

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DELIRIOS DE INTERPRETACION EPISODICOS SINTOMATICOS

PADRINO DE TESIS:

Prof. Dr. Osvaldo Loudet.-

Tesis de Doctorado

**de:**

SALOMON SEMACENDI

AÑO DEL LIBERTADOR GENERAL SAN MARTIN

1950.-



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES:

RECTOR:

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Prof. Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Ricardo Enrique La Rosa

- - - -

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Juan F. Muñoz Drake

" Dr. Eugenio Mordeglija

" Dr. Roberto Crespi Gherzi

" Ing. Martín Solari

" Dr. Julio H. Lyonnet

" Dr. Hernán D. González

" Ing. César Ferri

" Ing. José M. Castiglione

" Dr. Guido Pacella

" Dr. Osvaldo A. Ekell

" Ing. Héctor Ceppi

" Ing. Arturo M. Guzmán

" Dr. Roberto H. Marfany

" Arturo Cábours Ocampo

" Dr. Emilio J. Mac Donagh

Cap. de Fragata (R) Guillermo O. Wallbrecher

- - - -



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICEDECANO:

Prof. Dr. Hernán D. González

SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

- - - -

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Hernán D. González

" Dr. Diego M. Argüello

" Dr. Inocencio F. Canestri

" Dr. Roberto Gandolfo Herrera

" Dr. Luis Irigoyen

" Dr. Rómulo R. Lambre

" Dr. Victor A. E. Bach

" Dr. José F. Morano Brandi

" Dr. Enrique A. Votta

" Dr. Herminio L. Zatti

- - - -



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.-

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Pueric.

" Corazzi Edúardo S.- Patología Médica I.

" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D' Ovidio Francisco R.- P. y Cl. de la Tuberc.

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología

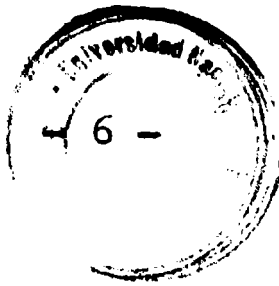
" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología



- Dr. González Hernán D.- Cl. de Enf. Infec. y P. T.
- " Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva
- " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
- " Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica
- " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martínez Diego J.J.- Patología Médica
- " Mazzei Egidio S.- Clínica Médica IIa.
- " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourrológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica Cat. Ia.
- " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
- " Sepich Marcelino J.- Clínica Neurológica
- " Uslenghi José P.- Radiología Y Fisioterapia

#### PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica
- " ~~Andrieu~~ Luciano M.- Clínica Médica
- " Bach Victor Eduardo A.- Cl. Quirúrgica Ia.
- " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria



- Dr. Baila Mario Raúl.- Clínica Médica
- " Bellingi José.- Patolog. y Cl. de la Tuberc.
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Proped.
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Cartelli Natalio .- Cl. Genitourológica
- " Castedo César.- Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatolog.
- " Ciafardo Roberto.- Clínica Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chescotta Nestor A.- Anatomía Descriptiva
- " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E.A.- Higiene y M. Social
- " Dragonetti Arturo R.- Higiene y M. Social
- " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Echave Dionisio.- Física Biológica
- " Fernandez Audicio Julio César.- Cl. Ginecológica
- " Fuertes Federico.- Cl. de Enf. Infec. y P. T.
- " Garibotto Román C.- Patología Médica
- " García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de.- Clínica Oftalmológica
-



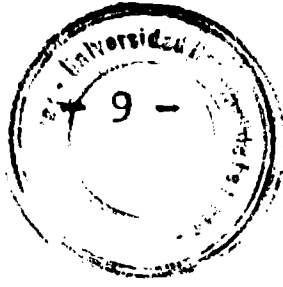
- Dr. Girotto Rodolfo.- Clínica Genitourrológica .
- " Gotusso Guillermo. O.- Cl. Neurológica
- " Guixa Héctor Lucio.- Cl. Ginecológica
- " Ingrata Ricardo N.- Clínica Obstétrica
- " Lascano Eduardo Florencio.- Anat. y F. Patológ.
- " Logascio Juan.- Patología Médica
- " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S.- Clínica Médica
- " Mainetti José María.- Cl. Quirúrgica Ia.
- " Manguel Manrico.- Clínica Médica
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Matusевич José.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías.- Patología y Cl. de la Tuberc.
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.- Embriología e H. Normal
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria



- Dr. Ruera Juan.- Patología Médica
- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel María del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O. U. F - Semiología y Cl. Proped.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Prppedéutica
- " Zabudovich Salomón.- Clínica Médica
- " Zatti Herminio L. M.- Clínica de Enf. Infec. y P.T.

- - - -





Delirios de interpretación episódicos sintomáticos:

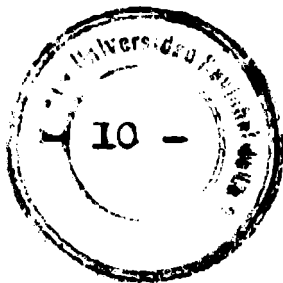
Hay una serie de enfermedades mentales donde las interpretaciones delirantes aparecen de una manera episódica.-

De este modo resulta frecuente encontrar sindromes interpretativos francamente sintomáticos en una enfermedad mental de etiología bien definida, o bien asociada a otros síndromes psiquiátricos de etiología oscura, criptogenética.-

Un estado interpretativo puede aparecer en una afección somatopsíquica bien definida: clínica, anatómica o etiológicamente.-

Las interpretaciones delirantes aparecen a título de síntomas más o menos aislados en los diversos estados psicopáticos.-

Frente a este delirio de interpretación sintomático episódico está el verdadero delirio de interpretación descrito por Sérieux y Capgras, con quien debemos hacér el diagnóstico diferencial, ya que en alguna psicosis donde aparece el delirio de interpretación sintomático, éste por su frecuencia o por su duración puede hacer difícil establecer si se está frente a un delirio de interpretación verda-



dero o sintomático.-

Por otra parte el delirio de interpretación representa la cualidad más notable, si bien no la única, de la psicosis paranoica.-

- - - - -

La constitución paranoica.-

La constitución paranoica está caracterizada por una asociación de orgullo, susceptibilidad, falsedad del juicio e inadaptabilidad y cuya existencia está reconocida por todos los psiquiatras.- Esta deformación mental va mucho más allá de los límites de la interpretación delirante y por cada pa-ranoico que se transforma en interpretador deliran-te hay multitud donde la tara no linda con la psicopatía confirmada y queda al estado de simple trastorno mental, traduciendo un estado de desequilibrio psíquico constitucional y nada más.-

En una persona con tal o cual constitución nosotros podemos llegar a adivinar qué psicosis ha de sufrir si llegara a enfermarse. Así: el ciclo-tímico, la psicosis maníaco-depresiva; los ansio-sos, los grandes estados melancólicos; los mitoma-níacos, el delirio de imaginación; los paranoicos, el delirio de interpretación.-

La tendencia paranoica constituida por los



cuatro elementos arriba señalados, están extremadamente aumentadas en el delirio de interpretación.-

Vamos ahora a estudiar cada uno de los elementos de la tetra<sup>da</sup> paranoica que magistralmente describió Genil-Perrin (1)

1) El orgullo: es la tendencia a la sobreestimación de su propia personalidad que no falta jamás en los paranoicos. También se ha usado el término de egocentrismo y los críticos del romanticismo han usado la expresión de "hipertrofia del yo". El fondo de orgullo puede estar recubierto por una máscara de falsa bondad o de fingida modestia.-

Este orgullo les conduce a veces a un exhibicionismo mental; escriben su autobiografía porque se consideran el objeto más digno de interés.- Este orgullo les conduce a la acción política o religiosa, al proselitismo.- El puede imponer sus planes, sus concepciones, sus teorías, su voluntad y en muchas situaciones su acción parece paradójal en un individuo como el paranoico, que es esencialmente un solitario.-

La timidez del paranoico procede en parte del orgullo, en parte de la reservada desconfianza.- Todos los paranoicos son vanidosos, pero no todos los vanidosos son paranoicos. Esta vanidad es perversa,

(1) Genil-Perrin "Les paranoiaques". París, 1926.



está desviada.-

2) La desconfianza:

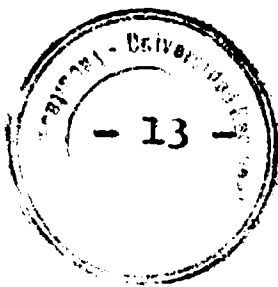
Es otra fase de la mentalidad paranoica, donde se dibuja en los casos extremos la idea de persecución.- Esta desconfianza está llevada al máximo en los perseguidos interpretadores que se creen rodeados de enemigos, en los reinvindicadores que se creen siempre perjudicados, en los envidiosos que sienten la traición inminente, en los inventores, en los reformadores, en los hipocondríacos.-

3) Falsedad del juicio:

El paranoico es un espíritu falso y esta falsedad del espíritu está íntimamente ligado al estado afectivo especial que ha sido descripto como una mezcla de vanidad y de asombro desconfiado que domina sus sentimientos y sus procesos intelectuales.- La lógica del paranoico está torcida por la pasión.- La lógica puede estar falseada por la angustia, la cólera, por el gozo, por los celos, por el mal humor, por la ambición, etc.-

La exageración del elemento vanidoso unido a una energía intelectual nula no puede dar más que resultados lastimeros y jocosos.-

Hay paranoicos que se han vuelto delincuentes



o criminales, por ~~culpa~~ de sus ideas de persecución que los impulsa a ultrajes y violencias.-

Otros llegan a la criminalidad simplemente por tontería, por entretenimiento, por error de juicio.-

La falsedad del espíritu en el paranoico pesa sobre toda su actividad.-

4) La inadaptabilidad:

La inadaptabilidad social del paranoico es la resultante social de su actitud mental, de sus tendencias profundas.-

Entre el hombre normal, mediano y mediocre y el mundo exterior se establece un equilibrio sin mayores choques. La articulación del individuo con la colectividad se hace con rozamientos relativamente moderados.-

Al contrario entre el paranoico y su medio, el equilibrio deja siempre que desear, la articulación se desune o no existe.

El paranoico, en una palabra, no se adapta o se adopta mal.-

Se juzgan mal, juzgan mal a los otros; el paranoico no puede encontrar su verdadero sitio en la sociedad. Los efectos de esta inadaptabilidad son más conocidos que sus causas. Ello se traduce, por una parte, por reacciones antisociales y, de



otra parte, por la soledad y el confinamiento en la vida interior.-

La soledad es para el paranoico un remedio útil y agradable.-

El paranoico tiene una inadaptación a la vida. El sujeto vive en el mundo y busca sin cesar un me dio más favorable, o él huye del mundo para refugiarse en la soledad; esta inadaptación parece cla ramente en todos los casos,-

La inadaptabilidad del paranoico constitucional puede conducirlo a diferentes reacciones lógicamente comprensibles: a la negativa de vivir, al suicidio, a la soledad completa o simplemente moral, a la inestabilidad del vagabundo.-

El vagabundaje es también una consecuencia posible de la inadaptabilidad del paranoico.-

- - - - -

Psicosis en las que es posible que se presente el delirio de interpretación episódico sintomático.

Existen numerosas psicosis en las que puede a parecer el delirio de interpretación episódico sin tomático, ya sea al comienzo o en el curso de la evolución de la enfermedad.-

Nosotros vamos á analizar y en el orden que a



continuación anoto, las principales psicosis donde podemos ver la aparición de este delirio interpretativo episódico:

- 1) en los degenerados hereditarios;
- 2) en la demencia precoz;
- 3) en la psicosis maníaco-depresiva;
- 4) en la psicosis alcohólica;
- 5) en la demencia senil;
- 6) en la demencia paralítica.-

Fuera de estas enfermedades mentales es dable constatar la interpretación delirante episódica en los siguientes otros procesos:

En las psicosis infecciosas, como en las psicosis por agotamiento, las psicosis tóxicas y las psicosis por autointoxicación. Así es que se pueden mostrar episodios interpretativos como reliquia de una confusión mental o bien coexistir con un acceso de confusión.- También se ha visto en urémicos y en un intoxicado con óxido de carbono (caso que cita Libert).-

Del mismo modo se han señalado las interpretaciones episódicas en el curso del delirio de reivindicación y en el delirio de imaginación. Las interpretaciones delirantes en el curso de estos dos delirios presenta un gran interés para el clínico.

Ellos muestran, en efecto, de una manera sorprendente, la génesis de la interpretación delirante bajo la influencia de un estado análogo a un estado pasional, en un individuo que presenta lagunas del sentido crítico.-

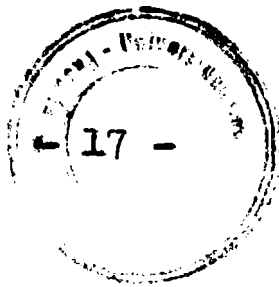
En la epilepsia y en la histeria se ven frecuentemente interpretaciones delirantes aisladas. Libert cita el caso de una epiléptica de 30 años que, después de un ataque, tiene un primer acceso delirante en base a interpretaciones.-

En la psicastenia se citan casos de interpretaciones accidentales, pero a veces estas últimas presentan un relieve más sensible (psicastenia delirante de Raymond y Janet).-

En la psicastenia delirante como en el delirio interpretativo encontramos la conservación casi completa de la conciencia y la integridad del razonamiento sobre todos los otros sujetos, pero el delirio psicasténico es muy absurdo.-

En las psicosis sistematizadas alucinatorias donde se puede tomar por tipo el delirio crónico a evolución sintomática, la interpretación delirante es un fenómeno banal, si bien en el primer período constituyen el síntoma principal.-





Los estados interpretativos en los degenerados

hereditarios:

Los delirios d'emblée y los delirios polimorfos de los degenerados (Magnan), con toda certeza, descansan casi solamente sobre interpretaciones delirantes y simulan a veces y pueden hacer equivocar con el delirio de interpretación.-

A veces vemos el comienzo, en un sujeto, de una bouffée delirante de interpretación que no explica ninguna razón etiológica precisa y que desaparece sin haber constituido el preludio de un estado psicopático.-

Sérieux y Lâbert presentan 2 casos de psicosis interpretativa agudas sintomáticas al III Congreso Internacional de Neurología y Psiquiatría de Gand en 1913.- Estos dos casos, dice Genil-Perrin (2) pudiera Magnan colocarlos entre los delirios d'emblée o los delirios polimorfos de los degenerados.-

Deroubaix se contenta en hablar de la forma aguda y curable del delirio de interpretación.-

Sérieux y Capgras los catalogan como psicosis interpretativas agudas de los degenerados.-

---

(2) Genil-Perrin, op. cit.-



Es necesario simplemente mencionar que el enfermo presenta un síndrome interpretativo agudo, transitorio, de causa desconocida y quedar en reserva en cuanto a pronóstico. Porque más adelante podemos tener sorpresas y tener una manía o una melancolía que permitirá decir que el sujeto es un periódico.- También podemos ver después de una remisión evolucionar el enfermo a una psicosis alucinatoria o hacia la demencia predoz-

El análisis de los síntomas más finos orientará hacia tal o cual pronóstico, pues por definición esos casos representan una especie de residuo obtenido por la eliminación de todos los síntomas interpretativos susceptibles de estar relacionados, de cerca o de lejos, a un origen etiológico definido o a una clase mórbida, por hallar calificativo.-

Es por todas esas circunstancias que nosotros debemos redoblar nuestra prudencia en materia de pronóstico cuando vemos que un sujeto se vuelve bruscamente un interpretador delirante, sin tener detrás de él el pasado de un paranoico notorio.-

- - - - -

Los delirios interpretativos en la demencia pre-

COZ.-

Terrien(3) dice, en su tesis, que la interpre  
tación delirante no es un síntoma patognomónico  
del delirio de interpretación, pues ella puede  
encontrarse en el comienzo o en el curso de un  
gran número de psicosis, bajo forma de síndrome a  
veces bastante durable como para modificar el cu  
adro clínico habitual de la afección en causa.-

Estos estados interpretativos son frecuentes  
en el curso de la demencia precoz en las formas he  
befrénica y catatónica, que por su duración efíme-  
ra no crean ninguna dificultad para el diagnósti-  
co, pero en la forma paranoide ellos pueden, por  
su persistencia, indicar el debilitamiento intelec  
tual y hacer creer en una psicosis a evolución no  
demencial, tal como el delirio de interpretación  
de Sérieux y Capgras.-

Genil-Perrin, al respecto, escribe: "en la  
forma hebefrénica, catatónica y paranoide se encuan  
tran frecuentemente las interpretaciones deliran-  
tes. En las dos primeras formas, ellas son general  
mente pobres, incoherentes, inconsistentes, esporá  
dicas.- En la forma paranoide, por el contrario,  
(3) Emile Terrien: "Les interprétations délirantes  
au cours de la démence précoce". Tesis. Paris, 1913.



ellas pueden organizar un sistema más o menos rico y durable y constituir, entonces, una causa de error de diagnóstico y el enfermo puede ser tomado, al primer exámen, por un sujeto afectado de delirio de interpretación idiopático, error grande y perjudicial para el pronóstico".-

Estas interpretaciones se encuentran en el curso de la demencia precoz en proporciones variables, modificando más o menos el cuadro clínico. Ellas pueden aparecer bajo la forma de episodios muy cortos. O bien ellas se asocian con los fenómenos alucinatorios para constituir un síndrome clínico que, según el grado de sistematización, responde a la forma hebefrénica o a la forma paranoide de la demencia precoz.-

En fin: las interpretaciones pueden constituir, ellas solas, un delirio más o menos sistematizado que enmascaran el fondo demencial y pueden impedir de preveer durante largo tiempo la evolución ulterior de la enfermedad.-

A propósito de esto, Genil-Perrin refiere que en colaboración con Lévy-Valensi presentaron a la Sociedad de Psiquiatría de París el 21 de mayo de 1913 a 2 enfermos que presentan esta dificultad de diagnóstico.-



Sérieux y Capgras (5) insisten sobre esa causa de error de diagnóstico y refieren la historia de un estudiante de Derecho, de 23 años, que hizo un delirio de interpretación muy rico englobando sucesos políticos durante 2 años y no presentando sino al cabo de esa tardanza, alucinaciones, trastornos cenestésicos y estereostipias que permitieron despistar la demencia precoz.-

Otros de sus enfermos a continuación del examen de una fotografía se cree hijo de Napoleón y escribe a su pretendido padre cartas bastante correctas que hicieron pensar en un delirio de interpretación.- Recién dos años más tarde la verbigación, las estereostipias, la indiferencia y las alucinaciones evitan la confusión del primer momento.-

Terrien refiere en su tesis una serie de casos análogos. Esta causa de error es poco importante cuando se hace en síndromes interpretativos accesorios en el curso de una demencia precoz confirmada, ya que es bien raro que los síntomas cardinales de la afección pasen desapercibidos (disgregación de la personalidad, indiferencia afectiva,

-----  
(5) Sérieux P. y Capgras: Délires systématisés chroniques non hallucinatoires, Paris, 1926.-



fenómenos de automatismo y de sugestibilidad).- Ade  
más las interpretaciones de esos dementes precoces  
son de los más rudimentarias, absurdas, inconsis-  
tentes, poco coherentes, como ya se ha dejado dicho.

"De una absurdidad flagrante - dice Terrién-  
(6) "ellas no revisten casi nunca la apariencia de  
"silogismos; son afirmaciones en ocasión de un hecho  
"real antes bien que deducciones. Las concepciones  
"delirantes que resultan son incoherentes, móviles,  
"polimorfias y contradictorias".- Terrién opone en  
un cuadro sugestivo las respuestas de los seudos  
interpretadores a la de los interpretadores autén-  
ticos, los que son interrogados sobre el motivo de  
su internación. Mientras que los primeros dicen  
que su estado cerebral los hace abandonados, que  
se sienten atacados física y moralmente, los otros  
hablan de anemia cerebral, de gran debilidad y que  
desean curar. Hacen los segundos un concierto de  
protestas.-

Todos los autores admiten que la demencia pre  
coz puede comenzar por una bouffée delirante a ba-  
se de interpretaciones. Este modo de comenzar es  
quizá más frecuente que lo que se piensa y bien

(6) Terrien, op. cit.



los desórdenes de los caracteres, bien los episodios neurasteniformes, no son otra cosa que interpretaciones delirantes con el color de persecución o de hipocondría. Habitualmente con los progresos de la debilitación intelectual, las ideas delirantes desaparecen rápidamente. Más raramente ellas aparecen cada vez más rudimentarias a medida que aumenta la disociación psíquica.-

Por lo general, en las formas delirantes de la demencia precoz, las interpretaciones predominan al comienzo, pero ellas pasan rápidamente al segundo plano cuando las alucinaciones aparecen.- En otros casos las alucinaciones están ausentes y se deben a ficciones imaginativas que las interpretaciones se asocian para dar nacimiento a una novela delirante más o menos rica, más o menos fantástica.-

El síndrome interpretativo está caracterizado según Sérieux y Capgras por la multiplicidad de las interpretaciones delirantes y la rareza, sino de la ausencia de alucinaciones.-

A decir verdad es todo lo contrario de lo que pasa en la demencia paranoide donde las alucinaciones juegan por lo común un rol predominante.-



Terrien en su tesis llega a estas conclusiones:

I. Las interpretaciones delirantes se observan en el curso de la demencia precoz.-

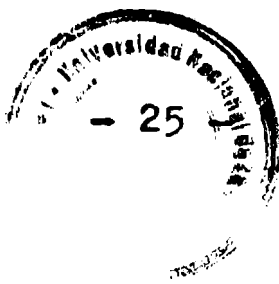
En la forma hebefrénica y catatónica ellas no constituyen generalmente más que un síntoma accesorio y completamente transitorio.-

En la demencia paranoide ellas desempeñan un rol mucho menos importante que los desórdenes sensoriales. Ellas pueden asociarse á alucinaciones y a las fabulaciones, para dar nacimiento a los delirios polimorfos sintomáticos, más o menos durables.- Excepcionalmente este síndrome interpretativo se prolonga uno o dos años, sin debilitación intelectual notable, puede dar lugar a equivocaciones y hacer inclinar el diagnóstico de delirio de interpretación tipo Sérieux y Capgras, diagnóstico que se invalida después por la evolución y por la aparición de estigmas demenciales típicos.-

II.- Las interpretaciones en la demencia precoz son, en regla general, rudimentarias, monótonas, mal organizadas.-

Estas particularidades pueden estar ausentes en la forma interpretativa de la demencia paranoide al comienzo y el clínico debe tener recursos pa





ra hacer el diagnóstico u otros signos diferenciales a los que se puede recurrir.-

III.- Al lado de esos síntomas fundamentales pueden aparecer los síntomas accesorios:-

1) falsos reconocimientos resultan ser de interpretaciones, amén del debilitamiento de las imágenes mentales;

2) de las fabulaciones favorecidas por el estado demencial en individuos de constitución paranoica;

3) de los desórdenes de la sensibilidad general con caracter penoso y sensación de modificación de la personalidad;

4) de las alucinaciones ligadas al automatismo de los centros sensoriales, contrariamente a lo que se observa en los delirios de interpretación esenciales.-

IV.- La evolución del delirio sintomático de la demencia paranoide está caracterizado:

a) por un largo período prodrómico con desórdenes neurasteniformes y conciencia más o menos neta de un estado mórbido;

b) por el polimorfismo del delirio, por la falta de sistematización y por la poca tendencia a la extensión;-



c) por la desaparición progresiva de las interpretaciones delirantes, las concepciones erróneas, y las reacciones en relación con el delirio;

d) por la terminación en una demencia más o menos completa con indiferencia emocional y afectiva, fenómenos catatónicos, estereotipías, verbigeración, manierismo, sugestibilidad, negativismo, etc.-

V.- El diagnóstico es mucho más difícil entre la demencia paranoide a forma interpretativa y el delirio de interpretación de Sérieux y Capgras, sobre todo los que se ven en el estado último de un débil.-

El delirio de Sérieux y Capgras comienza insidiosamente, las interpretaciones delirantes constituyen el primer síntoma; no hay inquietud ni ansiedad, pero hay desconfianza.-

Las interpretaciones son múltiples, variadas, bien organizadas, bien coordinadas.-

Las concepciones delirantes son fijas, lógicas, frecuentemente verosímiles.- Las reacciones delirantes son razonadas, lentas y se producen en adecuación al delirio.- No hay indiferencia emocional y afectiva.- El delirio es fijo en sus grandes líneas



y tiene tendencia a la sistematización y extensión progresiva. La enfermedad no cae en la demencia, sino con la edad, no presenta signos catatónicos, ni estereotipias, ni verbigeración.- En el delirio de interpretación sintomático de la demencia paranoide, se opera en verdad un cambio en la personalidad. Espontáneamente el enfermo señala que se siente enfermo, frase que no dice jamás el enfermo de delirio de interpretación verdadero.-

No se puede afirmar la constancia de ese síntoma en la demencia paranoide, pero su presencia -según Terrien- tiene un valor decisivo para el diagnóstico.-

- - - - -

Los delirios de interpretación en la psicosis maníaco depresiva.-.

En las psicosis periódicas y sobre todo en los estados melancólicos, las interpretaciones delirantes abundan.- Este delirio melancólico reposa sobre todo en las interpretaciones; por ejemplo: una enferma que ve llegar un carruaje fúnebre interpreta que es para llevarla a ella.-

O es el caso de los melancólicos que se creen culpables de los peores crímenes y esperan

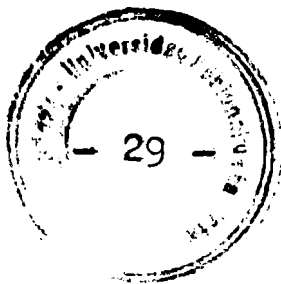


el suplicio a que van a ser condenados; en una pieza vecina hay un carpintero trabajando y el enfermo interpreta los golpes de martillo como las órdenes para ser guillotinado.- Las palabras del médico, de los enfermeros, del enfermo que está en el lecho vecino son interpretadas por el melancólico y afirman que anuncian su deshonor, la indignidad de su familia, la muerte de sus hijos.-

Según Séglas hay un intrincado de elementos melancólicos y de elementos paranoicos, que hace que pueda aplicarse a esos sujetos la etiqueta de melancólicos perseguidos. Otras veces hay elementos maníacos, con los paranoicos.-

Esta situación que ha retenido la atención de Séglas y otros clínicos durante mucho tiempo, ha constituido siempre un elemento de dificultad.

Es de este modo que un enfermo presenta a la vez síntomas de la serie melancólica: angustia, dolor moral, enlentecimiento psíquico, ideas de autoacusación, de indignidad, etc. y síntomas de la serie paranoica: desconfianza, orgullo, ideas de persecución netamente características, etc.- Surgieron muchas discusiones y unos autores dijeron melancólicos perseguidos y otros perseguidos melancólicos.-



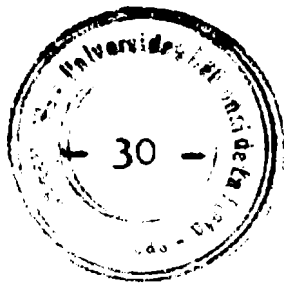
Uno de los trabajos más importantes al respecto es la tesis de Lalanne (Bordeaux, 1896/97) sobre los perseguidos melancólicos.-

Anglade, en su comunicación al Congreso de Marsella en 1899, sobre los delirios sistematizados secundarios, estudia las relaciones de la manía y el delirio de persecución.-

Magnan también se ocupó del tema.- Duboudieu consagró su tesis (1909) inspirado por Anglade, a los delirios de persecución sintomáticos de la psicosis periódica.-

En Alemania la cuestión fué introducida por Mendel en 1887 en la Sociedad de Psiquiatría de Berlín.- Kausch, en 1892, estudió la locura sistemática periódica.- Skierlo, en 1890; Meschiade en 1900 hablan de la paranoia periódica.- Rosenfeld, en 1907, relaciona a la psicosis maníaco depresiva con el delirio interpretativo sistemático transitorio.-

En presencia de un melancólico perseguido o de un perseguido melancólico o de un delirante intermitente, o de un maníaco delirante, nosotros no debemos buscar reglas fijas para fijar el pronóstico, sino que debemos desenredar con el análisis clínico los elementos sintomáticos principales



y sacar de cada uno los elementos particulares del pronóstico.-

Así establecemos, por ejemplo: excitación maníaca con interpretaciones delirantes o delirio de interpretación con hipomanía; melancolía ansiosa en asociación con ideas de persecución o bien delirio de interpretación con tendencias depresivas.-

Hay una forma especial de melancolía, la melancolía presenil que también puede dar nacimiento a un delirio interpretativo.-

- - - - -

Los delirios interpretativos en la psicosis alcohólica.-

También se encuentra en el alcoholismo una psicosis interpretativa, el delirio celoso, que presenta un cuadro clínico análogo en todos sus puntos con el delirio interpretativo.-

Este delirio de celos del alcoholista no es más que un delirio de interpretación.- Las reacciones persecutorias del mal le conducen al homicidio.

Dicen Sérieux y Capgras: (7) "el delirio de celos del alcoholista no tiene una marcha continua y progresiva como el delirio de interpretación sujeto a eclipses; él procede por accesos paroxísti-

(7) Sérieux y Capgras, op. cit.



cos ligados a los abusos de la bebida".-

Estas interpretaciones delirantes que se muestran muy frecuentes en el delirio alcohólico y bajo todas sus formas, están frecuentemente asociadas a alucinaciones. Pero en los casos muy ligeros, o cuando los fenómenos de comienzo de los accesos están en vías de desaparición, acontece que esas alucinaciones no existen o escapan a la observación. El enfermo se presenta entonces como un interpretador.-

Libert refiere la observación de 2 enfermos, uno de los cuales, que estuvo internado dos veces, decía que su esposa tenía varios queridos, el otro afirmaba que su mujer tenía modales que no eran iguales a los que tenía antes.-

El diagnóstico etiológico es también muy importante de hacer, a causa de los elementos especiales del pronóstico, que es fácil de sacar.-

Se puede asistir a la liberación bajo la influencia de la impregnación tóxica, de tendencias paranoicas habitualmente contenidas.-

Genil-Perrin (8) dice que son raros los casos donde el elemento alucinatorio esté ausente.-

Mignot admite que las alucinaciones juegan  
(8) Genil-Perrin, op. cit.-



un rol accesorio.-

Del mismo modo Rogues de Fursac (9), en el capítulo especial que consagra para el delirio de celos alcohólicos en su Manual, expresa: "Las alucinaciones están entonces relegadas al "segundo plano, sin jamás hacer completamente falta sin embargo",-

De una manera general los delirios de persecución crónicas, progresivos, injertados sobre un episodio onírico, no son raros,- Gilbert Ballet insiste sobre ese modo de comienzo de las psicosis alucinatorias crónicas.-

A ese orden de hechos se puede también volver en los delirios a eclipse de Legrain, donde el delirio desaparece al cabo de algún tiempo, para reaparecer bajo una forma idéntica, en ocasión de un acceso alcohólico ulterior.-

Es remarcable constatar que la mayoría de los autores que se han ocupado de los deliros prolongados en el alcoholismo, no refieren en general observaciones donde el elemento alucinatorio esté enteramente ausente.- O bien, cuando ellos lo refieren, no pueden sentar en forma sólida la hipótesis de que haya estado en juego el alcoholismo.-

(9) Rogues de Fursac, "Manual de Psiquiatría".-





En un caso de Daussy, (10) en que el enfermo es tuvo internado cuatro veces y en el que se reconoció la causa alcohólica, el autor no pudo poner en evidencia las alucinaciones.-

"En fin de cuentas, -dice Genil-Perrin- (11) "que ellas no niegan la existencia de delirios interpretativos injertados sobre episodios alcohólicos o determinados por un estado de alcoholismo crónico, pero esos casos nos parecen muy raros. En consecuencia, la presencia de alucinaciones y de episodios crónicos nos parece ser también el mejor elemento de diagnóstico, cuando los conmemorativos son inciertos".-

Otro elemento de diagnóstico se saca de lo absurdo y de la pobreza del delirio y, en particular, de la debilidad de los índices invocados por el enfermo en apoyo de sus ideas de celos.-

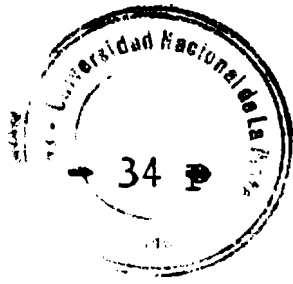
No hay además gran ventaja en individualizar una forma clínica especial de delirio de interpretación alcohólico.-

Es también como la buena actitud clínica

---

(10) Daussy: "Les délires chroniques d'origine alcoolique", Paris, Vigne, 1924.-

(11) Genil-Perrin, op. cit.-



consiste en hacer un diagnóstico de síndrome, a precisar si se trata o no de un delirio de interpretación puramente, con el deber de completar ese diagnóstico por la mención del elemento etiológico, cuando se crea en el derecho de afirmarlo.-

- - - - -

Síndromes interpretativos en la demencia senil:

Es dable constatar en la demencia senil las interpretaciones delirantes episódicas.-

Así es que las ideas delirantes paranoicas de perjuicio, son muy frecuentes en los seniles, pues a expensas de la desconfianza se engendra un delirio de interpretación o de alusión: todo el mundo los observa, se trama un complot contra ellos, son objeto de befa y menosprecio.-

Como pierden u olvidan objetos , creen que se los roban y la emprenden con sus pacientes y servidores, conjurados para despojarles de todo lo que poseen.-

En la demencia senil las interpretaciones sirven a veces para justificar las lagunas de la memoria: el enfermo no encuentra su monedero o su manojo de llaves y acusa a sus acompañantes de su extravío.-



Libert refiere el caso de un demente orgánico, gatoso, que decía que su hija le hacía orinar en el piso para poder desembarazarse de él.-

A veces las ideas delirantes, unidas a la obnubilación del sensorio, les inducen a ocupaciones sin objeto, por ejemplo limpiar constantemente el polvo que suponen tienen los muebles, hacer colecciones de objetos inútiles, cambiar de sitio constantemente cosas diversas para evitar que se las roben, etc.-

- - - - -

Síndromes interpretativos en la demencia parálitica:

Las interpretaciones delirantes que podemos encontrar en las diversas psicosis, sea de un modo completamente episódico, sea al estado de síndrome más o menos duradero y que puede por otra parte constituir una entidad clínica, no puede estar ausente en la parálisis general. Si bien estando ellas presentes son poco marcadas.-

Varios autores las han mencionado incidentalmente en el curso de observaciones. Las interpretaciones delirantes pueden ser pasajeras sin ninguna acción sobre el aspecto y la marcha de la enfermedad.- Por otra parte ellas son suficientemente numerosas y durables como para rechazar en segundo plano los



otros desórdenes psíquicos y dar a la parálisis general conductas clínicas especiales.-

Ducosté cita el caso de un paralítico que ingresó a la Maison de Santé de Ville Evrard, que a continuación de un ictus presentó un estorbo considerable en la palabra y movimientos convulsivos en los miembros, interpretando esos desórdenes como resultado de maniobras hostiles dirigidas contra él por una persona de su conocimiento.- Pocos días después sufre desórdenes intestinales, acusando a otro enfermo de haberse introducido en las vísceras de su vientre y golpea con gran violencia.-

Las interpretaciones delirantes constituyen, por su riqueza, su precisión, su tenacidad y las reacciones que ellas entrañan, una verdadera forma clínica de parálisis general, si bien es rara y Ducosté ha encontrado dos casos entre 150 paralíticos generales en la Maison de Santé de Villa Evrard.-

El primero de esos enfermos era un sifilítico proveniente de una familia de artríticos donde la parálisis general evoluciona en medio de ideas de persecución.- No presentaba alucinaciones, pero sí múltiples interpretaciones. Ese enfermo, muchos años antes de la eclosión de la meningoencefalitis, presentaba un carácter asombradizo, desconfiado y triste

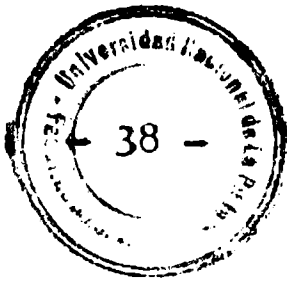


y librado a interpretaciones delirantes. Tenía, pues, una predisposición a esa forma de delirio y la parálisis general no hizo más que darle un sello demencial a esas ideas habituales.-

La otra observación es mucho más rica en detalles que la anterior y donde se muestran netamente los trazos distintivos imprimidos a la parálisis general por la predominancia de interpretaciones delirantes.-

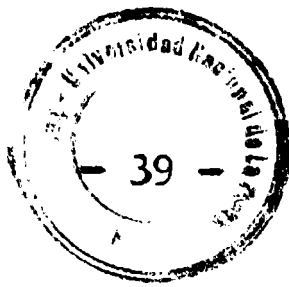
Este enfermo, desde los primeros días de tratamiento en la Maison, presenta ideas de persecución.- Luego interpreta las alucinaciones de otro enfermo como amenazas hacia él y suplica que no lo hagan sufrir. Cuando el otro enfermo se le acerca, se asusta y se esconde.- Interpreta como amenazas todos los gestos del otro enfermo y lo interpreta en el sentido de persecución dirigidos contra él.- Se lo separó de su perseguidor imaginario y desde entonces traslada sus creencias sobre otros internados.- Por el edema que presentó luego en sus piernas, decía: "me han inflado las piernas".-

Esta observación corresponde a un enfermo en el cual la parálisis general evoluciona con los pasos de un delirio de persecución mal sistematizado. Las



alucinaciones estuvieron ausentes durante toda la evolución de la parálisis general; por el contrario las interpretaciones eran numerosas y tenaces, ya que durante largo tiempo individualizó sus ideas de persecución por las interpretaciones que tomaba del delirio de otro enfermo.- Sus persecuciones resultaban, además, bastante vagas y las interpretaciones delirantes de ese enfermo llevaban el sello demencial propio de las diversas manifestaciones delirantes de la parálisis general.-

- - - - -



CASO CLINICO Nro. I.-

F.P. de C. 62 años Argentina

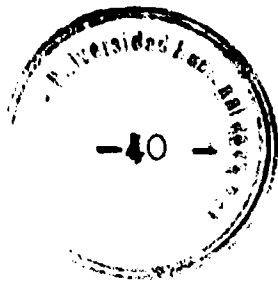
Casada a los 22 años, 8 hijos, una hija internada ca si al mismo tiempo que ella por pitiatismo. Hace 18 años estuvo internada durante tres meses en este mismo Hospital.

Ingresa el 22 de Enero de 1949.-

Enfermedad actual: No duerme desde hace un mes. Pre senta alucinaciones visuales y auditivas: Cree ver muertos a las personas que la rodean. Diversas inter- pretaciones: De noche la alimentación que le sirven cree que se la dan para hacerla morir, interpreta que una familia vecina es causa de sus males, en una oportunidad al ver llegar a un carruaje fúnebre ho- rrorizada le dijo a sus familiares que habia llegado la hora de su muerte y la venían a buscar.-

Triste, deprimida, dice no poder desahogarse. Se nie ga a comer. Antes era de espíritu alegre. Ingresa tranquila, se muestra indiferente, adaptada pasiva- mente. Prosopología triste. Atención voluntaria atraída por la espontánea, que predomina. Reconoce estár triste pero desconoce la causa de su tristeza. Afectividad viva para sus hijos.-

Diag. psicosis maniaco depresiva.



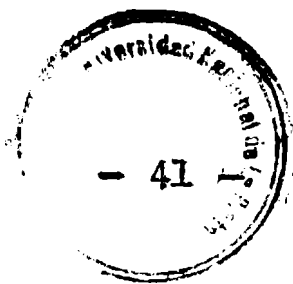
Examen después del tratamiento.

21-2-49 - Muy mejorada, habla con corrección, trabajada  
dora. Desconoce el motivo de su internación.-

Las ideas de interpretación se han borrado.-

- - -





CASO CLINICO Nro. 2.-

J.P. de T. 53 años

Sólo fué 2 años a la escuela. Se casó a los 22 años, 6 hijos, una hija fallecida de Bocio. Los demás sanos. Ingresó 12-I-48.

Enfermedad actual: comenzó hace 8 años diciendo que la perseguían, que le hacían daño, le querían robar. No duerme bien. Ha tenido frecuentes alucinaciones visuales y cenestésicas (Le pinchan, la electrizan). Durante ese tiempo no se ha hecho tratamiento. Últimamente empeoró.

Examen psíquico (A su ingreso).

Enferma desaliñada, habla espontáneamente sin conexión en su discurso plasmado en interpretaciones: "Mi esposo me ha hecho la vida imposible y los culpables son sus amigos". Refiriéndose a sus hijos dice que son unos débiles pues deberían matar a esos malvados. Algunos neologismos de fondo sexual. Conjunto de ideas delirantes que no alcanzan a formar sistemas, hacen un juicio perturbado. Desorientada, no lúcida. Prima la atención voluntaria interiorizando la espontánea marcadamente disminuída. Afectividad disminuída sin preocupación por su internación

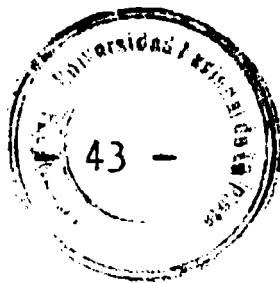
Diagnóstico Demencia precoz (Hebefrénica - paranoide).



A continuación del tratamiento se muestra al examen muy mejorada y borradas las interpretaciones delirantes.-

Le fué concedida alta a prueba.-

- - -



CASO CLINICO Nro. 3.-

R.Z. de J. 52 años Argentina.

Ingresa el 12 de Junio de 1950.

Enfermedad Actual:

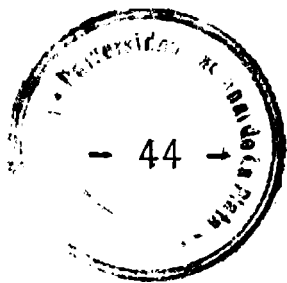
El 2 de Febrero del corriente año a consecuencia del fallecimiento del esposo, se sintió triste, desganada para los trabajos, se deja de que nadie la quiere y que le faltan las fuerzas. Comía poco y se mantuvo mucho tiempo retraída contestando sólo cuando alguien le hacía preguntas. No ha mostrado tendencia al suicidio. Antes de enfermar era muy trabajadora alegre y conversadora.

Examen psíquico ( A su ingreso)

Prosopología que denota tristeza; se mueve lentamente y habla con lenguaje monótono y de tonalidad baja. No hay verdadera bradipsiquia si bien la atención voluntaria hállase un tanto reconcentrada.

Percibe bien y la memoria es fiel, con buena orientación témporoespacial.-

En sus interpretaciones dice que sus parientes la han encerrado en el Hospital para apoderarse de sus bienes ( La enferma no posee ningún bien, trabaja de servienta) Dice la enferma: Me han traído cuando ellos no tienen que hacer nada con mi enfermedad,

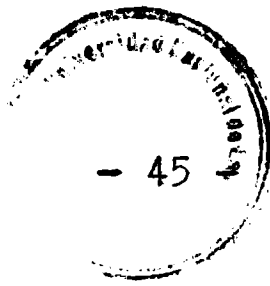


pero todos ellos van a ir a parar a la cárcel, a mi nadie me quiere etc. Dice que su salud está quebrantada y su corazón anda cada vez menos "Tómeme el pulso Doctor y compruébelo, estoy muy mal, gravísima, no se si podré pasar el día". No se observan ideas de autoculpabilidad o de ruina.

Se comenzó a hacerle tratamiento pero no se le ha podido continuar por enfermedad intercurrente que obligó su suspensión.-

Diagnóstico: psicosis maníaco depresiva

! !  
- - - -



CASO CLINICO Nro. 4.-

E.C. 37 años Argentina soltera

Ingresa el 12 de Setiembre de 1949 (Procesada).

No hay datos de los familiares.

Examen psíquico. (A su ingreso)

Enferma que se presenta al examen lúcida y coherente.

Presenta alucinaciones auditivas verbales: Oye voces de su hermano que se las hacen oír. Diversas interpretaciones de color persecutorio: le quitan la libertad haciendola volver loca, le transforman la sangre para enloquecerla .-

Interpreta que todo lo que le hacen se debe a que sus familiares son enfermos. "Las inyecciones y radioterapia me las hacen para agobiarme, para que yo no los pueda enfrentar, ellos son los culpables de mi enfermedad".

Diagnóstico Manía

Sometida a tratamiento y mejorado el estado general la enferma mejora mucho y pierde las interpretaciones. No presentó más alucinaciones.

Más tarde es dada de alta.



CASO CLINICO Nro. 5.-

L.M. de A. 62 años

Ingresó el 25 de febrero de 1948.

Enfermedad actual: Comienza hace 2 años diciendo que el gobierno la perseguía con el fin de matarla. Intentó suicidarse. Amenazó matar a la Directora de la Escuela donde ella era portera porque decía que la perseguía. Alucinaciones visuales y auditivas. Habla sola. Escapó de su casa. Nuevamente intenta suicidarse con un vidrio.

Examen psíquico.

Se presenta tranquila con expresión yactitud que traduce el desinterés por todo lo que la rodean. La atención voluntaria es deficiente. Transtorno cualitativo de la percepción bajo la forma de alucinaciones auditivas y verbales de carácter imperativo.

Debilitamiento global de la memoria con desorientación témporo-espacial. Monologues. Algunas incoherencias y desviación delirante del juicio. En sus interpretaciones manifiesta que ella está aquí porque la van a matar, los diarios hablan de ella, porque hay muchas personas interesados por ella.

Diagnóstico Demencia senil, forma delirante.

Mayo 9 del 48 Continúa con sus ideas interpretativas de tipo persecutorio.



Junio 12 del 48. Ideas interpretativas en las que incluye conocidas figuras de la política actuales. "Ellos son los culpables de mi situación pero hay una persona que ha intercedido por mí".-

Más tarde fallece por edema agudo de pulmón.-

- - - -



CASO CLINICO Nro. 6.-

T. J. de A. Argentina, 36 años

Ingresó el 18 de Mayo de 1948

Enfermedad actual. Hace 2 años más o menos, refiere el esposo, comenzó la enferma a sufrir crisis nerviosas. Estuvo un tiempo un poco mejor, pero luego esas crisis fueron más violentas, sintiéndose perseguida: "Me envenenan la sangre, no me dejan descansar durante la noche, pues las otras personas que viven alrededor mío no me lo permiten" etc. Como siguiera en ese estado, se aconsejó su internación.

Examen psíquico. 24-5-48

Ingresó tranquila, habla espontánea y coherentemente, lúcida, bien orientada. Refiere una serie de convicciones patológicas: cree que ha sido objeto de un atentado ~~de~~ envenenamiento pues casi se puso ciega, no obstante lo cual veía estampada en los vidrios la figura de un niño, se quedó casi paralítica, se le deformó la cara y se le hincharon brazos y piernas, se le puso más derecho el cuerpo y los pechos se masculinizaron.-

Cree que ha sido violada por algún curandero quien seguramente le ha puesto un polvo para adormecerla, constantemente temía que le robaran dinero





por lo que permanecía alerta al menor indicio. A raíz de la acusación de una vecina de que la hija de la enferma le robó unos juguetes al niño de la vecina, decidió no mandar su hija a la Escuela pues temía que se hiciera ladrona. Veía a su hija ojerosa y lo atribuía a una enfermedad pulmonar contraída por contagio en la Escuela. Ha visto la mancha de una plancha en un aparador y un agujero en el piso, indicio para ella de que ha entrado un ladrón en su casa.

Diagnóstico Delirio polimorfo de los degenerados hereditarios.

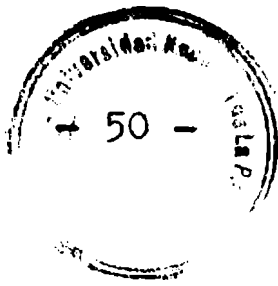
Algo mejorada es dada de alta a prueba.

Reingresó 4 de Marzo de 1950.

Manifiesta el esposo que después del alta solo estuvo bien 3 meses, continuando luego en el mismo estado anterior.

Examen psíquico Refiere la enferma que un comisario le rechazó dos fotografías de ella y le hizo sacar otras seguramente con la intención de hacerla pasar por una hermana de ella.

En un Hotel donde se hospedó le hacían objeto de toda clase de provocaciones, afirmando también que es indudable la influencia de alguna mujer en toda sus cosas pues una vez vió que un muchacho le

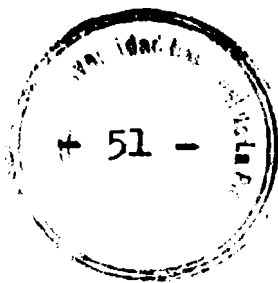


entregó a su marido una alhaja.

En ese mismo Hotel observó que una mujer se hacía pasar por mucama y que no era otra más que la dueña, vestía ropas transparentes y su conducta dejaba que desear y debía tener relaciones con su esposo ya que este era socio con el dueño del Hotel.

En una época anterior a todo se pasó varios días sin poder ver y tiene la seguridad de que le han sacado sangre, mostrando en la mano el lugar del pinchazo, además ha llegado a sentirse muy hinchada, etc. etc.-

- - - -



CASO CLINICO Nro. 7.-

C.A.S. Arg. 36 años. Soltero

Ingreso. Abril 1938.

Antecedentes hereditarios y fliares, padres fallecidos-  
7 hermanos, 3 fallecidos, otro internado en el hospicio.

Antecedentes personales: bebe en abundancia desde hace  
15 años llegando a la embriaguez; de tiempo atrás vó-  
mitos biliares y mucosas en ayunas . Blenorragia a  
los 23 años con complicaciones.

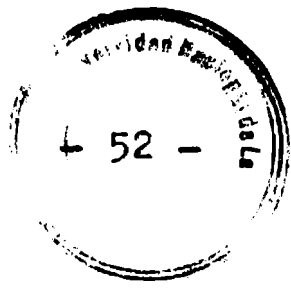
Examen psíquico: Agosto 12 de 1938, tranquilo, acti-  
tud recelosa, responde con monosílabas, se niega ha-  
blar sobre sus delitos y antecedentes. Afirma ser  
una persona normal y expresa que sólo hablará delan-  
te del juez. Conoce la pena pedida por el Fiscal y  
cree que su defensa eficaz le ha de disminuir ésta.

Diagnóstico: Delirio sistematizado crónico de ori-  
gen alcohólico.-

6 Diciembre 1938.- Continúa reticente, impermeable  
a toda sugestión. Habla de escoger un abogado, no  
reparando en gastos, señalándosele el caracter sui-  
cida de su conducta objeta que ello será si no lo  
matan antes.

Tiene soliloquios con abundante mímica.-

Abril 19 de 1944.- Mantiene sus ideas persecuto-



rias. Manifiesta: "ya hablaré en su oportunidad, cuando salga, que aquí no lo hace porque está en un manicomio".- Juicio desviado por su delirio.-

Junio 14 de 1946. Manifiesta: "estoy aquí por odios y venganza". y continúa explayándose dejando ver sus convicciones de caracter interpretativo.

Mayo 9 de 1947.- No ha modificado su cuadro mental. Manifiesta al médico que si no lo pone en libertad es porque tiene interés en perjudicarlo, como le han hecho los demás.-

"No me ha hecho ningún tratamiento y eso prueba que estoy bien; usted debe sacarme enseguida de aquí". Se muestra violento y muy exaltado, es un asilado muy peligroso. Su lucidez y coherencia la lleva a desarrollar actitudes querellantes.- "Si yo pudiera hacer que los diarios me publicaran unas cartas que yo he hecho, vería usted como me largaban enseguida o se producía un escándalo que saltaban todos ustedes, que han querido perjudicarme siempre".-



CONCLUSIONES:

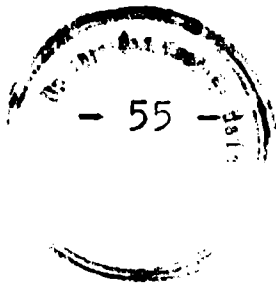
- I. El delirio de interpretación no resume todas las manifestaciones patológicas delirantes constatables en los paranoicos, porque si bien él no representa más que una modalidad clínica particular, éste es de lo más demostrativo, típico e importante.-
- II. Fuera de los delirios de interpretación que encontramos en la psicosis paranoica, nosotros los podemos constatar de un modo episódico en diversas psicosis, como en las que hemos pasado revista.-
- III. Es de la mayor importancia realizar el diagnóstico diferencial de este delirio episódico sintomático, del verdadero delirio de interpretación de Sérieux y Capgras, y, en especial modo, en los casos en que el episodio interpretativo sintomático asiente en la psicosis alcohólica, por su frecuencia y en la forma paranoide de la demencia precoz, por su persistencia (uno o más años).- En ambos casos la equivocación puede ser causa de error de diagnóstico y pronóstico para la enfermedad mental sobre la cual asentó el episodio interpretativo.-



IV. Si bien hay casos referidos por psiquiatras de renombre, en que se han constatado elementos paranoicos junto con la psicosis que dió origen al delirio de interpretación sintomático, en los casos clínicos que presento no pude encontrar ningún enfermo que junto a la psicosis que dió origen al delirio de interpretación episódico, tuviera elementos paranoicos.-

-----

*J. Ferrer*



BIBLIOGRAFIA

Genil-Perrin: "Les paranoïaques" Paris 1926.-

EMILE TERRIEN: Les interprétations délirantes au  
cours de la démence précoce.-

Thèse. Paris.- 1913.-

JACQUES LACAN: De la psychose paranoïaque dans ses  
rapports avec la personnalité.-

Thèse. Paris 1932.-

MAURICE DUCOSTE: Note sur les interprétations déli-  
rantes dans la paralysie générale.

Revue de Psychiatrie, pag. 71 -

1907.-

LUCIEN LIBERT: Valeur sémiologique du syndrome de  
interprétation en pathologie mentale.

Encéphale. Décembre de 1912.-

ROGUES DE FURSAC: Manual de Psiquiatria.-

ANTONIO VALLEJO NAGERA: Tratado de Psiquiatria.-

DAUSSY: Les délires chroniques d'origine alcoolique.

Paris, Vigne 1924.-

SERIEUX P. y CAPGRAS J.: Délires systématisés chroni-  
ques non hallucinatoires.

Paris 1926.-

-----

*J. Leuacens*

Seu 55 pags  
V. Rosa



Rafael E. Rosa  
RAFAEL E. ROSA  
PROSECRETARIO

[Signature]  
13/2