistido ni aproximadamente a sus principios; y sólo de una manera retrospectiva se indaga, por los antecedentes, que estuvieron en jaque, una serie de causas, de las que, unas fueron determinantes y otras predisponentes, sin duda alguna. Pero apenas si se puede decir, con verdad, en algunos de los casos, cuál fue la causa eficiente cierta de la psicosis. A pesar de esta dificultad inherente al estudio, hay sin embargo, un medio indirecto, pero no menos apoyado por un porcentaje de probabilidades para resolverlo; y este medio es el examen detenido y valorizado del segundo punto que se refiere al papel que desempeña la hipofunción hepática en el estado presente del desenvolvimiento de la Confusión Mental. Por eso nos

conviene, para desenmarañar el asunto, comenzar por lo más fácil; que aquí es lo que está a nuestro alcance, para después hacer deducciones de los últimos casos a los primeros.

Es siempre conveniente abordar la cuestión de las causas preconfusionales, aunque no sea sino para ver en qué condiciones se desarrolla la Confusión Mental en su principio.

Intoxicación e infección; he aquí el grupo de causas bajo las cuales aparece de ordinario el cuadro de la Confusión, habiendo, por supuesto, otra serie de causas favorables o coadyuvantes para su desarrollo, pero que por ser tan generales, como todas aquellas que debilitan el organismo, no tienen más importancia que el de ser buscadas secundariamente, al indagar los antecedentes, para adquirir conclusiones pronósticas. Estas causas, siendo por lo demás vanales, se resumen en lo general, en depresiones morales intensas, cambios de temperatura bruscos, cambios de clima y de medio, edad, sexo, embarazo, menstruación, etc. . . . Entre aquellas causas tienen, pues, el primer lugar, el factor *intoxicación* y el factor *infección*. Estudiaremos separadamente cada uno de ellos.

INTOXICACION.—El factor intoxicación se divide muy naturalmente en dos grupos distintos, según que se produzcan los venenos que perturban el funcionamiento de nuestro organismo, fuera o dentro de él. Al primer grupo de causas, que es de la que nos ocuparemos en seguida, pertenecen todas las intoxicaciones vulgares, que por orden de importancia y frecuencia son: alcoholismo, morfínismo, hachisismo, cocaínismo. El más importante de todos es el alcoholismo por su frecuencia; he aquí el caso más común que se presenta en la práctica:

N. F., un individuo que acostumbra libaciones cotidianas en exceso; en la noche es presa de agitación motriz intensa, de inquietud, de espanto de terror, de alucinaciones visuales zoopsíticas; tiene un delirio furioso de acción; su cara marca el espanto; está alterada la mirada, y las facciones marcan estupefacción; profiere palabras inconexas, o bien manifiesta el contenido de sus alucinaciones que son de escenas trágicas en que él es parte o víctima; huye o trata de defenderse; al mismo tiempo es víctima de un temblor general intenso, casi convulsivo, y de una calentura moderada o alta. Ese enfermo tiene un delirio alucinatorio agudo comúnmente llamado, entre la clase médica, *delirium tremens*. Pues bien, este mismo sujeto, atendido aún convenientemente, ve pasar el principio de su mal, el cual va a continuarse con otro estado psicopático si no tan trágico y dramático, sí más grave que él. El enfermo a los pocos días no recobra ni la conciencia ni la personalidad; tiene constantemente ilusiones y alucinaciones visuales de las

más diversas; monologa constantemente; está en movimiento de día y de noche, viviendo una vida fantástica, o imaginaria en la que él es parte viviente activa; nada de percepciones, o la poca percepción que queda, es la pasiva interrumpida a cada paso por las representaciones alucinatorias y el automatismo mental; la conciencia y la personalidad, por ende, alteradas, pero principalmente por la falta de la apropiación personal; los afectos abolidos; el tono emocional de estupor y muerto a las incitaciones psíquicas más efectivas. Es en una palabra el cuadro completo de la torpeza mental, la confusión de las ideas, la reacción automática de la actividad subconsciente e inconsciente, es decir, de la Confusión Mental.

Pero ¿cómo explicar que persista la psicosis aún después de mucho tiempo de suprimida la intoxicación? ¿Cómo entender que se agrave el cuadro del adormecimiento de las actividades mentales y psíquicas? Esto es lo que resuelve precisamente el otro punto de la tesis.

En el morfínismo y en el cocaísmo pasa algo semejante, sólo que, los que llegan a la Confusión Mental por la acción de esas intoxicaciones, es después de un tiempo muy largo de haberle suministrado al organismo una dosis elevada de dichos tóxicos, como lo comprueba uno de los casos de la tesis; (R. R.) La forma de Confusión Mental a que da lugar la intoxicación morfínica o cocaínica, es de Confusión Mental típica o asténica como en el caso de A. F.

Luego vienen las toxi-infecciones, entre las cuales figura en primer lugar, el paludismo. Regis, ya había comprobado por numerosos casos, que el paludismo bastaba, por sí solo, para desarrollar una Confusión Mental; ahora es un hecho plenamente demostrado. El principio de dicha psicosis puede desarrollarse durante los accesos febriles de la malaria, y es de notar la frecuencia extrema de los casos de delirio alucinatorio agudo aparecido durante los accesos palustres y el estado de torpeza mental y la apatía que se manifiesta consecutivamente. Como caso en apoyo del origen palúdico, citaré el caso de F. P. y B. P. Otras veces viene la Confusión Mental en un paludismo crónico o latente, tal es el ejemplo de la misma asilada F. P.

Por último, vienen las causas netamente infecciosas. Aquí las confusiones se desarrollan bajo el cuadro mismo infeccioso, (R. M.) en forma de delirio agudo y progresan a la par de la infección, o bien aparecen en la defervescencia y más frecuentemente en la convalecencia, cuando al parecer el enfermo marcha a la curación.

En los casos del primer orden, la enfermedad se manifiesta por un cuadro de torpeza mental, confusión de ideas y delirio onírico. Dos

casos observados en el Pabellón núm. 6, del Hospital General, a cargo del Sr. Dr. Tomás Rojas, y que son demostrativos a este respecto, vienen a ilustrarnos. Se trataba de dos enfermos de costumbres alcohólicas, que padecían y se curaban en el servicio, uno de ellos de neumonía lobar aguda y el otro de congestión hepática; (R. M.) En ambos, la torpeza mental, la confusión y el onirismo se manifestaron en pleno período de estado de esos padecimientos; sólo que en uno de ellos, el cuadro cesó al hacer crisis el padecimiento infeccioso, y en el otro duró dos meses después. Estos dos casos los encontramos de nuevo al tratar el segundo punto.

Quedan los casos en que la Confusión principia sin cuadro tóxico o infeccioso; aquella en que los fenómenos del adormecimiento de la actividad cerebral superior, aparecen sin previo padecimiento anterior.

2º—¿Nace la confusión mientras que las funciones hepáticas están en hipoactividad? ¿Es mantenida dicha Confusión por la insuficiencia anti-tóxica o anti-infecciosa y se cura cuando dichas funciones vuelven a la normal? Esto es lo que vamos a examinar y a tratar de demostrar.

Empezaremos por asentar los hechos recogidos en nuestras observaciones. Buscados con sistema los signos de la insuficiencia hepática nos hemos convencido de que en todos los casos había ya signos directos, ya signos indirectos de la hipofunción hepática. En muchos enfermos notamos los signos indirectos de la insuficiencia, tales como manchas pigmentadas de la piel y mucosas, equimosis diseminadas que curaron con el tratamiento apropiado; edemas fugaces móviles; estado saburral de la lengua, estomatitis, inapetencia, alternativas de diarrea y de constipación, enterorrágias, disminución de la masa de la sangre que marca la anemia; el enflaquecimiento notable. Los signos directos: tinte subictérico de la piel y de las mucosas; dispepsia particular y, sobre todo, la presencia en la orina de los productos propios a la insuficiencia. El indicán está aumentado considerablemente en todas las orinas recogidas. Este producto que si bien es cierto que existe en todas las orinas normalmente, es en tan pequeñísima cantidad, que para descubrir huella de él, se ha menester un reactivo sumamente sensible, mientras que con los procedimientos ordinarios, no se le descubre más que cuando está en hipofunción la glándula hepática. Nosotros hemos buscado con el procedimiento común de tratar la orina por un volumen igual de ácido clorhídrico, agregar un oxidante tal como percloruro de hierro o agua oxigenada y de recoger el indigógeno por medio del cloroformo, o del alcohol amílico, y hemos obtenido, siempre, pruebas positivas, en la generalidad, marcándose intensa la reacción por una coloración francamente azul.

La urobilina constante también en todos los casos; pudiendo decirse de esta substancia lo que se ha dicho del indoxil; si aparece por el procedimiento ordinario es porque es muy abundante en las orinas y marca siempre una hipofunción hepática. El procedimiento común es de tratar una orina con otra parte igual de ácido clorhídrico, agregar cloroformo, agitar, recoger el cloroformo y tratar este cloroformo con una solución acética de cloruro de zinc; dando la reacción una coloración rosa por refacción y verde por transparencia. Este procedimiento nos ha mostrado siempre la presencia de urobilina en todas las orinas de nuestros enfermos confusos. El escatosis es también y aún más abundante que el indoxil en todas las orinas que hemos analizado. En cuanto a la hipo-azouria ha sido muy variable su constancia; en algunas orinas la encontramos frecuentemente como en los casos de F. P., de B. P., etc.; pero en otros hemos visto más bien una disociación de la función hepática en este sentido, pues hubo orines que tuvieron 30, 40 y aún 60 gramos de urea en las 24 horas. (A. F. y R. M.)

Las pruebas del azul de metileno se mostraron muy interesantes en todos los casos; en lo general hubo retardo en el principio y en el fin de la eliminación; pero en todos hubo intermitencias precoces que se manifestaron aún a las dos horas de haberse inyectado el azul.

Es de lamentarse que no se haya podido llevar a efecto la prueba de la glucosuria experimental, pues por lo difícil de recoger las orinas a un número de horas fijo, se debe esta falta de prueba.

Con esto basta y sobra para juzgar del papel que desempeña el hígado en su hipofunción en el desarrollo y mantenimiento de la Confusión Mental; pero ¿cómo comprender que la dicha insuficiencia sea la causa de un estado de perturbación mental? Esto es lo que vamos a analizar.

Charren y Klippel fueron los primeros que trataron de dilucidar el mecanismo de la auto-intoxicación hepática en la producción de las psicosis en general. Además de ellos, y después, otros observadores como Levi, Cramer, Joffroy, Jacoud, Ballet y otros.

Precisando más la cuestión en lo que concierne a la Confusión Mental, Klippel, Vigouroux y Jaquelier, Maurice-Fame, se expresan en términos que consideran la insuficiencia hepática como causa eficiente para el desarrollo de la Confusión Mental en todas sus variedades, y principalmente bajo forma de delirio onírico. Klippel insiste en que aún el delirio agudo, que aunque nace en individuos alcohólicos, tiene por origen una insuficiencia hepática, puesto que tal delirio aparece muchas veces en sujetos que no son alcohólicos y que por los caracteres del delirio se aseguraría que lo fueran. Hay, pues, toda una iden-

tividad entre semejantes estados psicopáticos y requieren, forzosamente, una interpretación idéntica. Regis se expresa en términos muy a propósito de ser señalados en lo que toca al punto que estudiamos, dice: «La posibilidad, para la insuficiencia hepática, de engendrar perturbaciones psíquicas, no tiene nada que deba sorprendernos, puesto que, en todo tiempo, se ha admitido que las afecciones del hígado y de sus anexos desempeñan en la producción de la locura un papel de los más importantes.»

Como se ve, ha habido una noción aceptada ya con cierta antigüedad: la alteración en el funcionamiento del hígado, susceptible de originar psicosis y más particularmente confusiones.

Lo que debemos hacer entonces, es tratar de dilucidar el mecanismo bajo el cual se manifiesta la Confusión Mental.

La función que corresponde examinar principalmente es la anti-infecciosa y anti-tóxica del hígado. Esta función perfectamente conocida por todo el mundo médico, está alterada sin duda, en las infecciones e intoxicaciones. El hígado neutraliza todos los productos tóxicos e infecciosos que la vena cava le acarrea de los intestinos, y aquellos también que la arteria hepática le lleva del torrente circulatorio general, y en el cual circulan, ejerciendo su influencia patógena sobre la mayor parte de tejidos de la economía; y de ellos, sobre todo, los más nobles, como el sistema nervioso (corteza cerebral). En el intestino, los productos tóxicos se desarrollan en todas las condiciones en que haya alteraciones en el proceso digestivo y que por lo tanto las sustancias alimenticias produzcan sustancias no asimilables que pasadas a la circulación, salvando el hígado, van a causar trastornos diferentes en el organismo. Tal pasa en las dispepsias de toda naturaleza, en donde se descubre, siempre, la intoxicación de origen intestinal y la cual puede ser el origen de psicosis; en todas las condiciones en que haya una detención al curso de las materias fecales, como en la coprostasis. Aquí, encima del lugar en que hay un obstáculo al curso de las materias, se acumulan éstas; sufre la acción de las bacterias de la putrefacción y se desarrollan productos absorbibles muy tóxicos, tales como ptomainas, leucomainas, ácidos amidados, indoxil, excatoxil, etc. . . . y producen un envenenamiento rápido (Feyat). En estas circunstancias se desarrolla, con frecuencia, un delirio agudo.

En los otros casos, cuando el hígado es incapaz de neutralizar los productos tóxicos que le aporta su circulación arterial, se muestra precisamente la baja de la función de dicha glándula por una disociación de los papeles que le están encomendados en la economía; hay una hip-azouria, aumento de los coeficientes $\frac{N}{N}$, glucosuria experimental;

o bien, nada de esto, pero se manifiesta su hipo-función por fenómenos indirectos.

Estos elementos tóxicos hieren la vitalidad de todos los parenquimas, pero principalmente las celdillas nobles, las del sistema nervioso central, en las cuales se comienzan a producir los primeros estadios de la degeneración, tales como deformaciones celulares; cromatolisis o carioplasias; presencia de pigmentos en el retículo protoplásmico.

Si esto pasa con las sustancias más o menos conocidas de las auto-intoxicaciones, pasa también con las toxinas microbianas que no encuentran en los órganos anti-infecciosos, el hígado, entre ellos, manera de ser detenidos y neutralizados por los anticuerpos. Por eso se ve, en pleno desarrollo de infecciones agudas, tales como la gripe, la fiebre tifoidea, la neumonía, el paludismo, etc. . . . sobrevenir los adormecimientos tóxicos de la actividad mental, los delirios agudos y los oníricos, etc.; es la misma causa; es el mismo mecanismo, sólo que visto de manera diferente.

Ya no nos sorprenderá, pues, que la Confusión Mental tenga su origen durante una intoxicación o infección, dada la alteración del funcionamiento hepático; pero este hipo-funcionamiento persiste aún mucho tiempo después de las causas que lo han motivado, como pasa en los alcohólicos en quienes nada extraño es suponer que el hígado no tan solo es herido en su funcionamiento, sino que también en su estructura anatómica; el parenquima sufre diversas degeneraciones y estas degeneraciones persisten después de la supresión de los alcoholes, y persistiendo la degeneración del elemento noble, de la célula hepática, claro es que todas aquellas sustancias tóxicas bien que procedan del intestino, o bien que procedan de otros lugares del organismo, y que lleguen por la circulación arterial, a la glándula, no encuentran la acción específica del lóbulo glandular, que transformándolos o eliminándolos en los canalículos hepáticos, libra, así, a la economía de la acción tóxica.

Pero si no es ya de sorprendernos que esté ya en hipo-función una glándula cuyo parenquima se ha degenerado, tampoco debe serlo el hecho de que, aún sin llegar a una alteración macroscópica o microscópica, que se haga aparente por los procedimientos ordinarios de la investigación anatómo-patológica, persista una perturbación funcional o más o menos durable, causa, sin duda, de dicha insuficiencia. Este punto está perfectamente demostrado con hechos clínicos que arrojan viva luz; tal sucede con las llamadas colhemias familiares, en que no se distingue sino una meiopragia de la glándula hepática, pero no alteración anatómica. Sin duda alguna, igual cosa debe pasar en los casos en que el hígado ha sufrido la acción permanente, prolongada de las in-

toxicaciones externas e internas; bajo la acción de una cantidad constante de alcoholes y de las mil substancias tóxicas procedentes del intestino por la alimentación defectuosa en nuestro medio social; las células hepáticas luchan con provecho durante mucho tiempo, pero a la postre su funcionamiento mengua, y si persiste la causa, sufre su estructura anatómica; si lo primero, hay una meopraxia más o menos durable y más o menos curable; si lo segundo, hay una degeneración, cirrosis, congestión crónica, degeneración grasienta.

Con esto queda probado, hasta la evidencia, cuál es el mecanismo común de la insuficiencia hepática. Lo comprueba el estudio de las intoxicaciones exógenas y endógenas que por su juego forzoso repercuten sobre el hígado; lo comprueba el hecho del examen clínico de laboratorio que manifiesta la presencia de productos que ha dejado pasar la glándula sin haberlos modificado; con lo cual queda demostrado el primero y segundo punto de la tesis.

Veamos el tercero.—Ya el tercer punto es más difícil de comprobar por el hecho del corto tiempo en el que son tratados los enfermos, pues siendo la Confusión y la insuficiencia de una marcha larga, y no se entienda que al decir Confusión Mental aguda, por ejemplo, se tenga que decir que se asiste a una enfermedad cuya duración es de una o dos semanas, nó; las psicosis, aún las que llevan el nombre de agudas, evolucionan en un plazo de meses y aún de años. He visto el caso de una manía aguda cuya duración, hasta la curación completa del paciente, duró año y meses. A pesar de esto, y para labor de algunas personas a quienes interese este estudio, se comprobará si cura o no la Confusión Mental, siguiendo un tratamiento que ya indicaremos al terminar. Podremos inferir de los resultados de las observaciones recogidas, la mejoría notable que han experimentado unos de nuestros enfermos al ponerse de acuerdo la terapéutica con las causas y el mecanismo de producción de la Confusión.

Es cuestión de llevar una estadística minuciosa con un número suficiente de casos, que no expresamos aquí, porque no lo permite ni la extensión, ni las miras de esta tesis.

Tratamiento de la Confusión Mental según los resultados y las reflexiones que preceden.

El tratamiento debe ser causal y sintomático. Ambos nos interesan y merecen una atención distinta según las circunstancias; pero como en las necesidades fortuitas de la práctica los casos no se presentan esquematizados, sino con predominancia de elementos, de síntomas que reclaman nuestra intervención inmediata, es de convenir en que el tratamiento de los síntomas sea el primero en acción y que después se establezca el patogénico.

Eso ha sido precisamente lo que ha ocurrido en los diferentes casos de que consta este estudio: en algunos, el estado de agitación, el automatismo segundo de la actividad general; en las alucinaciones y escenas terroríferas fue necesario ponerse en planta una terapéutica sedante del sistema nervioso, encamamiento en un lugar apartado, silencioso, poca luz, baños de 35 a 40 grados por 45 minutos o una hora; medicación con opiáceos, o aún morfina en inyecciones hipodérmicas, bromuros, valeriana, etc. . . . en otros que había perturbaciones digestivas manifiestas se suministraron medicamentos concordantemente: lavativas y laxantes o purgantes en caso de constipación; tratar algunos accidentes locales como gingivitis, curar ulceraciones de los tegumentos, etc. En fin, en los demás casos, no habiendo ni síntoma ni accidente que tratar, se procedió a mejorar el funcionamiento hepático causa de los trastornos. Ese tratamiento consistió principalmente en atender a la higiene general y a la administración de medicamentos especiales. Fue necesario el encamamiento en cuatro casos; los baños tibios diarios, una alimentación de leche y pan para suprimir, hasta donde fuera posible, la intoxicación gastro-intestinal. Fermentos búlgaros, Lacto-bacilina, purgantes y laxantes repetidos, lavativas con un litro de agua fría hervida para provocar una derivación intestinal baja; y lo que se usó, con sistema, fue el sulfato de sodio a dosis bajas de 5 a 10 gramos al día, el extracto seco de ruibarbo a la dosis de 0.50 a 1 gramo por día y, sobre todo, la boldina a las dosis de 0.01 a 0.02 centigramos diarios.

En cuanto a otra terapéutica sintomática, se deberá recurrir a la psicoterápica que consiste principalmente en la reeducación, la orientación y la rectificación de lo real a la salida del adormecimiento tóxico de la actividad mental a la lucidez; ésto sólo fué posible hacerlo con una enferma después del tratamiento causal, y dió los mejores resultados.

Julio Rodríguez Caballero.