

DEMENCIA SENIL TÍPICA

(*La Sem. Méd.*, 21 de septiembre de 1933.) — Conclusiones: 1. La demencia senil típica es una psicosis de la vejez. Comienza, término medio, a partir de los sesenta años. (Leri). Pero existen otras *formas atípicas*, como son la enfermedad de Alzheimer y la presbiofrenia de Kalha-baum Wernick, que estallan entre los cuarenta y ocho a los cincuenta ~* años (Lhermitte, -Claude).

2. Se calcula que sólo el 4 por 100 de los viejos sucumben en la demencia (Regis). El resto de los ancianos llegan a sexagenarios y octogenarios conservando la lucidez mental. Darwin y Kant produjeron obras maestras pasados los sesenta años. Platón, Kepler, Voltaire y Newton continuaron produciendo hasta más allá de los 80.

3. La etiopatogénesis es obscura. Nada se sabe en concreto. Se invocan como causas determinantes la *herencia*, *el terreno*, la *predisposición*; y como causas concurrentes el *alcohol*, la *sífilis*, los *traumatis-*

mos cefálicos las emociones violentas y la *fatiga intelectual* (surmenage). Klippel y su escuela preconizan que son las toxoinfecciones ocurridas durante los primeros meses de la vida intrauterina, las que preparan el terreno donde más tarde irrumpen las psicosis demenciales primitivas (demencia senil, demencia paralítica, demencia precoz')

Su patogénesis es más clara. Se supone que las diversas causas indicadas — incluso un trastorno del régimen adrenalínico — obran primeramente sobre los vasos arteriales engrosando sus paredes *y estrechando sus calibres (arteriosclerosis) y determinando, por contragolpe, la i remora de la circulación sanguínea en general y del encéfalo en particular, con los consiguientes desmedros intelectuales. Si i embargo, el hecho de existir mentes seniles sin arterioesclerosis (Alzheimer, Gauss, Lermite, Clase, etc.) deponen contra esta manera, de pensar. En rigor, tanto la etiología como su patogénesis parecen ser fenómenos

demasiado complejos para aspirar a explicarlos por hipótesis unilaterales.

4. Según la doctrina clásica i el criterio mayoritario de los escritores de hoy, toda la demencia senil, sea cual fuere su forma clínica, es esencialmente *primitiva*, por cuanto se presenta *d'emblé*, vale decir, sin hallar se precedida de ninguna otra psicosis anterior. Con todo, esta opinión no es unívoca. Existen voces decidentes. Entre nosotros, los profesores Rojas y Belbey pretenden que a veces la demencia senil es *secundaria*, es decir, tributaria de un estado anterior de alienación mental.

5. La demencia senil típica comparece ante el ojo clínico bajo *cuatro formas clínicas*: 1) forma simple; 2) forma maníaca; 3) forma melancólica; 4) forma confusional. Todo depende de la interpelación de episodios delirantes más o menos transitorios o duraderos en el curso de la enfermedad, episodios que contribuyen a desfigurar la fisonomía externa de la demencia, sin afectar su fondo. La *constitución* desempeña un papel prevalente en la genética de estas formas clínicas.

6. Cualesquiera de estas *cuatro formas clínicas* puede ir acompañada de síntomas neurológicos dependientes de lesiones focales localizadas en la corteza cerebral, diciéndose entonces que se trata de *formas complicadas* de senilidad. Así puede hablarse de una demencia senil *de forma simple*, con hemiplejía, monoplejía o paraplejía; de otra demencia senil *de forma maníaca*, con hemianopsia homónima

o" heterónoma; de un tercer demente senil *de forma melancólica*, con afasia total o parcial; y, por último, de un demente senil *de forma confusional*, portador de un síndrome pseudobulbar. El origen de estas *complicaciones* debe buscarse, como se desprende, en trastornos vasculares traducidos en el córtex por espasmos circulatorios, focos de resplandecimiento y aun hemorragias cerebrales. Es frecuente que tales *complicaciones* sobrevengan durante un curso más o menos, evolucionado de la demencia, pero no es insólito, ni con mucho, que ellas inauguren el derrumbe demencial, iniciándolo con un ictus apoplejiforme leve o intenso, único o repetido (Borda). más de las veces, del factor *edad*. Pero no siempre. Mujeres de cuarenta y cinco a cincuenta y cinco años que entraron en menopausa (Loewenfeld) suelen ostentar cuadros clínicos homólogos a los de una demencia senil inicial. Los distingos se hacen entonces insalvables. Sólo el tiempo y la evolución del proceso en litigio, trae, a la postre, el diagnóstico adecuado. También suele entorpecer el diagnóstico de senilidad la concurrencia de las llamadas parálisis generales tardías, que aparecen por encima de los sesenta años (Prof. Ameghino).

8. El pronóstico es siempre letal. No existe terapéutica para el demente senil, malogrados los esfuerzos de Steinach y Voronoff.

9. Su marcha es progresiva e irreversible. Cuando mucho, suele asistirse a períodos *deremisión*, con mejorías parciales de algunas actividades psíquicas. par-