

CLINICA INTERNA.

Contribución al estudio del Delirio Inicial del Tifo Exantemático, por el Dr. Juan Peón del Valle.

Las manifestaciones delirantes pueden aparecer durante tres momentos distintos de la evolución del Tifo Exantemático: pueden presentarse como manifestación inicial de la enfermedad, en los primeros momentos de su evolución; pueden constituir una parte del cortejo febril, cuando la enfermedad está ya claramente establecida, y pueden, por último, aparecer en un período más ó menos avanzado de la convalecencia, cuando todo síntoma tífico ha desaparecido ó se halla próximo á desaparecer.

En los dos últimos casos, las perturbaciones psíquicas del Tabardillo ofrecen poca importancia, desde el punto de vista que conservaré en este trabajo; constituyen el síndrome confusional, bien descrito por los alienistas como consecuencia de la acción de ciertas toxinas sobre los centros nerviosos, y si en individuos predispuestos, pueden revestir las manifestaciones delirantes, caracteres especiales que las identifiquen con individualidades precisas de la psicopatología, ésto se debe más á la predisposición que á la infección, siendo mucho más importante el papel de la primera, para determinar el cuadro morboso, que el de la segunda, que sólo interviene como causa ocasional.

El Dr. F. Bulman ha tocado alguna vez estas cuestiones, y la descripción que hace del delirio tífico es la de una Confusión Mental con alucinaciones. Yo voy á ocuparme únicamente en el Delirio inicial del Tifo exantemático, porque puede dar y de hecho ha dado lugar á errores de diagnóstico y porque cuando éste se ha hecho, puede fijarse el pronóstico de un modo casi exacto, pues en la gran mayoría de los casos en que este delirio existe, la enfermedad termina por la muerte.

El delirio inicial del Tifo Exantemático puede comenzar de una manera brusca é inesperada, cuando el enfermo parecía gozar de salud completa. Generalmente, es precedido de prodromos: cefalea, anorexia, vértigos y, sobre todo, insomnio. La tenacidad del insomnio y la excitación nerviosa que lo acompaña,

son muy notables: el enfermo, no solamente no siente necesidad de dormir durante el día, para recuperar el sueño perdido durante la noche, sino que, en algunos casos, le parece tener más energía que de ordinario para trabajar.

El verdadero delirio se establece repentinamente: he sabido de un enfermo que entró á un teatro sin presentar la menor perturbación y que, violentamente, salió de la sala, causando gran escándalo, porque la vió envuelta en llamas, y siguió delirando por algunos días hasta que murió con todo el cuadro del tifo exantemático.

E. Kraepelin refiere el caso de una enferma que, después de haber desempeñado en el día sus quehaceres domésticos, se queja de gran calor al medio día y después es presa de gran agitación. creyendo que la va á capturar la policía, que la van á sentenciar á muerte y á quemarla viva. (1)

Las ideas delirantes se suceden rápidamente, pero todas tienen un carácter terrorífico más ó menos marcado. Este carácter domina también en las alucinaciones, las que son múltiples y afectan á todos los órganos de los sentidos. En estos momentos es imposible obtener respuesta alguna del enfermo, el cual, sin embargo, no deja de hablar, ya sea refiriéndose á sus alucinaciones, como si se las mostrara á sí mismo, ya dirigiéndose á ellas. Sus frases son incoherentes, bruscas, entrecortadas y muy cortas; casi siempre traducen el miedo, el que se pinta también en el semblante y guía la mayor parte de los actos del paciente. Tan pronto se abraza éste á los que lo rodean pidiéndoles socorro, como los rechaza bruscamente y se hace agresivo, para defenderse contra ellos, en quienes ve un peligro inminente; ya se repliega en su cama, y busca abrigo en la inmovilidad, y ya salta y trata de huir despavorido por las puertas ó las ventanas.

Este terror, con ser intenso, no presenta la duración ni la firmeza que es propia de otras variedades de delirio, sino que á ratos es substituído por períodos de indiferencia, durante los cuales la incoordinación de las frases se conserva; el enfermo continúa hablando consigo mismo, y muy difícilmente, pero de un modo casi constante, se puede conseguir una respuesta, si se le interroga con energía y constancia. Este estado se acentúa más y

(1). E. Kraepelin. —Lectures on Clinical Psychiatry. —(N. York, Wood & Co, 1906). Pag. 110.

más con el avance de la enfermedad: el enfermo habla constantemente con voz monótona y baja; su intranquilidad es excesiva: se sienta, se vuelve á acostar, trata de ponerse de pie y de salir del cuarto, forcejeando con sus guardianes para conseguirlo; su mirada, perdida á lo lejos, sólo por momentos se fija en sus interlocutores reales, para no perder de vista á los imaginarios; la fisonomía no expresa un estado de ánimo determinado y tiene algo de asombro; pero no del asombro inteligente, del que aprecia lo extraordinario de una maravilla, sino de la sorpresa particular del idiota que no se da cuenta de lo que está viendo.

Los movimientos no son atáxicos, ni hay la menor huella de paresia en los músculos: son inciertos, como vacilantes, porque no los guía una voluntad sostenida en un sentido preciso y porque aparecen desde el segundo ó tercer día el temblor y el vértigo. El primero es un temblor de pequeñas oscilaciones irregulares; el vértigo determina la inestabilidad en la estación de pie, la inseguridad y el bamboleo durante la marcha.

En estos momentos la boca está seca, con fuliginosidades; la piel seca y poco caliente; la cara pálida, con grandes ojeras, la conjuntiva inyectada de sangre; el pulso frecuente, la temperatura poco elevada, es de 37°5 en la mañana y de 38° cuando más en las tardes; frecuentemente es inferior á 37° durante todo el día, lo cual unido á la dificultad de explorar á los enfermos en estas condiciones, es causa de que el diagnóstico no se haga oportunamente, si no se está prevenido de la posibilidad de un tifo.

Poco á poco la indiferencia del enfermo va aumentando; con la imposibilidad de ponerse de pie por la debilidad creciente y por el vértigo que lo hace caer, aumenta la intranquilidad del paciente en la cama, donde no cesa de mover los miembros y de volver la cara en uno y otro sentido. Casi constantemente en el decúbito dorsal, el enfermo cae poco á poco en un estupor que, con el tiempo, se transforma en un verdadero *coma vigil*. Habla sin cesar palabras incoherentes y á veces ininteligibles. Cuando se le llama enérgicamente, se le puede hacer salir de este estado y obtener una respuesta, siempre vaga, raras veces exacta y que nunca tiene más de dos ó tres palabras. En estas condiciones el enfermo puede morir, sin que la temperatura haya llegado más allá de 38°.

El carácter del delirio acompañado de múltiples alucinacio-

nes; la temperatura relativamente baja; la imposibilidad de obtener datos y de hacer un examen completo, debido ésto al estado del enfermo, son circunstancias que hacen difícil el diagnóstico para el médico alienista y casi imposible para el que no está avezado á esta especialidad. Así, me ha sucedido recibir en el Hospital para Mujeres Dementes enfermas que llevan el certificado de tener puramente un padecimiento cerebral y que, en realidad, están atacadas de un tifo exantemático que se inicia por el delirio en que me estoy ocupando. Por fortuna, en todos los casos he podido hacer el diagnóstico desde los primeros momentos y tomar las precauciones necesarias para evitar la propagación de la enfermedad en el Establecimiento á mi cargo. En esta memoria he querido condensar el cuadro clínico que he observado en estos casos de delirio inicial tífico, para que pueda ser aprovechada esta experiencia por los médicos en casos semejantes.

El diagnóstico del Delirio Inicial del Tifo puede fundarse en los caracteres que se le reconozcan en el momento del examen y en los antecedentes de la enfermedad. Estos antecedentes raras veces se obtienen con la precisión suficiente; en algunas circunstancias, pueden inducir al error, como cuando se encuentran hábitos alcohólicos que pueden hacer atribuir al tósigo los efectos de la infección. Cuando hay algo de característico en los principios de la enfermedad, el diagnóstico es de tal manera fácil, que sería inútil ocuparse en él; pero cuando, como acabo de indicar, los antecedentes faltan ó no son lo bastante precisos, los caracteres del delirio tienen una gran importancia y, estudiados cuidadosamente, pueden ser un guía seguro para llegar á reconocer la naturaleza de los fenómenos que se observan. Por supuesto que si se nos presenta un individuo que haya tenido signos claros de enajenación y podemos reconocer en éstos algunos de los característicos de las psicopatías, no será difícil descartar la suposición de un tifo que comience con poca fiebre y delirio. Yo voy á suponer en esta memoria el caso, frecuente en la práctica, de que se carezca de antecedentes y sea preciso atenerse al cuadro clínico del momento.

Este cuadro, cuando corresponde al del delirio tífico, difícilmente podría confundirse con el que se presenta en la Parálisis General. Si esta enfermedad estuviera en su principio y se

tratara de un acceso maníaco pasajero, no faltarían signos para distinguir entre sí estos dos estados, pues mientras que en la Parálisis existirían algunas manifestaciones somáticas como la anisocoria y los caracteres del temblor, en el tifo se reconocería una marcha particular de los fenómenos delirantes, los que, además, estarían mezclados y seguidos de los fenómenos estuporosos, de carácter tan particular como los que he señalado ya. Si se encontrara el enfermo en el período terminal, cuando hay estupor y verdadero estado tifoideo que se podría confundir con el del tabardillo, las huellas del padecimiento, tales como las escaras, las parálisis, el enflaquecimiento, la desigualdad pupilar, etc., no podrían dejar que la vacilación durara mucho tiempo.

En la *Demencia precoz*, tal como la concibió Kraepelin, hay fenómenos que siempre faltan en el tifoso. En la enfermedad de Kraepelin el delirio es menos incoherente y presenta una orientación que falta en el tifo; hay, además, en la Demencia Precoz, *negativismo*, frecuentemente muy notable, en tanto que en el Tifo si el paciente se resiste á obedecer las ordenes y á complacer las súplicas, es porque no comprende lo que se le dice ó es incapaz de fijar la atención, para llevar á cabo lo que se le pide; pero, en realidad, no hay verdadera resistencia como en la enfermedad que nos ocupa. En la Demencia Precoz existen la estereotipía de las palabras, de las actitudes y de los gestos; la catatonía, la obediencia automática, y en fin todas las perturbaciones motoras que faltan en el delirio inicial del Tifo.

Yo recuerdo el caso de una enferma de 18 años, degenerada, que repentinamente, á media noche, empezó á llamar gente á su lado, á hablar con alguna incoherencia y á mostrar grande intranquilidad. Al día siguiente la intranquilidad era aún mayor y tuvo alucinaciones de la vista y del oído. A pesar de la agitación, se resistía tenazmente á dejar la cama, asegurando que no podía levantarse porque la noche anterior había dado á luz un niño. La temperatura en esos momentos era de 38° C. Este cuadro se parecía bastante al que se presenta en el delirio inicial del Tifo; pero la idea predominante de un parto, nacida durante un sueño y acompañada de ciertos detalles en la narración del hecho, la falta de musitación de palabras incoherentes y la presencia del negativismo, me permitieron re-

conocer un acceso de delirio onírico, el que marcó el principio de una Demencia Precoz, la que hoy, un año después de los fenómenos que he descrito, está perfectamente desarrollada.

En el Estupor maníaco pueden presentarse fenómenos que recuerden el cuadro del delirio tífico inicial, al grado de ser confundidos fácilmente por un médico no alienista, quien puede tomar á un tifoso por un maníaco de esta categoría. Para distinguir entre sí estas dos variedades de delirio hay que fijarse en que, en el maníaco, la facultad de comprender está mucho menos perturbada que en el tifoso y, aunque hay menos estorbo para el curso de las ideas, existe cierto impedimento para los movimientos voluntarios, incluso los de la palabra, en tanto que en el tifoso es difícil hacerse comprender, el estupor es más profundo y si es cierto que la agitación es á veces muy grande, no se encuentra propiamente estorbo ó, mejor dicho, perturbación en los movimientos voluntarios. Cuando el tifoso habla, en su discurso hay, además, mucha mayor incoordinación que en el del maníaco cuando habla también espontáneamente. Este dice palabras que, á primera vista, no tienen ilación, pero es más fácil encontrar en ellas una asociación, por defectuosa que sea, que en las del tifoso delirante.

La Confusión Mental carece de algunos de los síntomas del delirio tifoso y presenta, en cambio, otros que le son propios. Desde luego faltan la postración y el estupor, y la boca no se llena de las fuliginosidades que se presentan en el tifo; faltan igualmente el temblor y la incertidumbre, así como la inyección conjuntival y es mucho menor la intensidad del insomnio, el que puede faltar por completo; en cambio, es mucho mayor la facilidad que se tiene en la Confusión mental; para fijar la atención del enfermo, éste repite frecuentemente la pregunta que se le hace y se nota su esfuerzo para contestar, lo que le es imposible por la desorientación en el tiempo y en el espacio que caracteriza al padecimiento, y no por la inconciencia más ó menos marcada, como acontece en el tifo. En la Confusión mental, por último, la intranquilidad es menor y, si se hace intensa, esto es de un modo enteramente pasajero y no es difícil observar que está directamente ligada á la intensidad y naturaleza de las alucinaciones que pueden presentarse.

En el delirio alcohólico es característica, aunque no al grado

que se pretende, la naturaleza de las alucinaciones visuales; la palabra del enfermo presenta una dificultad especial debida principalmente al temblor de la lengua y de los labios, más que á la sequedad de su mucosa ó á la postración general. El estupor, ó llega hasta el coma, ó desaparece durante los períodos de agitación, siendo excepcional esa amalgama de estupor y de intranquilidad, tal como se presenta en el delirio del tifo, constituyendo uno de sus caracteres más importantes. Además, los signos propios del alcoholismo crónico pueden servir de guía para el diagnóstico; pero no debe olvidarse que el tifo, en un alcohólico, pueda ser la causa del delirio tóxico, y que en estos casos la enfermedad puede empezar por este delirio alcohólico.

En las meningitis, el estudio de la marcha de la enfermedad, de la temperatura, de los fenómenos oculares y de las rigideces de los músculos de la nuca, así como la presencia de los vómitos, son los datos en que deberá apoyarse el diagnóstico para distinguir esta enfermedad de un tifo delirante.

Por último, quedan los episodios delirantes de la Epilepsia y de la Histeria. En la histeria, además de que, generalmente, el delirio tiene una orientación más ó menos definida, existen la extravagancia y la irritabilidad del humor propios de la neurosis, no existen los signos tifoideos y no son excepcionales los cambios bruscos é inmotivados aparentemente, en la marcha y en el modo de producción de los síntomas delirantes. La presencia de estigmas, la aparición de un ataque convulsivo ó de una parálisis, cuando se pueden presentar, pueden por sí solos quitar todas las dudas.

En los delirios post-críticos de los epilépticos, la confusión es mucho mayor que en el tifo; la indiferencia, ó mejor dicho, la inconsciencia es completa: no sólo es imposible obtener una respuesta, como se obtiene en el tifo; pero ni aun las excitaciones físicas á veces accidentales y de extremada intensidad, como cuando se producen quemaduras, heridas y aun fracturas, son capaces de atraer la atención del enfermo. Cuando se consigue separarlo de sus alucinaciones ó llamar accidentalmente su atención, es frecuente que el epiléptico se vuelva agresivo y trate de golpear al que está cerca de él. El carácter violentamente impulsivo del epiléptico y de sus acciones tiene algo que

le es enteramente propio, y que no puede encontrarse en ninguna otra psicosis.

Finalmente, el modo de sucederse que tienen los fenómenos en el delirio inicial del tifo exantemático, y que procuré esbozar al comenzar esta memoria, será en todos los casos el dato más importante que deba tenerse en cuenta para hacer su diagnóstico, y á este dato deberá unirse el que proporcionan el estado vertiginoso y el temblor, el que, al contrario de lo que pasa en el alcoholismo, no se presenta desde los primeros momentos del delirio, sino hasta pasados los primeros días de haber comenzado.

Juzgo de extraordinaria importancia el diagnóstico de esta forma del tifo exantemático, porque para poder evitar el contagio y con él la propagación de la enfermedad, es indispensable reconocerla á tiempo, y una de las formas del tifo que más fácilmente puede pasar inadvertida como tal, es la que comienza con delirio y con poca elevación de la temperatura, asemejándose, hasta confundirse con una enajenación mental.

México, 10 de Junio de 1908.

JUAN PEÓN DEL VALLE.