

EXPRESION CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA DEL ALCOHOLISMO MENTAL (*)

por

ROBERTO CIAFARDO
Profesor Suplente de Clínica Psiquiátrica

El hábito alcohólico inveterado produce alteraciones anatómicas que se traducen por fenómenos físicos y psíquicos particulares, cuyo conjunto constituye la expresión clínica del alcoholismo crónico.

El de alcoholismo crónico es un estado de enfermedad mental que no comporta alienación, pues el sujeto afectado conserva la autocrítica y por ello tiene conciencia de sus perturbaciones; constituye, según la expresión de Levy Valensi, una "constitución morbosa adquirida".

A favor del terreno preparado por el alcoholismo crónico, la acción de factores ocasionales diversos, tales como una ingestión de alcohol a dosis mayor que de ordinario, un traumatismo accidental o quirúrgico, una enfermedad infecciosa, una emoción, una sobrefatiga, etc., es susceptible de desencadenar episodios de alienación mental, que constituyen los accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo.

El acceso subagudo suele desaparecer, de ordinario, a través de una evolución más o menos breve, mediante tratamiento de desintoxicación; pero la persistencia del hábito alcohólico puede redundar en la reproducción de los accesos y en este caso, en su intensificación o estabilización.

La reproducción frecuente de los accesos psicopáticos o su estabilización, conduce secundariamente a estados cró-

(1) 5º Trabajo de adscripción a Clínica Psiquiátrica.

nicos de alienación mental, que pueden revestir la forma de delirio sistematizado o de demencia alcohólica.

De lo expuesto se infiere, pues, que la ingestión de alcohol conduce al estado de alienación mental a través de un terreno de predisposición ineludible, constituido por el estado de alcoholismo crónico.

En los casos en que la ingestión de alcohol desencadena el estado de alienación mental en sujetos que carecen de ese terreno, actúa como mero factor ocasional, equiparable a una emoción, un traumatismo, una infección, etc., produciendo una psicopatía a favor de una predisposición constitucional.

Damaye afirma a ese respecto: “La intoxicación alcohólica en los predispuestos cerebrales, puede desencadenar todos los síndromes conocidos en patología mental, según el cliché de la predisposición individual.”

La locura alcohólica puede revestir, según Borda, las siguientes formas:

1. - Alcoholismo subagudo con ideas de persecuciones.
2. - Alcoholismo subagudo con agitación o manía alcohólica.
3. - Alcoholismo subagudo con depresión o melancolía alcohólica.
4. - Confusión mental de origen alcohólico (con predominio de un estado confusional).
5. - Delirium tremens (predominio del temblor).
6. - Psicosis polineurítica alcohólica (de Korsakoff).
7. - Manía alcohólica prolongada.
8. - Delirio agudo alcohólico.
9. - Delirio sistematizado de origen alcohólico.
10. - Demencia alcohólica.

Según se ve, las ocho primeras constituyen diversas formas clínicas de accesos psicopáticos subagudos y las dos últimas, estados subsiguientes a una de esas formas accesuales subagudas que se estabiliza y evoluciona hacia la cronicidad.

Describiré sucintamente a continuación, la expresión

clínica del estado de alcoholismo crónico y la de sus posibles consecuencias :el acceso psicopático subagudo y las psicopatías crónicas secundarias.

1. Estado de alcoholismo crónico

El estado de enfermedad mental denominado alcoholismo crónico, comporta solamente trastornos unilaterales o circunscriptos del psiquismo, con conservación de la auto-crítica.

Dicho estado se traduce por un conjunto de fenómenos o estigmas psíquicos y físicos característicos.

En lo que atañe a los estigmas psíquicos, todos los observadores coinciden en que constituyen un cuadro de decadencia mental parcial, a menudo denominado de “degeneración alcohólica”; y en que su expresión clínica preponderante está representada por la atrofia o hipotrofia ética, que se traduce por la decadencia lenta y progresiva de los sentimientos altruístas, adquiridos por la educación y las condiciones de la vida en sociedad, con consecuente regresión a las formas inferiores o instintivas de las funciones afectivas.

Los disturbios mentales del alcoholismo crónico evolucionan de manera insidiosa y lentamente progresiva, a favor de un cierto debilitamiento precoz de la voluntad, que impide resistir la atracción de la bebida.

Las primeras manifestaciones de decadencia se caracterizan por una inestabilidad afectiva y una versatilidad moral, que hacen que el sujeto se muestre tan pronto alegre como quejumbroso o colérico.

La declinación o atrofia progresiva de los sentimientos altruístas, redundando en un modo de ser particular del carácter, del temperamento individual, cuyas manifestaciones predominantes son: el hiperegoísmo, la irritabilidad, la impulsividad, la pérdida de la noción de dignidad individual y de la aptitud para el trabajo, la negligencia en el cumplimiento de las obligaciones y deberes familiares y sociales, la brutalidad hacia los miembros de la familia,

la paulatina orientación exclusiva de la actividad hacia la satisfacción del apetito alcohólico, la caída en la indigencia, la mendicidad y el delito bajo formas variadas.

El alcoholista crónico se convierte así en un ser descuidado, cuyas expresiones verbales son groseras, cínicas y traducen la bancarrota de la moralidad, la pérdida de la noción de las conveniencias y del pudor; los más respetables secretos familiares, incluso los de índole sexual, son fríamente revelados a personas extrañas, en la mesa de la taberna; en el hogar es un mal padre y un esposo brutal y celoso, que impone privaciones y malos tratos a su mujer y sus hijos para satisfacer el vicio; en el trabajo se muestra pendenciero con sus camaradas y subordina poco a poco sus obligaciones a los placeres efímeros que le proporcionan los excesos alcohólicos. A menudo exhibe marcada tendencia a imputar sus desventuras a la animosidad, a la injusticia, a los ataques malévolos, a la deslealtad de sus semejantes; e incluso a recriminar a las personas de su familia, arguyendo que está en la ruina por tener muchos hijos, una mujer descuidada o infiel y que son las dificultades del hogar las que lo han impulsado a beber para olvidar.

La declinación progresiva de la capacidad de adaptación social conduce a los actos más indignos; así, personas primitivamente inteligentes y cultas se jactan de envilecerse frecuentando una sociedad depravada.

Especialmente si son inteligentes y dotados de cierta cultura —afirman Tanzi y Lugaro—, los alcoholistas crónicos se inclinan a una visión cínica del mundo y de la vida, que corresponden al malhumor y a la sensación de impotencia volitiva que los domina. El bebedor literato hace gala de un humorismo pesimista respecto de los demás y de sí mismo; contempla su propia desgracia, no como un efecto del hábito morboso, sino como una consecuencia natural del ordenamiento social, de la ética humana, del mal que triunfa en el universo.

Con las mencionadas atrofia ética y perturbaciones del

carácter, coexisten trastornos intelectuales de grado diverso, tales como el desmedro más o menos acentuado de las funciones básicas, sobre todo de la memoria; pero, según se ha visto, el trastorno no afecta el juicio y por eso el alcoholista crónico tiene conciencia de su declinación.

Con frecuencia el sueño de los alcoholistas crónicos es agitado y perturbado por ensueños profesionales y zoopsias. En efecto, el sujeto suele soñar que se encuentra entregado a sus ocupaciones y en tal caso, a despecho de su aplicación y sus esfuerzos, le resulta imposible finalizar la tarea que ha emprendido o realizarla correctamente. Otras veces asiste a verdaderos dramas o escenas terro-ríficas, en las cuales se ve en situación de peligro inminente, atacado por asesinos o por ratas, serpientes, arañas con el cuerpo bañado de sudor, pesadez de cabeza y permanece un instante dudando de la irrealidad de sus temores.

Los estigmas físicos del estado de alcoholismo crónico son numerosos, traducen las alteraciones anatómicas viscerales producidas por el tóxico y con frecuencia subsisten largo tiempo después de su supresión.

Tanzi y Lugaro afirman que los síntomas neurológicos del alcoholismo crónico son más constantes y más precoces que los síntomas psíquicos; en su mayor parte, traducen las polineuritis periféricas.

Los trastornos de la motilidad consisten en un debilitamiento de la fuerza muscular, particularmente acentuado en los miembros inferiores y en un temblor sobre todo evidente en la lengua y las extremidades. Se trata de un temblor vertical, regular, de oscilaciones pequeñas y rápidas; suelen existir, asimismo, perturbaciones atáxicas.

Los reflejos tendinosos se presentan algunas veces exagerados, pero con mucha mayor frecuencia disminuídos o abolidos.

Los reflejos cutáneos, en algunos casos abolidos, están casi siempre exagerados, sobre todo en las intoxicaciones por esencias.

Las alteraciones de los reflejos pupilares han sido minuciosamente examinadas por numerosos observadores. Cramer y Gudden, citados por Bumke, han efectuado a ese respecto interesantes comprobaciones; el primero encontró que las pupilas de los sujetos que habían bebido seguían reaccionando normalmente, mientras no se presentaban estados de embriaguez patológica; y el segundo comprobó en los ebrios privados del sentido, un 50% de reacciones pupilares perezosas o inexistentes y que el trastorno desaparecía tan pronto como el sujeto se despejaba.

En algunos casos se observa un ligero grado de estrabismo o de ptosis, por paresias más o menos importantes; en cambio, no parece haber sido comprobado ningún caso de oftalmoplejía interna.

A menudo se observan trastornos de la visión, resultantes de una neuritis retrobulbar y traducidos por disminución de la agudeza visual; el examen oftalmoscópico revela palidez de la papila en su segmento temporal. Babinski ha señalado el escotoma central en forma de elipse a gran eje horizontal.

Las perturbaciones sensitivas afectan sobre todo la sensibilidad profunda y se traducen por una hiperestesia de las masas musculares, que son dolorosas a la presión; el sujeto aqueja dolores migratorios en los miembros, con paroxismos lancinantes que se asemejan a veces a los dolores fulgurantes de los tabéticos; son muy frecuentes la hipersensibilidad de algunos troncos nerviosos y músculos y los calambres de las pantorrillas.

Existen, además, trastornos gastrointestinales que se traducen por inapetencia, constipación, digestiones lentas y pesadas, pituitas matinales; el hígado se presenta generalmente hipertrofiado y doloroso y es frecuente la subictericia. Los clínicos de todas las épocas han observado que la cirrosis atrófica de Lænnec, como es sabido de etiología alcohólica, es rara en el alcoholismo crónico con manifestaciones mentales.

Los riñones sufren alteraciones, ya sea por la acción

directa del alcohol sobre los elementos epiteliales o por la arterioesclerosis que el alcoholismo favorece o determina en todos los órganos y de preferencia en los riñones y el encéfalo.

Por último, las venas se dilatan fácilmente, siendo frecuentes las várices de las piernas; por otra parte, es muy característica la ectasia permanente de los capilares de la cara, sobre todo de las mejillas y la nariz, que dan a la fisonomía un aspecto particular, conocido con el nombre de *facies potatorum*; el acné rosáceo se observa también con frecuencia en los alcoholistas crónicos.

Diversos observadores, entre ellos Rogues de Foursac, destacan que la intensidad de las manifestaciones clínicas del estado de alcoholismo crónico, está sometida a una doble fluctuación diaria, al menos en la mayoría de los casos.

En efecto, se suelen presentar en el curso del día dos momentos críticos: el primero al despertar a la mañana y el segundo en la declinación de la tarde. Al despertar aparecen las pituitas, las náuseas, el estado vertiginoso y con frecuencia, una ligera ansiedad asociada a una acentuación del temblor. Estos trastornos desaparecen luego de ingerir el primer vaso de bebida y por ello se tiende a considerarlos como manifestaciones de abstinencia, resultantes de un estado de necesidad. Al final de la tarde se produce una acentuación de la irritabilidad y de la impulsividad, que podría atribuirse a la impregnación del cerebro por el alcohol ingerido durante el curso del día.

2. Accesos psicopáticos subagudos

Todos los observadores coinciden en que los accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo mental pueden revestir diversos tipos clínicos y, según se ha visto, Borda los clasificó en ocho formas distintas.

Por lo demás, la observación clínica atenta permite advertir en todos los casos, sea cual fuere la forma bajo

la cual se presentan los accesos, manifestaciones más o menos acentuadas de confusión mental.

A este respecto, Borda expresa: “Así por ejemplo, tenemos que en la locura alcohólica suelen presentarse dichos síndromes —se refiere a los síndromes maníaco y melancólico—, con bastante frecuencia, constituyendo las formas clínicas que se designan con los nombres de manía alcohólica y melancolía alcohólica. El aspecto general que bajo la inspección ofrecen los enfermos de una y otra forma clínica, es completamente distinto, diametralmente opuesto diríamos y, sin embargo, la naturaleza de la afección y el mecanismo de su producción son los mismos, así como pueden serlo su evolución y su pronóstico que tratándose de este último, es por lo general favorable, no pudiendo explicarnos esta diferencia de aspecto sino por las condiciones propias de cada sujeto creadas por la herencia, por la predisposición, etc. Pero sea cual fuere la forma clínica, la maníaca, la melancólica u otras con que pueda presentarse la locura alcohólica, todas ellas están unidas por otros síntomas comunes y constantes que constituyen la base esencial de la afección, es decir, de la psicopatía alcohólica, tales como las alucinaciones, especialmente visuales, las fobias y los signos de una intoxicación alcohólica crónica”.

El carácter constante y esencial de los accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo lo constituye, pues, la expresión clínica de la confusión mental, a la que suelen sobreagregarse otros fenómenos, tales como agitación, depresión, ideas delirantes, etc., que dependerían de las disposiciones individuales, propias de cada sujeto y en los cuales se funda la diferenciación de las diversas formas clínicas que pueden revestir los accesos.

Describiré someramente a continuación los principales caracteres clínicos de las formas siguientes:

1. Confusión mental alcohólica.
2. Delirio agudo alcohólico.
3. Alcoholismo subagudo con ideas de persecuciones.

4. Alcoholismo subagudo con agitación o “manía alcohólica”.

5. Alcoholismo subagudo con depresión o “melancolía alcohólica”.

6. Delirium tremens.

7. Psicosis polineurítica de Korsakoff.

1. **Confusión mental alcohólica.** — La confusión mental alcohólica, como todos los estados confusionales, se caracteriza por el predominio de la actividad subconciente sobre la actividad conciente y en un grado más acentuado, por la substitución de ésta por aquélla.

La enfermedad se desarrolla de ordinario progresivamente, llegando al período de estado a través de una fase inicial en la cual se manifiestan sobre todo, trastornos pasajeros, variables, movibles de la memoria, que se traducen por la desorientación en el tiempo y el lugar.

En el período de estado, el enfermo denota indiferencia por todo lo que le rodea; permanece en actitud estática y sus movimientos revisten carácter automático; en otros casos, se presenta agitado; por último, la acentuación del trastorno puede conducir al estupor.

La atención, cuando el disturbio es de discreta magnitud, exhibe una movilidad útil por momentos, que se va perdiendo poco a poco a medida que se acentúa el trastorno, llegando a concentrarse en una sola palabra, una sola percepción, una sola idea y a aparecer prácticamente abolida o suspendida, como sucede en el estado de estupor confusional.

La percepción se ejerce con torpeza y en forma inconstante, de modo que por momentos es incompleta, vaga, borrosa y por momentos clara y precisa, aunque efímera, pudiendo llegar a la casi anulación aparente o a la real suspensión de la aptitud para percibir. Con frecuencia se comprueban alucinaciones.

El estado de las funciones de fijación y memoria, concuerda con el que ha sido descrito respecto de la atención y la percepción.

En efecto, la fijación es difícil y fugaz, lo cual explica la desorientación del paciente; y la evocación es inconstante, variable, caprichosa y movediza; de pronto el enfermo evoca más o menos fugazmente con vivacidad y precisión, pero de pronto afloran recuerdos imprecisos, yacentes en el campo de la subconciencia, entremezclados con percepciones directas actuales, traduciéndose una evidente carencia de vigor para asociarlos de modo adecuado. Este trastorno mnemónico origina relatos más o menos breves, que dan lugar a un tipo particular de ideación, conocido con el nombre de fabulación: se trata de una ideación confusa, carente de las relaciones de tiempo y lugar, pues entre dos percepciones reales se intercala un recuerdo o entre dos recuerdos un hecho real. La acentuación del disturbio redundaba en la suspensión del ejercicio de la función, que se traduce por una amnesia global.

El paciente afectado de confusión mental no ha perdido su capital ideativo, sino que carece de aptitud para disponer del mismo. En efecto, el examen demuestra que las ideas existen, pues de pronto afloran más o menos fugazmente a la conciencia, como si por momentos el entendimiento lograra transponer la nube que lo envuelve, para caer de nuevo en seguida en la penumbra de la subconciencia. Por ello, el enfermo no se da cuenta de su estado, no ve los errores que comete ni las consecuencias resultantes.

La condición afectiva y la actividad del paciente muestran perturbaciones concordantes con las de los procesos intelectuales. Así, durante los períodos de actividad subconciente, el enfermo traduce en sus actitudes y sus expresiones verbales, escaso o nulo interés por el medio ambiente, frialdad emotiva y sentimientos y afectos muy apagados. Por otra parte, su asociación de ideas movediza, suele determinar por momentos la expresión afectiva propia de los recuerdos que afloran a la conciencia, por lo que en medio del automatismo del paciente, su lenguaje y sus actos adquieren cierto colorido, cierto grado de agitación.

De ahí que el paciente permanezca por momentos en actitud tranquila, en el lecho; palpa, separa sus ropas, las sábanas y cobijas de la cama, tomándolas por objetos determinados, profesionales o imaginarios; y por momentos se agita, intentando sin cesar levantarse; incapaz de vestirse, de encontrar la puerta de la habitación; se irrita frente a las cosas que le oponen resistencia, pero se muestra raramente muy violento. En fin, cuando el paciente llega al estupor, sus procesos mentales permanecen inmóviles.

El acceso psicopático subagudo de alcoholismo precedentemente descrito reviste, en síntesis, la forma de un estado de confusión mental simple.

La observación clínica demuestra que la confusión mental alcohólica evoluciona frecuentemente, como señala Benon, con oscilaciones: el enfermo se despeja por intervalos, realiza esfuerzos para orientarse y consigue incluir en su psiquismo los elementos necesarios para la comprensión.

La duración del período de estado es muy variable, oscilando entre una y muchas semanas y el acceso evoluciona, de ordinario, progresivamente hacia la curación, subsistiendo una amnesia lacunar más o menos absoluta, que abarca los hechos acontecidos durante el período de enfermedad. De igual modo que todas las formas de accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo, la confusión mental es susceptible de recaer o estabilizarse, pudiendo conducir a través de un proceso de cronicidad más o menos prolongado, a la declinación mental secundaria.

2. Delirio agudo alcohólico. — Los autores describen con diversos nombres, entre otros los de delirio agudo alcohólico, delirio alucinatorio agudo, alucinosis aguda delirante, un tipo de acceso psicopático subagudo que se traduce por un estado de confusión mental alucinatoria, delirante, no febril, acompañado de agitación ansiosa y consecutivamente de reacciones violentas, fugas, etc.

Del punto de vista clínico, el delirio agudo alcohólico

no es, pues, sino un estado de confusión mental, en el que revisten destacado relieve algunos fenómenos especiales, tales como: alucinaciones e ilusiones, ideas delirantes y una actividad condigna; estos fenómenos, que son producto de la actividad subconciente, constituyen un delirio que por su similitud con los sueños, se denomina delirio onírico.

La mayor parte de los observadores describen estos últimos fenómenos como síntomas preponderantes, y aun exclusivos, del cuadro clínico; en cambio, atribuyen valor accesorio e inconstante a otros fenómenos coexistentes que traducen el mismo estado de confusión mental que, según queda dicho, da origen al delirio, sin especificar con claridad que los síntomas confusionales son precisamente los que confieren su sello característico a la enfermedad.

Así, por ejemplo, Benon clasifica los síntomas del delirio agudo en principales y accesorios.

Entre los del primer grupo, describe las alucinaciones e ilusiones, el delirio y la agitación ansiosa; y respecto de los del segundo, afirma: “coexisten a menudo trastornos de la memoria, de la atención, del reconocimiento, de la ideación, que complican el cuadro clínico”.

Estos últimos trastornos son propios del estado de confusión mental, lo que se infiere, por lo demás, de la propia descripción del autor, que he aquí, a continuación, reproducida.: “Durante el período de estado del delirio alcohólico, durante la fase aguda, alucinatoria, delirante, ansiosa, el examen mental del enfermo es a menudo muy difícil. Se le interroga y no responde, no dice nada. Con la mirada fija, los ojos abiertos, la facies inmovilizada, tiene su espíritu concentrado por entero en las sensaciones que experimenta. Se le abandonará a sí mismo y se le tendrá en observación: una palabra que pronuncie, un gesto que ejecute, son excelentes signos. Entretanto, es posible de ordinario, elevando la voz, sacudiendo al paciente, obtener por intervalos algunos datos precisos sobre su identidad: apellido, nombre, edad, profesión, estado civil; puede tam-

bién explicar su delirio. Pero también se notan entonces errores de tiempo, de lugar, etc. Después, bruscamente, se le ve cesar de responder, temblar, buscar algo de su alrededor, presa nuevamente de las alucinaciones.”

Según se ve, los trastornos descritos constituyen fenómenos típicos de confusión mental.

En el delirio agudo alcohólico existen, además de esos trastornos constantes, los fenómenos que constituyen los caracteres diferenciales de esa forma de acceso psicopático y que consisten en: alucinaciones e ilusiones, ideas delirantes y actividad condigna, cuyo conjunto forma el “delirio onírico”.

Las alucinaciones e ilusiones que predominan, son las de la vista y las del oído. El paciente ve con frecuencia sujetos armados que lo amenazan, se abalanzan sobre él para atacarlo y de los cuales huye despavorido (fugas alucinatorias); a menudo ve también animales, feroces o domésticos, cuyas actitudes revelan tendencias agresivas; oye amenazas, injurias, acusaciones, órdenes, etc. Puede presentarse, asimismo, alucinaciones liliputienses, consistentes en la visión de personajes y animales de tamaño diminuto, que se desplazan constantemente frente al enfermo, desaparecen y reaparecen, saludan, danzan o lo atacan; y en otros casos, por el contrario, el paciente ve personajes y animales que se agrandan, adquiriendo dimensiones desmesuradamente exageradas.

Las alucinaciones del delirio agudo alcohólico aparecen, generalmente, al finalizar la tarde o durante la primera parte de la noche. Son esencialmente movibles; las personas, los animales y los objetos de que el paciente se cree rodeado, se deforman, se desplazan, desaparecen y reaparecen continuamente. Suelen ser de índole profesional, de modo que el paciente cree encontrarse en el lugar en que trabaja, hablando, gesticulando y actuando como lo hace en el ejercicio de sus tareas. Son casi siempre de carácter penoso, pues suscitan emociones dolorosas, sobre todo de temor y ansiedad, que determinan reacciones ade-

cuadas a su índole: violencias, fugas, tentativas de suicidio, etc. Muy raramente se observan casos en que las ilusiones y alucinaciones suscitan en el enfermo emociones de alegría, pasajeras o durables, bajo la influencia de las cuales, el sujeto ríe y tiembla a la vez.

Se observan también, con frecuencia, alucinaciones de la sensibilidad general y de la genital: los pacientes manifiestan que sobre la piel se desplazan insectos, o que se sienten sacudidos por descargas eléctricas, o que son mordidos por animales, etc.

Por último, se comprueban con mayor rareza alucinaciones del gusto y el olfato, y en estos casos el paciente se queja de percibir sabores y olores desagradables.

Las mencionadas alucinaciones, múltiples y variadas, dan origen a ideas delirantes, sobre todo de contenido persecutorio; se trata de ideas vagas y confusas; el enfermo es casi siempre incapaz de identificar a sus perseguidores; sólo excepcionalmente se comprueba un esbozo de sistematización. Pueden, asimismo, existir ideas de autoacucación, de culpabilidad, de indignidad, de ruina, ligadas a las alucinaciones verbales acusadoras y que, según Benon, sólo se presentarían en el 1.68% de los casos. Por último, en algunos casos se observan ideas de grandeza, eróticas, místicas, que son siempre de carácter transitorio y accesorias.

Bajo la influencia de los trastornos perceptivos y las ideas delirantes consecutivas, se manifiesta un tipo particular de actividad. El enfermo se presenta constantemente inquieto, angustiado, ansioso; por intervalos traduce terrores intensos, prolongados e incluso, a veces, subintrantes; tiende siempre a fugar, a solicitar protección o a suicidarse (defenestración, sumersión, suspensión, heridas, etc.). A veces, cuando se le contraría en sus movimientos y se le opone resistencia, se irrita, se encoleriza, pudiendo llegar al estado denominado "furor alucinatorio delirante alcohólico".

Según se ve, los trastornos descriptos traducen la ac-

tividad subconciente del sujeto y constituyen un delirio onírico.

En lo que atañe al valor semiológico de este fenómeno, Laségue sostenía que el delirio alcohólico no es un delirio sino un sueño en estado de vigilia, y según Régis, que lo relacionó clínicamente con los demás “delirios” tóxicos, constituye el prototipo del delirio onírico.

La observación clínica demuestra que el delirio onírico alcohólico constituye, generalmente, una prolongación en el estado de vigilia de los sueños penosos: el paciente habla, expresa sus sensaciones, sus ideas y sus emociones y actúa en consecuencia; es un sueño en acción, un sueño expresado, más o menos vivido, más o menos realizado, producto de la actividad subconciente.

El estado de vigilia en el onirismo se reconoce por los lamparones de conciencia que alternan con los períodos de actividad subconciente delirante.

Este carácter clínico, por lo demás propio de todas las formas de confusión mental, es expresamente señalado por Benon respecto del delirio agudo alcohólico.

En efecto, el citado autor afirma: “Un punto importante de la evolución del delirio alcohólico es la comprobación, durante el período de estado, sobre todo si éste se prolonga hasta diez o quince días, de oscilaciones muy manifiestas en el cuadro morboso: el paciente se muestra muy alucinado por la tarde y la noche, mientras que durante el día se halla en cama y responde perfectamente. Estos hechos clínicos se observan también en el curso de un examen relativamente breve.”

Régis sostiene que estos enfermos, al igual que todos los delirantes tóxicos, “están durante su acceso en un segundo estado, en el cual pueden realizar actos de automatismo sonambúlico, principalmente fugas inconscientes y amnésicas”.

En la mayoría de los casos, el delirio agudo alcohólico es un acceso psicopático de duración breve, de convalecencia benigna y de curación rápida y completa, que se

traduce por la rectificación de las convicciones delirantes, precedida por una fase de duda.

El acceso puede también terminar por la muerte, sea porque evoluciona hacia el delirium tremens, sea porque sobrevienen complicaciones orgánicas, sobre todo hepáticas y renales, sea por una enfermedad infecciosa intercurrente.

La reproducción de los accesos no es rara si el sujeto persiste en el hábito tóxico; con mucha frecuencia, el acceso irrumpe periódicamente, a intervalos más o menos prolongados, que pueden llegar a muchos meses y aun años, reproduciendo casi exactamente los caracteres clínicos del primero. Legrain ha dado el nombre de delirio a eclipses a esta variedad de accesos recurrentes.

Un tipo evolutivo frecuente del delirio agudo alcohólico, consiste en la conservación de una idea fija postonírica. En estos casos, el enfermo conserva en estado de vigilia una idea tomada de su actividad subconciente onírica; reparado el episodio psicopático, subsiste la idea fija, de carácter obsedante, y a veces constituye un delirio circunscripto y aun un delirio sistematizado crónico en los sujetos predispuestos.

Por último, el acceso de delirio agudo alcohólico puede estabilizarse y conducir, a través de un proceso de cronicidad más o menos prolongado, a una forma crónica de psicopatía alcohólica: delirio sistematizado o demencia alcohólica.

3. Acceso subagudo con ideas de persecuciones. — Esta forma de acceso psicopático alcohólico, corresponde a la alucinosis alcohólica de Bonhoeffer, o delirio alucinatorio de los bebedores de Wernicke, o paranoia alcohólica aguda de Kraepelin, o delirios alcohólicos de Bleuler.

Del punto de vista clínico, se trata de un tipo de acceso subagudo en el cual los fenómenos de confusión mental, que según se ha visto nunca faltan en estas psicopatías alcohólicas, revisten escasa intensidad y predominan, en cambio, alucinaciones del oído e ideas delirantes de persecuciones, que a veces constituyen un delirio circunscripto,

Según Bumke, en los enfermos de esta categoría “se instala rápidamente un coherente delirio de persecución, que toma por base preferente las alucinaciones auditivas, conservándose casi por completo la lucidez de la conciencia’.

El acceso se inicia casi siempre bruscamente, a continuación de excesos alcohólicos immoderados y es precedido en algunos casos por un breve período prodrómico de cefalalgias, insomnio, malhumor, inquietud y ansiedad vaga. Aparecen, entonces, alucinaciones del oído, al principio elementales y a predominio nocturno, que se tornan rápidamente continuas y diferenciadas verbales; se trata primero de voces indistintas y ruidos, a los que el paciente atribuye un significado misterioso; después se hacen más claras y adquieren la forma de amenazas, acusaciones, censuras, insinuaciones malévolas; el sujeto oye que le hablan por teléfono, que hablan de él, que se le planea un atentado, que se dirigen hacia su habitación para matarlo. En este tipo de acceso son muy raras las alucinaciones de los otros sentidos y sobre todo las de la vista, que cuando existen se limitan generalmente a fotopsias.

Las mencionadas alucinaciones constituyen, pues, el punto de partida de ideas delirantes de contenido persecutorio; según el paciente, las amenazas proceden de un enemigo que ha sido incitado en su contra por un vecino malévolos, su esposa desea deshacerse de él, la policía lo persigue injustamente, etc.

Con estas ideas delirantes, que por lo general no se organizan sino en delirios muy circunscriptos, coexisten emociones igualmente patológicas. Tanzi y Lugaro señalan al respecto que “el enfermo, aunque esté casi del todo lúcido y bien orientado, es subyugado por el delirio y las alucinaciones; permanece aterrado, insómnico, inquieto, ansioso y es fácilmente impulsado a la ejecución de actos de violencia, a fugas imprevistas o al suicidio”.

Debido a que en este tipo de acceso psicopático las manifestaciones clínicas de confusión mental son generalmente muy atenuadas, aunque reconocidas siempre me-

diante una observación atenta, la enfermedad suele pasar desapercibida durante cierto tiempo y el paciente puede incluso convivir varias semanas con sus compañeros de trabajo, sin que sus actos susciten sospecha.

En lo que atañe a la evolución del episodio morboso, si el paciente queda abandonado a sí mismo y persiste en el hábito tóxico, el trastorno se agrava y se prolonga aún durante varios meses en los casos más graves. En cambio, en condiciones favorables, raramente dura la enfermedad más de una o dos semanas. Reparado el episodio psicopático, el paciente recuerda casi siempre gran número de los hechos acontecidos durante el mismo, lo cual se explica en razón, precisamente, de la moderada intensidad que en estos casos reviste el estado de confusión mental.

Con relativa frecuencia, el acceso se reproduce en forma rudimentaria consecutivamente a una ingestión immoderada de alcohol, siguiendo una evolución abortiva.

Por último, en otros casos, que representan la cuarta parte de los observados por Kraepelin, el acceso se estabiliza y evoluciona hacia la cronicidad. La observación clínica evidencia, entonces, que el trastorno afectivo se desvanece, persisten las alucinaciones y las ideas delirantes y existe incluso una tendencia marcada a las interpretaciones aviesas de hechos reales, en tanto que el humor del sujeto permanece casi indiferente. La aparición en esas circunstancias de ciertos fenómenos, tales como: respuestas sarcásticas, evasivas, incoherentes, que se acompañan de manerismos, estereotipias, neologismos, ideas paradójicas de grandeza, confiere a la enfermedad, según Tanzi y Lugaro, un aspecto que recuerda en muchos puntos al de los dementes precoces. A este respecto, los observadores mencionados ponen en duda el valor de los caracteres diferenciales psíquicos que según Kraepelin atestiguarían el origen alcohólico de esos casos y concluyen que, “juzgados por sus síntomas, haciendo abstracción de la anamnesis, estos enfermos no podrían ser distinguidos de los demen-

tes paranoides que se clasifican bajo el rótulo de demencia precoz”.

En lo que respecta al punto de vista patogénico, la mayor parte de los autores coinciden en que el carácter clínico particular que revisten los accesos psicopáticos subagudos de este tipo, podría imputarse a la intervención de una “disposición endógena paranoide” más o menos acentuada, a favor de la cual la acción tóxica exógena suscitaría el desarrollo de las ideas delirantes. Esta es la opinión defendida por Bonhoeffer exclusivamente para los casos que evolucionan hacia la cronicidad y según Tanzi y Lugaro, entre otros, aplicable a todos los accesos psicopáticos de esta forma clínica.

4. Alcoholismo subagudo con agitación o “manía alcohólica. — Entre las formas clínicas del “delirio agudo”, Benon describe con el nombre de “forma furiosa”, el acceso en el cual se destaca “el furor, es decir la agitación intensa con cólera, con enervamiento más o menos espontáneo o provocado, con injurias, amenazas, destrucción de objetos y muebles, violencias contra las personas”.

El mismo observador señala que este tipo de acceso psicopático subagudo es a menudo designado por los autores con el nombre de forma maníaca.

Según se ve, los conceptos que anteceden comportan implícitamente la noción de que la denominada “manía alcohólica” constituye, del punto de vista clínico, un episodio de confusión mental y delirio onírico, con manifestaciones de agitación intensa.

De lo expuesto se infiere que la denominación de “manía alcohólica” es inapropiada, pues en el episodio de alcoholismo subagudo de esta forma, falta uno de los caracteres clínicos fundamentales de los accesos de manía, la lucidez mental; por esta razón se ajusta con más exactitud a la realidad clínica el nombre de “acceso subagudo con agitación”.

Así precisado el concepto, este tipo de episodio psicopático alcohólico resulta claramente diferenciable de los

accesos maníacos desencadenados por la intoxicación alcohólica a favor de un factor endógeno, de predisposición latente o aparente.

En la expresión clínica del acceso subagudo de alcoholismo con agitación, a los fenómenos de confusión mental y onirismo, se agregan los de agitación acentuada; bajo la influencia de las alucinaciones, el sujeto exhibe un estado de excitación intensa, que puede revestir el grado más elevado de la cólera y suscita una actividad exagerada y desordenada, sobre todo si se contrarían sus actos. En algunos casos se advierten, además, oscilaciones del tono emocional, pues bajo la influencia de alucinaciones agradables que coexisten, por intervalos, con las terroríficas, se exteriorizan emociones de alegría y una actividad condigna. Benon destaca que éstos “no son sino breves episodios de alegría, en relación con las ideas delirantes, y el dolor, la ansiedad, el temor, sustituyen bien pronto a las emociones a base de placer”.

En lugar de evolucionar hacia la reparación, como sucede de ordinario en plazo más o menos breve, el acceso puede estabilizarse, redundando en una forma clínica que algunos autores denominan “manía alcohólica prolongada”.

5. Alcoholismo subagudo con depresión o “melancolía alcohólica”. — Todo lo expuesto a propósito del verdadero significado clínico de la forma psicopática arriba descrita, es aplicable a la impropiamente denominada por algunos observadores “melancolía alcohólica” y que no es sino un episodio de confusión mental delirante con manifestaciones de depresión.

Por lo demás, este tipo de acceso psicopático, ha sido también incluido por Benon entre las formas clínicas del delirio agudo alcohólico, bajo el nombre de “forma melancólica”.

Según el citado autor, “la forma melancólica podría ser también llamada forma delirante auto-acusadora: ella reposa sobre el hecho de que el enfermo se autodenuncia

ante las personas que le rodean o ante las autoridades, como autor de crímenes imaginarios”.

En la expresión clínica del acceso de alcoholismo subagudo con depresión, coexisten con los fenómenos de confusión mental, más o menos acentuados pero constantes, ideas delirantes de autoacusación, de culpabilidad, de ruina, de humildad, de indignidad, cuyo punto de partida lo constituyen alucinaciones del oído.

En cambio, no intervienen alucinaciones de la vista en la patogenia de las ideas delirantes, por lo cual el relato del paciente carece de precisión, alegando haber olvidado ciertos detalles del crimen imaginario cuya ejecución confiesa.

Las actitudes y las expresiones verbales del sujeto traducen, en apariencia, tristeza y depresión del humor; incertidumbre por el futuro, por su reputación personal, por el buen nombre de su familia; abatimiento, crisis de desesperación y de llanto, tendencia al suicidio; algunos enfermos formulan protestas de inocencia, se defienden y procuran demostrar que no son culpables.

Pero la observación clínica atenta evidencia que los mencionados trastornos no comportan verdadera reconcentración emotiva, dolor interior; revelan desaliento e inquietud más bien que tristeza y depresión patológicas.

No sólo la coexistencia de fenómenos de confusión mental de variable intensidad pero constantes, sino también el carácter particular del trastorno emotivo y humoral, permiten fundar el diagnóstico diferencial con los accesos de melancolía desencadenados por la intoxicación alcohólica en sujetos predispuestos. Desde luego, el examen clínico descubre, además, en el paciente afectado de alcoholismo subagudo con depresión, los fenómenos físicos y psíquicos propios del terreno ineludible para el desarrollo del acceso psicopático, constituido por el estado de alcoholismo crónico.

Esta forma de alcoholismo subagudo evoluciona de ordinario hacia la curación, pero con frecuencia el curso

es lento y la duración prolongada; Benon describe, por ejemplo, la historia clínica de un enfermo en quien el acceso se prolongó durante más de un año y medio.

6. Delirium tremens. — La denominación de delirium tremens fué propuesta por Sutton, quien en 1813 describió por primera vez el cuadro clínico de la enfermedad, aunque sin atribuirle el origen alcohólico, que fué reconocido después por Rayer, en 1818.

El delirium tremens es el acceso psicopático de alcoholismo subagudo en que revisten mayor intensidad las manifestaciones clínicas de confusión mental.

He ahí la razón por la cual Tanzi y Lugaro afirman que, “así como se puede decir que la alucinosis es la forma paranoide del alcoholismo, se puede considerar el delirium tremens como la forma confusional, amencial”.

En el mismo sentido, Meynert lo define como una amencia sobrevenida en el curso del alcoholismo crónico y Delassiauve como la forma alcohólica de la confusión mental.

Por su parte, Benon afirma que en el delirium tremens “el delirio tóxico es el mismo que en la forma común” (se refiere al delirio agudo alcohólico); y agrega: “Sin duda, ofrece a veces una agudeza que no alcanza sino excepcionalmente el delirio alcohólico simple; pero, a menudo también, se acompaña de un delirio de intensidad mediana.”

El acceso de delirium tremens irrumpe bruscamente, a continuación de un período prodrómico que dura varios días o varias semanas, durante el cual el enfermo se muestra inquieto, de humor variable, con tendencia a la depresión, insómnico y con manifestaciones de hiperestesia sensorial.

Desde el comienzo de la evolución del episodio psicopático, adquieren gran intensidad las manifestaciones de confusión mental con onirismo muy acentuado. Por otra parte, aparecen precozmente los desórdenes musculares generalizados e intensos que han dado origen a la denominación de la enfermedad. Se trata de temblores y sacudidas

musculares, prolongados, intensos y más acentuados en las manos, los brazos y la cara.

A las mencionadas manifestaciones clínicas se agregan: elevación de la temperatura, sudores profusos, frecuencia y pequeñez anormales del pulso, albuminuria.

En fin, el cuadro clínico se complica a menudo de debilidad de los miembros inferiores, que aparece tardíamente.

Los observadores de todas las épocas han destacado el valor pronóstico de la fiebre, al que se refería Magnan en los siguientes términos: “Toda vez que en un enfermo atacado de alcoholismo agudo, sin complicación pectoral, abdominal, sin afección intercurrente, en una palabra, capaz por sí mismo de provocar y mantener la fiebre, la temperatura rectal, después de haber oscilado durante dos o tres días alrededor de 39°, se eleva a 40°, a 41°, el pronóstico será grave.”

La evolución del delirium tremens es variable. En algunos casos, a los que se da el nombre de formas abortivas, el acceso se esboza apenas y desaparece rápidamente; en otros, denominados por Döllken “delirium sine delirio”, los fenómenos psíquicos son atenuados y discontinuos, mientras que prevalecen por largo tiempo los fenómenos somáticos.

De ordinario, el acceso psicopático dura pocos días, entre dos y cinco, y cesa bruscamente sobreviniendo un estado llamado de “sueño crítico”, que puede prolongarse de 30 a 40 horas; otras veces la regresión del episodio se produce por lisis. En estos casos, una vez reparado el trastorno, subsiste durante varios días un estado de postración general y las funciones sensoriales, sobre todo la visual, se muestran sumamente excitables; a este respecto, según Liepmann, se pueden provocar alucinaciones mediante la simple compresión de los globos oculares, y según Rieger, presentando al enfermo una hoja de papel en blanco invitándole a describir lo que ve.

En algunos casos el cuadro de delirium tremens se

estabiliza y constituye entonces el primer tramo evolutivo de una psicosis de Korsakoff.

Por último, el delirium tremens febril termina con frecuencia por la muerte, en medio de fenómenos de sopor, o de hipertermia grave, o de colapso, o bajo la acción de un verdadero estado de mal epiléptico, o por poliencefalitis superior hemorrágica o por una enfermedad infecciosa concomitante, muy frecuentemente una neumonía.

El acceso de delirium tremens recidiva fácilmente si el sujeto persiste en el hábito tóxico; así, según Tanzi y Lugaro, en la vida de ciertos alcoholistas se han contado hasta 20 episodios de este tipo.

Psicosis polineurítica de Korsakoff. — En 1887 describió Korsakoff, con el nombre de psicosis polineurítica, una forma de alcoholismo subagudo caracterizada por la coexistencia de perturbaciones motoras consecutivas a neuritis periféricas y trastornos mentales de carácter especial.

Posteriormente, la comprobación de casos de la misma enfermedad, sin síntomas de neuritis periférica, indujo a Korsakoff a proponer la denominación, excesivamente genérica, de cerebropatía toxémica.

Benon destaca, por su parte, que la “psicosis de Korsakoff” puede manifestarse sin fenómenos de neuritis y que los trastornos mentales de la afección revisten caracteres específicos, que permiten fundar el diagnóstico.

En la mayoría de los casos, los disturbios se desarrollan lenta y progresivamente, traduciéndose durante un período de tiempo generalmente prolongado, que puede llegar a 5 o 6 meses y más aún, por desmedro de la memoria y modificaciones del humor.

El trastorno mnemónico consiste en fallas más o menos acentuadas de la función de fijación y las modificaciones del humor, generalmente, en una manifiesta tendencia a la irritabilidad; a veces predomina, en cambio, cierto grado de indiferencia, de apatía, o bien de euforia. El trastorno redundará siempre en menoscabo de la actividad del sujeto, que se torna de más en más negligente.

Los sueños profesionales penosos y los zoopsias, propios del estado de alcoholismo crónico en que se desarrolla la psicopatía, suelen ser seguidos en este período de la enfermedad, de alucinaciones, de ilusiones o aún de interpretaciones, que constituyen el punto de partida de ideas delirantes de contenido persecutorio o celoso, de ordinario transitorias, carentes de arraigo.

El comienzo brusco de los trastornos, con manifestaciones de excitación y fabulación precoces, es de rara observación.

En el período de estado de la enfermedad —dice Benon—, tres síntomas del punto de vista intelectual, nos parecen sobre todo dominar y caracterizar el cuadro clínico : la amnesia, la fabulación y los falsos reconocimientos. Además de estos síntomas fundamentales —agrega—, los otros fenómenos, tales como trastornos alucinatorios, delirantes, confusionales, etc., aparecen como fenómenos accesorios.

Cualquiera sea el valor clínico que se quiera atribuir a cada uno de los grupos de síntomas precedentemente enunciados, lo cierto es que la observación atenta demuestra que en la psicosis de Korsakoff existen siempre fenómenos de confusión mental, más o menos pronunciados, con alternativas de acentuación y atenuación y que comportan el carácter genérico de todas las formas de alcoholismo subagudo; diversos trastornos particulares, subsidiarios del estado de confusión mental, revisten importancia predominante en el cuadro clínico, lo que explica que algunos observadores les atribuyan el valor de síntomas fundamentales y específicos de la enfermedad.

En realidad, la psicosis de Korsakoff no constituye sino un estado de confusión mental que evoluciona hacia la cronicidad y en cuya expresión clínica se destacan con carácter predominante tres síntomas: la amnesia de tipo particular, la fabulación y los falsos reconocimientos.

Según Gilbert Ballet, la enfermedad puede presentar tres formas clínicas: delirante, confusional y amnésica;

pero esas formas pueden, a su juicio, asociarse o sucederse y “entre ellas hay intermediarios que las aproximan”.

Por su parte, Régis afirma que entre esas tres formas hay más que lazos de asociación, de sucesión o de transición, y agrega: “No hay, en efecto, para nosotros, tres síndromes diferentes, sino tres variedades de un solo y mismo síndrome clínico: la confusión mental con predominio, según los casos, del elemento delirio, del elemento obtusión o del elemento amnesia.”

Este último autor expresa su concepto sobre el valor nosológico de la afección, en los siguientes términos: “En cuanto a los caracteres sintomáticos, son los de la confusión mental y sus variedades clínicas, es decir, los de la psicosis habitual de las infecciones e intoxicaciones.”

Lo expuesto precedentemente milita, pues, en contra de la concepción de una psicosis polineurítica, enfermedad autónoma; los trastornos psíquicos son manifestaciones de confusión mental, dependientes no de la polineuritis, sino de la intoxicación o infección original.

Para Tanzi y Lugaro, del punto de vista clínico, la psicosis de Karsakoff ocuparía un lugar intermedio entre el delirium tremens y los estados demenciales.

En síntesis, los trastornos psíquicos de esta psicopatía, que pueden eventualmente ser consecutivos a la acción tóxica del alcohol, no difieren esencialmente de los que puede producir cualquier enfermedad tóxica o infecciosa; y según se ha visto al comienzo del capítulo, el mismo Korsakoff, ante la evidencia de los hechos clínicos, propuso en sus últimos trabajos la denominación de cerebropatía toxémica.

Sea de todo ello lo que fuere, lo cierto es que todos los observadores destacan la importancia que revisten, en el cuadro clínico de la psicosis polineurítica alcohólica, tres fenómenos: la amnesia, la fabulación y los falsos reconocimientos.

En lo que atañe a la amnesia, si se toma como punto de reparo la fecha de comienzo de la enfermedad, se ad-

vierte que el trastorno abarca hechos anteriores y posteriores a la misma, lo que equivale a decir que se trata de una amnesia retro-anterógrada, predominando netamente los trastornos de la función de fijación, es decir, la amnesia anterógrada.

La falta de fijación es completa o casi total, abarca todos los hechos actuales y recientes, de modo que ningún acontecimiento nuevo queda registrado en el psiquismo del enfermo; este disturbio explica la total desorientación en el tiempo y el lugar.

En cuanto a la amnesia retrógrada, de evocación, es completa, durable, pero poco o nada progresiva, pudiéndose delimitar con el tiempo, en relación a la vida del sujeto, que pierde, pues, los recuerdos correspondientes a esa etapa de su existencia y conserva en cambio, los restantes, anteriores a ese período de su vida.

El mencionado disturbio mnemónico, sobre todo el de la función de fijación, conduce al paciente a la fabulación o relato de hechos imaginarios, que refiere convencido de su realidad.

La fabulación se refiere siempre a los hechos naturales o poco alejados y con frecuencia cesa de manifestarse en el curso del examen, cuando se invita al enfermo a hablar de hechos antiguos vinculados a su propia existencia, a su familia o al medio en que ha vivido.

Los relatos imaginarios son de una extrema variabilidad; casi nunca son reproducidos exactamente, incluso de un tramo a otro del mismo examen.

La duración del trastorno abarca todo el período de estado de la enfermedad y su evolución es regresiva, nunca progresiva.

El otro síntoma característico lo constituirían los falsos reconocimientos o paragnosias; bajo la influencia de este trastorno, el sujeto cree reconocer, en individuos que no ha visto jamás, a personas de su relación íntima o mediata. La observación clínica parece demostrar que las ilusiones de lo "ya visto" o ilusiones de falso reconoci-

miento, no se refieren generalmente, a las personas que rodean inmediatamente al enfermo, como parientes o amigos íntimos, sino más bien a personas que ve de tarde en tarde. Así por ejemplo, una enferma estudiada por Benon, reconocía correctamente a las personas que la visitaban, su marido, un amigo íntimo, etc., y en cambio incurría en numerosos falsos reconocimientos con el personal de médicos y enfermeros, con los otros enfermos, etc.

Con los tres síntomas mencionados, que constituyen según Benon los caracteres diferenciales o específicos de la “psicosis de Korsakoff”, coexisten siempre otros fenómenos de confusión mental, los cuales comportan, como se ha dicho ya varias veces en este trabajo, el carácter genérico del episodio de alcoholismo subagudo.

Estos últimos fenómenos son generalmente poco acentuados y al decir de Benon, son evidentes “los esfuerzos que los polineuríticos hacen para orientarse”. Así, suelen aparecer con carácter episódico, trastornos perceptivos, consistentes en ilusiones y alucinaciones, que se manifiestan casi siempre al final de la tarde o durante la noche; en esas circunstancias, el enfermo se muestra excitado, inquieto, ansioso porque ve personas que le amenazan; mientras duerme experimenta sueños terroríficos y despierta sobresaltado; las mencionadas alucinaciones suelen ser el punto de partida de ideas delirantes carentes de arraigo. Además de los trastornos intelectuales descritos, existen perturbaciones de las funciones afectivo-activas. En efecto, un gran número de estos enfermos se muestran eufóricos, joviales, locuaces; otros se presentan tristes, inquietos; en fin, algunos experimentan, bajo la influencia de las alucinaciones, crisis de ansiedad más o menos intensas. En su mayoría son irritables e incluso, con frecuencia, coléricos. En lo que atañe a la actividad, las actitudes y las expresiones verbales, traducen escaso o nulo interés por el medio ambiente.

La afección evoluciona lentamente, prolongándose or-

dinariamente durante seis meses a un año, el período de estado.

Según la intensidad y tipo evolutivo de los trastornos, los autores suelen distinguir tres formas clínicas de 'psicosis de Korsakoff'; una forma ligera, una forma mediana y una forma grave, pues la enfermedad es, respectivamente, susceptible de evolucionar hacia la reparación de los disturbios mentales, de estabilizarse y conducir al descenso mental secundario a través de un período de cronicidad más o menos prolongado, o terminar por la muerte en estado de confusión mental acentuada que dura de 10 a 15 días.

Teniendo en cuenta el predominio de uno o varios síntomas, se ha propuesto también la diferenciación de seis formas clínicas, que se denominan: 1º, amnésica; 2º, fabulante; 3º, delirante; 4º, confusional; 5º, distímica y 6º, demencial. Es indudable que esta última no constituye, en realidad, una forma clínica de psicosis de Korsakoff, sino un estado de demencia secundaria, es decir, desarrollado como etapa evolutiva de dicha enfermedad mental previa.

Todos los observadores destacan las dificultades que suele plantear el diagnóstico diferencial de la psicosis de Korsakoff con un cierto número de psicopatías y sobre todo con la presbiofrenia, que según Gilbert Ballet y Wernicke, se le asemejaría mucho por sus síntomas psíquicos. La comprobación de los caracteres clínicos específicos de la enfermedad y de los fenómenos físicos y psíquicos del estado de alcoholismo crónico o terreno de predisposición sobre el cual se desarrolla, constituyen la guía más eficaz para la diferenciación.

3. Psicopatías alcohólicas crónicas

El acceso psicopático de alcoholismo subagudo puede estabilizarse y después de pasar por un proceso de cronicidad más o menos prolongado, evolucionar hacia el desarrollo de un delirio sistematizado crónico o de un estado de demencia, que constituyen, pues, formas de psicopatía

alcohólica crónica y son siempre secundarias a un episodio de alcoholismo subagudo.

1. Delirio sistematizado crónico de origen alcohólico.

—Según se ha visto, el delirio sistematizado crónico de origen alcohólico es una psicopatía secundaria, proveniente de un acceso de alcoholismo subagudo previo.

El delirio alucinatorio subagudo —dice Benon—; algunas veces se prolonga durante meses; puede a la larga sistematizarse y complicarse, realizando ejemplos de delirios sistematizados crónicos secundarios.

Kraepelin también destaca que esta psicopatía, a la que denomina “paranoia alcohólica” o “demencia alucinatoria de los alcoholistas”, por considerar que existiría siempre un cierto grado de desmedro mental, se desarrolla como etapa evolutiva de un episodio de delirio alcohólico (se refiere al acceso de alcoholismo subagudo con ideas de persecuciones) o de un episodio de delirium tremens previos.

Bumke por su parte, afirma: “También en esta enfermedad —a la que denomina “debilidad alucinatoria”— se engendran ideas delirantes, de ordinario rápidamente y casi siempre como consecuencia de un acceso de delirium tremens, de suerte que las ideas de éste no desaparecen, sino que se incorporan a un estado de déficit crónico (delirio residual)”.

Es verosímil que los síntomas de déficit mental a que aluden algunos observadores, no constituyan fenómenos de desmedro propiamente dicho, sino residuos confusionales provenientes de la enfermedad previa extinguida, el acceso subagudo de alcoholismo.

En lo que atañe a los caracteres semiológicos del delirio sistematizado crónico de origen alcohólico, he aquí descritos someramente a continuación, los principales.

Del punto de vista de la patogenia, la alucinación está casi siempre implicada en el comienzo del trastorno, generalmente como generadora del delirio y en algunos casos en que éste es el resultado de la interpretación aviesa, como

simple fenómeno concomitante. Otras veces, el delirio tiene su punto de partida en la actividad onírica y se desarrolla sobre la base de una idea vinculada a una escena de sueño y convertida en una idea fija, que se denomina “idea fija posonírica”.

Las alucinaciones son variadas, predominando las del oído, consistentes en voces que injurian o amenazan al paciente; suelen comprobarse también alucinaciones de la vista, que se acentúan durante la noche y consisten en visiones terroríficas; alucinaciones del gusto y el olfato; alucinaciones de la sensibilidad general, sobre todo bajo la forma de pinchazos, corrientes eléctricas; de la cenestesia, vinculadas especialmente a la sensibilidad genital; y por último, alucinaciones motrices.

Del punto de vista de la asociación, se trata de delirios coherentes, pues hay una vinculación aparente y estrechamente lógica de todas las ideas delirantes, formando un sistema que exhibe un grado más o menos importante de trabazón; pero siempre comportan cierta difusión, pues faltan algunos lazos de cohesión en el sistema, lo que equivale a decir que se trata de delirios difusos.

En lo que respecta a la evolución, son delirios secundarios y crónicos, y el contenido lo constituyen sobre todo, ideas de persecución y de celos.

Las ideas delirantes suscitan, despiertan o activan emociones, sentimientos, afectos y pasiones de carácter igualmente patológico y determinan en la conducta consecuencias adecuadas a su índole, que se traducen especialmente por tendencias agresivas.

La subsistencia de restos sintomáticos más o menos apreciables de la enfermedad previa extinguida, que revelan la genealogía y la coexistencia de los fenómenos psíquicos y físicos propios del estado de alcoholismo crónico, que constituye el terreno de predisposición indispensable para el desarrollo de la enfermedad, permiten fundar el diagnóstico específico de la afección, mediante la simple observación directa.

2. Demencia alcohólica. — La demencia alcohólica es una demencia secundaria. En efecto, no se instala como afección descensora en sujetos hasta entonces mentalmente sanos, sino que constituye la última etapa evolutiva de una afección mental no demencial previa. — el acceso psicopático subagudo de alcoholismo —, hacia el descenso mental definitivo.

La evolución del acceso psicopático subagudo hacia la declinación mental, se verifica generalmente con lentitud, pues según enseña la clínica, las enfermedades mentales que han de volcar en la demencia, pasan antes por un progreso de cronicidad que requiere largo tiempo. Sin embargo, representan excepciones a la regla enunciada, los casos en que el primer acceso psicopático de alcoholismo subagudo se manifiesta en la vejez, volcando rápidamente en el descenso mental, pues el cerebro de un anciano es harto propicio para que una afección no demencial cualquiera, determine la degeneración de sus elementos nobles y la demencia consiguiente.

Diversos observadores describen los síntomas propios del período prodrómico de la demencia alcohólica, y Benon afirma al respecto: “La aparición precoz, en la demencia alcohólica, de pródromos de orden intelectual es fácil de comprender: las modificaciones orgánicas que se producen en el cerebro bajo la influencia de la intoxicación, perturban las funciones psíquicas y, de pronto, aparecen expresiones verbales y actos que atraen la atención de los que viven con el sujeto”.

En lo que atañe al significado clínico de los trastornos mentales del mencionado período prodrómico, cuya duración se prolonga durante varios años, es indudable que traducen el proceso de cronicidad por el que pasa el acceso psicopático subagudo que ha de volcar en la demencia.

Se mencionan entre los síntomas prodrómicos más frecuentes, trastornos de la memoria, modificaciones del carácter e ictus apopléticos o epileptiformes.

El trastorno mnemónico consistiría en fallas de las

funciones de fijación o de conservación, de evocación o de reproducción, referente a pequeños hechos, actuales o recientes; se trata, en general, de una dificultad más o menos importante para la fijación o evocación de las imágenes y representaciones referentes a las ocupaciones diarias, mientras que los acontecimientos importantes, pasados o recientes, son perfectamente conservados y evocados. Los mencionados disturbios consisten, pues, en fenómenos dismnésicos de tipo particular.

Las modificaciones del carácter se traducen por irritabilidad, tendencia a la cólera y por intervalos, alternativas de agitación y depresión, que sobrevienen bajo la influencia de causas variables: contrariedades, fatigas, etc. Estos fenómenos morbosos, que son alternantes o intermitentes, redundan en menoscabo de la actividad del sujeto, que se torna negligente en sus ocupaciones.

Con las mencionadas perturbaciones psíquicas, coexisten, además de los estigmas físicos del estado de alcoholismo crónico, cefaleas, mareos, zumbidos de oído, ligeros trastornos disártricos, paresias, etc.

El mencionado período prodrómico conduce al desarrollo lento y progresivo de los fenómenos de descenso mental global e irreparable, constitutivos del estado demencial.

El cuadro clínico de la demencia alcohólica presenta, además de los caracteres genéricos de todas las demencias, algunos rasgos propios que revelan su genealogía.

El enfermo se muestra indiferente; sus actitudes y sus manifestaciones verbales traducen escaso o nulo interés por el medio ambiente, al que se adapta pasivamente; es, además, inemotivo y frío y su conversación traduce sentimientos y afectos muy apagados o inexistentes. Lo expuesto equivale a decir que tanto su condición afectiva como su voluntad han sufrido un desmedro más o menos pronunciado y suponen una consecuente regresión a las formas inferiores de las funciones respectivas.

En la esfera intelectual no es menos importante la

anormalidad. La atención exhibe mayor o menor grado de desarrollo regresivo de la forma sensorial o animal de la función, que tiene por causa el desmedro de su modalidad superior, intelectual o voluntaria. La percepción es lenta e insuficiente y suele comportar, además de esa perturbación cuantitativa, un disturbio cualitativo consistente en alucinaciones, generalmente sensoriales. La memoria está siempre gravemente afectada, habiendo perdido el enfermo numerosos recuerdos antiguos, recientes o actuales, vinculados a su propia existencia, a su familia o al medio en que ha vivido; al mismo tiempo, existe manifiesta incapacidad para la adquisición de nuevos conocimientos. La asociación de ideas está debilitada, pierde actividad, requiriéndose en variable proporción el estímulo exterior, para despertar vínculos asociativos; por último, el juicio presenta un desmedro de vigor que puede llegar hasta la desaparición virtual de la función; algunas veces, se comprueban ideas delirantes que forman delirios pueriles, carentes de consistencia; si bien es cierto que el juicio está aparentemente desviado en esos casos, pues el delirio define por sí solo una desviación, puede decirse que en ellos —como en todos los de la misma especie—, dicho fenómeno no es realmente el resultado de un trastorno del juicio, sino de la inercia de esa función.

Además de los caracteres genéricos precedentemente descritos, el cuadro clínico de la demencia alcohólica presenta algunos rasgos específicos.

A ese respecto, dado que se trata de una demencia secundaria, se advierten de ordinario en medio del descenso global de las funciones mentales, restos más o menos importantes de la enfermedad previa extinguida, es decir, fenómenos residuales del acceso psicopático subagudo, del cual ese estado demencial constituye la última etapa evolutiva.

Benon señala que con frecuencia irrumpen en el cuadro clínico de la demencia alcohólica “episodios subagudos amnésicos o confusionales”, que según dicho autor “se ca-

racterizan por la aparición ordinariamente súbita de signos de amnesia o de confusión muy pronunciados y se prolongan muchas semanas o aún muchos meses”.

Por otra parte, la circunstancia de que en todas las formas de accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo, sean constantes las manifestaciones más o menos acentuadas de confusión mental, explica que se atribuya el valor de un signo diferencial de la demencia del mismo origen, a las particularidades propias del trastorno mnemónico.

Dicho trastorno consiste en una amnesia o pérdida de recuerdos antiguos, recientes y actuales, que al comienzo no es generalizada, sino electiva, parcial, lacunar; en medio del derrumbe mnemónico, el paciente evoca con precisión algunos recuerdos vinculados a su propia existencia o a su familia por ejemplo. Esta irregularidad se explica teniendo en cuenta las alternativas de acentuación y regresión de los fenómenos de obnubilación del psiquismo superior, propias de la evolución de los estados de confusión mental.

Como afirma Benon, “la amnesia en estos dementes evoluciona por accesos; ella es más o menos profunda, pero generalmente definitiva, debido a la desaparición efectiva de los recuerdos”.

Además, el hecho de que el estado demencial es precedido por un episodio psicopático de alcoholismo subagudo, explica que la evolución de la amnesia se ajuste aproximadamente a la ley de regresión de Ribot, en el sentido de que afecta al comienzo los hechos más o menos recientes —acontecidos durante el período evolutivo de la enfermedad previa—, para abarcar después, a medida que progresan los fenómenos de descenso, hechos de más en más antiguos.

Por otra parte, en los primeros tramos evolutivos de la demencia alcohólica, aparecen con frecuencia trastornos pasajeros, más o menos profundos de la memoria, que se suelen denominar “ictus amnésicos” y consisten en fenómenos de amnesia retroanterógrada, que duran de algunas

horas a varios días y que irrumpen bruscamente bajo la influencia de causas diversas o aun sin causa conocida, a continuación de un ictus apoplejiforme, un vértigo, etc.

Se suelen presentar también al comienzo de la evolución fenómenos de “amnesia sistematizada”, consistentes en el olvido de recuerdos aislados, referentes a hechos de los cuales otros recuerdos son evocados con precisión.

En los casos en que la demencia alcohólica proviene de un acceso subagudo de alcoholismo con ideas delirantes o de un delirio sistematizado crónico de origen alcohólico, subsisten en medio de los síntomas de desmedro psíquico global, alucinaciones e ideas delirantes de persecución, susceptibles de formar delirios pueriles, sin consistencia.

Por último, cuando la demencia proviene de accesos psicopáticos subagudos con excitación o con depresión, ofrece algunos rasgos propios de estos estados. Así, en algunos casos los enfermos muestran disposición a las reacciones coléricas; en otros permanecen en la más absoluta ataraxia, e incluso, a veces, exhiben alternativamente actitudes diametralmente opuestas, que oscilan entre la inercia y la agitación. Pero siempre se advierte que esas actitudes son paradójales, pues el paciente prorrumpe, por ejemplo, en una retahíla incongruente, llena de palabras cáusticas para el interlocutor, cuya palmaria intención no se aviene con el tono verbal; rechaza e insulta al observador al propio tiempo que sonrío o distrae su mirada y su actividad en cualquier tarea simple.

En la evolución de la demencia alcohólica sobrevienen con frecuencia ictus apopléticos o ataques de congestión cerebral, con o sin fenómenos epilépticos concomitantes, susceptibles de reproducirse y que se prolongan desde algunas horas a uno o dos días, produciendo trastornos motores, tales como hemi o monoplejias, disturbios afásicos, o simples hemiparesias fugaces y algunas veces perturbaciones de la sensibilidad.

Se comprende fácilmente que en esos casos, las respectivas lesiones cerebrales son susceptibles de agravar la

afección mental, pues a los síntomas de la demencia alcohólica se suelen sumar los de una consecuente “demencia orgánica”.

En lo que atañe a los tipos evolutivos de la demencia alcohólica, la observación clínica permite diferenciar, además de la forma descripta, que corresponde a los casos de gravedad media, formas denominadas ligeras, que se caracterizan por la lentitud de la evolución, por lo cual la enfermedad puede permanecer estacionaria durante varios años y formas graves, caracterizadas por la intensidad de los fenómenos de descenso mental, la progresividad de la evolución, la rapidez de la marcha y la brevedad de la duración de la enfermedad.

Sea de ello lo que fuere, la enfermedad evoluciona inexorablemente hacia el descenso de más en más profundo de la mentalidad y el paciente llega por ese camino al “gatismo” y a la caquexia, estados extremos que preceden la muerte, cuando ésta no es anticipada por una enfermedad orgánica intercurrente, favorecida por las alteraciones que el tóxico produce en todos los sistemas de la economía.

Algunos observadores describen con el nombre de seudoparálisis general alcohólica, una forma rara de demencia alcohólica que, según afirma Benon, se distinguiría de la descripta precedentemente, por “la inconstancia de los trastornos motores, la mayor complejidad del estado mental y, sobre todo, la presencia de signos físicos que hacen pensar en la parálisis general”.

Se trataría de un tipo de demencia de origen alcohólico en el cual se comprobarían más excepcionalmente que en la forma común, secuelas motoras de lesiones encefálicas, no sólo porque los ictus serían más raros, sino porque, además, los síntomas de déficit motor, cuando existen, son transitorios.

En lo que atañe a los trastornos mentales, se atribuye a dicha forma de la enfermedad el carácter lacunar, no global, de los fenómenos de debilitamiento y una mayor intensidad de las manifestaciones clínicas de confusión

mental. Esto último, si bien no lo afirma expresamente, se desprende de la descripción de Benon. “Los enfermos —dice— reaccionan difícilmente, sobre todo con lentitud; sus ideas son más oscuras, más confusas que en la forma común, pero con el tiempo se llega a comprobar que el intelecto no está sino parcialmente afectado. A menudo también, finalmente, se obtienen de boca de los enfermos, reflexiones que sorprenden. Algunos no responden a una pregunta dada más que muchos minutos después de haberle sido dirigida. Esto prueba que su atención está en suma poco distraída, pues conservan la pregunta y la contestan largo tiempo después de haberla efectuado. También hemos visto a estos enfermos, algunas veces, responder a una primera pregunta, a pesar de otras efectuadas a continuación por un observador impaciente”. Es evidente que esta descripción se refiere implícitamente a trastornos acentuados de confusión mental.

Por último, los signos somáticos de la mencionada forma de demencia alcohólica comprenden: alteración de los reflejos tendinosos, exagerados en unos casos y disminuidos en otros, no obstante ser raros los trastornos motores; la estación de pie es incierta, con o sin signo de Romberg; la marcha es difícil; desigualdad o deformación pupilar, a menudo con paresia o abolición del reflejo fotomotor (signo de Argyll Robertson); temblores finos peribucal y de la lengua y extremidades superiores; trastornos disártricos; el análisis de líquido céfalorraquídeo puede revelar alteraciones propias de la sífilis, por eventual asociación de esta enfermedad con el alcoholismo.

Sea de todo ello lo que fuere, es indudable que el diagnóstico diferencial, en ausencia de antecedentes, podrá fundarse siempre en la comprobación de los caracteres clínicos específicos de la demencia paralítica, consistentes en la irregularidad y variabilidad de los fenómenos de desmedro mental, respecto de los cuales podría decirse que se trata de un debilitamiento producido sin orden ni concierto.

OBSERVACIONES PERSONALES

Nº 1. — Episodio de alcoholismo subagudo con ideas delirantes de persecución y de autoacusación.

L. K., polaco, soltero, de 28 años de edad, peón de campo.

El 9 de julio del corriente año, se presentó ante las autoridades de la Comisara 5ª de La Plata, formulando la siguiente autoacusación: que en diciembre de 1936, en circunstancias en que conducía un carro cargado de verduras, acompañado en el pescante por dos menores, hijos del dueño de la quinta en que trabajaba como peón, uno de aquellos intentó arrebatarse las riendas, por lo que le dió un empujón, cayendo al suelo y siendo apretado por una rueda del vehículo, lo cual le produjo el fallecimiento inmediato. Agregó que en aquella oportunidad, logró impedir mediante amenazas que el hermano de la víctima lo acusara, obligándolo a declarar que el hecho fué producto de un accidente; pero ahora ha resuelto acusarse ante las autoridades, en virtud de no serle posible soportar por más tiempo el cargo de conciencia consiguiente.

Debido a que en las actuaciones producidas con motivo del fallecimiento del menor está plenamente probado que el hecho fué accidental y que la víctima iba sola en el vehículo, mientras que el compareciente y el hermano de aquella lo seguían a pie a corta distancia, el funcionario policial requirió un examen psiquiátrico del sujeto. Con este objeto fué remitido al Cuerpo Médico de Policía el 11 de julio, y he aquí, someramente enunciadas, las comprobaciones del examen practicado.

La averiguación de antecedentes no pudo ser realizada de modo conveniente, por carecer de una fuente informativa adecuada. Según propias manifestaciones del examinado, corroboradas por las constancias del sumario, aquel ha sido buen bebedor de vino y bebidas destiladas, embriagándose con frecuencia.

Desde hace unos cuantos meses comenzó a sufrir perturbaciones durante el sueño: soñaba que se encontraba entregado a sus tareas y no conseguía realizarlas correctamente, lo cual le producía intensa angustia; experimentaba la sensación de que se le agotaba la fuerza muscular, por lo que se le caían los instrumentos y materiales de trabajo; además, veía animales feroces, ratas de gran tamaño, culebras, arañas enormes, en actitud agresiva; en los últimos tiempos se agregaron a esos fenómenos otras escenas terro-rficas, consistentes en la visión de sombras informes que por momentos semejaban figuras de personas, que aparecían y desaparecían bruscamente y se abalanzaban sobre él, llegando a experimentar sensación de compresión del cuello. En todas esas circunstancias despertaba sobresaltado, con sensación de opresión precordial, pesadez en la cabeza, sudores profusos en todo el cuerpo y durante

un rato permanecía dudando de la irrealidad de dichas escenas; después se tranquilizaba lentamente.

Posteriormente, las escenas terroríficas se producían en estados intermedios entre el de vigilia y el de sueño; en una ocasión reconoció en aquellas sombras, al padre del menor fallecido, quien en actitud agresiva le decía: "Vd. mató a mi hijo"; además, comenzó a oír por todas partes amenazas, acusaciones, censuras, insinuaciones malévolas.

La observación directa permitía descubrir sintomatología confusional y delirante.

Así, la actitud, la mímica y los ademanes desordenados y ajenos a las circunstancias, la obtusión psíquica, la desorientación en tiempo y espacio, las respuestas con la expresión de recuerdos deformados, la disociación de ideas, la incapacidad para incluir en su espíritu nuevas nociones y la falta de conciencia sobre su situación personal, traducían una suspensión muy amplia, aunque incompleta, de su psiquismo superior, con predominio consecuente de la actividad subconciente.

Por otra parte, el delirio exhibía carácter onírico típico, pues era producto de la mencionada actividad subconciente y se refería a escenas alucinatorias de la vista y del oído, movidas, cambiantes y accionadas, las cuales se entremezclaban y refundían con hechos reales, actuales o pasados. Por otra parte le acusaban de haber hecho mucho mal y le amenazaban de muerte, aludiendo sin duda a que él había sido el autor de la muerte del hijo de su patrón; todo esto le produjo creciente temor y arrepentimiento, no habiendo podido soportar por más tiempo esa situación, por lo que se decidió a comparecer ante la autoridad. Sus actitudes y sus expresiones verbales traducían incertidumbre, inquietud y desaliento más bien que tristeza y depresión patológicas.

Tres días después del mencionado examen, el paciente es internado en el hospicio de Melchor Romero; la historia clínica allí levantada no consigna otros elementos de juicio que la comprobación de síntomas de "depresión ansiosa" y la circunstancia de que en una oportunidad solicitó un veneno para suicidarse porque constantemente oía hablar mal de él.

He tenido oportunidad de observarlo en el hospicio, conjuntamente con el Prof. Osvaldo Loudet, 40 días más tarde. El examen por los medios clínicos corrientes, nos permitió entonces comprobar la desaparición virtual del estado confusional; sólo hemos advertido al respecto, una discreta lentitud en el ejercicio de sus procesos mentales; por lo demás, se presentaba lúcido, orientado, coherente y no mostraba fenómenos de desmedro psíquico. Comprobamos, en cambio, una amnesia parcial de su situación patológica reciente, amnesia que no es controlada ni reconocida por el paciente. Sub-

sistían, además, como manifestaciones residuales del delirio extinguido, varias ideas fijas que el enfermo utilizaba para dar una explicación de los recuerdos que conservaba de su reciente situación patológica. Refería que se acusó de haber sido el autor de la muerte del hijo de su patrón, aunque eso es inexacto, porque sus compañeros de trabajo, primero, y muchos desconocidos después, aludían en sus conversaciones a actos incorrectos y perjudiciales atribuidos a él y le proferían amenazas de muerte; bajo la influencia del temor que esta situación le provocó, decidió acusarse ante la autoridad de un crimen que no había cometido, para que lo condenaran; “es cierto —manifestaba— que he hablado mal de mis compañeros y en algunas ocasiones los he insultado, pero todos hacemos en la vida cosas buenas y cosas malas”. Según se ve, subsisten ideas fijas post-oníricas que el paciente no ha comenzado a rectificar. La evolución rápidamente regresiva de las perturbaciones comprobadas, permite pronosticar que no tardarán en verificarse la mencionada rectificación y el reconocimiento de la amnesia parcial referente al período de enfermedad; la aparición de estas manifestaciones comportará la curación del acceso de alienación mental, es decir, el reintegro a la situación mental anterior a dicho acceso.

Nº 2. — Delirio sistematizado crónico de origen alcohólico.

El caso de delirio sistematizado crónico de origen alcohólico, cuya historia clínica describo a continuación, reviste interés sobre todo en lo que atañe al tipo evolutivo de los trastornos mentales.

Se trata de un sujeto procesado por homicidio, que fué detenido por la autoridad policial algunos días después de haber cometido el hecho delictuoso y que con posterioridad a su detención sufrió un episodio psicopático subagudo de alcoholismo, de breve duración.

El juez de la causa, Doctor Alejandro Moreno Bunje, me designó perito para dictaminar sobre el estado mental del procesado y diversos exámenes directos practicados en esa oportunidad, me permitieron comprobar la reparación del mencionado episodio psicopático.

Posteriormente, más o menos al mes de haber evacuado el respectivo informe médico-legal, debí examinarlo nuevamente en el Departamento de Policía, comprobando la existencia de ideas obsesivas, consistentes en pensamientos involuntarios, conscientes, parásitos, generadores de una reacción emotiva intensa y contra los cuales, por reconocerlos anormales, alegaba luchar. Esas ideas, verosíblemente vinculadas a escenas de onirismo propias del episodio psicopático subagudo reparado, se convirtieron más tarde en ideas fijas, es decir, ideas incorporadas a su mecanismo psíquico y por

lo tanto inconcientes. Algún tiempo después, la aparición de dos fenómenos clínicos muy significativos: reticencia invencible y rechazo obstinado de alimentos, me permitieron fundar la opinión de que las mencionadas ideas fijas habían constituido el punto de partida de un proceso delirante desarrollado en forma insidiosa, subjetiva; la observación directa permitía, a mi juicio, descubrir las convicciones patológicas incipientes, en el trastorno afectivo y en las consecuencias en la conducta. En mérito a las razones expuestas, aconsejé la internación del paciente en el hospicio de Melchor Romero y al cabo de varios meses de permanencia en dicho establecimiento, se exteriorizaron manifestaciones clínicas evidentes de un delirio sistematizado crónico.

*

* *

He aquí, transcriptos a continuación, los tramos fundamentales del informe médico-legal mencionado al comienzo.

“Para el desempeño de mi cometido, he examinado a C. A. S. en la Comisaría 9ª el día 2 del corriente (abril de 1938), y con el objeto de acumular elementos de juicio suficientes, lo he mantenido internado en observación en la Sala de enfermos del Cuerpo Médico de Policía, desde el 21 del corriente hasta la fecha (abril 29).

“Las principales comprobaciones que me proporcionaron los exámenes practicados, son las que describo someramente a continuación.

“S. es argentino, de 36 años de edad, soltero, comerciante. Los antecedentes hereditarios y familiares que he podido obtener, son los siguientes: Padres, fallecidos; la madre, a continuación de trastornos pulmonares y cardíacos prolongados, a los 71 años de edad; ignora los detalles referentes a la causa de la muerte del padre. Fueron siete hermanos, de los cuales fallecieron tres: uno a los 30 años, por tuberculosis pulmonar, otro a los 44 años, padecía de reumatismo; no puede precisar datos sobre la muerte del tercero. De los cuatro subsiguientes, uno está afectado de alienación mental, internado en el hospicio de Melchor Romero, y los restantes son sanos.

“En lo que atañe a sus antecedentes personales, me ha manifestado que desde hace unos 15 años, ingiere bebidas alcohólicas en cantidades aptas para embriagarse a menudo y que de tiempo atrás suele tener vómitos biliosos y mucosos en ayunas. Además, me ha referido que, aparte una “fiebre intestinal” y sarampión que sufrió en la infancia y una blenorragia que contrajo a los 23 años y que por no haber sometido a tratamiento adecuado, redundó en complicaciones orquílicas y artríticas, no ha padecido enfermedades de importancia, experimentando solamente, de un tiempo a esta parte, sensación de pesadez en el hipocondrio derecho y palpitaciones cardíacas.

“Me manifestó también que a partir de su detención, permaneció algunos días sin alimentarse y fumando unos 4 ó 5 paquetes diarios de cigarrillos, hasta que cayó en un estado en el cual veía, en plena vigilia, animales salvajes, tigres, leones, etc., en actitudes agresivas; además, veía en las paredes del calabozo la sombra de un hombre que le apuntaba con un revólver y experimentaba la sensación de que le aplicaban electricidad.

“Según las constancias existentes en el Cuerpo Médico de Policía, S. fué reconocido por el médico de guardia, en la Comisaría 9ª el 24 de marzo, a las 22 y 15 horas; las averiguaciones que he practicado, con respecto a ese reconocimiento, me han permitido obtener los siguientes datos: se encontraba en una celda, proferiendo gritos inarticulados y no respondiendo a las preguntas que se le formulaban, por lo que fué sacado al patio de la comisaría, donde se presentó en actitud inquieta, con facies de ansiedad, taquicardia, accesos de risa inmotivada; su actitud recordaba la de un sujeto que acabara de despertar de un sueño profundo; a los 15 minutos se despejó de pronto el estado de obnubilación del psiquismo superior, manifestando que tenía que hacer una declaración importante en presencia del comisario; reintegrado a la celda, comenzó nuevamente a proferir gritos.

“Los fenómenos de desvarío descriptos, que verosímilmente corresponden a los que en clínica psiquiátrica se denominan de “onirismo”, por su similitud con los sueños, desaparecieron en breve término; no existían en ocasión de mi primer examen, practicado en la comisaría 9 días después, y tampoco se reprodujeron, todo lo cual permite juzgarlos como dependientes de un proceso transitorio y accidental en su psiquismo, posterior a su detención y verosímilmente de naturaleza tóxica.

“En lo que atañe a este último carácter, he podido corroborar las manifestaciones del examinado, referentes a la ingestión de cantidades importantes de bebidas alcohólicas, en la existencia de temblores linguales y digitales, de subictericia y aumento de tamaño del hígado, fenómenos que dependen ordinariamente del alcoholismo crónico; a favor de este factor de predisposición y bajo la influencia coadyuvante de un ayuno prolongado y de excesos tabáquicos, resultan explicables los trastornos episódicos descriptos.

“En los diversos exámenes directos practicados después a S., durante su permanencia en la sala de enfermos del Cuerpo Médico de Policía, no he comprobado fallas en su psiquismo. Su atención se presenta siempre despierta, sin que su actividad mental se desvíe bajo el influjo de estímulos eventuales que ponen en juego la modalidad espontánea de atención. Su percepción es rápida y suficiente para permitirle incluir en su psiquismo los elementos necesarios para la comprensión; por otra parte, no he comprobado alu-

cinaciones ni ilusiones. En lo que atañe a su memoria, revela precisión en el relato de acontecimientos y fechas, exactitud en las relaciones cronológicas de hechos y circunstancias referentes a los temas más diversos y buena aptitud de fijación; existe, en cambio, una amnesia incompleta, referente a lo acontecido durante el breve episodio de anormalidad a que me he referido. Sus expresiones verbales revelan capacidad de juicio para ponderar, comparar y asociar las ideas. Del punto de vista de sus funciones afectivas, se trata de un sujeto emotivo, en cuyas manifestaciones verbales no se advierten sentimientos ni afectos patológicos. Por último, sus actitudes y sus conversaciones, traducen interés por el medio ambiente, al que se halla activamente adaptado; por lo demás, no he descubierto, en mis observaciones, anomalías de conducta.

“No es necesario abundar en mayores consideraciones, para concluir que las funciones mentales de S. se hallan ajustadas a la normalidad.

“El reconocimiento físico no me ha revelado otras perturbaciones dignas de mencionar, que los ya descritos fenómenos imputables al alcoholismo crónico, exageración de los reflejos tendinosos, sobre todo de los patelares y aquilianos y de los reflejos cutáneoabdominales y cremasterianos. En los demás aparatos de la economía no se comprueban alteraciones dignas de mencionar.

“En síntesis, S. ha sufrido un episodio de alcoholismo subagudo, reparado al cabo de una evolución de alrededor de una semana.

“**Conclusión.** — C A. S. no presenta actualmente síntomas de alienación mental, siendo verosímil que con posterioridad a su detención ha sufrido un proceso transitorio y accidental en su psiquismo, bajo forma de un episodio psicopático subagudo de alcoholismo”.

*

* *

Las comprobaciones efectuadas con posterioridad y en virtud de las cuales aconsejé la internación del paciente en el Hospicio de Melchor Romero, son las consignadas en el respectivo certificado de internación, expedido el 10 de agosto y que he aquí transcripto a continuación.

“Según las comprobaciones efectuadas en abril del corriente año, con motivo de una pericia médico-legal ordenada por el señor Juez del Crimen, Doctor Alejandro Moreno Bunje, S. presentó con posterioridad a su detención, durante su permanencia en la comisaría, un episodio de confusión mental, con fenómenos de onirismo. Diversos exámenes directos practicados en esa oportunidad, permitieron comprobar la reparación del mencionado episodio psicopático.

“En un reconocimiento practicado a principios de junio, me fué dable comprobar la existencia de ideas obsesivas, que constitu-

yeron el punto de partida de una idea fija patológica, de carácter obsedante, manifestando el examinado que le iban a dar muerte en el Pabellón en que se hallaba alojado; estas ideas, subsistentes a la reparación del episodio de confusión mental, están vinculadas a la actividad onírica del mencionado acceso psicopático.

“En la actualidad se muestra obstinadamente reticente; sólo manifiesta: “todo el Departamento sabe lo que me ocurre”; “hablaré ante el Juez”; además, se niega rotundamente a ingerir alimentos. Es verosímil, pues, que la referidas ideas fijas hayan originado ideas delirantes, por lo que estimo conveniente su internación en el hospicio de Melchor Romero para su tratamiento adecuado”.

*

* *

La historia clínica redactada por el Jefe del Pabellón Lombroso del Hospicio de Melchor Romero, consigna los datos enunciados a continuación:

“Se presenta tranquilo, en actitud recelosa, expectante, respondiendo con monosílabos y negándose terminantemente a hablar sobre sus antecedentes y sobre el delito por el cual se le procesa. Afirma que es una persona normal y que oportunamente se explayará ante el juez. Fuera de la reticencia, no exterioriza otros fenómenos de anormalidad mental. Manifiesta que está preocupado y que piensa constantemente en las cosas que le han sucedido y sus consecuencias, pero se niega a referir detalles de las mismas.

“Se alimenta y duerme aparentemente bien, se mantiene completamente aislado, sin entablar relaciones con sus compañeros de sala. Se ha negado a tomar los medicamentos que se le han instituido; tampoco ha permitido que lo sometieran a un examen radiográfico y que le practicaran una fotografía.

“Diciembre 12 de 1938. — Se mantiene reticente, expresando que sólo hablará ante el juez y que entonces demostrará que su situación es digna de una resolución justiciera, si es que no lo matan antes; escogerá un buen abogado, sin reparar en gastos. Según un hermano que lo visita, le ha manifestado que lo someten a aplicaciones de electricidad mediante máquinas especiales y que denunciará ese hecho al juez. Permanece siempre aislado; tiene soliloquios, que se acompañan de gestos y ademanes abundantes y en ocasiones, de accesos de risa, todo lo cual cesa cuando se le aproxima alguna persona. Sus actitudes y sus manifestaciones verbales, traducen sentimientos patológicos de orgullo y desconfianza. Subsiste la misma irreductibilidad comprobada en los interrogatorios practicados en los tres últimos meses.

“En una oportunidad en que, como es de práctica en casos de esa índole, se le invitó a firmar en la mesa de entradas del

hospicio, recibo de un dinero, en el boletín médico que contiene el diagnóstico, al enterarse de éste se encolerizó súbitamente, rompió el documento y se negó a firmar, alegando que lo quieren hacer pasar por loco. De regreso al pabellón, se muestra exaltado y prorrumpe en expresiones cáusticas para los médicos, manifestando que están complicados en una maniobra destinada a despojarlo de una gran fortuna que le corresponde. Poco a poco se ha ido enemistando con las personas que lo visitaban: un hermano, una concubina y algunos amigos, imputándoles estar confabulados en la misma maniobra. Se niega a tomar medicamentos, no obstante reconocer que les son necesarios, denotando que su actitud obedece a la desconfianza que le inspira el médico. Dice que le aplican corrientes eléctricas. Sus actitudes en los frecuentes soliloquios, son las propias de los alucinados del oído. Su actividad es condicionada por sus ideas delirantes: se muestra muy hostil para con los empleados de la sala, a quienes insulta, tratándolos de “perros” y “alcahuetes”.

En síntesis, se comprueban ideas absurdas, irreductibles, que orientan el psiquismo, es decir, ideas delirantes; estas ideas están sin duda vinculadas a escenas de onirismo propias del acceso psicopático que constituye el primer tramo evolutivo de la enfermedad; existen, además, alucinaciones del oído y de la sensibilidad general, éstas últimas iguales a las que fueron comprobadas durante el mencionado acceso psicopático subagudo; las ideas delirantes han suscitado o despertado sentimientos y afectos patológicos y determinado la comisión de actos igualmente patológicos; por último, se comprueba obstinada reticencia.

Resulta entonces que el estado de alienación mental que aqueja a S. consiste en un delirio lúcido, pues así se denomina en clínica psiquiátrica la forma de alienación caracterizada por desviación delirante del juicio, con conservación de las funciones básicas del psiquismo. La lucidez mental, la dirección uniforme que imprimen las ideas delirantes al psiquismo y la reticencia, permiten afirmar que se trata de un delirio sistematizado; por último, por ser sistematizado, es crónico y por su carácter evolutivo pertenece, además, a la categoría de los delirios crónicos que provienen de estados delirantes agudos previos; en efecto, según se ha visto, conserva caracteres propios de este último e incluye cierto polimorfismo en su contenido. Es evidente, pues, que reúne los caracteres clínicos y evolutivos de la afección mental que se describe bajo el nombre de delirio sistematizado crónico de origen alcohólico.

Nº 3. — Demencia alcohólica

M. L., 54 años, casado, francés, mecánico.

El 5 de febrero de 1938 se presentó al hospicio de Melchor Romero, para solicitar un certificado que acreditara su identidad,

el médico de guardia que lo examinó resolvió internarlo en el establecimiento.

Antecedentes hereditarios y familiares. — Carecen de importancia

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sano. No hay antecedentes de enfermedades venéreas. Llegó al país a los 25 años de edad y desde entonces ha venido abusando de todas clases de bebidas alcohólicas; regularmente tomaba, según dice, alrededor de un litro y medio a dos litros de vino por día.

El 6 de noviembre de 1927 ingresó por primera vez al hospicio, habiéndose efectuado en su historia clínica las siguientes anotaciones:

“Ingresa en estado de excitación psicomotriz; confusión mental; alucinaciones de la vista muy movibles, que suscitan emociones de temor y ansiedad y determinan reacciones adecuadas a su índole, especialmente tentativas de agresión; ideas delirantes de contenido persecutorio, vagas, confusas e inconexas; el enfermo no identifica a sus perseguidores.

“Noviembre 15. — Los fenómenos de excitación y los de confusión mental se han atenuado; subsisten las ideas delirantes.

“Diciembre 2. — Persisten ideas delirantes; manifiesta que algunos judíos lo someten a aplicaciones de magia.

“Diciembre 20. — Se comprueba rectificación de las ideas delirantes y el paciente se muestra lúcido, orientado, coherente; no se advierten, por otra parte, fenómenos de desmedro psíquico. Estas comprobaciones revelan la curación del episodio psicopático subagudo, es decir, el reintegro a la situación mental anterior a dicho acceso de alienación, por lo cual es dado de alta.

El 10 de mayo de 1935 vuelve a ingresar al hospicio, afectado de un estado de alienación mental de la misma naturaleza que el anterior, que se prolongó durante unos 2 meses, al cabo de los cuales evolucionó también hacia la reparación completa.

El 20 de enero de 1936 reingresó por tercera vez; la historia clínica consigna, al respecto, los siguientes datos:

“La atención exhibe una movilidad útil por momentos. La percepción se ejerce con torpeza y de modo inconstante, pues por momentos es clara y precisa y por momentos incompleta, vaga y borrosa; además, se comprueban alucinaciones de la vista y del oído. Existen ideas delirantes de contenido poliformo y que exhiben apenas un esbozo de sistematización. Su actividad es condicionada por las mencionadas ideas delirantes. Facies de intoxicado crónico; temblores de lengua y extremidades; ectasia de los capilares de la cara, sobre todo a nivel de las mejillas y de la nariz; calambres en las pantorrillas”.

Este acceso de alienación mental evolucionó hacia la curación en un plazo de unos 4 meses,

El 15 de noviembre de 1936 reingresó al hospicio por cuarta vez, afectado de otro acceso de alienación mental que, según las constancias de la historia clínica respectiva, revistió los mismos caracteres clínicos del precedente.

Enfermedad actual. — Este enfermo que según se ve, ha sufrido 4 episodios psicopáticos subagudos de origen alcohólico, ingresó el 5 de febrero de 1938 al Pabellón Meléndez del hospicio, de donde fué remitido a la Clínica de la Cátedra el 13 de abril del mismo año; la historia clínica no consigna los datos referentes a las observaciones practicadas durante su permanencia en aquel pabellón.

Estado actual (Abril 13/1938). — El enfermo se muestra indiferente; sus actitudes y sus manifestaciones verbales traducen escaso o nulo interés por el medio ambiente, al que se halla adaptado pasivamente. Es inemotivo y frío y su conversación traduce sentimientos y afectos muy apagados. Se comprueba desmedro de la atención voluntaria, por cuya causa el paciente carece de aptitud para dirigir su psiquismo sin que se desvíe por la distracción consecutiva a estímulos eventuales, ajenos al control de su voluntad, que ponen en juego la atención espontánea. Existen alucinaciones del oído verbales: oye hablar de él por radio, tanto en castellano como en francés; pronuncian su nombre, dicen que está en el manicomio, que es el padre eterno; las personas de su amistad le han ofrecido dinero mediante transmisiones especiales a través del aire, que él ha comprendido. Buena orientación en el tiempo y en el espacio. Pérdida de numerosos recuerdos recientes y antiguos, que afecta sobre todo los referentes a hechos acontecidos durante los períodos evolutivos de los accesos psicopáticos subagudos que registran sus antecedentes; la pérdida de recuerdos vinculados a los períodos intercalares de normalidad y de los referentes a las etapas de su existencia anteriores al primer acceso psicopático, se ajusta aproximadamente, a juzgar por su variada intensidad, a un orden en cierto modo regresivo. Revela, además, manifiesta incapacidad para la adquisición de nuevos conocimientos. El juicio muestra un acentuado desmedro de vigor, que se traduce por los groseros errores de concepto y las absurdas convicciones que revelan las expresiones verbales del paciente. Cree que ha llegado al cielo 3 o 4 veces: en la primera oportunidad lo hizo subir a un tren la policía y al arrancar el mismo, ascendió por el aire; otra vez, encontrándose en la comisaría de Médanos, lo llamó una persona que, según le manifestó, era el padre Nazario, se hallaba extraviado y le rogaba fuera a buscarlo; ascendió entonces al cielo en un globo y pudo abrazar al sol para contener su movimiento; en 1933 Dios estaba cansado de nosotros y resolvió volcar el globo terrestre, a raíz de lo cual el Papa solicitó 2 años de plazo, buscó al espíritu más santo del mundo, que según le han dicho, resultó ser él y le envió una medalla encomendándole

la salvación del mundo, misión que ha cumplido, pues desde entonces él es Dios. Según se ve, esas ideas delirantes forman un delirio pueril sin consistencia y no son realmente el resultado de un trastorno o desviación del juicio, sino de la inercia de esa función y del consecutivo descenso general de la síntesis psíquica.

Se comprueban estigmas físicos del alcoholismo crónico: variocidades muy pronunciadas en la nariz y las mejillas, temblores finos de los dedos y la lengua, subictericia; reflejos tendinosos de los miembros inferiores disminuídos, etc.

El reconocimiento físico no revela alteraciones dignas de mencionar en los diferentes aparatos de la economía.

Análisis de líquido céfalo-raquídeo, sangre y orina, nada de particular.

Las observaciones practicadas a través de 16 meses de permanencia en la clínica, demuestran que la enfermedad evoluciona lentamente hacia el descenso de más en más profundo de todas las funciones mentales.

ALTERACIONES CELULARES DE LOS CENTROS NERVIOSOS

En una comunicación presentada al IV Congreso Médico Latinoamericano, celebrado en Río de Janeiro del 1 a 8 de agosto de 1909, el Doctor José T. Borda describe las alteraciones celulares de los centros nerviosos comprobadas en 20 casos de psicopatías alcohólicas, distribuídos en la siguiente forma: 8 casos de delirium tremens febril, 7 casos de delirio agudo alcohólico, 1 caso de psicosis polineurítica (enfermedad de Korsakoff), 3 casos de manía alcohólica prolongada y 1 caso de demencia alcohólica que terminó por el fallecimiento brusco por síncope cardíaco.

Las investigaciones practicadas le permitieron comprobar alteraciones celulares múltiples y variadas, con los caracteres de lesiones agudas en unos casos y los de lesiones crónicas en otros; comprobó, además, combinaciones frecuentes de los dos tipos de lesiones y formas intermedias entre ambos.

Las alteraciones constantes que observó en los casos estudiados son las siguientes: estado de rarefacción de las granulaciones de Nissl, susceptibles de evolucionar a veces

hasta la acromatosis completa; y estado de atrofia celular de variados aspectos (acromatosis, hipercromatosis, etc.). Dichas alteraciones y especialmente las de atrofia celular predominaban netamente en el caso de demencia alcohólica y pertenecen a la categoría genérica de lesiones que traducen el proceso anátomo-patológico consecutivo a todas las intoxicaciones crónicas, sea cual fuere la naturaleza del agente tóxico.

En la misma categoría de alteraciones crónicas describe la opacidad del núcleo celular, observada por lo general en células atrofiadas y acromáticas y comprobada en todos los casos, menos en 2 de delirium tremens febril y 2 de delirio agudo alcohólico.

En lo que respecta a este último tipo de alteración, destaca su predominio en las regiones occipital (cúneo) y temporal (T. 1.), comprobado en 4 de los casos de delirium tremens febril, en 3 de delirio agudo alcohólico, en 1 de manía alcohólica y en el de demencia alcohólica. En su concepto, así como para Carrier, el predominio frecuente de las alteraciones en general, en los centros corticales visuales (pliegue curvo y cúneo) podría explicar el mecanismo de las alucinaciones de la vista, las mencionadas comprobaciones, referentes al predominio de la opacidad del núcleo celular en los centros corticales visual y auditivo, podría explicar la misma hipótesis y además, el mecanismo de las alucinaciones del oído, tan frecuentes en las psicopatías alcohólicas.

Además de las lesiones mencionadas, en 6 de los 8 casos de delirium tremens febril, en 2 de los siete de delirio agudo alcohólico y en el de psicosis polineurítica, comprobó el estado globuloso de las células, con disolución cromática central y núcleo periférico, alteraciones que traducen los procesos anátomopatológicos agudos y que atacarían en la corteza casi exclusivamente a las células gigantes, hasta en sus 2/3 partes y a algunas células piramidales grandes.

Con respecto a esta categoría de alteraciones, destaca que algunas veces las células globulosas y tumefactas se

encuentran más o menos atrofiadas, lo cual indicaría que el proceso mencionado se ha desarrollado en células previamente alteradas por la intoxicación alcohólica crónica y que traducirían, en todas las circunstancias, una forma aguda de alteración dependiente de los fenómenos recientes de intoxicación, que se han manifestado clínicamente por los respectivos accesos psicopáticos subagudos.

En la misma categoría de alteraciones agudas incluye también el estado pulverulento de la substancia cromática y los estados de coloración pálida difusa e intensa, uniforme y de acromatosis completa, que se pueden observar en un número mayor o menor de elementos celulares de todas las capas corticales y que ha comprobado en todas las formas graves estudiadas, predominando especialmente en los casos de delirium tremens febril y de delirio agudo alcohólico.

Ha observado, además, el estado de imbibición de la substancia acromática por el colorante en algunas células gigantes y grandes células piramidales que al mismo tiempo presentaban una rarefacción de los granos cromáticos.

En lo que respecta a la alteración constituida por el estado vacuolar del protoplasma, fué comprobada solamente en 2 casos de delirium tremens y apenas en 6 elementos celulares de la corteza cerebral.

A través de sus comprobaciones, dedujo Borda que no existía ninguna correlación entre los diversos tipos de alteraciones y determinadas formas clínicas de la enfermedad del punto de vista anátomopatológico; no ha encontrado caracteres diferenciales entre el delirium tremens febril y el delirio alcohólico, por ejemplo, sino que lo único que se infiere de sus investigaciones es que el estado de cromatolisis central con núcleo periférico se ha presentado con mayor frecuencia en la primera enfermedad (6 veces en 8 casos) que en la segunda (2 veces en 7 casos).

No obstante, destaca que en la psicosis polineurítica comprobó lesiones acentuadas y múltiples en la región sacro-lumbar de la médula, consistentes en cromatolisis central con núcleo periférico, observadas en una cantidad

apreciable de células motrices en estado de atrofia, vacuolización, etc., alteraciones que no se comprobarían con esos caracteres, sino por excepción y en células aisladas, en las otras formas que reviste la enfermedad; y que en los casos de manía alcohólica prolongada, comprobó predominio de las alteraciones de carácter crónico sobre las de carácter agudo y ausencia del estado de cromatolisis central con núcleo periférico.

En todos los casos estudiados comprobó un aumento, más o menos acentuado, del número de los núcleos de la neuroglia, lo mismo que del de los más pequeños elementos redondos que tienen una morfología idéntica a la de los linfocitos.

Los vasos se han presentado dilatados, sobre todo en los casos agudos febriles, pero sin alteración mayor de sus paredes. Las leptomeninges eran normales en la mayoría de los casos, no habiendo comprobado más que una ligera infiltración subaracnoidal por pequeños elementos redondos; sólo en un caso observó una hemorragia subaracnoidal de cierta importancia.

En 1937 publicó Bonhour las comprobaciones anatómopatológicas realizadas en un caso cuya historia clínica consigna los siguientes antecedentes:

El enfermo, alcoholista crónico desde joven, ingresa por primera vez al hospicio de las Mercedes el 8 de mayo de 1929; sale de alta mejorado el 9 de julio de 1929; reingresa el 6 de agosto de 1929; vuelve a salir mejorado el 24 del mismo mes y el 25 de agosto de 1930 ingresa por tercera vez. Alcoholismo subagudo con ideas de persecución y celo, es el diagnóstico que se formuló en el primer momento. Pero bien pronto, los síntomas confusionales y el onirismo predominan sobre el resto de la sintomatología; y con períodos alternativos de agravación y mejoría continúa hasta el mes de noviembre de 1932, en que cae en estado demencial. Por último, a fines de 1934, ya muy demente, comienza a ponerse paralítico, presenta luego un síndrome pseudobulbar, y muere por bronconeumonía, el 16 de julio de 1935.

A la autopsia se comprueban las lesiones que presentan todos los individuos intoxicados crónicamente por alcohol. En el cerebro, además de la atrofia, se observan reblandecimientos, cuya expresión clínica era dada por los trastornos neurológicos que presentó el enfermo a partir de fines del año 1934.

El examen microscópico reveló la existencia de lesiones crónicas en distintos grados de evolución. Además, entre las células de la corteza cerebral que presentaban este proceso algunas presentaban también procesos agudos de cromodifusión. Por otra parte, comprobó degeneración fibrohialina de los pequeños vasos y proliferación neuróglia.

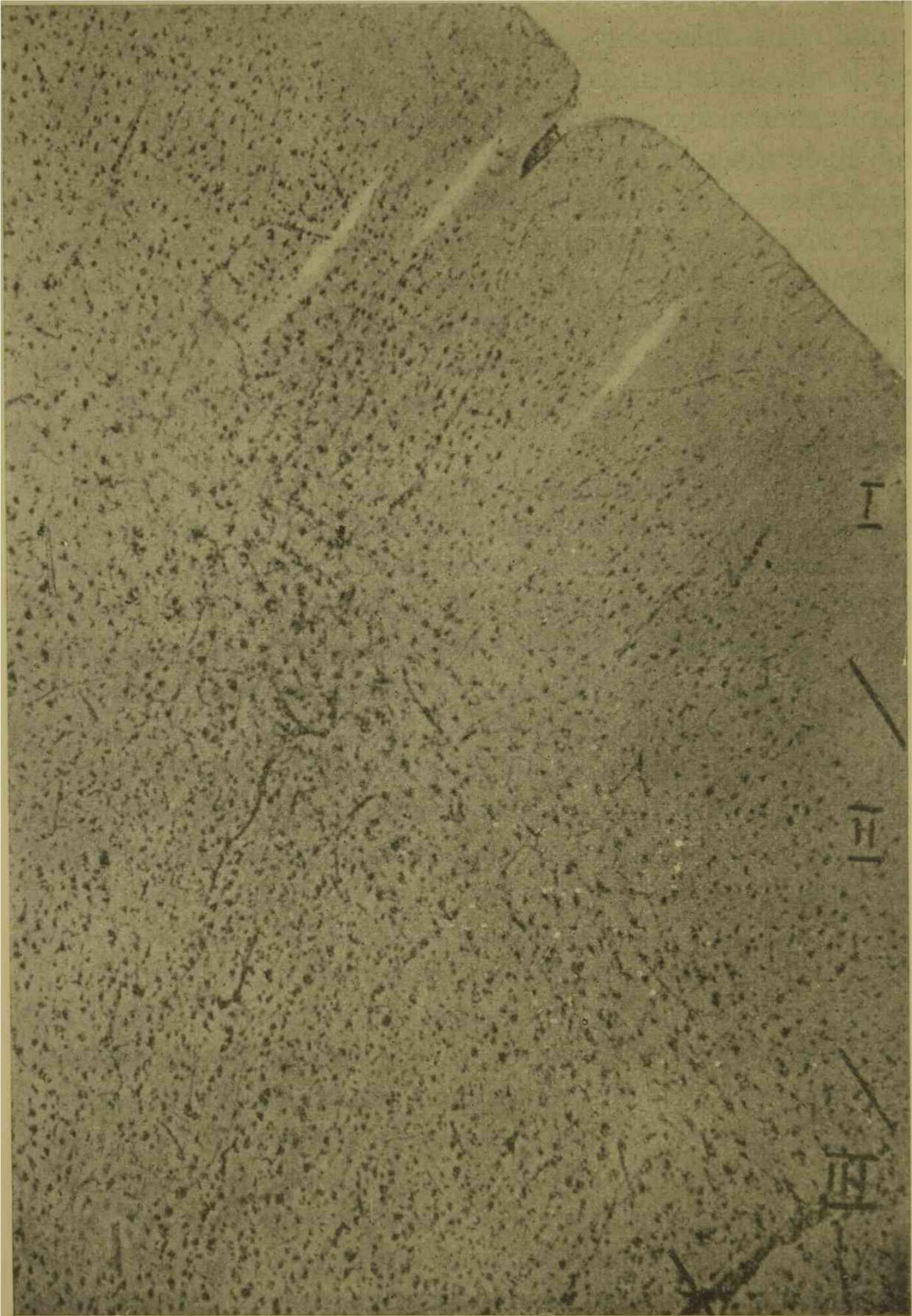
Fernando Morel, de Génova, describió en marzo del año en curso, bajo la denominación provisoria de esclerosis cortical laminar alcohólica, una forma anatómica particular del alcoholismo crónico.

Las investigaciones de Schroeder sobre la arquitectura neuróglia, publicadas en 1935, habían demostrado que en estado normal, las capas I y V de la corteza serían las más ricas en macroglia, siguiéndoles en orden de importancia, la IIª capa y a continuación la IIIª, en la cual la macroglia sería relativamente rara y particularmente delicada.

Fundándose en los resultados de sus estudios sobre 240 cerebros, provenientes de frenasténicos, dementes precoces, epilépticos, paralíticos generales, alcoholistas de diferentes formas clínicas, dementes seniles y por arterioesclerosis cerebral, Morel afirma que la arquitectura neuróglia puede sufrir las transformaciones más profundas.

A ese respecto, utilizando una técnica propia, el método de Globus modificado, descubrió en 4 de los 420 casos estudiados, una banda macróglia de disposición netamente laminar, situada exclusivamente en la IIIª capa de células de la corteza.

Del punto de vista clínico, los 4 casos mencionados encuadraban por su sintomatología, en la forma relativamente rara de demencia alcohólica descrita por los auto-



Región FDM (g). Méthode de Globus modifiée. Grossisst. 23 fois.
Bande névroglie dans la IIIe. couche.

res antiguos con el nombre de pseudoparálisis general alcohólica.

Del punto de vista anatómico, encontró numerosos caracteres comunes concordantes: peso relativamente elevado del cerebro: 1220 gr., 1320 gr., 1480 gr. y 1065 gr.; edema subaracnoideo en los 4 casos; ausencia de leptomeningitis fibrosa típica de la parálisis general, de ependimitis granulosa y de arterioesclerosis cerebral notable.

Del punto de vista histológico, en ninguno de los 4 casos comprobó placas seniles, ni alteración celular de tipo Alzheimer; tampoco comprobó ninguno de los signos propios de la parálisis general: ni infiltración perivascular, ni células en bastoncito, ni ninguna de las reacciones de la neuroglia características de aquella enfermedad, en el conjunto de la corteza cerebral, salvo en la IIIª capa de células.

En lo que atañe a esta última alteración, que no ha comprobado sino exclusivamente en los 4 casos mencionados de demencia alcohólica de forma particular, afirma: “Nuestros 4 casos han presentado una proliferación de la neuroglia extremadamente neta y verdaderamente sistematizada. No se trata de islotes neuróglícos, situados sobre todo en esta IIIª capa, particularmente vulnerable, de nidos discontinuos, que puedan en algunos sitios revestir un aspecto laminar, pero que serían en realidad pseudolaminares. Se trata aquí de una napa continua y limitada a la IIIª capa, a la que invade sobre todo en los dos tercios externos, de una manera sistemática y con arreglo a una densidad constante”.

La microfotografía adjunta, que he reproducido del trabajo de Morel, ilustra acerca de los caracteres de la mencionada banda neuróglíca.

Agrega Morel que las regiones simétricas del cerebro han mostrado siempre una similitud sorprendente en cuanto a la extensión y a la intensidad de la proliferación neuróglíca; y por otra parte, que todas las regiones cerebrales están lejos de presentar esta alteración con la misma nitidez. En efecto, el más atacado es el lóbulo frontal

y particularmente las regiones FDm y FDp del mismo, mientras que la circunvolución frontal ascendente muestra de manera mucho menos neta la proliferación laminar, que reaparece más acentuada en la región parietal y tiende a desaparecer a medida que se aproxima al lóbulo occipital.

En lo que respecta al estado mismo de los elementos neuróglícos constitutivos de la referida banda, según Morrel se puede hablar de hiperplasia, hipertrofia y alteración de los astrocitos de la IIIª capa.

La microglia sufriría también una transformación: mientras que en el resto de la corteza es relativamente fina y delicada, tiende a engrosarse en la IIIª capa y sobre todo a tornarse, como en la parálisis general, alargada, rectilínea, con una orientación paralela a las fibras radiadas.

Las alteraciones de las células nerviosas de la IIIª capa no presentaron, en ninguno de los 4 casos, particularidades características.

De todo lo expuesto se infiere que el substrato anatómopatológico de las psicopatías alcohólicas, comporta alteraciones celulares múltiples y variadas de los centros nerviosos y proliferación neuróglíca.

Las alteraciones celulares revisten los caracteres de lesiones crónicas en unos casos y los de lesiones agudas en otros, combinándose con frecuencia ambos tipos de alteraciones y redundando también, a veces, en formas intermeditarias entre ambos.

Las alteraciones crónicas, traducidas por estado de rarefacción de las granulaciones de Nissl que puede llegar a la acromatosis completa, atrofia celular de grado variable, opacidad del núcleo, etc., pertenecen a la categoría genérica de lesiones que traducen el proceso anatómopatológico consecutivo a todas las intoxicaciones crónicas, sea cual fuere la naturaleza del agente tóxico, y que tratándose del alcohol predominan en los casos de demencia alcohólica.

Las alteraciones agudas, traducidas por: estado glo-

buloso de las células, núcleo periférico, procesos de cromodifusión más o menos acentuados, disolución cromática central, estado pulverulento, estado de coloración pálida difusa uniforme, estado de imbibición de la substancia cromática, etc., pertenecen a la categoría genérica de lesiones que traducen el proceso anatómopatológico dependiente de los fenómenos más o menos recientes de intoxicación y que se manifiestan clínicamente por accesos psicopáticos subagudos.

No existe ninguna correlación entre los diversos tipos de alteraciones celulares y determinadas formas clínicas de la enfermedad.

La proliferación neuróglia no reviste particularidades diferenciales en las psicopatías alcohólicas. Recientemente F. Morel ha descrito con el nombre provisional de esclerosis cortical laminar, una forma particular de hiperplasia, hipertrofia y alteración de los astrocitos de la III^a capa cortical, que afecta la forma de una banda o napa limitada a la mencionada capa y que traduciría una lesión anatómopatológica propia de la forma relativamente rara de demencia alcohólica descrita por los autores antiguos con el nombre de pseudoparálisis general alcohólica.

Observación personal

Las comprobaciones micrográficas que ilustran este capítulo, corresponden al examen anatómopatológico de un caso de psicopatía alcohólica, cuyo encéfalo me fué proporcionado por el Jefe de trabajos prácticos del Instituto de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, Doctor Alberto Bonhour. Para practicar las investigaciones respectivas, he contado con la colaboración indispensable del Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica del hospicio de Melchor Romero, Prof. Lisandro Galíndez.

He aquí los datos consignados en la historia clínica, redactada en el Servicio N^o 6 del hospicio de las Mercedes, donde estuvo internado el paciente desde el 1^o hasta el 20 de junio del año en curso, fecha en que se produjo el deceso.

“B. R. 79 años, español, casado, comerciante.

“Antecedentes familiares. — Padres fallecidos; el padre fué alienado y buen bebedor. Tiene 7 hermanos y han fallecido 6, igno-

rando las causas. Tuvo 10 hijos, de los cuales fallecieron 2 al poco tiempo de haber nacido; los restantes viven y son sanos.

“Antecedentes personales. — Viruela a los 12 años. Fué internado por primera vez en el hospicio de las Mercedes en 1920, por un episodio subagudo de alcoholismo con ideas de persecución; al cabo de 6 años de permanencia en este establecimiento, fué conducido al “Open Door”, de donde fugó 2 años más tarde. De regreso a su hogar, observó buen comportamiento y desde marzo de este año se halla sometido a tratamiento médico por “hipertensión arterial”, refiriendo sus familiares que ha sufrido en dos oportunidades ataques, al parecer de “congestión cerebral”.

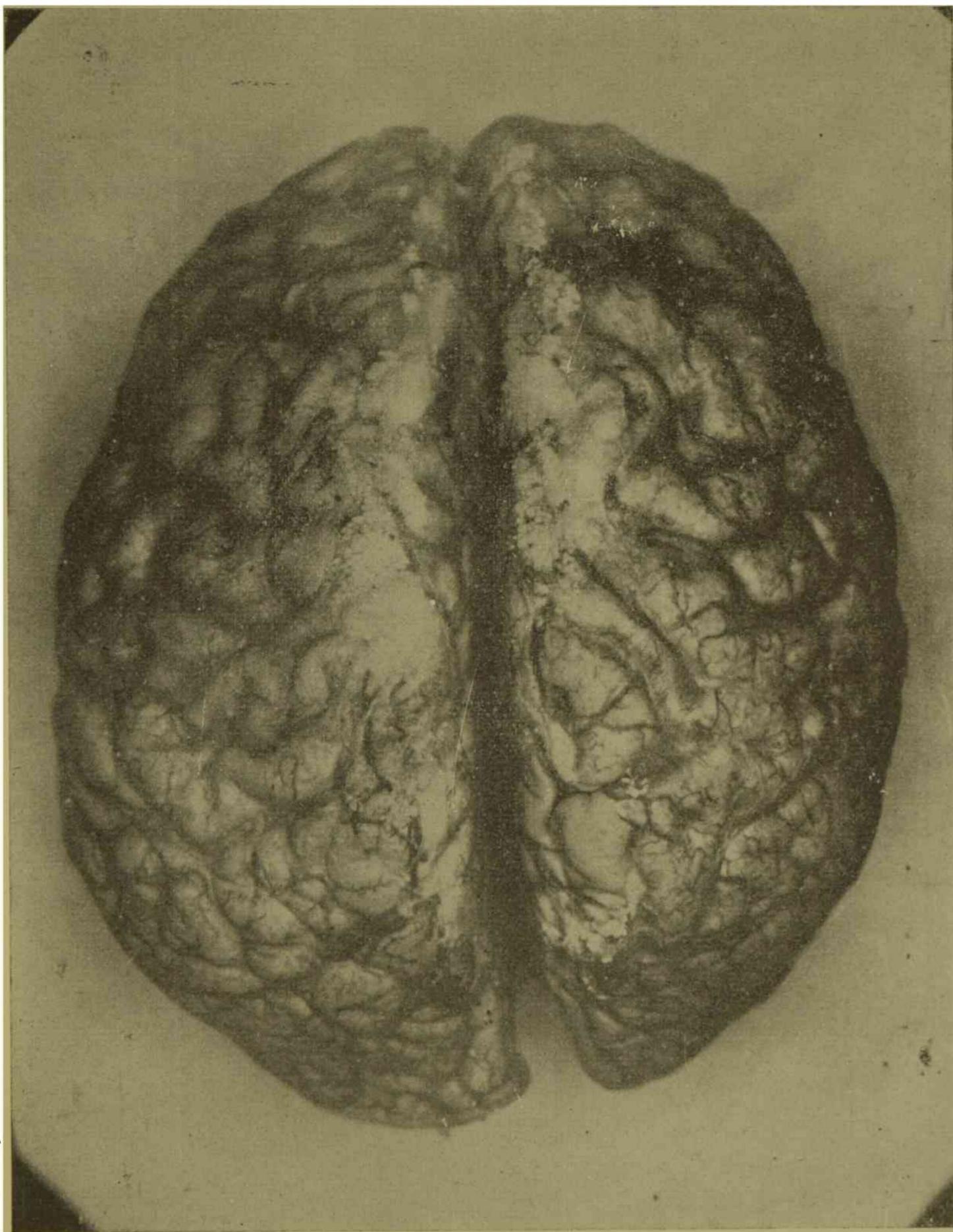
“Enfermedad actual. — Desde el mes de febrero del año en curso ha reincidento en el hábito alcohólico immoderado, que motivó su internación anterior. Ha amenazado de muerte a sus familiares porque le niegan el dinero que pide, ha evidenciado graves anomalías de conducta y padece de insomnio.

“Junio 2 de 1939. — Ingresó al hospicio en la tarde de ayer. Regular estado de nutrición. Alcohólico crónico, con abundantes estigmas evidentes. Se presenta tranquilo durante el examen. Es difícil atraer su atención, está desorientado en tiempo y lugar y exhibe perturbaciones de memoria; relativa coherencia y precario vigor del juicio; protesta por su internación y niega los actos de violencia, amenazas, etc. que le atribuyen sus familiares; se queja de malos tratos. Diagnóstico: Síndrome demencia y alcoholismo crónico.

“Junio 5 de 1939. — Continúa en el mismo estado. Manifiesta que su internación constituye un abuso de sus familiares, quienes procuran de ese modo gozar de mayor libertad.

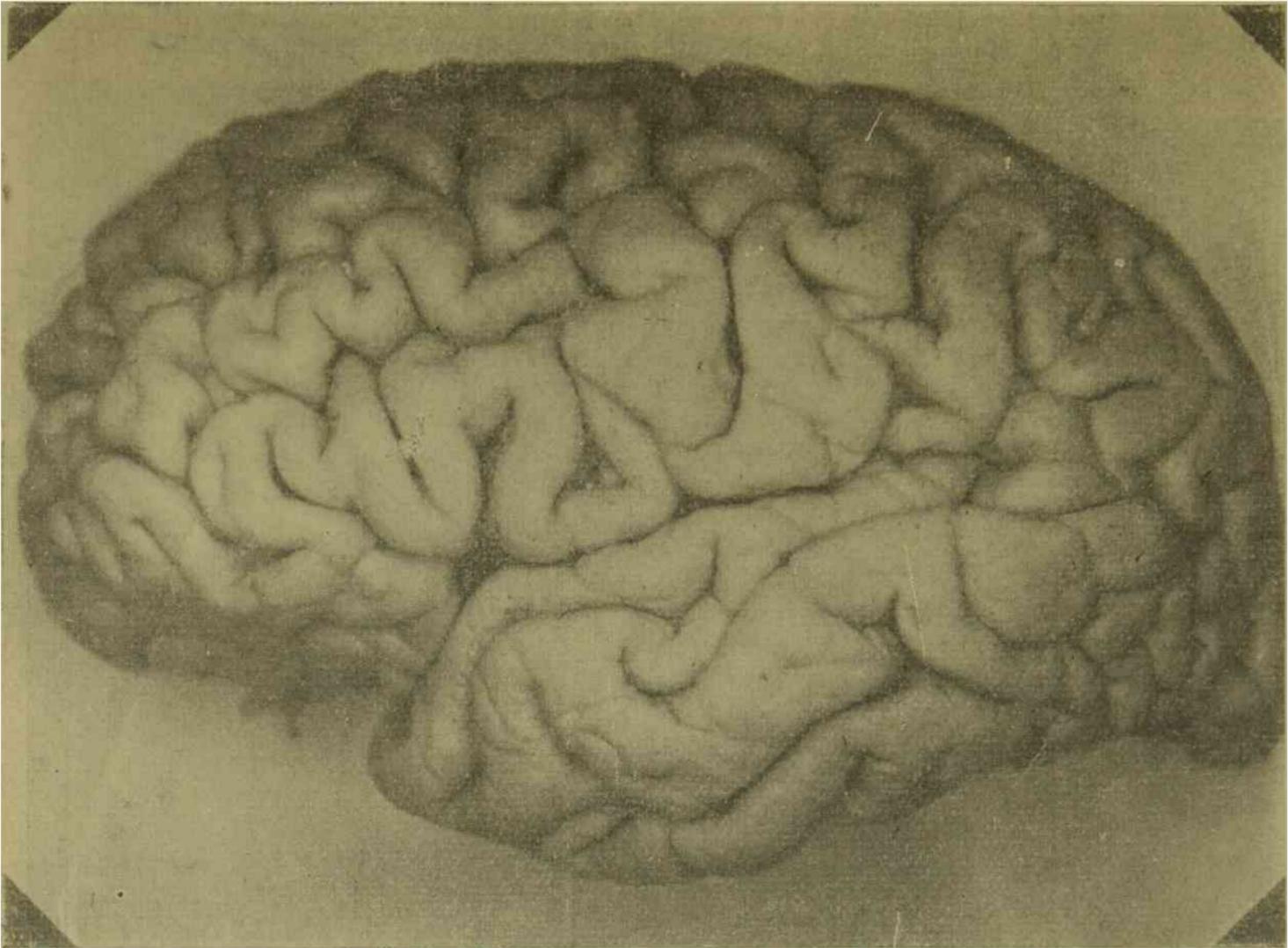
“Examen somático. — **Aparato circulatorio:** la punta se percute y se palpa en el 6º espacio intercostal, por fuera de la línea mamilar; el segundo tono se oye reforzado y áspero en el foco aórtico, los demás son normales; el pulso es rítmico, regular, igual y de frecuencia normal (75 por minuto); la tensión arterial máxima es de 14 y la mínima de 9 (Pachon). — **Aparato respiratorio:** la inspección, palpación y percusión, no revelan anormalidades dignas de mencionar. — **Aparato digestivo:** faltan numerosas piezas dentarias; lengua cubierta de saburra y animada de temblores finos; apetito conservado, digestiones regulares y constipación crónica; abdomen depresible, sin zonas dolorosas; hígado algo doloroso a la palpación profunda. — **Aparato génito-urinario:** nada de particular. — **Sistema nervioso:** masas musculares sin atrofia ni modificación del tonismo; motilidad activa y pasiva, normal; temblor fino de la lengua y los dedos; fuerza muscular conservada; reflejos tendinosos vivos; reflejos músculo-cutáneos normales, lo mismo que la sensibilidad super-

Nº 1



Macrofotografía del cerebro. — Se observan adherencias meningeas en la parte media de la convexidad. (Caso personal).

Nº 2

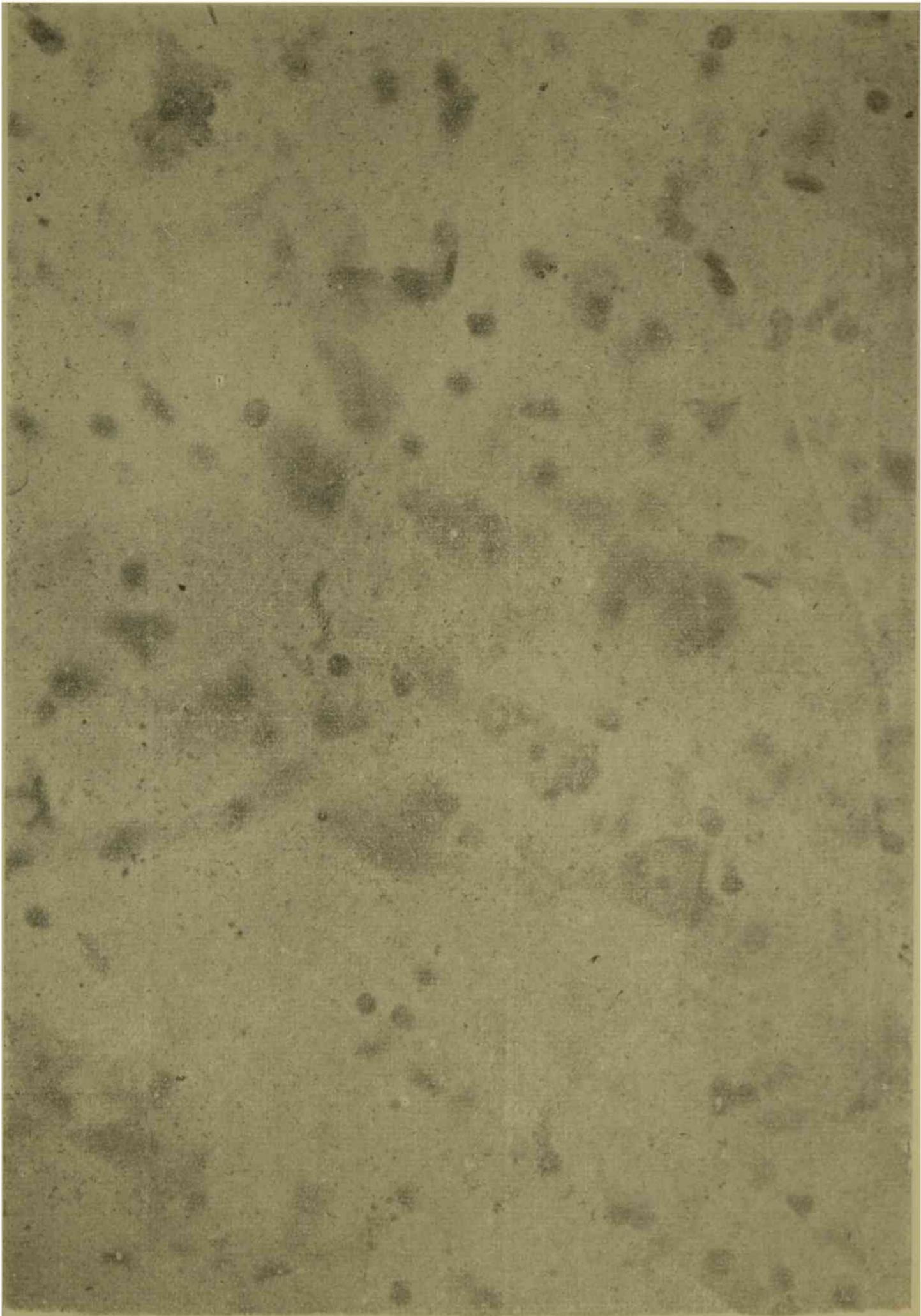


Macrofotografía del cerebro. — Se observa la atrofia de las circunvoluciones.

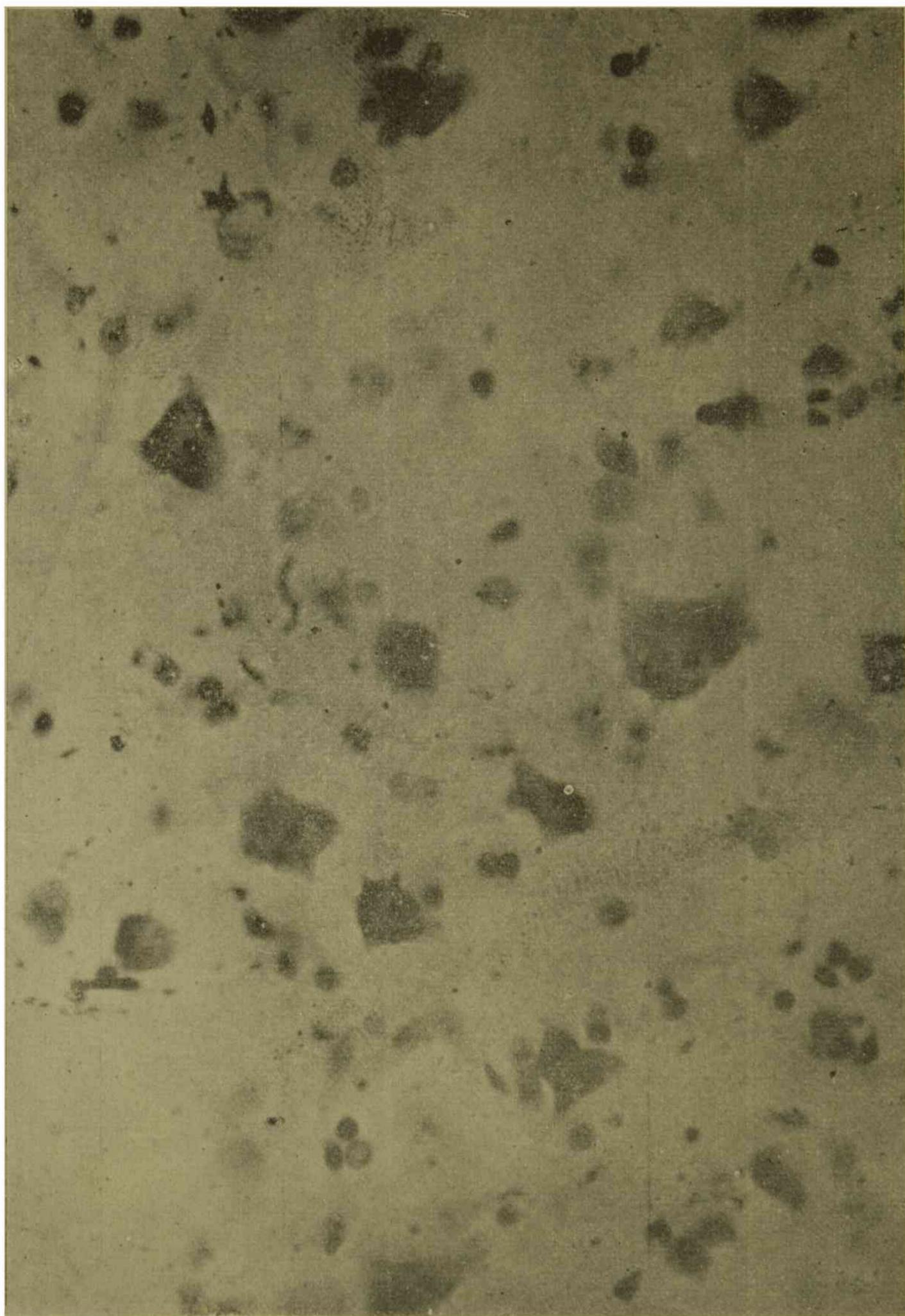
Nº 3



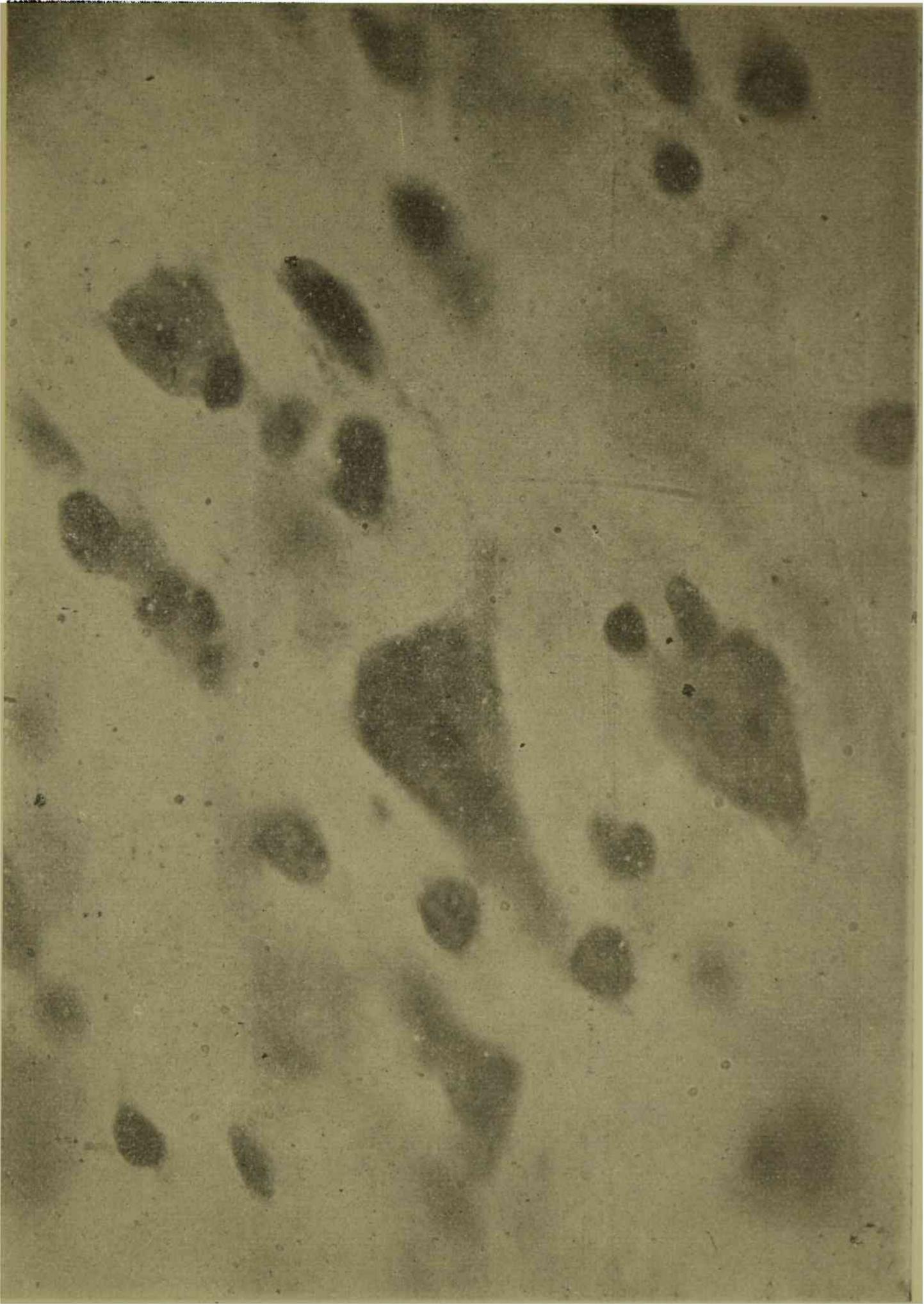
Campo PC de von Economo.



Campo FAJ de von Economo. — Células piramidales atróficas.



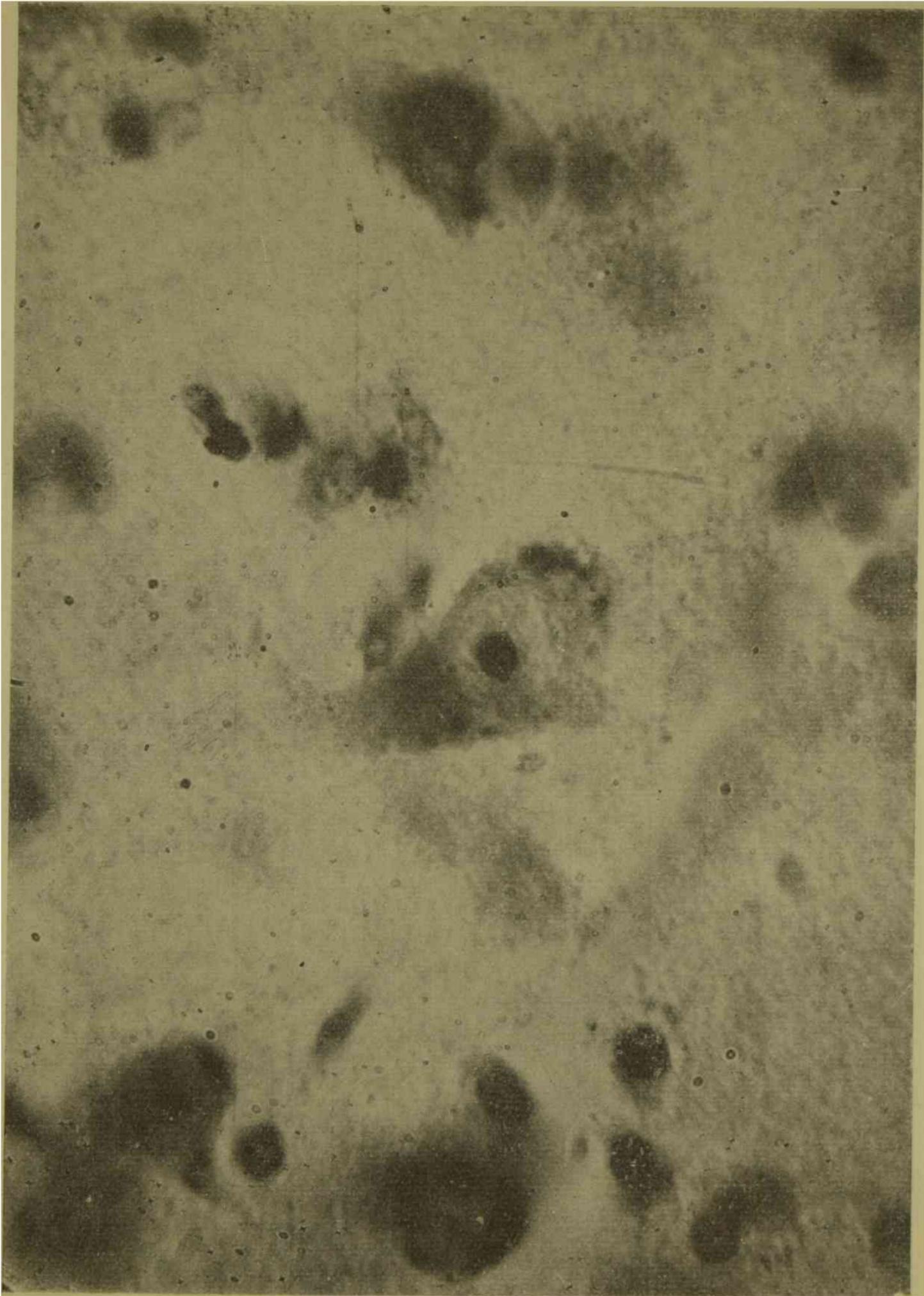
Campo FAJ de von Economo. — Células piramidales atróficas.



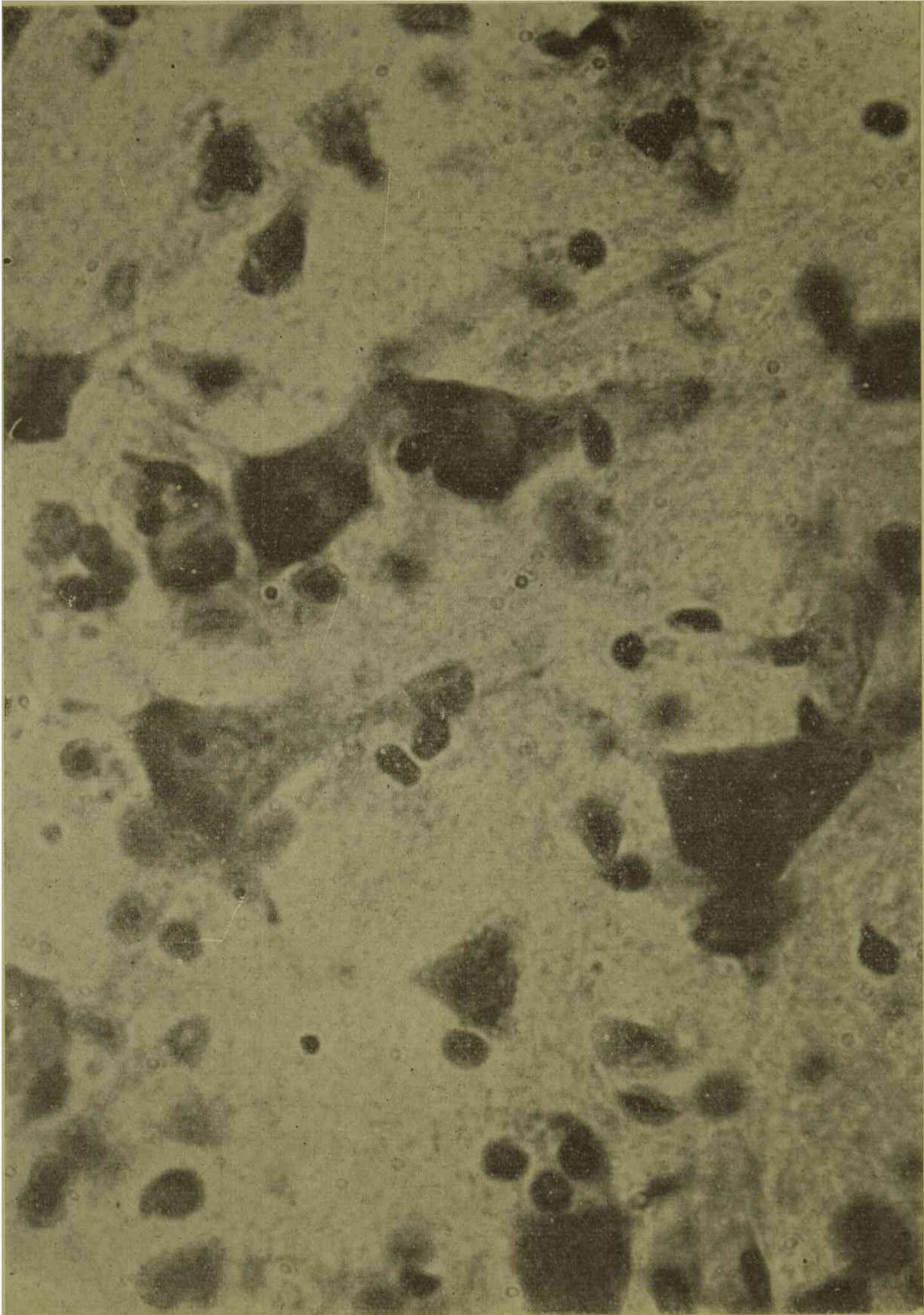
Campo FAJ de von Economo. — Células piramidales de la 5a. capa, en avanzado estado de atrofia. Método de Nissl. Ocular 12X
Objetivo 12/1 de inmersión.



Campo FAJ de von Economo. — Células piramidales de la 5a. capa, en estado de atrofia y con el fenómeno denominado neuronofagia. — Método de Nissl. — Ocular 12X Objetivo 12/1 de inmersión.



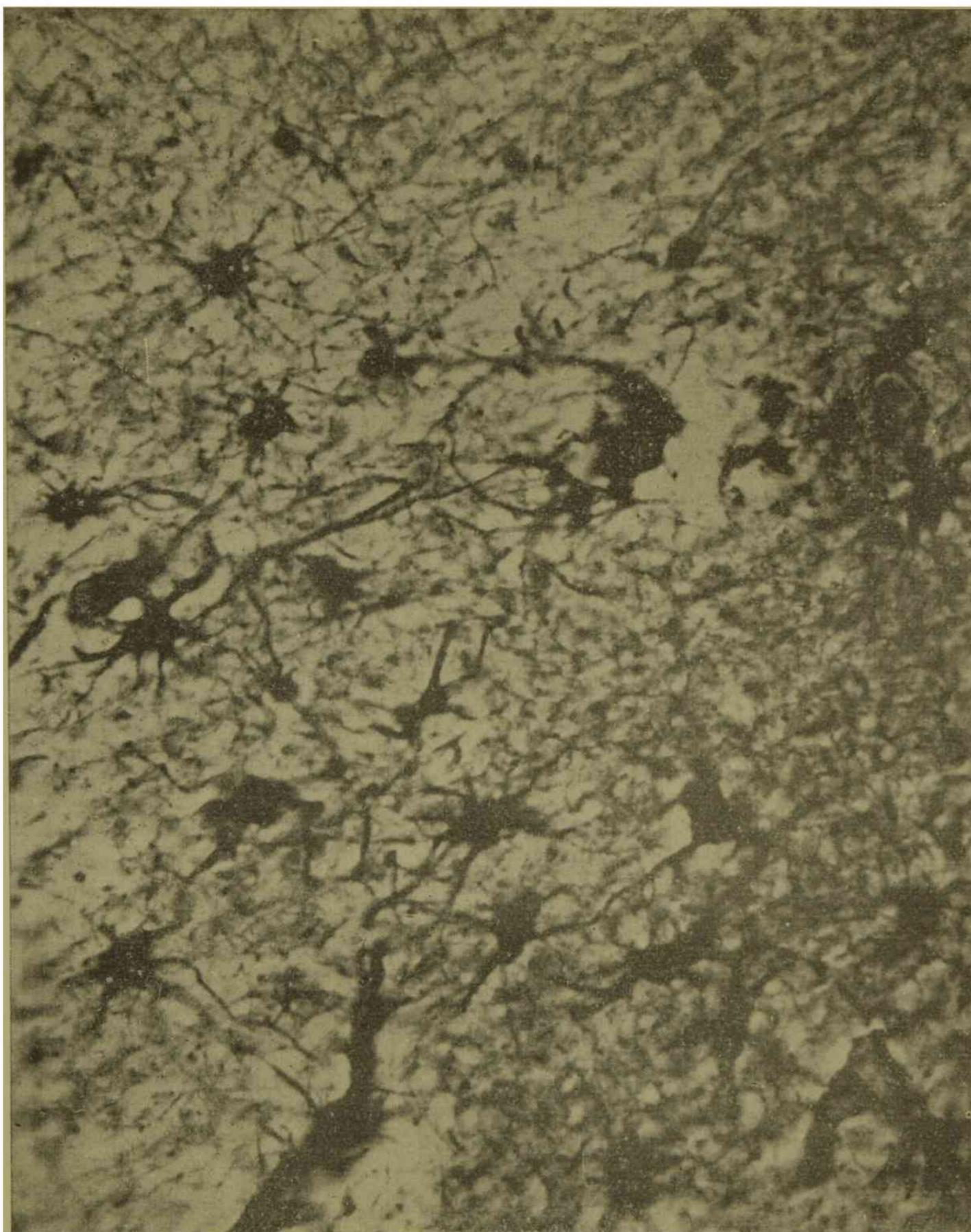
Campo FAJ de von Economo. — Células piramidales de la 5a. capa, en avanzado estado de atrofia. — Método de Nissl. — Ocular 12X
Objetivo 12/1 de inmersión.



Células piramidales con lesiones atróficas, en distintos grados de evolución. — Método de Nissl. — Ocular 12X Objetivo 6L.

ficial y profunda; pupilas iguales, céntricas, reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación.

Nº 10



Profileración de la neuroglia en la corteza. — Método de Rio-Hortega. — Ocular 12X Objetivo 6L.

“Junio 14 de 1939. — Temperatura 37°3. Pulso taquicárdico, regular e igual. Tonos cardíacos modificados, sin poderse precisar su estado, debido a las dificultades derivadas de la acentuada inquietud que presenta el enfermo. No se advierte a la auscultación

pulmonar sino disminución del murmullo vesicular y discreta cantidad de rales en la región del vértice izquierdo. El enfermo fallece en 20 de junio de las 3 y 30 horas.

“Autopsia: Peso del encéfalo antes de formolizado: 1497 gr. Congestión y edema de las meninges. Sufusiones hemorrágicas discretas en ambos hemisferios. Arterias de la base con placas de ateroma”.

Nº 11



Profileración de la neuroglia en la corteza. — Método de Rio-Hortega. — Ocular 12X Objetivo 6L.

El examen anátomopatológico me permite efectuar las comprobaciones descritas a continuación:

Meninge dura adherida a las meninges blandas en la parte

Nº 12



Corteza del campo FAJ de von Economo. — Método de Rio Hortega para la neuroglia. No se observa esclerosis laminar de la 3ª capa.
— Ocular 12X Objetivo 3L.

media de la convexidad (macrofotografía 1); meninges blandas opalescentes en los dos lóbulos frontales. Dilatación de los vasos y sufusiones sanguíneas a nivel de la 1ª y 2ª circunvoluciones frontales izquierdas. Arterias de la base de consistencia dura, producen al tacto la sensación de canutos de plumas y presentan placas de mayor consistencia y de color amarillento. En el hemisferio derecho se observa atrofia de las circunvoluciones frontoparietales y en el izquierdo de las frontoparietales y la 1ª temporal (macrofotografía 2).

Cortes vérticotransversales: adelgazamiento de la corteza en los lóbulos frontal y parietal; se observa en todos los cortes que los pequeños vasos son visibles y su luz apreciable. Discreta dilatación ventricular.

Examen microscópico: Ausencia de placas seniles, minuciosamente investigados mediante la técnica de Bielschowsky. Tampoco he podido comprobar la esclerosis laminar de la 3ª capa de células de la corteza, descrita recientemente por F. Morel, microfotografía nº 12).

Corteza cerebral, regiones frontal y parietal, áreas PC y FAJ de von Economo; columnas celulares conservadas, faltan muchas células piramidales atrofiadas, en distintos períodos de evolución: rarefacción cromática, acromatosis, nucleo opaco, sombras celulares, etc. Método de Nissl, (microfotografías 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9).

Hiperplasia neuróglia, nucleos de neuroglia alrededor de células piramidales. Método de del Río Hortega. (Microfotografía 10 y 11).

En síntesis, la autopsia permitió comprobar las lesiones que presentan todos los pacientes intoxicados crónicamente por el alcohol y el examen microscópico reveló la existencia de lesiones celulares crónicas en distintos períodos de evolución y proliferación neuróglia.

Conclusiones

El hábito alcohólico inveterado produce alteraciones anatómicas que se traducen por fenómenos físicos y psíquicos particulares, cuyo conjunto constituye la expresión clínica del alcoholismo crónico, estado de enfermedad mental que no comporta alienación.

A favor del terreno preparado por el alcoholismo crónico, la acción de factores ocasionales diversos, es susceptible de desencadenar episodios de alienación mental, que constituyen los accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo.

Los accesos psicopáticos subagudos pueden revestir los siguientes tipos clínicos: confusión mental alcohólica, delirio agudo alcohólico, alcoholismo subagudo con ideas de persecución, alcoholismo subagudo con agitación o “manía alcohólica”, alcoholismo subagudo con depresión o “melancolía alcohólica”, delirium tremens y psicosis polineurítica alcohólica de Korsakoff.

Sea cual fuere la forma clínica bajo la cual se presentan, el carácter constante y esencial de los accesos psicopáticos subagudos de alcoholismo, lo constituye la expresión clínica de la confusión mental, a la que suelen sobreagregarse otros fenómenos, tales como: agitación, depresión, ideas delirantes, etc., que dependerían de las disposiciones individuales propias de cada sujeto y en los cuales se funda la diferenciación de las diversas formas clínicas que pueden revestir los accesos.

La reproducción frecuente de los accesos psicopáticos o su estabilización, conduce secundariamente a estados crónicos de alienación mental, que pueden revestir la forma de delirio sistematizado o de demencia alcohólica.

Las alteraciones celulares provocadas por el alcohol en los centros nerviosos son múltiples y variadas; presentan los caracteres de lesiones agudas en unos casos y los de lesiones crónicas en otros; con frecuencia se comprueban, además, combinaciones de los dos tipos de lesiones y formas intermediarias entre ambos. Estas alteraciones celulares coexisten con proliferación neuróglia más o menos acentuada.

La investigación anatómopatológica demuestra que no existe correlación alguna entre los diversos tipos de alteraciones y determinadas formas clínicas de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

Borda, José T. — Contribución al estudio de las alteraciones celulares de los centros nerviosos en las formas graves de las psicosis alcohólicas. — “Revista de la Sociedad Médica Argentina”, Volumen XVII, año 1909.

- Borda, José T.* — Algunas consideraciones sobre los síntomas maníacos y melancólicos. — “Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal”, año XX, N^o 117, mayo-junio de 1933.
- Benon R.* — L’Alcoolisme cérébral. París 1924.
- Bonhour, Alberto.* — Alcoholismo crónico; episodios mentales subagudos; demencia; reblandecimiento. — “Revista Médica Latino-Americana”. año XXII, N^o 263, agosto de 1937.
- Morel, Ferdinand.* — Une forme anatomo-clinique particulière de l’alcoolisme chronique: Sclérose corticale laminaire alcoolique. — “Revue neurologique”. Bulletin Officiel de la Société de Neurologie de París, tome 71, N^o 3, marzo de 1939.
- “Handbuch der Neurologie” de Bumke y Foerster. Vol. I, 1935.
- Schroeder A. H.* — Gliarchitektonik des Zentralnervensystems. —
- Korsakoff S.* — De la paralysie alcoolique. Thèse. Moscou 1887. Ann. méd. psych., 1889 II. Análisis del Dr. S. Lwoff.
- Kraepelin E.* — Psicología del alcoholismo. — “Revista de Crim. Psiq. y Med. Legal”, abril de 1917.
- Cabred D.* — Informe sobre la locura alcohólica. 1903.
- Laignel-Lavastine M., Barbé André et Delmas.* — La Pratique Psychiatrique. 2e. Edition, París 1929.
- Levy-Valensi.* — Psiquiatría. 1a. edición. Barcelona 1930.
- E. Tanzi y E. Lugaro.* — Trattato delle Malattie Mentali. Milán 1923.
- E. Régis.* — Tratado de Psiquiatría. 4a. edición. Trad. de C. Juarros. Madrid.
- O. Bumke.* — Tratado de las enfermedades mentales. 2a. edición. Trad. de Mira E. Barcelona.
- Roubinovitch J.* — Alcoolisme. En “Traité de Pathologie Mentale” de Gilbert Ballet. París 1903.
- E. Kraepelin.* — Trattato di Psichiatria. Trad. de G. Guidi. Milán.
- Rogues de Fursac, J.* — Manuel de Psychiatrie. París 1923.

RESUME

Expression clinique et anatomie pathologique de l’alcoolisme mental; par le Dr. Roberto Ciafardo; Professeur Suppléant de Clinique Psychiatrique de l’Université Nationale de La Plata.

L’habitude alcoolique invétérée produit des altérations anatomiques qui se traduisent par des phénomènes physiques et psychiques particuliers. Cet ensemble constitue l’expression clinique de l’alcoolisme chronique, état de maladie mentale que ne comporte pas d’aliénation.

En faveur du terrain préparé par l’alcoolisme chronique l’action de facteurs occasionnels divers est susceptible de déchaîner des

episodes d'aliénation mentale, que constituent les accès psychopatiques subaigües de l'alcoolisme.

Les accès psychopatiques subaigües peuvent revêtir les suivants types cliniques: confusion mentale, alcoolique; délire alcoolique, alcoolisme subaigüe avec des idées de persécution; alcoolisme subaigüe avec agitation ou "marie alcoolique"; alcoolisme subaigüe avec dépression ou "mélancolie alcoolique" délirium tremens et psychose polynévritique alcoolique de Korsakoff.

Il n'importe pas la forme clinique sous laquelle elles se présentent, le caractère constant et essentiel des accès psychopatique subaigües de l'alcoolisme, est constitué par l'expression clinique de la confusion mentale, à laquelle on peut agréger d'autres phénomènes, tels que: l'agitation, la dépression, des idées délirantes, etc., celles-ci dépendraient des dispositions individuelles propres de chaque sujet. Nous pouvons établir la différence des diverses formes cliniques qui peuvent avoir les accès.

La reproduction fréquente des accès psychopatiques ou sa stabilité, amène en second lieu, aux états chroniques de l'aliénation mentale, qui peuvent avoir la forme de délireum systématisé ou de démence alcoolique.

Les altérations cellulaires provoqués par l'alcool dans les centres nerveux sont multiples et variés: elles présentent les caractères de lésions aigües dans quelques cas et des lésions chroniques dans d'autres; on prouve, avec fréquence, les combinaisons de deux types de lésions et des formes intermédiaires entre tous deux. Ces altérations cellulaires coexistent avec une prolifération névrologique plus ou moins accentuée.

L'investigation anatomopathologique, démontre qu'il n'existe pas aucune corrélation entre les divers types des altérations et déterminées formes cliniques de la maladie.

ABSTRACT

Clinical expression and pathological anatomy of mental alcoholism; by Dr. Roberto Ciafardo; Suplente Professor of Psychiatry of the National University of La Plata.

Inveterate alcoholic habitude produces anatomic alterations which are shown as particular physic and psyquical phenomenons and the whole forms clinical expressions of chronic alcoholism state of mental sickness that doesn't tolerate alienation.

In behalf of the field prepared by chronic alcoholism, the action of several casual agents, may unchain episodes of mental alienation, which constitute psychopatic subacute access of the alcoholism.

Psychopatic subacute access may be of these clinic types: mental alcoholic confusion; alcoholic delirium; subacute alcoholism with ideas of persecution, subacute alcoholism with agitation or "alcoholic mania"; subacute alcoholism with depression or "alcoholic melancholy"; delirium tremens and Korsakoff polyneuritic alcoholic psychoses.

It doesn't matter the clinic form as they show themselves, the constant and essential character of psychopatic subacute access of the alcoholism, clinical expression of mental confusion constitutes it and we must add other phenomenons, such as: agitation, depression, delirant ideas, etc., that would depend of the individual dispositions of every fellow. We can establish the difference of diverse clinic form that may have the access, in those fellows.

The frequent reproduction of psychopatic access or its firmness, leads secondarily to chronic states of mental alienation that may be as systematize delirium or delirium of alcoholic insanity.

Celular alterations provoked by alcohol in nervous centre are multiple and several; they have the characters of acute wounds in some cases and those of chronic ones in others; besides, we prove oftentimes combinations of the two types of wounds and intermedia-tor forms. These celular alterarions coexist with neurological proliferation more or less accentuated.

Anatomopathological investigation, prove that doesn't exist any correlation between the different type of alterations and determined clinic forms of the sickness.