Marzo de 1925 Montevideo,

Año XXVIII, Fascículo 324-Tomo XXVIII. Número 3.

REVISTA MEDICA DEL URUGUAY

PUBLICACION MENSUAL DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO

Dirección y Administración, Caile Rio Branco 1424-Montevides República Oriental del Uruguay-América del Sur

PRIÈRE D'ÉCHANGER ET D'ANALYSER NOS MÉMOIRES ORIGINAUX

DIRECTORES:

Dr. Pablo Scremini

Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina Presidente de la Sociedad de Medicina

Dr. Gerardo Arrizabalaga,

Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina.

Profesor de Clinica Dermato-Sifilográfi-ca de la Facultad de Medicina. Dr. José Brito Foresti,

Dr. Bernardo Etchepare

Profesor de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Medicina,

Lorenzo Mérola, Dr.

Profeser de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina.

Dr. Luis Morquio,

Profesor de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina.

Dr. Jaime H. Oliver

Profesor Honorario de la Facultad de Medicina.

Dr. Juan Pou Orfila,

Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina

Dr. José Scoseria, Profesor Honorario de Química Biológica de la Facultad de Medicina.

Dr. Augusto Turenne, Profesor de Clínica Obstétrica de Facultad de Medicina.

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Dr. Justo Montes Pareja

Imp. «El Siglo Ilustrado», de Risso y Ayala MONTEVIDEO San José, 938

Un caso de mutismo

Jefe de Cifnica adjunto en la Catedra de Psiquiatría de la Universidad de Menteyldeo EL DR. VALENTÍN PÉREZ POR

Trabajo presentado a la Sociedad de Psiquiatría el 30 de Abril de 1925

a la amabilidad del profesor doctor Bernardo Et. permitido recoger esta observación, chepare, que me ha

por creerla de interés la presento a esta Sociedad. Como el enfermo es de campaña, la anannesis es muy

familia pidiendo datos que nos ilustren sobre antecedentes completa, pese a las reiteradas veces que se le ha escrito a la hereditarios y personales que pudieran servirnos para mejor interpretar su enfermedad actual.

Parece ser que días antes de entrar a este Hospital, el enfermo tuvo un ataque al decir de la esposa, con convulsiones terminando con llanto; desde ese momento se instaló su mutismo absoluto. Quedó "mortal"—dice la familia—y por esa es que el médico aconseja su ingreso al Hospital Vi-

lardebó.

Aqui llegó el día 11 de junio de 1923 y se constata claramente un estupor confusional: inercia completa, inmovilidad absoluta; facies estúpida, sin expresión; sin reacción ni refleja; ausencia de pestañeo; insensibilidad a los pinchazos, tirlo. Mutismo absoluto, continuo. La sitiofobia, como digo, la inyección de trementina no lo perturba lo más mínimo. Gatismo, incontinencia de orina, sitiofobia (hubo que alimentarlo a sonda durante 20 días). Había que levantarlo, vesduró poco; a los 20 días, poniéndole los alimentos en la boca, comía aunque con gran dificultad.

nes psíquieas superiores y las funciones psíquieas automáti-Esta parálisis psíquica completa—pues abarca las funcio--duró con ligeras variantes, por espacio de quince meses. Acompañaba a este cuadro, perturbaciones profundas de la nutrición: adelgazamiento notable, hipotermia, etc. No había

pequeños trabajos. Su mutismo, sin embargo, persistía, inicia espontánease rie, fama, estupor: roden, enfermo sale paulatinamente de su restablecido se interesa por lo que solo a alimentarse VIVA, mente

confirmándose definitivamente la dificultad de abstracción y de Compaesa impresión al comprobar más tarde, al examen psicológico, sirviendonos dar euenta, además, que el en-Simón, constatamos brusco, expresa modulaciones afectivas de un modo un generales. Lenguaje pobre; el tono un para ello de los tests de Binet y Simón, constatamos ha alcanzado el nivel mental de un niño de 8 a 9 años. reacciones y grosero. No hay ningún defecto moral ni afectivo. rando su grado de inteligencia con las del niño, fermo era un débil mental, por algunas Aqui ya nos empezamos a bastante característico, cierta debilidad del juicio, concebir ideas

lucidez mental, en que la actividad se hizo bastante intensa, pues trabajaba en lo que se le mandase, muy dócil, sin tener incidentes con nadie, no hablaba, sin embargo, una palabra. Nos demostraba por gestos, ademanes, que no es que no quisiese hablar, sino que no podía hacerlo. Descartamos, por lo observa ninguna idea delirante, ni alucinación, pues como lo de trabajo, en la que no ni que se haya escapado alguna palabra que descubra alguna idea de persecución, ni que haya depresión, tristeza, atención de escuchar como un melancólico alucinado, que sus voces le impiden hablar. Hay, además, conservación de la afectividad. En cambio, tiene algunos de los caracteres descriptos por Charcot del mutismo histérico: no ensaya respuestas, no hace seo de la palabra, o que la hubiese olvidado, dada la indito. No hay, además, fenómenos paralíticos del lado de la lengua, labios, velo del paladar, etc. El enfermo no es sordo; a todas nuestras incitaciones al respecfórmula somática (contractutanto, que fuese un perseguido o un melaneólico, pues no Como ya dijimos, a pesar de haber recobrado en parte ni el ejemplo, para sonrie. deja traducir su vida de orden y de trabajo, en se observa en su actitud general, ni desconfianza, Parece que el enfermo no tuviese la idea ras, parálisis, anestesias), ni a fórmula psíquica. gestos, asfásico, por nuestras pregantas, hace otros síntomas histéricos, ni a esfuerzos como haría el ferencia manifestada comprende

de uno y medio meses, bajo la influencia de una amenaza enérgica, súbitamente casi, este síntoma curó completamente. Y, aquí aparece un hecho interesante y por el cual esta obhará embargo, persuasión. Sin No ha obedeeido a la

tan acostumbrade a no hablar, que ya no tenía ni deseos de persaba que pudiera fracasar. que estaba tenía temor de baberse olvidado del lenguaje, o, en caso de que pudiese decir alguna palabra, la dijese mal, en cuyo easo pasaría vergüenza. Se ve ya aquí, el fondo mentaneamente, el enfermo nos manifiesta que si él no hablaba, servación ha sido presentada: al salir de su mutismo, esponpreocupación y del tal del sujeto, por lo pueril de su preocupación y de exponerla. No obstante me manifiesta también, hacerlo, tanto más cuanto que porque

en que la palabra juega un rol predominante en la obsesión, y entonces la incluiríamos en una de sus variedades—la obde la palabra, sino en la que Charcot y Magnan, también bajo el nombre de onomatomanía, describieron en todos los casos el enfermo acepta sus ideas, no reflexiona, cae en el delirio; en nuestro caso siguió siendo obsesión, pero el estado de inte, no se acompaña de emoción, de angustia característica de contenido de la idea y el terreno en que obra; digo esto últillama el descenso de la tensión psicológica, debido a lo cual puede la obsesión transformarse en delirio, siendo la causa la actividad mental insuficiente, el espíritu no trabaja sobre el objeto de su obsesión; oligofremia, impidió tomar más cuerpo a este elemento psi-casténico. Si quisiéramos clasificar esta obsesión, la incluiríamos en la onomatomanía, no en la forma de busca angustiante afirmarlo, creemos histérico, un elemento psicasténico, causa también de mutismo, que podríamos llamarle estado obsedante, mejor que obsesión o fobia; y digo que no parece una obsesión, porque ese temor que acusa el enfermo es indiferenesta diferencia, que creemos es cuestión de matices, según el suficiencia de la voluntad, debilidad del juicio, fruto de su No debemos, sin embargo, insistir mucho se ha injertado a su mutismo, que acordándome de lo que Janet Como se observa, estos estados.

co que, junto a la emoción, haya favorecido la intoxicación y particularmente la fijación de los tóxicos sobre los centros y favorecido, como lo quiere Tinel, por un estudo vagotónieste enfermo débil mental congénito, un choque emotivo-desconocido para nosotros por la falta de anamnesis-un accidente histeriforme, mordiendo en un terreno propicio por su fragilidad psíquiea nerviosos, causa por la cual estalló su confusión mental essesión—temor de pronunciar las palabras. Sintetizando diremos: ha habido en

Es lógico admitir que el mutismo inicial sea debido a la inhibición producida por el estado confusional, y, para ex-

fenómenos: uno causado por el estado de abulia, reliquia del sacudimiento psíquico y orgánico, tan grande que ha pasado; y el otro-predominante para nosotros-es el elemento histérico, no sólo porque el terreno quizá fuese éste, acordándonos del aecidente inicial de días antes a su confusión, sino también por los caracteres ya descritos, que son bastante eaaceptar dos órdenes tenemos due

histérico, no hace nunca nada grande, y en donde también se vos que son estos enfermos, porque es un hecho conocido que lativamente de imaginación, causa por la cual el débil mental Tengo que agregar, además, que no es de extrañar que el sindrome elinico histeria, sea en nuestro caso muy pobre, reducido sólo al mutismo, a pesar de lo sugestibles e imaginatibien dicho, con detención del desarrollo psíquico, carecen relos sujetos con insuficiente desarrollo intelectual, o, ha comprobado que la persuasión es ineficaz. racteristicos.

Ahora bien: este injerto obsesional en este mutismo, ¿có-mo y por qué se ha producido? Quizás por asociación ocasiote el temor, como el tabético, por ejemplo tiene a veces el te-mor de tenerse de pie (estasobasofobia). nal: la emoción de no poder hablar despierta automáticamen-

Podría ser como en el caso presentado por Claude y otros en una melancólica ansiosa y delirante, en que se ha injertado secundariamente sobre su delirio, obsesiones, en que considera a éstas como un medio de defensa contra las ideas melancólicas y la ansiedad. También esta fobia del lenguaje podríamos considerarla debida a la abulia, y sería bajo forma de sentimiento de inferioridad congénita en el enfermo. el que tiene como antecedentes el haber sido siempre tímido, vergonzoso.

La explicación que doy del mutismo también la da en un caso parecido Lwoff y Targowla, pero era en un intermitenmental, que había hecho una depresión melaneólica

con mutismo.

easo, o sería, más bien dicho, el mutismo una reacción organismo que se defiende por la inercia en aquella de La objeción que se me pudiera hacer a esa doble interpretación del mutismo: abulia y factor histérico, y no aceptansus facultades que, como el lenguaje, necesita más contribución de las facultades superiores para establecerse. Como ya do este elemento histérico que, sin embargo, es tan elaro, mi modo de ver, y pensando que hubiese inhibición gran de sus facultades psíquicas, el organismo se defendería

digo, me parece poco verisímil esta explicación, por la lucidez que creo ver en el enfermo, ayudado por los muchos caracteres histéricos ya descritos.

En resumen: creo interesante este caso, porque se han juntado por algunos de sus elementos las dos neurosis: histeria y psicastenia, que tienen tantos puntos de contacto.