

LA CRONICA MEDICA



AÑO XXIX — LIMA, JULIO 15 DE 1912 — N.º 565

EL III CONGRESO DE ESTUDIANTES AMERICANOS

Dentro de algunos días más, serán nuestros huéspedes, los delegados, que las diferentes naciones de la América, envían al III Congreso de Estudiantes, que se reunirá en Lima, del 21 al 28 del presente mes.

Nacida la idea de estos Congresos, que tienen un ideal amplísimo de confraternidad i americanismo, entre los estudiantes de la Universidad de Montevideo, fué hecha tangible, como toda idea noble i generosa, por el concurso que le prestaran, las juventudes todas, del Continente de Colón; que en esta vez, como en las anteriores de Montevideo en 1908, i de Buenos Aires en 1910, se aprestan, con toda la pujanza de las energías juveniles, á la mejor consecución de sus ideales i de sus ensueños.

Toca esta vez á Lima, reunir en su seno, á los representantes de dieciocho naciones de la juventud estudiosa de la América, i como tal, obliga á la delegación peruana, encargada de organizar el III Congreso de Estudiantes, á no omitir esfuerzo, para que el Congreso que se vá á reunir en Lima, corresponda al fin que encarna dicho certamen.

Constituyen la delegación peruana, por parte de la Facultad de Medicina, los Señores: Luis Alberto Arguedas, Alejandro Busallem, Carlos Morales Macedo, Jorge Morrisson i Pedro Roca Boloña, distinguidos alumnos de Medicina, en quienes sus compañeros han delegado todo el prestigio i renombre de dicha Facultad.

«LA CRONICA MEDICA» está segura que la juventud americana, próxima á arribará nuestras playas, será objeto de las atenciones más exquisitas por parte de la juventud peruana, i adelante su cordial saludo á los nobles campeones del ideal i de la ciencia, que cual simbolo de paz y confraternidad, preparan el acercamiento de las nacionalidades que crearan San Martín y Bolívar.

Publicamos á continuación los temas que se discutirán en el III Congreso de Estudiantes Americanos.

TEMAS DEL III CONGRESO

1.º) Disciplinas de educación general, anteriores á la especialización profesional.

2.º)—Los estudios nacionales de historia política i económica; la formación del espíritu nacional, i la educación de la clase dirigente.

3.º)— El empirismo en las profesiones liberales.

4.º)—Vinculación de la Universidad i la prensa, por la cultura universitaria del periodista, i por la propaganda de los ideales universitarios.

5.º)— Intervención de los estudiantes de las universidades en la vida política.

6.º)—Higiene del estudiante.

7.º)—El profesorado extranjero en América. sus ventajas, sus peligros, en los tres grados de la enseñanza.

8.º)—Formación del profesorado universitario i manera de proveer las cátedras.

9.º)— La enseñanza agrícola en la educación general, primaria i secundaria.

10.º)— Orientación que debe darse á la literatura en América.

11.º)— Formación de museos americanistas en los centros estudiantiles, por el intercambio de objetos, para favorecer el conocimiento práctico de los países americanos.

12.º)—Medios de hacer efectivas las conclusiones de los congresos Estudiantiles.

Además el Congreso de Lima debe ocuparse de los asuntos que quedaron pendientes en el anterior de Buenos Aires, i de los que proponga la oficina internacional universitaria de Montevideo.



Contribución al estudio clínico de la sifilomania y de la sifilofobia

No obstante la gran importancia que tiene en Patología nerviosa y mental, el estudio de las cuestiones relativas á los procesos psíquicos, pocos profesionales han tenido ocasión — en nuestro país — de tratar con detalle é interés tan vastos como sugestivos asuntos. Prescindiendo de los trabajos de los Doctores: Muñiz, Matto, Avendaño, Odriozola, Olano, Gonzales Olachea y los ligeros apuntes de los Doctores: Sanchez Aizcorbe, Tamayo, Jaworski, y unos pocos más; puede decirse que la producción nacional, en los últimos años, es casi nula. La mayor parte de las tesis que para obstar los títulos de Bachiller y Doctor en Medicina, se presentan á la consideración de la Facultad, están dedicadas casi exclusivamente al estudio clínico de las enfermedades de origen microbiano, á los relacionados con las investigaciones bio-químicas y bacteriológicas de las mismas ó á la síntesis de los resultados de ensayos terapéuticos realizados en los servicios hospitalarios con tal ó cual droga, cuyos efectos curativos desean demostrarse.

Muy pocos tienen la audacia, por decir lo meros, de emprender estudios referentes á los fenómenos nerviosos y psicopatológicos; y la razón es muy obvia; en nuestro medio médico se carece de todo elemento para emprender semejantes trabajos, desde lo más simple y menos costoso, que sería el establecimiento de consultorios externos para la diagnosis de las enfermedades nerviosas y mentales, de aislamiento para la observación clínica de alienados y neuropatas; (1) hasta lo más complejo, que sería la creación de laboratorios de anatomía patológica y fisiología nerviosas, de psicología y psicopatología experimentales. Solo así la afición á estos estudios se despertaría y nuestros profesionales tendrían ocasión de dedicar sus energías, á la observación atenta de los variados y complejos fenómenos psicopatológicos. Mientras esto no suceda, los estudios que se hagan tienen que ser naturalmente deficientes é incompletos, como lo es el modesto ensayo que me permito presentar á la consideración de esta ilustre Facultad, para optar el título de Bachiller en Medicina, que espero alcanzar confiado en vuestra reconocida indulgencia.

Todos los fenómenos patológicos y muy especialmente las cuestiones relacionadas con la patología del sistema nervioso, requieren, del médico, el examen atento y detallado de todos los síntomas que presenta el enfermo; un criterio clínico bien ejercitado para relacionar estos, con la causa de su producción; y sobre todo, un conocimiento profundo, de los antecedentes hereditarios y patológicos del sujeto, á fin de apreciar las diferentes modalidades que una misma afección puede adoptar, según el terreno y el medio en que se desarrolla; con estas condiciones, es posible y fácil diagnosticar la enfermedad y por consiguiente emplear el tratamiento más adecuado para su pronta curación.

(1) El actual manicomio de Lima, no reúne las condiciones requeridas.

Pero hay un gran número de enfermos, que presentan tal variedad de caracteres clínicos, tal diversidad de síndromas, que el médico más experimentado no puede descubrir sino muy difícilmente la causa productora.

La mayor parte de estos pacientes pertenecen al grupo numeroso y heterogéneo, de los neurasténicos, histéricos y obsesados que víctimas de la no comprensión de su verdadera enfermedad, constituyen legión que en peregrinación doliente, acuden á los distintos consultorios médicos y hospitalarios sin poder curar de sus padecimientos físicos y morales. Muchos de estos desgraciados son dados de alta de los hospitales etiquetados como *simuladores*; otro número respetable es despedido—por la molestia que causa—de los consultorios privados, diagnosticados de padecer de *mal de nervios*. Estos son no obstante enfermos mal observados y peor diagnosticados.

Existe un grupo de enfermos que padecen de la neurosis conocida con el nombre de *sifilofobia*, sin que los caracteres clínicos, ni las modalidades patogénicas de ella, hayan sido bien estudiadas, razón por la cual he creído de interés profesional emprender su estudio, cuya deficiencia, fuera de mis escasos conocimientos, se debe á la carencia bibliográfica y á los pocos casos que he podido observar personalmente.

Debo una palabra de agradecimiento á mis respetables maestros doctores: Matto, Flores, Avendaño, Gonzalez Olachea y Pazos Varela; así como, á mis amigos y compañeros señores: Noriega del Aguila, Roca, y Bambano, que han contribuido con sus consejos y ayuda á la confección de esta tesis, que no tiene más fin que contribuir, en algo, á llamar la atención de nuestros profesionales sobre los numerosos casos que á diario se presentan y á quienes no se le da la importancia que merecen.

« Desde tiempo inmemorial estos enfermos que sufren en realidad de una afacción nerviosa: la *sifilofobia*, suministran un contingente respetable de visitantes molestos de los consultorios médicos. Pocos serán los profesionales y aun los estudiantes que no hayan sido consultados por individuos que, presentando cuadros clínicos de los más variados, quejándose de las más mortificantes sensaciones, narrando síntomas penosísimos, terminaban por declarar que creían estar «mal de la sangre».

Pero el número de estos neuropatas, ha venido en aumento constante en estos últimos años, por que merced á la vulgarización de los estudios hechos para el descubrimiento del micro-organismo productor de la sífilis, de los procedimientos sobre el sero diagnóstico hechos por Wassermann y Noguchi, y sobre todo, de los progresos alcanzados en la terapéutica de la sífilis con la aplicación de los productos organo-arsenicales especialmente el «606», en la curación de tan terrible mal; todos ó casi todos se creen sifilíticos, todos quieren aprovecharse de los beneficios que estos descubrimientos aportan en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis. Muchos que ocultaron al médico su afcción, por largos años, por temor de seguir un régimen medicamentoso tan molesto y largo, como el mercurial, no tienen ahora reparo en descubrir su enfermedad. Los primeros dan un precioso contingente para el estudio de las neurosis

acompañadas de sifilofobia, los segundos suministran también un valioso elemento donde pueden estudiarse las neuropatías de origen sífilítico. Estos son los sífilíticos en quienes el spirochaete pálida, ha provocado no solo lesiones anatómicas en los centros cerebrales y nerviosos, sino un toda una gama de alteraciones psíquicas en el individuo.

La palabra sifilofobia fué empleada por primera vez en la ciencia médica, por el prof. Ricord, pero antes que él creara este nombre, se le conoció con la denominación de «lúes venerea imaginaria». La gran epidemia sífilítica que se desarrolló en Europa á fines del siglo XV se acompañó, igualmente, con otra de sifilofobia, al extremo de que era difícil como lo asegura el prof. Ulrich de Berlín, (1) distinguir quienes eran los sífilíticos y quienes los sifilofobos. No obstante esta circunstancia, la literatura médica no posee ningún documento de importancia al respecto: apenas si se recuerda como amena anécdota, la famosa acusación dirigida contra el Cardenal Lord Wolsley de haber sido quien contaminara la «avería» al rey Enrique VIII de Inglaterra.

A esta época de alarma y de espanto, se sucede otro periodo de tiempo, en que reinó la calma más absoluta. El mundo habituado ya á la «peste venérica» descuidó de evitar su expansión, se perdió el miedo á sus estragos, los casos de sifilofobia fueron disminuyendo y los que se presentaron perdieron su interés. Durante esta época se publicaron algunos trabajos de muy escasa importancia, razón por la cual no se les menciona.

En el trascurso de los siglos XVI y XVIII la literatura médica menciona tres trabajos bastante completos y llenos de cuidadosas observaciones, esto son: un caso de «verole imaginaire» descrito en 1750 por Montagne. (2) Bru que en 1789 describe un caso de «manie érolique» y Swediaur que en 1792 publica un notable trabajo sobre la «hypocondrie sífilítica». (3)

Durante el siglo XIX los estudios sobre sífilis adquieren gran desarrollo, las mejores obras de sifilografía le pertenecen, pero aún se dá escasa importancia á los casos de sifilofobia observados. Apenas si unos cuantos la mencionan incidentalmente en el capítulo de las psicosis sífilíticas como son: Rollet (4) Diday (5) Ricord (6) Jullie (7) Closmaderk (8). Las interesantes tesis presentadas en las Universidades de París, Berlín y Lyon, sobre diversos asuntos relacionados con la sifilofobia, por los doctores Laurent, (9) Benda (10) y Cuth (11) es lo más completo, que hasta hoy se ha escrito al respecto. Además de estos se puede mencionar los siguientes: Bardal (12) que cita un caso de sífilis imaginaria bastante interesante, José Ingegneros (13) que en su monumental obra «Histeria y Sugestión» cita otro bastante ilustrativo de neurastenia cerebral con sifilofobia, y Fournier (14) que en una comunicación dirigida á la Academia de Medicina de París llama la atención de los numerosos casos de suicidio de los sífilíticos con fobia de la sífilis.

No han llegado á mi conocimiento, otros estudios que los anteriormente mencionados, los cuales pecan, no obstante la indiscutible competencia de sus autores, de simplicidad.

(1) Los números de las citas tienen el orden de la Bibliografía.

Es posible que en el curso de los años venideros se emprendan estudios más serios y detallados, pues el número de sifilióforos y sifilomaniacos irá creciendo día á día, á medida que los progresos alcanzados en esta rama de la medicina nos reserven mayores sorpresas.

La sífilofobia tomada en el sentido verdadero de la palabra no significa una enfermedad, designa solamente el nombre de un complejo sintomático, de un síndrome puramente psíquico que pertenece á casi todas las psiconeurosis. Si bien es cierto que el moderno concepto de las ciencias, ha cambiado por completo el de las antiguas creencias y concepciones filosóficas, acerca de la etiología de las llamadas «enfermedades del espíritu,» es también oportuno declararlo, que bajo un punto de vista descriptivo, es más conveniente, por convencional que el sea, considerar la sífilofobia como una enfermedad psíquica.

Charcot la clasificaría en el grupo de la psicosis, en el capítulo de las fobias de enfermedades, ó *nosofobias*. (15)

Toda excitación cerebral, toda alteración orgánica del sistema nervioso, provoca en los predispuestos ó debilitados, la producción de reacciones mentales que se traducen casi siempre por las obsesiones ó ideas fijas. La mayor parte de las fobias son por este motivo casi exclusivamente el patrimonio de los neurasténicos, histéricos, psicasténicos etc., cuyo estado de espíritu está profundamente alterado.

La sífilofobia es la obsesión de la idea sífilis, en los neurópatas. Esta concepción bastante general, abarca todos los estados angustiosos y melancólicos, en los que la fobia de la sífilis, aunque no constituye la verdadera neurosis, representa su síndrome capital. Sin embargo, es necesario estudiar y diferenciar las diversas clases de enfermos, que bajo esta denominación absoluta, están comprendidos, para poder establecer divisiones legítimas y naturales, que al mismo tiempo que favorecen su descripción didáctica, indiquen el verdadero lugar que deben ocupar en el cuadro nosológico.

La mayor parte de los autores que se han ocupado de este punto como Benda, Guht y Laurent establecen las siguientes clasificación: los *sifilomaniacos*, es decir, aquellos que son sífilofobos sin ser sífilíticos y los *sifilóforos sintomáticos*, es decir, los sífilíticos sífilifobos. Esta clasificación es buena bajo un punto de vista general, pero no responde á las enseñanzas que dá la práctica y la observación atenta de los individuos atacados de sífilofobia. En efecto tenemos estas tres clases de enfermos: 1.º aquellos que sin causa alguna que justifique su fobia, se creen estar atacados de sífilis, 2.º aquellos que habiendo sufrido ciertas enfermedades venereas ó dermatológicas, sufren de sífilofobia, como consecuencia de un error de diagnóstico ó por haber sido, inconvenientemente, tratados como sífilíticos y 3.º los sífilíticos sífilifobos.

De aquí que propongamos esta clasificación:

1.º Los sífilomaniacos, 2.º los sífilíticos imaginarios ó sífilifobos y 3.º los sífilíticos sífilifobos ó sífilifobos verdaderos.

Voy á dar un ejemplo somero de cada una de estas tres clases de enfermos de sífilofobia.

I. Cuando desempeñaba el internado de uno de los servicios del Hospital de Guadalupe del Callao, se presentó un enfermo profundamente exitado; al preguntarle el objeto de su venida al establecimiento me respondió: «como estoy sifilitico estoy escupiendo símen» la contestación no dejó de producirme extrañeza, creyéndolo alcohólico no me ocupé más de él, hasta el día siguiente, en que al pasar la visita con el jefe del servicio Dr. Gil Cárdenas persistió el individuo en su contestación; descartada la idea del delirio etílico, examinamos al enfermo cuidadosamente, no descubriendo ningún signo que autorizara su idea de sífilis, emprendimos entonces el exámen cuidadoso de su sistema nerviosos, encontrando en él todos los estigmas de un degenerado.

Meses después lo vi completamente demente. Este enfermo era por consiguiente un degenerado sifilomaniaco (primera clase de mi clasificación).

II. Tomo á Berdal(12) un sugestivo ejemplo de sífilis imaginaria (segunda clase de mi clasificación) Este lo expone así:

«He visto á un enfermo que era bajo el punto de vista de la sífilis un ejemplo demostrativo. Vino á consultarme en 1899, por notar una molestia, un estorbo en las bolsas y escroto, que él atribuía á la sífilis, en realidad era un eczema herpetiforme; pero su creencias mantenida cuidadosamente por uno de esos honorables rateros que protegidos por un título profesional, médico ó farmacéutico desvalijan en pleno día á los cándidos ó estúpidos, que creen en sus anuncios de prodigiosas curaciones».

«Por espacio de 2 á 3 meses vino á verme día á día, saliendo de mis visitas animoso y tranquilo, para volver al día siguiente postrado y abatido. Habla enflaquecido considerablemente, no dormía ni se dedicaba á sus habituales ocupaciones, llegó al extremo de creer que el no poder orinar delante de otra persona era síntoma de sífilis. Le perdí de vista, cuando al cabo de un año se presentó de nuevo en mi despacho. Creyendo que venía á mi despacho á consultarme de su sífilis imaginaria, me disponía á despacharlo de prisa, cuando me dijo que tenía algo que enseñarme; sacó su pene y encontré en la ranura un chancro duro casi completamente cicatrizado. En la piel se veía perfectamente la erupción roseólica. Quedé un momento perplejo, al fin me decidí á decirle sonriendo: «bueno, esta vez tiene Ud. la sífilis que tanto deseaba». No contestó nada, cogió tranquilamente la receta que le di, preguntó el uso que debía hacer de ella, y se despidió. Confieso que esta tranquilidad me inquietó, temiendo que iba á cometer alguna barbaridad, me hice pesar, el haberle dicho la verdad. Algunos días más tarde volvió á mi consult a y sin preguntar le como se encontraba me contestó: «muy bien, no me siento enfermo y sigo con regularidad el tratamiento». Volvió para que le cauterizara algunas placas mucosas y al cabo de cuatro meses como no presentara ningún accidente cesó por completo el tratamiento. Me esforzé en presentarle el aspecto de la sífilis terciaria, todo fué inútil; mi sífilíolo lo convertirse en sifilitico, había perdido el miedo á la sífilis».

III. Este tercer ejemplo se refiere á un sifilitico sífilóbo. Uno de mis amigos vino á consultarme el año 1909 sobre la naturaleza de un chancro que ocupaba el surco balano prepucial, en la base del frenillo; examiné el chancro, me enteré de los con me-

morativos y antecedentes de la infección y como me formase el concepto de que era un chancro duro le aconsejé consultara con un buen médico. En efecto, personalmente lo acompañé á los consultorios de los Drs. Merckel, Suter y Gonzalez Olachea, todos los cuales estaban unánimes en declarar la naturaleza sifilítica del chancro. El enfermo hasta entonces tenía un carácter jovial y alegre, al conocer la naturaleza de su infección, trocóse en taciturno y melancólico; diariamente iba á verme acediéndome á preguntas. Uno de esos días es que noté la aparición de algunos accidentes secundarios, tales como placas mucosas en la boca y fistulas con el cuero cabelludo; lo acompañé al consultorio del ilustrado catedrático Dr. Gonzalez Olachea quien había resuelto con muy buen criterio clínico, en su consulta anterior, no emprender ningún tratamiento mientras la aparición de accidentes secundarios no comprobara el diagnóstico de la naturaleza del chancro. El doctor además de las consabidas inyecciones mercuriales, la cauterización de las placas mucosas, con una solución débil de nitrato de plata y la de las fistulas costrosas del epicráneo, con otra más concentrada de la misma sal. El estado moral del enfermo se hallaba profundamente alterado, al extremo de que tanto el Dr. Gonzalez Olachea como yo, nos alarmamos grandemente. Los sabios consejos y las palabras consoladoras del distinguido catedrático, parecieron calmarlo. Salimos del consultorio y nos dirigimos á una Farmacia. Despachada que fué la receta le hice las cauterizaciones indicadas y me retiré de su domicilio, ofreciéndole volver al día siguiente. Habían trascurrido de esto una pocas horas, cuando un hermano del paciente, vino alarmadísimo en mi busca, pues, este se hallaba asfixiándose, con la boca y labios completamente negros. Inmediatamente me dirigí á verlo y lo encontré en efecto en las condiciones descritas por su hermano; tenía los labios ennegrecidos y edematosos, la mucosa de la boca profundamente alterada la lengua y la úvula aumentadas de volumen; la laringe edematizada le impedía la respiración. Comprendí inmediatamente que este trató de suicidarse tomándose la solución de nitrato de plata, así fué: el pomo de la solución concentrada, marcado con la palabra *veneno* se hallaba vacío. Después de unos días curó de sus lesiones. Este sifítico se convirtió más tarde en un sifilofobo terrible, todos los días contaba los pelos que se le caían de la cabeza, pues creía que la gravedad de su enfermedad estaba en relación con el número de pelos desprendidos; atribuía á la sífilis las más insignificantes alteraciones de su organismo, el más inofensivo acné era para él una lesión sifilítica horrible. Se dedicó, abandonando, sus estudios á la lectura de libros de medicina y estoy seguro de que había terminado por matarse al no habersele aconsejado el sport, la vida campestre, la hidroterapia etc. La persuasión de la curabilidad de su enfermedad contribuyeron á levantar su ánimo, á lo que también ayudó la desaparición de sus accidentes sifilíticos.

Aclaradas las razones que han influido en mi ánimo para proponer la clasificación anterior estudiaré separadamente cada uno de los tipos de sifilofobia.

SIFILOMANIA

Hemos dicho que la sifilomanía, es la obsesión inmotivada de la idea sífilis, en los individuos no sífilíticos, sin que hayan motivos serios para que se crean tales.

Casi siempre la sifilomanía esta en aquellos cuyo cerebro se encuentra insuficiente ó debilitado, por excesos alcoholicos ó venereos. La sifilomanía es habitual en los degenerados de tipo ordinario, tales como los dementes epilépticos, melancólico etc. Prefiere igualmente á personas de escasa inteligencia, poco instruidos y pertenecientes á las clases inferiores de la escala social, cuya deficiente cultura los obliga á aceptar como ciertas, las más erróneas creencias y las más extravagantes supersticiones, sobre los estragos de la sífilis. Se caracteriza porque la idea de la sífilis no está bien conocida, es vaga, conusa, desno, ista de precisión, muchos de estos son igualmente ignorantes en absoluto de cuanto se refiere á la Sífilis, esta palabra no tiene en ellas el significativo verdadero razón por la cual lo toman para determinar la existencia de una enfermedad de monstruosas consecuencias ó estragos.

La sifilobia puede adoptar dos tipos: ser ligera ó grave; en las primeras la obsesión no es tan imperiosa que determine, en los atacados, actos delirantes, ni mucho menos determinaciones que podrían hacer peligrar su vida.

La mutabilidad de la obsesión es una de sus propiedades más generales, la idea sífilis se transforma á cada instante por otras ideas de parecido carácter, así: muchos sifilomaniacos se hacen *dermatomaniacos* ó *venereomaniacos*, según que, la idea obsesionante se refiera á lesiones cutáneas ó enfermedades de orden genital.

Otras veces se acoplan las ideas obsesionantes: así tenemos: *sifilomaniacos dermatófobos* ó *sifilomaniacos uretrófobos*.

Las formas graves son aquellas en las que la obsesión es tan violenta, tan imperiosa, que les obliga á realizar impulsiones peligrosas, actos francamente delirantes. La persistencia es larga, á veces indefinida, generalmente incurable, lo cual se debe al terreno psíquico en que se desarrolla, que es como lo hemos dicho el de los degenerados ó históricos crónicos.

Audry (1) cita el caso de una mujer que le presentó un día un depósito de agua lleno de coleopteros, arañas é insectos variados, que ella pretendía salidos de su vulva y que no serían otra cosa que el virus sífilítico. Laurent (2) cita otro caso el de un joven que desde Holanda emprendió viaje á Lyon con el objeto de mostrarle una gran cantidad de piojos que creía le salían de la piel á causa de su pretendida sífilis.

Y así podríamos multiplicar un sin número de degenerados atacados de sifilomanía.

El distinguido profesor de sifilografía de la Universidad de Tolosa Doctor Audry, afirma que el sifilomaniaco tiene un gran instinto de conservación; que en estos enfermos el suicidio es muy raro. Pero Closmadeuc (3) cita el siguiente caso que viene á destruir las afirmaciones anteriores «un sastre bretón, de carácter tranquilo, suave,

piadoso, de 30 años de edad, se imaginó que estando en hebreidad había tenido relaciones peligrosas é ilegítimas y que por tal motivo se había infectado, los consejos del médico lo habían reconfortado y pareció calmado: cuando un día fué llamado por un enfermo que esta ba herido por corte de cuchillo; reconoció en el herido á su maniacó y obtuvo los siguientes datos: primeramente trató de ahogarse, pero fué salvado; después de confesarse y hacer otras prácticas religiosas, se abrió el vientre y se cortó el cuello con un largo cuchillo. Las heridas que presentaba el enfermo eran: la tráquea seccionada, un paquete de intestinos y de epiplon manchado de sangre y de barro, se hallaban fuera del abdomen, una arteria mesentérica seccionada. Después de lavar cuidadosamente las heridas y hacerles la curación conveniente, logró sanar el enfermo. Por lo demás este quedó preocupado y melancólico con su idea, no obstante la persuasión que se le infundió de que al ser un sífilítico habría sucumbido infaliblemente con semejantes heridas.

Respecto del tratamiento que debe emplearse en los sífilomaniacos este debe dirigirse: 1.º contra la etiología; contra la fobia; 2.º contra el estado neuropático general, 3.º contra la fobia y 4.º tratamiento sintomático de los accidentes consecutivos.

Para lo primero se recomienda la vigilancia especial de sus funciones sexuales, á fin de evitar la masturbación y los vicios homosexuales. Para lo segundo la higiene, terapéutica general: reposo psíquico, cambio de ambiente, hidroterapia, sport, aeroterapia, sobre alimentación, reconstituyentes generales: hierro, arsénico y glicerosfosfatos.

La fobia se combatirá con la persuasión, tratándo de levantar el nivel moral del enfermo, se recurrirá á la sujestión sea en vigilia ó hipnótica, si esta última es posible, en los sífilomaniacos de antecedentes histéricos.

Los trastornos: consecutivos dispepsia, insomnio etc., se combatirán con los medios habituales es decir, alcalinos é hipnóticos prefiriendo el cloral á los bromuros,

*
* *

El pronóstico está subordinado á la naturaleza y á la mayor ó menor gravedad de la psicosis, en la que la obsesión está instalada, á la premura con que se le diagnostique y trate. Un diagnóstico y tratamiento instituido sin pérdida de tiempo, hacen el pronóstico menos sombrío; la idea obsesionante recién constituida en un cerebro neuropata, es más facilmente desalojable por los medios conocidos que cuando ella está instalada desde hace mucho tiempo.

En los histéricos el pronóstico es más benigno que en los degenerados, y en los psicasténicos más que en los histéricos.

SIFILIS IMAGINARIA

Los sífilíticos imaginarios ó sífiliofobos falsos, son aquellos en los que la idea de sífilis es una obsesión motivada por la existencia de

enfermedades venéreas; lejitimamente autorizados á creerse sifilíticos, á causa de los errores en el diagnóstico y en el tratamiento instituidos por el médico.

La sífilis imaginaria ataca principalmente á aquellos individuos pusilánimes, en los que la idea fija se instala intensa y persistentemente, como consecutiva á los propicio que le és el campo psíquico que le sirve de base. Muchas veces esta idea es efímera, pasa desde que el sujeto se ha convencido de la sin razón de ella; pero otras veces se hace de larga duración, permanente, con predominio de actos impulsivos ó profundamente melancólicos; en estos, las reacciones mentales son tan violentas que adquieren los caracteres de una verdadera enfermedad. Estos individuos exageran su estado de tal modo, que élno está en relación con las lesiones ó accidentes venereos que presentan, no son raros los casos en que hay verdaderas crisis angustiosas ó francamente delirantes. Es más propio de las personas de alguna cultura intelectual, tales como los estudiantes, los empleados, los que tienen motivos para dedicarse á la lectura de libros y periódicos etc.. de aquí que estos enfermos abundan más en los consultorios médicos privados, que en los servicios hospitalarios.

Es más propia igualmente del sexo masculino que del femenino sin embargo no es raro que estas se vean atacadas así: Thibierge, cita el caso de un médico que creyó saber adquirido una sífilis profesional y caumió su obsesión á su mujer (hística) é hijos.

Los atacados de sífilis imaginaria difieren esencialmente de los sifilomaniacos, por la firmeza en su obsesión. Ella no varia como en estos, desaparece cuando se les demuestra el error del diagnóstico ó del inconveniente tratamiento causante de su fobia. ☞ ☞

La obsesión es nacida de una idea presisa, pero *no exacta*, de la sífilis, de aquí que confundan las lesiones venereas de que padecen con las manifestaciones del mal de las Galias.

Frecuentemente, la idea ha tomado nacimiento por las sugerencias de médicos inexpertos ó de mala fé que «semejantes á los cazadores atolondrados que disparan contra la primera hoja que se mueve» dan un diagnóstico errado, y lo que es peor instituye un tratamiento antisifilítico prematuro é inconveniente.

Conozco yo el caso de un estudiante joven de una de las Facultades Universitarias que habiendo consultado con un médico, de esta capital, sobre la naturaleza de una lesión implantada en el prepucio, que databa apenas de dos días, fué inmediatamente sometido á la exicón por el termo-cauterio, y al día siguiente á la aplicación de una inyección entramuscular de 25 centigramos de salvarsan, hecha en región glutea.

Días después tuvimos ocasión, el Dr. Montero y yo, como interno del servicio, de examinar á este enfermo en la sala de Santa Ana del Hospital «2 de Mayo» sin encontrar ningun a manifestación ni estigma que pudiera haber autorizado el diagnóstico de sífilis. La reacción de Wassermann, hecha por mi distinguido compañero el Sr. Noriega del Aguila, fué negativa. En realidad, este enferme que era un sifilíofobo terrible estaba atacado de una dermatosis polimorfa, con predminio de la sarcoptosis, de la cual la pomada de Helmerich dió buena cuenta. Seis días más tarde el enfermo estaba curado de su dermatosis; dato interesante: el enfer-

mo aseguró que la pústula excicionada tenía los caracteres semejantes con otros esparcidos en el escroto, los cuales eran producidos como se comprobó por el sarcoptes escabies. Su sifilofobia curó como consecuencia, á la desaparición de su desmatosis.

Contribuyen igualmente á favorecer esta obsesión desgraciada, otras causas numerosas y variadas, tales como: la publicidad que los médicos inescrupulosos y los charlatanes hacen de los estragos de la sífilis; el ejercicio ilícito de la profesión médica ejercida por los herbolarios y otros empíricos y sobre todo la lectura de libros y publicaciones escritas por profanos, que con fines mercantiles explotan la curiosidad del vulgo, narrando los fantásticos resultados de la sífilis. El arte moderno explotando este tema ha contribuido con las representaciones teatrales y la pintura de cuadros, á aumento cada día más considerables de los ataques de sífilis imaginaria.

Los neurasténicos, psicasténicos, histéricos y aun las personas sanas pero impresionables de carácter pusilánime de tara neuropática son las víctimas propicias de la obsesión de la sífilis con fobia de sus manifestaciones.

Cuando acompaña á la neurastenia se ve á la fobia seguir las mismas variaciones de esta enfermedad; se calma ó exalta á medida que mejora ó empeora el estado neurasténico del sujeto; pero sucede más generalmente el caso contrario, la idea obsesionante esclaviza á la neurastenia y le confiere un carácter de gravedad especial. Aumentado la excitabilidad de su sistema nerviosos central y periférico, le obliga á la realización de actos impulsivos y determinaciones peligrosas para su vida. Estos, ofrecen en los sífilíticos imaginarios una particularidad notable: son razonados y lógicos, se realizan más bien para defenderse de su obsesión, que para atender contra su vida. Tenemos en el caso relatado con la amenidad que le caracteriza al docto Catedrático de la Universidad de Buenos Aires José Ingegnieros un ejemplo convincente. No nos resistimos á la tentación de transcribirlo íntegramente.

«XX, con 19 años, argentino, soltero, estudiante por temporadas

«Abuela materna histérica. Un tío abuelo paterno es alcoholista y delincuente. Su padre es sumamente nervioso y tiene un hermano neurasténico. Su madre es de carácter muy variable, con estado mental propio de la histeria, pero sin manifestaciones de accesos ni otros fenómenos: motores, sensoriales, tróficos ó funcionales, bien marcados. Dos hermanos del enfermo fallecieron en la primera infancia: el uno de meningitis y el otro de viruela. Los otros 6 hermanos gozan de buena salud, menos una que es un poco nerviosa.

«XX ha tenido en su infancia sarampión y angina catarral aguda. Era de constitución robusta, muy estudioso, inteligente y de buen carácter. De los trece á los quince años entró en la pubertad. Este cambio acompañase de profundas alteraciones funcionales de todo su organismo, sufriendo una modificación radical de su personalidad psíquica. Su carácter bueno y jovial trocóse en triste y agrio; su inteligencia sufrió una profunda desintegración; disminuyeron su atención y su memoria; la pereza sustituyó á la primitiva laboriosidad, confinando casi con la abulia.

«Alejado de la escuela y de los libros encontró los inevitables amigos que le señalaron la ruta del placer. A los 16 años estaba entre-

gado de lleno á la masturbación y á los abusos sexuales. El alcohol se les agregó bien pronto, complicando el doloroso derrumbamiento de su personalidad moral.

"Poco tiempo después comenzaron á manifestarse síntomas espinales de neurastenia, entre los cuales el más agotador consistió en poluciones nocturnas frequentísimas; refiere el enfermo que, en ciertas épocas, su pene no volvía á la flacidez completa después del coito ó de la masturbación, permaneciendo en una semi-erección reveladora del estado irritativo medular.

A los 17 años y medio contrajo una blenorragia, complicada con orquitis. Creyó que se trataba de sífilis: consultó á varios especialistas; pero apesar de ellos, continuó creyendo que su blenorragia era sífilis, muy grave sin duda, pues los médicos le ocultaban,

Esa idea, sembrada en un organismo cuyo sistema nervioso, saturado por la herencia neuropática, estaba irritado y exhausto, por los abusos de la masturbación y la bebida, fué fatal. Su psiquis, precedentemente sacudida con violencia por la crisis de la pubertad (un verdadera psicosis de la pubertad) convirtió la idea de la sífilis en centro de toda su preocupación. Compró y leyó diversos libritos destinados á vulgarizar los peligros de la sífilis; sus figuras le produjeron naturalmente, efecto terrorífico.

A principios de Diciembre de 1900 fuimos consultados por los padres de este enfermo.

Organismo en pésimo estado de nutrición. Insomnio. Depresión mental intensa. Abulia. Afectuosidad disminuida. Fenómenos oníricos frequentísimos, á base de imágenes sexuales. La *sifilofobia* des-cuella en el cuadro psíquico.

El exámen somático y funcional revela normalidad en los aparatos respiratorios y circulatorio. Alteraciones del aparato digestivo, propios de una dispepsia con hiper-acidés.

Su sistema nervioso está en pésimo estado. Dolores de cabeza- (como si la tubiera en una jaula de metal) espinazo, piernas y escápulas; hiperaltesia lumbo abdominal del lado izquierdo. Hipoquinesia general.

Sensibilidad: al tacto al parecer normal, más bien hiperestesia; al dolor, hay zonas de hiperalgesia cutánea; térmica normal.

Reflejos: Defensivos, disminuidos; tendinosos, aumentados; disminuidos, el cremásterico y el epigrástico.

En su estado mental constatamos la idea fija de la infección sifilítica y el temor fóbico de sus consecuencias próximas y remotas; este temor determinaba un estado de exaltación del tonus emotivo, y constituía para el enfermo una preocupación continua é inexplicable. Además vive constantemente alarmado por el estado de su salud general, que juzga excesivamente grave.

Al poco tiempo de asistirá este joven fuimos llamados con urgencia. Encontramos al enfermo en cama bañado en sangre. Haciendo uso de una navala de afeitar había intentado castrarse, con el propósito de suprimir cualquier deseo sexual que pudiera exponerlo á los peligros de la masturbación ó de las enfermedades venéreas. Con la mano izquierda tomó el escroto; con la derecha cortando de izquierda á derecha, de arriba hacia abajo y de atrás adelante se produjo

exactamente una hemisección de la bolsa. Le sobrevino un desfallecimiento, obligándole á suspender la operación.

El mismo enfermo había procurado detener la hemorragia comprimiendo la bolsa más arriba de la herida.

Los elementos constituyentes del cordón espermático izquierdo estaban seccionados: conducto deferente, arterias venas y linfáticos; así como también los filetes nerviosos del plexo deferente, aunque se habían salvado algunos del plexo espermático.

Practicamos las ligaduras de las arterias espermática y deferente del lado izquierdo, extrajimos el testículo de ese lado, resecamos los restos de la envoltura de ese testículo, que habla quedado adherido á la bolsa, y suturamos la herida con los procedimientos ordinarios. Curó por primera intención. Después de ese trágico episodio el estado neuropático del enfermo continuó mejorando, aunque lentamente. Un año más tarde no conservaba rastros de su neurastenia cerebral, ni de su idea relativa á la sífilis.

Cuando se instala en terreno histérico, la obsesión es más imperiosa, pero también es más fácil de desarraigar según la mayor ó menor sugestibilidad del enfermo.

La sifilofobia de los histéricos no es como lo dice el Profesor Astruc (16) siempre un acto pasional fugaz, pues hay casos bastantes numerosos en que podrian aplicarse á estos el aforismo de Huchard (3) «los histéricos no saben, no pueden, no quieren querer» modificándolo: los sifilofobos histéricos no saben, no pueden, no quieren creer que no están sifilíticos.

No he encontrado en la bibliografía extranjera, ni nacional, observación alguna de sífilis imaginaria implantada en terreno histérico, razón por la cual doy primacia al siguiente caso que voy á relacionar, el cual es bastante interesante tanto por la peculiaridad de su contenido psicológico, que es una comprobación de las doctrinas sustentadas sobre la sugestionabilidad de los histéricos, cuanto que afirma las ideas que venimos sustentado sobre la modalidad especial, que adquiere la obsesión inmotivada de la sífilis, en los no sifilíticos.

He aquí la historia clínica:

C. C. natural del Cuzco, de 23 años de edad, estudiante de la Escuela de Ingenieros, presenta como antecedentes personales lo siguientes: padre sano y de complexión robusta, sin hábitos alcohólicos ni enfermedades nerviosas. Madre fallecida cuando el paciente apenas tenia 10 años á consecuencia de una operación quirúrgica practicada con el objeto de extirpar un tumor canceroso. Era de carácter muy vehemente y variable. Tia por la rama paterna alcohólica; histérica manifiesta.

Tres hermanos; 2 varones y una mujer. Los dos hermanos, mayores que el paciente, son relativamente sanos; la hermana tiene actualmente 16 años, es sana; sin embargo posee un carácter y una imaginación muy viváz, alegre y traviesa, tiene entre sus compañeros de colegio el mote de «loca». Su padre se ha visto obligado á sacarla de un colegio de religiosas donde no podían soportar sus travесuras, para ponerla en otro. Ha llegado á mi conocimiento que esta niña, presenta en su época menstrual, trastornos nerviosos y ataques con-

vulsivos, que habría que relacionarlos con una histeria incipiente. Pero fuera de la época menstrual la niña goza de excelente salud.

Los antecedentes individuales de mi paciente son los siguientes: el año 1891, cuando á la sazón tenía 3 años y meses de edad, sabe que se enfermó gravemente, con convulsiones; que enflaqueció rápidamente y que su vida corrió serio peligro. Como en la hacienda donde habitaba no había ningún médico, tuvieron que recurrir á los cuidados de un empirico, el cual le resetó baños con yerbas, ahumados con sustancias aromáticas para quitarle el mal viento y alejar el espíritu maligno que le asustaba.

Como el estado del enfermo era cada día más grave, inquietó á la familia y decidieron abandonar la hacienda y emprender viaje al Cuzco. Allí la forma de sus ataques había cambiado, se habían hecho francamente epileptoides: el médico que asistió á este enfermo creyó que estos ataques se debían á una fiebre perniciosa (*plasmodium falsiparum*) y le puso lavativas con quinina. Como el tratamiento quínico no lo mejorara, le resetó santonina, seguramente en la creencia de que los ataques convulsivos se debían á parásitos intestinales. El fracaso de esta nueva medicación, decidió á la familia á despedir al médico y solicitar los servicios de otro empirico muy afamado en la ciudad. Este diagnosticó que era un susto el que se le había metido y que para curarlo era necesario darle otro. En efecto una tarde en medio ataque le hechó una jarra de agua fría acompañando este acto con exortaciones contra el espíritu malo que lo asustaba. Afirma el enfermo que desde entonces curó de sus ataques.

Estos datos corroborados por un pariente cercano de qui en solicité su comprobación, nos dan la noción precisa de la existencia desde esa edad de la gran neurosis. El susto como lo clasifican los empiricos que en considerable número ejercen la profesión de médicos en los pueblos de la sierra del Perú; es en su mayor parte manifestación de enfermedades nerviosas y muy especialmente de la histeria infantil.

Desde los 4 años hasta los 19 no tuvo alteración alguna en su salud.

El año 1904 se trasladó á Lima é ingresó al Colegio de Labarthe. Allí sufrió en el exámen final de su primer año de estudios un ataque; perdió el conocimiento cayó exánime en el asiento y permaneció en ese estado sin darse cuenta una media hora.

Hasta esa edad no cohabitó pero se dedicaba á los placeres onanistas con bastante frecuencia. Era un masturbador tenáz.

El año 1909 hacia fines de Octubre realizó su primer coito pero tan desgraciadamente que desde esa época data su verdadera vía crucis.

Una noche á instancias de 2 de sus amigos visitó por primera vez una casa de prostitución. Después de haberse dedicado por algunas horas á los actos á cuyo objeto acudió se retiró de la casa muy preocupado, pues, solo momentos antes de abandonarla se fijó que la mujer que lo inició en los placeres de venus, tenía una erupción en todo el cuerpo. Uno de los amigos que lo acompañó en esta empresa que era á la sazón estudiante de primer año de medicina consultado por C. C. acerca de la naturaleza de la lesión dérmica que había no-

tado en la prostituta le contestó: seguramente es *sífilis*, añadiendo, para mayor desventura, si te sale un grano en el pene no tienes más remedio que pegarte un tiro.

Es de suponerse el efecto que estas palabras produjeran en un individuo de tara neuropática, de poca experiencia mundana y sobretodo, ignorante de las muchas lesiones dermatósicas, distintos de la *sífilis*, de que podía estar atacada la prostituta, dichas con seguridad dogmática por un discípulo de Galeno. Los resultados de tan funestas sentencias no se dejaron esperar. Transcribo la relación que el enfermo me hace por escrito, de su enfermedad.

«En cuanto me dijo esto me sentí enfermo, al llegar a mi casa tomé inmediatamente el libro "El Médico del Hogar" que guardaba en mi biblioteca. Allí leí algunas palabras referentes a la manera como se transmitía la enfermedad y sobre todo conocí al funesto porvenir que se le esperaba al *sifilitico*. Me parece demás decir que esa noche no dormí, atormentado por las mil preocupaciones que embargaban mi espíritu. A la mañana siguiente lo primero que hice fué examinar mi pene. Lo encontré hinchado, soplado; al mismo tiempo que una llaguita en el frenillo me producía mucha molestia. En el acto me vestí, fui a consultar a mi amigo el estudiante de medicina— en un estado de ánimo tal que creí enloquecer. Este examinó la llaguita y me dijo que era necesario cauterizar el chancre, con nitrato de plata, hasta que se pusiera negro. Tal como me indicó lo hice: pasé el lápiz, una, dos, tres veces al rededor del pene, pues, la llaguita taraba algunos minutos en ennegrecer, hasta que los agudos dolores que me produjo esta maniobra me impidieron continuarla. Más tarde me desmayé.

Recordaré toda mi vida el día tan horrible, la noche tan espantosa que pasó. Los dolores fueron cada vez más intensos, el pene se puso enormemente voluminoso, la micción casi imposible y sobre todo, y esto era lo más insoportable, la erección era permanente.

La idea del suicidio se me arraigó con caracteres de urgente necesidad. No podía dudar ni por un momento que la enfermedad que había adquirido no era otra que la terrible *sífilis*. Así pasaron varios días durante los cuales el estudiante me curaba con polvos de yodoformo y lavados de sublimado.

Al sexto día los nuevos síntomas vinieron a agravar mi ya penosa situación. Era el primero que mi cuerpo se llenaba de granitos muy menudos con preferencia de los muslos, pecho y abdomen, los que me producían gran molestia por el escozor que me obligaba a rascarme con gran frecuencia. Era el segundo, la aparición de una gota de pus en el meato y la dificultad de orinar; la realización de este acto me producía vivísimos dolores, sentía la sensación de mis orinas hirviendo.

‡ Consultado mi amigo, me dijo: que la erupción no podía ser otra cosa que los accidentes secundarios consecutivos a mi chancre. Que la dificultad y los dolores de la micción se debían a una infección gonocócica.

Desde entonces mi decadencia moral se acrecentó. Solo la idea del suicidio ó de una muerte próxima, ponía un paréntesis a mis angustiosos momentos. Después de algunos días más, como notase que

la curación que me hacía mi amigo no me producía ningún alivio; pues la erupción antes localizada á las regiones indicadas, invadía las orejas, bolsas, brazos y manos; y que la purgación aumentaba en cantidad y la llaga se hacía más grande y ulcerosa, decidí ir donde un médico—no obstante las advertencias de mi amigo que me repetía sin cesar: «Un médico te hará las mismas curaciones que yo, te sacará mucho dinero y sobre todo te pondrá unas inyecciones dolorosísimas»; resuelto á hacer la consulta y someterme á todo tratamiento por penoso que el fuese, con tal de encontrar alguna mejoría.

Me dirijí al consultorio del Dr. N N quien me hizo un exámen de todas las lesiones que presentaba. Tocó el chancro por todos lados; examinó la erupción de la piel y me dijo: desgraciadamente Ud. tiene una enfermedad grave, de muy larga curación, tengo que hacerle unas inyecciones mercuriales, que lo sanará con seguridad; y para consolarme añadía antes se creía que la sífilis era incurable, pero ahora no es así, se la cura como cualquier otra enfermedad, solamente que el tratamiento es largo y exige mucha constancia.

Sali de la consulta verdaderamente enloquecido. El diagnóstico del estudiante acababa de tener amplia comprobación. Decidí entregarme á él incondicionalmente.

Después de algún tiempo que seguí puntualmente sus prescripciones noté una mejoría muy lenta de mi úlcera y de la blenorragia. Pero la erupción de la piel aumentaba y se convertía en ulcerosa; esto me obligó á consultar con otro médico, quien me recetó una pomada azufrada y baños alcalinos con lo cual mejoré rápidamente. Consultado sobre la naturaleza del chancro reservé su respuesta.

Estas eran mis condiciones cuando á instancias de un pariente mío, me permití consultar con el señor A.

Fué á fines del mes de Junio de 1910, que el joven C. C. me hizo la relación de su enfermedad, en la forma trascrita anteriormente.

He aquí el resultado de mi exámen.

Dirigida mi atención sobre el estado físico y psíquico del paciente, pude observar que él, además de su robusta complexión física, estaba en plena posición de sus facultades mentales, su aspecto era tranquilo, amable y culto. La mirada abatida y triste daba una idea de la preocupación que embargaba su espíritu; podía decirse que estaba bajo el dominio de un hondo sufrimiento. Su tiz pálida y marchita contrastaba con su constitución. El exámen de sus caracteres morfológicos no indican ninguna desproporción entre sus miembros. Las facciones son correctas y armonicas, el pelo negro y lacio.

Respiración normal. Aparato digestivo en buenas condiciones. Ausultando el corazón se le nota ligeramente taquicárdico; pulso regular. Mucosas algo descoloridas.

El exámen de la piel es el siguiente: en medio de un fondo blanco mate. Se notan zonas bronceada se parcidas sin regularidad alguna; predominando en el tórax, ombligo, nalgas, cara interna de brazos y muslos; codo y pliegues interdigitales. En las nalgas y codos existe una dermatitis exematiforme, resultado seguramente la medicación empleada. Conserva aún una que otra vesícula en la flexura de los codos y en los gluteos, los que examinados á la lente, de-

jan ver después de su ruptura, los surcos producidos por el acarus. Existe también un escaso número de pústulas de acné en la cara, especialmente en las barbas.

El examen de su aparato genical dá los siguientes datos: glande deformado por una cicatriz que ocupa la región del frenillo; de color rosáceo, presenta aún en una parte central el dermis al desnudo; de forma irregular, larga y poco ancha; avanza hacia la región dorsal del pene, siguiendo el trayecto del surco balano prepucial. Su consistencia es moderadamente dura.

El meato tumefacto, deja trasudar una secreción amarillenta, escasa, que examinada al microscopio descubrió la existencia de numerosos g. nococos extra é intracelulares. Las uretras anterior y posterior dolorosas á la presión. Próstata aumentada de volúmen en sus dos lóbulos, dura y de superficie irregular. El cateterismo no dá signo alguno de estrechéz. Testículo y epididimo izquierdo aumentados de volúmen, ligeramente sensibles al dolor.

El examen de sus orinas no presenta nada de particular en la composición química de sus elementos. Hay trazas de serina é indican. Está enturbiada por la presencia de numerosos filamentos: uretrales y prostáticos, en el primero y segundo vasos. El examen microscópico del sedimento dá: células epiteleales planas, leucocitos en abundancia, espermatozoides y numerosos micrococos urae.

Sistema ganglionar: cervical, axilar y crural indemnes. Ganglios inguinales infartados y dolorosos.

Se queja de dolores: lumbares, de cabeza frecuentes; sin exacerbación nocturna.

No tiene dolores osteóscopos, tumefacciones ni exostosis.

Su estado mental me dió una idea clara del profundo trastorno que experimentaba su personalidad psíquica. Vive preocupado del estado de su salud que la cree incurable. Está en él arraigada la idea de una sífilis maligna que terminará por matarlo. La vehemencia con que habla, la inquietud que le produce sus mismas palabras nos obligaron á hacer, en días posteriores, exámenes detallados de su sistema nervioso; los que serán descritos después. El examen somático y funcional de sus diversos aparatos nos dió la convicción de la ausencia de la sífilis y considerar á este enfermo como un neuropátacon obsesión de la infección luética y la fobia de sus grandes peligros.

Antes de describir el resultado del examen de su sistema nervioso discutamos el caso y las razones que nos obligaron á aceptar la ausencia de la sífilis.

Hemos visto por la relación que el nos hace del comienzo de su enfermedad, que vió al día siguiente, (dato muy importante) de haber realizado su primer coito, (ausencia de coito anterior) una llaguita en el glande, junto al frenillo (sitio muy apropiado para las erupciones producidas por el rosamiento) que le producía gran molestia peculiar de las escoriaciones causadas por, el traumatismo del acto sexual.

Que atemorizado ante la idea de un chancro sífilítico (sugerido en día anterior) buscó al funesto amigo el estudiante del 1er. año de medicina, quien al mismo tiempo que dá un diagnóstico aventura-

do, le instituye un tratamiento inconveniente, irracional; la cauterización profunda y sostenida por medio del lápiz de nitrato de plata. Esta operación provoca como es natural, la ulceración, supuración, agrandamiento y endurecimiento de la pequeña lesión dérmica (Le hace cambiar de aspecto y le dá los caracteres de un chacro duro).

Nuestra opinión, tiene además un sólido fundamento, la ausencia de reacción propia de la sífilis, por el sero diagnóstico de Wasserman y Noguchi, hecha galantemente por mi amigo el señor Noriega del Aguila.

La erupción de la piel aparecida del 4.º al 5.º día del fatal coito, era indudablemente una sarna, dada la frecuencia y extensión de esta enfermedad en las prostitutas; indicaba además esta suposición la comezón que producía (los accidentes sifiliticos no la tienen.) El tratamiento instituido por el estudiante y el acto de rascarse convirtieron la primitiva lesión, en un herpes ó en una excema. Es decir se la transformó en erupción; la sarcopsis dermatopolimorfa.

Nuestro desgraciado paciente contrajo igualmente una blenorragia, que siguiendo la misma suerte que las otras infecciones, conviértese encrónica, invade además la próstata, los testículos y epididimos.

Pero la pernicioso y criminal intervención del estudiante de medicina no se redujo á empeorar sus males venéreos. Su acción deplorabile fué más allá, sembró en terreno propicio una neuropatía: la idea de una infección sifilitica. Esta se arraiga y se solidifica aun más, desde el momento en que el Dr. N N por medio de un exámen poco prolijo, con desconocimiento absoluto de los antecedentes y conmemorativos de la poli-infección, corrobora el errad diagnóstico del novel estudiante. Tenemos ya un enfermo que no es del dominio de la sifiliografía y dermatología, sinó de la psiquiatría.

Como tal lo consideramos y emprendimos el estudio de su sistema psíquico y nervioso.

El estado mental de C. C. atravieza por un periodo de crisis que inquieta bastante. Su amena conversación interrumpida á cada instante por digresiones acerca del estado de su salud, denota la constante preocupación que le embarga.

Las más insignificantes sensaciones las atribuye á la sífilis. Nos dió una idea de esta afirmación lo siguiente: un día se presentó en mi domicilio todo demudado, la noche la pasó sin dormir, un dolor agudo en el hombro derecho lo habla mortificado sin descanso. Estos eran según él «los dolores osteóscopos propios de su sífilis». Investigando las causas de ese dolor examiné la articulación y descubri una equimosis que ocupaba la región acromioclavicular, preguntado si habia recibido algún traumatismo me contestó sorprendido: «en efecto, ayer recibí un fuerte golpe en ese sitio». Nuestro enfermo olvidó esta circunstancia, su imaginación le hizo concebir que ese dolor no podía tener otra causa que la gran dolencia que creía padecer.

Este enfermo exagera además sus sufrimientos llevándolos á extremos inconcebibles. Vive exclusivamente dedicado á la observación de los accidentes de su cuerpo. El acné más inofensivo, una simple angina catarral etc., no tienen para él otra explicación, ni otra causa, que su pretendida sífilis.

Conoce todos los tecnicismos de la medicina. Há leído muchos libros al respecto, ha sido asiduo concurrente á los servicios hospitalarios, y conversando con él sobre este asunto, es de admirar su locuacidad y sus conocimientos de la Sifiliografía.

Cada uno de los síntomas que experimenta, la aparición de los pequeños accidentes de su salud ván acompañados de angustia, crisis desesperantes, durante los cuales permanece inmóvil, alejado de cuantos le rodean, en estado subconsciente, negándose en absoluto á dirigir la palabra á quienes se interesan por él; trata de evitar la compañía de sus amigos, y ha despedido á un pariente suyo en cuya compañía vivía para «evitar que se contagiara» con los objetos de su uso personal.

Varias veces desde el comienzo de la infección, ha padecido de crisis de llanto, que determinaban un estado de suma postración, de tristeza absoluta. Preguntándole las razones que pesan en su ánimo para creerse sifilitico, impresiona la lógica de sus razonamientos: la dureza de su chancro, la aparición de su dermatosis, la uniformidad en el diagnóstico de las personas que lo han examinado etc., son para él la razón más convincente é indudable de su grave dolencia. «Siento que la sífilis me consume día á día» contesta cuando se trata de convencerlos de la falsedad del diagnóstico hecho y de la sin razón de su idea obsesionante.

La sensibilidad cutánea presenta trastornos dignos de mención; así he podido comprobar la existencia de zonas *hipoesticas* permanentes en la región supra rotuliana derecha y escapular del mismo lado. *Hiperestésica* transitoria en el hombro derecho, verdadera zona espasmógena. Existe igualmente una extensa placa *hapalgésica*, en la nuca y regiones umbilical é hipogástricas.

La sensibilidad muscular presenta: *amyestesia* para la marcha, sobre todo cuando el sujeto ha permanecido algún tiempo sentado.

La sensibilidad de los distintos órganos de los sentidos: gusto, olor, audición, se encuentran en buenas condiciones. La visión denota la existencia de la *discromatopsia* para las tonalidades coloreadas, especialmente las del morado. La pupila reacciona bien é igualmente.

Los reflejos tendinosos no ofrecen nada de notable.

Los cutáneos: exepto el faríngeo casi abolido y el abdominal y cremastérico, exagerados: no ofrecen particularidad notable.

No existen tampoco trastornos secretorios.

Este exámen así como los antecedentes del paciente y la anamnesis de la enfermedad, nos dan todos los elementos para considerar con razón á este enfermo, como un histérico con la obsesión de la idea sífilis y la fobia de sus accidentes y peligros.

El tratamiento que debía seguirse en en este enfermo estaba perfectamente señalado. Era necesario dirigirlo contra sus trastornos de origen venéreo y sus trastornos psíquicos.

Contra sus enfermedades venéreas y dermatósicas se emplearon los medios habituales para estos casos. La dilatación de la uretra, seguida de masajes uretral y prostático, y lavados vesicales con una solución al 1 por 2000 de oxicianuro de mercurio en abundancia, determinaron gran mejoría en su blenorragia crónica.

Los baños tibios alcalinos seguidos de aplicaciones de la pomada de Lesser:

Bálsamo del Perú	$\left\{ \begin{array}{l} \text{a. a.} \\ 10 \text{ grs.} \\ 20 \text{ ,,} \\ 15 \text{ ,,} \end{array} \right.$
Aceite de olivas	
Vaselina	
Lanolina	

hizo desaparecer en poco tiempo los restos de su dermatitis.

Los lavados antisépticos y aplicaciones de Quataplasma Langlebert hicieron desaparecer, la dureza é inflamación de la ulceración del glande.

Este tratamiento seguido con extremada rigurosidad, mejoraron las condiciones generales de C. C. lo cual facilitó la aplicación de la higiene moral en la curación de los trastornos de su mentalidad y de su neurosis. Infiltrando paulatinamente la idea de que era víctima de un error al creerse sífilítico, y la conveniencia de que la abandonara dada su instalación inmotivada, comenzamos el tratamiento de la sujestión en vigilia, que más tarde nos habia de dar buenos resultados.

Le persuadimos además de la necesidad de un cambio de clima, y del método de vida que hasta entonces habia seguido. Le obligamos á caminar, á salir diariamente al catupo, á ejercitarse en el sport baños de mar etc, etc., con lo cual conseguimos el aumento de su conciencia y la confianza en el yo físico, para contrarestar la energía sobreexitada del yo moral.

Pero su idea obsesionante, su *sifilofobia* permanecía inconvivable: tan profundamente arraigada se encontraba, por la fé que le merecía la uniformidad del diagnóstico que se le hizo, tal seguridad de que las lesiones de su piel y la ulceración del glande eran accidentes sífilíticos, que creí fracasar en mi intento de curar su obsesión. Pero una circunstancia favorable me facilitó emplearen él la sujestión en vigilia que dió por resultado la desaparición de su fobia. Como ofrece particularidades interesantes y dignas de un estudio más completo que el que podamos hacer, voy á relacionarla someramente.

Corría á la sazón el mes de Octubre de 1910, cuando en momentos que C. C. se hallaba en mi departamento, recibí en el correo, las primeras noticias acerca del descubrimiento del «606» para la curación del terrible mal de Fracastori. Las descripciones que se daban de sus milagrosos efectos me proporcionaron la idea de poner esta novedad en conocimiento de mi paciente; así lo hice en efecto. Leí en alta voz uno de los artículos de la «Presse médicale» y le dije: como acaba Ud. de oír, ya se ha descubierto el remedio contra el terrible mal que padece, es necesario que se tranquilice, yo le aplicaré una inyección apenas recibamos una muestra que la encargaré hoy mismo.

La noticia le produjo un visible placer. Las esperanzas de su pronta curación habian penetrado en su conciencia. La idea de verse sano tomaba sitio en su cerebro, tal vez, con igual ó mayor fuerza que su fobia. En todos los correos venia en pregunta de nuevas noticias acerca del descubrimiento de Ehrlich. Leía con avidez cuanto á él se refería. Y esperaba, como era natural, con ancia infinita la llega-

da de la maravilloza droga que pondría término á sus sufrimientos. Unos días más y la idea fóbica perdería sus posiciones.

En estas circunstancias me ví obligado á emprender un viaje al Sur de la República; puse esta noticia en conocimiento de mi amigo C. C. lo cual lo contrarió sobre manera. Pero como le asegurase mi pronto regreso y sobre todo que, esta circunstancia no le perjudicaba puesto que antes de mi vuelta, no tendríamos aún en nuestro poder la muestra solicitada, asintió á mi viaje.

Aproveché el periodo de mi ausencia para indicarle el régimen que debían seguir para mejorar su estado general; hidrotapia en forma de duchas, especialmente dirigidas de Raquis. Aereoterapia; reposo intelectual; tónicos reconstituyentes y nervigenos; alimentación sana y abundante; ejercicios físicos moderados etc.

Este tratamiento llevado á cabo rigurosamente (pues el enfermo era esclavo de mis indicaciones) mejoraron notablemente las condiciones de C. C. A mi regreso en junio de 1911 lo hallé con el espíritu más alentado; el peso había aumentado en el espacio de 4 meses y medio en más de 6 kilos; la palidez había casi desaparecido y sobre todo las esperanzas de su curación habían aumentado, pues las noticias que recibía de las sorprendentes curaciones de Salvarsan habían pasado del campo de la simple observación clínica, al de los hechos comprobados.

Pocos días después provisto de una ampolleta de «606» le notifiqué de que había resuelto hacerle una inyección intramuscular. La noticia la recibió con gran contento. Preparé con mucho aparato escénico y sirviéndome de él mismo como ayudante, en las diversas manipulaciones de la consabida inyección. Luego que terminé el preparado, de cuyas diversas fases era mi paciente, perfectamente conocedor, procedí á inyectarle con las debidas precauciones asepticas y en la región interescapolar, sin que se enterara del cambio de sustancia, 10 centímetros cubicos de aceite de oliva esteril. Días después de esta operación, de esta terapia sugestiva, pude obtener un resultado sorprendente, muy superior al que habíamos previsto; C. C. intimamente convencido de haber recibido la inyección de 606 me decía que «se sentía tan bien como antes de haberse infectado con la sífilis.»

Bastaron unos días más de sujeción en vigilia, que consistía en ponderar las propiedades curativas del 606 y la persuasión de que su curación era definitiva, para que esta se asentase sólidamente.

C. C. se encuentra en perfectas condiciones de salud, han desaparecido paulatinamente los trastornos sensitivos y motores antes mencionados. Su fobia no existe. Hace dedicado otra vez á sus estudios interrumpidos, con aciduidad asombrosa. Come y duerme muy bien y es uno de los más ardientes propagandistas del milagroso remedio del ilustre químico de Francfort.

**

Tan interesante como el caso descrito anteriormente es el siguiente, cuyos datos me han sido proporcionados por algunos pacientes y amigos íntimos del sujeto materia de este relato.

Un día del mes de Noviembre de 1910, la sociedad de Lima y sobre todo la juventud universitaria en cuyo seno ocupaba lugar preferente, era dolorosamente sorprendida con el inesperado y trágico suicidio del señor E.M.

Las causas que obraron en su fatal determinación, permanecieron en el primer momento desconocidas; nadie en efecto, podía precisar los móviles que lo obligaron á poner fin á su vida, en la forma realizada. Las conjeturas hechas al rededor del acontecimiento fueron de lo más variadas; solo días después se hizo público un rumor, que fué luego confirmado ampliamente. E.M. que acababa de perder á su madre, á quien amaba tiernamente, vió aumentar sus sufrimientos morales con la existencia de una enfermedad venerea, un chancro de diagnóstico oscuro, de naturaleza discutible, que desenvolvió en fondo neuropatico una *sifilofobia* causa única y determinante de su muerte.

Voy á procurar con los datos que obran en mi poder, reconstituir la historia clínica de este enfermo, que victima de su fobia, halló muerte prematura y trágica.

Los padres de E.M. aunque personas sanas tienen antecedentes neuropáticos. El Dr. V.M. padre del exinto es un distinguido profesional, perfectamente equilibrado un buen tipo en una palabra del hombre normal de los antropólogos, y psiquiatras.

Pero en cambio su madre fallecida pocos días antes que E. M. enloqueció 6 años después del nacimiento de este, habiendo sido antes de esa época, persona muy nerviosa. La muerte de esta señora tuvo tintes de lo más dramáticos: Vivía completamente sola, únicamente la acompañaba una doméstica muda. Ambas llevaban una vida muy retraída. Se negaba en absoluto á recibir visitas, no querian la compañía de parientes ni menos de amigos. Por último resolvieron para evitarse la presencia de estos, vivir encerrados. Así trascurrieron algunos años. Pero un día los parientes abrumados del silencio que hacia 3 días reinaba en la habitación y temiendo de que alguna desgracia hubiera ocurrido dentro de ella, forzaron las puertas y penetraron. A su ingreso se les presentó un cuadro espantoso: la loca habia extrangulado á la sirvienta y luego se habia suicidado cortándose la carótida con un vidrio de botella.

El abuelo paterno fué también loco, tenía la manía de persecución. Los tíos tuvieron distintos trastornos nerviosos, entre ellos una tía histérica que fué pensionista del hospicio de Insanos de esta Ciudad.

Los hermanos que son tres, son sanos. Pero una hermana es esencialmente nerviosa, melancólica, con manía religiosa exajerada.

Como se vé tanto los ancestrales como los colaterales de E. M. tienen antecedentes neuropáticos bien marcados.

El señor E. M. al decir de sus amigos y parientes más cercanos, era completamente sano. Pocas veces se le vió ligeramente indispuerto. Dedicado á sus estudios profesionales, era alumno muy distinguido de una de nuestras facultades universitarias. Se hallaba precisamente en vísperas de coronar su carrera. Llevaba vida arreglada, metódica; de carácter tranquilo, apacible y modesto; se le notaba sin embargo un fondo melancólico, demasiado triste; pesimista. El

menor pesar, contratiempo ó disgusto le producían profunda inquietud; se le notaba siempre preocupado con los más pequeños incidentes de su vida. Durante la época de los exámenes sufría verdaderas crisis angustiosas. Vehemente en el cariño á los suyos y á los amigos; al conocer la noticia del fallecimiento de su madre su personalidad moral y psíquica sufre una conmoción extraordinaria.

Su carácter antes agradable y suave, propenso á la sociedad y á los amigos, trocóse en taciturno y solitario. Se apartó voluntariamente de estos y se encerró en una vida de abstracción y soledad. Es en esta época de la existencia desgraciada de E. M., época en la cual su sistema nervioso experimentaba un serio trastorno mental, en el que existía un descenso de la atención psicológica; que adquiere en un coito sospechoso, una infección venérea, (un chancro blando según uno de los facultativos que lo asistió, un chancro sífilítico según otro).

Inmediatamente que E. M., notó la existencia de esta lesión, consultó con uno de nuestros jóvenes y reputados profesionales, el Dr. P. quien despues de un exámen prolijo y cuidadoso, diagnosticó una úlcera de Ducrey. Pero M. duda de los diagnósticos y se dirige donde otro médico, especialista en la curación de enfermedades sífilíticas y venéreas, quien despues de examinarlo le dijo, exabruptamente: que era un chancro duro y que por consiguiente estaba atacado de sífilis.

Acabamos de ver que las condiciones psíquicas de E. M. se hallaban seriamente perturbadas, por sus últimas desgracias de familia; que había en sus facultades mentales un «locus minor resistentia» capaz de provocar la implantación de una neuropatía. Y así sucedió en efecto, aparece el estado emocional, presentanse las crisis angustiosas de la idea obsecionante, de la sífilis con sus horribles consecuencias. En ese cerebro debilitado nace el choque ideativo, entre la creencia y la critica. Compara ambos diagnósticos, rumia sobre la verdad de cada uno de ellos; y compara también entre las cuatro paredes de su cuarto solitario, la competencia profesional de los médicos que le han visto. El uno le proporciona palabras de consuelo y de esperanza; el otro la ignominia, la desgracia, la muerte.....

De pronto, quiere convencerse sobre el verdadero estado de su salud y se dirige otra vez donde el Dr. P., manifiéstale que otro médico el Dr. N.N. que acababa de verlo, le había dicho que el chancro que llevaba era sífilítico. El Dr. P. vuelve á examinar cuidadosa y atentamente á M. y le dice que él está seguro de haber dado un buen diagnóstico y que sostenía ahora, mas que nunca, su opinión de que el chancro era blando.

Pero M. no satisfecho con estas palabras consoladoras vuelve donde el fatídico Dr. N.N. y le participa que el Dr. P. es de opinión de que su chancro no es sífilítico.

El Dr. N.N. lejos de examinarle otra vez como lo solicitaba el paciente, se contrae á decirle «yo tengo muchos años de práctica en la curación de estas enfermedades, no puedo haberme equivocado, lejos de eso yo le aseguro que el Dr. P. está en error. Y añadió «como, es aun principiante, le queda mucho por aprender» (palabras textuales que M. las reprodujo y comunicó á su íntimo amigo el Dr. C. quien me las ha proporcionado galantemente).

Roto el pequeño eje que mantenía el aparato el equilibrio cerebral, aférrase en su mentalidad la idea de una infección sífilítica. Su enfermedad se constituye en hecho definitivo; vagan en su mente las más horribles presunciones sobre el proceso de su mal, sobre sus dolores, sus vergonzantes manifestaciones y terribles estragos. Desespera de su vida y resuelve quitársela.

La mañana del 5 de Noviembre, amanece el cadáver de E. M. suspendido de una viga.

Este caso cuya historia clínica completa, habría sido bastante interesante, nos suministra un ejemplo de *psicastenia con su fobia sífilítica*.

Y digo un caso de psicastenia, por que en M. se hallan reunidos casi todas las propiedades que caracterizan á la *«psicosis de Janet»*; tales como: la evolución rápida de la idea obsesionante, la incompleta y desequilibrio de la función psicológica y sobretodo y esto, es lo más característico, la duda ansiosa y el espíritu de crítica, sobre su idea de sífilis. Sus accesos emotivos han tomado nacimiento de esa oscilación, entre la creencia y la duda; del predominio de la una sobre la otra. El psicasténico, en efecto, lucha contra su propia obsesión la estudia, la critica, trata de librarse de ella y solo cuando en esta batalla angustiosa, domina la idea fija se aferra á ella sólidamente.

* *

Hemos visto por este rápido é incompleto exámen que la idea obsesionante de sífilis, es decir, la sífilis imaginaria puede constituirse en las más variadas neurosis. Es solamente necesaria la existencia de un campo neuropático propicio, para que ella se instale con todos sus procesos representativos y asociativos.

Antes de terminar el estudio de la sífilis imaginaria, creemos un deber el llamar la atención de los profesionales acerca del papel que deben desempeñar frente á estos enfermos, y sobre todo la sublime misión que tienen de contrabalancear la funesta acción de los especuladores y empíricos, de los médicos ignorantes ó de mala fé; por medio de una científica campaña de vulgarización; de lucha contra el peligro venéreo. El médico en presencia de un enfermo pusilánime hipocondríaco, nervioso y vehemente, que se quejeda alguna enfermedad venerea y sobre todo que se crea atacado de sífilis; debe manejarse con entera prudencia, poner en servicio de su diagnóstico no solamente todos los medios y enseñanzas de la clínica, las investigaciones químicas y bacteriológicas, sino y muy especialmente desenvolver sutileza é ingenio para descubrir, no solo la naturaleza de la lesión venérea, sino lo más grave, lo que proporciona mayores trabajos y más grandes inquietudes: la psiconeurosis que puede existir, como causa fundamental de su estado psíquico y abatido ó exaltado.

Conociendo, en una palabra, el temperamento nervioso del sujeto, le será muy fácil al médico, apoderarse de la confianza y ganarse el afecto del enfermo; así la fé en sus conocimientos auxiliará al tratamiento que se emplea.

Nunca aventurarse á dar un diagnóstico seguro cuando las lesiones no son características y en este último caso, jamás instituir

un tratamiento antisifilitico, antes de la aparición de otros accidentes, no comprueben la verdad del diagnóstico primitivo. La primera inyección mercurial debe acompañar la presencia de los accidentes secundarios sifilíticos clásicos: roseola, pústulas, placas mucosas etc., pero nunca si estos no existen todavía, por que entonces se oscurece el diagnóstico y se abren las puertas á la duda, á la idea incierta y desesperante del que cree y duda ser sifilitico.

El tratamiento del sifilitico imaginario comprende: 1.º el tratamiento de su estado general; 2.º sintomático de sus enfermedades venéreas; 3.º tratamiento general de su fobia.

Respecto á los primero, debe recomendarse una medicación tónica y reconstituyente, aprovecharse de los grandes servicios de la hidroterapia y la aereoterapia. Debe vigilarse atentamente la alimentación, procurando reglar las horas, á fin de evitar los trastornos gástricos muy frecuentes en estos casos. El insomnio será combatido más bien con la cura sugestiva y los baños tibios, que con los hipnóticos.

Las enfermedades venéreas, debe emplearse con todo cuidado y método, los diversos medios que la ciencia prescribe, según la naturaleza de ellas.

La curación de la fobia exige el conocimiento de la psicología de los obscados. Y no solo de su psicología, sino de las diversas neurosis que en ellas toman parte. Así cuando la histeria domina el campo neuropático, debe ensayarse la sugestión, especialmente la sugestión en vigilia, estudiando atentamente la manera de realizarla sin contrariar el carácter tan susceptible, de esta clase de enfermos. La sugestión hipnótica debe reservarse para los casos de histeria crónica ó de fobia con manifestaciones impulsivas.

En la sífilis imaginaria de los neurasténicos, psicotécnicos etc., debe emplearse la persuasión constante y metódica.

Ensayar la cura de *substitución*, que consistiría en reemplazar por medio de una ocupación absorbente ó por medio de otra idea obsesionante, sin peligro para su salud; la noción de sífilis. Se puede servir muy útilmente en estos casos, de la afición á las colecciones, á la música, á la filatelia; despertar el sentimiento religioso ó las prácticas filantrópicas etc.

Los viajes y los paseos no deben ser solitarios, es necesario que se realizen siempre con la compañía de un amigo, que procure distraerlo y mucho mejor aún si fuera el mismo médico quien lo hiciera; por que asilos consejos, las palabras consoladoras etc., secan los mejores medios para mejorarlo ó curarlo. La asiduidad, cariño y firmeza persistente de un médico autorizado, son elementos muy valiosos para procurar la salud de los desgraciados sifilióforos.

La lectura de los libros debe ser atentamente vijilada. No serán permitidos sinó aquellos que no afectan su estado nervioso, ausentes de impresiones fuertes, de actos delictuosos y en fin, de todo aquello que podría exaltar su imaginación y sensibilidad. Pueden recomendarse las obras que se refieren á la narración de los viajes, de los actos heroicos, etc. que sirvan para educar y levantar su carácter como las de Walter Scott, Samuel Smiles, Julio Verne, J. Welsch. etc. etc.

SIFILOFOBIA VERDADERA

La sifilofobia verdadera está constituida por la obsesión de la idea sifilis en un *neurópata sifilitico*.

Esta puede referirse sea á los accidentes sifiliticos actuales ó al temor de las manifestaciones remotas, que los cree fatalmente, inevitables y de gravedad extrema. Otros la adquieren como consecuencia al largo periodo de tiempo que necesitan emplear para la curación de su enfermedad. La mayor parte de los sifilióforos verdaderos, resultan de la intensidad y estragos de la sifilis, en sus manifestaciones externas; á este respecto las rupias, pústulas costrosas, pénfigos, etc., dan el mayor contingente de sifilióforos. En muchos, en fin, resultan de los fracasos de la medicación antisifilitica; lo cual corrobora la noción que de su incurabilidad y desu desgraciado porvenir lo tienen formado.

La idea fija se manifiesta bajo las más variadas formas; así los unos creen que cualquier trastorno de su organismo por insignificante que sea, tiene su causa en la sifilis. Así se refiere el caso de un enfermo de Janselme (18), que durante varios años se cauterizaba obstinadamente toda alteración cutánea, atribuida á su sifilis. Otros que tienen el temor de sus trastornos cerebrales, especialmente la locura, viven en expectativa de sus alteraciones nerviosas, al extremo de creer que la cefalea más lijera es el comienzo de los trastornos cerebrales posteriores.

Hay un gran número que creen encontrar en su mujer é hijos, los estigmas de la sifilis, ya sea por contagio directo ó transmitido por herencia. Refiérese el siguiente caso en Benda (10): un alto empleado de un establecimiento comercial, contrajo en su juventud una sifilis despues de varios años de tratamiento, con consentimiento de su médico, contrajo matrimonio; tuvo varios hijos que nacieron á término y limpios de todo estigma sifilitico. Pues bien, el padre creía encontrar las trazas de su antigua afección, en las más insignificantes alteraciones de la salud de los miembros de su familia. Un día uno de los niños, de pocos meses de edad, se enfermó con un prurigo de causa toxi-alimenticia, bastó esto, para que el padre creyendo que se trataba de una erupción luética, le hiciera varias y extensas fricciones con la pomada mercurial; que produjeron en el pequeño, una dermatitis medicamentosa y el consiguiente hidrargirismo que habría determinado la muerte del paciente, si el médico no le atiende con oportunidad y energía.

No es escaso el número desifiliticos mercurióforos decir, aquellos que temen el uso del mercurio, al que atribuyen toda una serie de accidentes, como caída y destrucción de dientes, caries de buesos, ulceraciones que destruyen la nariz, enflaquecimiento y aun la caquexia; prefiriendo antes descuidarse de su enfermedad, que sucumbir á las consecuencias de un tratamiento mercurial.

Y por último, tenemos los sifilióforos escrupulosos y altruistas, aquellos que creen contagiar su enfermedad á todas las personas que los rodean; estos se aíslan de la sociedad y de los amigos para evitar la propagación de su enfermedad.

La obsesión se prolonga mucho tiempo, casi todo el que dura la afección ó los accidentes causantes de la fobia. En este último caso, el enfermo experimenta mejoría y reposo completo, mientras su sífilis y su fobia quedan en estado latente, para reaparecer despues de cierto tiempo. De manera, pues, que la obsesión sigue todas las variaciones del curso de la sífilis, desaparece ó regresa con la presencia ó ausencia de accidentes verólicos.

Muchas veces no hay relación alguna entre la intensidad de la fobia y la infección sífilítica; no es raro ver individuos que experimentan una fuerte reacción sífiliofóbica, con una sífilis benigna; y vice-versa, tener una fobia poco violenta con una infección sífilítica galopante y maligna.

El tiempo de aparición de los trastornos obsesionantes es muy variable. Unas veces aparece prematuramente, en el comienzo de la aparición de los accidentes secundarios lúeticos. Hemos mencionado anteriormente el caso de un joven sífilítico, que se vió atacado de sífiliofobia en cuanto notó la existencia de roseola y placas mucosas en la boca, atentando contra su vida.

Otras veces no aparece sino al 3er año de enfermedad y lo que es más habitual, mucho más tarde, cuando notan la agravación y los estragos propios de la sífilis terciaria, y sobre todo cuando sienten disminuir su actividad física y mental.

La sífiliofobia de los sífilíticos puede afectar gravedad considerable, cuando la infección sífilítica evoluciona en campo nervioso dotado de vivacidad é impresionabilidad notables. En este caso no son raras las resoluciones violentas, los actos impulsivos, los atentados contra la vida.

Tenemos en los siguientes casos relatados por Audry (19) una comprobación de esta última aseerción: se trata de un enfermo á quien se le asistió durante 14 años de sífilis. Había sido curado casi completamente por fricciones mercuriales y yoduro de potasio, de una glositis terciaria (gomas y glositis esclerosa) extremadamente avanzadas. El había sido sobrio, tranquilo, muy vigoroso de cuerpo y plácido de espíritu.

Pero se hizo gran neurasténico desde que se volvió sífilítico. A los 6 años de haber adquirido la sífilis tuvo un primer ataque de sífiliofobia, que se manifestó por creencias de las más extrañas. Una doméstica que había estado á su servicio, murió á causa de un cáncer al recto. El enfermo afirma no haber tenido con ella jamás relaciones sexuales y sin embargo él cree haberla contagiado y ser el causante de la muerte de su sirviente. Pudo curarse de esta obsesión, se logró triunfar de sus inquietudes, conservaba aun un estado general excelente, cuando de nuevo estalla la sífiliofobia en una forma intensa y vehemente. Un homónimo suyo había sido condenado por los tribunales por atentados contra el pudor. El enfermo cree que se trataba allí de un ataque dirigido indirectamente contra su persona: él la relaciona á su infección que ha podido comunicar involuntariamente á la persona ofendida. Su estado mental se agravaba cada vez más, pero exclusivamente sobre este punto, la obsesión se hace incesante é invencible. Sus facultades intelectuales quedan absolutamente íntegras para los otros juicios; pero nada podría desarraigar su fobia. Partió en viaje y se suicidó en un hotel de una gran ciudad extranjera.

Aquí la obsesión experimenta, como hemos dicho, periodos de calma y exaltación, de latencia; durante los cuales, el enfermo, descansa del trabajo mental, ideativo, de sus obsesiones para mejorar de su estado general físico.

El segundo caso muy semejante al primero, nos enseña también á un sífilítico cuya sífiliofobia pasa por periodos de calma, verdaderos acalmias nerviosas, durante los cuales las condiciones del paciente mejoran sin que ella pudiera atribuirse á una medicación específica. Lejos de eso, ésta, exalta la idea obsesionante, es el golpe de fuerte que provoca un acto angustioso, impulsivo, que dá por resultado la muerte trágica del paciente. He aquí el interesante caso: se trata de un sujeto muy inteligente y trabajador que había tenido 30 años antes, una sífilis ligera. Se casó. Tuvo varios niños, bellos y robustos. No se acordaba más en su infección anterior, ni habló jamás de ella, cuando un día se vió repentinamente atacado de fatiga, palidez, un cierto grado de fosfaturia, demacración, ruidos de oídos etc. é inmediatamente, á plomo, se le vienen á la imaginación la idea de que todos estos trastornos eran producidos por su sífilis. La torpeza de un médico inexperto confirmó esta hipótesis, y la aplicación de una inyección mercurial bastó para desencadenar inmediatamente una fobia de violencia extraordinaria. La idea fija llevada á un grado exagerado, no se redujo solamente á creerse parálítico general, alienado etc, etc sino que se persuade haber infectado á su esposa y trasmitido á sus hijos.

Llamado á asistirá este enfermo, el doctor Audry, trató de restaurar su moral, negándose energicamente á instituir el tratamiento antisifilítico, por el contrario, de acuerdo con varios psiquiatras se le aísla en el campo, se le sobre alimenta y se le prescribe el reposo en el hecho durante varias horas. Su peso aumenta, sus fuerzas reaparecen, la obsesión pierde continuidad y extensión y en fin todo su estado en general recobra energía y actividad. Encontrábase en estas favorables condiciones, cuando subrepticamente consulta á un médico de una ciudad vecina. Este cree hacerle un bien, dándole á conocer su opinión, de que consideraba como probablemente de causa sífilítica, sus trastornos y le aconseja un tratamiento específico enérgico. En el acto ahí mismo, toma su revólver y se mató.

El terreno llamado nervioso es el más aparente para el desarrollo de la sífiliofobia sífilítica; pero es incontestable que entre estos sujetos, hay muchos que no son tales sino simplemente personas impresionables, sin trazas de anormalidad, ni fondo neuropático, pero que se ven atacados de la obsesión en vista de la gravedad de sus manifestaciones sífilíticas; por la reaparición de accidentes que creían desaparecidos para siempre, ó en fin por que después de una cura persistente y prolija las manifestaciones sífilíticas no ceden al tratamiento. En estos enfermos la sífiliofobia guarda relación estrecha con la mayor ó menor gravedad de los accidentes, tomando entonces los caracteres de una obsesión reaccional.

Relacionase en la «Independence Médicale» (20) el caso de un individuo cuya sífiliofobia marchaba al unisono con sus accidentes específicos en el comienzo de su enfermedad. Pero más tarde sucedía el caso curioso de que su fobia reaccionaba al adelantarse á la

aparición de los accidentes sifilíticos, á tal extremo, que bastaba la atenta observación de su estado psíquico, para poder conocer el grado de su deterioro orgánico. Era una especie de barómetro psicológico que predecía las tempestades del cuerpo.

La sifilofobia tiene predilección por los sifilíticos del sexo masculino, de edad avanzada, de cultura intelectual manifiesta. Por esto los médicos, estudiantes de medicina y todos aquellos que tienen nociones más ó menos precisas de la infección sifilítica, son los más predispuestos á contraerla.

Gaston (21) refiere el caso de un médico atacado de sífilis que ha habiendo contraído matrimonio, en la creencia de haberse curado, dió muerte á su esposa, en cuanto notó en un feto prematuramente nacido, los signos de una sífilis concepcional. El á su vez se suicidó.

Los casos de suicidio de los sifilíticos neurópatas son bastante numerosos. El Profesor Fournier (22) ha relatado varios casos bastante interesantes, de los cuales transcribo los siguientes que se relacionan con el punto que venimos tratando.

«Un primer individuo se suicidó, á propósito de una simple exostosis tibial, rebelde sin duda al tratamiento, pero que no ofrecía ninguna gravedad para su salud general. El enfermo creyó que se trataba allí de un comienzo de «podredura de huesos» producidos á la vez por la sífilis y el mercurio.

«Un segundo enfermo corrió la misma suerte que el anterior, á propósito de un fagedenismo genital que había invadido el glande en totalidad; el enfermo se creyó destinado á perder toda la verga, se vió «eunuco» y no quería como lo repetía á saciedad, esperar ese lamentable estado. «Un tercero se suicidó á causa de un doble sarcocele específico, que determinó por atrofia esclerosa la pérdida del poder viril; este era un joven empleado que sifilítico y muy insuficientemente tratado, se casó prematuramente. Consecutivamente á su estado se desespera y se asfixia.

Los anteriores casos los relata el Profesor Fournier, comprendiéndolos en un grupo que titula «de los suicidios motivados por accidentes sifilíticos graves ó reputados tales por el enfermo».

En otro grupo se encuentran los casos de suicidio motivados «por notificación primera de la sífilis» El Profesor Fournier hace esta observación al tratar de esta segunda categoría de enfermos. «Los sujetos de pusilanimidad mórbida frente á frente de la vérole son generalmente personas que en otras circunstancias distintas no están privadas ni de energía, ni de coraje y ni aún de bravura. Yo he visto ponerse mal frente á mí, á propósito de un chancro y antes de que emitiera mi opinión, á un hombre muy conocido por su arrojo y sus duelos múltiples. Así mismo un cirujano militar me decía recientemente que él había constatado varias veces esta fobia de la sífilis en los soldados más intrépidos en el combate y de bravura comprobada.

He aquí algunos ejemplos:

«Un joven de 20 años de edad, va á consultar en un hospital, por una lesión de la verga. Se le dice allí que es un chancro indurado y por consiguiente la Sífilis. Siderado por esta noticia, vuelve en sí, y sin tardar pone un clavo en el techo y se ahorca. Por felicidad se

le busca momentos después para que almorzara y se le encuentra suspenso. Con cuidados inteligentes vuelve —no sin trabajo— á la vida. Algunos días después se le lleva al Hospital San Luis, donde prevenidos de lo que había pasado, antes le persuadimos de que estaba en error, sobre la naturaleza de su enfermedad y que él jamás había tenido sífilis. Luego emprendimos su curación tratando su Sífilis por remedios á los cuales asignabamos pseudónimos caprichosos.

Poco tiempo después salió del Hospital y terminamos su curación fuera de él. Pues bien hace 24 años de esto y el enfermo goza hoy de excelente salud.

Me permito añadir (aunque esto es sin interés bajo el punto de vista etiológico) que bastante inteligente, ha hecho una brillante carrera, de simple obrero él se elevó al rango de un artista y de un artista eminente y justamente estimado».

Una joven costurera, de 18 años de edad contrae la sífilis. Desde el primer momento que ella sabe esta triste noticia cae— en el mismo instante— en una verdadera desesperación; anuncia á sus camaradas de taller que ella se matará. Al día siguiente se precipita por la ventana de un cuarto piso matandose en el acto».

Un último grupo de los suicidios relatados por el Profesor Fournier se refiere á aquellos que se producen á causa de situaciones críticas, que la sífilis es susceptible de crear, con relación al hogar doméstico, al matrimonio ó bien á los compromisos de honor. Y cita estos casos que los he escogido entre otros muchos por ser ejemplos muy ilustrativos.

I. «Un joven de provincias va á París á terminar sus estudios profesionales, después de comprometerse para el matrimonio con una señorita de su mismo país.

Después de terminarlos y en vísperas de viaje contrae una sífilis en una mujer á quien tiene la desgracia de encontrar en el baile Bullier. Caen en verdadera desesperación cuando supo la naturaleza de su enfermedad. Temeroso de volver á su país en ese estado, el desgraciado estudiante invoca pretextos diversos para prolongar su estadía en la Capital. En fin al cabo de muchos expedientes y embrollos decide irse; en momentos que su familia y la de su novia aguardan alegremente su llegada, se mata en cuanto pisó su tierra natal.»

II. «Hacen ya algunos años, un joven fué á consultar al Dr. M. Spillmann (de Nancy) sobre la posibilidad de una unión muy próxima. El Dr. que vió al individuo en plena erupción roseólica y otras manifestaciones sifilíticas le prohibió terminantemente el matrimonio.

Desesperado (pues se encontraba comprometido con la hija de una familia muy amiga) vino á París en mi consulta. Yo naturalmente fuí de la misma opinión de M. Spillmann. Entonces le veo palidecer agarrarse de un sillón á la manera de un hombre que se siente repentinamente mal. Yo comprendo que mi sentencia le ha producido un golpe moral de lo más doloroso y dejando á un lado mi gravedad de médico, converso con él más intensamente, dándole valor con palabras de esperanza y consuelo. El salió de mi consultorio en apariencia resignado. Pero entró en su hotel y fué preso de una cri-

sis de nervios y lágrimas. (al decir de un testigo) Pasó la tarde y noche poniendo en orden sus asuntos, escribiendo algunas cartas de despedida muy tiernas á su familia y á su novia. Y después á la madrugada del día siguiente se destapó el cráneo con un tiro de revolver.

III. Un último ejemplo bastante curioso es el siguiente relacionado por el mismo Profesor.

«Un sujeto fué á la consulta con un simple herpes de la verga sobrevenido días después de su matrimonio, examinado que fué cuidadosamente se le dijo que no era un herpes sifilítico— en realidad no lo era— Pero apesar de mis repetidas aserciones, él estima haberse ó contaminado en su reciente esposa ó tratarse de algún retorno de alguna sífilis hereditaria. Retorno que sería peligroso para su mujer y sus futuros hijos. Pues bien este no se convence de mi opinión y se mata».

Como se vé por los numerosos ejemplos que hemos transcrito el suicidio en los Sifilíofobos es muy frecuente, siendo por tanto de necesidad tener una regla de conducta frente á dichos enfermos y esta consistirá «en no comunicar jamás (salvo casos particulares ó al menos que se tenga seguridad de la integridad moral del paciente) la sífilis ex-abrupto, y de un solo golpe, sobre todo sin añadir algunas palabras reconfortantes y animosas. Es deber del profesional esforzarse en amortiguar el primer choque en la medida de lo posible y habituarle por etapas á la idea de una infección sifilítica, así se evitará la producción de estos del ataque de locura instantánea que sucede á la conmoción moral que puede determinar el suicidio. Así aunque se esté convencido cien veces de que el chancro ó las lesiones que lleva son sifilíticas, hay que guardarse de declararlo así. Solo en un segundo examen ó en días posteriores se le hace conocer las sospechas de una infección luética y finalmente se decide á comunicarle la verdad cuando se conozca el temperamento y psicología del paciente; pero declarándolo siempre que será benigna, fácil y rápidamente curable».

La mayor parte de los sifilíticos que se ven obligados á suicidarse, son sifilíofobos no tratados como tales, es decir, en quienes se descuida el tratamiento de la neurosis, que es la enfermedad verdaderamente de mayor gravedad, y solo se cuida de la infección sifilítica; siendo así, que los accidentes específicos no son tan peligrosos como los accidentes neuropáticos, puesto que desaparecen casi siempre con un tratamiento adecuado y científicamente prescrito.

Respecto á la *etiología de la sifilíofobia sifilítica* la mayor parte de los autores que se han ocupado de este asunto, y muy especialmente el profesor Audry cree que ella se debe principalmente á la coexistencia de la arterio-esclerosis, desde que esta enfermedad es bastante general en la mayor parte de los sifilíticos antiguos.

Si bien, es cierto que la arterioesclerosis y mejor aun todas las causas anemiantes y depresivas, que hacen escuela á la sífilis, podían jugar rol importante en la producción de la obsesión por agotamiento orgánico, que influiría en la exaltación de los trastornos mentales y la constitución de las fobias; lo es también, que la sifilíofobia ataca especialmente, y con mayor frecuencia á los sifilíticos jóvenes, es decir, á aquellos en que la arterio-esclerosis falta, y á sifilíticos re-

cientes en los que, las causas de anemia y decadencia orgánica no son suficientemente avanzadas, para llevar consigo una depresión mental tan manifiesta como para provocar una fobia.

Por estas razones, creemos que la causa principal, tal vez única de la sifilofobia sifilítica, se deba á la acción tóxica de los venenos secretados por el *spirochaete pallida*, es decir, por las sifilic toxinas, á la de los venenos resultantes de las reacciones orgánicas, provenientes ya de los productos de inflamación, ya de los de desintegración de los tejidos sifilíticos, es decir, á las toxalbuminas. Estos venenos ejerciendo acciones variadas según su mayor ó menor virulencia, provocarían raciones distintas exaltarían ó deprimirían las facultades psíquicas del sifilítico exagerrarían ó atenuarían las crisis obsesionantes etc. Así se explicarían también los periodos de latencia de la fobia que coincidirían, con un descenso en la elaboración de las sifilic toxinas y toxalbuminas sifilíticas.

La generación de los actos impulsivos, de las determinaciones violentas se deberían—admitiendo esta teoría—á una mayor actividad secretoria ó á la acumulación de los venenos sifilic tóxicos, que en un momento dado, impresionarían con mayor energía los centros cerebrales y nerviosos.

En resumen según nuestra teoría, la sifilofobia de los sifilíticos sería una enfermedad psíquica de causa *toxinfeciosa*.

Siendo un hecho comprobado que las afecciones llamadas por Fournier *parasifilíticas*, deben su producción á la acción de los venenos secretados por el microorganismo de la sífilis, no tiene nada de particular que estos sean igualmente los causantes, en la generación de las obsesiones é ideas fijas de los sifilíticos, dada la afinidad, quimiotóxica especial, que tienen las sifilic toxinas por los tejidos del sistema nervioso.

Es difícil señalar el límite que hay entre un fenómeno nervioso de origen sifilítico y una alteración sifilítica en terreno neuropático, es decir, cual es la reacción mental debida á la sífilis y cual la reacción de causa sifilítica en un nervioso. Estas dificultades desaparecen con una atenta investigación de los antecedentes del enfermo, la marcha de la enfermedad, la manera como se ha presentado etc. Así, si es un sujeto pusilánime, melancólico, se implanta un chancro duro ó cualquiera de los accidentes sifilíticos, estos provocarán un trabajo mental creativo, que consistirá en la producción de una obsesión. Aquí el terreno previamente nervioso ha respondido á la excitación sifilic tóxica, con una reacción mental: la sifilofobia. Este será, pues, un neuropata sifilítico.

Pero, tenemos el caso contrario, un sujeto normal, bien equilibrado, alegre, se ve de pronto atacado en medio de su infección sifilítica de abatimiento, decadencia de fuerza tristeza, incompletud mental etc. La causa a que está, claramente indicada que, se debe á la acción de las toxinas sifilíticas que han producido alteraciones somáticas y funcionales del sistema nervioso. Tendremos, pues así constituido un neuropata sifilítico.

De manera que en presencia de estos enfermos, los conmemorativos y antecedentes hereditarios y patológicos del sujeto, la marcha de la enfermedad etc. nos dan el camino, la clave del diagnóstico.

Siguiendo esta pauta será difícil confundir un neurasténico, histerico, psicasténico etc. sifilítico con sifilofobia; con unsifilofobia sifilítico; neurasténico, psicasténico, hipocondriaco ó histérico.

En resúmenes preciso para los efectos del diagnóstico y del tratamiento que deben instituirse, diferenciar bien las neurosis sifilíticas de las alteraciones sifilíticas de los neuropatas. En los primeros, las reacciones nerviosas son posteriores á la infección sifilítica, en los segundos son anteriores, y las sifilotoxinas no hacen sino modificarlas: exaltandolas ó atenuándolas.

Hay otro caracter además que puede diferenciarlas y es que las manifestaciones nerviosas de la sífilis son continuas; las alteraciones funcionales corresponden á las orgánicas; los desórdenes nerviosos guardan relación con la localización de la lesión sifilítica mientras que las reacciones mentales de los neuropatas sifilíticos se caracterizan por la discontinuidad de la obsesión; la ausencia de alteraciones físicas que armonicen con la forma de la infección, la ninguna relación con la localización de los accidentes específicos y sobre todo la conciencia de su estado anormal.

Un ejemplo aclarará mejor este punto ¿Como se diferenciará la cefalea, neurasténica de un sifilítico de la cefalea debida á una sífilis cerebral? Muy fácilmente: la cefalea neurasténica de un sifilítico no aumenta de intensidad en las noches, sino por el contrario, tiene exajeración diurna, no es continua, desaparece bajo la acción de los analgesicos ordinarios: antipirina, exalgina, etc, no se acompaña de alteraciones cerebrales, no hay reacciones pupilares, ni auditivas etc. se radica especialmente en la región frontal. Mientras que la cefalea sifilítica es crepuscular y sobre todo nocturna, constante, progresiva, localizada primero en un sitio, se generaliza; va acompañada de trastornos visuales, ruidos de oídos, desordenes mentales, dolor profundo, de violencia inusitada, sobre el cual los analgesicos no tienen sino una muy débil acción. Se presenta con prodromos: alteraciones sensitivas, sensoriales y motoras, que guardan relación con la localización y extensión de la lesión sifilítica que les dá origen. (gomas cerebrales meningéas etc.)

El tratamiento es también variado y se establece segun distinción: en las neuropátias sifilíticas el tratamiento mercurial está indicado y cura las manifestaciones mentales. En la segunda categoría, es decir, en los sifilíticos neuropatas, el tratamiento mercurial está proscrito fuera del período de los accidentes, porque exalta las manifestaciones nerviosas, sobre todo, despierta la forma más grave de sifilofobia. De modo que en estos casos la curación de los trastornos psicicos, constituye la principal indicación.

El pronostico de los sifilíofobos sifilíticos, depende de la naturaleza de la neurosis que le sirve de base y de la mayor ó menor gravedad y forma de las manifestaciones de la sífilis.

Será poco grave en los neuropatas poco avanzados, atacados de sífilis benigna ó en aquellos en los que, los accidentes reaccionan favorablemente á la medicación específica. Será por el contrario grave en aquellos individuos cuya naturaleza psíquica está debilitada, agotada, y en que la infección sifilítica produce alteraciones profundas, extensas, de marcha rápida y galopante y en los que la medicación antisifilítica es impotente para detener sus estragos.

El tratamiento de los sífilíticos sífiliofobos exige de parte del médico mucha paciencia y cuidado, pues como lo dice el prof. Astruc, son ellos enfermos mas fastidiosos, impacientes y susceptibles, que acuden á los consultorios. Es necesario además tener seguridad y firmeza en las opiniones que se dan, por que estos enfermos dudan á cada momento de la palabra del médico; visitan continua y simultáneamente á varios facultativos y siguen los tratamientos más variados.

Berdal hace la siguiente referencia al respecto: yo he tenido un enfermo que con seguridad tendrá el record del número de visitas á los médicos. Por la mañana iba diariamente al Hospital Ricord y al de San Luis y consultaba allí con todos los jefes de servicio y con los ayudantes sucesivamente. Por la tarde venia á mi casa algunos días 2 veces. Cierta día fué á consultar al brujo de Montrouge y parece increíble por ser aquel día sabado (por la mañana había consultado al Profesor Fournier; Este enfermo curó meses después de su fobia, trocándose en indiferente y dejó por completo de molestar á los médicos .

Una indicación importante en los casos de sífilofobia en los sífilíticos avanzados, es el de evitarse prescribirles mercurio ó yoduro fuera del periodo de los accidentes. Procurar en estos periodos de calma de las manifestaciones sífilíticas, en mejorar el estado nervioso del atacado, reglar su higiene, su alimentación, sus horas de sueño, vigilar el estado de sus funciones gastricas, de sus aparatos secretorios etc. de esta manera se les aparta poco á poco la idea sífilis Siguiendo el procedimiento de Diday que prescribe el tratamiento mercurial, aun en los periodos de lactancia; lo único que se hace es conservar siempre presente la idea sífilis y que se corra el riesgo de exaltar la fobia lejos de atenuarla ó curarla.

Hemos visto en los casos citados por los profesores Fournier y Audry, los perniciosos resultados que la aplicación de la medicación antisífilítica produjo en los sífiliofobos, los cuales se suicidaron consecutivamente á la exaltación de sus facultades mentales, provocadas no tanto por la substancia química en sí, sino por las ideas y prejuicios que se tienen de ellas.

Debe igualmente en esta clase de enfermos vigilarse atentamente sus costumbres prohibirles las ocupaciones que produzcan fatiga intelectual y física; evitar toda clase de emociones violentas como las provocadas por el juego; los excesos alcohólicos y sexuales, las vigiliass prolongadas. etc. etc. Recomendarles especialmente reposo moral, las distracciones honestas, la música, el sport moderado, los viajes de placer, mejor acompañados, que solos, la hidrotapia fría y en fin los medios de sugestión y persuasión más apropiados; convencerles de que la sífilis es curable, segura y rápidamente, curable hoy que la terapéutica no solamente posee el gran recurso de los mercuriales, sino el de los arsenicales á la cabeza de los cuales están el salvarsan y la hectina.

Al terminar este incompleto estudio— de uno de los capítulos más interesantes de la *psiquiatria*—séame permitido formular los

mas fervientes votos por que estos apuntes aunque de escaso mérito científico— como no puede menos de serlo de quien apenas trata de alcanzar los umbrales de la carrera médica—sirvan de incitativo para que los profesionales competentes é ilustrados, emprendan trabajos más sistemáticos y de mayor importancia clínica que el que el que presento; así podrán aclararse mejor y más completamente, los sugestivos asuntos que aún permanecen muy oscuros, desconocidos ó erróneos, en el complejo campo de la *psicología clínica*.

CONCLUSIONES

I.— *La sifilofobia* es una psicosis, del grupo de las nosofobias; cuya manifestación principal consiste en la obsesión de la idea sifilítica y el temor fóbico de sus manifestaciones y estragos.

II.— Se llaman *sifilóforos* los sujetos atacados de esta enfermedad.

III.— Bajo esta denominación general están comprendidos tanto los *sifiloforos verdaderos*, como los *sifiloforos imaginarios* ó *falsos*.

IV.— Son sifiloforos verdaderos los *sifiloforos sifilíticos*, y son imaginarios los que padecen la obsesión de la sífilis, *sin tenerla*.

V.— Entre estos últimos cabe aún una subdivisión en: *sifiloforo maniaco* ó simplemente *sifilomaniaco* y *sifiloforos imaginarios sintomáticos*.

De manera que según la clasificación que proponemos tenemos esta sinopsis.

Sifilíoforos	{	verdaderos, sifilíticos	sifilíoforos
		falsos	{ sifilomaniacos
			{ sifilíticos imaginarios.

VI.— Los sifilomaniacos son generalmente los *degenerados* de tipo ordinario, como: los dementes, epilépticos, histéricos, melancólicos etc. En los que la idea de sífilis se implanta en cerebro debilitado ó insuficiente, sin causa que la justifique.

VII.— Los sifiloforos imaginarios son generalmente los *neuropatas proteiformes*, como los neurasténicos, psicasténicos, histéricos etc. en los que la idea de Sífilis se implanta como consecutiva á la existencia de enfermedades venereas que han sido tomadas verdaderamente como sifilíticas y en los que la fobia es sugerida por errores en el diagnóstico y en el inconveniente tratamiento instituido.

VIII.— Los Sifiloforos verdaderos, son también neuropatas que por haber adquirido la Sífilis tienen la fobia de sus estragos. Este temor está,—naturalmente— explicado por la existencia de manifestaciones específicas de carácter maligno; la impotencia de la medicación antisifilítica para combatir los progresos y desastres de la afección.

IX.— Es necesario, que los efectos del diagnóstico y del tratamiento el saber diferenciar é los sifilíticos sifiloforos ó sean los *neuropatas sifilíticos*, con fobia de las consecuencias de la sífilis: de las *neuropatías sifilíticas*, es decir de aquellos sifilíticos cuyas neurosis son producidas por la infección sifilítica..

X.— En los sifilofobos sifiliticos, la neuropatia es anterior á la infecci3n sifilitica, es congénita ó hereditaria. En los segundos, es decir, en los sifiliticos neuropatas, la neuropatia es producida por la sifilis, es posterior á esta infecci3n; resulta de la acci3n de los venenos secretados por el *Spirochaete Pallida* sobre el tejido nervioso,

XI.— En los Neuropatas Sifiliticos, la reacci3n de Wassermann es positiva; en cambio es negativa en los Sifilomaniacos y Sifilofobos Imaginarios. (Esta conclusi3n se desprende de los trabajos de laboratorio hechos al respecto por nuestro compa1ero y amigo el Sr. Noriega del Aguila á quien solicitamos su valiosa cooperaci3n).

XII.— La sifilofobia de los histéricos neurastéricos psicastéricos etc. resultaría como consecuencia al trabajo mental que la idea fija sifilis provocaría en el deteriorado ó predispuesto sistema nervioso de dichos neuropatas.

XIII.— La sifilofobia parece resultar más bien de la acci3n irritativa de las *sifilo-toxinas* producidas por el microorganismo de la sifilis y de las *toxalbuminas* secretadas por los tejidos sifiliticos alterados, sobre los centros cerebrales y nerviosos del neuropata. De donde resultaría la exaltaci3n de sus facultades psiquicas y la constituci3n de la idea obsesionante fóbica.

XIV.— Tendríamos de esta manera: una Sifilofobia, *enfermedad* psiquica que sería propia de los Sifilomaniacos y Sifilofobos imaginarios; y una Sifilofobia *somática y funcional* de naturaleza *toxi infecciosa*, propia de los neuropatas sifiliticos.

XV.— Los sifilomaniacos deben ser tratados por la reclusi3n, la hidroterapia, la medicaci3n tónica general y los reconstituyentes nervigenos: glicero-fosfatos arsénico hierro etc. etc.

XVI.— Los sifiliticos imaginarios deben ser curados por medio de la sujesti3n si son histéricos; la persuaci3n y la cura de substituci3n, si son neurastéricos, psicastéricos. Además deben emplearse como adyuvnticos los ba1os fríos, duchas dirigidas sobre el raquis, la aereoterapia, la mecanoterapia; las inyecciones de cacodilatos; de fierro y arsénico; las de Suero Vital de Robert á base de agua de mar etc. etc.

XVII.— Los sifilofobos sifiliticos, deben ser tratados como sifiliticos, solamente en el periodo de los accidentes, y como neuropatas en los periodos de latencia ó desaparici3n de las manifestaciones específicas. De manera que en estos enfermos conviene suspender la medicaci3n antisifilitica hasta que se note la mejoría ó desaparici3n de la neur3sis, que sirve de base á la implantaci3n de la idea obsesionante.

XVIII.— El pron3stico de los Sifilofobos depende: 1.º de la naturaleza de la neuropatia que mantiene la idea obsesionante. 2.º del tiempo trascurrido desde la implantaci3n de la idea fóbica. 3.º de la edad y sexo del atacado. 4.º de la mayor ó menor decadencia del estado general y 5.º de la oportunidad y precisi3n del diagn3stico y el conveniente tratamiento instituido contra la Psiconeurosis causante de la Sifilofobia.

Lima, Mayo de 1912.

Luis Alberto ARGUEDAS

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ULRICH.—La maladie française Berlin. 1865
- 2.—MONTAGNE.—Consultations Celebres de l'Universté de Montpellier.
- 3.—SWEDIAUR.—Loc. cit. en GUTH.
- 4.—ROLLET.—Traité des maladies venetiennes. Paris 1865
- 5.—DIDAY.—Gazette Medicale de Lyon 1861.
- 6.—RICORD.—Traité de Syphilis Paris 1880.
- 7.—JULLIEN.—Traité pratique des maladies veneriennes 1884.
- 8.—CLOSMADUECK.—Tentative de Suicide & Union medicale.
- 9.—LAURENT.—La syphilophobie.— Independence Medicale 1901.
- 10.—BENDA.—Syphilidofobie Berlin 1896.
- 11.—GUTH.—La syphilophobie et son traitement. Thesse de Lyon 1902.
- 12.—BERDAL.—Traité de Syphilis et maladies veneriennes Paris 1904.
- 13.—INGEGNIEROS.—Histeria i Sujestion Buenos Ayres.
- 14.—FOURNIER.—Syphilis cerebrale,
- 15.—CHARCOT BRISSAUD BOUCHARD.—Traité de Medecine, Paris 1904.
- 16.—ASTRUC.—Traité des Maladies Veneriennes. Paris 1744.
- 17.—HUCHARD I FIESSINGER.—Consultations Medicales, Paris 1909.
- 18.—JEANSELME.—Mefaites de la Syphilophobie 1895.
- 19.—AUDRY.—Syphilophobie Paris 1908.
- 20.—LA INDEPENDENCE MEDICALE.—1901 pag. 282.
- 21.—GASTON.—Syphilis et Mariage. Lyon 1903.
- 22.—PRESSE MEDICALE.—Mercredi 20 mai 1903.
- 23.—LEVADITI ROCHE.—La syphilis (microbiologie) 1909

