# La Psiquiatría del Médico Práctico.

# DEL MISMO AUTOR

**Las Psicosis en el Ejército.** Páginas de Freniatria clínica. Barcelona, 1907. Obra premiada con Cruz blanca de 2.ª clase del Mérito Militar pensionada, por Real orden de 26 de septiembre de 1907.

**Anatomo-Fisio-Patología del sistema nervioso** o diagnóstico clínico de las **Enfermedades nerviosas y mentales.** Barcelona, 1911, Manuel Marín, Editor. Obra premiada con Cruz blanca de 2.ª clase del Mérito Militar pensionada, por Real orden de 26 de junio de 1911.

**Informe médico legal sobre el ex Capitán Sánchez.**

**Locuras latentes.** Discurso de apertura del Ateneo de Sanidad Militar. Curso de 1916 a 1917.

# La Psiquiatría

del

# Médico práctico

POR EL

**Dr. Antonio Fernández-Victorio y Cociña**

Director del Manicomio de Ciempozuelos,
Ex-profesor de la asignatura en la Academia Médico-Militar,
Académico corresponsal de la Real de Medicina.

Obra declarada de mérito
por la Real Academia Nacional de Medicina
y premiada por el Ministerio de la Guerra.

**2.ª edición, corregida y aumentada.**



BARCELONA
MANUEL MARÍN, EDITOR
273, PROVENZA, 273

1922

MADRID.—Imp. de J. Cosano, Torija, 5.—Teléf. M-316.

# INDICE

## PRIMERA PARTE

## Las funciones psíquicas.

SEGUNDA PARTE

## Los síntomas psíquicos

## TERCERA PARTE

## Las psicopatías.

# AL LECTOR

El presente libro constituye el resumen de mis conferencias en la cátedra de Psiquiatría de la Academia de Sanidad Militar, asignatura que he venido explicando durante ocho años, hasta época muy reciente. El incesante progreso de esta rama de las ciencias médicas, tan poco preferida, por desgracia, entre los médicos españoles, exigía se consignaran en una nueva edición, como así se hace en esta segunda, los principales puntos de doctrina de reciente estudio y sancionados por la clínica. Entre dichas adiciones mencionaré especialmente el capítulo dedicado a la descripción de las que pueden denominarse *etopsicopatías*, por hacer referencia a perturbaciones más o menos permanentes del carácter, y que, constituyendo verdaderas formas de locuras latentes, y valga la denominación, alcanzan, dentro de una realidad clínica indiscutible, una gran importancia médico-legal. Las psicosis endocrinianas, los nuevos medios de diagnóstico de la parálisis general, el moderno concepto de esquizofrenia de Bleuler, la parafrenia sistemática de Kraepelin, las demencias arteriosclerósicas, la enfermedad de Alzheimer, y, en fin, la terapéutica especial médico-pedagógica de la idio-

cia, así como el tratamiento de los grandes síndromes por los cuales se exterioriza la locura, han sido objeto también de detenido estudio dentro de la concisión que informa toda la obra, y que la hace más fácilmente manejable.

La primera edición, de muy numerosa tirada, se agotó, sin embargo, rápidamente. Tan benévola acogida nos ha animado a publicar esta segunda, la cual, además de las adiciones mencionadas, ha sido objeto de una minuciosa corrección.

DR. A. F.-VICTORIO.

Septiembre, 1921.

## PRIMERA PARTE

# Las funciones psíquicas.

### I

Consideraciones generales.—Funciones de relación: irritabilidad y leyes de la misma.—Formas de la irritabilidad: movimiento reflejo, movimiento instintivo, movimiento intelectual.—Estudio esquemático del estado de conciencia; caracteres fundamentales del mismo según Toulouse: intensidad, afectividad, objetivación y afinidad.

Nuestro psiquismo se halla constituído por las funciones de más elevada jerarquía fisiológica; representa la actividad cerebral superior, esa maravillosa forma de energía merced a la cual conocemos, sentimos y queremos, nos es posible darnos cuenta del medio que nos rodea y reaccionar en debida forma a la acción de los agentes exteriores. Los múltiples e incesantes estímulos que se originan en dicho medio ambiente y en nuestra propia economía llegan a nuestros centros corticales y son percibidos por nosotros, función suprema denominada conocimiento; pero al ser conocidos por el *yo*, aparece una tonalidad, una nota de color que acompaña al conocimiento del estímulo,

y, por lo tanto, a lo que ya puede llamarse sensación; y esa nota, unas veces de agrado, otras de desagrado, ora significativa de alegría, bien de tristeza, en consonancia siempre con la calidad del excitante que la motiva, constituye la afectividad. En fin, al conocer y sentir, al informarnos del agente que acciona sobre nosotros y al provocar el mismo en nuestra conciencia un sentimiento en relación con su propia índole, surge una tercera forma de actividad psíquica, una tensión, una tendencia a la realidad, a la exteriorización, al acto, y esa forma de funcionalismo representa, en suma, la voluntad. Con nuestros centros psíquicos, pues, conocemos y pensamos; merced a dichos centros sentimos; ellos son también el origen de nuestras determinaciones, el punto de partida de nuestros actos. El *yo conozco* es función de la inteligencia; el *yo siento* es función de la afectividad; el *yo quiero* es función de la voluntad. La inteligencia, la afectividad y la voluntad son formas de dinamismo psíquico tan íntimamente compenetradas, empero, que no es posible conocer sin sentir, y al conocer y sentir aparece el propósito, la decisión, el acto, bien sea éste de ejecución o de inhibición, que si en términos generales querer es voluntad, puntualizando más el concepto, no querer es voluntad también.

Tal conjunto de formas de actividad psíquica, que, de modo convencional, pueden agruparse en intelectuales, afectivas y volitivas, necesitan, no obstante, del concurso de otras funciones, más inferiores sin duda, pero sin cuyo auxilio no pueden las primeras entrar en acción. Dichas funciones

son, esencialmente, las sensitivas, las sensoriales y las motrices. Por las vías sensitivas y sensoriales ingresan en nuestros centros psíquicos, en nuestra conciencia, los estímulos externos e internos; por las vías motrices son conducidas a nuestros órganos, a nuestros músculos, a la periferia, las órdenes de actividad, de movimiento, el *fiat,* en suma, que parte de los indicados centros superiores. De aquí lo artificioso de la división de funciones en somáticas y psíquicas, no siendo todas ellas en rigor sino una sola forma de dinamismo, una única función: la función nerviosa, la neuralidad. Y así también lo demuestra la clínica, poniendo constantemente ante nuestros ojos enfermos de lesiones nerviosas con perturbaciones mentales, y dolientes de afecciones psíquicas, con síntomas nerviosos perfectamente referibles a lesiones orgánicas determinadas. Los centros de dichas modalidades de función nerviosa sensitiva, sensorial, motriz y psíquica, aun no siendo dable la localización tan concreta de los centros psíquicos como lo es la de los sensitivos, sensoriales y motrices, por lo menos en el estado actual de nuestros conocimientos, residen todos ellos en la corteza cerebral; las vías que van a dichos centros y las que nacen de los mismos, sensitivas y sensoriales las primeras, y motrices las últimas, son las mismas vías de conducción. La sensitiva y la sensorial son vías de ingreso, la motriz es vía de exteriorización; la sensibilidad, función centrípeta, da lugar al movimiento, función centrífuga; si entre las células sensitivas que reciben la impresión y las motrices, de donde nace el estímulo, intercalamos las células psíquicas en las cuales la

impresión es conocida, al ser conocida determina un tono sentimental en armonía con la naturaleza del agente que la impresiona, y al conocer y sentir, surge la reacción, es decir, la finalidad de tal conjunto funcional, tendremos representado el funcionalismo psíquico.

Semejantes consideraciones nos conducen de modo forzoso a una afirmación. La Psiquiatría, rama de las ciencias médicas que tiene por objeto el estudio de las enfermedades y de las anomalías mentales, no es sino un capítulo de la Neurología. Mas, si para el conocimiento de ésta es indispensable el de la constitución y dinamismo del sistema nervioso, la Psiquiatría, más especialmente, tiene como base fundamental la Psicología en su aspecto puramente fisiológico, es decir, el estudio del modo normal de manifestarse las distintas modalidades de actividad psíquica que, desde un punto de vista convencional, hemos agrupado en intelectuales, afectivas y volitivas. Estudiemos, pues, estas funciones, dentro de los límites más precisos, para entrar con pie seguro y sucesivamente en la descripción de los síntomas y de las enfermedades mentales, y comencemos por definir lo que es Psicología, por lo que debe entenderse por fenómeno de conciencia, o lo que es lo mismo, por lo definido en aquella definición, y en fin, por la exposición de ciertas consideraciones generales, en rigor indispensables para emprender el referido estudio de psicología fisiológica.

La Psicología, ciencia de la conciencia, de los fenómenos psíquicos y de sus leyes, debe ser considerada para nuestro objeto como una parte de la

Fisiología, aquella cuyo fin es el conocimiento de las funciones constitutivas de nuestro psiquismo, de los fenómenos de conciencia en el concepto más amplio de la significación de los mismos. El fenómeno de conciencia constituye, por decirlo así, el material psicológico, y al propio tiempo representa el campo de estudio de la Psicología, y si en términos generales, y para las necesidades didácticas, podemos definir lo psíquico por lo consciente, siendo lo psíquico el objeto de la Psicología, habremos de llegar a la conclusión de que la conciencia marca los límites de dicha rama de los conocimientos humanos.

Ahora bien; el fenómeno de conciencia, como lo define Toulouse, no es sino el medio de conocimiento del fenómeno fisiológico, es decir, del constituído por un fenómeno físico-químico y el elemento irreductible vida. La distinción, por tanto, entre lo fisiológico y lo psíquico estriba en la conciencia; la conciencia es la que conoce; el fenómeno fisiológico, lo conocido; el fenómeno fisiológico con conciencia, es decir, conocido, es el fenómeno psíquico. Véase, pues, cómo habida cuenta de tales definiciones, resulta fundada nuestra anterior afirmación de que los términos psíquico y consciente pueden considerarse sinónimos, siempre desde un punto de vista más o menos convencional, puesto que los estudios de Grasset, y de otros autores, han demostrado la existencia de dos psiquismos: uno superior, consciente y voluntario; otro inferior, inconsciente y automático.

La función psíquica, por consiguiente, forma parte de nuestra fisiología, es una de las modali-

dades de nuestro funcionalismo normal. La célula nerviosa, considerada en términos abstractos, unas veces manifiesta su actividad por la función sensitiva, por la sensorial, la motriz o la trófica; otras, en fin, por la función psíquica. El psiquismo es función celular, como lo es la sensibilidad, la motricidad, la troficidad; las funciones psíquicas no son, en suma, para el psiquiatra, sino formas del dinamismo nervioso; las enfermedades mentales, manifestación del sufrimiento de la célula. La clínica nos enseña que entre síntomas nerviosos y síntomas psíquicos no hay verdadera línea divisoria, antes bien, se compenetran y confunden; la anatomía patológica va demostrando lesiones antes desconocidas, por la insuficiencia de medios al efecto, en buen número de formas de enajenación mental.

Sentadas estas consideraciones preliminares, y para entrar de lleno en el estudio de las nociones de Psicofisiología, que nos es indispensable conocer, recordemos algunas otras de índole general, que pueden servir de explicación a determinadas funciones psíquicas, constituyendo, en el amplio sentido de la palabra, el fundamento de las mismas.

De las tres grandes agrupaciones del funcionalismo fisiológico, las funciones de nutrición, las de relación y las de reproducción, las primeras, las de nutrición, aseguran la conservación del individuo; las de relación, la acción del medio exterior sobre el individuo y del individuo sobre el medio exterior; las de reproducción, en fin, aseguran la conservación de la especie. De estas agrupaciones de actividad necesarias para la vida de los seres, las funciones de relación son las que in-

teresan a nuestro estudio, por constituir el dominio de la Psicología, y ofrecen dos modalidades distintas, pero en íntima y necesaria conexión: la acción del mundo exterior sobre el organismo y la acción, o mejor, la reacción del organismo sobre lo exterior. No de modo más sencillo pueden definirse, respectivamente, y según Richet, la sensibilidad y el movimiento, funciones ambas que se resumen en una sola: la *irritabilidad*. Esta función significa, en efecto, la respuesta de la célula a la excitación, la reacción de la célula motivada por el excitante, y sintetiza, por lo tanto, toda la vida de relación.

La irritabilidad, empero, está sujeta a ciertas leyes bien estudiadas por Richet, y de las cuales nos interesa conocer las siguientes:

1.ª, la reacción es proporcional a la irritación, o más bien (ley de Weber y Fechner) crece en razón directa del logaritmo de la excitación; 2.ª, la reacción o respuesta al excitante, que no significa, en suma, más que movimiento, es tanto más intensa cuanto menos estable es el equilibrio de la célula, cuanto más excitable es ésta; 3.ª, la respuesta dura más que la excitación, y 4.ª, la repetición de la excitación aumenta la excitabilidad. De estas leyes, la 1.ª y la 2.ª no necesitan, a fuer de claras, explicación alguna. La 3.ª ley explica los fenómenos de memoria, puesto que memoria quiere decir no sólo fijación de las impresiones, sino conservación y reproducción de las mismas; y si la reacción durase un tiempo igual a la excitación, no constituirían nuestra actividad mnésica sino impresiones o sensaciones aisladas, sin enlace alguno y sólo reproduci-

bles por un tiempo igual, pero siempre breve, al tiempo que actuara al excitante. Por último, la 4.ª ley da cuenta de los fenómenos psíquicos, máxime si se tiene presente la teoría de la *iteración* de Spencer, según la cual, del mismo modo que por el continuo transitar llegan a formarse los caminos, así las neuronas, en fuerza de ser objeto de repetidas excitaciones, van constituyendo vías de asociación cada vez más determinadas, canalizando los estímulos exteriores.

En último término, dice Richet, la irritabilidad no significa, por consiguiente, sino movimiento. Ahora bien; en unos casos, el movimiento es inmediato, involuntario y exteriorizado: *movimiento reflejo;* en otros, parece espontáneo, no es tan simple como el reflejo, puesto que constituye una serie de actos enlazados, y también se exterioriza, pero es inconsciente: *movimiento instintivo;* en otras ocasiones, en fin, la irritabilidad se traduce por el *movimiento intelectual*, caracterizándose éste por parecer espontáneo como el instintivo, pero por ser consciente e implicar elaboración. Ahora bien; así como en el movimiento reflejo el estímulo es externo, en las dos últimas categorías de movimiento estaría determinado por un excitante interno.

Volvamos ya, hechas tales consideraciones, a nuestro punto de partida, al estado de conciencia, y sea él el objeto primordial de nuestro breve estudio psicológico, habida cuenta de que el examen de sus caracteres, el de sus elementos componentes constituye, en último término, el de todos

los procesos o modos de actividad de nuestro psiquismo. La conciencia, en efecto, comienza en la sensación, primer eslabón de la cadena de dichos procesos, y termina en el acto voluntario, el cual representa, en suma, la finalidad del funcionalismo psíquico. Y estudiado el fenómeno de conciencia, nos quedará tan sólo definir brevemente cada una de las principales funciones en que el mismo se descompone: sensación, percepción, atención, memoria, asociación, afectividad y voluntad.

Estas funciones psíquicas pueden resumirse en tres grandes grupos: funciones puramente intelectuales o representativas, comprendiendo la sensopercepción, la atención, la memoria y la asociación; funciones afectivas, y funciones volicionales.

Entiéndase bien, sin embargo, que, como antes hemos dicho, esta división no puede ser admisible sino desde un punto de mira didáctico, meramente convencional, puesto que el íntimo enlace de lo representativo con lo afectivo y con lo volitivo impide en buena lógica establecer límite alguno, y no se da nunca, en efecto, un estado de conciencia, una simple sensación, que no lleve en sí una nota informadora, un tono sentimental y una tensión o dirección, es decir, los tres citados aspectos del funcionalismo psíquico.

*Conciencia* quiere decir autopercepción, conocimiento y afirmación del yo, como la define Richet. Representa, en términos generales, la cualidad indispensable, lo que da carácter, lo específico de cada uno de los procesos psíquicos; es, como dice Despine, la percepción por el yo, por el ser que

se siente ser, de lo que pasa en su personalidad, de sus propios actos, de sí mismo. Como se deduce de estas definiciones, no es un proceso simple, aislado, separable de nuestro psiquismo; supone, por el contrario, una síntesis mental compleja de representaciones, de asociaciones diversas, y no de otro modo podemos considerar las diversas nociones de edad, de posición, del estado de nuestro funcionalismo orgánico, del conocimiento, en fin, de nosotros mismos. Como síntesis, posee el carácter de unidad, que es constante en condiciones normales, excepto en el sueño, y cuya falta explica en determinados casos patológicos (hipnotismo, histeria, epilepsia) el denominado *desdoblamiento de la personalidad* o de la conciencia y también *vigilambulismo*. Por otra parte, no siempre la conciencia se manifiesta con el mismo grado de intensidad; los términos *conciencia focal* y *conciencia marginal* son, a este respecto, sobradamente claros para que nos detengamos a definirlos.

Además del indicado carácter de unidad de todo estado de conciencia, deben considerarse elementos constitutivos del mismo, según Richet, la sensación, la noción de esfuerzo y la memoria. La sensación, como nota informadora; la noción de esfuerzo, como significativa de la conciencia de la motilidad que acompaña al simple propósito de una acción cualquiera; y la memoria, representando la continuidad necesaria para el enlace y sucesión de unos y otros procesos.

Toulouse asigna a todo estado de conciencia cuatro caracteres fundamentales e irreductibles: intensidad, afectividad, objetivación y afinidad.

La *intensidad* es carácter cuantitativo, que, re-

ferido a la sensación nueva, a la que ingresa por primera vez en la conciencia, constituye la *atención*, y a la sensación renovada, la *memoria*. La *afectividad* es carácter cualitativo que presta color o tono al estado de conciencia; tono positivo o de realización en los casos de placer, tono negativo o de supresión o disminución, en los casos de dolor. La *objetivación* es la tendencia a la realización; merced a ella, toda imagen tiende a transformarse en acto; toda idea, a realizarse, cuando elementos reductores (juicio, raciocinio) no ejercen su función inhibidora. Dos formas tiene la objetivación: la sensorial, certidumbre o creencia en la existencia del objeto, realidad, en suma, y la objetivación motora, que representa una autorrealización, una tendencia, y puede ser llamada voluntad.

Por último, la *afinidad* es también una tendencia, pero no a la exteriorización, sino a la asociación, que Kant define como una facultad sensorial productiva al lado de la formación en el espacio (construcción de representaciones) y de la asociación en el tiempo. Dos formas estudia Toulouse en la afinidad: la discursiva y la sintética. La *afinidad discursiva* constituye la *asociación de las ideas;* en ella, los estados de conciencia se despiertan y sustituyen de modo sucesivo. La *afinidad sintética* significa atracción mutua entre los estados de conciencia que se combinan, formando, por lo mismo, grupo, síntesis de diversa cualidad que la de sus elementos componentes, y resultando así, en orden de menor a mayor complejidad: la sensación, la imagen, la percepción, la idea, el juicio, el raciocinio y, en último término, la personalidad, síntesis de todas las síntesis.

Aunque descrito de tal modo el estado de conciencia, con los caracteres que le asigna Toulouse, nos bastaría con analizar éstos con algún detenimiento para tener hecho el estudio de los procesos psíquicos, ya que, como hemos visto, en los citados caracteres se hallan tales procesos comprendidos, preciso es, sin embargo, que con el fin de alcanzar la necesaria base para el estudio de la Psicopatología, y una vez en posesión también de las nociones generales, que, tomando como punto de partida los trabajos de Richet, hemos considerado indispensable exponer, describamos a continuación separadamente, y con la posible brevedad, los referidos procesos que integran nuestro funcionalismo psíquico, esto es, la sensación, percepción, atención, memoria, asociaciones, afectividad y voluntad.

## II

Sensación: sensaciones exógenas y sensaciones endógenas o cenestésicas.—Percepción.—Senso-percepción.—Atención; sus formas espontánea y voluntaria.—Memoria; caracteres y formas del proceso mnésico: memoria anterógrada, memoria retrógrada; ley fisiológica acerca de la memoria.—Asociación; formas de la misma: simultánea o sintética y discursiva; leyes de la asociación; procesos resultantes de la asociación sintética: sensaciones, percepciones, ideas, juicios, raciocinios, inteligencia, imaginación.

Los agentes externos y los estímulos que proceden de nuestro propio organismo constituyen, como hemos dicho, los excitantes de la célula, modificando constantemente ésta, rompiendo su equilibrio, perturbando, por decirlo así, su estatica peculiar; y tales excitantes, cuya naturaleza puede ser física, química, mecánica y endógena, son, en suma, el origen de la irritabilidad, es decir, de la respuesta a la excitación. Pues bien; el conocimiento del excitante, la reacción provocada por el estímulo, se denomina *sensación*. La sensacion será, por lo tanto, un caso particular de la irritabilidad: la irritabilidad de las células a cuyo cargo se halla el funcionalismo psíquico.

Puede considerarse la sensación como el proceso psíquico más simple, más elemental, si bien represente en realidad una síntesis, puesto que, v. gr., en

una sensación visual o auditiva existen diversas impresiones que la sensación une, y aunque algunos consideren este proceso como el átomo psíquico, no hay que olvidar que el átomo está formado por iones. Mas, prácticamente, podemos admitir que representa la sensación el proceso más rudimentario, el primer eslabón de la cadena de funciones psíquicas. Ello no obstante, constituye la base de las mismas, el material de nuestro funcionalismo psicológico, y así, las sensaciones percibidas, conscientes, integran la percepción; la sensación renovada es el recuerdo; la sensación unida a otra u otras, la idea; la tonalidad positiva o negativa de la sensación, la afectividad; la tendencia al acto de toda imagen, esto es, de la sensación grabada en la conciencia y evocada merced a un estímulo adecuado, entra en los límites de la voluntad. De sensaciones está formado nuestro haber mental, el capital de la inteligencia; de sensaciones debidamente combinadas se forman los sentimientos; de asociación de sensaciones resultan los juicios, los raciocinios; la tensión, la tendencia al acto que aparece en la sensación, representa en germen la voluntad.

La sensación es uno de los elementos integrantes de la conciencia. Sentir es conocer. Por elemental que haya de considerarse a la sensación, sensación supone conocimiento; y si algunos psicólogos admiten una sensación inconsciente, en buena lógica, en terreno práctico, la sensación fenómeno psíquico-primario no puede excluirse del principio general que para las necesidades de nuestro estudio hemos establecido: el de que deben considerarse sinónimos los términos psíquico y consciente.

Así comprendida la sensación, entra de lleno en el concepto de otro proceso psíquico: la *percepción*. Esta consiste en la conciencia de la sensación; y por más que hemos definido la sensación como el conocimiento del estímulo, dado que conocimiento quiere decir conciencia y que al conocer un estímulo percibimos, la confusión entre ambos términos sensación y percepción surge. He aquí por qué no deben separarse dichas funciones, que en realidad constituyen una sola: la *sensopercepción*.

Dos grandes grupos de sensaciones debemos estudiar: las *sensaciones exógenas* y las *sensaciones endógenas*. Las primeras constituyen el conocimiento de los estímulos exteriores. Todo cuanto procedente de fuera de nosotros impresiona nuestros sentidos y es conocido por la conciencia constituye la sensación externa. Los estímulos son de diferentes clases: químicos, para las sensaciones olfativas, gustativas, y tal vez para las visuales; mecánicos, para las táctiles y acústicas.

Las sensaciones endógenas o internas nos informan acerca del estado de nuestros órganos, de nuestra funcionalidad propia, de nuestra salud; los latidos del corazón, la excreción de los riñones, la contractilidad muscular, etc., son ejemplos de tal forma de sensibilidad, que nos proporciona en conjunto la noción de nuestra existencia, constituyendo la *cenestesia* (de *coinos,* común; y *aistesis,* sentir). Estas sensaciones, cuyo centro sería el *área somestética* de la corteza cerebral (circunvoluciones rolándicas), son las que en condiciones normales son causa de nuestro bienestar, y en circunstancias morbosas, de nuestro malestar, produciendo,

en el primer caso, la euforia propia del estado de salud, y en el segundo, el disgusto, la preocupación que acompaña al denominado por algunos autores italianos sentido de enfermedad. Es indudable que, como las sensaciones externas, las cenestésicas llegan también a la conciencia, pero no con la intensidad que aquéllas, sino de modo vago, mal definido, que se traduce sólo por las reacciones afectivas antes indicadas. Los trastornos cenestésicos, como más adelante veremos, forman un capítulo muy extenso de la patología de la mente.

En toda sensación hay, como hemos visto, un componente informativo y una nota afectiva. Por otra parte, la sensación reproducida, la idea, lleva en sí una tensión o dirección, una tendencia al acto. Se hallan, pues, los tres elementos constitutivos del estado de conciencia y de los grupos de funciones psíquicas, representados en la sensación. La sensación no es, por tanto, sino un estado de conciencia, la expresión fundamental de la misma, la materia prima de nuestro psiquismo.

Como acabamos de indicar, existe en toda sensación no sólo una noción (elemento representativo), sino una emoción, que es distinta según la naturaleza de la sensación misma. Presenciando un suceso desagradable, oyendo el relato de acontecimientos desgraciados, la sola percepción de un objeto negro produce en nosotros una tonalidad afectiva triste, negativa, con tendencia a disminución o supresión. Si, en cambio, contemplamos un bello paisaje, si somos espectadores de sucesos agradables, sentimos bienestar, satisfacción, alegría. Un objeto útil para nuestra existencia nos

causa sensación de placer; un objeto perjudicial, sensación de dolor. La emoción es nota cualitativa que da tono, color, al estado de conciencia, a la sensación.

La percepción va unida íntimamente a la sensación; pero si la consideramos aislada, implica una síntesis más compleja que la sensación, puesto que está formada de sensaciones diversas. Y así, en la percepción de una campana encontramos las sensaciones de color, dureza, tamaño, forma, peso, etc. Ahora bien; la percepción supone siempre el conocimiento de la sensación; de aquí que, como ya hemos indicado, ambos procesos sean prácticamente inseparables, constituyendo un todo, la sensopercepción, y que ésta sea realmente la unidad, el elemento primordial de nuestros procesos psíquicos. La sensopercepción implica, en último término, reconocimiento, y reconocimiento quiere decir comparación de lo que impresiona nuestros sentidos con otras sensaciones o sensopercepciones antes experimentadas, que se conservan en nuestra mente en estado de imágenes, de huellas latentes; y al propio tiempo, debemos ver en dicho reconocimiento un hecho de memoria y un proceso de asociación. He aquí por qué nada hay simple, puramente elemental, aislado, en el conjunto de procesos que integran nuestro psiquismo, de cuya armoniosa y adecuada asociación depende en realidad su higiología.

Después de la sensopercepción, o, por mejor decir, dentro de este mismo proceso, debe estudiarse el de *atención,* que hace la percepción más intensa, más completa, fijando las sensaciones actua-

les, condicionando el ordenado enlace de las sensaciones ya experimentadas, o lo que es lo mismo, de imágenes mnemónicas o representaciones, haciéndolas más vivas, más netas. Atender quiere decir concentrar la actividad psíquica hacia el estímulo, significando este proceso para Toulouse la energía, la intensidad con que ingresa en la conciencia la sensación nueva. Cuando el excitante, el objeto de nuestra atención, es externo, entran en juego los sentidos, y la atención se denomina sensorial; si el estímulo es interno, endógeno, la atención es introspectiva. Mas, en uno y otro caso, ha de intervenir la voluntad para el debido enfoque de nuestra energía psíquica hacia el excitante que la solicita. Así se justifica el calificativo de voluntad intelectual con que designa Ribot a esta función, considerándola como una de las formas más intensas del proceso volitivo. No obstante, hay casos en los cuales la atención está representada por un movimiento más o menos brusco e involuntario, por una simple adaptación al estímulo, y así sucede, por ejemplo, cuando, hallándonos ocupados en asuntos que despiertan nuestro interés y solicitan nuestra actividad, sentimos un ruido extraño que nos hace volver instintiva y momentáneamente la cabeza y tornamos a nuestra ocupación anterior, sin apenas darnos cuenta de lo que por un instante nos hubo apartado de la misma. A esta forma de atención se denomina *espontánea*, para distinguirla de la *voluntaria*, la cual dirige la actividad consciente y ordena el curso de las representaciones, designándose también, por lo mismo, con el nombre de refleja o *reflexión*. El término *apercepción* significa la

percepción hecha más activa a beneficio de la atención muy concentrada.

En condiciones fisiológicas, la atención debe ser intensa, para la necesaria claridad de las percepciones, y rápida, para evitar la fatiga o distracción, dependiendo tales cualidades, principalmente, del interés que despierte en nosotros lo que solicita dicha función. Esta forma de actividad psíquica tiene, por lo demás, su correlativo somático, su exteriorización, en determinados signos físicos, como inmovilidad momentánea, mirada fija, midriasis, taquicardia, irregularidad o frecuencia respiratorias; revelándose también en casos de gran intensidad por contracción de la piel del entrecejo. Además, la cara del que atiende ofrece los rasgos propios del interés, de la curiosidad, tanto más marcados cuanto mayor es lo que pudiéramos llamar coeficiente emotivo despertado por el estímulo que solicita la atención.

Si en el intrincado juego de los procesos psíquicos pudiera hablarse de sucesión regular, más o menos cronológica, de los mismos, diríamos que tras la sensopercepción, que, con el auxilio de la atención da ingreso en la conciencia al estímulo, debe estudiarse la memoria, porque pasada la impresión que aquél determina, una vez ha desaparecido la conmoción nerviosa que, al recorrerla, produce el estímulo en la vía centrípeta que le sirve de ingreso y llega a la conciencia, constituyéndose así la sensación, ha de quedar ésta fijada en forma de huella o imagen mnemónica, conservarse, además, en estado de latencia y ser evocada, por último, como representación, cuando nuevas sensacio-

nes o la voluntad así lo exijan. Y he así constituído el proceso *memoria,* la más fundamental de las funciones psíquicas, puesto que si la sensación es la materia prima, la memoria significa la condición indispensable para la formación de ideas, juicios y raciocinios, la base de la imaginación, de la inteligencia, del lenguaje, de la conciencia, de las funciones, en fin, más elevadas de nuestra psiquis.

No representa, sin embargo, el proceso mnésico, como podremos notar por lo que llevamos dicho acerca del mismo, sino cualidades o aptitudes de la sensación: las de fijarse ésta, permanecer conservada en estado de imagen latente, asociarse a otras antes fijadas y poder, en fin, ser evocada o reproducida. Se comprende, pues, que la memoria no se considere facultad autónoma en concepto de algunos psicólogos, para quienes no existiría dicha función, sino representaciones evocadas. Mas del mismo modo pudiera también negarse la autonomía de otros procesos psíquicos, como la asociación y aun la afectividad y las voliciones, que no representan, en último término, sino cualidades de la sensación consciente.

La fijación de las sensaciones constituye la *memoria actual* o *anterógrada;* la conservación y reproducción de las mismas, la *memoria retrógrada.* La fijación supone receptividad; la conservación, retentividad; la reproducción, evocabilidad; pero, además, comprende el proceso mnésico el reconocimiento de los recuerdos en el tiempo y en el espacio. Tan diversa modalidad de manifestaciones de la memoria explica lo distinta que es esta función, cualitativamente, según los individuos, ha-

biendo quienes tienen más facilidad para fijar las representaciones o para conservarlas, y otros para la evocación de las mismas. Por otra parte, como la función mnésica se constituye por representaciones de tan diversa índole como sentidos existen, se comprende también que la calidad de los recuerdos sea individualmente muy distinta, y así se explica que haya personas que conserven mejor las cifras, otras los lugares, los nombres, las fisonomías, etcétera, etc., careciendo, en cambio, de memoria para otro orden de representaciones.

La memoria, hemos dicho, no es sino una cualidad, un triple carácter de la sensación, el de fijarse, permanecer latente en la conciencia y poder ser evocada o reproducida. Ahora bien; cuanto mayor número de veces ingresa una sensación en nuestra mente, tanto mejor se conserva y reproduce; cuanto más antigua es una sensación, mayor tendencia muestra a formar parte del contenido mental, y recíprocamente, las sensaciones nuevas ocasionan huella más débil, menos intensa, y no se conservan ni reproducen con tanta facilidad. No es otra la ley fisiológica referente a la adquisición y a la pérdida de los recuerdos: los más recientes, los últimos que se adquieren, son los primeros que se pierden; los de más fecha, los que desaparecen más tarde. Por eso en la edad de involución, en la vejez, en esa época de la vida en que se van debilitando todas nuestras actividades, así físicas como psíquicas, la memoria, que es de las funciones mentales la que antes sufre los efectos del desgaste, se pierde en parte, desapareciendo las sensaciones más recientes, los recuerdos menos fijados, y con-

servándose, en cambio, los más antiguos, los que han dejado huella más indeleble; y así resulta ese modo de ver de muchos viejos que, no pudiendo asimilar lo nuevo, se aferran a lo antiguo, desdeñando toda idea moderna, todo adelanto en cualquiera de los ramos del saber humano y haciéndose desconfiados, incrédulos y machacones. Estos individuos padecen amnesia anterógrada, conservando la memoria retrógrada.

Sírvanos de corolario a este breve estudio de la función mnésica aquella de las leyes de la irritabilidad enunciadas por Richet, que dice: la reacción o respuesta al estímulo, al excitante, dura un tiempo mayor que la excitación. Dicha ley constituye el fundamento de la memoria, como hemos podido deducir de las líneas precedentes acerca de dicha función.

Y llegamos en este sucinto, pero metódico examen de las funciones que constituyen nuestro psiquismo, al estudio de la que pudiera considerarse más esencial desde el punto de vista dinámico, y en el bien entendido de que dinámicas son todas nuestras actividades, porque dinamismo es fuerza, movimiento. Nos referimos a la *asociación*, al verdadero eje sobre el cual giran nuestros procesos psíquicos, a la afinidad que se manifiesta entre las sensaciones, en los estados de conciencia, y merced a la cual, ora se atraen y unen entre sí, ya se repelen, constituyéndose, por tal modo, procesos psíquicos distintos de sus componentes, y tanto más complejos cuanto mayor es el número de los que entran en el juego asociativo o menos simple es su calidad. La sensación, proceso psíquico que con-

vencionalmente es designado como el más elemental, es ya una síntesis, sin embargo, y, por lo tanto, implica asociación; la percepción es otra síntesis más complicada, unión de sensaciones; de distintas percepciones se forma la idea; de ideas, el juicio; de juicios, el razonamiento, y así se llega por asociación cada vez más compleja a la síntesis de todas las síntesis, a la forma más intensa y menos simple de asociación, a la personalidad. He aquí la importancia, la esencialidad del proceso asociativo, porque sin la unidad que el mismo establece, y que constituye su principal característica, como sin la continuidad que representa la función mnésica, esto es, y, como dice Toulouse, sin la asociación que une y sin la memoria que continúa, la vida psicológica sería imposible. Podemos, por consiguiente, afirmar que si la sensación conoce, y la percepción informa, y la atención dirige, y en fin, la memoria fija conserva y reproduce, la asociación une, enlaza, siendo, por lo tanto, función formativa que construye procesos más o menos complicados con el material que le proporcionan las sensaciones.

Dos formas presenta el proceso asociativo, la simultánea o sintética y la sucesiva o discursiva. En la primera, los estados de conciencia se combinan unos con otros, resultando la percepción inmediata de las cosas o, como dice Verdes Montenegro, la intuición; en la asociación discursiva se suceden o sustituyen, significando procesos, e implican percepción mediata. La *asociación sintética*, denominada por Kant formación en el espacio, equivale a construcción de representaciones; merced a ella, las imágenes, o lo que es lo mismo, las sensaciones

ya fijadas y conocidas, dan lugar a la percepción; las percepciones, a la idea; las ideas, al juicio; los juicios, al raciocinio, y en este orden de menor a mayor complejidad, e interviniendo la atención y el proceso volitivo, se llega a la plenitud de conciencia, es decir, a la personalidad. La *asociación discursiva* constituye la asociación de las ideas.

El carácter de afinidad recíproca es, por lo tanto, el fundamento, la base sobre que asienta la función asociativa. Las leyes que rigen a la misma obedecen al principio de correspondencia de Spencer, según el cual, los procesos intelectuales no son sino reproducción del mundo exterior; a ello deben su nombre de procesos representativos. He aquí cuáles son las principales leyes de asociación de las ideas:

*Ley de contigüidad:* significa, según Spencer, semejanza de relaciones en el tiempo y en el espacio; es decir, *coexistencia* (contigüidad en el espacio) y *sucesión* (contigüidad en el tiempo). Según esta ley, las sensaciones, las acciones, se presenten al mismo tiempo o de modo sucesivo, tienden a unirse, de tal modo, que la presentación de una o varias implica la evocabilidad de otra u otras. Ejemplo: la vista de un tapete verde despierta la idea de jugador.

*Ley de semejanza:* las sensaciones, las emociones, las acciones, los pensamientos tienden a evocar las representaciones análogas o que les son más similares, en opinión de Spencer, en virtud de la identidad de su asiento cerebral. La vista, por ejemplo, de un buque de guerra alemán hace pensar en los buques de otras naciones.

*Ley de exteriorización:* se formula así, según Roncoroni: cuando dos o más imágenes se hallan intensamente asociadas, nos hacen creer en su exteriorización, en su realidad; v. gr.: la imagen de una piedra que se lanza al aire y la imagen de su caída, que no pueden concebirse aisladamente.

*Ley de contraste:* consiste, según el mismo autor, en que cuando un centro psíquico está cansado, entra en función otro más activo, y, por lo general, de función antagonista; v. gr.: claro-oscuro, grande-pequeño, día-noche, etc.

La *causalidad,* que algunos autores consideran como ley fundamental, se define por sí misma. La *ley de la parte al todo* no constituye más que un caso particular de la de semejanza.

Dos palabras, una vez mencionadas las leyes que rigen la asociación discursiva, acerca de cada uno de los procesos que resultan de la otra forma del proceso asociativo, de la asociación sintética. Según dijimos, el resultado de la misma, por lo que respecta a los procesos intelectuales, lo constituyen las sensaciones, las percepciones, las ideas, los juicios, los raciocinios, la inteligencia, la imaginación, la personalidad, en fin. Como hemos descrito los dos primeros procesos citados, ocupémonos de los restantes.

La *idea* no es sino el recuerdo de la sensación; pero por simple que se la haya de considerar, supone, no una, sino varias sensaciones debidamente percibidas, así es que la definición más adecuada de idea será la de síntesis o asociación de percepciones. Según hemos dicho anteriormente, la sensación percibida deja en la conciencia una huella, una sen-

sación latente llamada imagen mnemónica y representación al ser evocada. Así se comprende que si la imagen es fiel reflejo de la realidad, no siendo la idea sino la reproducción de la imagen, resulte al fin una copia más debilitada, por ser una segunda copia.

La idea, como formada por sensaciones, es, en primer término, más o menos simple, según el grado de simplicidad también de sus elementos componentes, y, además, tiene el distinto carácter que las mismas sensaciones formativas le imprimen. Hay, por consiguiente, ideas de objetos, ideas de emociones e ideas de actos; pero, además, ideas concretas e ideas abstractas, significando las primeras el conjunto de representaciones que podemos formar acerca de un objeto, y, por lo tanto, cosas u objetos determinados, y las abstractas, cualidades o clases de cosas. De la idea concreta reloj, si separamos, v. gr., las distintas cualidades de forma, sonido, etc., constituímos una idea abstracta.

Así como las percepciones se unen para constituir la idea, las ideas, asociándose, forman el *juicio*. Todo juicio implica, empero, no sólo asociación de ideas o conceptos, sino afirmación, ya de analogía, bien de diferencias entre las mismas. Cuando, v. gr., a la idea general humildad se une la idea particular Juan, se forma el juicio: Juan es humilde, y en este juicio hay una afirmación.

Pero para establecer un juicio, o bien se analiza o se verifica una función de síntesis. Quien piensa, por ejemplo, en una casa blanca, se representa primero la casa con todos sus caracteres y separa después, disocia, la representación del carácter cualitativo blanco; éste es un *juicio ana-*

*lítico*. El que después de examinar un objeto, verbigracia, un reloj, le da tal designación, ha efectuado un *juicio sintético* enlazando todas las representaciones de forma, color, sonido, etc., inherentes al concreto.

Por otra parte, los juicios llevan en sí dos cualidades esenciales: la *lógica* y la *crítica*. La lógica significa, según De Sanctis, la regular elaboración de los datos de la experiencia; la crítica, las relaciones del pensamiento con la realidad y la interpretación de la experiencia misma.

Ahora bien; si al relacionar ideas juzgamos, al relacionar dos o más juicios, razonamos. Mas al razonar unas veces *inferimos*, es decir, obtenemos consecuencias, establecemos ilación entre hechos anteriores y consiguientes, como sucede cuando en presencia de una determinada afección grave pensamos que terminará fatalmente, porque así ha sucedido en otras ocasiones; otras veces *inducimos*, esto es, conexionamos también hechos antecedentes con hechos consiguientes, pero cuya relación es invariable, no inconstante, como en la inferencia; y, por último, en otros casos *deducimos*, o lo que es lo mismo, enlazamos expresiones equivalentes, poniendo de relieve un juicio general, y ejemplo de este modo de razonamiento es el *silogismo*. La inducción va de lo particular a lo general; la deducción, de lo general a lo particular. Ejemplos de inducción: el alcohol se dilata por el calor, es un cuerpo líquido, luego todos los líquidos se dilatan por el calor; de deducción: los líquidos se dilatan por el calor, el alcohol es un líquido, luego el alcohol se dilata por el calor.

Las ideas, los juicios y los razonamientos son

construcciones de la inteligencia. La inteligencia no es, por tanto, sino un proceso asociativo. Las imágenes, los inventos, las creaciones, constituyen el material de la *imaginación*. Esta es también, por consiguiente, función de asociación. Mas, así como las representaciones se unen en el proceso intelectual en relación de dependencia con las variaciones del mundo exterior, del cual aquéllas no son sino un reflejo fiel, en la imaginación las representaciones se asocian de manera independiente, distinta del modo como son proporcionadas por la experiencia, interviniendo la voluntad o la espontaneidad del individuo, quien compone, crea, con los materiales que le facilita el mundo exterior. Y así resulta que la inteligencia copia, refleja cosas, y sus relaciones, en tanto que la imaginación modifica, construye y combina las asociaciones de modo distinto a como éstas son en sí. La representación, v. gr., de un centauro, cosa irreal, es un producto imaginativo.

El poder de objetivación y la fuerza combinatriz son para Dugas los dos factores de la imaginación; la inspiración constituiría, según Ribot, el factor inconsciente de dicho proceso, y el talento y el genio serían manifestación de eretismo nervioso. El talento tiene, en realidad, por base los dos procesos asociativos: inteligencia e imaginación.

## III

El funcionalismo afectivo: sensaciones, sentimientos, emociones, pasiones.—El funcionalismo valicional: voluntad acción, voluntad freno.

De las tres grandes modalidades de actividad de nuestro psiquismo, la intelectual, la afectiva y la volitiva, conocemos ya la primera, que, comenzando, como hemos visto, por la simple sensación, y representada, en suma, por ella misma, conduce, merced a la asociación, y a beneficio de la memoria, a actividades progresivamente más complejas, como son las ideas, juicios y raciocinios, formándose así la inteligencia, función suprema que nos proporciona el conocimiento de cuanto nos rodea, de la realidad. Mas el conocimiento, la nota informadora del estado de conciencia, de la sensación, va siempre unida con otra nota de color, puramente cualitativa, que no tiene, como la informadora, su representación en lo exterior a nosotros, sino que es algo exclusivamente individual, y que se traduce en agrado o en desagrado, en placer o en dolor; y ese carácter cualitativo, esa nota individual, es la afectividad. Nuestro psiquismo no tiene sólo por función conocer, informarse, pensar, sino que al conocer, siente, y al sentir y conocer, forma propósitos, tiende a la acción, reacciona en debida forma, y esta reacción constituye la voluntad. Pero están

tan íntimamente enlazadas, como ya hemos dicho en otra ocasión, estas formas de actividad psicológica, que cuando la sensación conoce, y valga la frase, a la vez que conoce siente, y al propio tiempo quiere.

Ya hemos descrito, en los términos sumarios en que nos es posible hacerlo, el primer grupo de funciones, las intelectuales o representativas. Ocupémonos ahora del funcionalismo afectivo, y estudiado éste, del volicional.

La afectividad, repetimos, es carácter cualitativo del estado de conciencia, que en unos casos se manifiesta por placer y en otros por dolor. Cuando llega a nosotros una impresión exterior y es conocida por la conciencia, constituyéndose así la sensopercepción, experimentamos a la vez una sensación determinada de agrado o de desagrado. A la vista, verbigracia, de un accidente desgraciado, presenciando una tempestad, asistiendo a la representación de un drama, por la simple percepción del color negro, se despiertan en nosotros sensaciones tristes, sentimientos de desagrado, de inquietud, de depresión, que nos producen, además, cierta tendencia a la inmovilidad, a la inercia. Si somos espectadores, en cambio, de escenas o acontecimientos de índole inversa, a la simple vista de un día claro y de un paisaje bello bañado por el sol, nuestras sensaciones son agradables, sentimos indecible bienestar, y, al propio tiempo, tendemos a la reacción, a la actividad. La tonalidad afectiva placer es positiva, puesto que tiende a la exteriorización, a la realización; la tonalidad afectiva dolor tiende, en cambio, a la disminución, a la supresión, es negativa; porque

la primera forma de afectividad, el placer, significa, envuelve, condiciones favorables para nuestra existencia, y el dolor, por el contrario, condiciones desfavorables.

La Psicología clasifica los fenómenos afectivos en *sentimientos, emociones* y *pasiones*. Los sentimientos representan, en su acepción más amplia, toda la afectividad, la afectividad fundamental, pero más bien la estática afectiva, si, como ya hemos anteriormente indicado, cabe hablar de estática tratándose de procesos psíquicos en los cuales todo es dinamismo, actividad; las emociones y los estados pasionales constituirían, en cambio, la afectividad episódica, más o menos transitoria.

Los sentimientos se forman por afecciones elementales; deben considerarse como el origen de nuestra conducta, y, sobre todo, los de orden moral, se exteriorizan por el *carácter*, es decir, por el modo peculiar de ser de cada individuo. El humor habitual, el carácter de cada uno de nosotros, nos comunica sello personalísimo; en unos casos predomina la expansión, la afabilidad, se propende a la alegría, al optimismo, y estas cualidades afectivas son propias de los individuos expansivos; en otros predomina el apocamiento, la tristeza, el pesimismo, la pasividad de reacciones, constituyendo estas notas de afectividad el humor habitual, negativo o de depresión; otros sujetos son fácilmente violentos, irascibles, les contraría todo lo que se oponga a sus opiniones y a la satisfacción de sus deseos, y entran, por lo mismo, en la categoría de irritables; existen, en fin, tipos indiferentes y tipos mixtos, distinguiéndose éstos por exteriorizar, a la vez,

rasgos de carácter peculiares a dos o más de los grupos descritos.

Los sentimientos como fenómenos de conciencia derivan de las representaciones, y como estados afectivos, constituyen los motivos de nuestros actos. Amén de los distintos modos, ya indicados, de manifestarse por medio del carácter, de esa nota afectiva permanente y propia de cada individuo, los sentimientos se agrupan de diversa manera, según su contenido, en relación con los motivos que las producen. En tal concepto, se dividen en intelectuales y en éticos o morales. El *sentimiento intelectual* constituye el agrado o desagrado que acompaña al pensamiento: la curiosidad, el afán de saber, la estética, etc., son sus ejemplos. En el *sentimiento ético* o *moral,* predomina el componente afectivo, y sintetiza los sentimientos más elevados, que son los sociales.

En rigor, no constituye la moral sino un convencionalismo, si bien sea éste absolutamente necesario en la vida colectiva. El llamado *sentido moral,* como hace notar Roncoroni, no es uno e inseparable en sus elementos, sino una construcción abstracta, artificiosa, pues en realidad no existen más que estados intelectuales emotivos y volitivos, que, en relación con el mundo externo, pueden tener o no un carácter moral. Fuera de la vida en colectividad, dice De Sanctis, no existe el hombre moral. La moral, concepto tan distintamente sentido, según los pueblos, las razas y el grado de civilización, debe considerarse, por lo tanto, como una gran ley común a todos los hombres, que sirve para regular sus actos y para ajustar sus acciones a dos

principios esencialísimos llamados el bien y el mal. El hombre debe amoldar su conducta a una norma social común, de consideración, de amor a sus semejantes, de afecto hacia ellos, de inclinación hacia el bien, de apartamiento de todo cuanto es perjudicial para su prójimo y para sí mismo; ha de tener conciencia de sus deberes, noción exacta de sus obligaciones. Y todos esos sentimientos que se traducen en la pureza de costumbres, el amor a la familia, el respeto a los demás, la probidad, el altruísmo, etc., etc., constituyen el sentido moral.

Si se admite que la moral, como manifestación más elevada de nuestra actividad afectiva, alcanza su desarrollo a la par que los demás modos de funcionalidad psíquica, diremos que el niño no es moral, sino premoral; reservaremos el calificativo de amoral para los individuos que, alcanzando la edad adulta, no ofrecen los rasgos psicológicos propios del ser moral, como ocurre, sobre todo, en ciertos imbéciles; y afirmaremos, por último, que ser inmoral es haber perdido las indicadas cualidades afectivas.

Otro grupo de fenómenos afectivos son las *emociones*. La palabra emoción, del latín *e-moveo,* agitar con fuerza, debemos traducirla por agitación afectiva o estado transitorio, episódico, formado, dice Verdes Montenegro, por la asociación de sentimientos o sensaciones actuales o del presente a otras antes experimentadas. Las emociones son consideradas por algunos como instintos sensitivos o conscientes, admitiéndose que su naturaleza guarda estrecha dependencia con la utilidad de las cosas; tal objeto es útil, necesario para nuestra

existencia, pues provoca en nosotros un tono emotivo agradable; tal otro es perjudicial, pues despierta en nuestro ánimo un tono emotivo triste, de desagrado. El tono emotivo es, por consiguiente, como afirma Roncoroni, el sentimiento agradable o desagradable que acompaña a nuestro estado psíquico.

Las emociones se reflejan siempre, y de modo distinto, según su naturaleza, en nuestro estado fisiológico; no hay más que recordar el llanto que acompaña a la tristeza, las perturbaciones respiratorias significativas de opresión, de dificultad, que caracterizan al estado de ansiedad; la hipercrinia intestinal que aparece durante el miedo, etc., etc.

Hay emociones, o, mejor dicho sensaciones emocionales que nos dan noticia de nuestro estado físico, que no llegan de un modo directo, o, por mejor decir, con gran intensidad, a nuestra conciencia; pero como constituyen estímulos constantes de los centros nerviosos, ejercen innegable influencia sobre nuestro psiquismo. La excreción renal, la contracción o relajación musculares, la circulación de la sangre, etc., etc., son ejemplos de estas sensaciones emocionales vagas, poco definidas, no claramente perceptibles en estado fisiológico. Dichas sensaciones constituyen, como ya sabemos, la *cenestesia*; sensibilidad endógena, o sentimiento vital, definida por Höffding «la tonalidad fundamental que resulta del estado total del organismo, de la marcha normal o anormal de los movimientos vitales, singularmente de las funciones vegetativas».

Las *pasiones* significan perturbación o desorden afectivo. Son también episódicas o transitorias, como las emociones, y constituyen la manifestación

más viva del dinamismo afectivo, hasta el punto de que es muy difícil concebirlas como estados fisiológicos. Los celos, el amor vehemente, la cólera, los apetitos desenfrenados, etc., suponen, en efecto, en el orden intelectual una exagerada concentración del pensamiento, un verdadero monoideísmo; en el emocional, un aumento evidente de actividad afectiva, y en la esfera de las voliciones, en fin, son el motivo en muchos casos de actos violentos, de impulsos ciegos, de agresiones. Buen número de actos delictivos tienen su origen en estados pasionales.

Nos resta, para terminar estas notas de psicología fisiológica, ocuparnos de *la voluntad,* función que, si en el orden cronológico debe considerarse como el proceso final de los que constituyen el funcionalismo psíquico, jerárquicamente representa la manifestación más elevada de dichas funciones, el resultado final, el aspecto útil de las mismas, la exteriorización de nuestros pensamientos y de nuestros afectos. En toda sensación, en toda imagen, en el estado de conciencia, existen, como tantas veces hemos dicho, un componente representativo, un componente afectivo y un componente volicional. El elemento representativo es el que conoce; el elemento afectivo, el que siente; el volicional, el que quiere; la volición resulta, empero, del conocimiento y del sentimiento. Al conocer un estímulo, queda constituída la sensación; mas inherente a ésta se despierta un estado emotivo agradable o desagradable, y al propio tiempo y consecutivamente se manifiesta en la sensación una tensión determinada, una tendencia a la realización, a la objetivación, al acto. Pues bien; esa tendencia, esa tensión, es lo

que constituye, en suma, la voluntad, o, por mejor decir, un estado volicional cuya unión con otros forma dicha función.

La voluntad, empero, no constituiría una facultad psíquica autónoma, en concepto de algunos autores. No existe una voluntad, según afirma Roncoroni, sino representaciones emotivas que determinan reacciones psicomotrices, y en opinión de Wundt, la voluntad no sería sino una forma de emoción: tan inseparables deben considerarse lo reactivo y lo emotivo de nuestra psiquis. En cambio, para Schopenahuer, la voluntad constituye el elemento fundamental, primario, de toda actividad psíquica.

Tan autorizadas opiniones demuestran, aparte de su visible contradicción, en primer término, la innegable esencialidad del proceso volitivo en el conjunto de nuestra actividad psíquica, y por otra parte, el origen, el modo de producción, el mecanismo de dicho proceso. Según tales modos de ver, las reacciones, los actos voluntarios derivan en efecto, de las emociones y de las representaciones. Las representaciones desempeñan en el acto el papel informativo que constituye la característica de aquéllas; los afectos significan la energía del acto voluntario; en las representaciones se halla el *motivo;* en las afecciones, el *móvil* del mismo. Representaciones y afecciones, al presentarse en la conciencia como motivos y móviles del acto, dan lugar a la *deliberación*; la atención, voluntad intelectual, forma activa de voluntad, selecciona y avalora debidamente, y, como consecuencia, surge la decisión, o el propósito, y el acto se ejecuta.

En este juego de los factores que intervienen

para constituir el acto voluntario, en semejante modo de funcionalismo psíquico, debemos ver, en último término, dos modalidades de actividad, una que pudiéramos denominar positiva: la acción, o si se quiere la excitación; otra que representa una actividad negativa en apariencia, pero actividad real también: el freno, la acción inhibidora. El equilibrio entre ambas fuerzas, la voluntad acción y la voluntad freno, su debida ponderación, constituye la higiología, la normalidad del proceso volitivo; el predominio de una o de otra en detrimento de su antagonista explica cumplidamente la patología de la voluntad. La voluntad acción es el *yo quiero;* la voluntad freno, el *no quiero;* tanto es voluntad querer como no querer.

Pudiera decirse con algunos psicólogos que la inhibición o freno es toda nuestra voluntad, y su ley, formulada por Brown Sequard, la de que todo segmento nervioso es para el adyacente, a la vez que acción, freno, no sólo excitación, sino inhibición. Esta, dice Richet, no necesitaría para manifestarse de una sensación presente; la evocación de sensaciones, el recuerdo, darían el mismo resultado, y así, el soldado que al oír por primera vez silbar las balas baja la cabeza, ejecuta un acto reflejo psíquico inconsciente; pero la voluntad puede intervenir para impedirlo, para inhibirlo, y la inhibición en este caso, es una idea: la del honor de la bandera, la del deber militar. En la lucha entre dos imágenes, la de excitación y la de freno, afirma dicho autor, hay un testigo, la conciencia, y una reacción final, el acto; éste dependerá siempre de la diferencia de intensidad entre las mismas.

## SEGUNDA PARTE

# Los síntomas psíquicos.

## IV

### Patología de la sensopercepción: cenestopatías, alucinaciones e ilusiones.

Conocemos ya el funcionalismo normal de nuestra psiquis, hemos seguido, por decirlo así, paso a paso a la sensación desde que es advertida por la conciencia hasta llegar a su resultante final, a su carácter de tensión, de tendencia a exteriozarse, hasta su transformación en proceso útil, en voluntad; hemos ido analizando, aunque sucintamente, dado el carácter elemental de nuestro estudio, los distintos procesos que, partiendo de la sensación, materia prima de nuestra higiología psíquica, constituyen la percepción, la idea, el juicio, el razonamiento, la personalidad; nos ha sido fácil, por último, percatarnos del papel de cada una de dichas modalidades funcionales y del juego resultante de su unión, de su conjunto; nos hallamos, por lo tanto, en condiciones de estudiar las modalidades de sufrimiento de tal funcionalismo, que no de otro modo que conociendo el estado normal de cualquier forma

de actividad orgánica o psíquica, podríamos comprender cuál es la intensidad, el alcance, el carácter clínico de sus distintas manifestaciones morbosas.

Comenzaremos la descripción de los síntomas psíquicos por los que se refieren a la sensopercepción; estudiaremos después y sucesivamente la patología de la atención, de la memoria, de la asociación, de la afectividad, de la voluntad, y, en fin, de la conciencia y personalidad, siguiendo así el mismo orden con que hemos descrito en psicofisiología tales formas de actividad, excepto en lo que a la conciencia se refiere, por lo mismo que si ella es toda nuestra funcionalidad cerebral superior, y parecía lógico en Psicología describir primero el conjunto para analizar después cada una de sus partes componentes, en Patología debemos seguir el orden inverso, describiendo primero lo más elemental, para comprender mejor después lo más complejo, ya que los trastornos de conciencia suponen siempre, en efecto, perturbaciones de todas o la mayor parte de las restantes funciones en que tal proceso se descompone.

Dijimos al tratar de las sensaciones que revestían dos aspectos, dos distintas formas: las sensaciones externas y las sensaciones endógenas. No deben ocupar nuestra atención los trastornos de las sensaciones externas, porque, en realidad, se encuentran fuera de nuestro dominio, perteneciendo al de la Neurología; mas no puede afirmarse lo mismo de las sensaciones endógenas, porque ellas tienen muchos puntos de contacto con el psiquismo afectivo, y en tales sensaciones internas tiene su

origen la personalidad. La *cenestesia,* esa forma de sensibilidad interna o endógena, ajena en cierto modo a nuestras relaciones con el mundo exterior, es, en efecto, la que, constituída, como ya sabemos, por múltiples estímulos que parten de nuestros organos, nos proporciona la noción del funcionamiento normal de los mismos, noción que se traduce en el bienestar significativo de la salud; y esa misma sensibilidad interna es la que en condiciones opuestas nos comunica la sensación de molestia orgánica, de malestar más o menos intenso. Además, la integridad de nuestros órganos, la actividad de nuestras funciones, la identidad de nuestro *yo* se hallan a cargo de la cenestesia, percibiéndose al parecer dichas sensaciones en la denominada *área somestética,* cuya localización estaría en la zona rolándica y adyacentes, y presidiendo tales centros a la troficidad visceral.

El optimismo y el pesimismo exagerados, sin causa que los motive, o más bien de causa imaginaria, serán, pues, dos notas cenestésicas morbosas, *hipercenestésica* el optimismo, la euforia o alegría patológica, e hipercenestésica también el pesimismo, la tristeza o cacoforia; la sensación de astenia, de cansancio, de insuficiencia de actividad mental, tan características de los psicasténicos, serán también trastornos cenestésicos, *hipocenestesias;* la falta de toda noción de la propia enfermedad, el desconocimiento de hallarse enfermos que es tan frecuente en los que padecen afecciones mentales, la transformación de órganos, la creencia en la destrucción o falta de los mismos, la sensación de achicamiento o *automicroestesia*, la de agranda-

miento o *automacroestesia,* los cambios de la personalidad, y, en general, todas las perturbaciones de la misma, constituirán asimismo otras tantas formas de padecimiento de la sensibilidad endógena.

Y llegamos al estudio de dos órdenes de síntomas sensoperceptivos o psicosensoriales de verdadera importancia en Psiquiatría, no sólo por su misma significación clínica, sino por su frecuencia. Tales trastornos son las *alucinaciones e ilusiones.* La alucinación significa percepción imaginaria; la ilusión, percepción real, pero equivocadamente interpretada. El alucinado ve, oye, palpa, huele, gusta lo que no tiene objetividad real; el iluso confunde, equivoca lo que impresiona sus sentidos. Quien ve ante sí una persona u objeto que no existe, u oye un sonido, una voz, v. gr., que no ha sido pronunciada, sufre una alucinación visual en el primer caso, auditiva en el segundo; el que viendo a una persona la confunde con otra, sufre una ilusión óptica.

Las alucinaciones e ilusiones deben considerarse siempre como fenómenos secundarios, porque de ser primitivos, únicos en el cuadro morboso, serían rectificados por el mismo enfermo con el auxilio de los demás sentidos. Es lo que ocurre, por ejemplo, con las ilusiones fisiológicas, que el sujeto mismo las rectifica. Quien confunde una sombra con una persona, pero vuelve a poco de su error, sufre, en efecto, una ilusión visual; pero ésta, fisiológica. Además, las alucinaciones e ilusiones indican siempre actividad, si bien morbosa, como lo demuestra el hecho de que no las padezcan ni los dementes ni los idiotas; los primeros, porque son agotados; los segundos, porque son imperfectos mentales.

Muchas son las teorías que tratan de explicar el proceso morboso alucinación; citarlas todas sería tarea interminable, y mencionaremos únicamente las principales: Meynert considera la alucinación como un efecto de la parálisis cortical, es decir, de la supresión del poder inhibidor de la corteza encefálica con hiperautomatismo consecutivo de los centros subcorticales. Tamburini ve en aquel trastorno la hiperfuncionalidad de un centro de proyección psicosensorial; Wernicke, la interrupción a lo largo de una vía asociativa, con refuerzo local del estímulo, que se traduce por una excitación; Tanzi considera la alucinación como un fenómeno de asociación regresiva, que nace como representación o idea en la región asociativa y refluye a los centros sensoriales para volver a ser lo que era, una sensación, si bien patológica; Roncoroni denomina al proceso alucinatorio la epilepsia de los centros sensoriales; etc., etc.

A nuestro entender, la explicación de punto tan debatido se halla en el carácter fundamental del mismo: la alucinación no es sino la evocación de una representación sensorial sin estímulo apropiado, o, por mejor decir, a beneficio de un excitante anormal, que entra en juego por idéntico mecanismo que toda actividad exagerada de los centros psíquicos inferiores o automáticos, por falta de la acción reguladora del centro mental o psíquico superior; y dicho estímulo no puede ser otro, en nuestro concepto, que la idea morbosa. Así, en condiciones fisiológicas podemos representarnos, ver mentalmente, percibir en nuestra imaginación un objeto determinado, una persona, una escena cualquiera, en el

momento en que, ejercitando la atención, es decir, una forma de voluntad y poniendo en juego la memoria, nos lo proponemos. Mas tales representaciones son borrosas, no claramente delimitadas, transitorias, poco estables, y, por último, y principalmente, no tienen objetividad, no son reales; nuestro juicio, dotado como lo está fisiológicamente de sus dos cualidades inseparables, la lógica y la crítica, nos convence de su carácter de ficción, puramente imaginativo. En condiciones patológicas, en cambio, la hiperexcitabilidad de los centros sensoriales respectivos al género, a la forma de la alucinación, determina no la simple visión mental, borrosa, transitoria y ficticia o imaginativa, sino la percepción real, la objetivación de la idea, de las representaciones, como si fuesen efectivas o provocadas por estímulos normales, merced a la falta del correctivo de nuestra ficción, al menoscabo funcional del centro que regula u ordena toda actividad psíquica, del llamado a advertirnos por medio de la función juicio, y gracias a la autocrítica, de la falsedad, del error de la percepción, solo imaginariamente objetivada. La idea morbosa sería, pues, en fuerza de su misma intensidad, el estímulo determinante del proceso alucinatorio, constituyendo éste, en suma, la expresión sensorial del delirio.

Una consecuencia se deduce de semejante modo de ver, y es que la alucinación y el delirio son el mismo trastorno con diferente localización, constituyen un solo proceso morboso, referido a distinta modalidad psicológica: la alucinación a las percepciones, el delirio a las ideas. La alucinación representa disturbio, morbosidad, sufrimiento de los cen-

tros psico-sensoriales; el delirio, de los centros ideativos. La alucinación podemos denominarla, por consiguiente, delirio de sensaciones, el delirio alucinación de las ideas. Si se quiere una prueba evidente, clínica, de este aserto, no hay más que recordar cómo está constituída, en qué consiste la alucinación psíquica, denominada también idea autóctona; es una alucinación, pseudo-alucinación, si así se la considera, pero a la vez es una idea patológica, pseudo-delirante, que así puede calificarse; el enfermo dice que no dispone de sus ideas, de sus pensamientos; cree que le son sugeridos, comunicados, impuestos por otras personas; se siente forzado a pensar de una u otra manera. Hay en este fenómeno no sólo un trastorno de ideación, una creencia falsa, errónea, que por su irreductibilidad entra en la categoría del delirio, sino una percepción también falsa, errónea, la del pensamiento sugerido, que no es sino la palabra mental: creencia también irreductible, y, por lo tanto, y en lo que de percepción tiene, de índole alucinatoria.

Existen tantas formas de alucinación como modalidades sensoriales; las hay, por tanto, ópticas, auditivas, tactiles, olfatorias y gustativas, y pueden incluirse en el grupo, por su índole sensorial más o menos especializada, las cenestésicas y las psicomotrices. Deben mencionarse también como variedades importantes de alucinaciones: las psíquicas, las periféricas o provocadas y las hipnagógicas.

El *alucinado visual* percibe sombras, colores, objetos, personas, palabras escritas, que no tienen objetividad, es decir, que sólo existen en su imaginación, aunque su trastorno le haga verlas y creer

firmemente que se hallan ante sus ojos. Estas alucinaciones se denominan: *elementales* cuando la percepción imaginaria se refiere a sombras o colores; *diferenciadas,* si a objetos o personas; y *visuales verbales*, cuando se trata de letras o palabras escritas.

El *alucinado de oído* oye imaginariamente ruidos, sonidos o palabras. La percepción imaginaria de ruidos indeterminados o la de ruidos en relación con objetos que los produzcan se denominan *akoasmas* por Wernicke; la de palabras, frases, etc., *fonemas* o *alucinaciones auditivas verbales*. Estas últimas son muy frecuentes, entre otras psicosis, en la paranoia de forma persecutoria, consistiendo en insultos, amenazas, proposiciones groseras, blasfemias, etc., y, como se comprende, cónstituyen para el enfermo una verdadera mortificación.

El *alucinado del tacto* cree tocar objetos, personas, percibe el contacto de unos u otras, así como el de insectos, v. gr., o tiene la impresión de sufrir corrientes eléctricas, etc. En el primer caso, la alucinación es activa, y pasiva en el segundo. Son frecuentes tales trastornos en el cocainismo, alcoholismo y psicosis sistematizadas, debiendo incluirse en el grupo las alucinaciones referentes a los sentidos del dolor y temperatura y las genésicas.

El *alucinado del gusto* percibe sabores generalmente desagradables, y *el del olfato,* olores por lo común nauseabundos, pues una y otra alucinación suelen ser patrimonio de perseguidos, quienes creen, v. gr., que sus enemigos infectan el aire que respiran o les envenenan los alimentos

Tanto unas como otras modalidades de alucinación sensorial, cuando son intensas y tenaces, si so-

bre todo forman parte del cuadro clínico de los delirios persecutorios, suelen motivar *ideas de defensa,* y así, el alucinado visual cierra sus ojos o los cubre con una venda para no percibir a sus enemigos, o las visiones terroríficas u obscenas con que ellos le atormentan; el alucinado auditivo ocluye sus oídos para no oír insultos, palabras groseras, amenazas, reconvenciones, etc.; el alucinado del olfato introduce algodones por sus ventanas nasales, y, en fin, el que sufre alucinaciones gustativas se resiste a ingerir alimentos o bebidas, trastorno denominado *sitiofobia* y contra el cual no queda otro recurso a veces que la alimentación forzada por medio de la sonda.

Las *alucinaciones cenestésicas* se refieren a la sensibilidad endógena. El enfermo percibe sensaciones de quemadura, dolor, picores, sacudidas eléctricas, o tiene la convicción de que sus órganos están destruídos, de que carece de estómago, corazón, etc., de tener animales dentro de su cuerpo, de hallarse embarazado, etc., etc. Recordaremos a este último respecto un caso de observación propia: el enfermo era un sistematizado crónico que reclamaba constantemente nuestros auxilios facultativos pidiendo que le abriésemos el vientre para extraerle nueve hijos que lo ocupaban desde hacía muchos años. En otro caso sometido también a nuestra asistencia, el paciente, un melancólico crónico con delirio hipocondríaco, aseguraba tener un enorme lagarto dentro del estómago; otro de nuestros enfermos, en fin, se negaba a tomar alimentos, alegando la imposibilidad de digerirlos, por estar muerto de medio cuerpo abajo.

Las *alucinaciones psicomotrices*, o simplemen-

te motrices, motivan la tendencia a la impulsión, porque toda imagen motriz tiende a exteriorizarse por un acto, e indican profundo trastorno de la personalidad. Se dividen por Marchand en cinestésicas y verbales; las cinestésicas se refieren al sentido muscular, y las verbales, al lenguaje oral o gráfico. El *alucinado cinestésico* percibe movimientos indeterminados o no, y en este último caso, experimenta la sensación de que marcha, salta, vuela, cae en precipicios; o por el contrario, la de que no se le deja efectuar un movimiento. El *alucinado verbal oral* percibe los movimientos inherentes a la articulación de las palabras; el *alucinado verbal gráfico*, los de la mano necesarios para la escritura. El alucinado verbal oral, cuando sufre a la vez alucinaciones acústicas, presenta el curioso fenómeno denominado *eco del pensamiento*, es decir, piensa en alta voz, oye todo lo que piensa y cree que lo oyen los demás; tiene la sensación de que se habla por su boca, de que se le obliga a decir tal o cual cosa, a manifestar sus pensamientos antes de que él se lo proponga, y a veces contra todo su propósito, fuera de toda conveniencia, y hasta en contra de su mismo modo de pensar. Acude en este momento a nuestra memoria un ejemplo muy típico de este trastorno: se trataba de un oficial sometido a nuestra observación en el Manicomio de San Baudilio, cuyo enfermo padecía paranoía crónica alucinatoria. o, en términos más llanos, delirio persecutorio sistematizado. Persona de inmejorables antecedentes morales, correctísima en todos sus actos, de ilustración poco común, y, al cuidado, como todos los demás enfermos del Establecimiento, de los Hermanos de la Orden de San

Juan de Dios, sufría muchas veces, al hallarse en presencia de éstos, impulsiones irresistibles a pronunciar palabras y frases obscenas, a blasfemar, a proferir injurias contra la religión, injurias bien en pugna con sus propias ideas, como lo demostraba lamentándose de que sus enemigos se valieran de medios tan viles para malquistarle con aquellos a quienes era tan adicto y a los cuales tenía tanto interés en mostrarse agradecido. He aquí, por otra parte, un caso de *impulsión verbal motriz*, trastorno que consiste, como ha podido apreciarse, en la tendencia irresistible a la emisión de palabras o frases, y que se distingue, por lo tanto, de la alucinación cinestésica simple, en que ésta se refiere a la sensación de palabras sin movimiento de articulación, y de la motriz propiamente dicha, en que se trata de la percepción imaginaria de los gestos que acompañan al lenguaje hablado.

No son tan fáciles de describir, como las formas hasta aquí estudiadas del fenómeno alucinatorio, las que se denominan *alucinaciones psíquicas* por unos, pseudo alucinaciones y alucinaciones aperceptivas, por otros. Diremos, con Roncoroni, que, así como en el alucinado sensorial es una imagen de esta índole la que se evoca o surge, en el alucinado psíquico se trata de una imagen mnemónica. El que padece de esta forma de alucinación cree que sus ideas, sus pensamientos, no son suyos, le son comunicados o impuestos por otras personas; sufre una verdadera sugestión del pensamiento, y como el trastorno no asienta en sentido alguno, de aquí su nombre de pseudo-alucinaciones, alucinaciones psíquicas, o aperceptivas. Por otra parte, y según en

otra ocasión hemos indicado, esta forma de alucinación es a la vez una de las modalidades de ideación patológica, la llamada idea autóctona, y tiene muchos puntos de contacto con la idea obsesiva y con la alucinación sensorial, si bien esta última implique, como ya sabemos, excitación de un centro del mismo nombre, y la alucinación psíquica, excitación de un centro de esta índole.

Mencionaremos brevemente, para terminar, el estudio de las alucinaciones: las *periféricas*, que son las que se obtienen por excitación en un dominio sensorial periférico, siendo ejemplo *el fenómeno de Lieppmann,* que consiste en las alucinaciones visuales observadas en ciertos alcohólicos a beneficio de una ligera presión de sus globos oculares a través de los párpados; las *reflejas,* que aparecen en un dominio sensorial por excitación en otro; las *hipnagógicas,* que preceden al sueño de algunos epilépticos y toxifrénicos; las uni y bilaterales, las asociadas, las antagonistas, etc., etc.

Poco hemos de decir acerca de las *ilusiones*, una vez hecho el estudio del fenómeno alucinatorio, con el cual tienen aquéllas tanta semejanza, más que en su mecanismo, en sus formas clínicas. La ilusión supone una percepción real, pero equivocadamente interpretada. El que padece una ilusión visual ve, verbigracia, una persona y la confunde con otra, sufre una *ilusión de falso reconocimiento;* quien padece una ilusión auditiva, oye un sonido y equivoca su procedencia; quien una ilusión del gusto, percibe un sabor y lo confunde con otro, etc., etc. Claro es que, lo mismo que en la alucinación, el convencimiento del enfermo en la realidad equivocadamen-

te interpretada, en la ilusión, es lo que determina el carácter patológico de la misma, es la rúbrica de su morbosidad, porque todos nosotros hemos experimentado ilusiones de los sentidos; v. gr.: la de confundir una sombra con una persona, un árbol con un ser viviente, etc.; mas en estos casos, el testimonio de los demás sentidos, el juicio sano, nos informa de nuestro error, y la ilusión no traspasa, por lo tanto, los límites de lo fisiológico.

## V

Trastornos de la atención: aprosexia, hipoprosexia o disprosexia, hiperprosexia y paraprosexia o movilidad de la atención.—Trastornos de la memoria: amnesias anterógrada y retrógada, amnesias en foco, hipermnesias, paramnesias.

Para darnos perfecta cuenta del modo como padece la atención, recordemos en pocas palabras el importantísimo papel que la misma desempeña en el juego regular de los procesos psíquicos. Cuando una excitación exterior recorre nuestras vías sensoriales y llega al centro correspondiente, una forma de actividad psíquica, la voluntad, interviene para hacer penetrar aquella impresión en la conciencia, y sólo entonces es conocida por ésta y entra a formar parte de nuestro contenido mental. Pues bien; esa forma de voluntad, que dirige, que, por decirlo así, enfoca nuestro dinamismo superior hacia el estímulo que la solicita, es la atención. La atención constituye, por consiguiente, una modalidad volitiva, y así es considerada por Ribot, quien la denomina voluntad intelectual. Pero esto no quiere decir que no exista una atención que puede llamarse involuntaria, subconsciente, automática, y dicha forma de atención consiste en la simple reacción hacia el excitante, en el movimiento de cabeza que instintivamente ejecutamos al sentir, v. gr., un ruido más o menos intenso o al percibir un objeto que entra en

la esfera de acción de nuestro campo visual; si entonces nos hallamos ocupados en algo que nos preocupa o embarga nuestro interés, apenas nos daremos cuenta de la calidad del excitante. He aquí en qué consiste la *atención espontánea* o involuntaria.

La atención padece cuantitativa y cualitativamente. La aprosexia, la disprosexia y la hiperprosexia son trastornos cuantitativos; la paraprosexia, cualitativo. La *aprosexia* o parálisis de la atención se refiere a ambas formas, voluntaria y simple, e implica, como puede comprenderse, debilitación de la conciencia; son aproséxicos, v. gr., los idiotas y los dementes. La *disprosexia* significa dificultad, lentitud, menoscabo, debilidad de la atención; puede también denominarse, por lo tanto, *hipoprosexia* o atrofia, y se observa, sobre todo, en los melancólicos, por lo mismo que en tales enfermos está inhibida toda actividad psíquica.

La *hiperprosexia* o sobreactividad de la atención es manifestación de hiperautomatismo, siendo ejemplo los maníacos, quienes atienden a la vez a todo, pero no se fijan bien en nada. Otras veces significa ensimismamiento, concentración excesiva, acompañándose, por tanto, de monoideísmo, esto es, del predominio de un solo orden de ideas, al contrario que normalmente, y caracteriza entonces a ciertos estados depresivos, sobre todo a las obsesiones.

Por último, la *paraprosexia* consiste en la pérdida de la atención voluntaria con conservación o aumento de la automática. Es fenómeno muy frecuente en la clínica, observándose con preferencia

en la manía. El maníaco, siendo, como hemos dicho, un hiperproséxico, lo es sólo de la atención automática, estando, en cambio, dificultada la voluntaria; es, por lo tanto, más bien un paraproséxico. Diríamos, con De Sanctis, que el hiperfrénico es un hiperproséxico de distribución, pero un hipoproséxico de concentración, y el melancólico, lo contrario. La paraprosexia constituye, por tanto, el trastorno conocido con el nombre de *movilidad de la atención*.

Descritas así las principales alteraciones de este proceso, ocupémonos de las de la *memoria*, de la función psíquica, que, como sabemos, tiene a su cargo fijar, conservar y reproducir las sensaciones, y una vez evocadas, localizarlas en el tiempo y en el espacio. De esta misma multiplicidad de modalidades funcionales se deriva su complicada patología, comprendida bajo la genérica denominación de *amnesias* o dismnesias. Estudiaremos sumariamente las variedades más importantes de las mismas, constituídas por las amnesias anterógrada y retrógrada, la hipermnesia, la paramnesia y las denominadas amnesias en foco.

La *amnesia anterógrada* consiste en la pérdida de la memoria de los hechos más recientes por falta de fijación de las sensaciones actuales: el enfermo olvida lo que acaba de hacer, los acontecimientos cronológicamente más próximos, ignora lo que hizo el día anterior, etc., etc. Esta dismnesia de fijación es característica de muchas psícosis, así como de la vejez; explica en esta fase de involución orgánica la machaconería propia del viejo, su desdén por todo lo moderno, su apego a lo pasado, y depende, como ya hemos dicho en otra ocasión, de

que las impresiones menos fijadas, y, por tanto, las más recientes, se pierden primero que las de antigua fecha.

La *amnesia retrógrada o retroactiva* se refiere a hechos antiguos, y es también muy frecuente en diversas afecciones mentales y aun en estado normal, correspondiendo, como la forma anterior, al grupo de las amnesias localizadas, puesto que se refieren a períodos de tiempo. La coexistencia de ambas formas se denomina *amnesia retroanterógrada.*

Las *amnesias en foco* constituyen un grupo muy importante de trastornos de la memoria, debidos, y de ahí su denominación, a lesiones corticales de localización conocida. Con recordar que dichas amnesias están, principalmente, representadas por las afasias y las agnosias, queda, en efecto, puesta de relieve su referida importancia clínica.

En unos casos, las huellas mnemónicas no se forman o se forman incompletamente, y claro es que no fijándose bien las impresiones, no se conservan, ni menos se reproducen, con la debida intensidad, ni tan fácilmente, como en condiciones normales. Así ocurre en la *alexia parcial:* el enfermo no puede leer palabras largas, porque al llegar a las últimas sílabas ha olvidado la significación de las primeras; y es aún más completo tal trastorno en la *amnesia hipogenésica*, en cuya variedad no pasan las impresiones del dominio sensorial, no se perciben, y, por lo tanto, no entran tampoco a formar parte del haber mnemónico del individuo, quien aparece distraído y olvidadizo. No es otra la explicación de la falta de memoria que se observa en los

idiotas, y de modo menos absoluto en los dementes, confusos, etc.

En otras ocasiones, las huellas mnemónicas ya formadas desaparecen por destrucción, resultando una amnesia definitiva e incurable, o bien, sin llegar la lesión a tan alto grado, es causa asimismo de la falta de evocación de las imágenes, de modo más o menos transitorio. En uno y otro caso, el resultado es idéntico: la amnesia; pero como se comprende, el pronóstico es muy distinto. Ejemplos principales los tenemos en las afasias y en las agnosias y asimbolias, comprendiendo entre las primeras, así las afasias sensoriales o de recepción como las motrices o de transmisión, es decir, la sordera y ceguera verbales, la afasia motriz, la agrafia, y pudiéndose también incluir en el grupo la amimia y la amusia, y entre las agnosias, la visual o ceguera psíquica, la auditiva o sordera psíquica, la táctil o estereoagnosia, y la quinestésica o apraxia. Las asimbolias no son sino agnosias de mayor jerarquía fisiopatológica, y en cuanto a las agnosias olfatoria y gustativa, no tienen hasta hoy fisonomía clínica.

*Afasia*, en su acepción general, significa pérdida de memoria, olvido de los signos que nos sirven para cambiar ideas con nuestros semejantes; la *afasia motriz*, olvido de los signos del lenguaje hablado o imposibilidad de expresar el pensamiento por medio de esta forma del lenguaje; la *afasia gráfica o agrafia*, imposibilidad también de expresión por medio del lenguaje escrito; la *sordera verbal*, olvido de la significación de la palabra oída; *la ceguera verbal*, de la palabra leída; la *amimia*,

pérdida asimismo de la memoria de los movimientos mímicos; la *amusia*, de los necesarios para el canto.

El afásico, por consiguiente, es un amnésico, y un amnésico en foco, puesto que el lenguaje hablado tiene su centro, discutido, sobre todo, por Marie, en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda; el lenguaje escrito, en el pie de la segunda circunvolución del mismo nombre y lado, centro también discutido; la comprensión de las palabras oídas, en la parte posterior de las dos primeras circunvoluciones temporales izquierdas; la comprensión del lenguaje escrito, en el pliegue curvo izquierdo; el lenguaje mímico, en las zonas media e inferior de la región rolándica; en fin, el lenguaje musical, en la segunda circunvolución frontal, también del lado izquierdo.

Las *agnosias* significan, según Moutier, la pérdida de la facultad de transformar las sensaciones simples en percepciones, o en términos más claros, la imposibilidad del reconocimiento de los objetos por medio de los sentidos, no obstante la integridad más o menos completa de los centros y vías correspondientes. La sensación tiene lugar, pero no el conocimiento de la misma, y mejor diríamos, para no apartarnos del modo de ver que hemos expuesto en Psicología, que el estímulo llega a los centros sensoriales, pero no entra en la esfera consciente, no es conocido.

Existen tantas variedades de agnosias como sentidos; deben distinguirse, pues, agnosias visuales, auditivas, tactiles, olfatorias y gustativas, si bien las dos últimas no hayan alcanzado individualidad clínica. El *agnósico visual* es el ciego

psíquico, es decir, el que, conservando la percepción visual de los objetos, de su forma, color, tamaño, etc., no los reconoce porque ha perdido las imágenes necesarias para formar la síntesis significativa de la noción abstracta de los mismos o de sus símbolos. Es también agnósico visual o *ciego psíquico* el aléxico o *ciego verbal;* pero con la diferencia de ser la alexia una forma parcial de la ceguera psíquica, referida sólo a los signos del lenguaje escrito que el enfermo ve, pero cuyo significado no comprende, porque los ve con el centro visual común situado en la cisura calcarina y sus labios, que tiene íntegro, pero no comprende la significación de dichos signos escritos, por tener lesionado el pliegue curvo, donde radica el centro de la comprensión de los mismos.

Otra forma de agnosia visual es la denominada por Dupré *topoagnosia* o pérdida de la noción topográfica, que se exterioriza por la imposibilidad en que se halla el sujeto de orientarse en los lugares que le eran más conocidos.

*El agnósico auditivo o sordo psíquico* oye los sonidos; pero no conoce el valor de los mismos. *La sordera verbal* es la agnosia auditiva especializada exclusivamente para las palabras, que el enfermo oye, pero que no comprende, pues las oye con el centro auditivo común, que tiene íntegro, y no las comprende por tener lesionado el centro de la comprensión del lenguaje oído.

*El agnósico táctil o estereoagnósico* ha perdido la memoria de los símbolos tactiles y musculares, y no reconoce los objetos por medio del tacto, porque ignora la significación de las cualidades que

acerca de los mismos le proporciona dicho sentido. *El asimbólico táctil* tampoco reconoce los objetos, aun conociendo las indicadas cualidades. Es, por consiguiente, la *asimbolia* un trastorno más elevado, una falta de identificación secundaria, en tanto que la agnosia representa una falta de identificación primaria, de reconocimiento más simple.

La coexistencia de agnosias parciales da lugar a la agnosia completa, cuya exteriorización clínica es la *apraxia*. En este trastorno, muy frecuente en los dementes, pierden éstos la noción de utilidad de los objetos, confunden la aplicación que deben darles, el uso a que están destinados, y pretenden, v. gr., escribir con el tenedor, u orinar en el vaso y beben en el orinal, etc.

Las agnosias, por consiguiente, siendo trastornos de percepción, son también, como las afasias, perturbaciones de memoria; entran de lleno en el concepto de amnesias, y como dependen de la destrucción de zonas o centros corticales determinados, deben considerarse como amnesias en foco.

Dentro del grupo debemos mencionar, en fin, la *afasia amnésica,* denominación que quiere decir olvido de los símbolos verbales que sirven para expresar el pensamiento por medio de la palabra en las debidas condiciones fisiológicas. Este trastorno depende de falta de conexión entre los centros mnésico ideativos y los del lenguaje; se conservan las ideas y las imágenes verbales, pero el enfermo resulta un parafásico, pues al querer expresar su pensamiento por medio del lenguaje oral, emplea palabras inadecuadas. Son formas de afasia amnésica el *agramatismo* y la *antonomasia*; es decir, y res-

pectivamente, la dificultad de dar forma gramatical a las palabras y la de evocar sustantivos.

El término *hipermnesia* no tiene en clínica sino un valor muy relativo. No existen nunca, en realidad, perturbaciones caracterizadas por aumento absoluto de función, se trate de la memoria o de otra cualquiera modalidad del funcionalismo psíquico. Cuando, v. gr., la memoria o la atención, o el proceso asociativo, se hallan aumentados en su actividad, el aumento es siempre morboso y significa de hecho menoscabo de la funcionalidad psíquica superior, disminución de actividad del centro mental, del que inhibe, ordena y regula el dinamismo de los centros psíquicos inferiores, llámense éstos poligonales, siguiendo las teorías de Grasset, bien simplemente automáticos. Tal ocurre en la hipermnesia del hiperfrénico, quien si en apariencia evoca y recuerda prolijamente los hechos acaecidos con mucha anterioridad, olvida, en cambio, de modo bien ostensible los acontecimientos más recientes, los hechos actuales; es un hipermnésico de reproducción; pero es un amnésico de fijación.

Otras formas frecuentes de hipermnesia son las llamadas *criptomnesia* y *ecmnesia*. En la criptomnesia, como su mismo nombre lo indica, se recuerdan vivamente, con gran minuciosidad, los hechos de la infancia en un período de tiempo mayor o menor, y en la ecmnesia, los de cualquier época; pero apareciendo tan intensos, que el sujeto tiene la ilusión de que vive en ella; mas, en cambio, padece una verdadera amnesia a partir de aquel período de tiempo. Lo mismo, por consiguiente, que la hipermnesia del hiperfrénico, la criptomnesia y la

ecmnesia son trastornos hiper, pero parciales. La parcialidad es carácter clínico de estas perturbaciones.

La *paramnesia* significa perversión de la memoria, pérdida —dice Lordat—de la memoria de las palabras y de sus signos, con sugestión instintiva de sonidos o de palabras que no reflejan el pensamiento del enfermo, resultando éste un parafásico; es decir, empleando palabras inadecuadas o desprovistas de sentido. Suele ser un fenómeno secundario a la excesiva actividad del proceso asociativo, y, por lo tanto, propio de los maníacos. La perturbación se traduce por dificultad o pérdida de localización de los recuerdos en el tiempo o en el espacio, o bien, en fin, hace referencia el trastorno a la certeza o afirmación de los mismos. El paramnésico de reconocimiento conserva el recuerdo de los hechos; pero no le es posible fijar la época en que tuvieron lugar; el que padece paramnesia de localización no puede localizarlos en el espacio; en fin, el paramnésico de afirmación exterioriza las denominadas *ilusiones de la memoria,* cuyas formas son el *ya visto*, y el *nunca visto;* es decir, la creencia de haber visto muchas veces lo que se ve, en realidad, por primera vez, y la de no haber visto nunca lo que se está viendo con frecuencia. El *falso reconocimiento* de las personas o de las cosas es también, como se comprende, una paramnesia visual; en tales casos, el sujeto confunde las personas o las cosas por caracteres más o menos vagos de semejanza. Debemos recordar, por último, que los enfermos de esta índole, los que sufren ilusiones y alucinaciones mnésicas, las cuales constituyen siem-

pre la base del trastorno llamado *fabulación,* suelen suplir con su actividad imaginativa la falta de recuerdos, y *rellenan*, por decirlo así, las lagunas de su memoria con *relatos imaginarios*. Así ocurre, v. gr., en la enfermedad de Korsakoff o psicosis polineurítica.

## VI

Trastornos de asociación: por defecto y por exceso; incoherencia y fuga de ideas; asociaciones por asonancia, contraste y paradójica.—Diversos tipos de ideación morbosa: idea fija, idea obsesiva, idea autóctona e idea delirante.—Delirios: persecutorio, megalomaníaco y melancólico.

El proceso de asociación representa, como ya dijimos, el verdadero eje sobre el cual gira toda nuestra actividad psíquica. Si las sensaciones constituyen, por decirlo así, la materia prima, los elementos fundamentales de nuestro funcionalismo psicológico, nada significarían aisladamente, separadas unas de otras; su enlace, su conexión, siguiendo leyes que ya conocemos, es de todo punto indispensable para que puedan ir resultando procesos cada vez más complicados, funciones progresivamente más complejas, denominadas: percepciones, ideas, juicios, raciocinios, sentimientos, voluntad, personalidad, en fin. Pues bien; ese factor, esa afinidad que interviene en el juego de los procesos psíquicos para unir o desunir, para formar síntesis, para constituir la percepción con las sensaciones, la idea con las percepciones, es decir, con sensaciones ya conocidas, el juicio con las ideas, y así sucesivamente; ese modo de actividad, que representa lo más dinámico y esencial de nuestro psiquismo, es la asociación.

Realmente, no deben considerarse como trastornos de asociación sino los que se refieren al enlace mismo de las imágenes; es decir, aquellas modificaciones que el proceso patológico imprime a la forma de unión de unas con otras; mas, en gracia a la brevedad, y para simplificar cuanto sea posible nuestro estudio, habida cuenta, además, de que las ideas, los juicios y razonamientos no son, en suma, sino formas asociativas, comprenderemos bajo el mismo enunciado no sólo las asociaciones por defecto y por exceso, sino los trastornos del juicio, singularmente los delirios, y, por fin, las formas patológicas propias del razonamiento.

La asociación por defecto es, con la debilidad de atención, una de las consecuencias de la inhibición de la actividad psicológica, la manifestación evidente de la parálisis psíquica. El trastorno se exterioriza por la dificultad con que el enfermo evoca sus pensamientos, la lentitud con que se expresa, lo tardía que es en él la reacción, estimándose para este caso como estímulos las preguntas que se le dirijan. En un grado más intenso puede no haber reacción alguna, y el paciente permanece mudo, inerte, extraño por completo a cuanto ocurre a su alrededor. Ejemplos de tales formas de hipoasociación los tenemos principal y respectivamente en la melancolía simple y en la melancolía estuporosa.

Otra forma de asociación por defecto es la *incoherencia* de ideas, si bien aparentemente constituya una modalidad de asociación exagerada que se presenta en determinadas formas de hiperfrenia, sobre todo en las fases de agitación de la demencia precoz. El incoherente en estos casos habla

mucho, emite infinidad de palabras y de frases que no guardan entre sí relación alguna, cuyo contenido es muy variable e inconexo. En esta *ensalada de palabras,* como la denomina Morel, está roto el enlace, existen verdaderas soluciones de continuidad, que afectan no sólo a la forma, constituyendo por este concepto la figura gramatical denominada elipsis, sino al fondo, y en tal sentido, pudiendo designarse incoherencia de conceptos. Esta perturbación se observa preferentemente en confusos y dementes.

La hiperasociación significa funcionalismo asociativo exagerado y coexiste con otras manifestaciones expresivas de aumento de actividad, no sólo psíquica, sino orgánica general; la hipoasociación, se acompaña de trastornos psicosomáticos, que indican funcionalidad disminuída. La asociación por exceso tiene su ejemplo clínico en la incoordinación, que en su grado más intenso constituye la *fuga de ideas,* trastorno propio de la manía, y que se caracteriza por la evocación de representaciones que desfilan por la conciencia en tal número y de manera tan rapida, que el enfermo no tiene tiempo de expresarlas ordenada ni completamente. Este fenómeno ofrece todas las apariencias de una sobreactividad; pero debe notarse que, si bien ésta existe, se limita al psiquismo automático, hallándose disminuída la funcionalidad psíquica superior, como lo demuestra el visible retardo de asociación de las ideas voluntarias. La causa de la fuga de ideas es la movilidad de la atención, que da lugar a que, no pudiendo fijarse bien en la conciencia las representaciones que despiertan de modo incesante cuantos

estímulos obran sobre el enfermo, dichas imágenes sean reemplazadas por otras; es decir, las ideas huyen, como dice muy gráficamente Rogues de Fursac.

En estos casos de rapidez asociativa, perturbación propia del maníaco, el tipo de asociación predominante es el de la *asonancia*, es decir, por el sonido de las palabras. Ejemplo de nuestra clínica muy significativo a este respecto: «... porque Dios, en su grandeza, formó en nuestra cabeza un conjunto no presunto, y los pensamientos constituyen los cimientos de todo el ser, esto es, del deber... ¡Ah!, señores doctores, yo no paso sinsabores, porque nadie tiene más poder...» Se trataba en este caso de un maníaco depresivo en fase de agitación con fuga de ideas, asociación por asonancia y fondo o contenido ideativo de ambiciones y de creencia delirante en un poder propio sobrenatural.

Además de la asociación por asonancia, se observan en la clínica otras formas de asociación patológica, singularmente la asociación por contraste, la paradójica, la sinonímica, etc. La *asociación por contraste* es muy frecuente en los catatónicos, constituyendo el negativismo asociativo. Estos enfermos cuando, v. gr., oyen decir frío, contestan calor; si se les dice blanco, responden negro, etcétera. La *asociación paradójica*, propia también de la demencia precoz, no obedece a regla alguna, como su mismo nombre lo indica, y la *asociación por sinonimia* es trastorno muy frecuente en la imbecilidad y que se define por sí misma.

Ocupémonos ahora del estudio de las perturbaciones ideativas. La patología de las ideas reviste

cuatro formas: la idea fija, la idea obsesiva, la idea autóctona y la idea delirante. Describamos brevemente cada uno de estos tipos de ideación morbosa, deteniéndonos, sobre todo, en la idea delirante, por su mayor importancia en clínica mental.

La *idea fija* tiene dos formas: normal y patológica. Fisiológicamente, ciertos estados afectivos, como el amor, la venganza, la ambición, etc., implican la existencia de una idea fija, es decir, el predominio de representaciones de un mismo orden, de idéntico tema, con exclusión de las ideas de distinto fondo, de diferente contenido; quien está bajo la influencia de un amor intenso, quien siente ambición desmedida por un orden de cosas, el que abriga deseos vehementes de venganza, puede decirse que vive subyugado por aquellas ideas, que no piensa más que en satisfacer sus anhelos, que se abstrae de todo otro género de pensamientos, que sufre, en fin, un evidente monoideísmo. Pero en estos casos hay perfecta conciencia, el individuo se da cuenta de su estado afectivo: su idea fija es fisiológica. En cambio, la idea fija patológica es inconsciente, aceptada como normal por el enfermo, implica también monoideísmo e influye de manera notoria sobre la afectividad. Como ideas fijas morbosas pueden considerarse las preocupaciones tenaces e inmotivadas, cuyo carácter anormal es desconocido por el sujeto.

La *idea obsesiva* es consciente, incoercible y angustiosa. Consciente, porque quien la padece está persuadido de la anormalidad de la idea; incoercible, porque no puede desecharla de su imaginación, a pesar de los esfuerzos que al efecto reali-

ce, y, por último, angustiosa, porque la misma conciencia de que es una perturbación, y el deseo de sobreponerse a la idea patológica originan en el enfermo una emoción dolorosa, una vivísima ansiedad, expresiva de la lucha que se establece entre la idea anormal y la contrastante o fisiológica; cuando ésta es vencida, se constituye la perturbación. Claro es que en la idea obsesiva predomina lo emotivo sobre lo intelectual. «Cuando intento atravesar una plaza o una calle —nos decía un psicasténico—, sufro una angustia indecible; lucho entre el deseo de ir a la acera opuesta y una fuerza interior incontrastable que paraliza mis piernas, y después de un corto tiempo, acabo por no atravesar aquel espacio, y sólo puedo salvar la distancia arrimándome a las fachadas de los edificios.»

La idea obsesiva tiene tres modalidades. En unos casos no pasa de una simple idea, que es, como de carácter obsesivo, angustiosa y consciente, pero no tiende al acto; en otros constituye una impulsión al mismo; en una tercera categoría de hechos, por último, se exterioriza por el temor, el miedo a realizarlo. De aquí tres grupos de obsesiones, denominadas, respectivamente, ideativas, impulsivas y fóbicas. Más adelante tendremos mejor ocasión de describirlas al tratar de los trastornos afectivovolicionales. En los psicasténicos, la idea obsesiva coexiste a veces con la fuga de ideas y se constituye así el fenómeno denominado *mentismo,* en el cual no sólo existe la sucesión rápida y desordenada de las ideas (fuga), sino la imposición tenaz, y como consciente, angustiosa, de ciertas representaciones (obsesión).

Las *ideas autóctonas* ya las hemos estudiado anteriormente con el nombre de alucinaciones psíquicas; debiendo sólo recordarse que consisten en la creencia del enfermo en que sus ideas le son sugeridas, impuestas por otras personas, que no es dueño de sus pensamientos.

Las *ideas delirantes,* por último, constituyen el delirio; son absurdas o erróneas, contrapuestas a la realidad, incorregibles, se acompañan del tono emotivo en relación con su contenido e informan la conducta del paciente. La palabra *delirio,* del latín *de*—fuera de—, *liro*—, línea—, quiere decir fuera de la línea recta, significando clínicamente perturbación de las funciones intelectivas, de la conciencia, que se exterioriza por la asociación de ideas delirantes.

Suele establecerse diferencia entre el delirio vesánico, síntoma de un sinnúmero de enfermedades mentales, y el delirio tóxico o febril, manifestación de afecciones orgánicas. Pero observemos, al tratar de hacer esta distinción, con cuánta dificultad hemos de encontrar términos adecuados para expresarla. Porque ¿qué concepto pueden merecernos, desde el punto de vista clínico, las afecciones de la mente, sino el de perturbaciones orgánicas, una vez que implican sufrimiento de la célula cerebral, aun especializada en los términos de célula psíquica? Mejor diríamos, para no traspasar los límites de la realidad: existe un delirio vesánico que es propio de las afecciones mentales y un delirio no primitivo, no fundamentalmente vesánico, que aparece como epifenómeno en el curso de otras dolencias, por lo común tóxicas o febriles. Mas ¿puede

admitirse sin reservas una verdadera distinción, si no es en cuanto al fondo nosológico, entre ambas modalidades de delirio? ¿Es que el delirio del febricitante no es en sí una perturbación mental? Convengamos en que en uno y otro caso el trastorno puede considerarse idéntico, la perturbación es la misma, y que sólo varía el origen que la produce, siendo, por lo tanto, meramente convencional la división en delirio vesánico y delirio tóxico o febril.

Así como entre la ilusión y la alucinación, trastornos ambos psicosensoriales, existe la diferencia de que la ilusión supone algo real, aunque mal interpretado, y en la alucinación todo es imaginario, la *interpretación delirante* supone la existencia de hechos exactos, pero mal interpretados, mientras que en el *delirio* los hechos son erróneos o imaginarios. Es, por lo tanto, ocasión de insistir en la analogía entre unas y otras perturbaciones, entre la ilusión y alucinación, por una parte, y la interpretación delirante y el delirio, por otra; la *interpretación delirante sería la ilusión, y el delirio, la de las ideas;* y si queremos hacer aún más estrecha la semejanza, pudiéramos decir: la alucinación es un delirio sensorial; el delirio, y como queda indicado, una alucinación ideativa.

Desde el punto de vista psicológico, pueden admitirse, con Rogues de Fursac, cuatro grupos de ideas delirantes: interpretativas, alucinatorias, intuitivas y retrospectivas. En las primeras, la idea morbosa es consecutiva a la interpretación delirante de un hecho real, y es la base del delirio de interpretación. Las alucinatorias tienen su origen en una alucinación. Las intuitivas son puramente

imaginativas y constituyen la base del *delirio de imaginación* de Dupré, observándose especialmente en los paralíticos generales. En fin, las ideas delirantes retrospectivas se refieren al pasado y significan una perturbación de la memoria.

Según Morselli, el delirio reviste tres formas: de inferencia o por razonamiento, de percepción inmediata o por alucinaciones, y de simbolismo verbal o por asociación. El delirio de inferencia se observa en los sistematizados; el de percepción inmediata, en alienados crónicos, singularmente en los delirantes místicos, y el delirio de simbolismo verbal, o por asociación, en los maníacos. Nosotros basamos la clasificación del delirio en los dos aspectos que el mismo presenta siempre: la forma y el fondo, es decir, en el modo de asociarse las ideas entre sí y en el contenido de las mismas. Con respecto a la forma, el delirio puede ser *difuso,* o lo que es lo mismo, *proteiforme* o *polimorfo*, o bien *monomorfo* o *sistematizado;* por lo que al fondo se refiere, las numerosas variedades de delirio pueden comprenderse en tres grandes grupos: *delirio persecutorio, delirio megalomaníaco* y *delirio melancólico.*

El *delirio persecutorio,* paranoico de algunos autores, por más que el verdadero significado de paranoia sea el de sistematización delirante, como oportunamente veremos — y en tal concepto podríamos decir en este lugar, en todo caso, delirio paranoico persecutorio—, está formado por ideas de hostilidad, daño, de perjuicio moral o material sufrido por el enfermo, quien se cree víctima de la malquerencia de sus semejantes, y culpa a éstos de

sus males imaginarios. La persecución puede consistir en ideas de mal trato, ingratitud, menosprecio, postergación, etc., etc. El paciente comienza por traducir en sentido de hostilidad hacia su persona los hechos más triviales, las palabras, los gestos, los escritos, los actos de los demás; si oye una conversación, encuentra siempre alguna frase, determinada palabra de significado mortificante, que cree dirigida a su persona, afirmando que de modo tan indirecto se le alude; si lee un escrito, halla también conceptos injuriosos con que trata de zaherírsele; si asiste, v. gr., a una representación teatral, es raro que en el desarrollo del argumento no vea medios de hostilizársele, poniéndose de relieve sus defectos, sus vicios, sus malos hábitos, encarnados en alguno de los personajes de aquella obra; si se le sirve mal, si oye ruidos molestos a su alrededor, si sus bienes de fortuna sufren quebranto, si observa cualquier gesto de desagrado, si su salud decae, etc., etc , en todo ello halla demostraciones palmarias de que se le quiere perjudicar, de que se le ofende, se le amenaza, se trata de causar su desesperación. Este cuadro constituye el *delirio de interpretación*, primera fase del delirio persecutorio sistematizado, y, a veces, síndrome no evolutivo, más o menos estacionario, y considerado en este caso por algunos autores como afección autónoma. Tras dicho período inicial, el delirio de persecución se sistematiza cada vez con más intensidad; el paciente designa ya el origen de sus interpretaciones morbosas, conoce a sus enemigos, oye su voz, y se rebela contra sus malas artes, despertándose en él ideas de defensa, sobre todo en las for-

mas delirantes de persecución de fondo degenerativo. Desde entonces acecha el momento para tomar la ofensiva, tornándose en un ser peligroso, impulsivo, para quienes cree son la causa de sus desventuras.

De la precedente descripción podemos deducir los principales rasgos clínicos que caracterizan el delirio persecutorio sistematizado. Este delirio es, por consiguiente, egocéntrico, retrospectivo, irreductible, razonador, parcial, personalizador y defensivo; además, ofensivo, alucinatorio y metabólico en las formas no degenerativas. *Egocéntrico* o centrípeto, porque el paciente es el centro hacia donde converge la hostilidad de los demás: el mal va desde ellos hacia el enfermo; *retrospectivo*, porque la causa de las persecuciones no es actual o del presente, sino que la constituyen hechos pasados; *irreductible*, como al fin todo delirio, porque implica el convencimiento absoluto del sujeto acerca de la realidad de sus ideas morbosas; *razonador*, porque, dentro de la base falsa del delirio, el delirante lo razona con toda lógica; *parcial*, porque existe integridad del resto del funcionalismo psíquico, de donde el nombre de locura parcial; *personalizador*, porque, como hemos dicho, pasada la fase de interpretaciones, el enfermo atribuye a determinadas personas la hostilidad de que se cree objeto; *defensivo*, porque, dentro siempre de la mayor lógica, trata de defenderse de sus enemigos; *ofensivo*, por el hecho de reaccionar en muchas ocasiones contra los mismos; *alucinatorio*, porque en las formas no degenerativas, el perseguido oye, v. gr., las injurias o amenazas de quienes le persiguen, y, por

último, *metabólico*, en el sentido de que en las indicadas formas, y, por tanto, en el delirio crónico, la evolución es carácter esencial, transformándose de modo sucesivo las interpretaciones delirantes en verdadera persecución, después de cuya fase sobreviene la de megalomanía cuando el paciente halla, por ejemplo, en la envidia que cree inspirar, la causa de que se le persiga, apercibiéndose entonces de sus altas dotes intelectuales, de su poder sobrehumano, de sus inmensas riquezas, y terminando, por fin, en la demencia la mayor parte de los casos.

Se observa también el delirio de persecución en muchas afecciones mentales, v. gr., en las psicodisgenesias, la demencia precoz, la parálisis general, la histeria, la epilepsia y el alcoholismo; mas, excepto en esta última dolencia, en que llega a veces a adquirir caracteres de sistematización, no constituye ciertamente sino una fase más o menos episódica, y no tiene verdadera consistencia ni evolución alguna, por cuyas circunstancias merece mejor el nombre de *delirio paranoide*.

El *delirio megalomaníaco*, denominado también *delirio ambicioso* o *de grandezas*, es muy frecuente en la clínica, observándose unas veces en forma más o menos primitiva y sistematizada, otras, después del delirio persecutorio, y en muchas ocasiones, con carácter episódico, v. gr., en los degenerados, dementes precoces, maníacos y, sobre todo, en los paralíticos generales, en cuya psicosis constituye, en buen número de casos, el síndrome clínico predominante. El contenido de esta clase de ideas delirantes es, dentro de la unidad fundamen-

tal que las informa, de diferente tema, v. gr., ideas de fuerza, bienestar, valer intelectual, elevada jerarquía, riqueza, invenciones, etc.; y, así, el megalómano asegura poseer fuerzas sobrenaturales, disfrutar de una salud a prueba de toda causa nociva, tener un talento extraordinario, ser Dios, papa, príncipe, rey, el antecristo, el redentor del género humano, inmensamente rico, autor de inventos asombrosos... Este modo de pensar, estas creencias acerca de sí mismo, informan sus actos y su conducta, adoptando el sujeto actitudes adecuadas a su imaginaria personalidad, adornándose aparatosamente, cubriendo su pecho de condecoraciones confeccionadas con trapos, papel, cintas u otros materiales que halla a su alcance.

Recordamos en este momento uno de los muchos megalómanos que hemos tenido ocasión de observar. Se trataba de un degenerado que, a consecuencia de haber dado muerte a un pariente suyo, fué sometido a procedimiento y condenado a muchos años de prisión. A poco de hallarse en ella comenzó a exteriorizar un delirio megalomaníaco sistematizado, y se dispuso la observación del recluso en un frenocomio. Era por cierto uno de los asilados más simpáticos y comunicativos, y su buen comportamiento le llevó a desempeñar uno de los cargos de más confianza que podían encomendarse a los recluídos que, voluntariamente, y previa autorización facultativa, se prestaban al trabajo. Siempre decía la misma cantinela: «yo soy nuestro Señor Jesucristo en persona, y desgraciada la persona a quien yo no quiera, porque la voy a hundir. Mi poder es muy grande, porque, como soy Dios, todo lo puedo. Al

tercer día después de morir resucitaré, y entonces ya no habrá en el mundo quien pene. Todos los hombres serán ricos, no tendrán que trabajar, porque los árboles darán cuantos alimentos se necesiten; los campos, todo el fruto que se les pida, sin necesidad de cultivarlos; el dinero se hallará a montones por todas partes...» Jamás este individuo aparentaba la menor contrariedad; su paciencia resistía a cuantas pruebas podían practicarse para agotarla; su exclamación única era en dichos casos la de *naranjas*, porque, naturalmente, las de otra índole no hubiesen sido compatibles con su pretendida divinidad.

Las ideas de grandeza significan siempre, como se comprende, una perturbación muy intensa de la personalidad, y se observan con gran frecuencia en ciertos episodios de la degeneración mental, así como en la paranoia, en la demencia precóz y en la parálisis general progresiva caracterizando una de las formas de esta psicosis. Son también patrimonio, aunque con carácter más o menos transitorio, de los maníacos, alcohólicos y otros perturbados mentales. El tono emotivo que acompaña a estas ideas delirantes es el eufórico, por lo mismo que se trata de ideas de satisfacción, en las que predomina el optimismo, el bienestar, la alegría sumada al orgullo. Mas conviene, no obstante, hacer la debida distinción entre la megalomanía del que antes de megalómano era perseguido y el delirio de grandezas del paralítico general, pues en el primer caso se trata de un delirante hasta entonces desgraciado, sujeto a grandes inquietudes, a horribles torturas, a pesares sin cuento, y en relación con este

fondo emotivo anterior, siempre pueden apreciarse, al propio tiempo que las ideas de grandeza, rasgos propios de un sufrimiento que perdura; y, en cambio, el paralítico general ha sido siempre un demente, y sus ideas tienen el sello ilógico, infantil, absurdo, propio de todas sus manifestaciones ideo-afectivas, no teniendo la base de persecuciones sistematizadas. El perseguido megalómano es, en suma, un orgulloso triste, y el demente paralítico, un ambicioso que rebosa optimismo y satisfacción inmensa.

El tercer grupo de ideas delirantes lo constituyen las *melancólicas*, ideas de gran interés clínico, no sólo por su misma índole, sino por su gran variedad, y especialmente, por el crecido número de afecciones mentales en que se presentan. El síndrome melancolía, que en términos generales significa depresión, tristeza, es, en efecto, muy frecuente, no sólo en la clínica, sino fuera de ella, en sociedad, y no son pocos los actos morbosos a que da lugar, el suicidio sobre todo, que muy bien pudieran evitarse hecho a tiempo el diagnóstico del melancólico.

El tono emotivo fundamental de todo deprimido, que, por cierto, representa el carácter clínico predominante, es la tristeza, la preocupación, el dolor moral. Ahora bien, y así nos lo ha enseñado la Psicología, la emoción acompaña a la idea, deriva, más bien, de ésta, y por eso, en la melancolía, el sentimiento de tristeza, de pesar, de angustia no es sino la nota emotiva obligada de representaciones, de pensamientos tristes, cuya morbosidad se halla en la falta de motivos lógicos que los inspire, o, si se

quiere, en su carácter imaginario. El melancólico, unas veces exteriorizando en sus palabras, en su semblante y en su actitud el mayor desaliento o la preocupación más honda, otras sumido en la mayor inercia reaccional, y en una tercera categoría de hechos, en fin, presa de visible agitación, de indecible angustia, no es sino el reflejo fiel de sus pensamientos, exterioriza, en suma, el contenido de sus ideas. Unas veces cree ser la causa de los males de los demás: *delirio de autoacusación;* otras se siente profundamente enfermo, sin que la exploración más detenida acuse la objetividad de tales afirmaciones: *delirio hipocondríaco*, o bien se considera indigno de trato con sus semejantes: *delirio de indignidad;* en ocasiones, por último, se conceptúa incapaz de desempeñar un papel en sociedad, asegura hallarse por su propia culpa en desastrosa situación económica: *delirios de incapacidad y ruina*, respectivamente.

Pero no sólo reviste el delirio melancólico semejantes formas clínicas. Las *ideas de enormidad* y de *negación* pertenecen también al grupo de los delirios de fondo depresivo. El melancólico negador niega su propia personalidad, su existencia, o cree no tener corazón, estómago, cerebro, no disponer de voluntad, hallarse falto de pensamientos, etcétera. Otras veces, la negación se refiere a objetos concretos o también a ideas abstractas, v. gr., las de honor, humildad, belleza, cielo. El melancólico con ideas de enormidad, tiene, por ejemplo, la persuasión de que sus intestinos alcanzan dimensiones kilométricas o de que el corazón ocupa todo su cuerpo. La unión de las ideas de grandeza con las

melancólicas da por resultado el *delirio megalo-depresivo* que el enfermo exterioriza manifestando, v. gr., que es la causa de todos los males del mundo o que debe millares de millones. Por último, la asociación de las ideas de enormidad y de negación se observa con suma frecuencia en la melancolía crónica, constituyendo la base del *síndrome de Cotard*, del cual forman parte, además, ideas de posesión, de daño y de inmortalidad, analgesia, ansiedad o angustia, e impulsiones al suicidio.

Merece especial mención, entre las formas de delirio melancólico, el constituído por ideas hipocondríacas. La *hipocondría*, que en algún tiempo pudo representar una verdadera entidad psiconosológica, es tan sólo hoy una forma del síndrome melancólico, y, por cierto, muy frecuente en la práctica. Todos conocemos a esos seres desgraciados que pasan su vida en un verdadero martirio a fuer de creerse profundamente enfermos, y a quienes no es posible convencer de lo infundado de sus creencias. Claro es, y dicho sea de paso, que en tales casos, antes de formular un diagnóstico mental, deberemos explorar con el mayor cuidado el somatismo del doliente, en busca de la objetividad de los males que acusa, y sólo cuando nos hallemos seguros de su buen estado funcional orgánico, podremos afirmar que se trata de un hipocondríaco. En nuestra práctica privada hemos tenido ocasión de tratar un gran número de enfermos de esta índole, y recordamos entre ellos el caso de una señora que aquejaba una destrucción de la mitad izquierda de su cerebro, que la impedía, según propia manifestación, vivir como los demás y dedicarse a ocupación alguna, pues sus

pensamientos no brotaban más que de un lado y sólo le servía n para poner de relieve su infortunio. No hay para qué decir que no existía el menor síntoma orgánico que justificase la creencia de la paciente.

Otras veces, el delirio hipocondríaco está constituído por ideas de transformación de órganos, de aumento o disminución de los mismos *(micro y macromanía)*, de embarazo, etc., etc. Y claro es que todas estas ideas morbosas entran de lleno en la calificación de *delirio cenestésico*, por lo mismo que significan percepciones imaginarias relativas al dominio de la sensibilidad endógena.

Deben considerarse también comprendidas en el grupo de las melancólicas determinadas *ideas místicas* o *religiosas*, y no todas ellas, porque según su modalidad, esto es, el contenido que las informa, dentro del tema religioso, pueden adoptar tales ideas el carácter de persecuciones, grandeza, transformación, o melancólicas. El *delirio religioso depresivo* se exterioriza por ideas significativas del daño u ofensa que el enfermo manifiesta haber inferido a la religión, o por la creencia de que el infortunio que sufre tiene por causa el incumplimiento de los deberes de dicha índole, trastornos denominados *damnofobia* y *damnomanía*. Como se ve, el tono emotivo, adecuado aquí como normalmente al contenido de las ideas, es triste, y el sujeto se atribuye faltas imaginarias o afirma sufrir el merecido castigo de las mismas. Entran, pues, de lleno estas ideas en el grupo de las melancólicas. En cambio, no concurren tales circunstancias en las variedades megalomaníaca, persecutoria, y de transformación

o metabólica, de las ideas místicas, pues, v. gr., el perseguido religioso cree estar perseguido por el demonio —*demonopatía externa*—; el místico megalomaníaco asegura ser Dios, o un determinado Santo, y el místico metabólico se cree transformado en Satanás —*demonomanía*—, o poseído de él, *demonopatía interna*.

El delirio melancólico es, pues, un delirio fundamentalmente triste. Pero también lo es el delirio persecutorio. ¿Qué caracteres nos servirán para hacer la debida distinción diagnóstica? En primer término, el perseguido es orgulloso, y el melancólico, humilde; el perseguido culpa de sus imaginarios males a los demás: su delirio es *egocéntrico* o *centrípeto*, y el melancólico se culpa a sí mismo de su propia desventura y de la desventura ajena: su delirio es *exocéntrico* o *centrífugo*. Aquél se rebela y defiende; el deprimido se resigna y considera merecido el castigo que sufre y espera. El uno, en fin, halla en el pasado la comisión de las faltas que le han conducido a su actual infortunio, y que, sobre todo, habrá de expiar en lo futuro; en el perseguido, en cambio, el delirio es retrospectivo y del presente. Dichos datos diferenciales no son, en resumen, otros que los enunciados por Seglas como característicos del delirio melancólico, que, según dicho autor, es siempre *centrífugo, secundario, humilde, pasivo* y *del* pasado y *futuro*.

## VII

Trastornos afectivos: euforia, movilidad de sentimientos, irritabilidad, indiferencia emotiva, cacoforia, psiquialgia o dolor moral, y angustia.—Síndromes de fondo angustioso: obsesiones. Diferentes formas de obsesión: intelectual, fóbica e impulsiva. Tipos clínicos de cada una de ellas.

Puede afirmarse que las perturbaciones afectivas constituyen en la mayor parte, si no en todos los casos, la nota clínica predominante de las enfermedades mentales. Pero además del marcado relieve que alcanzan en el cuadro morboso de conjunto, suelen tales trastornos abrir la escena, representando la vanguardia de las demás manifestaciones patológicas. No podría, en efecto, señalarse una sola psicosis de curso más o menos agudo cuyos comienzos no estuvieran caracterizados por cambios del modo de ser, del carácter, por rarezas de conducta, por actos anormales, por preocupaciones inmotivadas, por pesares profundos o alegrías desmedidas, unos y otras sin justificación alguna, por modificaciones, en fin, respecto a la manera de manifestarse el individuo entre sus semejantes. Y no puede extrañarnos que los trastornos afectivos sean esenciales y predominantes en el cuadro psicomorboso, habida cuenta de que, como ya sabemos por la Psicología, la nota de color de la represen-

tación es la afectividad, y ésta, a su vez, constituye el móvil de los actos, de la conducta, o lo que es lo mismo, del carácter, que representa, como también hemos aprendido, la exteriorización de nuestra actividad psíquica.

Al tratar de la psicología de las funciones afectivas, dijimos que pueden admitirse de modo más o menos convencional, pero colocándonos, sobre todo, dentro de un punto de vista puramente práctico, dos modalidades de dicho funcionalismo, la afectividad estática y la afectividad dinámica, y que a la primera correspondían los sentimientos propiamente dichos, y a la segunda, a la afectividad dinámica, las emociones y las pasiones. Pues bien; dentro de la estática afectiva sentimientos, es decir, de la afectividad fundamental, debemos estudiar las distintas modalidades del carácter, o lo que es lo mismo, del llamado humor habitual, porque la exageración de las notas psicológicas que integran el mismo constituyen otras tantas formas de perturbación afectiva. Así, la anormal intensidad del denominado humor expansivo, de la alegría exagerada y en desproporción, o en ausencia, sobre todo, de los motivos que en condiciones fisiológicas pudieran producirla, constituye la *euforia;* la forma morbosa del humor depresivo, de la tristeza, se halla representada por el *dolor moral,* por la *cacoforia,* y engrado mayor, por la *psiquialgia* o la *angustia;* la del humor indiferente, por la *indiferencia emocional,* significada por apatía o pasividad; la del humor irritable, por la *irritabilidad morbosa*, la *cólera* y la *impulsión;* y, por último, la patología del humor mixto se manifiesta por la *movilidad o versatilidad.*

La euforia es propia del maníaco, y especialmente del paralítico general, quienes la exteriorizan por la alegría, el optimismo, la satisfacción que acompaña a todos sus pensamientos y que preside a su conducta y a sus actos. Estos enfermos rebosan dicha, se sienten felices, ríen constantemente, todo lo juzgan con el mayor optimismo, nada consigue alterar el tono expansivo de sus ideas; los sucesos más desagradables, las noticias más tristes, las reciben con alegría. Por el contrario, la cacoforia es patrimonio de los deprimidos y constituye el fondo de la melancolía, como ya hemos visto en el capítulo anterior, pudiendo revestir distintas intensidades, desde la forma más simple, que se caracteriza por un leve desaliento o malestar, hasta el dolor moral más profundo, que se manifiesta por la angustia, determinando reacciones violentas, generalmente autoagresivas. La primera forma es propia de la melancolía simple; la segunda, de la melancolía ansiosa.

Poco hemos de decir de las restantes notas patológicas emocionales: indiferencia, irritabilidad y versatilidad. La *indiferencia morbosa* se observa muy especialmente en los degenerados inferiores, sumándose en ellos al egoísmo, pero también es propia de los confusos y dementes precoces. En buen número de los primeros es tan acentuado el trastorno, son tan apáticos de carácter dichos degenerados y sus reacciones tan escasas, que el conjunto de tales perturbaciones afectivas justifica el calificativo de *hipoedónicos* o hipoalgésicos morales que les asigna De Sanctis, o el de anestésicos o ciegos morales, como los denomina Lombroso.

La *irritabilidad* es, sobre todo, propia de los

agitados o hiperfrénicos. En estos individuos coexisten dos síntomas afectivos, al parecer antagónicos, la euforia y la irritabilidad, es decir, la alegría, el optimismo, las ideas expansivas, con la cólera y la tendencia a las impulsiones. Los maníacos son, en efecto, alegres y comunicativos, pero suelen soliviantarse por la menor contrariedad, por el pretexto más fútil. Por último, la *versatilidad* del carácter se observa en ciertos degenerados y dementes, e indica, como fácilmente se comprende, humor inestable, movilidad de sentimientos.

Tales trastornos afectivos repercuten en el somatismo del enfermo, determinando lo que pudiéramos llamar *correlativo somático del trastorno mental*. Ya hemos mencionado anteriormente, al tratar de las emociones, que éstas se reflejan siempre en el funcionalismo orgánico, como así lo atestiguan la opresión torácica que acompaña a los estados angustiosos, el llanto, que se presenta también en los mismos; la diarrea, que suele aparecer durante el miedo, etc., etc. Si, pues, en circunstancias normales, existen signos fisiológicos que acusan estados emotivos, claro es que en condiciones morbosas, el sentimiento, la emoción han de reflejarse por trastornos somáticos más o menos ostensibles. La melancolía simple, v. gr., se traduce por actitud de pasividad, de desaliento, por vasoconstricción periférica y central, adelgazamiento, respiración superficial, bradicardia, atonía digestiva, y, en suma, por hipofuncionalismo general. En la melancolía ansiosa, el correlativo somático es, en cierto modo, de hiperfuncionalidad, pues si fundamentalmente los citados rasgos no varían, se observan, sin embargo, además

de arritmia, taquicardia, taquipnea, midriasis, y sensaciones de constricción torácica o precordial, reacciones violentas, justificándose así la denominación de melancolía activa o agitada, para distinguirla de la melancolía con estupor, en cuya forma, a los fenómenos de hipofuncionalismo somático de mayor intensidad que en la forma simple, se suman los síntomas propios de la inhibición mental más o menos completa. No haremos más que mencionar, en este grupo de trastornos somáticos coexistentes y reveladores de síntomas o síndromes mentales, la hiperactividad general y mímica del maníaco, los rasgos fisonómicos significativos de aturdimiento e incomprensión, propios del confuso, la apatía y pasividad del demente, y otros muchos síntomas que sería fácil enumerar.

Con tener grande interés semiológico los trastornos afectivos citados, forzoso es convenir en que, desde un punto de vista general, no alcanzan la significación clínica de la más importante de las perturbaciones de la afectividad, de la *obsesión*, cuya base no es otra que la angustia, que, como hemos visto, presta fisonomía clínica a una de las formas del síndrome melancólico. La ansiedad y el miedo patológico, es decir, desproporcionado a la causa que lo motiva o apareciendo sin motivo alguno, puesto que el miedo puede considerarse, en las condiciones contrarias como un acto normal, como una función de defensa necesaria para la conservación del individuo, constituyen el fundamento de la *fobia*. Esta no es, en efecto, sino el miedo morboso con angustia, y la angustia representa en dicho síndrome el sufrimiento, la lucha dolorosa del indi-

viduo consigo mismo, si vale la expresión, en cuya lucha trata de desechar el temor, el miedo que le asalta, por lo mismo que el trastorno es consciente, es decir, conocido como anormal e injustificado, por su yó. Pero si la ansiedad es la base de las obsesiones, y la ansiedad y el temor forman la fobia, no todas las obsesiones son fóbicas, o, por lo menos, aunque el miedo o temor exista en el fondo de toda obsesión, no predomina sino en un grupo de ellas, que por eso se designan con el citado calificativo de fóbicas. Estudiemos someramente el síndrome obsesión y sus variedades.

La obsesión—dice Krafft-Ebing—es una representación mental que se fija en la conciencia con duración e intensidad excesivas. Las obsesiones se caracterizan por ser angustiosas, conscientes, irresistibles, involuntarias, accesionales, hereditarias, y no alucinatorias, ni transformables por evolución en otro trastorno mental. Mas si tales rasgos son comunes a todas las obsesiones, existen entre ellas diferencias derivadas del predominio de sus caracteres clínicos, y de aquí que deban dividirse en intelectuales, fóbicas o inhibitorias, e impulsivas.

Las *obsesiones intelectuales o ideativas* se hallan constituídas por ideas conscientes, angustiosas e irresistibles acerca de personas, palabras, actos, objetos determinados, o de conceptos abstractos, frecuentemente los últimos, de índole metafísica. El obsesionado ideativo es, v. gr., un *escrupuloso* con temores infundados acerca del incumplimiento de sus deberes, de malas acciones, de pecados que teme cometer; un *hipocondríaco* a quien subyugan y mortifican miedos, a cuya influencia no puede

sustraerse, referentes a su salud, a la muerte o a la vida; un *negador* que se ve atormentado por la idea de que no existen las personas que le rodean o que no cree en su propia existencia; un sujeto, en fin, a quien mortifican ideas contrarias a sus propias creencias, ideas llamadas *de contraste,* por ejemplo: la de blasfemar hallándose en la iglesia, la de gritar en medio del silencio de una representación de ópera, la de la impotencia al sentir deseos sexuales, etc., etc.

Como se ve, en las obsesiones ideativas, la ansiedad, base de toda obsesión, se manifiesta preferentemente por una idea, si bien en el contenido de la misma exista temor o miedo patológico. En cambio, en la fobia, el temor predomina sobre el elemento ideativo. Más, como también se comprende, es difícil establecer límite preciso entre ambas clases de obsesiones, ideativas y fóbicas, y aun entre unas y otras y las impulsivas, siendo, en suma, la distinción realmente convencional, como fundada en el predominio, sólo relativo, de la idea, de la emoción o de la tendencia al acto.

Las *obsesiones fóbicas* o *inhibitorias* tienen por base, como hemos dicho, el miedo, el temor consciente e irresistible, que se exterioriza por la tendencia a la inhibición, o, lo que es lo mismo, a la paralización de ciertas manifestaciones voluntarias. Se dividen en *fobias difusas* o *generalizadas,* que se designan, por lo mismo, con el nombre de *panofobias,* y en *fobias parciales* o *sistematizadas,* que se circunscriben a determinadas ideas, objetos, lugares, actos, elementos, personas, etc., y se denominan *monofobias*. Debemos estudiar en el grupo,

en primer término, dos curiosos tipos clínicos: la *locura de la duda,* forma realmente mixta o intermedia entre las obsesiones intelectuales, y las fóbicas, y el *delirio del tacto*, modalidad que suele coexistir con la anterior.

La *locura de la duda* podemos definirla diciendo que es la indecisión patológica consciente, incoercible y angustiosa. El dudador sufre durante su estado morboso un verdadero martirio, no pudiendo sustraerse, según frase de Falret, «al suplicio de la pregunta». Estos individuos carecen de firmeza en sus ideas, dudan constantemente, se interrogan de modo continuo, todo en ellos es vacilación, no son capaces de decidir, de afirmar, de determinarse a nada. Unas veces las dudas se refieren a ideas morales o religiosas, o a los deberes en sociedad, que el sujeto no sabe si ha llenado cumplidamente; otras, a ideas metafísicas, o a hechos o acontecimientos de la vida. Al médico, v. gr., le asalta la duda de si ha cometido un error en la receta que acaba de extender. En otras ocasiones, el paciente se pregunta por qué ha nacido, por qué existe el mundo, por qué alumbra el sol. En muchos casos, por último, las dudas recaen sobre los actos más simples de la vida ordinaria; por ejemplo: si se cerró bien una puerta, si se puso sello a una carta, si se despidió debidamente a un amigo; ocasionando la duda la reiteración, una o más veces, de aquellos actos.

El *delirio del tacto* es también una forma muy frecuente de obsesión fóbica, y consiste en un verdadero terror ante la idea del contacto con seres u objetos más o menos determinados. Los que presentan

este trastorno sufren una angustia indecible cuando han de coger un objeto, dar la mano a otra persona, recibir en las suyas una moneda, etc., etc. Recordamos ahora uno de los enfermos de este delirio que hemos tenido ocasión de observar. Se trataba de una señora, con tara hereditaria psicopática muy cargada, que hubo de ingresar en una casa de salud, en busca del tratamiento conveniente. Cada vez que se veía en la precisión de coger un objeto cualquiera, experimentaba una verdadera angustia y después lavaba sus manos innumerables veces. Estuvo también sometido a nuestra asistencia un alto funcionario que por razón de su cargo tenía que recibir diariamente a muchas personas, y para quien la vida se había hecho insoportable desde que comenzó a padecer delirio del tacto, pues recibía a las visitas con las manos enguantadas, evitaba cuidadosamente se le acercasen sus visitantes, para no tener con ellos el menor contacto, y en los casos en que no podía lograrlo, cada vez que terminaba las audiencias arrojaba lejos de sí los guantes que llevaba puestos, lavando sus manos después repetidamente.

En estos ejemplos podemos ver no sólo el modo de exteriorizarse la perturbación, sino los medios de que el enfermo se vale para evitar el contacto, medios que se denominan, por lo mismo, de *defensa*, y que en los dos casos de referencia estaban representados por el lavado de las manos, y, además, en el último, por el uso de los guantes, con el fin anteriormente dicho. Por lo demás, las modalidades clínicas del delirio del tacto, denominación, por cierto, poco apropiada, porque no existe verdadero de-

lirio, son bastante numerosas, debiendo citarse principalmente: la *misofobia*, temor a tocar polvo; la *rupofobia*, a tocar los objetos sucios; la *cinofobia*, a los perros; la *metalofobia*, a las monedas y, en general, a los metales; la *salofobia*, a tocar objetos de vidrio; la *hidrofobia*, al agua; la *belenofobia*, a los alfileres; la *scriptofobia*, a útiles de escritura, etc., etc.

Sería interminable la enumeración de todas las demás fobias, y, en general, de cuantas variedades de obsesiones pudieran citarse, puesto que innumerables son también los objetos, las ideas, los actos. Mencionaremos solamente las que, aparte de las pertenecientes al delirio del tacto, se observan con más frecuencia, dividiéndolas al efecto en *fobias de los elementos*, *fobias de los lugares* y *fobias que se refieren a los seres vivientes*.

*Fobias de los elementos: pirofobia*, temor al fuego; *nictalofobia*, a la oscuridad; *astrofobia*, a las tormentas; *anemofobia*, al viento; *geofobia* y *orofobia*, a la tierra y a las montañas, respectivamente; *kenofobia*, al vacío.

*Fobias de los lugares* o *topofobias: agorafobia*, miedo a los espacios abiertos; *claustrofobia*, a los espacios reducidos; *cremmofobia*, a los precipicios; *acrofobia*, a las alturas; *talasofobia*, al mar; *oicofobia*, a la propia casa; *amaxofobia*, a los carruajes; *siderodromofobia*, a los caminos de hierro.

*Fobias relativas a los seres vivientes: astasiofobia*, a la estación vertical; *basofobia*, a la marcha; *logofobia*, a la palabra; *grafofobia*, a la escritura; *ereutofobia*, a sonrojarse; *dismorfofobias*, a las deformidades corporales; *frenopatofo-*

*bia*, a la locura; *sifilofobia*, a la sífilis; *tisiofobia*, a la tisis; *algofobia*, a los dolores; *lisofobia*, a la rabia; *tanatofobia*, a la muerte; *zoofobia*, a los animales; *galefobia*, a los gatos; *equinofobia*, a los caballos, etc.

Por último, las *obsesiones impulsivas* comprenden un grupo muy interesante de trastornos afectivos o afectivo-volicionales más bien, puesto que en ellos se acentúa, más que en las obsesiones últimamente estudiadas, el predominio de la perturbación de la voluntad. Por tal motivo pueden figurar, y de hecho figuran, entre las impulsiones, representando el grado menor de las mismas, ya que en la mayor parte de los casos constituyen sólo tendencias que no llegan a transformarse en actos, ni, por lo tanto, en impulsiones motrices. Las estudieramos, por consiguiente, con el grupo de estas últimas, no haciendo de momento sino la simple mención de que se hallan representadas por los términos técnicos que terminan en la palabra manía, v. gr.: *piromanía*, impulsión al incendio; *onomatomanía*, a repetir determinadas palabras; *kleptomanía*, al robo; *aritnomanía*, a contar; *dipsomanía*, a las bebidas; *dromomanía*, a la fuga; *cubomanía*, al juego; *oniomanía*, a hacer compras; *sitiomanía*, a comer; *mitomanía*, a la mentira; *manía* o *impulsión homicida*, *manía* o *impulsión suicida*, y otras formas de obsesión impulsiva cuya simple enumeración sería interminable.

## VIII

Trastornos de la voluntad: agitación, depresión, estupor, estereotipias, sugestibilidad, negativismo, «abulia», impulsión. Diferentes tipos clínicos de impulsión: motriz, psicomotriz y psíquica.

Por ser la voluntad función primordial entre las que integran nuestro psiquismo, por constituir el resultado, la exteriorización de nuestra actividad superior, por representar, en último término, *el fiat*, en que se resumen nuestros pensamientos y nuestros afectos, aparecen siempre sus perturbaciones, con las afectivas, en primera línea, en los cuadros psico-morbosos. La clínica hace resaltar el hecho con tal evidencia, que la primera impresión que formamos acerca de un enfermo de la mente se refiere al modo como se conduce ante nosotros, al aspecto general que presentan sus reacciones, a la manera como se expresa, a su mímica, a su actividad o pasividad motriz; y lo que deducimos del examen de tales datos, el primer elemento diagnóstico que logramos obtener, no es otro que el estado de la voluntad del paciente. Por eso los trastornos de la actividad general deben ser objeto de nuestra atención al comenzar el estudio de las perturbaciones volitivas.

Como no es posible en práctica mental estable-

cer, la mayor parte de las veces, un juicio clínico sino después de una observación larga y detenida del enfermo, hemos en un principio de conformarnos con obtener lo que pudiéramos llamar instantánea diagnóstica, y esta instantánea se refiere sobre todo a la esfera reaccional, al estado de la actividad. Así, en tal orden de consideraciones, está justificada la denominación de *agitados* y *deprimidos* que aplicamos a los enfermos de la mente en un primer examen; hiperfrénicos e hipofrénicos que suelen agruparse por separado en los manicomios, por lo mismo que exigen un terapéutica muy diversa. Del propio modo podemos, en una primera exploración, comprobar otros síntomas de la voluntad que tienen una decisiva importancia diagnóstica, por ejemplo, los que constituyen el estupor, la catatonia, etc. Estudiemos, pues, en líneas generales, la fisonomía clínica de semejantes perturbaciones volitivas.

La *agitación* es quizá el síndrome más frecuente de la locura; el trastorno que motiva el concepto vulgar de este término, pues para el vulgo, locura y excitación mental son expresiones sinónimas. La agitación no es, sin embargo, más que una forma sindrómica de la locura. Pues bien; el agitado ofrece un aumento considerable de actividad reaccional; habla constantemente, va de un lado para otro, gesticula con exageración, se expresa con suma vehemencia, y en su palabras, como en su mímica, se traduce o bien la alegría y el optimismo más completos, o la fácil irritabilidad de su carácter. Dicho modo de exteriorizarse el agitado hace de él, excepto en los casos de irritabilidad extrema, y, sobre todo, en los de furor, uno de los enfermos más co-

municativos, más dóciles, más cariñosos, que mayor simpatía inspiran. En cambio, es muy distinto el cuadro del *deprimido:* triste siempre, huyendo del trato de los demás, en actitud de recogimiento, apocado de ánimo, parco de palabras o mudo, e inerte, en fin, a todo estímulo, retrata su semblante la preocupación, el desaliento, la pena, el dolor moral, y si se acentúan más los rasgos de este cuadro, entramos de lleno en el *estupor*, que significa, en sus formas más intensas, la falta de toda actividad, la inercia más absoluta.

En otras ocasiones, y aun dentro muchas veces de los citados síndromes, agitación y depresión, ofrece el enfermo curiosos trastornos reaccionales. Ejemplo de ello son las llamadas *estereotipias,* así como la *sugestibilidad* y el *negativismo.* Con respecto a las estereotipias, nada llama, en efecto, tanto la atención como observar, v. gr., un enfermo que pasa horas, días, semanas, meses enteros, en la misma posición, conservando igual actitud. Bien permanece con un brazo levantado, ya con la cabeza erguida por encima del plano de la almohada, ora con los ojos cerrados, o, por el contrario, con los párpados abiertos y sin pestañear, etc., etc. Otras veces no se trata de actitudes que se conservan exagerada o indefinidamente, se trata de movimientos repetidos de un modo continuo; por ejemplo, el de echar un pie primero adelante y luego atrás, el de cerrar y abrir las manos, pronunciar la misma palabra o frase, etc., etc.

La *sugestibilidad* se traduce por la obediencia ciega a toda solicitación y por los llamados *síntomas de eco.* El imbécil, v. gr., el débil mental, la

histérica, el neurasténico son por lo común muy sugestibles, tienen poca o ninguna voluntad, cumplen ciegamente cuanto se les ordena. Pero, sobre todo, la sugestibilidad es patrimonio de los dementes catatónicos, en quienes se exterioriza por dichos fenómenos de eco, es decir, por el hecho de imitar los gestos de los demás—*ecomimia*—, las palabras que oyen—*ecolalia*—, los movimientos de quienes les rodean—*ecoquinesia*.

El *negativismo*, prácticamente, es el fenómeno antagónico de la sugestibilidad, si bien represente, como aquél, una perturbación volicional significativa del predominio del automatismo. En el sugestionable no existe voluntad propia, y el sujeto no es sino el reflejo, el eco, de las solicitaciones ajenas, de los actos de los demás. El negativista, por el contrario, trata de ejecutar la orden que se le da, pretende cumplir el movimiento que se le ordena, y hace precisamente todo lo contrario. Por eso se denomina a este trastorno sugestibilidad parodójica, y, mejor aun, *locura de oposición*. Si, v. gr., a un demente catatónico, que es el caso en que el síntoma se presenta con mayor frecuencia e intensidad, se le invita a que nos dé la mano, la retira hacia atrás; si se le manda que abra la boca, aprieta fuertemente los labios; si se le dice que ande, permanece quieto. Tan curioso fenómeno tiene, además, su expresión clínica en dos manifestaciones muy frecuentes: el *mutismo* y la *sitiofobia:* y, a veces, se presenta no sólo en las formas descritas, y que, por significar oposición a las solicitaciones ajenas, constituyen el *héteronegativismo*, sino contrariando los propios deseos y actos del enfermo, quien no pue-

de, v. gr., comer ni orinar cuando siente y se propone cumplir semejantes necesidades, mereciendo entonces la perturbación el calificativo de *autonegativismo*.

Lo mismo la agitación que la depresión, la primera comprendiendo desde la simple inquietud reaccional hasta el furor, grado más intenso de actividad psicomotriz, y la depresión, desde la pasividad de reacciones hasta el estupor absoluto, representativo de la inercia completa, como también la estereotipia, sugestibilidad y negativismo, trastornos ya descritos, que, por último, las impulsiones que estudiaremos acto seguido, en cuanto implican esencialmente unos y otros síntomas, alteración de la voluntad, tienen un nombre genérico en semiología mental, y dicho nombre es el de *abulia*. Es abúlico, en efecto, quien quiere y no puede ejecutar un acto; pero es también abúlico quien no quiere y no puede dejar de ejecutarlo; en el primer caso tenemos representado al fóbico; en el segundo, al impulsivo, que las impulsiones, como las fobias, y según ya hemos indicado, son fenómenos morbosos afectivo-volicionales. El impulsivo se siente, en efecto, impelido a ejecutar un acto, quiere tal vez no realizarlo, y, a su pesar también, no puede reprimir el impulso, sobre todo en los casos de obsesiones impulsivas. Podría, pues, decirse que el impulsivo no quiere, pero no puede dejar de hacer. El fóbico, por el contrario, quiere efectuar el acto, lucha contra la tendencia patológica, representada por una fuerza contraria e irresistible, consciente de que tal tendencia es morbosa, y concluye por no poder realizarlo, es decir, y en términos generales, el fóbico

quiere y no puede hacer. Cabe aun ampliar tanto el concepto general de la abulia, que bien podemos añadir que abúlico es el agitado, el deprimido, el confuso, el sugestionable, el negativista, el que padece estereotipias. Mas en lenguaje semiológico conveniente, debemos puntualizar mejor los términos clínicos comprendidos dentro del concepto o síndrome general abulia, considerando *hiperbúlico* al agitado y al impulsivo; *hipobúlico*, al deprimido; *abúlicos* propiamente dichos, al estuporoso, al extático y al hipnotizado; *parabúlicos de acción*, a los obsesionados, y *parabúlicos de inhibición*, a los negativistas.

Entre dichos síntomas, pertenecientes a la voluntad, resalta con pronunciado relieve la *impulsión*. Morselli asigna a toda impulsión los caracteres de endógena, aberrante o en contraste con el modo de ser y pensar del sujeto, imperiosa, consciente e involuntaria. No necesitamos detenernos acerca del significado de estos términos. Según Regis, el grado menos intenso de la impulsión es la *obsesión impulsiva*, señalándole los indicados caracteres y, además, los de emotividad y satisfacción o alivio consecutivo al acto, y divide las impulsiones en los siguientes tipos clínicos: impulsión motriz pura o de reflejo directo, impulsión psicomotriz o de reflejo retardado, e impulsión psíquica o de reflejo interrumpido. En la *impulsión motriz pura*, el acto sigue al estímulo de modo fatal e inmediato, sin reflexión ni inhibición intermedias, sin emoción, conciencia ni recuerdo; así ocurre, verbigracia, en los imbéciles, idiotas y epilépticos. En la *impulsión psicomotriz*, el acto sigue necesaria,

pero no siempre inmediatamente a la solicitación; hay intermedio ideoemotivo, pero no verdadera inhibición: v. gr., los maníacos, los degenerados y los epilépticos fuera de los accesos. Por último, en la *impulsión psíquica*, el acto no sigue fatal ni inmediatamente al estímulo, hay, por el contrario, un largo y angustioso intermedio ideoemotivo, y en la lucha vence casi siempre la inhibición, siendo el tipo de esta forma de impulsiones la ya indicada obsesión impulsiva.

Grandísima es, como se comprende, la importancia clínica y médico-legal de las impulsiones. Entre el homicida que mata obedeciendo a un impulso ciego e irresistible, bajo la acción, por ejemplo, de un equivalente psico-epiléptico; el que trata de resistir y lucha contra la impulsión, no logrando evitarla, y el que, premeditadamente, sin impulso ni otra perturbación psíquica alguna, buscando un objetivo utilitario, priva de la vida a un semejante, hay una esencial diferencia. El primero es un enfermo, un epiléptico, en quien no existe conciencia del acto, ni, por lo general, recuerdo del mismo; el segundo es un obsesionado, en quien existe conciencia del hecho delictivo y memoria de haberlo ejecutado, pero ha carecido de voluntad superior, de inhibición suficiente para evitarlo; el último, en fin, es un criminal vulgar, tiene conocimiento del acto y del alcance del mismo, lo ejecuta con un fin de utilidad, de beneficio propio, posee también memoria y volición, sólo falta en él la llamada conciencia moral. Pero dejemos aquí sólo esbozado este punto, cuyo verdadero lugar es el capítulo de medicina legal psiquiátrica, y describamos sucintamente, entre las

numerosas formas de impulsión, las de mayor relieve clínico.

*Piromanía:* impulsión al incendio. Se observa, sobre todo, en la imbecilidad, la epilepsia, la demencia, la histeria y también en ciertos estados fisiológicos, como el embarazo y la menopausia.

*Cleptomanía:* impulsión al robo. Es frecuente en ciertos degenerados, en la demencia, y en la mujer, durante los períodos menstruales, así como en el embarazo y el puerperio. La impulsión, en muchos casos, se acompaña de los síntomas clásicos, y los objetos robados no tienen para el que los roba utilidad alguna, entrando, por tanto, de lleno el trastorno en el cuadro de la obsesión impulsiva. Hay cleptómanos que roban siempre una sola clase de objetos; otros que roban objetos muy diversos. Los primeros se denominan *monocoleccionistas;* los segundos, *policoleccionistas.*

*Onomatomanía:* impulsión a la palabra, siendo a veces ésta de contenido grosero u obsceno (coprolalia).

*Aritmomanía:* impulsión a contar personas, objetos, etc.

*Dipsomanía:* impulsión a beber, en la mayor parte de las ocasiones, líquidos alcohólicos. Es un trastorno accesional, como toda obsesión impulsiva, y no debe confundirse con el alchoholismo, pues, como dice Magnan, el dipsómano es un alienado antes de beber, y el alcohólico es alienado porque bebe. La dipsomanía es considerada por algunos autores, Kraepelin entre ellos, como un equivalente epiléptico.

*Dromomanía:* impulsión a la fuga. Se observa

con frecuencia en los degenerados, así como también en los epilépticos e histéricos. Suele en aquéllos tener un motivo fútil más que real, ilógico y desproporcionado con el acto impulsivo, y, además, a diferencia de las fugas que aparecen como manifestaciones de la histeria o de la epilepsia, es consciente, y no hay pérdida de memoria. Tratamos en la actualidad un débil mental con episodios abúlicos de forma dromomaníaca que le hacen huir con frecuencia del lado de su familia, cuyo individuo se proporciona, por cualquier medio, la cantidad necesaria para hacer un viaje más o menos largo, generalmente sustrayéndola a sus padres, y llegado al punto adonde su impulsión le dirigió, avisa a aquéllos para que le remitan dinero para el regreso, y al preguntársele después los motivos que le indujeron al acto, manifiesta que sintió un deseo tan vehemente e imperioso de marcharse, que no pudo resistir al mismo. Pero antes, y durante el hecho impulsivo, tiene conciencia de él, y conserva luego un completo recuerdo. Este individuo no ha podido alcanzar una mediana instrucción intelectiva, y cumple difícilmente su cometido en un modesto cargo burocrático,

*Impulsión al suicidio:* Es, sin duda, la que más se observa, unas veces como resultado de un violento choque pasional; otras, como expresión, en cierto modo lógica, del delirio melancólico, perteneciendo en estos casos el suicidio, más bien que a las impulsiones propiamente dichas, a los trastornos de los actos por perturbación ideativa; y presentándose, en fin, en no pocas ocasiones, como manifestación también de ciertas psicosis, v. gr., la pa-

ranoia crónica, la locura de la pelagra, el *delirium tremens*, la manía furiosa, la parálisis general, etcétera. Pero el suicidio como impulsión no ostensiblemente ligada a enfermedades mentales, es decir, presentando los caracteres que son propios de las impulsiones, se observa en los degenerados abúlicos, en los cuales adopta a veces una forma que puede considerarse hereditaria, puesto que aparece en varios individuos de la misma familia, ascendientes y descendientes, dándose con frecuencia el caso de que se suicidan a la misma edad y en condiciones muy semejantes entre sí.

*Impulsión al homicidio:* Bajo el aspecto medico-legal es una de las perturbaciones psíquicas de mayor importancia, y en cuanto se refiere a su significación semiológica, el tipo de impulsión más neto y grave, como afirma Regis. Se presenta, sobre todo en los delirantes epilépticos y alcohólicos, en los perseguidos y en los degenerados; en estos últimos, como fruto de su misma predisposición y con motivos más o menos aparentes, pero claro que siempre ilógicos e injustificados. El impulso a matar se observa también en la locura puerperal, o puede nacer, v. gr., con ocasión de traumatismos morales, con la del conocimiento de crímenes ruidosos, etc., etc. Tenemos en tratamiento actualmente a una señora que, según parece, no ha sufrido nunca padecimientos neuropsíquicos, si bien se aprecian en ella estigmas morfológicos y psicológicos de anormal constitución, cuya enferma, a raíz de un crimen que ha alcanzado gran celebridad, y en el cual el homicida hubo de despedazar a su víctima y ocultar los trozos entre dos paredes, despertó una noche

sobresaltada, con el temor angustioso de que se le ocurriese hacer otro tanto con su hermana, quien dormía tranquilamente a su lado, y, desde entonces, acosan a la paciente con alguna frecuencia, y de modo accesional, tales ideas, de las cuales se da completa cuenta, y a las que logra resistir, si bien después de una terrible lucha angustiosa. Son tales casos, como se comprende, más que impulsiones propiamente dichas, obsesiones impulsivas, que no suelen llegar al acto. Pero ocurre otras veces lo contrario, es decir, que la impulsión se realiza, y claro es que habremos entonces de definir de modo cuidadoso las circunstancias de la misma y los antecedentes del enfermo para afirmar la morbosidad del acto.

*Impulsiones sexuales:* Constituyen una parte muy importante de la Semiología mental. Mas, si como impulsiones pudiéramos comprenderlas entre las anteriormente descritas, como implican, además, y sobre todo, perturbación de la denominada conciencia moral, las estudiaremos en el capítulo siguiente, al tratar de los trastornos de los actos.

## IX

Trastornos de os actos: consecutivos a perturbaciones intelectuales afectivas y volitivas. Impulsiones sexuales: perversiones e inversiones. Perversiones sexuales o parafilismo: onanismo, ninfomanía y satiriasis, frigidez, erotomanía, exibicionismo, fetichismo y algolagnia (sadismo y masochismo). Inversiones sexuales o uranismo; androginia y ginandria, afeminación y viraginidad, pederastia, safismo y tribadismo.—Trastornos de la conciencia y personalidad: inconsciencia, obnubilación y desorientación; depersonalización, regresión y transformación de la personalidad.

Después del estudio de las perturbaciones de la inteligencia, de los afectos y de la voluntad, o formando parte integrante, por mejor decir, de las de índole volitiva, puesto que representan la exteriorización de dichas alteraciones, debemos ocuparnos del examen descriptivo de los trastornos de los actos. En el curso de nuestras conferencias ha sido objeto de las mismas la inteligencia que conoce, la afectividad que siente y la voluntad que quiere; hemos descrito después cómo padece la inteligencia, cómo la afectividad y las voliciones; describamos ahora, para completar nuestro estudio, de qué manera se exteriorizan dichas modalidades morbosas, o, lo que es lo mismo, cuáles son los actos de

los alienados. Dividiremos, al efecto, tales trastornos en tres clases, según sean expresión de alteraciones intelectuales, afectivas, o de las voliciones, si bien, como queda dicho, no constituyan, en suma, las tres categorías de actos morbosos, desde el punto de vista de su exteriorización, sino un capítulo de la patología de la voluntad.

En un primer grupo deben comprenderse, por tanto, los actos consecutivos a perturbación del funcionalismo intelectual, en sus distintas modalidades: senso percepción, atención, memoria, ideación, juicio y razonamiento. En un segundo grupo describiremos los actos que tienen su origen en trastornos afectivos; y en el tercero, por último, los debidos a alteración de la voluntad.

Entre los actos ligados a trastornos senso-perceptivos, mencionaremos los que son consecuencia de alucinaciones e ilusiones. El alucinado místico oye, v. gr., una voz divina que le manda castigar al impío, y hace a éste víctima de su alucinación; el alucinado visual cierra los ojos o huye de la visión que percibe. El que sufre ilusiones ópticas se dirige a una persona extraña confundiéndola con otra conocida; el que padece ilusiones auditivas, confunde sonidos indeterminados con voces o palabras, y busca a las personas que le hablan.

Las perturbaciones de la atención dar lugar a numerosos actos que no es necesario describir, porque son también innumerables las formas de distracción en que se exteriorizan. Los actos consecutivos a pérdida de la memoria consisten, verbigracia, en efectuar dos o más veces una misma visita, en comprar repetidamente un mismo objeto, etc.

Los que dependen de trastornos del juicio son también numerosísimos; v. gr.: arrojarse por una ventana para volar (caso de nuestra observación). Los que tienen su origen en el delirio consisten, por ejemplo, en acusarse de delitos no cometidos, hacer grandes dispendios creyéndose rico, etc., etc.

Haremos mérito de los actos que dependen de perturbaciones afectivas, por hallarse comprendidos principalmente en el capítulo de las obsesiones e impulsiones, y con respecto a los actos derivados de trastornos de la voluntad, estudiadas las impulsiones propiamente dichas y a reserva de describir en seguida las de orden sexual, citaremos únicamente en este lugar las *fugas de los alienados*, los cuales unas veces huyen de sus enemigos, otras, v. gr., van a cumplir una orden recibida del cielo, y en ocasiones, en fin, exteriorizan al huir todos los caracteres ya descritos de la impulsión a la fuga; esto es, de la dromomanía.

No entraremos en la descripción de los actos de los alienados que se traducen en daño para sí mismos o para los demás, porque sería repetir cuanto dijimos acerca del suicidio, del homicidio, robo, incendio, como actos derivados del fenómeno impulsivo.

Y vamos a terminar esta breve reseña con el estudio de las denominadas por algunos *impulsiones sexuales*, que significan, además, y preferentemente, trastornos de la conciencia moral, pero cuya descripción como fenómenos morbosos que se exteriorizan por actos anormales, pertenece de hecho al capítulo presente, si es que no debieran constituir un grupo aparte, habida cuenta de que, por su

importancia, merecen para muchos autores la denominación de psicopatías sexuales.

Las impulsiones sexuales se dividen en dos grandes grupos: perversiones e inversiones. La perversión sexual se denomina también *parafilismo*, siendo sus variedades el onanismo, el exibicionismo, la ninfomanía y satiriasis, la frigidez, la erotomanía, el fetichismo y, en fin, la algolagnia con sus dos formas, sadismo y masochismo. La inversión sexual se designa también con los nombres de uranismo u homosexualidad.

El *onanismo* es más frecuente en los débiles mentales y en el período prodrómico de ciertas psicopatías, sobre todo las que aparecen en la edad de la pubertad.

La *ninfomanía* es la exaltación del instinto sexual en la mujer; la *satiriasis*, el mismo trastorno en el hombre. Ambas formas de perversión sexual son frecuentes en ciertos degenerados, observándose también en los síndromes hiperfrénicos, y la ninfomanía, en el histerismo.

La *frigidez sexual* es de igual modo frecuente en los débiles mentales, y se observa, además, en los deprimidos.

La *erotomanía*, según Marchand, significa una inclinación amorosa y no un deseo carnal. El erotómano es, en efecto, un platónico que adora, verbigracia, una figura inanimada, una estrella, un objeto determinado.

El *exhibicionismo* consiste en el placer obtenido mediante la exhibición de los órganos genitales. Se observa en degenerados, dementes y también en los paralíticos generales.

El *fetichismo* se caracteriza por el goce sexual experimentado con motivo de la vista o el contacto de objetos o partes extragenitales. El fetichista no siente el deseo genésico sino viendo o tocando el mismo objeto; generalmente prendas de vestir de la mujer. A este grupo de pervertidos sexuales pertenecen los *frotadores* y los *cortadores de trenzas*, tipos clínicos que se definen en su misma denominación.

*Algolagnia* quiere decir placer sexual obtenido a costa de actos de crueldad. Tiene dos formas: el *sadismo* y el *masoquismo* o *pasivismo*. En el sadismo, el placer se despierta sólo merced a violencias ejercidas, maltratando o viendo sufrir, por eso se denomina también *tiranismo* a esta perversión. El masoquista, por el contrario, consigue la satisfacción de sus deseos, unas veces, a beneficio de violencias, de que se hace voluntariamente objeto; otras, transformándose en esclavo de una persona del otro sexo, y, en ocasiones, bastando, v. gr., que se represente en su imaginación escenas en las cuales es maltratado por una mujer. En muchos casos, la voluptuosidad de los masoquistas necesita para despertarse la realización de actos repugnantes, como beber orina, lamer los pies, etc. Hay formas mixtas de sadismo y fetichismo que pertenecen, por consiguiente, al grupo, como también la *sodomía*, o coito contra natura, y la *bestialidad*, o coito con animales.

La *inversión sexual* se caracteriza por la inclinación amorosa hacia personas del mismo sexo, con repugnancia hacia las del sexo contrario. Con relación a este grupo de invertidos deben mencio-

narse los *andróginos*, individuos de formas femeninas, y las *ginandras*, mujeres que tienen una conformación física masculina, si bien unos y otras puedan no presentar necesariamente tendencias homosexuales. En cambio, la *afeminación* y la *viraginidad,* anomalías que significan también, y respectivamente, el aspecto exterior de mujer que presenta el hombre y el hábito exterior de hombre que aparece en la mujer, pero, además, la tendencia del primero a usar prendas femeninas, perfumes, etc., y de la segunda, a la adopción del modo de vestir y de las costumbres masculinas, tienen mayor importancia clínica, porque indican un grado más intenso de defecto psíquico constitucional, de contraste entre el sexo físico y el sexo psíquico, con tendencias sexuales hacia el opuesto, entrando así de lleno en la definición de Rogues de Fursac acerca de la inversión sexual. Estos individuos son con mucha frecuencia homosexuales. La *homosexualidad,* por lo demás, tiene dos formas: la *pederastia*, o inclinación del hombre hacia otro hombre, y el *safismo,* inclinación de la mujer hacia otra mujer, no siendo el *tribadismo* más que una variedad de esta última inversión, en la cual la mujer siente inclinación amorosa por otra mujer, pero de aspecto exterior varonil.

Nos resta, para terminar el estudio de la semiología mental, ocuparnos brevemente de los *trastornos de la conciencia y personalidad.*

Por lo mismo que conciencia significa conocimiento, auto-percepción, es decir, el carácter esencial de todo fenómeno psíquico, no hubiera sido lógico estudiar las perturbaciones de conciencia pro-

piamente dichas antes que los demás síntomas mentales, sobre todo si se se tiene en cuenta que, en realidad, tales perturbaciones son todas las psíquicas, ya que, de modo convencional, pero prácticamente didáctico, hemos traducido lo psíquico por lo consciente, considerando sinónimos ambos términos. Pero existen trastornos psicológicos que no tienen clasificación dentro de ninguno de los grupos de síntomas hasta aquí descritos, y dichos trastornos son los que debemos estudiar más especialmente en concepto de alteraciones de la conciencia y de la personalidad, síntesis la última, como sabemos, de todas las síntesis, producto el más complejo del juego asociativo.

Como perturbaciones propiamente dichas de la conciencia, citaremos, por consiguiente la *inconsciencia* y la *obnubilación*, e incluída en ambas formas morbosas, pero sobre todo en la segunda, la *desorientación*.

La *inconsciencia*, es decir, la pérdida total del conocimiento, del yo, de la personalidad propia, pero también del mundo exterior, se presenta en el coma y en el estupor. La *obnubilación*, inconsciencia parcial o relativa, es propia, sobre todo, de la confusión mental, así como de otras muchas psicosis, entre ellas la epilepsia, histeria, toxifrenias, etcétera, traduciéndose por indiferencia morbosa, por abulia y, en fin, por pérdida de orientación. La *desorientación* tiene tres modalidades: la *desorientación alopsíquica*, que se refiere al mundo exterior; la *desorientación autopsíquica*, es decir, relativa a la propia personalidad, y la *desorientación* que podemos llamar *cronopsíquica*, porque significa

pérdida de la noción de tiempo. El desorientado alopsíquico desconoce el lugar donde se encuentra y cuanto le rodea, siendo su tipo clínico principal el *delirium tremens*. El desorientado autopsíquico ignora su nombre, profesión y demás circunstancias personales, y presenta, por lo tanto, transformación de la personalidad, siendo sus principales ejemplos clínicos la confusión mental, la demencia y ciertas psicodisgenesias. El desorientado de tiempo no sabe el día, mes y año en que vive, observándose también este trastorno singularmente en la confusión mental.

Podrían citarse otras muchas perturbaciones de conciencia, pues, como se comprende fácilmente, las alucinaciones sensoriales, las de la memoria, etcétera, entran de lleno en este grupo, pero no deben ocuparnos, por haber sido descritas en los capítulos respectivos.

Las alteraciones de la personalidad pertenecen de hecho a los trastornos de conciencia, y no de otro modo que como perturbación de la conciencia de la personalidad se puede definir la denominada *depersonalización*, cuyas causas no son otras que el delirio, las alucinaciones, los trastornos de la memoria, de la inteligencia y de los sentimientos morales. El depersonalizado carece, en efecto, de conocimiento, de orientación acerca de sí mismo y de cuanto le rodea; se atribuye o atribuye a los demás una personalidad distinta de la real. Deben distinguirse, con Dufour, dos categorías en las perturbaciones referentes a la autopersonalidad, la regresión y la transformación. La regresión tiene su forma más neta en el denominado por Dupré *puerilismo mental*, que consiste en la regresión de la

mentalidad a la edad infantil, adquiriendo el sujeto las tendencias, los gestos, los hábitos y el lenguaje propio de los niños, y observándose este trastorno en la histeria, en las demencias, en ciertas intoxicaciones y en no pocas cerebropatías. En la histeria se designa la regresión con el nombre de *desdoblamiento de la personalidad*, y, como en la epilepsia, se trata de una perturbación inconsciente, a diferencia de lo que ocurre en la psicastenia, en la cual el individuo tiene conciencia de su trastorno.

El megalómano constituye el prototipo de los depersonalizados, mas no por regresión, como en los casos anteriores, sino por transformación, por un verdadero metabolismo de la personalidad. Ejemplos también los tenemos en determinadas perversiones sexuales, ciertas formas de delirio persecutorio, algunos delirios místicos y, a veces, en el delirio de posesión. El habernos ocupado anteriormente de estos trastornos nos releva de extendernos más acerca de este punto.

Recordemos como síntesis de las alteraciones de la personalidad la división que hace Ribot de las mismas en *alienación* o transformación de una personalidad en otra, v. gr., creerse rey o papa; *alternación* o sucesión de dos personalidades, cual ocurre en los delirios místicos; y *sustitución* o creencia delirante en un cambio de persona.

## X

Trastornos del carácter o *etopsicopatías* (¿locuras latentes?): Epileptoidismo, histeroidismo, circularismo, paranoísmo y constitucionalismo.

Con el estudio de los trastornos de los actos y los de la conciencia y personalidad, pudiéramos dar por terminada la descripción de los síntomas psíquicos, exponiendo ya a continuación los dos capítulos que siguen, referentes a la exploración del alienado. Mas consideramos de tal importancia cuanto se relaciona con el carácter y sus perturbaciones, que no debemos resistir al deseo de exponer en este lugar, y a modo de complemento al capítulo anterior, tan interesante punto de doctrina, cuyas bases esenciales, que transcribimos en los párrafos que siguen, constituyeron nuestro tema, «Locuras latentes», en la apertura del curso 1916 a 1917 en el Ateneo de Sanidad Militar.

¿Qué es el carácter? ¿Qué relación puede tener con la locura? ¿Cómo comprender bajo esta última denominación las perturbaciones, claro es que esenciales y permanentes, del carácter? La Psicología nos contesta con evidente claridad. No hay más que recordar que el carácter es nuestra nota afectiva fundamental, nuestra exteriorización psíquica, el modo de pensar, de sentir y de querer de cada uno de nosotros, nuestra personalidad, en suma.

Desde los primeros años de la vida, a tenor del desarrollo y evolución del organismo físico, se van dibujando en el individuo rasgos psíquicos cada vez de más intenso relieve, así en su manera de apreciar como en sus sentimientos y determinaciones, que no son otra cosa que la exteriorización de lo que podemos denominar su coeficiente mental, su potencialidad psicológica, si así puede decirse. Y esas manifestaciones del psiquismo son permanentes, apenas sufren oscilación, o no la sufren de modo apreciable en el curso de la existencia, porque aun cuando múltiples causas, de orden emocional sobre todo, tiendan a romper el equilibrio de dichas modalidades de la vida psíquica, cual ocurre, verbigracia, en los estados pasionales, el efecto es transitorio, y, pasado un corto lapso de tiempo, todo vuelve a su cauce natural; y por eso, en condiciones fisiológicas, cada uno de nosotros presenta un modo de ser peculiar, piensa, siente y quiere, se exterioriza, de manera sensiblemente la misma, adquiriendo su personalidad un sello especial, una tonalidad propia que constituye su sello individual. No son, en efecto, las diferentes clases de individuos, desde el punto de vista psíquico, sino tonalidades, también distintas, del carácter, y nadie desconoce que hay sujetos siempre expansivos, afectuosos, que todo lo ven a través de un prisma de color de rosa, que son optimistas en sus juicios, alegres en sus afectos, de francas y fáciles determinaciones; que existen otros retraídos, que esquivan más o menos el trato con sus semejantes, se preocupan excesivamente por cuanto les atañe de un modo directo, y en quienes la tristeza y el pesimismo preponderan sobremanera;

que, en fin, hay una tercera categoría, la de los indiferentes. para los que nada importa todo cuanto ocurre a su alrededor, que son, en cierto modo, extraños al medio en que viven, y en los cuales la apatía es la cualidad predominante.

No es menester citar más variedades individuales para comprender la diversidad de modos de exteriorización que imprime el carácter, esa nota psíquica fundamental y permanente, que vendría a ser como la moneda de nuestros sentimientos, que constituye, en fin, nuestra personalidad entera.

Pues bien; imaginemos ahora exageradas esas notas afectivas, que son lo esencial del carácter; suprímase toda posibilidad de exacto conocimiento por parte del sujeto acerca de la anormalidad de sus manifestaciones afectivas exageradas; admitamos, como así también ocurre, la irreductibilidad de tales perturbaciones, que de este modo podemos ya denominarlas, y habrá de convenirse sin gran esfuerzo en que hemos salido de los límites normales, y que, traspasados éstos, nos hallamos ya en terreno claramente patológico. Y bien fácilmente aquel sujeto expansivo, móvil de ideas y de afectos, de excesiva actividad, así en el lenguaje como en los movimientos y en los actos, se tornará en un agitado; aquel otro siempre retraído, misántropo, pesimista y triste siempre, encajará en el cuadro del melancólico; el orgulloso, reticente y desconfiado será, al fin, un delirante de persecuciones o de grandezas; el indiferente y apático, un degenerado inferior o un demente precoz; el irritable e impulsivo ofrecerá, tal vez, fases de inconsciencia y de amnesia o pérdida de memoria, durante las

cuales cometerá actos anormales, frecuentemente punibles, constituyéndose así el episodio epileptiforme; la veleidad, el egoísmo, la fácil sugestión formarán, por último, la base de las manifestaciones histéricas, como la creencia en graves males que no existen, acompañada de temores patológicos o fobias, con conciencia de la propia morbosidad, representará el fondo de los síndromes neurasténicos.

Cuanto queda expuesto es suficiente para que, sin gran violencia, podamos considerar a tales individuos como perturbados psíquicos; que si no lo son aun de modo tan ostensible que pueda denominárseles locos en toda la amplitud clínica del término, por ofrecer rasgos de anormalidad irreductibles y permanentes, base del desarrollo más aparatoso y, valga la palabra, de perturbaciones mentales de mayor altura clínica, hemos de considerarlos como *locos latentes,* locos del carácter, si se quiere, pero alienados al fin, siendo su diagnóstico tan importante, que, como es fácil comprender, de su afirmación depende la vigilancia de estos individuos y que pueda ejercerse cerca de ellos una norma de conducta que tienda a evitar mayores males, y, sobre todo, actos morbosos, delictivos muchas veces.

Puntualicemos ahora cuáles sean las formas de etopsicopatías o locuras latentes que desde luego puedan admitirse, haciendo una breve descripción de cada una de ellas. Cabe considerar como tales modalidades psicomorbosas el *epileptoidismo*, el *histeroidismo,* el *circularismo,* el *paranoísmo,* y, por último, el *constitucionalismo.*

Epileptoidismo quiere decir conjunto de rasgos

peculiares del carácter de todo epiléptico; rasgos que por su misma índole constituyen un modo de ser anormal, francamente morboso, y cuya permanencia, aun fuera de los ataques de epilepsia o de los equivalentes de los mismos, implica una significación diagnóstica de primer orden, hasta el punto de que hace posible, y en cierto modo fácil, definir como epilépticas muchas manifestaciones cuyo diagnóstico sería de otro modo imposible. Dichos signos constitutivos del carácter epiléptico o epileptoidismo son: inestabilidad, irritabilidad, impulsividad, sugestibilidad y periodicidad.

La inestabilidad, como su nombre así lo indica, equivale a movilidad, y se refiere no sólo a las ideas, sino a los sentimientos y a la función volitiva. El epiléptico no tiene fijeza de ideación, falta a sus pensamientos aquella consistencia y unidad que es condición fisiológica; sus apreciaciones, en fin, son variables, caprichosas, poco firmes, denotando, en general, pobreza de concepto, escasez de originalidad, carencia de lógica y de crítica en mayor o menor grado, déficit intelectual, en suma, pues es de advertir que, con raras excepciones (Napoleón, César, Flaubert, etc., fueron epilépticos) la epilepsia implica un evidente menoscabo de las funciones intelectuales, siguiendo casi siempre un curso progresivo hasta la demencia.

La irritabilidad es asimismo muy notoria en el epiléptico, llegando con frecuencia a la impulsión y la furia más violentas. Estos enfermos no transigen fácilmente con cuanto se oponga a sus particulares puntos de vista, no aceptan consejos ni opiniones que tiendan a hacerles sufrir la menor contrariedad,

se exacerban con suma frecuencia; su mal humor habitual sufre crisis de agudización, llegando a la mayor violencia si se va en contra de su modo de pensar, si se trata de dirigir debidamente sus apetitos e inclinaciones. Fácil es comprender que la impulsividad es, por decirlo así, la exteriorización de la irritabilidad, la descarga motriz de esta nota morbosa del carácter epiléptico, tan violenta en ocasiones, que hace del enfermo un ser a todas luces peligroso para sí mismo y para quienes le rodean.

El epiléptico es, además, sugestionable, se deja influir con relativa facilidad, obedece en cierto modo a la solicitación ajena, no tiene en ocasiones otra voluntad que la que se le impone. Esta sugestión no excluye, sin embargo, como pudiera creerse, el carácter de irritabilidad ni el de tendencia a la impulsión antes indicados, pues se puede a la vez ser irritable y dejarse influir por los demás, sobre todo si se tiene en cuenta que ambas notas afectivas no coinciden en el mismo momento, sino que más bien su suceden.

Por último, la periodicidad, esa gran ley que, según algunos autores, regula siempre nuestra vida psíquica de exteriorización, nuestras determinaciones, nuestros actos, es muy ostensible en el mal comicial, observándose que toda manifestación morbosa de cierta intensidad en la epilepsia es episódica, no constante, aparece de un modo más o menos brusco, es breve en su evolución, y desaparece a poco, dejando al epiléptico en el estado que sólo relativamente puede llamarse fisiológico, puesto que, según venimos observando, en esos períodos de cal-

ma, de aparente normalidad, subsisten siempre de modo ineludible huellas más o menos profundas de latencia del mal, constituídas por las perturbaciones del carácter que acabamos de estudiar.

Tenemos, pues, constituído por ese fondo de rasgos morbosos o anormales que se exteriorizan mediante el carácter, el tipo epiléptico, máxime si a dichos trastornos se añaden el de aminoramiento o déficit progresivo de la actividad intelectual. Nos hallamos, por tanto, en condiciones de definir, de diagnosticar la epilepsia en todo momento de evolución del mal, en presencia de cualquier manifestación de dicha índole, pero también, y esto es de extraordinaria importancia, aun en los casos en que no nos conste la preexistencia de ataques convulsivos ni de los tan propiamente llamados equivalentes de los mismos. Veamos cuáles pueden ser tales casos.

Supongamos que un individuo cuyas costumbres fueron siempre morigeradas, sin hábitos perniciosos, en plena posesión hasta entonces de su voluntad y de su eticismo en la acepción normal de esta cualidad afectiva, sin causa alguna que lo motive, en abierto contraste con su modo de ser, en fin, acomete bruscamente a cualquier persona que se halle a su alcance y la hiere con verdadero furor, sin darle tiempo tal vez a la defensa. Momentos después, rara vez pasado un largo lapso de tiempo, como si despertase de un sueño, testigo de aquella escena de sangre, no da cuenta alguna de cuanto le ha ocurrido, ignorando ser el autor de aquel triste cuadro que presencia.

La Justicia interviene, y si las circunstancias no

son del todo adversas para aquel desgraciado cuya mano armó un impulso ciego e irresistible, es sometido a un examen pericial, que, no exento de grandes dificultades, puede, sin embargo, poner de relieve aquellas huellas del mal que padece el enfermo, aquellos rasgos de su carácter morboso: la irritabilidad, la movilidad, la impulsividad, la sugestionabilidad, la periodicidad, en fin. Y si además se comprueba la preexistencia de alguna manifestación comicial, claro es que el médico legista suscribe la irresponsabilidad del acusado.

Otras veces no es un delito de sangre; se trata de fugas, de robos, de actos contra la moral, contra las costumbres, pero que caen asimismo bajo la sanción de las leyes penales, y entonces también, en la brusquedad de la acción, en su falta de motivos lógicos y, sobre todo, en la inconsciencia que la acompaña y en la pérdida de recuerdo que le es subsiguiente, tendremos un punto de apoyo seguro para nuestro diagnóstico, si a dichas circunstancias se añaden los tan repetidos rasgos del carácter epiléptico.

La *histeria*, afección cuya verdadera naturaleza nos es desconocida, digan lo que quieran las diversas teorías que tratan de explicarla, tiene también en el carácter huellas de morbosidad permanente, que nos permiten llegar siempre a su definición diagnóstica.

Dichos trastornos del carácter son: inestabilidad, dismnesia o falta de memoria, vivacidad imaginativa, emocionabilidad extrema, vanidad, egoísmo, hipersugestionabilidad, reaccionabilidad pronta. Es decir, y en términos más llanos, que la histérica,

puesto que en la mayor parte de los casos se trata del sexo femenino, es móvil de atención y de ideas, alternando con la fijeza de las mismas; débil de memoria para lo reciente, de exaltada imaginación, sumamente emocionable, vanidosa, egoísta, de gran sugestionabilidad, y reacciona, en fin, con violencia a cualquier estímulo.

No hay que hacer gran esfuerzo de memoria para recordar ese tipo tan frecuente de la histérica, que, sin llegar en la mayor parte de las ocasiones a ponerse en conflicto con las leyes y con las costumbres, se exterioriza, empero, de modo singular por la poca atención que presta a cuanto no se le refiere, por la superficialidad de sus juicios, por ser excesivamente impresionable, por su afán de exagerar, por la fantasía y la vivacidad de su imaginación; que pinta con los tonos más vivos y reviste de inusitadas proporciones cuanto relata, sobre todo si de modo directo le atañe; que aqueja innumerables molestias y males sin realidad alguna; que muestra visible tendencia a la mentira, llamada en estos casos confabulación y también mitomanía, y que es, por último, sugestionable en grado sumo y reacciona con excesiva viveza. En estas enfermas, el menor estímulo, la más leve causa de orden emotivo acentúa los indicados rasgos del carácter y provoca verdaderas crisis o descargas emocionales. Pero, sobre todo, predomina en este conjunto de fenómenos morbosos la sugestionabilidad; por algo se considera hoy la histeria, por algunos, como sinónimo de sugestión, como enfermedad de la sugestión, debe decirse más propiamente.

Y es, en efecto, la sugestión patológica, acom-

pañada de intensa tonalidad emotiva, la que resume el concepto clínico de la histeria. Sugestión es atributo de nuestro modo de ser fisiológico afectivo volicional; sugestión es, en suma, la obediencia que debemos a nuestros ascendientes y superiores, el afecto que merecemos a nuestros deudos, el respeto que nos muestran los que en concepto familiar y social nos están subordinados; por sugestión cautiva quien tiene alguna cualidad preponderante; por sugestión sentimos cariño a quienes llevan nuestra misma sangre; veneración y acatamiento por nuestros mayores, idolatría y ternura hacia nuestros hijos, amor e inclinación por la compañera de nuestra vida. Mas, como toda cualidad de nuestro psiquismo, se desenvuelve normalmente dentro de ciertos límites, sujeta al freno que le imponen la conciencia y la reflexión, y cuando estas circunstancias no concurren, la función fisiológica cede su lugar a la función morbosa, surge el síntoma, es decir, la manifestación de que el funcionalismo sufre, de que está perturbado; y esto ocurre con la sugestionabilidad propia de la histérica, que, por ser en extremo predominante y alcanzar grande intensidad, relega a segundo plano todos los demás síntomas del cuadro clínico, o, por mejor decir, los resume todos, puesto que nada es tan real en el terreno práctico como la teoría de Babinsky respecto a considerar sinónimos los términos histeria y pitiatismo; fenómenos pitiáticos, según dicho autor, serían los fenómenos histéricos, significando dicho vocablo el carácter fundamental a los mismos de reproducirse por sugestión y de desaparecer por persuasión. Quien analice con algún detenimiento la variada gama de

trastornos que constituyen la histeria, habrá de convenir, sin gran esfuerzo, en que el concepto de dicha psiconeurosis puede condensarse en estas dos palabras: sugestión morbosa.

Fuera hacer excesivamente largas estas líneas si describiéramos una a una las diversas formas clínicas por las cuales la histeria se manifiesta, desde el ataque de gran mal, con su aparatoso cortejo de síntomas, hasta las locuras histéricas de mayor relieve. Bastará que, a tenor de lo afirmado respecto a la epilepsia, hagamos notar la importancia que el diagnóstico de aquella gran neurosis tiene siempre, sobre todo si no se pierde de vista que siendo una afección fácilmente confundible con otras muchas, y poniendo en no pocos casos a quien la padece en abierta pugna con lo estatuído por las leyes y las costumbres, se hace de todo punto necesario su exacto conocimiento. Ello se consigue en todos los casos, aun en los que no nos sea fácil averiguar la preexistencia de los ataques convulsivos o de sus equivalentes, interrogando al carácter de la enferma, pues siempre que ofrezca las citadas cualidades o signos morbosos, inestabilidad de atención, movilidad de ideas alternando con fijeza de las mismas, pérdida de la memoria de los hechos recientes, viveza imaginativa con tendencia a la fantasía y al onirismo (o delirio de ensueño de los franceses), vanidad, egoísmo o autofilia, emocionabilidad extrema, reaccionabilidad también exagerada y, en fin, y muy principalmente, la sugestionabilidad, como nota predominante del funcionalismo afectivo volicional; demostrada la existencia de dichos rasgos anormales y permanentes del carácter, que

constituyen el *histeroidismo*, podremos afirmar de plano la índole histérica del síndrome o conjunto de síntomas que tratemos de agrupar en cuadro nosológico bien determinado.

Otra forma de las que venimos denominando etopsicopatías o locuras del carácter es el *circularismo*, que mejor podría llamarse *ciclotismo*, término que deriva de *ciclos*, círculo, y *timos*, humor; significando, pues, humor circular. Los ciclotímicos son tipos morbosos de muy frecuente observación, no por cierto en los frenocomios, sino en el ambiente social. Todos conocemos, en efecto, a esos sujetos que el vulgo llama lunáticos, porque son desiguales de carácter, manifestándose tan pronto expansivos y alegres en exceso, como deprimidos, tristes y con tendencia al aislamiento. En ellos puede decirse que es raro el verdadero equilibrio; siempre predomina un más o un menos, en lo que pudiéramos designar índice de la actividad psíquica. La desigualdad de su tono emotivo es bien palmaria, y si tratásemos de esquematizar esta perturbación de su carácter, no habría más que representarla por una curva ininterrumpida que sobrepasase hacia arriba y hacia abajo, en ondulaciones incesantes, la línea horizontal representativa de la normalidad. Excitados o deprimidos, puede decirse que nunca normales, locuaces y llenos de satisfacción y muy vivos de reacciones unas veces, y retraídos y con gran desaliento y excesivamente quietos otras, como, en realidad, no son perjudiciales para sus convivientes, no se les considera enfermos, sino poco equilibrados. Mas, cual se comprende, son perturbados, por no conservar la debida ponderación

sus distintas modalidades de actividad psíquica, y, sobre todo, por constituir tales anomalías el fondo de la locura maníacodepresiva, pues tan pronto obra sobre ellos una causa adecuada, de orden emocional muy singularmente, se acentúan aquellos rasgos morbosos ya indicados, surgiendo de modo más ostensible la locura.

El *paranoísmo* tiene una fisonomía peculiar, que se exterioriza por tres notas afectivas de marcado relieve: el orgullo, la desconfianza y el egoísmo o autofilia. Son en gran número los ejemplos de esos sujetos de carácter imperativo, irascible, difíciles de convencer por los más persuasivos razonamientos, que no admiten la menor controversia con respecto a lo que ellos piensan, a su especial modo de ver, y que tienen, por lo tanto, y sin darse de ello la debida cuenta, un elevado concepto de sí mismos.

Tales individuos, que, por ser, como se comprende, sumamente irritables y dominantes, ponen a prueba en gran número de ocasiones la paciencia de aquellos con quienes conviven, son, además de orgullosos y exaltados, egoístas, no preocupándoles, en realidad, sino cuanto a ellos mismos se refiere, tendiendo siempre a satisfacer a toda costa sus deseos, que no suelen encerrarse en la esfera de lo razonable. Si se añade que desconfían fácilmente de las personas de su familia, de las de su amistad y aun de las que no tienen con ellos tales vínculos, creyendo que tratan siempre de zaherirles, de perjudicarles por los mil medios que crea su imaginación morbosa, tendremos constituído a grandes rasgos el tipo del paranoico latente. Sobre esta base del ca-

rácter anormal, constituído por el orgullo, la desconfianza y el egoísmo, intensos, desproporcionados, si puede decirse así, patológicos, en fin, una causa a propósito, una emoción intensa hacen explotar el mal, y aun a veces aparece éste sin motivo apreciable, por el mismo curso más o menos progresivo de la enfermedad, que llega un tiempo en que sale del período de latencia para hacer su aparición de modo más manifiesto. Y no es ciertamente difícil explicar el porqué de esta evolución, dada la índole misma de las citadas notas afectivas; más aún: es, en cierto modo, lógico que el mal se intensifique un día entrando de lleno en los límites de la locura plenamente ostensible. En estos individuos, en efecto, en unos casos, la vanidad, el orgullo les hace creer que se les admira, se sienten envidiados, en fuerza de su valer, por cuantos les rodean; en otras ocasiones, la susceptibilidad, la desconfianza hacen nacer en ellos, primero, una inquietud hacia el ambiente, que empiezan a considerar adverso para sí mismos; después una verdadera hostilidad. Un paso más en la evolución del proceso, y el vanidoso será un delirante de grandezas, y el desconfiado o susceptible, un perseguido. Tanto más interesante es este estudio cuanto que se trata de los enfermos más peligrosos que caen bajo la esfera de acción de la clínica mental.

Por último, los rasgos permanentes del carácter sobre los cuales se desenvuelven los distintos síndromes constitutivos de la degeneración mental merecen el nombre de *constitucionalismo*, y pueden sintetizarse, como lo hace Furhmann, en unilaterabilidad incorregible del pensamiento y ausencia

de la noción del propio estado morboso; o hallarse constituídos, en opinión de Regis, por los denominados estigmas psíquicos de la degeneración: insuficiencia del desarrollo intelectual o moral, desequilibrio, inestabilidad, inafectividad, amoralidad, insociabilidad e impulsividad. Si estos signos o estigmas coexisten con los físicos significativos de viciosa o anormal configuración morfológica o de funcionalismo anormal y permanente también, se tendrá el tipo degenerativo total.

Estos rasgos psicológicos son patrimonio del degenerado en sus distintas modalidades clínicas, y como permanentes, hacen posible el diagnóstico del fondo nosológico en las muchas ocasiones en que la degeneración se manifiesta por un síndrome que, como la manía, la melancolía, el delirio de persecuciones, etc., etc., es común a otras distintas enfermedades mentales; pues demostrando la exploración en estos casos la existencia de los tan repetidos signos del carácter degenerativo, del constitucionalismo, claro es que se podrá adjetivar el sustantivo, dar apellido, denominación nosológica al síndrome.

Un ligero esfuerzo de imaginación nos bastará para que, acentuando uno o varios de los tan repetidos rasgos del carácter de los degenerados, tengamos constituídos los tipos clínicos más esenciales del grupo. En efecto: el signo o estigma del constitucionalismo, insuficiencia del desarrollo intelectual, intensificado, predominando sobre todo otro síntoma, sirviendo de eje sobre el cual giran las demás manifestaciones morbosas, se presenta en el degenerado inferior, el imbécil, que es el tipo medio

entre la idiocia y la debilidad mental, constituyendo estas tres formas psicodisgenésicas el grupo de las frenastenias. El imbécil es corto de inteligencia, escaso o perturbado de sentimientos y voluntad; mas dicha insuficiencia o déficit de desarrollo intelectual es lo más intenso, lo permanente, lo que motiva la escasez o alteración de sentimientos y de voliciones, puesto que, como la Psicología nos enseña, al conocerse el estímulo verificándose así la sensación, aparece la nota afectiva correspondiente a la índole de la sensación misma, y al mismo tiempo que el yo conozco y el yo siento, surge el yo quiero, es decir, una tendencia o dirección que representa en germen la voluntad.

Cuando es la insuficiencia del desarrollo moral la que predomina, se caracteriza un tipo clínico de muy frecuente observación, y que ha dado y da motivo a grandes discusiones, que es el *imbécil moral,* forma de alienación que no es admitida generalmente por los juristas, quienes se avienen mal a dar por buena la afirmación de la clínica psiquiátrica, de que pueda haber alienados de los sentimientos y de los actos, locos de los instintos, sin perturbación bien manifiesta de la inteligencia. Llámese a éstos deficientes afectivos imbéciles o locos morales, que, en suma, aunque el imbécil ha sido siempre psíquicamente pobre y el loco un perturbado también de dicho funcionalismo, pero que en él quizá alcanzó, antes de alterarse, los límites fisiológicos, en terreno práctico existen entre ambos tipos clínicos muchos puntos de contacto.

Si la desarmonía entre las distintas funciones psíquicas es la nota de mayor relieve, y se presen-

ta con carácter de permanencia, la degeneración tiene entonces un nombre bien conocido, el de desequilibrio mental. El desequilibrado, si no tiene otra tara fisicopsíquica que marque más profundamente los rasgos de su defectuoso desarrollo, es sólo un desarmónico, no existe en él la debida ponderación de actividades psicológicas, sobresale, v. gr., lo intelectual en detrimiento de lo afectivo y de la voluntad. Y por eso, al lado de una buena inteligencia, predominando, por ejemplo, la memoria para el cálculo o extraordinarias aptitudes para la oratoria, la música, la pintura, etc., se observan en estos individuos, que pueden denominarse *talentos unilateralizados*, trastornos en su vida afectiva, perturbaciones de su eticismo, y, al propio tiempo, otras volitivas, como actos anormales y tendencia a las impulsiones, de orden sexual con gran frecuencia.

Esquematizada así la descripción de las formas psicomorbosas, que hemos denominado locuras latentes y que también podrían llamarse locuras del carácter, sólo nos resta insistir de nuevo en la importancia de su estudio, puesto que el diagnóstico de las mismas asegura el de la enfermedad mental, más aparente, que sobre tal fondo se desenvuelve; y aun en los casos en que no nos sea posible, por la índole de la afección, afirmar de plano su existencia, interrogando al carácter del enfermo, a su modo de ser permanente, podremos siempre llegar al conocimiento de aquélla. No hay que repetir una vez más el gran alcance que el asunto tiene, tratándose de dolencias que, cual la epilepsia, la histeria, la degeneración, por manifestarse a veces sólo en forma accesional o episódica y poder el enfermo

durante estos episodios morbosos cometer actos que caen de lleno bajo la sanción del Código, quedando después en estado de relativa o aparente higidez, se definen o diagnostican, en la mayoría de los casos, sin dificultades, por la existencia de los citados trastornos del carácter, que forman, en suma, el sello permanente de la personalidad de tales enfermos.

## XI

Exploración del alienado.—Examen morfológico.—Estigmas físicos, fisiológicos y psíquicos de degeneración.

Conocemos ya la funcionalidad normal de nuestro psiquismo, hemos estudiado también las diferentes formas de sufrimiento de cada una de dichas manifestaciones psicofuncionales, desde el punto de vista semiológico; describamos ahora las enfermedades, una vez conocidas las funciones y sus síntomas, y tratemos de agrupar éstos constituyendo entidades psiconosológicas; mas antes detengámonos unos momentos en asunto tan indispensable para el diagnóstico de una psicopatía, y, en suma, para el de otra enfermedad cualquiera, como el que se refiere al examen del enfermo.

Nada hay tan fuera de toda regla, tan imposible de encauzar en límites precisos, tan poco sujeto a pautas determinadas, como el reconocimiento de un alienado. En el examen de un cardíaco, v. gr., obtenidos los antecedentes primero, exploramos después el aparato circulatorio, nos fijamos con el debido detenimiento en el modo de funcionar del corazón y podemos casi siempre definir de un modo exacto cuál sea la enfermedad. En terreno mental, son muy otras las condiciones a que ha de sujetarse la exploración, y hay que tener en cuenta siempre

no sólo la modalidad morbosa propiamente dicha, sino el factor individual, resultado de la misma, para intentar un diagnóstico, que, por otra parte, sólo el tiempo, es decir, la suma de muchas observaciones, hace posible precisar, en buena parte de los casos. Es muy distinta, en efecto, la exploración de un maníaco de la de un perseguido, o un loco moral. El maníaco se explora fácilmente: su actitud resuelta, su fisonomía expresiva, alegre, eufórica, su lenguaje incoordinado, profuso, incesante, con juegos de palabras que se asocian por asonancia, la aceleración de sus ideas, el optimismo, la movilidad de reacciones, etc., son síntomas muy significativos que se manifiestan, por lo común, en una sola observación, permitiendo el diagnóstico del síndrome. El perseguido, en cambio, en determinadas fases de su delirio, es reticente, desconfiado, agresivo, oculta, a veces, sus ideas morbosas, percatado de los perjuicios que pueden irrogársele si se diagnostica la perturbación que las mismas significan, y concurriendo tales circunstancias, hay que verificar el examen mental con mil precauciones, en muy diferentes veces, sin que el mismo paciente se aperciba, y claro es que en estos casos el interrogatorio puede no dar resultado. El loco moral, cuyos trastornos son predominantemente afectivos, sujeto a las beneficiosas restricciones y la reglamentación de un frenocomio, fuera de aquel medio donde se desenvolvían sus ideas patológicas, lejos del ambiente donde efectuaba sus actos morbosos, no pudiendo exteriorizarse éstos, resulta también difícil de explorar, y habrá de recurrirse a la observación cuidadosa y larga de su conducta, de

su comportamiento, no olvidando investigar con todo detalle sus antecedentes. No es preciso citar más ejemplos para dejar, pues, demostrado que la exploración mental no puede sujetarse a reglas determinadas, y que ha de subordinarse, en gran parte, a las circunstancias individuales del enfermo, nacidas de la forma de su padecimiento.

Mas, dentro de lo relativo, debemos proceder al examen mental, ajustándonos a las líneas generales de toda exploración diagnóstica. Obtendremos primero los datos anamnésicos hereditarios y personales, investigaremos cuidadosamente la causa de la enfermedad y procederemos después al examen actual, dividiendo éste en somático y psíquico.

El examen somático comprenderá la morfología o conformación exterior y el funcionalismo de los distintos aparatos y órganos, singularmente del sistema nervioso, debiendo incluirse en esta exploración neurofuncional cuanto se refiere a la actitud, movimientos o reacciones, y expresión mímica, gráfica y fonética. Es decir, examinaremos al enfermo desde un doble punto de vista, que pudiéramos llamar estático y dinámico, dejando lo que hace relación con la dinámica psicológica para el examen psíquico.

Lo que primero debemos investigar, por consiguiente, son las anomalías morfológicas; es decir, el reconocimiento del alienado comenzará por el de la conformación exterior del mismo, observándose si presenta vicios de organización, desviaciones del tipo físico normal. Y en este sentido anotaremos, de comprobarse, los denominados *estigmas degenerativos*, cuya importancia no es dudosa cuando

coexisten varios de ellos, pues la clínica enseña que toda psicodegeneración acentuada se acompaña de desviaciones del tipo antropológico normal, no sólo anatómicas, y a éstas nos referimos en este momento, sino fisiológicas y psíquicas. Entre los aludidos estigmas físicos de degeneración, tienen mayor relieve clínico los de la cara y cráneo, pero no carecen, sin embargo, de importancia los referentes al tronco y a los miembros.

Comenzaremos por determinar la capacidad craneana, cuya cifra media en los europeos adultos es de unos 1.500 cm³, valiéndonos para ello del procedimiento de Parchappe, que consiste en sumar los siguientes datos: circunferencia horizontal del cráneo, pasando por la glabela y la protuberancia occipital externa, curva antero-posterior entre dichas prominencias, curva entre ambos conductos auditivos, pasando por el vértice, y diámetros máximos transversal y antero-posterior, que significan, el primero, la mayor distancia entre los dos puntos parietales más salientes, y el longitudinal, entre la glabela y la protuberancia occipital externa. Sumados estos datos, se deducen unos cuatro centímetros por el espesor de la piel y los huesos, y el resultado es, en centímetros cúbicos, la capacidad del cráneo.

Las proporciones del mismo se determinan por medio del *índice cefálico*, el cual se obtiene multiplicando por ciento el diámetro transversal máximo, y dividiendo el producto por el diámetro antero-posterior. En relación con este índice se dividen los cráneos, por Broca, en dolicocéfalos, mesaticéfalos y braquicéfalos. *Dolicocéfalos*, de *dólicos*, largo, son los cráneos de gran diámetro antero-poste-

rior. *Mesaticéfalos*, de *mésatos*, mediano, son los cráneos medios. *Braquicéfalos*, de *braqui*, corto, son los cráneos de poco diámetro antero-posterior. Los dolicocéfalos tienen un índice inferior a 77,78 por 100; los mesaticéfalos, un índice de 77,78 a 80; los braquicéfalos, un índice mayor de 80. Existen diversos tipos dentro de cada una de las indicadas variedades, y dichos tipos son: con respecto a la dolicocefalia, la *dolicocefalia verdadera*, cuyo índice es 75 y menos; la *subdolicocefalia*, índice de 75,01 a 77,77, y la *ultradolicocefalia*, de índice 64 y menos; y en relación a la braquicefalia, la *subbraquicefalia* (índice de 80,01 a 83,33), la *braquicefalia verdadera* (índice 83,34 en adelante), y la *ultrabraquicefalia* (índice de 90 y más).

Para determinar el índice vertical del cráneo, se multiplica por ciento el diámetro basilo-bregmático, y se divide el producto por el diámetro antero-posterior.

Las anomalías de volumen del cráneo se hallan constituídas por la *macrocefalia*, cráneo grande, y la *microcefalia*, cráneo más pequeño que normalmente. Las anomalías de altura son: la *ortocefalia*, cráneo de altura regular o media; la *hipsiocefalia*, cráneo alto, y la *platicefalia*, cráneo bajo o aplastado. Por último, con respecto a las anomalías de forma, deben citarse la *escafocefalia*, la *plagiocefalia*, la *oxi o acrocefalia*, la *naticefalia*, la *trigonocefalia*, la *clinocefalia* y la *trococefalia*. Definamos cada una de estas anomalías craneales.

La *escafocefalia* se denomina también cráneo en quilla o esquife, porque consiste en la prominencia hacia arriba de la sutura sagital; es decir, de

la línea media antero-posterior del cráneo, con depresión u oblicuidad de las bolsas parietales. La *plagiocefalia* es el cráneo oblicuo o asimétrico, aquel cuyo diámetro mayor no es antero-posterior medio, sino antero posterior hacia uno de los lados, hallándose, por consiguiente, el óvalo craneal que forma la bóveda torcido, y valga la palabra, hacia la derecha o la izquierda. La *acrocefalia*, o cráneo en pilón de azúcar, es el cráneo prominente de vértice, en lugar de plano. La *naticefalia* quiere decir cráneo en forma de nalgas, o lo que es lo mismo, con depresión de la línea media o sagital, y prominencia exagerada de las zonas súpero-posteriores. La *trigonocefalia* es el cráneo en forma de cuña, mucho más ancho posterior que anteriormente. La *clinocefalia* es el cráneo en forma de silla de montar; esto es, deprimido, no antero-posteriormente como en la naticefalia, sino en sentido transversal. En fin, la *trococefalia* es el cráneo más o menos esférico.

Una vez efectuado el examen del cráneo, debe procederse al de la cara y miembros, obteniéndose los índices facial, nasal, orbitario y palatino, muy especialmente el primero, el de la cara, por su mayor significación clínica. A dicho efecto, se mide la anchura de la misma, representada por la distancia transversal máxima a nivel de los maxilares superiores, y después la longitud, es decir, la distancia entre la sutura naso-frontal y el borde alveolar entre ambos incisivos medios superiores; se multiplica por ciento el resultado de la primera medición, esto es, de la anchura, y dividiendo el producto por la longitud o altura, el cociente de dicha división será

el índice facial. Del mismo modo se obtienen los índices orbitario, nasal y palatino, y claro es que para conceder su verdadero valor a estas mediciones, habremos de tener presente los datos numéricos que corresponden a tales índices, v. gr.: la cara corta o ancha constituye la *camoprosopia*, y su índice es de 50; la cara larga o estrecha, la *leptoprosopia*, y su índice es de 50,1 en adelante. En las caras enteras, es decir, extendida la medición longitudinal hasta el borde cervical del maxilar inferior, dichos índices son, de modo respectivo, de 90 y de 90,1 en adelante. Con respecto a la órbita, el índice hasta 80 corresponde a la *cameconchia;* el de 80,1 a 85, a la *mesoconchia*, y el de 85,1 en adelante, a la *hipsiconchia*. Cameconchia significa, pues, órbita baja; mesoconchia, órbita de altura media, e hipsiconchia, órbita alta.

*Leptorrinia* quiere decir nariz larga y estrecha, y su índice es de 42 a 47; *mesorrinia*, nariz media, y su índice de 47,1 a 51, y *platirrinia*, nariz ancha, siendo su índice de 51,1 a 58.

Las distancia entre los alvéolos de los segundos molares superiores representa la anchura del paladar; la existente entre la espina posterior del mismo y los incisivos medios constituye la longitud de dicha bóveda. Multiplicando por ciento la anchura y dividiendo el producto por la longitud, obtendremos el *índice palatino,* el cual es hasta 80 en la *leptostafilinia* o paladar estrecho; de 80,1 a 85 en la *mesostafilinia* o paladar de dimensiones medias, y de 85,1 en adelante, en la *braquistafilinia* o paladar ancho.

Entre las anomalías morfológicas referentes a

la cara, debe mencionarse, en primer término, la *plagioprosopia*, es decir, la cara oblicua, asimétrica, de óvalo irregular, no vertical en su diámetro mayor, sino dirigido hacia uno de los lados. Citaremos, además, la excesiva estrechez de la frente o *estenometopia*, la depresión de las prominencias zigomáticas denominada *criptozigia*, la exageración de las mismas o *fenozigia*, la salida hacia adelante del maxilar superior o *prognatismo*, la del inferior o *progeneísmo*, la exagerada anchura de la cara a nivel de su plano inferior, anomalía que se designa con el nombre de *eurigonia;* el *omodontismo* o amorfismo dentario, constituído por dientes deformes o mal implantados, y el *micro* y *macrodontismo*, esto es, la presencia de dientes excesivamente pequeños o grandes. Recordaremos, por último, también las deformidades de la lengua entre ellas, v. gr., las referentes al tamaño, denominadas *micro* o *macroglosia*, así como la lengua llamada escrotal o cerebriforme por las numerosas y profundas depresiones que presenta; y las anomalías de la bóveda palatina, singularmente la *bóveda ojival* y la *asimétrica*, por observarse ambas deformidades con gran frecuencia, sobre todo en los degenerados inferiores.

Merecen también nuestra atención las deformidades del pabellón auricular, denominadas orejas de Darwin, Morel, Wildermuth, Blainville y Stahl. *La oreja de Darwin* se caracteriza por la prominencia del tubérculo de su nombre, situado en la unión del borde superior con el posterior o descendente del pabellón auditivo, borde que, en conjunto recibe, como sabemos, el nombre de hélix. *La ore-*

*ja de Morel* es plana, ancha, sin relieves, de bordes delgados, rudimentaria, en fin, llamándose también por dichos caracteres *oreja de macaco. La oreja de Wildermuth* es la de antehélix muy prominente. La de *Blainville*, la asimétrica con su homóloga. Por fin, la *oreja de Stahl* tiene tres variedades, una de hélix muy ancho y recubriendo la foseta intercrural, depresión que ocupa el espacio existente entre las dos ramas en que se divide por arriba el antehélix; otra ancha, con las indicadas ramas del antehélix horizontales y prominentes, en vez de oblicuas hacia arriba y adelante y hacia arriba y atrás; y la tercera constituída por la oreja plana o sin cavidades (oreja de elefante).

Las anomalías de los miembros y del tronco son también numerosas, pero no tienen, en realidad, la significación que las del craneo y cara. No haremos de aquéllas, por consiguiente, sino una breve referencia; el excesivo o escaso desarrollo de los miembros, que se denominan, respectivamente, *macromelia* y *micromelia;* la falta de una o varias extremidades *o amelia,* y la soldadura de las piernas o *simelia;* anomalías que, referidas a los dedos, se designan con los nombres de *macro*, *micro* y *sindactilia*. Deben citarse, además, la *hexadactilia* o *sexdigitismo* (sexto dedo o dedo supernumerario); las diferentes formas de *pie bot,* etc., etc. En lo que se relaciona con el tronco, recordaremos su desproporción con respecto a los miembros, las desviaciones de la columna vertebral, la asimetría y, en general, las heteromorfias torácicas, el desarrollo exagerado de las mamas o *megalomastia*, su multiplicidad o *polimastia;* el bocio, los

vicios de conformación de los órganos sexuales, etcétera, etc.

Si importantes son los estigmas físico-generativos, no lo son menos los estigmas funcionales o fisiológicos, habida cuenta de que la defectuosa construcción y el anormal higiologismo hacen pensar lógicamente en que en tales casos de desviación del desarrollo y de anormalidad funcional, estén también defectuosa o anormalmente desenvueltas las diferentes modalidades de actividad psíquica. Y, de todos modos, cuando veamos un individuo mal conformado y cuyas funciones se efectúan de manera anormal congénitamente, deberemos buscar los estigmas psíquicos, que, unidos a los anatómicos o antropológicos externos, y a los fisiológicos, o antropológicos internos, constituyen el tipo completo de degeneración psico-somática. Los aludidos estigmas degenerativos fisiológicos o funcionales son principalmente: las anomalías del sentido de la vista, por ejemplo, la reducción de la agudeza visual, la miopía, la hipermetropía, el daltonismo, el estrabismo, el bicromatismo del iris o *estigma irideo de Feré,* la ceguera congénita, etc. Además, y en otros órdenes de funcionalidad, la anosmia y la sordera congénitas, los defectos de pronunciación, el *mancinismo* (zurdos) o *ambidextrismo,* el retraso o la la precocidad del instinto sexual, las perturbaciones de la marcha, la incontinencia de orina, el mixedema, etc., etc. Con respecto a los *estigmas psíquicos,* en concepto de Regis, se hallan representados por: *insuficiencia del desarrollo intelectual y moral, desequilibrio, inestabilidad, inafectividad, amoralidad, insociabilidad* e *impulsividad.*

## XII

### Exploración del alienado *(continuación)*. Examen psíquico.

Continuando el reconocimiento del enfermo de la mente, una vez recogidos los datos anamnésicos hereditarios y personales, cuando ello es posible, puesto que la mayor parte de las veces los allegados de aquél ocultan dichos datos, como si la pérdida de la razón constituyera un estigma vergonzoso y no una circunstancia desgraciada, y en otras ocasiones, la historia morbosa no es conocida, o el estado mental del sujeto sometido a nuestro examen no nos permite apelar al interrogatorio; efectuado el examen somático e investigada al propio tiempo, en fin, la existencia de estigmas anatómicos, fisiológicos, y muy particularmente psíquicos, de degeneración, nos restará explorar la actitud, reacciones y lenguaje, como prólogo necesario al metódico y especial reconocimiento de cada una de las formas de actividad psíquica, ya que en el hábito exterior, en la actitud, en los movimientos y en el modo de expresión, se traduce de manera general, pero muy gráfica, no sólo el estado de las funciones intelectuales o representativas, sino más especialmente el de los sentimientos y de la voluntad. La actitud podemos considerarla, y puntualizando mejor el concepto, como la estática afectiva y psico-motriz; los

movimientos o reacciones, como la expresión dinámica de tales modos de funcionalidad psíquica.

Tan importante es, en efecto, el estudio de la actitud y de las reacciones al explorar un enfermo mental, que muchas veces basamos en dicho estudio el diagnóstico de la enfermedad, o, por lo menos, el del síndrome. No haremos más que recordar, en corroboración de este aserto, la actitud de pasividad, de recogimiento, de preocupación, de dolor moral, que es propia de los melancólicos; la actitud resuelta, activa, de desenfado, teatral, de los maníacos; la actitud amanerada, estatuaria, monótona, la repetición o conservación, más o menos indefinidas, de las reacciones, del demente precoz catatónico; la actitud indecisa, de duda o de desorientación, propia del confuso; el continente de reticencia, de desconfianza, y de hostilidad a veces, que presenta el perseguido; el menosprecio y el orgullo, que exterioriza el megalómano; la pasión, el erotismo, que se reflejan en determinados casos de histeria; la indiferencia y la apatía de ciertos degenerados, etc., etc.

No menos importante es el conocimiento de las perturbaciones que pueden observarse en el lenguaje de los enajenados. El lenguaje, la moneda del pensamiento como denomina Forel a esta importantísima función, tiene, como recordaremos, tres formas distintas: el lenguaje intelectual, el lenguaje de formación de las palabras y de sus signos, y el lenguaje de articulación. Estos tres grupos de funciones del lenguaje tienen centros diferentes en la corteza cerebral; el lenguaje ideativo o intelectual, en los lóbulos prefrontales quizá, zonas hemisféricas

en donde se supone la existencia del centro psíquico superior, o mental propiamente dicho; el lenguaje de formación, en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda, para la construcción de la palabra hablada; en el pie de la segunda circunvolución, también frontal e izquierda, para la de la palabra escrita; en las zonas rolándicas media e inferior izquierdas, para la formación de los gestos o movimientos del semblante, que constituyen la mímica; por último, el lenguaje de articulación de las palabras y de los signos, en el opérculo rolándico. Por consiguiente, en los lóbulos prefrontales se piensa la palabra; en los centros, también corticales, tercera circunvolución frontal izquierda, localización discutida no obstante por Marie y sus partidarios, se forma la palabra hablada; en la segunda frontal izquierda, el lenguaje escrito; en las zonas rolándicas izquierdas media e inferior, el lenguaje mímico; y en fin, en el opérculo rolándico se articulan las palabras y los signos, adquiriendo forma ostensible, unas y otros, merced a otros centros más inferiores, basilares y mesocefálicos, desde los cuales, y por medio de vías de transmisión, la palabra pensada, formada y articulada se exterioriza a beneficio de sonidos, signos gráficos y signos mímicos.

Además de dichos centros motrices o de expresión, existen otros sensoriales o de comprensión, porque el intercambio de ideas con nuestros semejantes exige que podamos entender las palabras que oímos o que leemos; y tales centros, denominados también de recepción, residen: el de la comprensión de la palabra oída, en la parte posterior de las dos

primeras circunvoluciones temporales izquierdas, y el de la comprensión del lenguaje escrito o leído, en el pliegue curvo del mismo lado.

Pues bien; los trastornos del lenguaje intelectual o de ideación se denominan *dislogias;* los del lenguaje de formación y comprensión, *disfasias;* los del lenguaje de articulación, *disartrias*. Las disfasias comprenden: la *afasia motriz* o de Broca y la *agrafia,* pérdida del lenguaje hablado y del escrito, respectivamente; la *sordera verbal,* pérdida de comprensión del lenguaje oído; la *ceguera verbal,* pérdida de comprensión del lenguaje leído, y, en fin, las *dismimias,* pérdida del lenguaje mímico.

De todos estos trastornos del lenguaje, tienen gran significación en clínica mental las dislogias, las dismimias y las disartrias. Exploraremos, por lo tanto, si el enfermo presenta perturbaciones en el modo de expresarse, cuyo origen sea debido a trastornos intelectuales, y si se halla más o menos dificultada la articulación de los sonidos. En el primer caso diremos que se trata de un dislógico; en el segundo, de un disártrico. Pero dentro del grupo de las dislogias, debemos establecer una división fundada en las distintas modalidades por las cuales se expresa el pensamiento, diciendo: si el paciente exterioriza alteraciones de expresión fonética, será un *dislógico verbal;* si su mímica es la perturbada, será un *dislógico mímico;* si presenta, en fin, trastornos de escritura, será un *dislógico gráfico*.

Algunos ejemplos demostrarán mejor estas diferencias. El maníaco o hiperfrénico, que es, en suma, la representación de la hiperactividad psico-motriz, en general habla en voz muy fuerte, con rapidez ex-

cesiva, en tono declamatorio, y asocia con gran facilidad unas palabras con otras; el melancólico, que puede considerarse como ejemplo de la hipoactividad psico-motriz, no habla o habla en voz muy tenue, con excesiva lentitud, en tono bajo, monótono y expresivo de dolor moral, asociando muy dificultosamente. El uno, el maníaco, es un dislógico por perturbaciones en la dicción, esto es, en la intensidad, en la rapidez, en el tono, en la forma con que asocia las palabras; pero el melancólico es también un dislógico, porque, en sentido diametralmente opuesto, es decir, de disminución, presenta asimismo perturbaciones en el modo de decir, o lo que es igual, en la forma de expresarse. De idéntico modo, el demente precoz, que habla de manera afectada, teatral, o que repite mucho las mismas palabras, trastorno que se denomina *verbigeración,* será un dislógico por perturbación de dicción, de tonalidad; y el alucinado que pasa largos ratos, días, meses. años enteros hablando con un interlocutor imaginario, real para él, a quien contesta, será también un dislógico.

Además de dichas variedades de dislogia, merecen citarse, y dentro también de las referentes a la forma de exteriorización verbal, las anomalías de continuidad en la expresión; v. g.: el *tartajeo,* es decir, la pronunciación torpe o trocando las letras; el *titubeo* o angofrasia, pronunciación vacilante, con tropiezos; el *agramatismo,* omisión de una o más letras de las palabras, con la consiguiente dificultad de dar forma gramatical a las frases; y, por último, la *embolofrasia* o *embololalia*, intercalación de frases o palabras en el discurso, denominán-

dose *émbolo* la frase o palabra intercalada, que se designa *muletilla* en términos vulgares, y es tan usada por algunas personas.

Otras formas de dislogias no se refieren al modo de expresión, sino al estilo. Ejemplos: el lenguaje profuso y lleno de asonancias de los maníacos; el metafórico, sentencioso y dramático de los sistematizados; el lacónico de los melancólicos; el empleo de palabras sin sentido alguno, denominado *psitacismo* o lenguaje de papagayo; la expresión verbal prolija o desenvolvimiento repetido de una misma idea, trastorno denominado *paralogia temática*.

En fin, una tercera variedad de dislogias se caracteriza por trastornos de sintaxis relacionados con astenia intelectual, amnesias, delirios, abulias, etc.

Independientemente de las perturbaciones dislógicas, en cuanto a la forma de expresión verbal, existen dislogias que se refieren al fondo mismo del discurso, y entre ellas mencionaremos la *incoherencia* de lenguaje, que se observa en los dementes precoces sobre todo, la *incoordinación* de los maníacos, las fobias verbales, y, por último, los *neologismos*, dislogia muy frecuente en los perseguidos, y que consiste en el uso de palabras creadas por ellos, sin significación o de significación sólo por ellos conocida, y con las cuales suelen designar a sus enemigos.

En resumen: todos los trastornos de expresión verbal, tanto en la forma como en el fondo, sin alteración alguna en la construcción de las palabras ni en la articulación de las mismas, constituyen las dislogias, y entre ellas tienen mayor relieve clínico, en cuanto a las dislogias referentes a la

forma, el *mutismo,* y en lo que atañe al fondo del discurso, los *neologismos*. El mudo mental no sufre lesión alguna de los centros corticales que presiden a la formación de las palabras y a la articulación de las mismas; no es un afásico, puesto que no tiene lesionado el centro correspondiente; no es un disártico, porque tiene íntegros los centros de articulación; es un dislógico, en cambio, y no habla por la inhibición intelectual, por la abulia que padece, o, aun no sufriendo estas perturbaciones, porque el delirio de indignidad le hace considerarse indigno de alzar su voz ante sus semejantes; variedades de mutismo que se observan en el melancólico. En otras ocasiones, oye voces que le ordenan permanecer callado para no ser descubierto por sus enemigos, como ocurre en los perseguidos. En fin, a veces se propone hablar y no puede pronunciar una sola palabra, porque su voluntad freno predomina sobre su voluntad acción, y así ocurre en el trastorno llamado negativismo, que es síntoma de la demencia precoz.

Las *dismimias* son, como hemos dicho, perturbaciones del lenguaje mímico. Deben admitirse, con Seglas, dos modalidades de lenguaje mímico expresivo: uno, la mímica emotiva, es decir, la constituída por los movimientos de expresión relacionados con la afectividad; y otro, la mímica lenguaje, es decir, los gestos y movimientos que sirven para expresar las ideas. Las *dismimias* se refieren a la mímica emotiva; las *disemias*, al lenguaje mímico o de los gestos. El aumento de la mímica emotiva, como el de la mímica de los gestos, se observa en la manía, denominándose *hipermimia* e *hiperse-*

*mia*, respectivamente; la disminución de ambas modalidades mímicas es propia de la melancolía, y recibe los nombres de *hipomimia* e *hipoasemia*, excepto en las formas de melancolía ansiosa, en que existen hipermimia e hipersemia; en fin, las *parasemias* y *paramimias* son propias, sobre todo, de imbéciles, confusos, paralíticos generales y perseguidos.

Las *disgrafias*, o, por mejor decir, las dislogias gráficas, tienen muchas variedades, entre ellas la graforrea, el mutismo gráfico, la estereotipia gráfica, los neografismos, la incoherencia y el automatismo gráficos, la denominada escritura en espejo y la disgrafia ataxo-paralítica. La *graforrea* es en la escritura lo que la verborrea significa en la palabra, y se observa, como la verborrea, dislogia por rapidez de elocución, en el maníaco; el *mutismo gráfico* es propio del melancólico; la *estereotipia gráfica*, es decir, la repetición de signos o palabras escritas, pertenece a la demencia precoz; los *neografismos*, como los neologismos, a los perseguidos; la *incoherencia* y el *automatismo gráficos*, a los dementes, confusos y degenerados; la *escritura en espejo*, es decir, de derecha a izquierda, a los dementes precoces, y, por último, la *disgrafia ataxo-paralítica*, a la parálisis general progresiva, caracterizándose en un principio por rasgos ondulados y temblorosos, después por trazos mucho más irregulares, que no siguen la línea de escritura, y en la última fase de la enfermedad, por errores ortográficos, transposición u omisión de letras o sílabas y emborronamiento de lo escrito.

Y llegamos ahora a la parte más delicada de

nuestra misión como alienistas, a aquella para la cual no es posible, como antes decíamos, sujetarse a pauta alguna en la mayor parte de los casos: a la exploración de cada una de las modalidades de nuestra actividad psíquica. Si, en efecto, hemos obtenido datos positivos o negativos de anamnesia hereditaria individual, de conformación, del funcionalismo somático, y después, del hábito exterior psíquico, si así podemos denominarlo, es decir, de la actitud, reacciones y modos de expresión del enfermo, nos resta aún lo esencial para llegar a la definición del diagnóstico; nos queda, en fin, el reconocimiento detenido, dificultoso muchas veces, y casi siempre necesariamente largo y reiterado, de las funciones psíquicas, o lo que es lo mismo, del estado de la senso-percepción, de la atención, de la memoria, de la asociación en sus distintas modalidades psicológicas, de la afectividad y de la voluntad.

Para investigar la senso-percepción, recurramos, en primer término, al interrogatorio; después, a la Psicología experimental. Esta misma norma de conducta deberemos seguir en la exploración de las demás funciones psíquicas, apelando siempre, en cuanto al interrogatorio se refiere, a las preguntas más en armonía con la función que tratamos de reconocer, y en lo que respecta a la investigación experimental, a los medios más sencillos y prácticos, que son, por cierto, muy escasos, porque en su mayor parte no ofrecen gran utilidad desde el punto de vista de las dificultades que presenta su aplicación.

El interrogatorio nos pondrá en camino de percatarnos del estado de las funciones senso-perceptivas del sujeto sometido a nuestro examen, por el

modo como percibe e intensidad y certeza de su apreciación acerca de los objetos, las personas, los lugares, las impresiones exteriores, en fin, en sus innumerables variedades, y asimismo respecto de las sensaciones endógenas. Por lo demás, recurriremos a los medios que aconseja la propedéutica para explorar debidamente el estado de la sensorialidad visual, acústica, táctil, gustativa, olfatoria, profunda y cenestésica, cuyos medios nos son bien conocidos. Además, investigaremos cómo se efectúa la percepción de la corporalidad de los objetos por medio del tacto, la pérdida de cuya percepción constituye la *estereoagnosia*, invitando para ello al sujeto a reconocer un objeto cualquiera por dicho medio y sin el auxilio de la vista, y exploraremos también la percepción de los mismos por este sentido o el acústico, la pérdida de cuyo reconocimiento, con la integridad sensorial correspondiente, se denomina de modo respectivo *agnosia visual o ceguera psíquica y agnosia auditiva o sordera psíquica.*

Claro es que, como síntomas senso-perceptivos de innegable importancia, dirigiremos nuestra investigación también, en sentido de la posible existencia de ilusiones y alucinaciones, así como de los trastornos de orientación, preguntando al sujeto si oye voces, si percibe visiones, personas, objetos que no tienen realidad exterior, si conoce el lugar donde se halla, el tiempo en que vive, sus circunstancias personales, etc., etc.

Aparte de dichas notas patológicas senso-perceptivas que la exploración puede poner de relieve, hemos de tener en cuenta otras referentes a la in-

tensidad con que se efectúa la percepción, pues, por ejemplo, en los agitados, la percepción es rápida, pero superficial, poco exacta, inestable, móvil, en suma; en los deprimidos es lenta; en los estados confusionales se halla aún mucho más dificultada, etcétera, etc.

El resultado de cuanto queda expuesto acerca del examen de la senso-percepción, puede sintetizarse así: el enfermo, teniendo íntegro su funcionalismo sensorial, no reconoce un objeto que tiene en la mano, es un esteroagnósico; no reconoce la significación, ignora cómo se denomina un objeto que ve, es un ciego psíquico o agnósico visual; oye un sonido, pero no conoce el objeto que lo produce, es un sordo psíquico o agnósico auditivo; ve personas, objetos, que no se hallan ante él, que no tienen realidad, es un alucinado visual; oye ruidos, voces imaginarias, se trata de un alucinado del oído; huele, gusta, toca lo que no tiene existencia alguna, sino en su imaginación, se trata de un alucinado del olfato, del gusto, del tacto. Además: percibe muy rápidamente, pero mal, predomina en él el automatismo, es probablemente un hiperfrénico o agitado; percibe con suma lentitud, es quizá un melancólico; percibe con visible deficiencia, un degenerado inferior; de modo también difícil e inexacto, un confuso mental.

Después de la senso-percepción, y siguiendo el mismo orden de nuestro estudio psicológico y sintomático, debemos examinar la atención, por medio del interrogatorio, en primer término, y por procedimientos experimentales, después. Provistos de un reloj que marque quintos de segundo, haremos preguntas al sujeto y anotaremos el tiempo que tarde

en responder, teniendo en cuenta que normalmente dicho tiempo es de uno a tres segundos. Apelaremos también a los reactivos de Bourdon y Binet para medir dicha función. El de Bourdon consiste en comprobar si se tachan todas las letras *a*, v. gr., de un párrafo, en un tiempo previamente determinado; las omisiones y los errores nos informarán acerca de la constancia de la atención. El reactivo de Binet se efectúa invitando al enfermo a que con la mayor rapidez posible escriba debajo de cada una de tres cifras las subsiguientes. El número de errores y el tiempo empleado indicarán la capacidad y el grado de constancia de la atención.

Münsterberg recurre para examinar dicha forma de actividad al procedimiento siguiente: invita al sujeto a que de modo simultáneo trace con una mano líneas verticales y con la otra líneas horizontales. Ambos movimientos llegan al fin a efectuarse en un mismo sentido, pero el tiempo que media hasta que esto se realiza es más largo en condiciones normales que patológicamente.

Para explorar la memoria, debemos recurrir también al interrogatorio y a la Psicología experimental. El interrogatorio, en la mayor parte de los casos, nos dará datos suficientemente significativos. Preguntemos al sujeto acerca de acontecimientos recientes y acerca de hechos de antigua fecha que puedan serle también conocidos; observemos cómo recuerda lo que ha aprendido en su infancia, lo que hizo hace unos meses, una semana antes, el día anterior; interroguémosle acerca del lugar donde se encuentra, de las personas que le rodean, de sus propias circunstancias personales; examinemos, en

fin, si conserva aquellas nociones generales más rudimentarias, cuando se trate de una persona de escasa instrucción, y en otro caso y siempre, las que haya debido adquirir, y nos será así fácil formar juicio acerca del estado de la memoria, en todas sus modalidades funcionales. Si queremos recurrir a sencillos procedimientos de Psicología experimental, bastará, v. gr., con pronunciar en alta voz una serie de palabras o números, que deberá el sujeto repetir, teniendo en cuenta que normalmente se retienen muy bien seis o siete de cada diez; o también con invitarle a recordar las palabras que suprimamos después de la lectura de una serie determinada.

El funcionalismo asociativo se investiga observando cómo enlaza el sujeto las ideas, con qué celeridad y acierto da forma a la expresión del pensamiento por medio del lenguaje. También en esta función podemos citar los síndromes manía, melancolía y confusión mental, así como ciertos estados degenerativos, para servirnos de ejemplos de perturbación funcional. El maníaco, v. gr., asocia con suma facilidad, pero superficialmente, y por regla general *por asonancia*, por el sonido de las palabras, rimando; es, por tanto, un tipo de asociación rápida, pero desordenada. El melancólico asocia con suma lentitud. El confuso, el demente precoz, el degenerado inferior, no asocian bien, porque sus ideas no guardan el debido enlace, ofreciendo verdaderas soluciones de continuidad, falta de conexión, expresándose fragmentariamente, por decirlo así; son, por lo mismo, ejemplos de incoherencia de ideas. Por último, el demente precoz, sobre todo en la forma catatónica, se expresa de un modo monótono,

amanerado, repitiendo constantemente las mismas palabras o las mismas frases; es el tipo de *asociación perseverante*, estereotipada, fenómeno llamado también *verbigeración*.

Para medir experimentalmente el proceso asociativo puede emplearse el procedimiento de Sanctis, quien se vale de tres series de diez palabras inductoras, una de objetos concretos, otra de verbos, y la tercera de ideas abstractas; y con un cronoscopio de quintos de segundo, y cuidando no distraer al sujeto, mide el tiempo de reacción o respuesta, o lo que es lo mismo, el que media desde la pronunciación de la última sílaba de la palabra inductora hasta la de la primera sílaba de la palabra inducida, invitando al sujeto a que conteste lo antes posible con la palabra que acuda a su mente tan pronto oiga la que se le lea. Se obtiene así primero la cifra media de las respuestas parciales y después la media total, y se confronta, en fin, el resultado con la media fisiológica previamente determinada.

El interrogatorio y el examen del lenguaje hablado y del lenguaje escrito, en cuanto a la riqueza, o lo que es lo mismo, al contenido de ambas formas de expresión, nos sirven para medir la inteligencia, función esencialmente asociativa. Si se quiere recurrir, además, a la Psicología experimental, pueden emplearse, amén del método de Sanctis antes descrito, los procedimientos preconizados por Fuhrmann y por Guicciardi. Fuhrmann utiliza un esquema de cien palabras inductoras que lee o hace leer al sujeto de modo rítmico y ordenado, determinando la extensión o amplitud del poder asociativo, es decir, el tanto por ciento de reacciones o asocia-

ciones diferentes obtenidas con las palabras inductoras, cuya cifra alcanza en los individuos sanos a un 90 ó 95 como mínimo, y un mes después, o dejando aún pasar más tiempo, efectúa un segundo examen con las mismas palabras, anotando las asociaciones nuevas, es decir, las nuevas palabras inducidas que resultan de esta segunda prueba, y obtiene así en ésta la riqueza del poder asociativo. Un coeficiente de asociación de un 70 ó 60 por 100 o inferior aún, indica con seguridad un estado psico-morboso; y en los idiotas, por ejemplo, es de 40 y menos hasta cero. Al mismo tiempo, se puede con este procedimiento obtener la calidad de la asociación, es decir, el tipo de asociación predominante, pues en el maníaco, v. gr., la asociación se verifica, como hemos dicho, por asonancia; en el demente catatónico, por contraste o negativismo (alto-bajo, duro-blando, blanco-negro) o por estereotipia, o lo que es igual, contestando siempre el enfermo con la misma palabra; en el perseguido, las palabras inducidas suelen consistir en neologismos, etc., etc.

Guicciardi determina la rapidez asociativa iluminando palabras escritas mediante un tubo de Geissler. El sujeto debe, tan pronto ve la palabra, asociar la que acuda a su mente; se mide el tiempo de esta reacción con un cronoscopio, y deduciendo de dicho tiempo el de reacción simple, se tiene el tiempo de asociación.

El juicio se investiga por la apreciación que haga el individuo acerca de sí mismo, de sus propios actos y de los actos de los demás. La *autocrítica* y la *heterocrítica* serán, pues, debidamente examinadas, así como los conocimientos que el sujeto haya

podido adquirir y la opinión que forme respecto de asuntos políticos, morales, religiosos, la *lógica* que presida a sus apreciaciones, etc., etc., observando si juzga atinadamente dentro del modo de ver en que se coloque, es decir, del género de ideas que sustente. Además, pueden obtenerse datos de estimable valor acerca del juicio invitando al sujeto a calcular el tiempo que media entre dos palabras que pronunciemos, la distancia a que se halla un objeto, la extensión de un espacio dado, la altura aproximada de un edificio, etc., etc.

No debe olvidarse que al investigar por todos los procedimientos indicados el estado del juicio, no hacemos más que la debida apreciación de la *lógica* y la *crítica*, cualidades inherentes a aquella función, y cuyo examen equivale a la de la capacidad intelectual, sobre todo teniendo en cuenta los datos acerca de la memoria, atención, lenguaje, sentimientos y actividad. La lógica y la crítica, que en condiciones normales coexisten en el juicio, pueden alterarse o faltar en circunstancias morbosas. Sirva de ejemplo el delirante sistematizado de persecuciones, en el cual se observa un perfecto raciocinio lógico de sus ideas, un razonamiento claro e irrebatible de las concepciones morbosas, que sólo lo son, por consiguiente, en cuanto a la base falsa que las sustenta. El perseguido tiene, pues, lógica, pero carece de autocrítica, en primer término, por no conocer su propio estado patológico, desconocimiento que es común, por lo demás, en casi todas las formas de locura.

Citaremos también para medir la capacidad intelectal los *reactivos de los silogismos*, procedimiento preconizado por Toulouse, y en el cual el

sujeto es invitado a contestar con la palabra *exacto* o *inexacto* a sencillos razonamientos; por ejemplo: la mentira es un vicio feo, es así que todo vicio debe evitarse, luego la mentira debe evitarse; el hielo es agua, pero el hielo es un cuerpo sólido, luego el agua es un cuerpo sólido. El tiempo que media entre el último acento de la palabra finalmente leída o pronunciada y el primer fonema de la respuesta constituye el tiempo de razonamiento, que se mide por quintos de segundo, y que, de ser prolongado, indicará torpeza de comprensión, poca actividad de los procesos psíquicos, y los errores, disminución del raciocinio.

La exploración de la afectividad debe efectuarse por medio de preguntas referentes a los sentimientos más íntimos del sujeto, como su amor a la familia, sus relaciones de amistad, sus deberes profesionales, su adaptación, en fin, al ambiente famimiliar y social. No se pueden obtener en la investigación de los sentimientos grandes resultados por método experimental alguno, pues como afirma Morselli, una *timometría* científica es imposible, dado que no se pueden determinar la duración, fuerza e intensidad del fenómeno afectivo.

Por último, para el examen de las reacciones psíquico-motrices podremos recurrir a simples órdenes dadas al enfermo invitándole, v. gr., a que cierre una puerta, nos dé la mano, muestre la lengua, etc. El tiempo de reacción es, por término medio, de uno a tres segundos. Pero, abstración hecha de los datos experimentales, la conducta del enfermo es, como dice Roncorini, la que nos iluminará acerca del estado de las reacciones psicomotrices.

# TERCERA PARTE

# Las psicopatías.

## XIII

## Clasificación etiológicoclínica.

I: Psiconeurosis.—II. Psicodisgenesias.—III: Paratimias.—IV: Paranoias.—V: Toxifrenias.—VI: Demencias.

- I: Psiconeurosis
  - Histérica.
  - Neurasténica o psicastenia.
  - Coreica.
  - Epiléptica.
- II: Psicodisgénesias
  - Congénitas o *frenastenias*
    - Idiocía.
    - Imbecilidad.
    - Debilidad mental.
  - De evolución o *síndromes degenerativos*
    - Estables
      - Locura moral.
      - Neurastenia constitucional.
      - Melancolía constitucional.
      - Psicopatías sexuales.
    - Episódicos o accesionales
      - Abúlico
        - Obsesivo.
        - Fóbico.
        - Impulsivo.
      - Maníaco.
      - Melancólico.
      - Mixto.
      - Alucinatorio.
      - Delirante polimorfo.
- III: Paratimias
  - Manía.
  - Melancolía.
  - Estados mixtos maníaco-depresivos
    - Manía hipotímica.
    - Depresión agitada.
    - Manía improductiva.
    - Depresión con fuga de ideas.
    - Manía aquinética.
    - Estupor maníaco.
  - Ciclotimia.
  - Locura maníaco-melancólica.
  - Melancolía de involución o afectiva.



- IV: Paranoias
  - Primitivas
    - Rudimentaria o abortiva
      - Ideas fijas.
      - Obsesiones
        - Fóbicas.
        - Impulsivas.
    - Aguda alucinatoria.
    - De reivindicación
      - Delirio de los perseguidos perseguidores.
      - Delirio ambicioso.
      - Delirio procesivo.
      - Delirio erótico.
      - Delirio religioso.
      - Delirio político.
      - Delirio hipocondríaco.
      - Locura a dos.
    - De interpretación.
    - Persecutoria o delirio crónico sistematizado de Magnan.
    - Melancólica o delirios crónicos sistematizados de autoacusación, negación e hipocondríaco.
    - Religiosa.
    - Ambiciosa.
    - Erótica.
  - Secundarias
    - Alcohólica.
    - Epiléptica.
    - Melancólica.
    - Maníaca.

- V: Toxifrenias.....
  - Exógenas.....
    - Alcoholismo...
      - Embriaguez patológica.
      - Alcoholismo crónico.
      - Delirium tremens.
      - Alucinosis aguda.
      - Delirio sistematizado alcohólico.
      - Pseudoparálisis general alcohólica.
      - Psicosis polineurítica de Korsakoff.
    - Morfinismo.
    - Tebaísmo.
    - Saturnismo.
    - Cocainismo.
    - Eterismo.
    - Psicosis pelagrosa.
  - Endógenas....
    - Confusión mental y delirio agudo.
    - Psicosis tireógenas.....
      - Mixedema.
      - Cretinismo.
      - Mongolismo.
      - Bocio exoftálmico.
    - Psicosis rábica.
    - Psicosis tripanosomiásica.
    - Psicosis sifilítica.
    - Psicosis tuberculosa.
    - Psicosis gripal.
    - Psicosis hepática.
    - Psicosis urémica.
- VI: Demencias.....
  - Precoz o esquizofrenia.
  - Paralítica o parálisis general progresiva.
  - Vesánica o secundaria.
  - Orgánica.
  - Senil.

## XIV

## Psiconeurosis.

Psicosis histérica.—Psicosis neurasténica o psicastenia.

El primer grupo de afecciones mentales que debe ocupar nuestra atención es el de las psiconeurosis; es decir, el de aquellas psicopatías que aparecen en el curso de las enfermedades del sistema nervioso denominadas neurosis. Mas tratemos previamente de conocer la verdadera significación de este término, y de asignarle los límites clínicos que le pertenecen, dados nuestros conocimientos actuales.

*Neurosis* quiere decir afección nerviosa de índole funcional, no orgánica; neuropatía sin lesiones anatómicas apreciables por los medios actuales de investigación. ¿Pero puede esto significar que tales lesiones no existan? ¿Será posible concebir que el sufrimiento de un órgano, de un aparato, de un sistema, manifestado por fenómenos expresivos de que el órgano funciona mal, no altere en absoluto la estructura, el modo de ser, la constitución anatómica del mismo? ¿Habremos de contentarnos con decir que en la histeria y en la psicastenia todo es dinámico, sólo está perturbada la función, y que la célula en donde la función se genera permanece íntegra? Si en términos generales, si desde el punto de

vista práctico, no cabe admitir función alguna sin substratum anatómico en que la misma se produzca; si allí donde vemos dinamismo hay que afirmar la existencia de un órgano en el cual el dinamismo se efectúe, y las funciones de los distintos órganos y aparatos son diferentes unas de otras, pero siempre iguales en sí, es decir, en relación con el órgano o el aparato orgánico en donde se verifican; si, en fin, la función nace del o en el órgano, el síntoma, el síndrome, la enfermedad no pueden considerarse sino como expresión de que el órgano sufre; o lo que es lo mismo, representando la función normal la higidez del órgano o aparato respectivo, la función patológica nos permitirá afirmar que el órgano se halla alterado.

Las neurosis, pues, deben considerarse como enfermedades dependientes de lesiones aun desconocidas, como padecimientos nerviosos de base anatomopatológica no definida hasta hoy, por insuficiencia de los medios puestos en práctica al efecto, por falta de conocimiento do los métodos de investigación adecuados. Tales enfermedades, dependientes de lesiones no conocidas, o ignoradas, como afirma Raymond, se distinguen de las enfermedades orgánicas del sistema nervioso en que atacan más transitoriamente y con menor intensidad el funcionalismo, son menos fijas, más curables, y no dejan en pos de sí, por lo general, consecuencias morbosas. Las lesiones de las neurosis dependerían, en opinión de dicho autor, de modificaciones bioquímicas o físicas, no de lesiones estructurales, como las lesiones orgánicas.

Del sinnúmero de afecciones comprendidas bajo

la denominación de neurosis, no quedan en la actualidad más que dos que se estudien como tales, la histeria y la psicastenia o psicosis neurasténica, y de suponer es que en día no lejano, dados los adelantos de la clínica y del laboratorio, desaparezca totalmente dicho concepto de neurosis, pues las formas clínicas que aun hoy así se denominan habrán de ser comprendidas en otros grupos nosológicos mejor definidos. La histeria, enfermedad esencialmente psíquica, se estudiará, en efecto, entre las psicopatías; y en cuanto a la neurastenia, su autonomía es cada día más discutida.

No existe en patología afección más estudiada, pero peor conocida, si no, por cierto, en sus manifestaciones clínicas, en cuanto a su naturaleza se refiere, que la histeria. Desde la teoría uterina sostenida por filósofos y médicos antiguos, hasta la teoría pitiática, que defienden clínicos modernos, ha sido objeto la histeria de muchísimos estudios y de discusiones, abiertamente contradictorias buen número de ellas, si bien tan largo período de tiempo y tal diversidad de criterios hayan tenido un resultado útil, que es el dejar establecidos, sancionados, por mejor decir, ciertos rasgos característicos, que hoy ya pueden considerarse fundamentales, respecto a la afección que estudiamos. Tales caracteres definitivos son: influencia de las perturbaciones morales, de las causas emotivas, en la génesis de la histeria; semejanza entre los accidentes histéricos y los orgánicos, sugestibilidad del histérico, e importancia de la sugestión como factor etiológico y terapéutico.

No haremos más que una simple mención de las

principales teorías antes aludidas que han tratado en otros tiempos y que tratan en la época actual de explicar la histeria. La teoría uterina figura, por su antigüedad, en primer término, atribuyendo a la matriz papel esencialmente histerógeno, de cuyo modo de ver se derivaba, en los tiempos en que predominaron tales creencias, el consejo del matrimonio a los histéricos, en la convicción de que la dolencia se debía a la esterilidad prolongada después de la pubertad. Aun no ha desaparecido entre el vulgo semejante opinión, que cae por su base con sólo tener en cuenta que la histeria no es patrimonio exclusivo del sexo femenino, puesto que existen histéricos. Después de esta teoría debe citarse la que consideraba a la histérica como una poseída, tratándose de curarla por medio del exorcismo. Tan extraña creencia, sostenida en la Edad Media, sólo pudo estar justificada por el predominio de las ideas religiosas en aquella época, y así se explica que las prácticas de exorcismo estuviesen exclusivamente confiadas a los religiosos. Las grandes epidemias de corea y de tarantulismo, observadas éstas, sobre todo, en Italia; las de convulsionarios del cementerio de San Medardo, demostraron ya en aquel tiempo la influencia de la imaginación, la del factor sugestibilidad, o lo que es lo mismo, el papel de la imitación, constituyendo tales hechos patológicos, por otra parte, ejemplos de contagio psíquico.

Más tarde, en el siglo XVII, entra la histeria en un período más científico, puesto que empieza entonces a ser considerada como afección nerviosa, común al hombre y a la mujer, desapareciendo las teorías anteriores. Después, en 1860, subsiste tal

doctrina, defendida por Sydenham, quien considera la histeria como la gran simuladora de muy diversas enfermedades, y Briquet y Brodie la definen como afección dinámica que asienta en la porción del encéfalo, destinada a recibir las impresiones afectivas y las sensaciones, admitiendo como primitivos factores etiológicos las causas morales.

En la actualidad, varias doctrinas, algunas de ellas diametralmente opuestas entre sí, se disputan la supremacía en la concepción de la histeria; una, defendida por la clásica escuela de Charcot; otra, por la escuela de Nancy. Existe, además, una tercera teoría, que se debe a Babinsky, y que merece particular mención, por su actual preponderancia, y otras, en fin, sustentadas por Janet y Grasset.

La escuela de Charcot o de la Salpetrière considera la histeria como una enfermedad general, que asienta sobre un fondo de estigmas o síntomas permanentes y fundamentales, sobre cuya base se desarrollan trastornos o accidentes que no son, en cierto modo, sino la amplificación de tales estigmas. El mecanismo psíquico, para la aparición de dichos accidentes de la histeria, enfermedad esencialmente psíquica según esta doctrina, no sería otro que la sugestibilidad. Pronto nos ocuparemos de los aludidos estigmas y trastornos accidentales al hacer el bosquejo clínico general de la psiconeurosis histérica.

La escuela de Nancy, representada, sobre todo, por Bernheim, defiende una opinión contraria a la de Charcot, pues afirma que la histeria descrita por este autor es una creación del mismo, un producto artificial, de cultivo, dependiente de la sugestión efectuada por el médico, o también de la autosu-

gestión. Tanto los accidentes histéricos como los mismos estigmas, no tendrían otro origen, pudiendo imponerse los primeros como fenómenos de simulación.

Babinsky define la histeria como un estado psiquico, que hace a quien lo padece capaz de autosugestionarse, y que se manifiesta por trastornos primitivos, que son los esenciales, y trastornos secundarios, que son accesorios. Los trastornos primitivos se caracterizan por la posibilidad de reproducirse por sugestión y de hacerlos desaparecer únicamente por persuasión, incluyendo en tal categoría las anestesias, las parálisis, las contracturas y las crisis. El carácter fundamental de reproducirse por sugestión y de desaparecer por persuasión justifica el calificativo de *fenómenos pitiáticos,* con que les designa dicho autor. Los trastornos secundarios se encuentran en estrecha relación, íntimamente subordinados a los primitivos, hallándose constituídos, v. gr., por la atrofia muscular, los edemas, etc.

Janet afirma que la histeria es una psicosis por insuficiencia cerebral, constituída preferentemente por síntomas psíquicos, entre ellos la disminución de la facultad de síntesis psicológica, el estrechamiento del campo de la conciencia y la abulia; una forma de desagregación mental, en fin, caracterizada por la tendencia al desdoblamiento completo y permanente de la personalidad.

Según Grasset, por último, la histeria constituye un trastorno de los centros representativos.

Mencionadas, aunque tan brevemente, las principales teorías acerca de la dolencia que nos ocupa,

pasemos a describir, a título de recuerdo, los síntomas que la caracterizan, para comprender mejor, con tan necesaria base, la fisonomía clínica de las psicosis histéricas, objeto principal de nuestro estudio.

La histeria aparece con más frecuencia en el sexo femenino, y en la época de la pubertad, se halla estrechamente ligada al factor etiológico herencia-neuropática, casi siempre demostrable, y de modo ocasional, a las grandes emociones, y se manifiesta por síntomas somáticos y síntomas psíquicos, unos y otros más o menos accesionales y variables. Estos síntomas, como afirma Dubuisson y otros autores, pueden aparecer o desaparecer, cambiar o transformarse espontáneamente, con ocasión de un factor emocional o bajo la influencia de la persuasión o la sugestión, y no hallándose relacionados con lesión orgánica alguna, por lo menos debidamente definida, se atribuyen en la actualidad a trastornos cerebrales o funcionales de naturaleza desconocida, cuya causa, según dicho autor, no es otra que un sentimiento o una emoción más o menos conscientes. Nos parece que semejante juicio respecto de la histeria es aceptable, porque concuerda con las enseñanzas de la clínica y sintetiza las teorías modernas acerca de su patogenia.

Algunas veces suele observarse la histeria en otras edades y circunstancias, no siendo raro que se presente después de los cinco años bajo diferentes formas, pero sobre todo en la de accesos sonambúlicos, que aparecen sin causa apreciable, ni tampoco que se manifieste en épocas avanzadas de la vida.

Describamos los síntomas físicos, los ataques convulsivos después, y a continuación, los síntomas psíquicos y las psicosis histéricas propiamente dichas. Entre los síntomas físicos deben mencionarse, en primer término, los hasta hace poco considerados con bastante unanimidad como fijos o permanentes, carácter no admitido en la época actual por algunos autores. Tales síntomas, designados por quienes los consideran fijos o permanentes con el calificativo de *estigmas*, se conceptúan por De Sanctis y otros de gran importancia, por el hecho de permitir el diagnóstico de la histeria fuera de los ataques y de los equivalentes de los mismos, y pueden dividirse en sensitivos, sensoriales, motrices y viscerales. Los sensitivos son principalmente: las anestesias, las hiperestesias y las algias o dolores.

Las *anestesias histéricas* aparecen en forma de hemianestesias sensitivo sensoriales o bajo la de anestesias segmentarias o geométricas, llamadas así porque los territorios cutáneos comprendidos entre sus límites afectan forma de guante, manguito, calzón de montar, etc. Estas anestesias, estigma clásico de la histeria, constituyen, según concepto muy admitido, una especie de distracción, significando, en opinión de De Sanctis, la no intervención de la conciencia en determinada serie de sensaciones, como lo demuestra el curioso hecho de que el histérico vea con el ojo ambliópico y sienta con la mano anestésica. Las hiperestesias afectan también la forma segmentaria, perteneciendo a ellas las *zonas histerógenas*, llamadas así porque su compresión puede determinar los ataques convulsivos, si bien en el curso de ellos sea posible a veces yu-

gular éstos merced a dicho mecanismo, mereciendo entonces dichas zonas el nombre de *histerofrenatrices*. Tales zonas son, con más frecuencia, las ováricas, punto inicial en muchas ocasiones del aura sensitiva; además, el vértice del cráneo, las mamas, el raquis, la faringe, el estómago, los intestinos, el testículo, etc. Las algias histéricas son frecuentes en las repetidas zonas, así como en el dominio del trigémino, ciático, etc., y se confundirían en cierto modo con las hiperestesias si no se tuviere en cuenta la mayor intensidad y la aparición espontánea, y por crisis, de los trastornos sensitivos, no ya hiperestésicos, sino esencialmente dolorosos.

Los estigmas sensoriales histéricos consisten en perturbaciones del oído, gusto, olfato, y, sobre todo, de la vista, en forma de estrechamiento concéntrico del campo visual y de discromatopsia.

Los síntomas o estigmas motrices son: la astenia muscular, el temblor, los movimientos coreicos, las parálisis, los espasmos y las contracturas.

Por último: la tos, afonía, hipo, estornudo, disfagia, opresión cardíaca, vómitos, espasmos del recto, timpanismo, etc., constituyen los síntomas viscerales. En cambio, los trastornos tróficos, equimosis, hemorragias, edemas, atrofias, erupciones de la piel, alteraciones reflejas, etc., etc., antes considerados dentro del cuadro de la histeria, se conceptúan hoy fuera del mismo, creyéndose que dependen de una enfermedad concomitante o que son debidos a la superchería, y se afirma así, sobre todo por los partidarios de la escuela de Babinsky, habida cuenta de que son trastornos a los cuales

falta el carácter esencial de los fenómenos pitiáticos; esto es, el de reproducirse por sugestión y desaparecer por persuasión.

Enumerados así los síntomas físicos permanentes o estigmas de la histeria, describiremos en pocas palabras los accesionales o paroxísticos, comenzando por los ataques convulsivos. El *gran ataque* se inicia por el *aura* de índole motriz, sensitiva, sensorial o psíquica: más frecuentemente por el aura sensitiva, que se manifiesta en forma de dolor ovárico, seguido de sensación constrictiva o de bola, en la faringe. Detrás del aura aparece el período epileptoide, caracterizado por contracciones tónicas y clónicas seguidas de resolución muscular. Después se presenta el período de clownismo o de las grandes contorsiones y movimientos, los cuales se caracterizan por ser desordenados, violentos e ilógicos, mereciendo citarse entre ellos los llamados de salutación y arco de círculo (posición del cuerpo en arco, es decir, apoyado sobre la cabeza y los talones). Sigue luego la fase de las actitudes pasionales o plásticas, la cuales traducen las ideas morbosas del enfermo, sus alucinaciones, el ensueño u onirismo que padece; retratándose en su semblante y en su actitud sus estados emocionales, como terror, éxtasis religioso, erotismo, etc. Por último, a esta fase sucede un período delirante, que suele caracterizarse por delirio de lenguaje, y en ocasiones, de acción, por manifestaciones de alegría, tristeza, impulsividad, etc.

Más frecuente que el gran ataque histérico es el de *pequeño mal*, constituído por síntomas menos intensos, más irregulares, de menor duración. Ade-

más, la pérdida de conciencia es menor, no existen las fases de clownismo y de las actitudes pasionales; al período de contracciones tónicas y clónicas sigue el de resolución con o sin delirio, y suele, en fin, terminar por crisis de risa o de llanto.

Se observan, además, formas de histeria convulsiva que se denominan frustradas o irregulares; tales son: la *espasmódica*, constituída solamente por constricción faríngea o por sensación de bola; la *epileptoide*, caracterizada por la fase de esta índole, sin otras subsiguientes; la *extática*, con la expresión y actitudes adecuadas; la *narcoléptica*, o ataque de sueño súbito y profundo, con conservación de las actitudes comunicadas, reflectividad normal, palidez del semblante, rotación súperointerna de los globos oculares y resolución muscular, no tan completa como en el sueño fisiológico; en fin, la forma *sincopal*, la *delirante*, la constituída por ataques de *automatismo ambulatorio* y la *cataléptica*.

Los síntomas psíquicos de naturaleza histérica tienen suma importancia y bien pudiera afirmarse que son todos los que figuran en la semiología de la enfermedad, aun los de apariencia más somática, como las parálisis y las anestesias, ya que su especial fisonomía clínica las hace entrar de lleno, efectivamente, en el concepto de parálisis y anestesias psíquicas.

Tales trastornos, predominantemente psíquicos, se pueden dividir, como los físicos, en permanentes y accesionales. Los primeros, denominados también estigmas psíquicos, se refieren, sobre todo, al carácter; los accesionales constituyen las psicosis histéricas propiamente dichas.

Los rasgos del carácter, como queda dicho en otro capítulo, son tan fundamentales y de tal entidad, que bien puede asegurarse que sin su comprobación no es posible definir, en la mayor parte de los casos, la naturaleza histérica de determinadas perturbaciones mentales de diagnóstico dudoso. Por el contrario, y como corroboración de este aserto: cuando en presencia de trastornos psíquicos logremos poner de relieve las perturbaciones propias del carácter que presenta todo histérico, nos bastará la comprobación de las mismas para diagnosticar la base nosológica del síndrome psicopático de que se trate, y nos será posible hacer la afirmación de que el conjunto es una psicosis histérica. Las aludidas alteraciones del carácter, constitutivas del denominado *histeroidismo*, son las siguientes: disprosexia, fijeza de las ideas, alternando con movilidad de las mismas; vivacidad de imaginación, tendencia a la fantasía y al onirismo (delirios de ensueño), emocionabilidad excesiva, hipersugestibilidad, impulsividad.

Los histéricos no fijan bien la atención, carecen de atención voluntaria en la medida e intensidad fisiológicas, y de este trastorno deriva la movilidad y contradicción de sus ideas, la poca consistencia de sus pensamientos, la inestabilidad de sus propósitos. Con esta movilidad ideativa alterna a veces una fijeza exagerada, un verdadero monoideísmo. En la esfera de los sentimientos se observa, y como consecuencia, la misma falta de estabilidad; nada más impresionable o emotivo que el histérico, pero especialmente para determinado orden de causas, permaneciendo, en cambio, insensible a otras que en condiciones normales despertarían su emotivi-

dad. Además, suelen predominar en los histéricos los sentimientos egoístas, no preocupándoles sino cuanto de un modo más o menos directo les atañe. Y, por último, como hace notar Dubuisson, las reacciones emocionales no se hallan, por lo general, en tales enfermos, en relación con el estímulo que las provoca, trastorno que motiva, v. gr., que un acontecimiento desgraciado les ocasione risa, y una impresión agradable se traduzca en ellos en abundante llanto.

Otra perturbación psíquica característica de la histeria es la debilidad de la memoria, sobre todo de la anterógrada o de fijación, de lo cual resulta la imposibilidad de adquirir nociones nuevas y la tendencia a la fantasía y a la mentira o confabulación. Esta amnesia explica satisfactoriamente muchos hechos de pretendida simulación. La vanidad, la supercheria y el erotismo, que se consideran dentro del cuadro de las alteraciones ocasionadas por la histeria, son atribuíbles más bien, según el indicado autor, al fondo de degeneración sobre el cual la histeria se desenvuelve.

Sobre la referida base histeroidismo o trastornos del carácter, cuyos rasgos principales quedan mencionados, se desarrollan no sólo las también descritas perturbaciones accesionales, sino las *psicosis histéricas*, de las cuales la degeneración histérica no representa, en suma, sino la exageración morbosa de dicho carácter patológico.

Además de la mencionada degeneración histérica, las fases pre o postaccesionales prolongadas, los equivalentes psíquicos del ataque y los episodios psicopáticos sin relación ostensible con el mis-

mo se incluyen también por De Sanctis en el grupo de las psicosis histéricas. Estos trastornos psíquicos tienen caracteres comunes y fundamentales, que son, según Marchand: brusquedad de aparición y desaparición, curso breve, automatismo subconsciente y delirio onírico, amnesia consecutiva más o menos completa, memoria en el curso de un acceso de los hechos ocurridos en los accesos anteriores y posibilidad de evocar los recuerdos por medio de la hipnosis.

La *degeneración psico-histérica* constituye un modo de ser permanente y anormal, que se exterioriza por graves perturbaciones del carácter. El egoísmo, la tristeza, las quejas continuas e inmotivadas, el mal humor, la irritabilidad, la inquietud, las amenazas de suicidio, etc., etc., son las notas clínicas principales de esta psicosis, llamada por algunos autores locura moral histérica, efecto de la semejanza de trastornos entre ambas afecciones.

Los *equivalentes psíquicos del ataque* son principalmente los oníricos, los crepusculares o hipnoides, los ecmnésicos y los autohipnóticos. Todos ellos se consideran como estados oníricos, es decir, como episodios en los cuales el sujeto sueña despierto. El éxtasis sería un estado pseudoonírico u oniroide. Además, son también equivalentes psíquicos: el automatismo ambulatorio, las fugas, el noctambulismo y vigilambulismo, y la doble conciencia o desdoblamiento de la personalidad. Todos estos trastornos reciben el nombre de equivalentes psico-histéricos en los casos en que pueda comprobarse la preexistencia de ataques histéricos completos o abortivos, o en los que, en defecto de estos ante-

cedentes, sea demostrable una semejanza mayor o menor con los ataques, bien en su modo de presentación, ya en sus manifestaciones. Semejantes caracteres servirán, en opinión de De Sanctis, para distinguir los equivalentes histéricos de las psicosis histéricas propiamente dichas, puesto que éstas sobrevienen también en sujetos con histeroidismo, pero sin ataques, o en tales condiciones de duración y curso, que, aun existiendo antecedentes de ataques anteriores, adquiera la enfermedad los caracteres de un estado autónomo. Las formas mixtas son muy frecuentes, y preciso es convenir que, en realidad, los equivalentes psíquicos del ataque histérico y las psicosis histéricas son modalidades morbosas constitutivas de un mismo grupo.

Los *estados oníricos* no son a veces sino la última fase, prolongada, del ataque de histerismo, sin fenómenos convulsivos precedentes, denominándose en estas ocasiones equivalente de delirio sonambúlico. En otros casos, el ataque sonambúlico es seguido de delirio, generalmente de posesión o de profetismo. La posesión puede ser teopática o demonopática. De Sanctis cita el caso de una enferma que en un principio presentó un equivalente hípnico del ataque convulsivo, del sueño pasó al sonambulismo, de éste al éxtasis lúcido, después a un delirio alucinatorio de breve duración, y, en fin, sobrevino un estado onírico, con delirio alucinatorio místico y profético, ideas de posesión, alucinaciones cenestésicas, ópticas y auditivas, y fugas. Así, dice el repetido autor, se idealiza poco a poco el ataque histérico, y de la histérica se crea la santa o la endemoniada.

En los místicos superiores es frecuente la observación de fases en las cuales existe obscurecimiento de la conciencia, anestesia sensorial, alucinaciones visuales, inmovilidad completa y amnesia. Tales fenómenos constituyen el *éxtasis*, el cual debe considerarse como un equivalente psico-histérico del grupo oniroide. En estos estados místicos, la personalidad se halla disociada.

En el *noctambulismo* puede el sujeto cometer actos delictivos, no conservando después recuerdo alguno o recordando aquellos hechos confusamente. El *vigilambulismo*, equivalente psíquico, como el noctambulismo, y como éste, también ejemplo del desdoblamiento de la personalidad y del predominio consecutivo de la actividad subconsciente o psíquica inferior, se manifiesta de modo principal por el *automatismo ambulatorio*.

Los denominados *estados crepusculares* pertenecen asimismo al grupo de equivalentes psico-histéricos de forma onírica, y suelen preceder o seguir a los ataques convulsivos, caracterizándose por una fase de éxtasis, por lo general no muy intensa, o por subdelirio y alucinaciones visuales de carácter terrorífico, o constituídas por visiones místicas, y amnesia parcial de tales hechos morbosos.

Las dos personalidades resultantes de estos estados de *desdoblamiento* o de *doble conciencia* pueden tener distintas costumbres, pensamientos, aptitudes, etc., reconstituyéndose en ciertos casos la unidad, es decir, la personalidad real, por medio del hipnotismo. En un caso citado por Biancone, el sujeto, durante el estado segundo que siguió a un traumatismo moral intenso, y que a los tres meses

terminó por ataques convulsivos y episodios histero-psicopáticos, con delirio de persecución y alucinaciones, cometió un homicidio, cuyos detalles refirió el enfermo hallándose convaleciente y en estado hipnótico.

Los *episodios psicopáticos de fondo histérico* son también muy diversos, observándose con más frecuencia los de forma maníaca, los melancólicos, simples o angustiosos, y los alucinatorios y confusionales. Los antecedentes del enfermo y el fondo de histeroidismo sobre el cual evolucionan harán, en buen número de casos, fácilmente diagnosticables estas modalidades de psicosis histéricas. No hemos de entrar en su descripción, conocidos los caracteres principales de la enfermedad que les sirve de asiento y habiendo de describir más adelante los síndromes maníaco, melancólico y confusional; pero sí mencionaremos, en cuanto a los episodios delirantes respecta, sus rasgos peculiares.

El *delirio histérico* es, según Briquet, fugaz, onírico, carácter este que le hace parecerse al delirio confusional, ecmnésico, es decir, constituído por reminiscencias de pensamientos pasados, incompleto (subdelirio), y se acompaña de perseveración, síndrome de Ganser (respuestas disparatadas, sin relación con las preguntas), y de ecolalia o repetición de las palabras.

Las epidemias, que así pueden denominarse, de convulsiones y de danzas observadas en la Edad Media, como antes hemos indicado; otras muy recientes de danzadores de Pentecostés, en Inglaterra; las de las Ursulinas, en Francia; las de obsesiones diabólicas y teomaníacas citadas por Legrand du Saulle,

etcétera, etc., son ejemplos de estados delirantes lúcidos, de verdaderas infecciones psíquicas, que en todo tiempo, pero especialmente en la época citada, invadieron las comunidades religiosas y las sectas.

Como complemento de este breve estudio acerca de la histeria, debemos decir algunas palabras acerca de un nuevo método, a la vez exploratorio y curativo, que hoy está sobre el tapete y que suscita grandes discusiones. Nos referimos al denominado *psicoanálisis de Breüer-Freud.* Breüer, en 1860, observó que una enferma de histerismo, con anestesia y contractura de los miembros derechos, perturbaciones visuales, anorexia, tos, confusión mental y ausencias, murmuraba durante estas últimas, algunas palabras, que dicho autor pensó podían referirse a complexos que tal vez hallábanse en relación con el origen de la dolencia. Al objeto de comprobar sus sospechas, hipnotizó a la enferma y le repitió, una vez aquélla en el sueño hipnótico, las referidas palabras, observando que la paciente revelaba las ideas que embargaban su pensamiento, y que no eran otras que preocupaciones nacidas con motivo de una grave enfermedad sufrida por su padre. Sus curiosas investigaciones fueron aún más lejos: la enferma, después de revelar sus ideas, experimentaba evidente mejoría, si bien, pasado un corto tiempo, las fases de ausencia volvían a presentarse, para desaparecer de nuevo. Fundado en estos hechos, dedujo dicho autor que la mayoría de los síntomas no tenían otra significación que la de restos de sucesos anteriores, de conmociones o de traumatismos morales, hallándose ligados tales síntomas a estas causas afectivas.

Los resultados, tanto exploratorios como curativos, de este método, denominado *catártico* por Breüer, por la mejoría obtenida en los enfermos con su aplicación, fueron confirmados algunos años después por Freud, quien sostuvo desde entonces que los histéricos sufren reminiscencias, y que su vida mental, como la de todo psico-neurótico, se halla estrechamente unida a traumatismos patógenos. Freud, sin embargo, no emplea la sugestión hipnótica, sino que hace acostar al enfermo en decúbito supino, le venda los ojos y le invita a fijar bien su atención sobre los recuerdos que trata de despertar, recuerdos que se hallaban antes en la esfera de lo inconsciente, a beneficio de una fuerza, de la resistencia ofrecida por el enfermo, cuya fuerza les impedía entrar en el dominio de lo consciente. Dicha fuerza o resistencia está representada por los esfuerzos que efectúa el enfermo cuando trata de hacer conscientes los recuerdos inconscientes: es la misma que en unas ocasiones fué causa del olvido y en otras despertó los acontecimientos patológicos pasados; constituye el proceso que Freud denomina de *rechazamiento,* habida cuenta de que su origen se encuentra en el hecho de que los referidos acontecimientos despiertan tendencias opuestas a los demás deseos del paciente, en abierta pugna con su modo de ser ético, y, en fin, debe ser vencida para curar la histeria.

Pero, como afirma André-Thomas, el proceso aludido, el rechazamiento, ha tenido mal resultado, puesto que la tendencia rechazada engendra el síntoma, y para que desaparezca éste, es necesario que retroceda, que sea conducido a la idea primiti-

vamente rechazada, que se haga consciente ésta. Bajo la dirección, el conflicto psíquico, dice aquel autor, puede hallar una solución mejor que el rechazamiento.

Para lograr que se despierten las ideas olvidadas, para que los hechos que se hallan en la esfera de lo inconsciente se exterioricen, o lo que es lo mismo, entren en el dominio de lo consciente, Freud, modificando su primitivo procedimiento del interrogatorio directo, se vale de otros medios técnicos, que son las reminiscencias libres, los sueños y los actos automáticos, es decir, de lo que denomina psicología de la vida diaria, equivocaciones, olvidos y sueños, procesos intrapsíquicos, cuyo lazo común está representado por la resistencia u oposición que, nacida de la lógica misma, dirige e informa nuestros pensamientos. Los hechos que permanecen en la esfera de lo inconsciente tendrían por símbolos las manifestaciones externas, y estas manifestaciones, según Freud, procederían, en úitimo análisis, de la sexualidad en la fase infantil de su desarrollo.

Sin valerse, por lo general, de previa hipnotización, Freud invita al enfermo a manifestar lo que acuda a su mente, y observa no sólo el contenido de lo que el paciente refiera, sino el modo como expresa sus pensamientos, las pausas o interrupciones, los gestos y movimientos que efectúa al hablar, la alegría o tristeza retratados en su semblante, etc. Además, el observador debe interrumpir alguna vez al paciente, dirigiéndole, a modo de estímulos, palabras adecuadas para despertar asociaciones, determinando así no sólo la rapidez, sino la calidad de

estas últimas. De esta manera, el sujeto, encadenando unas ideas con otras, llega, al fin, a los recuerdos más afectivos, que permanecían en estado de latencia e inconscientes durante muchos años, y, en último término, a la esfera de la sexualidad infantil.

El psico-análisis de Freud, en suma, se propone la evocación de recuerdos que se hallaban dormidos, latentes, en la esfera de la subconciencia, por medio del encadenamiento de ideas hábilmente dirigido, cuyos recuerdos o representaciones llegan en último análisis a la vida sexual de la época infantil; y resulta a la vez, según su autor, un medio curativo, por modificar de modo permanente la constitución psíquica. Este método no está exento de grandes inconvenientes, derivados de la índole de las represenciones que se propone despertar, ofreciendo su aplicación, por lo mismo, serias dificultades; mas es indudable que presenta, en cambio, la ventaja de analizar con gran minuciosidad la psicología del enfermo, obteniéndose de éste un conocimiento más acabado que por los demás procedimientos puestos en práctica con dicho objeto.

## XV

## Psiconeurosis *(continuación)*.

### Psicosis neurasténica o psicastenia.—Psicosis coreica.

Una de las enfermedades que con mayor frecuencia se observan en clínica neuropsiquiátrica es la neurastenia, denominada también psico-neurosis de Beard, por haber sido dicho médico americano quien primero la describió. Sobre el terreno de predisposición, que, como vamos viendo, es la base fundamental para el desarrollo de las afecciones del sistema nervioso, se presenta, cuando la actividad funcional ha sido excesiva y sobradamente prolongada, un estado de agotamiento, que coexiste con irritabilidad, constituyéndose así la neurastenia, que no otra significación tiene, en efecto, este término que el de astenia o agotamiento nervioso.

No nos es posible entrar en el examen detallado de las numerosas causas que, debilitando el sistema nervioso, agotando sus energías, dan origen a la neurastenia, y no haremos más que recordar que los aludidos factores etiológicos son, principalmente, las enfermedades toxi-infecciosas, sobre todo la fiebre tifoidea, la sífilis, la diátesis neuro-artrítica (arterioesclerosis, diabetes y gota) y el exceso de funcionalidad o de trabajo a que se someta al siste-

ma nervioso, comprendiendo en este orden no sólo el abuso de energías físicas, sino de las psíquicas, bien en la esfera intelectual, ya en la de los afectos; por eso figuran las emociones en primera línea en la etiología de la neurosis de Beard.

Esta dolencia suele aparecer en la edad media de la vida, manifestándose por síntomas objetivos y subjetivos, especialmente por los últimos, los cuales son muy variables y se presentan, por lo mismo, en los distintos dominios de la sensibilidad, sensorialidad, motricidad, así como en el visceral, y también, en la esfera del carácter y de los afectos. Pero existen en la neurastenia signos físicos aún más constantes, y que, por lo mismo, se consideran como estigmas. Tales son la astenia muscular, el insomnio, la cefalea, la raquialgia, el temblor, los vértigos, los trastornos sensitivos, sensoriales, digestivos, urinarios, y del funcionalismo sexual, en fin. En lo que respecta a la funcionalidad psíquica, se observan con más frecuencia la disprosexia, la disminución de la memoria, las preocupaciones hipocondríacas o ideas morbosas de índole cenestésica, que suelen designarse con la frase *elevación del sentido de la propia enfermedad;* se comprueban, además, emotividad exagerada, irritabilidad, inercia, o crisis de cólera, que determinan, a veces, las impulsiones más violentas, y abulia, en fin. Analicemos brevemente este cuadro semiológico.

La *astenia*, síntoma constante, tan característico que da nombre a la enfermedad, y que en el dominio mental está representado por la abulia, se exterioriza por sensación de fatiga, de profundo cansancio, es más acentuada al despertar, e impide

al enfermo dedicarse a ocupación alguna. El *insomnio*, síntoma también muy constante, alterna por lo general, con breves períodos de sueño, interrumpido por pesadillas. Los *vértigos* suelen ir acompañados de palpitaciones, ansiedad y opresión precordial. La preocupación ocasionada por el vértigo llega a ser en ocasiones uno de los síntomas más tenaces y angustiosos, y crea en los pacientes un estado de temor, que, por su intensidad y predominio, constituye una verdadera fobia, denominada *tanatafobia* o miedo del vértigo.

La *cefalea* del neurasténico es también un síntoma de los más frecuentes y molestos. El enfermo siente, sobre todo al despertar, un casco que constriñe su cráneo o una sensación de peso, a veces de vacío, en la cabeza; trastornos que aumentan con motivo del trabajo intelectual y de causas morales, y que disminuyen durante la digestión. Del mismo orden de perturbaciones sensitivas son las *topoalgias*, principalmente la *raquialgia*, que consiste en sensaciones de presión, de calor, y aun de quemadura, a nivel de las apófisis espinosas, sobre todo de algunas de ellas, constituyendo las llamadas *placas sacra* y *cervical*, y cuyas sensaciones dolorosas aumentan o se despiertan con la presión y la bipedestación. La sensibilidad puede estar alterada, además, en forma de hiperestesias, parestesias o anestesias, presentándose las primeras con frecuencia en el cuero cabelludo.

Los trastornos sensoriales consisten principalmente en dificultad de leer, por astenopia, debida a la fatiga de los músculos acomodadores; en modificaciones del campo visual, por fatiga retiniana; en

moscas volantes, fotofobia, etc. En el dominio auditivo se observa la hiperacusia por excitabilidad exagerada.

Entre los síntomas motrices merece citarse, además de la *astenia muscular* o *miastenia*, antes mencionada, el *temblor*, de menudas y rápidas oscilaciones, más pronunciado en las extremidades, en la lengua y en los párpados cerrados (frémitus palpebral).

En fin, y para completar la enumeración de los síntomas físicos, recordaremos los trastornos gástricos: anorexia, atonía, dispepsia, astricción de vientre y enteroptosis; los cardíacos: opresión, palpitaciones, taquicardia paroxística y ataques, pseudoanginosos; los sexuales: frigidez, impotencia o miedo inmotivado de padecerla; los urinarios: poliuria, pérdida de fosfatos y cloruros; las perturbaciones de nutrición, consistentes, sobre todo, en adelgazamiento rápido, etc., etc.

El síntoma mental predominante en el neurasténico es la *abulia;* la disprosexia, la dismenesia, la hiperemotividad y las perturbaciones reaccionales constituyen, con la abulia, el conjunto de síntomas psíquicos. Hagamos también una breve descripción de cada uno de los mismos.

La falta de decisión, el desaliento, la laxitud o la impulsión al acto integran el síntoma abulia. El neurasténico aqueja un profundo sentimiento de impotencia, se siente decaído, falto de voluntad, de decisión, de energías, y consecutivamente está triste, preocupado; la depresión afectiva es, pues, consecuencia de la sensación de agotamiento intelectual. Pero a veces la inercia, el desaliento suelen

de modo transitorio cesar, y sobrevienen tendencias a las reacciones bruscas, impulsivas, así como a los actos anormales, y el neurasténico puede así cometer hechos delictivos, atentados a la moral, robos, agresiones, etc.

La disminución de la atención voluntaria o *disprosexia* determina la imposibilidad de todo trabajo intelectual sostenido, la de ordenar debidamente las representaciones, y, como consecuencia, la de seguir una conversación algo larga. La *dismnesia* significa, como ya sabemos, disminución de la memoria, exteriorizándose en el neurasténico por la dificultad de fijar bien las impresiones exteriores y por la infidelidad en la evocación de los recuerdos. La *emotividad exagerada* se exterioriza por abatimiento, tristeza y, a veces, por verdaderas crisis angustiosas. La depresión moral es hija del sentimiento de insuficiencia, pudiendo verse interrumpida la inercia a que dicha depresión da lugar, por crisis de excitación, durante las cuales, como antes dijimos, los neurasténicos se hacen irritables y violentos, cometiendo actos anormales, entre los que no son infrecuentes los penados por las leyes.

Todos estos síntomas psíquicos de la neurastenia coexisten con la denominada elevación del sentido de la propia enfermedad, son conscientes, carácter de mucho valor desde el punto de vista diagnóstico. Las ideas morbosas que el enfermo manifiesta bajo forma de preocupaciones constantes acerca de su salud, afirmando que se halla profundamente lesionado, que padece enfermedades incurables, etc., constituyen uno de los rasgos característicos de la

dolencia, que explica la tristeza y angustia propias de la misma.

Existen dos formas fundamentales de neurastenia: la constitucional y la ocasional. La *neurastenia constitucional* se caracteriza por un fondo muy marcado de predisposición, por ser de origen endógeno y por constituir la base sobre la cual evolucionan síntomas psíquicos primarios, como las obsesiones, ideas fijas, fobias y agitaciones, trastornos que, como veremos, constituyen la psicastenia. La *neurastenia ocasional*, en cambio, presenta los caracteres de ser en ella menos intensa la predisposición y de hallarse ligada la dolencia a una causa externa. Por lo demás, según el predominio de unos u otros síntomas neurasténicos, o mejor dicho, según la localización preferente de los trastornos que constituyen la neurosis, así pueden admitirse distintos tipos clínicos de la misma, v. gr., la cerebrastenia, la mielastenia, la neurastenia cerebro-espinal, la bulbo-medular, la vago simpática y, en fin, las monosintomáticas, entre las cuales deben citarse, como más frecuentes, las formas cardíaca, gástrica, intestinal y sexual. Añadiremos que la neurastenia puede sobrevenir a consecuencia de grandes traumatismos, y se denomina entonces neurastenia traumática, y asociarse a la histeria, constituyendo la histero-neurastenia.

Los trastornos psíquicos antes mencionados, y que pueden sintetizarse en astenia o insuficiencia más o menos transitoria de actividad psíquica, singularmente caracterizada por dificultud de fijar la atención, tristeza, sensación de incapacidad para todo trabajo mental algo sostenido, preocupaciones

morbosas acerca de la salud, emotividad exagerada, sugestibilidad e indecisión, son más intensos en la forma constitucional de la neurastenia, en cuya forma, como hemos dicho, el factor herencia, creando un estado latente de predisposición, adquiere todo su valor cuando intervienen influencias tóxicas y debilitantes, principalmente la diátesis uricémico-gotosa.

Sobre esta base de neurastenia constitucional se desenvuelve la *psicastenia* o psicosis neurasténica, enfermedad autónoma, según Janet, y que se caracteriza por insuficiencia de la función de lo real, es decir, de la percepción exacta de la situación unida al sentimiento de la realidad. La función de lo real exige el más alto grado de tensión psicológica y significa la atención al momento o a la vida presentes, constituyendo la psicastenia el descenso duradero de dicha tensión, y la disminución brusca de esta última, la crisis de *psicolepsia*.

Los trastornos psíquicos propios de la psicastenia pueden dividirse en permanentes y accesionales. Los primeros caracterizan la psicastenia estática; los segundos, la paroxística.

La *psicastenia estática* se halla constituída por signos permanentes o estigmas, entre los cuales destaca con singular relieve la sensación de insuficiencia o de incapacidad que el enfermo experimenta, no sólo para pensar, sino para sentir y para querer, o lo que es lo mismo, el convencimiento de que no puede efectuar trabajo intelectual alguno, de que es insensible para todo, de que no le es posible determinarse a efectuar un acto, de que se siente depersonalizado, incapaz para cuanto signifique activi-

dad. Otro estigma psicasténico es la denominada *diátesis de incoercibilidad,* que se caracteriza por dudas, escrúpulos, remordimientos y temores injustificados; las dudas se refieren al presente; los remordimientos y escrúpulos, al pasado; los miedos, al porvenir; resultando de tal conjunto que el psicasténico se halle amargado siempre por hondas preocupaciones y que exteriorice un carácter triste, un gran desaliento, una notoria indecisión o duda. Esta indecisión, la inestabilidad, la abulia, en fin, son también, por consiguiente, estigmas psíquicos de la psicastenia, así como el egoísmo, la sugestibilidad, o, por el contrario, la oposición tenaz a toda solicitación, la emotividad exagerada, y, por último, y, aunque con menos frecuencia, las impulsiones. Tales trastornos psíquicos coexisten con otros físicos o somáticos, que por ser permanentes pueden considerarse también como estigmas, los cuales son principalmente el cansancio o astenia, el rubor durante los paroxismos, y los sueños patológicos largos, penosos, confusos, etc.; es decir, el onirismo.

La *psicastenia paroxística* está representada por las ideas fijas, las obsesiones, las fobias y las agitaciones. La ansiedad, como ya sabemos, constituye la base fundamental de todo síndrome obsesivo, y, por lo tanto, se encuentra en el fondo de los citados trastornos, que no hemos de describir por habernos ocupado de ellos anteriormente.

No nos detendremos tampoco en el diagnóstico diferencial de la neurastenia, ya que al establecer el de las distintas modalidades psicomorbosas con las cuales puede confundirse, haremos la debida

mención acerca de este punto. Tan sólo nos ocupará ahora breves momentos el diagnóstico de la psicastenia, para establecer el cual tendremos en cuenta, en primer término, los antecedentes del enfermo, su historia hereditaria, la predisposición, es decir, el denominado *constitucionalismo*, factor de innegable entidad en esta clase de afecciones; además, el curso remitente o intermitente de la dolencia, las obsesiones, ideas fijas y agitaciones, que sobrevienen paroxísticamente; en fin, la falta de todo síntoma de déficit intelectual. Con semejantes datos podrá sin dificultades distinguirse la psicastenia de la demencia precoz, de la psicosis maníaco-depresiva en su forma melancólica, sin olvidar que existe una melancolía psicasténica, y, por último, de otras dolencias, cuyos caracteres sintomáticos, más o menos semejantes, pudieran suscitar dudas diagnósticas.

Estudiadas así a grandes rasgos la neurastenia y la psicosis neurasténica o psicastenia, digamos algunas palabras de otra psiconeurosis que también se observa con frecuencia y alcanza a veces marcado relieve clínico: de la *psicosis coreica*. Mas para definir debidamente los trastornos mentales que aparecen en la corea, habremos de recordar antes, para ser tenidos en cuenta, los síntomas característicos de esta neurosis, ya que, como en todas las locuras neurósicas, el síndrome psicopático, los trastornos del psiquismo, evolucionan sobre el fondo de la neurosis, y no tienen, en realidad, como síndromes, otro carácter distintivo que los derivados de la afección fundamental, que los rasgos propios y diferenciales que la misma les comunica.

Como el diagnóstico, por consiguiente, se basará en el de la neurosis que les sirve de asiento, deberemos, pues, conservar en la memoria los caracteres sintomáticos más esenciales de aquélla.

La *corea típica o de Sydenham* es afección propia de individuos de tara neuropática, más frecuente en el sexo femenino, y que aparece con motivos etiológicos muy diversos, si bien figuren en primera línea las emociones, el reumatismo, las enfermedades infecciosas, las discrasias, y, según algunos, las embolias de origen cardíaco. Suele comenzar de modo lento por trastornos del carácter, malestar y dolores vagos, singularmente en los miembros. Después aparecen gesticulaciones exageradas, que a poco adquieren el sello típico de los movimientos coreicos, y se hacen más extensas, atacando no sólo la cara, sino los miembros, sobre todo los superiores. Tales caracteres peculiares de los movimientos coreicos consisten en que éstos son anormales, involuntarios, arrítmicos, ilógicos, irregulares, de gran amplitud, y localizados en un principio, pero extendiéndose más tarde, como queda dicho. En la cara, los rasgos fisonómicos varían a cada momento, los ojos se mueven incesantemente, la lengua es proyectada repetidas veces fuera de la boca, y la palabra resulta en ocasiones difícil. En los miembros superiores, dichos trastornos motrices comienzan por los dedos y determinan la mala dirección de los movimientos voluntarios que el enfermo se propone ejecutar; en los miembros inferiores, en fin, son en ocasiones muy notorios y entorpecen la marcha. Estas perturbaciones de la motilidad cesan durante el sueño y aumentan por la emoción, y la

fuerza muscular suele estar disminuída, así como los reflejos.

La neurosis coreica es de curso relativamente breve, y casi siempre favorable, si bien en muchos casos deja secuelas de importancia, principalmente trastornos cardíacos, y en otras ocasiones se hace crónica, denominándose entonces *corea de Huntington*. El diagnóstico no es difícil, pues aunque pueden prestarse a confusión con la corea, entre otros síndromes, los tics y la atetosis, en los tics, los movimientos son menos variables, más coordinados, responden a un objeto, representando, en suma, un hecho fisiológico, siempre el mismo, y en la atetosis existe un elemento espasmódico que no se observa en la corea.

Las manifestaciones psicomorbosas observadas en los coreicos pueden dividirse, siguiendo la descripción de Regis, en trastornos psíquicos elementales y psicosis coreicas propiamente dichas. Los trastornos psíquicos elementales se caracterizan por la debilidad de la atención, dismnesia, sobre todo de fijación, astenia intelectual, movilidad ideativa, hiperemotividad, irascibilidad y fobias complicadas con alucinaciones visuales, que suelen sobrevenir durante la noche y ser de índole terrorífica, es decir, que adoptan el tipo onírico, palabra cuya significación ya conocemos. Este trastorno, alucinaciones oníricas, sumado a la astenia y la confusión que presentan los coreicos, demuestra, según Mæbius la patogenia infecciosa de la corea.

Las psicosis coreicas revisten los tipos maníaco, melancólico con o sin ansiedad, y confusional, por lo que se refiere a la corea menor o de Sy-

denham; y el tipo de debilitación intelectual progresiva, hasta constituir una verdadera demencia, en la corea crónica progresiva o de Huntington. Según Regis, dichos tipos sindrómicos maníaco, melancólico y confusional pueden, en realidad, reducirse a este último, presentándose unas veces la confusión con los caracteres de la forma agitada y otras con los rasgos propios del estupor. La confusión mental agitada de fondo coreico ha merecido también el nombre de delirio agudo, por la violencia de los síntomas, que son: delirio incoherente, alucinaciones terroríficas, extrema agitación, y grave estado general, que suele terminar con la muerte. La confusión estuporosa de los coreicos es forma más frecuente, y en ella predominan los síntomas propios del estupor y las alucinaciones de carácter terrorífico.

## XVI

## Psiconeurosis *(conclusión)*.

### Psicosis epilépticas.

De propósito hemos dejado la descripción de las psicosis epilépticas para el final del estudio de las psiconeurosis, de cuyo grupo no debe, en suma, constituir sino el apéndice, puesto que sólo convencionalmente, y desde un punto de vista didáctico, puede la epilepsia, en el estado actual de los conocimientos modernos, figurar entre las afecciones designadas con el impropio calificativo de neurosis, o, lo que es lo mismo, de enfermedades funcionales o sin lesión anatómica conocida.

Los estudios modernos asignan, en efecto, a la epilepsia una anatomía patológica bien determinada. No existe una epilepsia esencial o idiopática, no puede admitirse ya la epilepsia neurosis, puesto que en el cerebro de los individuos que padecieron epilepsia esencial se demuestran lesiones, principalmente caracterizadas por adherencias difusas de la pía madre a la corteza cerebral y por esclerosis de esta última. Bajo esta nueva orientación puede, por tanto, afirmarse, con Marchand, Dubuisson y otros, que no existe una epilepsia, sino epilepsias de distinta causa y patogenia; que la epilepsia no puede considerarse hoy ya como una entidad nosológica,

puesto que lesiones cerebrales de muy diversa índole, la intoxicación alcohólica, la urémica, enfermedades infecciosas, también distintas, y asimismo determinadas neuropatías periféricas, actuando sobre individuos predipuestos, pueden dar lugar a dicha dolencia. Esta tiene siempre por base, es expresión clínica de una enfermedad o de una deformación encefálica; constituye, en fin, un síndrome.

Según Luciani y otros fisiólogos, la epilepsia es siempre de origen cortical. De la corteza de los hemisferios parte el estímulo epileptógeno, el cual se generaliza si la excitación se difunde a los centros bulbo-espinales, y si bien, excitados éstos, pueden sobrevenir accesos convulsivos, tales accesos no presentan los rasgos clínicos propios del verdadero acceso epiléptico, es decir, la suspensión de la conciencia y el comienzo de los fenómenos convulsivos por un grupo muscular circunscrito que corresponde a los centros psico motores irritados. En opinión de Lombroso, la epilepsia convulsiva representa la descarga de los centros corticales situados en la zona epileptógena y la epilepsia psíquica la de los centros psíquicos, respetando los psico-motrices. En fin, y para no hacer excesivamente extensa la enumeración de las distintas opiniones que tratan de explicar la patogenia de la epilepsia, citaremos la teoría de Sabbatani, según la cual, el funcionalismo fisiológico de la corteza del cerebro, particularmente del área motora, está ligado a la presencia del ion calcio en determinada concentración, que puede oscilar, pero dentro de ciertos límites, traspasados los cuales sobrevienen manifestaciones morbosas constituídas en unos ca-

sos por excitación o epilepsia, en otros por depresión o parálisis. Según esta teoría, comprobada experimentalmente por Roncoroni, la deficiencia de sales calcio en la corteza cerebral determinaría aumento de excitabilidad de la misma, cuya expresión clínica serían las convulsiones epilépticas.

La epilepsia suele hacer su aparición en la infancia bajo la forma de manifestaciones eclámpticas o convulsivas. Por lo menos, estas manifestaciones se encuentran entre los datos anamnésicos de los individuos epilépticos, acentuándose más tarde en la pubertad y haciendo entonces su aparición los ataques convulsivos con sus caracteres típicos. Después de esta época, es decir, desde los veinte años en adelante, es más raro que aparezcan dichos ataques, por más que existe una epilepsia tardía ligada por regla general al alcoholismo o a la arterioesclerosis.

Dos grupos de trastornos se observan en la epilepsia, unos permanentes, otros accesionales o paroxísticos. Los trastornos permanentes se refieren a la inteligencia propiamente dicha y al carácter. Las funciones intelectuales, por lo general, se debilitan de modo progresivo hasta llegar a la demencia. No obstante, los epilépticos pueden poseer buena inteligencia, y aun hallarse dotados de condiciones excepcionales en dicho orden de actividad; sirvan de ejemplo Napoleón, César, Flaubert y otros muchos que han sobresalido, no obstante padecer epilepsia. Por regla general, sin embargo, la inteligencia sufre ostensible menoscabo, que se acentúa a medida que las manifestaciones comiciales van siendo más intensas y repetidas.

Los trastornos del carácter constituyen el *epileptoidismo,* denominando así De Sanctis, como se consigna anteriormente, al conjunto de signos o estigmas que forman el carácter epiléptico y que permiten diagnosticar la epilepsia fuera de los ataques y de sus equivalentes. Dichos estigmas psico-epilépticos constitutivos del epileptoidismo son: *la movilidad o inestabilidad,* así referente a las ideas como a los afectos y al contenido; *la irritabilidad, la impulsividad,* que puede llegar a la mayor violencia; *la sugestibilidad,* y, en fin, *la periodicidad.* Si a estos rasgos permanentes del carácter, y que por lo mismo se denominan *estigmas psíquicos,* se suman los estigmas morfológicos y fisiológicos, queda constituído el *tipo epiléptico.* No hay para qué esforzarse en demostrar la importancia que tiene la investigación de tales trastornos del carácter, puesto que en la mayoría de los casos nos vemos precisados a establecer un diagnóstico sin que nos sea dable haber observado manifestaciones convulsivas o equivalentes de las mismas, y teniendo en consecuencia que atenernos tan sólo a los datos que el enfermo mismo o sus allegados nos proporcionen. Desde el punto de vista médico-legal sobre todo, los repetidos rasgos de epileptoidismo tienen siempre, de comprobarse, un valor innegable para la definición del origen epiléptico de las perturbaciones de la afectividad y de los actos que suelen entrar bajo la acción de las leyes penales.

Los trastornos paroxísticos de la epilepsia se hallan constituídos por los ataques de grande y pequeño mal y por los equivalentes de los mismos. No haremos más que recordar a grandes rasgos los sín-

tomas principales de dichas manifestaciones convulsivas.

El *gran mal epiléptico* se caracteriza por fases sucesivas, denominadas aura, convulsiones tónicas, convulsiones clónicas y resolución muscular y coma. El *aura* es el anuncio del ataque, su manifestación inicial, siempre la misma en el mismo individuo; constituye la última sensación, el último recuerdo del epiléptico, puesto que, pasada el aura, sobreviene inconsciencia absoluta, y tiene dicha fase tanta mayor importancia cuanto que en algunas ocasiones no existe otro síntoma subsiguiente; es decir, no va seguida de las restantes fases mencionadas. El aura puede aparecer en uno de los dominios motriz, sensitivo, sensorial o psíquico. El aura motriz consiste, v. gr., en un espasmo muscular, en paresia localizada, en incoordinación, en un simple movimiento de parpadeo; el aura sensitiva se traduce por hiperestesia o parestesia; el aura sensorial, por zumbido de oídos, por ejemplo, o por una alucinación; el aura psíquica, en fin, por una alteración del carácter, por euforia, tristeza, pesimismo, obsesión, excitación, etc., trastornos que sobrevienen de modo brusco y son transitorios. Después del aura comienza el acceso propiamente dicho: súbitamente el enfermo profiere un grito, palidece y cae; sus músculos entran en fuerte contracción, no seguida de momento de convulsiones, por lo cual esta fase se denomina tónica o de tonismo. Durante ella, la cabeza se encuentra en fuerte extensión o doblada hacia atrás, los globos oculares se desvían hacia arriba, las pupilas están dilatadas y no reaccionan a la luz, la boca se halla fuertemente cerrada, que-

dando cogida a veces la lengua entre las arcadas dentarias; el tronco, en rigidez e inmovilidad, y las manos, cerradas, con el dedo pulgar aprisionado por los otros dedos. Unos segundos después aparece la fase clónica o propiamente convulsiva, puesto que a las contracciones musculares sucede de modo rápido e incesante la relajación: la cara, los ojos, la lengua, el tronco y los miembros se agitan rítmicamente, la respiración se hace irregular, el pulso, antes, rápido, es desigual, y, en fin, los esfínteres se relajan dando salida a heces y orinas. La sensibilidad y la conciencia, abolidas desde la iniciación del ataque, no se restablecen, y el sujeto entra en una nueva fase, denominada de resolución muscular y también comatosa, porque consiste en sueño profundo, con pérdida más o menos completa de la conciencia, de la sensibilidad y motricidad, conservándose no obstante las funciones circulatoria y respiratoria. En fin, pasados algunos minutos, el enfermo recobra poco a poco el conocimiento, experimentando aún durante un corto tiempo sensación más o menos marcada de cansancio.

El ataque incompleto o de *pequeño mal* se manifiesta bajo la forma de ausencia o de vértigo. En la *ausencia,* el paciente palidece, suspende por un momento la ocupación en que se hallaba y recobra después la conciencia, sin apercibirse de lo que le ha ocurrido. A veces, sin embargo, la vuelta al estado normal no es completa, por lo menos, tan rápidamente. En el *vértigo,* el enfermo palidece también, sufre la sensación de caída en el vacío, a veces presenta algunas convulsiones y vuelve al estado normal, siendo generalmente momentánea dicha perturbación.

Tales son las dos formas principales y paroxísticas de epilepsia. Pero los ataques convulsivos pueden ser reemplazados por manifestaciones morbosas de diversa índole, que, por lo mismo que sustituyen a dichos ataques, se denominan *equivalentes*. Los caracteres principales de los mismos, que es de gran importancia conocer para su debida inclusión en el grupo de perturbaciones epilépticas, son: preexistencia de ataques completos, incompletos o abortivos, aparición brusca, inconsciencia total o parcial, y amnesia, también más o menos completa, del episodio morboso constituído por el equivalente.

Dichos equivalentes epilépticos pueden ser de índole sensitiva, sensorial, motriz, vaso-motriz, visceral, hípnica o psíquica. *El equivalente sensitivo* consiste, v. gr., en un acceso de hemicranea oftálmica, que es su forma más frecuente; *el equivalente sensorial*, en percepción de ruidos, visiones, etcétera; *el equivalente motor*, en movimientos de salutación, constituyendo el *tic de Salaam*, o en fugas o automatismo ambulatorio; *el equivalente vasomotriz*, en palidez o taquicardia; el *visceral*, en crisis de angina de pecho o de hemicranea, el *hípnico*, en accesos de sonambulismo, de narcolepsia; en fin, *los equivalentes psíquicos*, en impulsiones suicida, homicida, etc., crisis de cólera, furor, que sobrevienen de modo brusco, son siempre las mismas en el mismo individuo, se acompañan de pérdida de conciencia, y van seguidas de amnesia.

Las *psicosis epilépticas* están constituídas por síndromes psíquicos que evolucionan sobre la base del epileptoidismo, es decir, del carácter epiléptico, cuyos rasgos principales ya conocemos. Las formas

más importantes de dichas psicosis son, según De Sanctis, las fases psicomorbosas prolongadas que preceden o siguen a los ataques, los equivalentes psíquicos, simples o breves, los estados psicopáticos transitorios sin ostensible relación con los ataques, la degeneración psicoepiléptica y la demencia epiléptica.

Los *episodios psicoepilépticos preaccesionales prolongados* se manifiestan por irritabilidad del humor, tristeza, preocupaciones, ideas hipocondríacas o de persecución, acompañadas o no de alucinaciones, obnubilación, etc., síntomas mentales que coexisten muchas veces con otros somáticos, como cefalea, ruido de oídos, centelleo, etc., etc. Los *episodios postaccesionales* son mucho más frecuentes y duraderos, y consisten en fases de semiestupor, con automatismo, alucinaciones, angustia, etcétera, en las cuales la conciencia es crepuscular, o lo que es lo mismo, se halla muy debilitada la percepción de las impresiones exteriores, existe desorientación y aparecen borrados los recuerdos.

De estos trastornos mentales postepilépticos merecen especial mención los delirios alucinatorios y las impulsiones. Los *delirios alucinatorios* son la expresión más intensa del onirismo, las alucinaciones suelen ser terroríficas y el enfermo ve asesinos que le amenazan, escenas sangrientas, fuego, oye voces místicas que le mandan matar o destruir, y llega a ser autor de los más espantosos delitos. Pasado el delirio, después de algunas horas o de días, nada recuerda. Las *impulsiones* constituyen el trastorno psicoepiléptico más frecuente, caracterizándose por ser ajenas a toda influencia exte-

rior, automáticas, irresistibles, repentinas; por no coexistir con delirio aparente, y en fin, por determinar actos en contradicción con el modo habitual de pensar, sentir y obrar del sujeto. Las impulsiones se repiten siempre bajo la misma forma en el mismo individuo, y una de sus modalidades más curiosas es la fuga, automatismo ambulatorio, poriomanía o dromomanía, durante cuya fase impulsiva el enfermo viaja, llega al punto donde su impulsión le lleva, cumple una serie de actos propios de la vida en sociedad, sin que nada anormal acuse su perturbación, y queda sorprendido, al despertar, de encontrarse lejos del lugar donde vive. Durante estas fugas puede cometer actos anormales y delictivos; como robo, deserción, etc. No se puede decir en estos casos, afirma Dubuisson, que la conciencia no acompañe al acto, sino que el recuerdo de tales actos y de sus móviles no ha sido conservado

Los *equivalentes psico-epilépticos breves,* como su nombre lo indica, son episodios morbosos generalmente muy fugaces, que adoptan la forma de delirios, crisis de sueño o equivalentes oníricos, confusión, amnesias repentinas referentes a acontecimientos pasados, y sobre todo, de impulsiones, v. gr., al robo (kleptomanía), al incendio (piromanía), a la bebida (dipsomanía), al exhibicionismo; etc. Conviene tener muy presentes los caracteres propios de estas manifestaciones psíquicas de la epilepsia, cuya importancia, bajo el aspecto diagnóstico y médico legal, no es necesario encarecer. Tales caracteres consisten en brusquedad de aparición, perturbación de conciencia durante la fase o episodio morboso, abatimiento o coma más

o menos completo, subsiguientes a dicha fase, amnesia parcial o total de la misma, y, en fin, falta de motivos lógicos para la comisión del acto delictivo, el cual no va seguido de arrepentimiento, y se halla, por otra parte, en abierta pugna con las costumbres y modo de ser habituales del sujeto.

No debe olvidarse asimismo que, según algunos autores, existen equivalentes sin inconsciencia durante la duración de los mismos, ni amnesia subsiguiente. Tal forma de perturbaciones de naturaleza comicial se designa con el nombre de *epilepsia de Samt;* mas ha sido muy discutida, y de poder admitirse, se trataría de hechos excepcionales. La inconsciencia y la amnesia constituyen, en efecto, los rasgos fundamentales de todo equivalente epiléptico, y si se añaden los ya citados caracteres, instantaneidad de aparición y cansancio o astenia, que puede llegar al coma completo, como final de la crisis o episodio; si se comprueba, además, la coexistencia de determinados trastornos somáticos, como cefalea, insomnio, pupilas dilatadas y perezosas a la luz, reducción del campo visual, cierta dificultad en la emisión de la palabra, desorden o arritmia en los movimientos, etc., etc., y se demuestra, por último, la existencia de antecedentes comiciales y una analogía más o menos completa del episodio psico-morboso con los ataques epilépticos, tendremos datos suficientes para establecer el diagnóstico de equivalente psicoepiléptico.

En los casos en que no concurran tales circunstancias patológicas, no se tratará de equivalentes, sino de *estados psicopáticos*, los cuales se hallan constituídos por episodios morbosos, generalmente

largos, que sobrevienen en epilépticos, independientemente de los ataques y sin analogía ni relación con éstos, pero ligados a datos hereditarios y a otros significativos de la presencia de epileptoidismo o carácter epiléptico, de equivalentes, fenómenos estuporosos, impulsivos, afásico-amnésicos, etc. Estos estados psicopáticos se presentan con gran frecuencia bajo la forma *crepuscular*, cuya base es, como sabemos, el onirismo, coexistiendo con los trastornos de conciencia propiamente dichos otros síntomas, v. gr., perseveración asociativa, afasia amnésica, ecolalia, verbigeración, y algunas veces verdadera confusión y apraxia. El predominio de alucinaciones y de confusión constituye una variedad muy peligrosa de estos estados crepusculares. En fin: las fases de excitación y depresión, las primeras alcanzando a veces las alturas clínicas del furor, y las de depresión, acompañándose de caracteres estuporosos, constituyen también formas de psicosis epilépticas, dentro del grupo que estudiamos, y en las cuales, a los síntomas propios del síndrome maníaco o melancólico que describiremos más adelante al tratar de la locura maníaco-depresiva, se suman los rasgos clínicos generales antes mencionados, que permiten afirmar la naturaleza comicional de semejantes síndromes, confusional, maníaco y depresivo, pudiendo sumarse a éstos los delirantes más o menos sistematizados. Por lo demás, si la manía transitoria es considerada por algunos autores como un equivalente psicoepiléptico, en términos más generales, la locura periódica constituiría siempre para otros clínicos una manifestación también de la misma índole.

Para completar este estudio esquemático de las psicosis epilépticas, diremos algunas palabras de la degeneración y de la demencia, también comiciales. La *degeneración psicoepiléptica* se presenta en individuos que han sufrido durante mucho tiempo ataques convulsivos, y se caracteriza por un decaimiento progresivo de las funciones intelectuales y por trastornos del carácter. En dichos enfermos, la atención es móvil; la percepción, deficiente; la memoria, escasa; las asociaciones, débiles también; además, tales individuos son excesivamente impresionables, egoístas, carecen de sentido moral o se halla en ellos muy debilitado, se muestran indóciles, crueles, impulsivos, hasta llegar a las agresiones más violentas, y presentan, en fin, a menudo, perversiones sexuales. La *demencia epiléptica* no es, en último término, sino la acentuación de tales rasgos clínicos.

Las perturbaciones mentales que se observan en la epilepsia son más frecuentes en los epilépticos que padecen pequeño mal; mas esto se debe a que a su vez es más frecuente esta forma de ataque o de manifestaciones paroxísticas que la de gran mal.

## XVII

## Psicodisgenesias o locuras degenerativas.

### Psicodisgenesias congénitas o frenastenias: idiocia, imbecilidad, debilidad mental.

El segundo de los grupos en que hemos dividido las enfermedades mentales es el de las psicodisgenesias, denominación con la cual queremos decir psicosis por defecto de desarrollo, o lo que es lo mismo y en otras palabras, locuras degenerativas. Y al emplear estos términos, lo primero que debemos preguntarnos dado el concepto de locura en su más amplio sentido y el de degeneración: ¿es que hay locuras no degenerativas? ¿No debieran comprenderse en el grupo de las disgenésicas todas las psicopatías? Ciertamente; degeneración es base necesaria para el desarrollo de la locura; sólo aparece la locura en quien es predispuesto por herencia o por causas sobrevenidas después del nacimiento. Mas, aun establecida desde un punto de vista general semejante afirmación, son varias las formas psícomorbosas en las cuales la base degenerativa no es, por lo menos, ostensible, y no obstante en estos casos exista la predisposición o la degeneración, aunque no sea aparente y sí sólo latente, debemos separarlos de la degeneración propiamente dicha, ya que no tienen en su fisonomía clínica parecido

real con otras formas psicopáticas que por presentar determinados caracteres, evidentes lazos nosológicos, constituyen un conjunto de afecciones más estrechamente ligadas entre sí, y merecen el nombre de locuras disgenésicas.

Veamos, por lo tanto, cuál sea el concepto actual de la degeneración psíquica, como prólogo necesario al estudio de sus principales formas clínicas, y tratemos en lo factible de establecer los límites, sobradamente extensos, de este importante capítulo de la patología mental, verdadero cajón de sastre en donde se incluyen todas las formas psicomorbosas de difícil diagnóstico, todo lo que no se conoce bien, como ocurre, v. gr., por otra parte, con la histeria y la neurastenia en Patología nerviosa.

Degeneración no significa sino predisposición, estado constitucional de menor resistencia, de mayor vulnerabilidad, y, por lo tanto, terreno a propósito para el desarrollo de las psicopatías. En unos casos, como hemos dicho, la predisposición es latente; en otros es aparente, ostensible, exteriorizada por los llamados estigmas físico-psíquicos, cuyas principales formas y valor clínico han sido objeto de nuestro estudio. La degeneración latente, a beneficio de factores etiológicos de muy distinta índole, emotivos, tóxicos o infecciosos, por lo general, se manifiesta también al fin, apareciendo en el degenerado alguno de los síndromes o episodios psicopáticos con los caracteres de brusquedad de presentación, curso irregular, polimorfismo y desaparición, también más o menos súbita, para recidivar después de un lapso de tiempo indeterminado.

Según Morel, la degeneración equivale a desviación del tipo primitivo humano, provocada por cuantas causas de destrucción actúan sobre el hombre; pero principalmente por las enfermedades e intoxicaciones de los progenitores; y se transmite por herencia, acentuándose de modo progresivo en los descendientes hasta terminar en la esterilidad. La herencia, en concepto de dicho autor, obra de distinto modo, según sea más o menos cargada, debiendo admitirse cuatro clases de degenerados: 1.ª, el idiota, ser de inteligencia nula, de sensorialidad obtusa, de inclinaciones bestiales, último grado de la degeneración, puesto que no se reproduce. 2.ª, el degenerado de inteligencia limitada, de tendencias innatas o precoces hacia el mal, incapaz de colocarse a la altura de las exigencias sociales y muy apto para caer en el idiotismo bajo la influencia de causas intercurrentes. 3.ª, el degenerado que se denomina loco moral, razonador o lúcido, con trastornos de los sentimientos y voluntad, pero sin lesión aparente de la inteligencia, en cuyo tipo degenerativo, como en los anteriores, aunque en menos número e intensidad que en ellos, se encuentran estigmas físicos. Y 4.ª, el degenerado con ligeras anomalías físico-psíquicas, comprendiendo diversos tipos clínicos; v. gr.: el extravagante, el obsesionado, el excéntrico, el original, seres más bien raros que perjudiciales.

Los degenerados, en suma, son individuos mal conformados, de deficiente o anormal desarrollo, que presentan taras, signos, estigmas, síntomas, en fin, reveladores de su defectuosa constitución, no sólo morfológica, sino también psíquica. Estos seres

resultan inadaptables al medio social, deliran con gran facilidad, siendo muy propensos a la locura, y, en fin de cuenta, como dice Morel, son alienados por el hecho de la herencia y la degeneración. Unos presentan deformaciones físicas e insuficiencia intelectual, dividiéndose en idiotas, imbéciles y débiles mentales; otros padecen perturbaciones psíquicas sin verdadera insuficiencia intelectual, y en este segundo grupo comprende dicho autor las locuras hereditarias, debidas a la simple exageración del temperamento nervioso de los ascendientes, y también los delirios de los sentimientos y de los actos. Pueden admitirse, pues, dos grandes clases de degenerados: los inferiores y los superiores. A los degenerados inferiores pertenecen la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental; a los superiores, las perturbaciones preferentemente afectivas y volicionales. Los degenerados inferiores son defectuosos, deficientes, en su constitución orgánica y en su psiquismo; los degenerados superiores pueden poseer buena inteligencia, pero sin estabilidad, sin la debida armonía entre las diferentes formas de actividad intelectual; su trastorno, su déficit, está, sobre todo, en la esfera de los sentimientos y en el dominio de la voluntad; por eso se llaman también *inestables o desequilibrados*.

Desde el punto de vista clínico, pueden simplificarse mucho el concepto y las formas de la degeneración, admitiendo que ésta se manifiesta de tres modos distintos: por caracteres de anormal constitución psíquica y física, por síndromes psicopáticos accesionales que se desarrollan y evolucionan sobre el fondo de la degeneración, y por psicosis pro-

piamente dichas. Al primer grupo pertenecen la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental; al segundo, las obsesiones, las fobias y las impulsiones; al tercero, las psicosis, a las cuales comunica la degeneración rasgos clínicos peculiares que ya hemos mencionado anteriormente, como brusquedad de aparición y desaparición, curso irregular y generalmente rápido, polimorfismo de manifestaciones, y recidiva, siendo las formas más importantes de este grupo: el delirio de los perseguidos perseguidores, el delirio de los perseguidos melancólicos o de autoacusación, y los síndromes maníaco, melancólico, confusional y alucinatorio.

Estas tres formas por las cuales se manifiesta en clínica la degeneración mental pueden aún reducirse a las dos que figuran en nuestra clasificación: psicodisgenesias congénitas o frenastenias, y psicodisgenesias de evolución o síndromes degenerativos, subdividiéndose el segundo grupo en síndromes degenerativos estables y síndromes degenerativos episódicos o accesionales. En las psicodisgenesias congénitas o frenastenias, comprendemos la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental. En las psicodisgenesias de evolución representadas por síndromes degenerativos estables, incluímos la locura moral, la neurastenia y la melancolía constitucionales, y las psicopatías sexuales; y, por último, en las psicodisgenesias de evolución, constituídas por síndromes degenerativos accesionales, comprendemos los llamados episodios psicopáticos, que son el abúlico, con sus tres formas: obsesiva, fóbica e impulsiva, y los maníaco, melancólico, mixto, alucinatorio y delirante polimorfo. Describamos,

pues, en los términos abreviados que nos consienten hacerlo las nociones de psicofisiología y de semiología clínica que llevamos adquiridas hasta ahora, las indicadas formas de la degeneración mental, comenzando por las frenastenias.

Tres modalidades tiene, como hemos dicho, el grupo de las frenastenias, que de mayor a menor intensidad son: la idiocia la imbecilidad y la debilidad mental. La idiocia es, por consiguiente, el grado mayor de la inferioridad mental, el defecto más intenso de desarrollo psíquico, y podemos añadir somático, puesto que coexiste con anomalías morfológicas y fisiológicas muy ostensibles. Y decimos defecto y no desorganización, para establecer la debida diferencia entre la idiocia y los estados demenciales. El idiota es un defectuoso; el demente, un agotado; el idiota, usando la conocida frase de Esquirol, es y ha sido siempre pobre; el demente es un rico arruinado. Mas, en puridad, la distinción es más bien teórica que práctica, porque si se tratase sólo de medir la actividad mental, entre el idiota y ciertas formas de demencia, apenas podría establecerse límite preciso.

Algunos clínicos describen dos grupos de idiotas: los congénitos y los adquiridos; otros no admiten la idiocia congénita. Esta última se diferenciaría de la idiocia adquirida por la falta de lesiones anatomopatológicas y de anomalías físicas, así como por la existencia del llamado por Griessinger talento unilateral; no presentando, por lo tanto, los idiotas congénitos más que los síntomas funcionales propios del idiotismo.

De Sanctis denomina a los idiotas *frenasténi*

*cos cerebropáticos,* considerándolos enfermos de los centros nerviosos con degeneración mínima, pero con alteraciones evidentes en la esfera motriz, con historia individual morbosa además, siempre comprobable, pero tal vez sin herencia patológica. Diferencia así dicho autor a los idiotas de los imbéciles, a quienes denomina *frenasténicos biopáticos* o por anomalía, cuyo defecto es congénito o hereditario, y la degeneración en ellos, máxima, por lo tanto.

La idiocia adquirida tiene su origen en enfermedades de la primera infancia, principalmente traumatismos y compresiones del cráneo, a consecuencia de cuyas causas quedan en el idiota síndromes o síntomas motrices de carácter permanente, v. gr., espasmos, diplejias, paresias, hemiplejías, atetosis, hipertonias, simples asimetrías funcionales, temblores, disartría, sordera, epilepsia, etc., etc.

Según Bourneville, anatomopatológicamente existen cinco tipos principales de idiocia: la idiocia microcefálica, la hidrocefálica, la porencefálica, la cretinoide o cretinismo esporádico y la idiocia debida a neoplasmas encefálicos. No nos detendremos en su descripción, haciéndolo en conjunto del tipo genérico de la idiocia. Debe, no obstante, mencionarse, además, la *idiocia de Tay-Sach o familiar amaurótica* como forma no enteramente incluíble en las comunes enunciadas, ya que en ella, a los caracteres propios de la idiocia, en cuanto defecto mental, se suman ciertas particularidades, como el presentarse después del nacimiento en varios individuos de la misma familia, aparecer parálisis mus-

culares y trastornos visuales, y la terminación por la muerte a los pocos meses de iniciados tales trastornos.

Desde los primeros años de la vida presenta el idiota congénito los signos clínicos reveladores de su afección, tanto en la esfera somática como, y especialmente, en cuanto a su inteligencia se refiere; en la idiocia adquirida no existen, en cambio, deformidades ostensibles. Pero refiriéndonos en nuestra descripción de modo preferente a la forma congénita, añadiremos que, en efecto, el idiota es atrasado en su desarrollo, de expresión deficiente, mímica amanerada, palabra poco desenvuelta, hallándose a veces reducido el lenguaje fonético a sonidos inarticulados, y de inteligencia, en fin, rudimentaria e imperfectible en la mayor parte de las ocasiones, o sólo lográndose en otras alguna actividad intelectual merced a una ortofrenopedia bien dirigida. Los sentimientos del idiota son también escasos, apareciendo casi siempre perturbados en sentido de turbulencia, irritabilidad, o, por el contrario, de profunda apatía, y observándose siempre el predominio del egoísmo y la indiferencia morbosa, de la vida vegetativa o de los instintos, de aquella actividad que depende, en fin, del funcionalismo automático de los centros de proyección, por falta de desarrollo del centro psíquico superior, centro mental de Grasset, el cual representa la voluntad, el yo responsable, la conciencia, el freno, la regulación, en suma, de nuestra actividad psíquica.

Si tratásemos de hacer una descripción en breves palabras de la psicología del idiota, diríamos, por lo tanto, que carece más o menos completa-

mente de senso percepción, atención, memoria y asociación, y que tiene profundamente perturbados los sentimientos y la voluntad Por faltarle la senso-percepción y la atención, o ser muy limitadas, no fija bien las impresiones exteriores; en consecuencia, la memoria es escasa, las asociaciones, lentas y defectuosas, entre ellas las ideas, que no existen en su modalidad abstracta, se hallan muy reducidas en la forma concreta y se enlazan entre sí por la semejanza de las cosas y no por el contraste. Los juicios se forman, por lo mismo, de modo difícil y defectuoso, puesto que no tienen lógica ni crítica, y en muchos casos son realmente rudimentarios o no existen, faltando también, y consecutivamente, la reflexión y las nociones de tiempo, lugar y perso na. En la esfera afectiva y en la volicional predominan, como hemos dicho, las notas patológicas, irritabilidad o apatía, indiferencia morbosa, la falta de sentimientos elevados, los instintos y deseos sin freno, la inercia reaccional, a veces, y con más frecuencia, las impulsiones.

La *imbecilidad* es un grado menor de defecto o atraso mental que la idiocia. En el imbécil, la inteligencia es menos rudimentaria, alcanza mayor desenvolvimiento, si bien sea éste muy escaso, y existen asimismo sentimientos, aunque muy poco desenvueltos. El lenguaje oral se halla más desarrollado, no obstante el lenguaje escrito y la lectura apenas existan. La atención está también menos atrofiada, es móvil o inestable, pero existe; la senso percepción no aparece tan deficiente como en el idiota, se fijan mejor, en consecuencia, las impresiones exteriores, y claro es, hay un caudal idea-

tivo, aunque reducido, y sólo en lo que se refiere a ideas concretas, ya que la ideación abstracta es muy limitada, o falta por completo. Las asociaciones se efectúan defectuosamente, sobre todo en cuanto a intensidad y duración se refiere, y los juicios aparecen débiles de lógica y ausentes de crítica. La emotividad es, por último, inestable, existe indiferencia, egoísmo, inmoralidad, vanidad, irritabilidad o apatía, credulidad exagerada, es decir, sugestibilidad, en suma; tendencia a la mentira y tendencia también al automatismo de las reacciones.

El cuadro descrito nos es perfectamente explicable si apelamos para ello a nuestros conocimientos de psicofisiología. Nuestro capital ideativo, nuestro haber de imágenes mentales, se constituye merced a la higidez de la seno-percepción, de la atención y de la memoria de receptividad. El imbécil percibe deficientemente las impresiones exteriores, las sensaciones llegan de modo incompleto a su conciencia, son mal conocidas por ésta, si nos es dable expresarnos así, y la atención es escasa, lo cual significa, como sabemos, la inadaptación de la actividad psíquica hacia el estímulo. La memoria fija mal las sensaciones; éstas, por lo tanto, se conservan en proporción escasa y defectuosamente, resultando así muy menoscabada la función de retentividad; es decir, conservándose mal y en reducido número las imágenes mentales, y como la idea no es más que la sensación evocada, o lo que es lo mismo, la imagen latente que despierta, cuando el haber de imágenes mentales es muy reducido, la evocación de las mismas es también escasa e imperfecta, y esto es lo que ocurre en e imbécil, cuyo

capital ideativo es, en efecto, muy deficiente. Ahora bien: según nos ha enseñado la Psicología, cada sensación, cada estado de conciencia lleva en sí, a la vez que una nota informadora, representativa o intelectual propiamente dicha, una nota de color o componente afectivo, y al propio tiempo, una tensión o tendencia que representa, también en germen, la voluntad; estando tales componentes de toda sensación, una vez llega ésta a la conciencia, tan íntimamente ligados, que, como se comprende, si la nota informadora, la que conoce, conoce mal, al conocer mal, siente y quiere en condiciones anormales también; y así ocurre que, al hallarse deficientemente desenvuelta la inteligencia, este menoscabo repercute en los restantes modos de funcionalismo psíquico, y aparecen, por lo tanto, escasa y morbosamente desarrollados los sentimientos y las voliciones. He aquí por qué el imbécil, que es un ser de poca inteligencia, es también un deficiente de afectividad y de funciones volitivas.

El imbécil, dice Dubuisson, es más dañino que el idiota, porque no le faltan, como a éste, los instrumentos cerebrales y corporales para hacer el mal. Tiene poca memoria, escasa aptitud para combinar y abstraer, carece de iniciativa; pero no de imitación, y se expresa con dificultad mayor o menor. Como no tiene atención, aunque comprende, no fija ni retiene lo que se le enseña; es inestable de carácter y no está privado de sentimientos; mas la falta de reflexión y su deficiencia intelectual le conducen a ceder a sus sentimientos personales, predominando así en él la vanidad, el egoísmo, la glotonería, y especialmente, de modo precoz y exa-

gerado, el instinto sexual. Es decir, y en resumen, que en consonancia con el defecto de desenvolvimiento físico, se desarrolla también mal el psiquismo en el imbécil. Son estos individuos tardos en hablar y en andar, y los instintos se sobreponen en ellos desde los primeros años a toda reflexión; gustan de maltratar a los animales, no tienen afición a los juegos infantiles, ni poseen esa curiosidad tan instructiva propia de los niños normales. En fin, la educación pedagógica consigue escaso resultado.

Existen dos tipos de imbéciles, los *irritables* y los *apáticos*. Los primeros sustituyen su inteligencia con la vivacidad de su carácter, y como no les falta memoria y se expresan con facilidad, pueden parecer normales; mas su tono emotivo inestable, el cinismo, la indiferencia hacia todo aquello que no signifique utilidad para ellos mismos, la imposibilidad de dedicarse a ocupación alguna, su propensión al vicio y a la mentira permiten diagnosticar el defecto que padecen. El tipo apático es, por el contrario, perezoso e indolente, hallándose en él más acentuadas las notas morbosas significativas de deficiencia de desarrollo intelectual.

Poco hemos de decir respecto a la forma más leve de frenastenia o de degeneración de orden inferior, forma que está constituída por la *debilidad mental*. El débil mental no presenta anomalías numerosas ni ostensibles de desenvolvimiento físico; su lenguaje es normal, posee memoria, sentimientos y voliciones; sus actos y conducta pueden ser también fisiológicos, y no es, por lo tanto, un ser antisocial, como el imbécil. Pero es un defectuoso, sin embargo, con escasa actividad intelectiva, que asi-

mila lenta y difícilmente aquellas nociones que deben constituir el haber mental del individuo, su riqueza ideativa, sobre todo cuando dichos conocimientos se hallan fuera de los límites de lo rudimentario, y que forma falsos juicios, lo que le vale la denominación de necio. Además, es excesivamente crédulo, vanidoso, sugestionable, falto de iniciativa y de sentido crítico, y si bien distingue el bien del mal, no traduciendo tal vez el bien por lo útil y el mal por lo inútil, como el deficiente de mayor grado, la debilidad de su inteligencia y de su carácter hacen que sus actos no concuerden con sus palabras, con sus buenos propósitos; todo ello aun pudiendo coexistir con una regular memoria y con signos aparentes de actividad intelectual.

Según Chaslin, la fisonomía del débil se caracteriza por la inmovilidad absoluta o relativa de los músculos superiores de la cara, que no funcionan o funcionan mal, y dicho signo distingue al débil del atrasado mental, defecto este último, si en apariencia poco distinto, que difiere realmente de la debilidad mental en que en el atrasado los errores de juicio se deben a la ignorancia procedente de la incapacidad psíquica, de la dificultad de adquirir o de la imposibilidad social de recibir instrucción, y la nota afectiva, vanidad, no existe o no es tan acentuada.

Añadiremos, en fin, que la debilidad mental es terreno abonado para el desarrollo de un sinnúmero de psicopatías, pero especialmente los delirios sistematizados degenerativos, el de los perseguidos perseguidores, la locura moral, las obsesiones, las fobias y las impulsiones.

## XVIII

## Psicodisgenesias *(continuación)*.

Psicodisgenesias de evolución o síndromes degenerativos: estables y episódicos.—Síndromes degenerativos estables: desequilibrio, locura moral, neurastenia y melancolía constitucionales, psicopatías sexuales. Síndromes degenerativos accesionales o episódicos: abúlico, maníaco, melancólico, mixto, delirante polimorfo y alucinatorio.

La degeneración mental, como hemos visto anteriormente, se caracteriza por la deficiencia o anormalidad de desarrollo del funcionalismo psíquico, que coexiste con un desenvolvimiento físico también incompleto o anómalo, manifestándose en clínica bajo formas muy diversas, si bien fundamentalmente obedezcan al mismo origen disgenésico indicado, que representa el lazo común de las mismas. Tales modalidades de exteriorización de las psicodisgenesias se dividen, como debemos recordar, en dos grandes grupos, las psicodisgenesias frenasténicas, que, en términos generales, pueden denominarse congénitas, y las psicodisgenesias de evolución o síndromes degenerativos, de los cuales unos son estables, más o menos permanentes, y otros accesionales, constituyendo éstos los *episodios*

*psicopáticos de los degenerados*. Hemos descrito ya las frenastenias; ocupémonos, por consiguiente, de los síndromes degenerativos.

Como formas sindrómico-degenerativas de carácter estable, debemos estudiar la locura moral, la neurastenia y melancolía constitucionales y las psicopatías sexuales; mas antes de emprender la descripción de las mismas, séanos permitido decir algunas palabras acerca de otro síndrome estable, que debe figurar en los cuadros nosológicos, habida cuenta de no ser, en suma, sino una forma psicodisgenésica que se observa con mucha frecuencia en el medio social, aunque no en las clínicas, porque no suele dar manifestaciones patológicas de suficiente relieve. Nos referimos al degenerado superior, al desequilibrado, al desarmónico, que de todas estas maneras puede designarse; a ese tipo degenerativo que, por lo general, tiene gran inteligencia, brillante imaginación, aptitudes excepcionales para el cálculo, las bellas artes, la oratoria, pero que no se adapta nunca completamente al medio en que vive, pues no tiene constancia, carece de autocrítica y, lo que es más característico, es amoral, vanidoso, egoísta o indiferente a cuanto no le atañe de modo directo, y no tiene, en fin, voluntad bien ponderada, dejándose llevar, en consecuencia, por sus instintos y pasiones. Algunas variedades de este degenerado superior son bien conocidas, y así ocurre con el *inventor*, el *fanático*, el *coleccionista*, el *excéntrico u original*, el *desequilibrado*, el *avaro*, el *orgulloso*, el *abúlico*, etc., formas todas que tendrían, además, el lazo común *carácter patológico*, cuyos rasgos son, según Fuhrmann: ausencia total de la

noción del propio estado morboso y unilateralidad incorregible del pensamiento.

Y entremos ya en el estudio de la *locura moral*, denominada también locura instintiva, locura de los actos y locura razonadora, afección muy discutida, no tanto por los clínicos, ya que en su mayor parte le conceden autonomía nosológica, cuanto por los juristas, quienes se avienen mal a admitir esa morbosidad electiva sobre los sentimientos y los actos, sin perturbación ostensible de la inteligencia. La locura moral es, sin embargo, una de las formas más frecuentes de la degeneración, y el criminal nato de Lombroso, verdadero loco de los instintos, entra de lleno en el tipo. Mas pueden y deben establecerse diferencias de consideración entre la criminalidad y la locura moral, y para no entrar en asunto en cierto modo privativo de la medicina legal psiquiátrica, citaremos solamente la existencia en dicha forma de locura de otras anomalías psíquicas además de la falta de sentido moral, única anormalidad que cabe admitir en los criminales.

El loco moral, además de la anomalía afectiva que le caracteriza, presenta en efecto, otros estigmas psíquicos de degeneración, y también estigmas morfológicos. Su inteligencia puede, sobre todo aparentemente, hallarse bien desenvuelta, pero no es raro que, de modo más o menos transitorio, ofrezca profundas alteraciones, y, sobre todo, los sentimientos y los actos se hallan en él ostensiblemente perturbados. Su normalidad intelectual, que no es, en rigor, sino relativa, le sirve para poner en práctica sus instintos morbosos y para realizar actos punibles, rodeándose muchas veces de las mejo-

res condiciones, a fin de asegurar la realización del hecho sin la menor apariencia de su culpabilidad. Mas no es esto lo más frecuente, sino que la falta de motivos, la nimiedad de los mismos, en otros casos las circunstancias propias del delito, y, por último, la no ocultación de éste ni su premeditación, le denuncien, y valga la palabra, como un delincuente patológico. El loco moral, en fin, presenta desde su infancia determinados rasgos del carácter y perversiones de la conducta, que constituyen el germen de sus futuras perturbaciones, debiendo citarse entre dichos trastornos afectivos: la desconfianza hacia cuantos le rodean, la falta de cariño hacia sus ascendientes y allegados, la desobediencia, la inestabilidad, la apatía, los instintos crueles que demuestra gozando con el sufrimiento ajeno, haciendo sufrir a los animales, mostrándose vengativo con motivos fútiles o sin motivo alguno; además, una gran desigualdad del tono emotivo, propensión a la maldad y al vicio, sobre todo a los vicios sexuales, tendencia a las impulsiones e imposibilidad de adaptarse al medio social ni de desempeñar, por lo tanto, ocupación alguna.

Para comprender bien la significación clínica de las distintas denominaciones de la locura moral, recordaremos que esta forma degenerativa se halla incluída en el grupo de las antiguas monomanías de Esquirol. Este ilustre alienista, habiendo observado en muchas ocasiones que los actos delictivos se efectuaban bajo la influencia de una concepción delirante, creó la monomanía intelectual. Pero otros hechos vinieron a demostrar la realización de crímenes por alienados que no presentaban el delirio

general de los maníacos, ni el delirio parcial de los monomaníacos intelectuales, y habida cuenta de tales hechos, Georget, discípulo de Esquirol, llegó a la afirmación de que podían cometerse actos criminales sin debilidad ni trastorno de inteligencia, como asimismo sin perversión de los sentimientos, observándose en estos individuos solamente perturbaciones de la voluntad. Y, así, al lado de la monomanía intelectual, nació la *monomanía instintiva*. Pero, además, se creó una *monomanía razonadora* por observación de otros casos, en los cuales el trastorno existe en los sentimientos y en los actos, y no en la inteligencia, puesto que, en dicha forma, las ideas conservan sus lazos naturales, los enfermos razonan perfectamente y la actividad intelectual es muy ostensible, pero las acciones son contrarias a los afectos e intereses y a los usos sociales, y por desordenadas—dice Esquirol — que sean dichas acciones, tienen siempre motivos más o menos plausibles en que justificarse, pudiéndose decir, por lo tanto, que estos sujetos son locos razonables. Conviene también recordar que la monomanía razonadora ha tenido distintos nombres, como los de *manía del carácter*, según Pinel; *locura de acción*, denominada así por Brierre; *locura instintiva*, en concepto de Morel; *locura lúcida*, en opinión de Trelat, y, por último, *locura moral*, para Pritchard; diversas designaciones que estudia Dubuisson en dos grupos, cuyo lazo común es la perversión de las inclinaciones y de los sentimientos, pero que se diferencian en que, en uno, el enfermo tiene conciencia de su enfermedad, y, en el otro, desconoce por completo su estado morboso. Al pri-

mer grupo de locuras razonadoras con conciencia pertenecen, según dicho último autor, las fobias, las impulsiones y las manías; en el segundo grupo de locuras razonadoras, que se caracteriza porque el trastorno de las inclinaciones determina actos punibles sin perturbación, por lo menos aparente, de la inteligencia ni de la voluntad, y sin que el sujeto tenga conciencia de su padecimiento, se incluye la locura moral.

Pocas palabras hemos de decir de los síndromes degenerativos estables, melancolía y neurastenia constitucionales, puesto que el primero será descrito con la necesaria extensión al ocuparnos del síndrome genérico melancolía, y la neurastenia lo ha sido al tratar de las psiconeurosis; y con respecto a las perversiones sexuales, no haremos sino mencionarlas, puesto que fueron objeto de nuestra atención en semiología mental. Dichos síndromes, melancolía, neurastenia y psicopatías sexuales, pertenecen de hecho al capítulo de las psicodisgenesias que venimos describiendo, como manifestaciones sindrómicas que son de un mismo fondo o base nosológica: la degeneración, y así lo indica, sobre todo en cuanto se refiere a la neurastenia y melancolía, su calificativo de constitucionales, y por lo que respecta a los trastornos del sentido genésico, la circunstancia de presentarse también en degenerados, coexistiendo con otros signos o estigmas psicomorfológicos propios de la disgenesia mental.

La *neurastenia constitucional* constituye un síndrome permanente de agotamiento o cansancio, de carácter hereditario, en lo que se diferencia de la neurastenia adquirida, y que se manifiesta por fati-

ga intelectual, atención inestable, lentitud o dificultad asociativa, disminución de memoria, ideas fijas, de contenido generalmente hipocondríaco, así como por tristeza, irritabilidad e inconstancia del carácter y egoísmo y orgullo patológicos, cuyos síntomas mentales coexisten con otros somáticos propios de la neurastenia, v. gr.: cefalea en casco, raquialgia, temblor, parestesias, aumento de los reflejos, contracciones fibrilares, principalmente en los músculos de la cara, trastornos cardíacos, etc., etc.

La *melancolía constitucional* es también un síndrome permanente, y se caracteriza por tristeza, preocupaciones, tendencia a la abulia y a las ideas de autoacusación y de humildad, más frecuentemente que a las persecutorias pasivas, y, en ocasiones, por impulsos suicidas. Estos síntomas pueden de modo accesional agudizarse, llegando a determinar la forma ansiosa de la melancolía. Por lo demás, los dos caracteres fundamentales, degeneración psicosomática ostensible y permanencia de dichos rasgos propios de los deprimidos, nos servirán para hacer el diagnóstico de este síndrome psicodisgenésico.

Las *perversiones sexuales* se dividen, como debe recordarse, en dos grandes grupos: inversiones y perversiones propiamente dichas. La *inversión sexual o uranismo*, llamada también *homosexualidad*, comprende dos formas: la *pederastia*, inclinación sexual del hombre hacia otro hombre, y el *tribadismo*, inclinación sexual de la mujer hacia otra mujer. La *perversión sexual* o *parafilismo* tiene muchas variedades, siendo entre ellas las principales: la *masturbación*, el *exhibicionismo*, la *pedofilia* (inclinación sexual hacia los impúberes), la *je-*

*rontofilia* (inclinación hacia los viejos), el *fetichismo*, placer sexual obtenido por la vista o el contacto de partes extragenitales de la mujer, y la *algolagnia*, satisfacción del instinto genésico sólo conseguida a costa de actos de crueldad, ora sufridos, como en el *pasivismo* o *masoquismo*, ya efectuados por el sujeto, cual ocurre en el *sadismo* o *tiranismo*.

Y abordemos ahora el estudio de otro grupo de síndromes degenerativos, el de los accesionales o transitorios, denominados, por lo mismo, *episodios psicopáticos de los degenerados*.

Estos episodios morbosos psicodegenerativos afectan diversas formas. En unos casos, se manifiestan por el síndrome abúlico; en otros, por el maníaco, el melancólico o por la forma mixta maníaco-depresiva; en ocasiones, en fin, hacen su aparición por delirios.

Con respecto al tipo abúlico, indicaremos solamente que puede subdividirse en obsesivo, fóbico e impulsivo, no entrando en su descripción por haber sido hecha en semiología mental al estudiar los trastornos de la afectividad y los volicionales. El hecho de que las obsesiones sean ideativas, fóbicas o impulsivas, asienten sobre un fondo de *constitucionalismo*, es decir, de degeneración claramente significada por estigmas somáticos y psíquicos, obliga a considerarlas como síndromes degenerativos episódicos, caracterizados, como todos ellos, por los rasgos genéricos, aparición y desaparición bruscas, transitoriedad, curso irregular y recidiva; debiendo, no obstante, añadirse, por lo que respecta a este grupo, su relativo unimorfismo, pues las

obsesiones suelen ser, en su repetición o recidiva, fieles siempre a la forma con que primeramente se manifiestan. Para el estudio de sus numerosas variedades, nos remitimos al capítulo ya citado de patología general.

El síndrome maníaco se caracteriza por los síntomas propios de la manía *hiperfrenia* o hiperactividad intelectual propiamente dicha, *hipertimia* o *hiperactividad* afectiva, e *hiperpraxia* o hiperactividad de reacciones. El síndrome melancólico se halla integrado por los síntomas *hipofrenia, hipotimia,* e *hipopraxia,* es decir, disminución de actividad intelectual, afectiva y volitiva. No hemos de entrar en la descripción detallada de dichos síndromes, porque ocuparán nuestra atención en el grupo de las *paratimias.* Solamente habremos de añadir que la diferencia entre los mismos como episodios degenerativos y como formas sindrómicas fundamentales del tipo genérico de las paratimias, locura maníaco-depresiva, es más bien teórica que real, habida cuenta de que esta forma de locura es patrimonio de los degenerados; pero que si se trata de establecer la posible distinción, es necesario tener en cuenta los caracteres tan repetidos de los síndromes degenerativos, y que acabamos de mencionar: aparición y desaparición bruscas, rapidez e irregularidad de curso, polimorfismo y recidiva, amén de la circunstancia de que serían más aparentes en los episodios maníaco, melancólico y mixto, que en la locura maníaco-melancólica, los estigmas psicomorfológicos.

Debemos detenernos algo más en el estudio del tipo delirante episódico degenerativo, de carácter

polimorfo, que conviene distinguir de otras modalidades psicomorbosas que pueden prestarse a confusión. Tal delirio de los degenerados, además de los caracteres comunes a toda manifestación episódicodisgenésica, ofrece los de ser móvil, rara vez alucinatorio, no metabólico, incoordinado, y versar sobre temas de contenido ideativo muy diverso. Es decir, que el delirio episódico de los degenerados es, como dice Marchand, incoordinado, polimorfo y móvil, y si a estos rasgos clínicos añadimos los ya mencionados que corresponden en suma a todo episodio degenerativo, diremos que dicho delirio es de principio y desaparición bruscas, de evolución rápida e irregular, formado por ideas incoordinadas, móviles y transitorias, polimorfo y recidivante. Por lo demás, aparece en sujetos hereditariamente muy tarados, de desenvolvimiento psíquico anormal y sin causa apreciable, o a beneficio de causas más o menos insignificantes, entre ellas las infecciones e intoxicaciones y los traumatismos morales.

El delirio, carácter clínico fundamental de este síndrome degenerativo, que se denomina también, aunque impropiamente, paranoia aguda, puede revestir todas las formas conocidas de tal modalidad de ideación morbosa; pero con más frecuencia se halla constituído por ideas de persecución, grandeza, hipocondríacas, melancólicas, o místicas. A veces adquiere cierta sistematización; lo regular es, sin embargo, que dichas ideas patológicas se asocien unas con otras, constituyendo su carácter esencial, polimorfismo. Además, no existe lógica alguna en el encadenamiento de las ideas, y en ocasiones no se trata de ideas delirantes propiamente

dichas, sino de interpretaciones, móviles también e incoordinadas como el delirio, y denominadas así porque el sujeto interpreta todo cuanto oye o ve en sentido de su ideación morbosa.

Aunque no son frecuentes, pueden presentarse alucinaciones plurisensoriales, es decir, que por lo general aparecen a la vez en varios sentidos, cuyas alucinaciones tienen, como el delirio, el carácter de movilidad y pueden determinar trastornos de la actividad, es decir, agitación o depresión. Aparte de tales trastornos, el delirio y las alucinaciones son causa muchas veces de actos morbosos, sobre todo reacciones agresivas contra el mismo sujeto o contra los demás.

En muchas ocasiones, la evolución es muy brusca, motivando esta particularidad entonces la denominación de *brote o soplo delirante;* en otras es más lenta, pero la recidiva es siempre la regla. Según algunos autores, termina por curación la mayor parte de las veces; otros admiten, además, la cronicidad del delirio en cierto número de casos.

Son también delirios degenerativos los que constituyen el grupo de los perseguidos perseguidores. Mas su estudio pertenece al de las paranoias, y al ocuparnos de las mismas haremos su descripción.

## XIX

## Paratimias.

### Manía.

Del conjunto informe y mal definido de modalidades psico-morbosas que constituyen la degeneración mental, van desglosándose síntomas y síndromes, que, debidamente unificados por caracteres clínicos fundamentales, adquieren vida en cierto modo independiente, formando nuevas especies nosológicas. El grupo de las psicosis degenerativas es así cada día menos amplio, siendo de esperar que en plazo no muy largo la clínica psiquiátrica, continuando el progreso incesante en que sus estudios se encuentran hoy, se encargue de reducir dicho grupo a sus verdaderos límites, que no pueden ser otros que considerar la degeneración como la base, o el terreno sobre el cual se desenvuelven todas las psicopatías. Tales nuevas entidades psico-nosológicas son, por el momento, la locura maníaco-melancólica, la demencia precoz y las paranoias de reivindicación e interpretación; la psicosis maníaco melancólica, representativa del grupo que denominamos paratimias, y la demencia precoz o esquizofrenia y las mencionadas paranoias, constituyendo formas de los grupos correspondientes, dentro de los cuales las describiremos.

*Paratimia* quiere decir, en términos generales, perversión de los afectos, locura afectiva, denominación sinónima, por consiguiente, de cenestopatía, cuyo significado, como sabemos, es el de forma morbosa de la cenestesia. En este grupo de paratimias debemos estudiar, en primer término, los síndromes maníaco y melancólico; a continuación, la ciclotimia; después, la locura maníaco-depresiva, y, por fin, la forma depresiva denominada melancolía de involución o afectiva. Y conviene seguir este orden habida cuenta de que la manía y melancolía son los síndromes componentes de la locura maníaco-melancólica; la ciclotimia puede considerarse como el germen de esta enfermedad, y su estudio será así después mucho más factible, y, por último, de que la melancolía de involución, perteneciendo también al grupo, presenta caracteres significativos relativa autonomía clínica.

*Manía,* término que, derivado del latín, quiere decir extravagancia, y derivado del griego, delirio o locura, significa, desde el punto de vista clínico, según Baillarger, sobr eexcitación general y permanente de las facultades intelectuales y morales. Hasta hace poco ha podido considerarse la manía en unos casos como un síndrome de ciertas enfermedades mentales, y en otros, como psicosis autónoma. Mas hoy, merced al nuevo concepto psiconosológico de Kraepelin, denominado locura maníaco-depresiva, no puede conceptuarse de otro modo que como una forma sindrómica de esta enfermedad, así como de las diferentes afecciones mentales, degeneración, alcoholismo, parálisis general, histeria, epilepsia, demencia precoz, confusión, etc., si bien

deba establecerse la diferencia de que en la psicosis maníaco-depresiva, el síndrome maníaco es fundamental, como lo es el melancólico, y, en cambio, constituye un simple episodio en las restantes psicosis citadas, presentando en ellas, además de su fenomenología propia, los rasgos clínicos pertinentes a la base nosológica sobre la cual evoluciona.

El síndrome manía puede considerarse formado por tres subsíndromes, que tienen entre sí el lazo común representado por la hiperactividad, siempre en el concepto de que el aumento funcional se refiere al dominio del psiquismo inferior o automático, e implica, por consiguiente, menoscabo o disminución de la funcionalidad psíquica superior, ya que, como sabemos, cuando el centro psíquico jerárquicamente más elevado no funciona o funciona en condiciones morbosas, se exaltan o hiperfuncionan los centros psíquicos inferiores, resultando, por tanto, que la hiperactividad es sólo automática, pues coexiste con hipoactividad del indicado centro superior, cuya función es, como dice Grasset, y nosotros hemos repetido, la conciencia, la voluntad libre, el yo responsable; es decir, la regulación o freno de los centros más inferiores.

Dichos tres subsíndromes, en los cuales puede sintetizarse toda la sintomatología del síndrome maníaco, son: en el dominio intelectual, la *hiperfrenia;* en la esfera afectiva, la *hipertimia;* en lo que respecta a las voliciones, la *hiperpraxia.*

*Hiperfrenia*, término que en su acepción general suele emplearse como sinónimo del de manía, debe significar para nosotros hiperactividad limitada a las funciones intelectuales. Los síntomas o

elementos semiológicos componentes de la hiperfrenia son: la movilidad de la atención o *disproseXia;* la presencia de *ilusiones,* y rara vez de *alucinaciones;* la asociación rápida y desordenada, esto es, la *ideorrea con incoordinación,* cuya expresión clínica es la *fuga de ideas;* la *hipermnesia de evocación;* el *delirio por simbolismo verbal,* y, en fin, la *debilidad o pérdida del juicio.*

*Hipertimia* quiere decir aumento de afectividad, y dicho aumento se traduce, principalmente, por dos síntomas: la alegría morbosa, y, por lo tanto, sin causa alguna o en desproporción con la causa que pueda motivarla, síntoma denominado *euforia,* y la fácil e intensa exaltación del humor que coexiste o alterna con la euforia, y se designa con el nombre de *irritabilidad.*

*Hiperpraxia,* en fin, significa aumento de reacciones psicomotrices, exteriorizándose por la funcionalidad exagerada en los diferentes medios de expresión o de manifestación de las funciones volitivas; en el dominio del lenguaje mímico, por la *hipermimia;* en el del lenguaje hablado y escrito, por la *logorrea* y *graforrea,* respectivamente, y en la esfera de las reacciones generales, por la *agitación motriz.*

Hagamos un sucinto estudio de cada uno de los indicados síntomas, comenzando por los que pertenecen a la hiperfrenia; esto es, al aumento del funcionalismo intelectual.

La atención del maniaco es móvil en grado sumo, y, por consiguiente, el maníaco es un disproséxico. Mas conviene fijar bien la significación real del término. *Dis,* prefijo que significa dificultad, no puede

aplicarse en la manía, sino a la atención voluntaria, puesto que la atención automática se halla aumentada, existiendo, como dice Sanctis, hiperprosexia de distribución, pero hipoprosexia de concentración. Es decir, y en resumen, que tenemos en la funcionalidad hiper de la atención del maníaco una de tantas demostraciones de que, como hemos dicho repetidas veces, cuando la actividad psíquica aparece morbosamente exagerada, se trata sólo del funcionalismo inferior o automático, en detrimento, o, mejor dicho, a consecuencia de la disminución o falta de funcionalidad del psiquismo superior. La atención en la manía se despierta, en efecto, de modo rápido, a beneficio de todas las impresiones o estímulos exteriores, pero cambia prontamente y a cada momento, de punto de enfoque, por lo mismo que no ocurre como en condiciones normales, que puede concentrarse de modo intenso y duradero, haciendo imposible o difícil la distracción, ya que dirigimos en tales condiciones de higidez nuestra actividad psíquica, y, por lo tanto, nuestra atención a aquello que nos interesa o a lo que voluntariamente tratamos de hacer llegar a la esfera perceptiva. Y claro es que si la atención del maníaco es solicitada a cada momento por estímulos diversos, a ninguno de los cuales puede sustraerse, como se sustrae, por medio de la voluntad en el sujeto sano; si el maníaco se ve obligado a atender a todo a la vez, no podrá fijarse bien en nada; la percepción, en consecuencia, resulta también breve y superficial; las sensaciones se efectúan incompletamente; las imágenes despertadas se evocan con la misma celeridad y desorden, y sobreviene la incoordinación de

ideas, porque el sujeto *no tiene tiempo* de traducirlas en gestos y en palabras, sino de un modo confuso, incompleto, atropelladamente, en suma, resultando así la denominada *fuga ideativa,* cuyo origen es la hiperactividad intelectual, pero dentro de ésta y de modo más concreto, la movilidad de atención, como primera forma de exteriorizarse dicho hiperfuncionalismo.

Así como se observan con gran frecuencia en la manía las *ilusiones*, sobre todo en forma de *falsos reconocimientos*, son, en cambio, muy raras y transitorias las alucinaciones. El maníaco sufre, en efecto, de ilusiones visuales; ve las personas y las cosas, pero las confunde con otras por algún carácter más o menos remoto de semejanza. Nada es más frecuente que, desde nuestra primera visita a dichos enfermos, nos asignen, v. gr., un nombre que no es el nuestro, confundiéndonos con otra persona por ellos conocida y que tiene con nosotros un parecido mayor o menor. Se trata, pues, de una percepción real, pero mal interpretada; de una ilusión sensorial óptica en estos casos.

Otro de los síntomas característicos de la manía es la incoordinación de ideas. La incoordinación significa, según el Dr. Galcerán, asociación por exceso, hiperasociación, y no debe confundirse con la incoherencia de ideas, que implica asociación por defecto, es decir, hipoasociación. La incoordinación es propia del maníaco, y, en cambio, la incoherencia se observa en los débiles, así como en los deprimidos y dementes. La forma de asociación predominante en el maníaco es la asociación por asonancia; es decir, por el sonido de las palabras.

Los trastornos mnésicos se caracterizan en la manía por hipermnesia e ilusiones de la memoria. La hipermnesia se refiere siempre a las sensaciones fijadas con mucha anterioridad, a la memoria de reproducción, pero no a la memoria actual o de fijación, la cual está disminuída. Debe, por lo tanto, afirmarse que el maníaco es un hipermnésico retrógrado y un hipomnésico anterógrado; que su exceso de memoria hace únicamente referencia a la mayor facilidad de evocación de las imágenes antes adquiridas, no a las impresiones actuales. Y se comprende sin esfuerzo que el trastorno ofrezca tales particularidades, teniendo en cuenta que la movilidad de la atención hace imposible que las impresiones se fijen debidamente en la conciencia, y que la excesiva rapidez con que son despertadas las imágenes mentales implica la fácil, pero desordenada, evocación de las mismas.

Puede decirse que no existe en la manía verdadero delirio, dada la movilidad, la inconsistencia, la difusión, en fin, del contenido ideativo. Se trataría en todo caso de un delirio de palabras, que tiene su origen en la antes mencionada evocación, excesivamente rápida, de imágenes mentales; de un delirio por simbolismo verbal, como le donomina Morselli. El tema de este delirio es muy variable; pero, en general, predominan las ideas megalomaníacas, en razón de las cuales el enfermo se cree rico, fuerte, lleno de vida, en elevada posición social y aparece optimista en todos sus juicios.

Como hemos dicho, la *hipertimia* tiene su expresión clínica en dos síntomas principales: la euforia y la irritabilidad. La *euforia* significa alegría

morbosa, optimismo, satisfacción; es la nota más saliente del cuadro clínico, y alterna o coexiste con la *irritabilidad* del carácter. es decir, con la violenta exaltación del humor que exterioriza el maníaco bajo la influencia de los motivos más fútiles.

La *hiperpraxia*, por último, se manifiesta, como queda indicado, por los síntomas *hipermimia*, *logorrea*, *graforrea* y *agitación motriz*. La hipermimia, o, lo que es lo mismo, el aumento del lenguaje mímico, es muy ostensible en la manía, dependiendo de la mayor actividad emotiva, pues ya sabemos que dicho término se refiere al lenguaje afectivo, a la expresión de los sentimientos por medio de la estática facial adecuada; y coexiste dicho síntoma con *hipersemia*, es decir, con el aumento de la gesticulación, de la expresión dinámica del semblante. De ambos síntomas, sobre todo de la hipersemia, es en buena lógica inseparable la *logorrea* o *verborrea*, o, dicho en otros términos, el hablar continuo, la charla incesante del maníaco, su elocución fácil y profusa, que sin gran esfuerzo podríamos conceptuar como la descarga motriz del exagerado proceso asociativo. En algunos casos existe también graforrea, y el enfermo pasa largas horas escribiendo, o, lo que es lo mismo, exteriorizando de modo gráfico la hiperactividad intelectual que sufre. En fin, la *agitación motriz* se traduce por el denominado afán de movimiento, por la inquietud, la movilidad continua y desordenada del paciente, quien va de un lado a otro, corre, salta, canta, grita, sin aparentar cansancio alguno, justificándose así el nombre de *delirium actionis* o de

*clastomanía* con que algunos autores designan a este estado de agitación, el cual, por lo demás, no suele llegar a la impulsividad, sobre todo en sentido agresivo.

Estos síntomas, propios de la manía, coexisten con manifestaciones de relativa higidez psíquica, a las cuales podríamos llamar síntomas negativos, y aun a trueque del antagonismo de concepto entre ambas palabras, en gracia a su gran importancia para la mejor definición del síndrome maníaco, sobre todo del que es forma de la locura maníaco-depresiva. Tales síntomas negativos serían la persistencia de la memoria, hecha la salvedad de que se trata de la referente a lo pasado, no a los hechos inmediatos o actuales, y la normalidad de la lucidez y de la orientación. Preguntemos a un maníaco cuál es su nombre, su edad, el punto de su residencia, su pueblo natal, el día de la fecha, el año que transcurre, etc., y nos contestará con acierto, escasas excepciones aparte, a todas estas preguntas, sobre todo si para despertar momentáneamente su atención, su memoria y su lucidez, le interrogamos por medio de preguntas breves y sencillas. Es, repetimos, un dato que conviene tener en cuenta para afirmar el diagnóstico del síndrome, sobre todo del de forma más o menos pura, o maníaco-depresiva, en concurrencia, claro está, con las manifestaciones clínicas antes estudiadas.

La hiperactividad psíquica, si bien de orden inferior, que acabamos de describir como propia de la manía, tiene lo que podemos denominar su correlativo somático. Y así, las funciones orgánicas del maníaco aparecen también exageradas, dicho

sea en términos generales. Existe, v. gr., aumento de contracciones cardíacas, de movimientos respiratorios, de secreciones, etc., etc. En cambio, el insomnio suele ser constante, el peso disminuye en las formas maníacas de gran intensidad, hay estreñimiento, y alguna vez fiebre. El jugo gástrico sería, según algunos autores, hipertóxico; y la sangre, en opinión de Agostini, hipertóxica e hipoisotónica, existiendo en las formas más agudas disminución globular acentuada.

El síndrome maníaco puede revestir diferentes formas. La más atenuada es la *hipomanía* o manía subaguda, que se caracteriza por un ligero aumento de la actividad psicomotriz, sin delirio alguno ni perturbaciones sensoriales. El hipomaníaco se expresa con rapidez y vehemencia, enlaza fácilmente las ideas, evoca también con gran facilidad los recuerdos, forma juicios, si bien dentro de una evidente superficialidad y faltos de verdadera lógica y crítica; es optimista, alegre, irritable a veces, y, por último, presenta reacciones exageradas. En no pocos casos, la hipomanía, llamada por otro nombre manía mitísima, pasa inadvertida a fuerza de ser poco pronunciados los síntomas que la constituyen. Dentro de esta forma de manía deben incluirse las denominadas *excitación y agitación maníacas*, términos que no pueden considerarse, a nuestro juicio, como sinónimos, no obstante su base fundamental sea la misma, la manía subaguda, puesto que la excitación se refiere más bien a lo intelectual y la agitación a lo psicomotriz; debiendo, por lo tanto, traducirse la *excitación maníaca* por manía con predominio de síntomas intelectuales, es decir,

por manía de carácter predominante hiperfrénico, y la *agitación maníaca*, por manía con predominio de síntomas de la esfera motriz, o lo que es lo mismo, por manía de carácter predominantemente hiperpráxico.

Después de la hipomanía debe describirse la *manía aguda;* mas su cuadro clínico es el que hemos referido detalladamente al hacer nuestro estudio de conjunto. Otras formas son: la *manía delirante,* que se caracteriza por delirio, ilusiones y, a veces, alucinaciones y ligera confusión; la *manía confusa,* en la cual predomina la obnubilación de conciencia, con sus síntomas propios, forma que estudiaremos al describir la amencia, y, en fin, la *manía crónica*, que confina con los estados demenciales y que, a veces, por sus caracteres clínicos, merece el nombre de *delirio sistematizado post-maníaco*, según Regis.

La manía suele comenzar por una fase prodrómica, por lo general muy corta, de malestar físico-psíquico, siendo muy frecuente su iniciación por un verdadero estado depresivo. Después estalla el acceso, cuya duración es, por lo general, de algunos meses, pasados los cuales la normalidad se restablece poco a poco, excepto en los casos, no raros, en que sobreviene la cronicidad o, en los que pueden considerarse excepcionales, en que termina por la muerte. El síndrome es curable como tal síndrome, pero recidivante.

La anatomía patológica de la manía se halla muy poco estudiada, por lo mismo que, como síndrome casi siempre curable, no da lugar a investigaciones de dicha índole. Existen, no obstante, teorías más

o menos discutidas, entre ellas las que relacionan la manía con la hiperemia cerebral, la degeneración celular pigmentaria y grasosa, o con la proliferación nuclear, etc.; debiendo mencionarse de modo preferente la opinión de nuestro sabio compatriota Dr. Cajal, para quien los síntomas fuga de ideas, exaltación del pensamiento e hiperactividad reaccional motriz, característicos de la manía, se explican por los contactos anormales que establecen los pseudópodos neuróglicos entre las células y sus arborizaciones nerviosas.

El diagnóstico de la manía, si es fácil en cuanto síndrome, no lo es tanto en lo que respecta a la nosología del mismo; es decir, con referencia a la psicosis o base fundamental sobre la que el síndrome aparece y evoluciona. La manía constituye una manifestación sindrómica muy frecuente de buen número de psicopatías, pero, sobre todo, de la locura maníaco-depresiva, la demencia precoz, la parálisis general, los episodios psicomorbosos de los degenerados, la histeria, la epilepsia, ciertas formas de alcoholismo, la confusión mental, etc., etc.

En la locura maníaco-depresiva adquiere el síndrome toda su pureza clínica, caracterizandose por los síntomas que hemos estudiado. En la demencia precoz coexiste con determinados rasgos de esta enfermedad, singularmente con síntomas afectivos y reaccionales característicos, v. gr.: indiferencia emocional, confusión del lenguaje, amaneramiento, y repetición o conservación exagerada de actitudes y movimientos, es decir, *estereotipia*, etc., etc. La manía del paralítico general lleva en sí el sello de la demencia, sobre todo en fases algo avanzadas de

aquella enfermedad, y coexiste con síntomas propios de ésta, v. gr : la disartria, la oftalmoplejia, el temblor, el delirio de carácter demencial, etc. La manía episódico-degenerativa asienta sobre una base de estigmatización morfológica y psíquica muy marcada; es brusca en su aparición, irregular y breve en su curso, poco uniforme en sus manifestaciones, y suele desaparecer también súbitamente, dejando en pos de sí fenómenos significativos de escaso desenvolvimiento intelectual, sobre los cuales, por lo demás, hubo de desarrollarse el episodio. En la histeria y en la epilepsia se tendrán en cuenta de igual modo otros síntomas propios de estas afecciones para el diagnóstico nosológico del síndrome. En el alcoholismo, el temblor, las parestesias y otros síntomas físicos, así como los antecedentes, servirán de guía. Por último, los episodios maníacos de la confusión mental se caracterizan por obnubilación, desorientación, alucinaciones, etc., además de los síntomas pertinentes a la manía, pudiendo con facilidad distinguirse de ésta, toda vez que, cual queda dicho, el maníaco tiene como síntomas, que hemos denominado negativos, la lucidez, la memoria y la orientación.

## XX

## Paratimias *(continuación).*

Melancolía.—Estados mixtos maníaco-depresivos: manía hipotímica, depresión agitada, manía improductiva, depresión con fuga de ideas, manía akinética, estupor maníaco.

Hemos estudiado la manía, síndrome expresivo del aumento, en sentido morboso, de la actividad psíquica, forma psicopática tan frecuente y de manifestaciones tan aparatosas, que es, sin duda, la que más motiva la significación que para el vulgo tiene el término locura, concepto vulgar a todas luces equivocado, puesto que la manía no es sino una de tantas modalidades clínicas de la enajenación mental; ha sido objeto de nuestro examen, con toda la minuciosidad que la importancia clínica del síndrome lo exige, la característica sintomatología del mismo; debemos ocuparnos ya, por consiguiente, de la otra forma, también sindrómica, de la locura maníaco-depresiva, de la melancolía, y así, una vez estudiada ésta, podremos emprender con la necesaria base la descripción de dicha entidad psiconosológica.

*Melancolía,* palabra derivada de las dos griegas *melas,* negro, y *joli,* bilis, es un término sinónimo del de *lipemanía,* que quiere decir manía triste,

empleado por Esquirol y hoy en desuso La melancolía ha sido definida por Griessinger: «la existencia mórbida de una emoción penosa, depresiva, que domina al paciente». Y, en efecto, la tristeza, el dolor moral, la depresión afectiva, es su carácter predominante, al cual se suma, por lo demás, la depresión también en los dominios intelectual y volitivo. Todo es, en efecto, hipoactividad en la melancolía, disminución; es decir, lo contrario que en la manía; y si tratásemos de definir con una sola palabra uno y otro síndrome, diríamos: manía, exaltación; melancolía, inhibición.

La melancolía no es tampoco una enfermedad, es un síndrome, sin que se exceptúe ya hoy la llamada por Kraepelin melancolía afectiva. Es un síndrome fundamental de la locura maníaco-depresiva; episódico, de la degeneración, demencia precoz, paranoia, psicosis tóxicas, parálisis general, neurastenia, confusión mental, histeria, epilepsia, alcoholismo, etc. Se caracteriza por tres subsíndromes, que son: en el dominio intelectual, por la *hipofrenia;* en la esfera afectiva, por la *hipotimia;* en el orden de las voliciones, por la *hipopraxia.*

La *hipofrenia* significa disminución de actividad intelectual; es decir, *inhibición,* caracterizándose por *insuficiencia o lentitud de atención, percepción y asociaciones*, que coexiste con *ilusiones, alucinaciones y delirio.* La *hipotimia* se exterioriza por la *tristeza o cacoforia,* la *psiquialgia o dolor moral acentuado* y la *indiferencia patológica.* Por último, los elementos constitutivos de la *hipopraxia* se traducen por la *abulia,* de la cual dependen no sólo la *duda o indecisión* y la *pasi-*

*vidad* o *inercia reaccionales*, sino, en último término, el *mutismo*, la *sitiofobia* y los *impulsos auto y heteroagresivos*. Describamos, con la posible brevedad, todos estos síntomas de la melancolía.

La inhibición intelectual, es decir, la hipofrenia, tiene su expresión clínica, como hemos dicho, en la atención, la percepción y las asociaciones, y se acompaña de ilusiones, alucinaciones y delirio. La atención del melancólico se halla, en efecto, menoscabada; es deficiente y lenta, porque el enfermo unilateraliza, enfoca dicha forma de actividad en la idea fija o morbosa que constituye el núcleo de sus perturbaciones. La percepción es también incompleta por el hecho mismo de la insuficiencia de la atención y del monoideísmo. Las asociaciones se hallan retardadas por la influencia de los sentimientos de tristeza y se exterioriza tal lentitud por las respuestas monosilábicas y tardías, o por la ausencia del lenguaje hablado, mutismo que es una de las manifestaciones más frecuentes de los estados melancólicos de alguna intensidad. Las ilusiones suelen presentarse en forma de falsos reconocimientos, perteneciendo en tales casos, por lo tanto, al dominio visual, y las alucinaciones son menos frecuentes.

El delirio melancólico es una de las características del síndrome, fuera de las formas atenuadas y de las estuporosas, y puede adoptar formas diversas. El enfermo cree, v. gr., ser inferior a los demás hombres: *delirio de humildad;* incapaz de cumplir con su misión social, con sus deberes: *delirio de incapacidad;* indigno de la consideración ajena: *delirio de indignidad;* asegura hallarse gravemente lesionado, afecto de males incurables: *de-*

*lirio hipocondríaco;* se culpa de faltas o delitos no cometidos, de ser causa de todas las desdichas del género humano: *delirio de autoacusación;* afirma no tener corazón, estómago, vida, no existir honra, luz, cielo, etc.: *delirio de negación;* tiene el firme convencimiento de que sólo él es causa de la aflictiva situación económica que atraviesa o en que se encuentran los demás: *ideas morbosas de ruina*, etcétera, etc.

El subsíndrome *hipotimia* comprende la *tristeza* o *cacoforia*, el *dolor moral*, la *ansiedad* o *angustia* y la *indiferencia patológica*. La tristeza es síntoma fundamental que da nombre al síndrome melancólico, y de él derivan el dolor moral y la ansiedad, que no son sino sus grados más intensos. La tristeza pasiva, la menos pronunciada, se observa en los casos de melancolía simple, manifestándose por ligera depresión, desaliento, malestar afectivo, pesimismo. El dolor moral es un grado mayor, una forma más acentuada, una verdadera neuralgia afectiva, denominada también psiquialgia, que se exterioriza por la mayor intensidad de la tristeza, comprobable no sólo en la expresión mímica de intenso sufrimiento, sino en las propias manifestaciones del enfermo, embargado por ideas de indecible amargura y de profundo malestar, por pesimismo, por remordimientos dolorosísimos.

Si imaginariamente nos representamos con relieve mucho más marcado los rasgos característicos del dolor moral, y al propio tiempo añadimos síntomas de inquietud, de viva agitación, que llega a veces hasta las más violentas impulsiones, tendremos constituído el cuadro de la ansiedad. El *melancóli-*

*co ansioso* es un agitado triste, que sufre de modo indecible, que expresa sus sufrimientos por medio de ayes, de lamentaciones, de gritos de angustia; que va y viene, que anda de un lado a otro, que no puede permanecer en reposo, que se encuentra, en fin, en una agitación constante, en un estado continuo de desesperación, el cual se traduce, la mayor parte de las veces, por verdaderas descargas motrices, por impulsiones violentísimas, generalmente contra sí mismo, pudiendo afirmarse que el suicidio tiene en esta forma de melancolía una de sus causas más frecuentes.

Si en vez de recalcar las tintas del cuadro dolor moral, acentuamos los rasgos que pertenecen a la inhibición psíquica, tendremos constituída la *melancolía estuporosa*. El estupor significa la anulación de toda actividad, la falta completa de reacciones. El estuporoso permanece mudo e inerte horas, días, semanas y meses, sin que parezca darse cuenta de cuanto acontece a su alrededor, sin que conteste con el más breve monosílabo a nuestras preguntas, por reiteradas que ellas sean, sin que logremos por ningún medio despertar en él la menor muestra de actividad; expresando su semblante, a la vez que dolor moral, indiferencia, anonadamiento, confusión.

La indiferencia patológica es otro de los síntomas *hipotímicos*. No debe confundirse, sin embargo, con la indiferencia, v. gr., del imbécil o del demente. Estos son indiferentes, por ausencia de emocionabilidad. El melancólico, en cambio, es indiferente, por tener concentrado su psiquismo afectivo en la idea morbosa que le subyuga y preocupa.

Por último, la *hipopraxia*, que es, como su nom-

bre indica, la disminución de las reacciones psicomotrices, comprende la simple indecisión o duda, la pasividad reaccional, y, en último término, la inercia absoluta. Mas también, como queda indicado, se presentan en la melancolía las reacciones hiperactivas, que no son más que el reflejo de las ideas de ansiedad, la descarga inevitable de las emociones angustiosas, que se traduce por actos impulsivos, rara vez contra los demás, casi siempre contra sí mismo, y de cuyos impulsos son ejemplos muy frecuentes la automutilación y el suicidio. Estas fases reaccionales, propias de muchos melancólicos, se denominan *raptus*. Con respecto al *mutismo* y a la *sitiofobia*, síntomas también de la esfera motriz, el primero debe considerarse consecuencia de la inhibición, y la sitiofobia, dependiente de la inhibición también o del delirio. El melancólico que no habla refleja un estado de impotencia intelectual o volitiva, u obedece a la idea de que no es digno de levantar su voz ante sus semejantes. El melancólico que rehusa todo alimento, el sitiofóbico, pretende castigar así sus imaginarias culpas, recurre a dicho medio para morir pronto, o cree que está muerto y no necesita alimentarse; le falta, en fin, en otras ocasiones, la actividad, la decisión necesaria para ello. La sitiofobia, no obstante, puede también obedecer al temor de envenenamiento, si bien el melancólico considere en estos casos el veneno como un castigo merecido.

No es preciso que nos detengamos en el estudio de las formas de la melancolía, puesto que en la anterior descripción de los síntomas de la misma, hemos hecho referencia a ellas con el necesario de-

talle. Mencionemos solamente, de modo más concreto, que existe: una *melancolía simple* è *hipomelancolía* en su grado aún más leve, que se caracteriza por ligero malestar psíquico, desaliento, lentitud de actividad del funcionalismo intelectual, e indecisión y pasividad de reacciones, fenómenos conocidos por el enfermo, lo cual motiva la denominación de *melancolía consciente;* una *melancolía delirante* con delirio de tema hipocondríaco o de indignidad, incapacidad, autoacusación, humildad, ruina o negación, y en la cual aparecen ilusiones y a veces alucinaciones, siendo también más marcados los trastornos abúlicos; una *melancolía ansiosa,* caracterizada, sobre todo, por ansiedad y reacciones hiperactivas, y, en fin, una *melancolía estuporosa*, *atónita* o *estúpida,* a la cual da nombre la inercia más o menos completa de reacciones. Puede considerarse, además, como una forma de melancolía crónica el denominado *síndrome de Cotard,* que se caracteriza por ideas de daño, posesión, hipocondríacas y de negación, analgesia, ansiedad e impulsos suicidas.

La anatomía patológica de la melancolía no es mucho más conocida que la de la manía. Se supone por algunos que la isquemia y el edema cerebrales son las lesiones características; según otros, se trata de lesiones microscópicas, como degeneraciones celulares y alteraciones difusas del sistema nervioso, esclerósicas o degenerativas. No debe nunca perderse de vista el factor etiológico, autointoxicación, como origen posible de dichas alteraciones microscópicas.

La melancolía suele terminar por curación; en

otros casos por cronicidad, y menos frecuentemente por la muerte, si se exceptúa la impulsión al suicidio, tan ligada a ciertas formas del síndrome depresivo. Las funciones físicas del melancólico se hallan perturbadas en sentido de disminución de actividad.

El diagnóstico de la melancolía debe establecerse primero como síndrome depresivo, y una vez afirmado éste, en concepto de forma sindrómica de una enfermedad mental, para cuya investigación se tendrán en cuenta los siguientes datos: en la locura maníaco melancólica, el síndrome es puro y tiene los caracteres clínicos que hemos estudiado, sin intervención de los de otra psicopatía y con escasos o ningún estigma degenerativo; en la degeneración mental es episódico, transitorio y coexiste con signos expresivos del defecto sobre que asienta; la parálisis general progresiva se acompaña de los trastornos psicosomáticos propios de esta dolencia, y que ya hemos mencionado al hablar del diagnóstico de la manía; en la demencia precoz se presentan con los síntomas depresivos fenómenos de catatonismo, y el estupor es amímico, no expresivo de dolor moral; en los estados confusionales, las ideas se hallan disociadas, y existe, además, desorientación; en la paranoia crónica hay orgullo y no humildad; el enfermo atribuye sus males a los demás y no se culpa a sí mismo, abriga ideas de defensa, etc.; en la neurastenia predominan el síndrome obsesivo y los trastornos somáticos característicos; en las psicosis tóxicas se comprueban antecedentes de la intoxicación y trastornos físicos, etcétera, etc.

Y una vez estudiadas la manía y melancolía, ocupémonos de los *estados mixtos maníaco-depresivos,* que, como veremos más adelante, representan la verdadera afirmación de la locura maníaco-melancólica.

Dichas formas mixtas son: la *manía hipotímica* o con *depresión afectiva*, la *depresión agitada,* la *manía improductiva*, la *depresión con fuga de ideas*, la *manía akinética* y el *estupor maníaco.* Cada uno de estos tipos mixtos ha recibido distintas denominaciones, de las cuales hemos adoptado las que mejor reflejan su significación clínica.

El *maníaco hipotímico* es un maníaco con humor triste e irritabilidad. Es locuaz, desordenado en sus actos, violento, orgulloso, injuriador, irritable, colérico, agresivo.

El *deprimido con agitación* es deprimido de afectividad, hipotímico como el anterior y exagerado también de reacciones; es decir, agitado, pero pobre de ideación; habla sin cesar, es logorreico, pero no injuria ni se encoleriza, sino que repite las mismas palabras o conceptos, expresándose en tono de visible indiferencia.

El *maníaco improductivo* es hipertímico o alegre, exagerado de movimientos, pero escaso de representaciones mentales, y tardo en percibir y comprender, por lo cual produce la impresión de un imbécil. Es movido de reacciones, ríe, canta, va de un lado a otro, a veces se expresa con energía, pero exteriorizando pobreza o puerilidad en sus juicios.

El *deprimido con fuga de ideas* muestra gran abatimiento, es triste, preocupado acerca de su sa-

lud, autoacusador, perseguido quizá. Habla poco, profiriendo a veces quejas y lamentaciones; su actividad reaccional es escasa, permanece por lo regular quieto y apartado de los demás. Pero coexistentemente con este cuadro presenta fuga de ideas, que, según Kraepelin, no llega a exteriorizarse, efecto de la inhibición de la palabra y de los movimientos.

El *maníaco akinético* exterioriza fuga de ideas, humor alegre e inhibición motriz. Su lenguaje es incoherente; su aspecto, soberbio y orgulloso; sus actos, extravagantes; su hábito exterior, llamativo. Suele ser tranquilo, pero en ocasiones sufre accesos de impulsividad.

Por último, el *maníaco estuporoso* es un deprimido eufórico, es decir, presenta inhibición motriz, hipertimia y detención de representaciones mentales. Permanece inmóvil, conserva largo tiempo las mismas actitudes, es indiferente al medio que le rodea, pero su fisonomía es eufórica, alegre, expresiva de bienestar. En ocasiones sufre accesos de agitación más o menos viva.

## XXI

## Paratimias *(conclusión)*.

Ciclotimia. — Locura maníaco-depresiva. — Melancolía de involución o afectiva.

La manía y la melancolía descritas, ya lo hemos indicado, no son enfermedades, psicosis autónomas, como así, hasta hace poco, eran consideradas; son tan sólo síndromes de una misma psicopatía, la locura maníaco-depresiva, concepto sintético debido a Kraepelin, hoy aceptado por la mayoría de los autores, y cuya realidad confirma la clínica. Mas, ¿cómo la manía, exaltación psíquica, puede tener tales puntos de contacto con la melancolía, depresión del funcionalismo de dicha índole? ¿No parecen más bien síndromes antagónicos? En el uno, en la manía, existe una evidente hiperactividad mental: la atención, la percepción, la memoria, las asociaciones, la afectividad, la voluntad, en fin, funcionan aceleradamente. En el otro, en la depresión melancólica, la atención, la percepción, la memoria, las asociaciones, los sentimientos, la actividad psicomotriz funcionan lenta, defectuosamente. Y, sin embargo, manía y melancolía, exaltación y depresión, funcionalismo en exceso y funcionalismo en defecto, no son más que las dos ramas de un mismo tronco, dos formas sindrómicas de una mis-

ma base, dos aspectos de un solo cuadro fundamental: la psicosis maníaco-melancólica. La clínica lo demuestra así, corroborando los fundamentos que aduce Kraepelin en apoyo de su nuevo concepto psiconosológico.

Mas antes de examinar los principios sobre que se asienta la referida psicosis, digamos algunas palabras acerca de una forma psico-morbosa que hoy se considera, con bastante unanimidad, como el terreno sobre el cual evoluciona la locura maníaco-melancólica: la *ciclotimia*.

Derivada de los dos términos *ciclos*, círculo, y *timos*, humor, la palabra ciclotimia quiere decir, por consiguiente, humor circular; significa para algunos la forma más atenuada de la locura maníaco-depresiva, y aun si este concepto fuese discutible, debe considerarse dicha modalidad morbosa como la base fundamental, el fondo sobre el que evoluciona aquella psicopatía, la que se halla tan estrechamente ligada a dicho terreno de predisposición, que todos cuantos padecen la repetida enfermedad han sido antes ciclotímicos, aunque no todos los ciclotímicos hayan de ser forzosamente maníaco-melancólicos. Podemos establecer, sin gran esfuerzo, una perfecta analogía entre lo que, con respecto al terreno psicopático, ocurre en la locura maníaco-depresiva y cuanto se refiere a la relación entre el terreno y los episodios psicopáticos degenerativos; porque, en efecto, si el fondo de la locura maníaco-melancólica es la ciclotimia, el fondo de las formas episódico-disgenésicas es la degeneración. Y puntualizando aún más el concepto, se puede añadir que si la degeneración, o lo que es lo mismo, la

predisposición, el terreno, se caracteriza por signos indelebles o estigmas, cuyo conjunto pudiera designarse con el nombre de *constitucionalismo,* así también la locura maníaco-melancólica asienta sobre un terreno, que se revela por signos o fenómenos morbosos constitutivos de la ciclotimia. Tal parangón cabe también establecerlo, por lo demás, entre la entidad psicomorbosa que estudiamos y otras formas de locura, v. gr., las psicosis histéricas y epilépticas, las cuales se desenvuelven siempre sobre un fondo de predisposición manifestado, como hemos visto al tratar de dichas psicosis, por trastornos del carácter, que en la epilepsia constituyen el *epileptoidismo,* y, en la histeria, el *histeroidismo.* He aquí, por otra parte, cómo, a nuestro parecer, y según queda dicho anteriormente, puede constituirse un grupo de afecciones mentales que hemos denominado *etopsicopatías,* y que también puede designarse con el nombre de *locuras latentes,* en gracia a la claridad del concepto, y salvando de modo convencional el antagonismo entre ambos términos, el de locura, que se puede traducir por proceso activo, perturbación ostensible, y el de latencia, que significa lo que permanece oculto, si bien en disposición de manifestarse; y en cuyo grupo pueden figurar ya de hecho la locura degenerativa latente, que llamaremos constitucionalismo, la locura maníaco-depresiva latente o circularismo, la epilepsia latente o epileptoidismo, la histeria latente o histeroidismo, y, en fin, la paranoia latente o paranoismo.

La ciclotimia, como afirma Khan, no es, pues, una psicosis, pero tampoco significa normalidad

psíquica. Es, en suma, el umbral, la frontera, la línea divisoria entre la salud y la enfermedad; mejor dicho, la enfermedad misma en forma atenuada, imprecisa, poco distinta. Una causa, por leve que sea, un agente etiológico apropiado que actúe sobre tal terreno de predisposición, será suficiente para romper el equilibrio, la armonía entre las distintas formas de actividad que integran el funcionalismo psíquico; el cuadro ciclotímico adquirirá entonces mayor relieve, y acentuándose su colorido, la dolencia hará su aparición.

El ciclotímico es un tipo patológico mucho más frecuente de lo que pudiera creerse. Todos conocemos esos individuos, cuyo humor, cuyo tono emotivo, varía de modo notorio, cambia de un día a otro; que ora aparecen tristes, retraídos, pesimistas, ya a poco se tornan expansivos, alegres, emprendedores, sufriendo tales cambios sin motivo alguno o bajo pretextos fútiles, y presentándose en ellos semejantes perturbaciones del carácter de modo brusco, inopinadamente. Pues tales sujetos, en los que, como dice Sydenham, lo único constante es la inconstancia, son los ciclotímicos. El vulgo los designa con el nombre de *lunáticos,* y tal vez sus perturbaciones tengan explicación, como afirma Pailhas, en la ley de la periodicidad, que sería común a casi todos los fenómenos cósmicos.

Expuesto en tan pocas palabras el concepto de la ciclotimia, cuyo estudio data de época muy reciente y se debe, sobre todo, a los trabajos de Wilmanns, entremos en la descripción de la locura maníaco-depresiva, que nos será posible hacer también de modo muy conciso, puesto que quedan trazados,

en cuanto llevamos dicho, sus rasgos clínicos más importantes.

En 1899, Kraepelin establece la gran síntesis clínica, que denomina locura maníaco-melancólica, afirmando que los estados maníacos y melancólicos simples y las llamadas psicosis periódicas, circulares, alternas, intermitentes y de doble forma, consideradas hasta entonces como enfermedades autónomas, no son sino síndromes, estados homólogos, equivalentes de una misma enfermedad, la locura maníaco-depresiva. Todas las formas morbosas dichas tienen un lazo común representado por la inhibición psíquica, de una parte, y la exageración y el predominio del automatismo, por otra, es decir, la disminución de la actividad mental o psíquica superior, y coexistentemente, el aumento de la actividad psíquica inferior o automática, cuyos fenómenos se expresan en clínica por los siguientes síntomas: disminución de la atención voluntaria, retardo de las asociaciones, trastornos psicosensoriales e indiferencia patológica.

En todo estado melancólico, según Kraepelin, existen siempre síntomas maníacos, y en todo estado maníaco se comprueban síntomas melancólicos, aun cuando los síntomas melancólicos en la manía, y los maníacos en la melancolía, puedan pasar inadvertidos. Además, no puede admitirse verdadera intermitencia, sino remitencia en las psicosis periódicas, y existen, en fin, estados mixtos maníaco-melancólicos que justifican también la realidad del concepto nosológico unitario, psicosis maníaco-depresiva.

Para Nussbaum, la patogenia de esta dolencia se hallaría en fluctuaciones periódicas de la activi-

dad psíquica. Según Krafft-Ebing, el acceso maníaco-melancólico no sería sino un equivalente epiléptico. En concepto de otros, la excitación mental debe considerarse ligada a la hipertiroidización del organismo, y la depresión melancólica, a la insuficiencia de la indicada glándula tiroides. En fin, el factor hereditario aparece en un 60 a 80 por 100 de los casos, tratándose, por tanto, de una psicosis degenerativa, opinión rebatida por algunos autores, quienes afirman que aparece la enfermedad precisamente en sujetos hasta entonces normales.

De un modo sintético podemos mencionar así los síntomas de dicha psicosis: *atención perturbada,* en sentido de movilidad, o, como dice Sanctis, de hipoprosexia de concentración con hiperprosexia de distribución en el maníaco, y en sentido de lentitud o insuficiencia, es decir, de hipoprosexia de distribución con hiperprosexia de concentración en el melancólico; *trastornos psicosensoriales,* caracterizados por ilusiones y rara vez por alucinaciones; *alteraciones asociativas,* exteriorizadas por aceleración hasta la fuga de ideas, en la manía, y por retardo o lentitud hasta la supresión, en la melancolía; *delirio no sistematizado,* expansivo en la manía, depresivo en la melancolía; *humor alegre* o hipertimia en el síndrome maníaco, *humor triste* o hipotimia en el síndrome depresivo; por último, *hiperactividad reaccional* en los excitados, e *hipoactividad reaccional* en los deprimidos. Como fenómenos que pueden denominarse negativos, existen la integridad más o menos relativa de la memoria, de la lucidez y de la orientación.

Si nos detenemos un momento a examinar este

conjunto sintomático, se echa de ver fácilmente que encaja en los dos órdenes de trastornos que de modo fundamental cimentan la doctrina de Kraepelin, afirmando la unidad de los síndromes englobados por dicho autor bajo la misma denominación de locura maníaco-depresiva.

Todos los síntomas mencionados pueden, en efecto, comprenderse en dos grupos: uno, expresivo de los trastornos propios de la inhibición psíquica, y otro, de los pertinentes a la exaltación del psiquismo inferior o automático.

Si en el maníaco se halla aumentada la atención, y en el melancólico la atención es lenta o insuficiente, en ambos tiene, en realidad, dicha función este último carácter, el de insuficiencia, puesto que en el maníaco está sólo aumentada la atención automática, apareciendo, en cambio, disminuída la atención voluntaria; si en la manía son rápidas las asociaciones y son lentas en la melancolía, se trata también en la manía de asociaciones superficiales, automáticas, hallándose muy menoscabada asimismo la asociación voluntaria. En fin, los trastornos psico-sensoriales, las ilusiones, singularmente, la indiferencia patológica, y los *raptus,* son también comunes a manía y melancolía. Psicológica y clínicamente, pues, en la manía existen síntomas depresivos, y en la melancolía, síntomas de excitación.

La locura maníaco-depresiva, enfermedad cuyas manifestaciones son accesionales, y una vez pasadas, no dejan en pos de sí, según algunos, debilidad intelectual, por lo menos ostensible, pero que recidivan, puede adoptar las formas siguientes: locuras

periódicas, locura alterna, locura de doble forma, locura circular, y, en fin, locuras atípicas.

Las *locuras periódicas* se caracterizan por fases de manía o de melancolía siempre iguales, separadas por períodos de normalidad, y recidivantes. La *locura alterna*, por una fase de manía, otra de normalidad y otra de melancolía, o de melancolía, normalidad y manía. La *locura de doble forma*, por una fase de manía y otra de melancolía, seguidas de normalidad. La *locura circular*, por fases sucesivas de doble forma, sin períodos intermedios de normalidad. Las *locuras atípicas*, por fases que se entremezclan y suceden, no obedeciendo a ninguna de las formas mencionadas. Podríamos hacer más sencilla y recordable la enumeración de estas formas de la locura maníaco-depresiva designando, v. gr., con el signo + la manía, con el signo — la melancolía, y con la letra *n* la normalidad, y diríamos, por lo tanto: locura periódica de tipo maníaco o manía periódica: + *n*, + *n*, etc.; locura periódica de tipo melancólico o melancolía periódica: — *n*, — *n*, etc.; locura alterna: + *n* —, + *n* —, etcétera; locura de doble forma: + — *n*, + — *n*, etcétera; locura circular: + — + —, etc.

Por lo que respecta a las formas mixtas, nada hemos de añadir a la descripción que de ellas hicimos después del estudio del síndrome melancólico.

Es objeto de discusión si existen o no fases de normalidad completa entre los accesos maníaco-depresivos. Los psiquiatras alemanes Kraepelin Krafft-Ebing, Schüle y otros sostienen que la *restitutio ad integrum* en los interparoxismos no es sino relativa, puesto que se comprueban durante

ellos ciertos rasgos morbosos, v. gr., emotividad exagerada, astenia mental, desconfianza, etc. En cambio, Regis, Baillarger, Falret y otros autores franceses admiten la integridad mental entre los referidos accesos. Para Arnaud, los intervalos de lucidez muy prolongados, es decir, que duran muchos meses o varios años, representan realmente y de modo práctico la restitución al estado normal. Magnan atribuye tal disparidad de criterio a que los límites de la psicosis maníaco-melancólica son excesivamente amplios, incluyéndose en los mismos muchos casos de degeneración mental. Por nuestra parte, en las numerosas ocasiones en que nos ha sido preciso suscribir pronósticos acerca de la referida locura, hemos consignado siempre el mismo concepto, como fruto de larga experiencia: «enfermedad curable en sus manifestaciones accesionales, pero incurable en lo fundamental».

Algunas palabras bastarán para que podamos darnos cuenta de la significación clínica de la *melancolía afectiva,* llamada también presenil y melancolía ansiosa tardía, forma psiconosológica considerada hasta hace poco por su autor Kraepelin como psicosis autónoma, pero que últimamente incluye dicho clínico en el cuadro de la locura maníaco melancólica. Se presenta después de los cuarenta años, pareciendo hallarse en estrecha dependencia de los fenómenos psicoorgánicos regresivos que son propios de dicha época de la vida, lo cual justifica el nombre de *melancolía de involución* con que, además de los citados, se conoce a tal forma depresiva.

El carácter clínico predominante de la misma es

la *ansiedad,* que se exterioriza por continuos ayes y lamentaciones, palabras y actitudes significativas de desesperación, autoagresiones, suicidio principalmente, ilusiones, delirio, y a veces síndrome de Cotard. La afección puede adoptar el síndrome estuporoso, y no es raro que pase al estado crónico. Lo que predomina, por consiguiente, en este cuadro clínico es el dolor moral intenso, la angustia, así como la frecuencia de verdaderas descargas impulsivas.

## XXII

## Paranoias.

Concepto general y división de las mismas en primitivas y secundarias.—Paranoias primitivas: paranoia rudimentaria o abortiva (ideas fijas y obsesiones fóbicas e impulsivas), paranoia aguda alucinatoria, panoia de reivindicación (delirios de los perseguidos perseguidores, ambicioso, procesivo, erótico, religioso, político, hipocondríaco y locura a dos), y paranoia de interpretación.

Tan numerosas y diferentes entre sí son las formas psicopatológicas englobadas bajo la misma denominación de paranoia, que es difícil deslindar lo que de derecho, y desde el punto de vista clínico, pertenece a dicho término. No obstante, todas ellas tienen, a nuestro modo de ver, un lazo común, que, si bien no satisfaga las exigencias patogénicas, puesto que afecta simplemente a la forma y no al fondo de las manifestaciones morbosas, es preciso adoptar para la posible unificación del grupo. Dicho carácter, que se observa en todas las paranoias, está representado por la sistematización de las ideas morbosas, es decir, por las ideas que versan sobre el mismo tema, formando un todo más o menos lógico y coherente.

*Paranoia*, de *para*, cerca de, defecto, y *nous*, la razón, significa perturbación intelectual, trastor-

no ideativo, alteración del raciocinio, pensar torcidamente o de través, y en el concepto clínico, como hemos dicho, sistematización, y, tratándose, como se trata, de perturbaciones ideativas, de delirio, debemos traducir, en suma, paranoia por *delirio parcial* o *sistematizado*. Numerosas son, según decíamos hace un momento, las formas psicopáticas, incluídas desde hace muchos años bajo dicho nombre de paranoia: las *monomanías* de Esquirol, ciertos *delirios parciales*, con debilidad intelectual, estudiados por Griessinger; la *hipocondría* y el *delirio de grandezas* de Morel y Foville, el *delirio de persecución* de Lassegue, los *delirios sistematizados* de los autores alemanes e italianos, el *delirio crónico de evolución sistemática* de Magnán, y, además, las llamadas *paranoia originaria*, las *paranoias rudimentarias* o abortivas (nombre con que se han designado por algunos las ideas fijas y las fobias obsesiones e impulsiones), *la locura a dos* y la *paranoia aguda alucinatoria*. Como se comprende, no todas estas denominaciones representan formas distintas, sino diferente manera de designar, con respecto a algunas de ellas, las mismas modalidades psicomorbosas.

En el estado actual de los conocimientos psiquiátricos, no es, en efecto, tarea fácil establecer clasificación alguna bien fundamentada del grupo genérico de las paranoias. Si nos atuviésemos a la base degenerativa de las mismas, nos asaltarían grandes dudas para separar unas de otras formas, pues aunque algunos autores admiten una completa línea divisoria entre los delirios sistematizados que se observan como manifestaciones de la degenera-

ción mental, y en los cuales existen numerosos estigmas psicofísicos degenerativos, y los delirios sistematizados en que no aparecen dichos caracteres disgenésicos, otros alienistas afirman que todas las paranoias, o, lo que es lo mismo, los delirios sistematizados, asientan sobre una base degenerativa, en unos casos ostensible, en otros más o menos latente. Tampoco puede establecerse la distinción de las paranoias desde el punto de vista de las alucinaciones, diferenciando las alucinatorias, que serían las no degenerativas, de las no alucinatorias, que con el citado carácter de estigmatización psicofísica estarían representadas por las degenerativas, puesto que entre estas últimas existen formas en las cuales no son infrecuentes las alucinaciones, debiendo, en todo caso, admitirse ambos caracteres clínicos como medio de diagnóstico entre algunas de dichas modalidades, y sólo en líneas generales. Por todo lo cual creemos que el mejor criterio para clasificar las paranoias, es dividirlas, atendiendo a su esencialidad, es decir, a su carácter nosológico, en protopáticas y deuteropáticas, o, lo que es lo mismo, en primitivas y secundarias, incluyendo en el primer grupo la paranoia rudimentaria o abortiva, con sus formas, ideas fijas y obsesiones fóbicas e impulsivas, la paranoia aguda alucinatoria, la paranoia persecutoria o delirio crónico sistematizado, la melancólica o de autoacusación, la megalomaníaca, la mística o delirio religioso sistematizado, la hipocondríaca o nosomanía, y, por fin, las paranoias denominadas de interpretación y de reivindicación; y comprendiendo en el segundo grupo, en el de las paranoias secundarias o sin-

tomáticas, las alcohólica, epiléptica, maníaca y melancólica.

No nos ocuparemos de la *paranoia rudimentaria* o *abortiva*, nombre con que se designan por algunos las ideas fijas y las obsesiones, tanto fóbicas como impulsivas, habida cuenta de que su descripción la hemos hecho en semiología mental.

La *paranoia aguda alucinatoria* constituye el grupo de los *delirios sistematizados degenerativos*, denominación impropia, por cierto, puesto que las ideas morbosas no llegan nunca a sistematizarse en los referidos delirios o se sistematizan de un modo incompleto y transitorio. Tampoco hemos de describirlos nuevamente, puesto que su estudio queda hecho con el nombre de delirios polimorfos de los degenerados, cuyas formas principales son las de autoacusación, persecución, hipocondríaca, ambiciosa o de grandezas, mística y erótica. Sólo, sí, debemos insistir en que dichos delirios son bruscos en su aparición y desaparición, irregulares en su curso, muy variables en su contenido, recidivantes, y que, como hace notar Chaslín, asientan sobre un fondo de debilidad mental, observándose que, cuanto menos sistematizadas son las ideas morbosas, más ostensible es dicha debilidad, y viceversa. Haremos notar, por último, que, a pesar de la denominación de alucinatorias con que se designa a este grupo de paranoias agudas, las alucinaciones no son síntoma constante de todas sus formas, existiendo un corto número en las cuales no se presentan tales trastornos senso-perceptivos, y que merecen, por tanto, el nombre de paranoias agudas simples.

Tales formas paranoicas, lo mismo la rudimentaria o abortiva que la alucinatoria o simple, son, como hemos visto, agudas, y aun mejor pudiera decirse episódicas, puesto que su aparición es accesional y transitoria y no constituyen, en último término, sino episodios morbosos de la degeneración, que es su base nosológica. Mas atendiendo a este carácter fundamental y a la recidiva de sus manifestaciones, prácticamente deben considerarse crónicas, tanto más cuanto que la terapéutica mejor dirigida nada, o casi nada, puede para impedir tales recidivas, y menos aún consigue modificar el fondo degenerativo sobre el cual y como expresión del cual, evolucionan. En cambio, pueden llamarse paranoias crónicas, sin reserva alguna, las del grupo constituído por las paranoias de reivindicación, de interpretación, la persecutoria o delirio crónico sistematizado de Magnan, la melancólica, la hipocondríaca, la megalomaníaca y la mística. Estudiemos brevemente cada una de estas formas paranoicas.

Serieux y Capgrás han englobado las formas delirantes denominadas *delirio de los perseguidos perseguidores*, *delirio ambicioso*, *delirio posesivo o quérulens*, *delirio erótico*, *delirio religioso* y *delirio político* bajo el mismo nombre de *delirio de reivindicación*, psicosis a base, según dichos autores, de representaciones mentales exageradas u obsesivas, no constituída, en realidad, por delirio propiamente dicho, sino por la exageración patológica del carácter del individuo, el cual es un loco razonador o lúcido (y de aquí el nombre de *delirante razonador* con que también se le designa), y presenta tendencia a la persecución activa; es de-

cir, de perseguido tiende a hacerse perseguidor, y, por tanto, a personalizar su delirio. Este, además, no es alucinatorio ni evolutivo, sino que, por el contrario, está constituído por ideas fijas, no termina en demencia, y por último, se desarrolla sobre un fondo degenerativo marcadamente estigmatizado. En cuanto a sus caracteres psíquicos, dicho fondo representa la denominada *constitución paranoica*, a la cual podríamos aplicar el término de *paranoísmo*, y cuyos rasgos son *orgullo, autofilia* y *desconfianza*.

La paranoia de reivindicación es, por consiguiente y en síntesis, una psicosis degenerativa que se caracteriza por ideas morbosas, fijas u obsesivas más bien que delirantes, cuyo germen se halla en el carácter mismo, orgulloso y desconfiado, del individuo, quien razona sus ideas patológicas, se cree perseguido y tiende a hacerse perseguidor, no sufre alucinaciones, y según el color o contenido de dichas ideas, las cuales no presentan evolución alguna, resulta un perseguido perseguidor, un perseguido ambicioso, un perseguido querellante, un perseguido erótico o un perseguido místico.

A veces se manifiestan los primeros síntomas en edad muy temprana, de donde el nombre de *paranoia originaria*, por ciertos rasgos del carácter, como vanidad, extravagancia, humor irritable y versátil, predominio de los instintos, trastornos de memoria de reproducción, con tendencia consecutiva a la mentira; pero sobre todo, por orgullo, desconfianza y egoísmo. No es frecuente que estos individuos presenten cierta actividad psíquica, inteligencia muy desenvuelta, buenas aptitudes para algún

orden de conocimientos; mas se observa siempre en tales casos, en el conjunto del funcionalismo psíquico, una nota muy acentuada de desequilibrio o desarmonía, y así, v. gr., coexistiendo con buen desarrollo intelectual, aparece una completa amoralidad. Digamos algunas palabras acerca de cada una de las modalidades de esta psicosis.

El *perseguido perseguidor* se considera una víctima de los demás, perjudicado, ofendido por ellos, bien en la esfera privada o en el ambiente social en que vive. Es orgulloso, desconfiado, se expresa con facilidad, razona bien, posee buena memoria, aunque no para reproducir los hechos; personaliza al fin su delirio y se hace perseguidor tenaz y agresivo, resultando el verdadero y temible perseguidor. No presenta alucinaciones, ni su delirio evoluciona, diferenciándose en ambos caracteres, comunes, por lo demás, a todas las formas de la paranoia de reivindicación, del delirante sistematizado de Magnan, que estudiaremos muy en breve.

El *perseguidor ambicioso* se cree, v. gr., descendiente de una familia ilustre, con derecho a un título nobiliario, a una gran fortuna; niega, en consecuencia, la legitimidad de los vínculos que le unen a sus verdaderos parientes, a los cuales menosprecia, y reclama los honores, títulos o riquezas que asegura se le han arrebatado.

En el *perseguidor querellante o procesivo*, el delirio aparece, por regla general, con motivo de la pérdida de un proceso. Desde entonces, el sujeto pone en juego toda clase de recursos, agota todos los medios pecuniarios de que dispone, para demos-

trar la injusticia de que se le ha hecho víctima, partiendo, naturalmente, de bases falsas, que sólo tienen realidad en su mente enferma; acaba por erigirse en defensor de sí mismo, y cuando se convence de que sus continuas querellas son desoídas y nada puede conseguir, suele pasar a vías de hecho, tornándose agresivo contra quienes juzga culpables de su situación

El *perseguidor erótico* o *amoroso* es erótico platónicamente, puesto que no siente deseos sexuales hacia la persona objeto de su pasión, de quien se cree, por lo demás, correspondido, y cuando los hechos llegan a convencerle de lo contrario, se transforma en un ser peligroso contra quien infirió tan grave ofensa a su vanidad.

El *perseguidor religioso* y el *perseguidor político* son también variedades muy frecuentes de perseguidos perseguidores, que tienen entre sí bastantes puntos de contacto. El primero, el *místico*, se erige en ardiente defensor de la religión que profesa y se hace agresivo contra los que no piensan como él, no dudando, como dice Marchand, en matar en nombre de Dios a un monarca o a un alto representante de la religión incriminada. El *peseguidor político* pretende reformar la sociedad a tenor de sus exaltadas opiniones; persigue, mata, y cometido el crimen, sufre valerosamente el castigo de la justicia humana en holocausto de sus ideales. Ejemplos, los llamados magnicidas y los anarquistas de acción.

Deben incluirse en el mismo grupo el delirio de los *perseguidos hipocondríacos* y la denominada *locura a dos*. El *perseguidor hipocondríaco* hace

objeto de sus acusaciones y amenazas, que a veces realiza, a cuantos tienen, a su juicio, la culpa de que no cure de sus males imaginarios; al médico principalmente, por no haberle sabido curar o haber comprometido su salud. La *locura a dos,* llamada también *colaboración delirante* por Arnaud, *locura comunicada*, y por Regis, *locura simultánea*, es también una forma de delirio persecutorio de base degenerativa, que sobreviene en dos predispuestos convivientes bajo el mismo techo o en constante comunicación, e influenciados a la vez por iguales causas, por regla general de carácter depresivo. Según Lassegue y Falret, uno de los individuos, el *activo*, impone o comunica su delirio al *pasivo,* bastando que el primero, que es el verdadero alienado, tenga más voluntad que el segundo. No se trata, pues, por lo tanto, de verdadero contagio mental, puesto que es factor indispensable un terreno de predisposición para que el delirio se comunique de uno a otro sujeto.

Como habrá podido observarse por este breve estudio de las formas que reviste el delirio de reivindicación, todas ellas se hallan comprendidas dentro de los límites del delirio de los perseguidos perseguidores, denominación con que se las designa, puesto que lo mismo el perseguido perseguidor propiamente dicho que los perseguidos ambicioso, procesivo, erótico, religioso, político e hipocondríaco deliran en sentido de persecuciones imaginarias, de hostilidad, de daño u ofensa que se les infiere, considerándose verdaderas víctimas del ambiente social en que viven; y además, y por el hecho mismo del contenido de sus ideas morbosas, reaccionan al

fin contra quienes su delirio les designa autores de los males que sufren, y resultan así perseguidos. Los trastornos de los actos tienen, pues, una gran importancia en estas formas de locura, alcanzando en la mayoría de los casos marcado predominio en el cuadro clínico, y deben tenerse muy en cuenta para considerar a estos enfermos sumamente peligrosos y recluirlos a tiempo, evitando de este modo los actos anormales o agresivos que pudieran cometer.

La enfermedad es esencialmente crónica, si bien suele evolucionar por paroxismos de mayor intensidad delirante; la inteligencia conserva su actividad, y, por lo tanto, el aspecto razonador del delirio no desaparece. Pero, por esta misma circunstancia, el diagnóstico suele ofrecer grandes dificultades. Sujetos que razonan, cuyo delirio no ofrece los rasgos propios de las ideas verdaderamente delirantes, puesto que más bien que de tales ideas morbosas, se trata de representaciones mentales tenaces, fijas, exageradas, de ideas obsesionantes, en fin; individuos que además poseen buena memoria, enlazan perfectamente sus ideas y no tienen alucinaciones; si con este cuadro tan difícil de incluir en marco clínico determinado, no coexisten, como puede suceder, sobre todo en ciertas fases de la enfermedad, perturbaciones de los actos, no suele, en efecto, ser tarea fácil el diagnóstico. Para establecerlo habremos de tener en cuenta los antecedentes hereditarios y personales del enfermo, puesto que se trata siempre de degenerados; además, la marcha del padecimiento, y, por último, los trastornos de los actos, que, aunque no siempre, ni

constantes en un breve período de tiempo, existen, al fin, en el curso de la afección. En cambio, no es difícil el diagnóstico entre esta enfermedad y el delirio crónico sistematizado de persecución, habida cuenta de que en el último no existen, o aparecen poco ostensibles, los estigmas físico-psíquicos degenerativos, y las alucinaciones son uno de los rasgos característicos del conjunto clínico, al contrario que en la paranoia de reivindicación, en la cual el fondo disgenésico es muy marcado y no se observan alucinaciones sino excepcional y transitoriamente.

Otra variedad de paranoias es la *paranoia de interpretación*, psicosis a base de interpretaciones delirantes, que no sólo originan, sino que sostienen o alimentan, y valga la palabra, un delirio más o menos firmemente sistematizado. Serieux y Capgrás, a quienes se debe también este nuevo concepto psiconosológico, en cuanto a lo que de síntesis clínica representa, lo definen como psicosis crónica sistematizada, cuyos caracteres son: delirio a base de interpretaciones delirantes múltiples, coexistiendo con lucidez o normalidad intelectual, que no se acompaña de alucinaciones, o, por lo menos, cuando existen son escasas y contingentes, que sólo evoluciona por el hecho mismo de la extensión progresiva de las interpretaciones, y en fin, que no termina en demencia.

Las interpretaciones delirantes son el rasgo clínico fundamental, y pueden versar sobre diferentes temas, principalmente los de persecución, hipocondría, posesión, grandeza, erotismo, autoacusación, misticismo y celotipia, aislada o conjuntamente; es

decir, afectando una sola de estas formas de ideas morbosas, o dos o más combinadas entre sí, que es lo más frecuente. A veces, las interpretaciones de distinta índole no son simultáneas, sino que se suceden unas a otras. La multiplicidad y la organización de las interpretaciones son, pues, caracteres esenciales, patognomónicos de esta psicosis, y el tema adoptado por el delirio depende de circunstancias individuales, entre ellas, y sobre todo, del modo de ser del sujeto, de sus costumbres, de su carácter o humor habitual, de su manera de pensar, de su cultura o grado de inteligencia, en fin. Y así, según estas circunstancias personales, conforme a tales notas psicofisiológicas, el delirio se orienta en uno o en otro sentido, resultando el sujeto un perseguido, un erótico, un megalómano, un melancólico, un místico, un celoso, etc., etc. De aquí que, como dicen Serieux y Capgrás, el delirio sólo tenga, en cuanto a las ideas que lo informan, un valor contingente, manteniendose aquéllas dentro de los límites de lo verosímil y posible.

El interpretador representa, pues, un tipo muy curioso de alienación mental, ya que su trastorno se basa en la significación errónea que atribuye a los hechos más triviales, a ciertos acontecimientos pasados, y aun a los sueños, algunas veces. Su delirio aparece y se sostiene a beneficio de dichos hechos y de cuantos le impresionan a cada momento. Un simple gesto, una sonrisa bastan para ponerle en guardia y despertar sus recelos; la representación gráfica de un acontecimiento agradable tiene para él gran significación, pues constituye un medio indirecto de molestarle, tratando de provocar

su envidia; las frases más o menos aisladas que oye a su paso, cree que se le refieren; encuentra doble sentido a las escenas teatrales que presencia, a los relatos que lee; todo, en fin, lo traduce desde el punto de vista de alusiones injuriosas, nada es inexplicable ni casual; no existen para estos individuos las coincidencias fortuitas, como dice Vallon. De igual modo, el examen de su propia personalidad orgánica les induce a pensar en males imaginarios, creyendo en la existencia de graves afecciones, que atribuyen, en suma, a las malas artes de que al efecto se valen sus enemigos.

Como antes hemos dicho, el delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica. Aparece en sujetos predispuestos, de tara hereditaria muy cargada y de desenvolvimiento psíquico anormal, los cuales, como afirma Marchand, desde las primeras edades muestran tendencia a desnaturalizar los hechos. Con añadir que la actividad intelectual se conserva íntegra, que no presenta trastornos de memoria ni alucinaciones, sino en casos excepcionales, y cuando existen son episódicas; que razonan con cierta lógica sus interpretaciones morbosas, y, por último, que pueden sufrir trastornos de la personalidad y de los actos en relación con su delirio, habremos completado esta breve nota de conjunto acerca de la paranoia de interpretación.

En cuanto al diagnóstico, debe establecerse especialmente desde el punto de vista diferencial con otras psicosis de caracteres clínicos parecidos, entre ellas el delirio de los perseguidos perseguidores, los delirios de interpretación no sistematizados y el delirio crónico de Magnan. Al efecto, tengamos

presente que los perseguidos perseguidores deliran sobre una idea obsesiva única, fija, no absurda ni múltiple, y que las reacciones son desproporcionadas con respecto al delirio, y, en cambio, en el interpretador, las reacciones, los trastornos de los actos son proporcionados al contenido de las interpretaciones morbosas. En los delirios no sistematizados de interpretación, el principio es brusco, la evolución rápida e irregular y las ideas incoordinadas; es decir, ofrecen los caracteres contrarios del delirio sistematizado de interpretación, si bien éste pueda ser secundario al no sistematizado. En fin, entre el delirio crónico de persecución de Magnan y la paranoia o delirio de interpretación, existe la diferencia de que el primero es evolutivo, alucinatorio, y no asienta sobre un fondo marcadamente disgenésico, rasgos clínicos de que, como hemos visto, carece la psicosis cuyo estudio acabamos de hacer.

## XXIII

## Paranoias *(conclusión).*

Paranoias primitivas: paranoia persecutoria o delirio crónico sistematizado de Magnan; paranoia melancólica o delirios crónicos sistematizados de autoacusación, negación e hipocondríaco; paranoia o delirio crónico sistematizado religioso; paranoia o delirio crónico sistematizado de grandezas.—Paranoias secundarias o sintomáticas.

Hemos dividido las paranoias en dos grandes grupos: el de las paranoias primitivas y el de las paranoias secundarias o sintomáticas, comprendiendo en el primero las paranoias rudimentaria, aguda, de reivindicación, de interpretación, persecutoria o delirio crónico sistematizado de Magnan, melancólica o delirios crónicos sistematizados de autoacusación, negación e hipocondríaco, la paranoia o delirio crónico sistematizado religioso, y la paranoia o delirio crónico sistematizado de grandezas; y en el grupo de paranoias secundarias, las alcohólica, epiléptica, melancólica y maníaca. De todas estas formas paranoicas han sido objeto de nuestro estudio la rudimentaria, la aguda y las de reivindicación e interpretación; describamos ahora, por consiguiente, las paranoias crónicas, persecutoria, melancólica, religiosa y megalomaníaca, y a continuación, las paranoias secundarias.

No existe en clínica freniátrica otra afección

que evolucione de un modo más regular, a la vez que más curioso, que la paranoia o delirio crónico persecutorio, llamada también locura parcial y delirio sistematizado progresivo de Magnan.

Esta enfermedad ofrece un primer período de incubación, llamado de *inquietud* por dicho autor, y de *análisis subjetivo* por Regis, en cuya fase, el enfermo aqueja determinadas molestias de orden hipocondríaco (cefalea, trastornos gástricos o cardíacos, etc.), que le inducen a observarse, y a las cuales concede una gran importancia; de este autopesimismo nacen interpretaciones delirantes, que originan a su vez ilusiones y alucinaciones, quedando así el delirio constituído. Dichas falsas interpretaciones encuentran su razón de existencia para el paciente en todo cuanto le rodea: se le observa sin tregua alguna, los periódicos le aluden, se le critica e injuria por toda clase de medios, el menor contratiempo o el suceso más trivial son interpretados por él en contra suya, todo lo considera hostil hacia su persona *(autofilia* de Ball o *delirio egocéntrico)*. Al propio tiempo, y como consecuencia, la afectividad sufre una verdadera alteración, los seres antes más queridos le son indiferentes, se hace desconfiado, reticente, provocativo quizá; una sola idea, fija, inmutable, embarga su imaginación: la de que se le quiere mal y se le persigue. En su afán de encontrar el porqué de tales persecuciones, examina hechos pasados de su vida y no deja de ver en sucesos, por lo común insignificantes, la explicación de las mismas. La idea de la defensa empieza también a germinar en su cerebro, implora protección, pide justicia, se dirige a las autorida-

des, cambia de domicilio para despistar a sus perseguidores, y posteriormente, o desmaya en la lucha y busca en el suicidio el remedio para sus males, o, lo que es más frecuente, se toma la justicia por su mano, convirtiéndose en perseguidor.

El segundo período se señala por la presencia de alucinaciones, excepcionalmente visuales, con más frecuencia olfatorias, tactiles, genésicas y sobre todo auditivas. Primero oye ruidos indeterminados, confusos; después palabras articuladas, voces, insultos, amenazas, blasfemias; otras veces afectan las alucinaciones no ya este carácter psicosensorial, sino el de alucinaciones psíquicas o psicomotrices que hacen oír al enfermo dichas voces injuriosas dentro de su propio cuerpo, o asegurar, v. gr., que sus enemigos se valen de sus órganos fonéticos para obligarle a decir lo que no quiere, en ocasiones sus pensamientos más secretos (eco del pensamiento), o que disponen de su voluntad para coartar sus movimientos y ordenarle ciertos actos de violencia (alucinaciones imperativas). Con tales elementos morbosos, las ideas de persecución adquieren carácter de fijeza, se *sistematizan*, y ya en esta fase llega el perseguido a *personalizar* su delirio señalando a sus enemigos, cuyas voces conoce, y usando para designarlos y expresarse acerca de ellos un lenguaje de su invención, lleno de *neologismos* (paralogia). Las ideas de defensa, sólo esbozadas hasta entonces, le acosan con verdadera tenacidad, y apela a toda clase de recursos para esquivar la persecución de que se cree objeto; si dialoga en un principio con sus imaginarios interlocutores, defendiéndose de los cargos que le hacen o respondiendo

a sus insultos, se ve, al fin, obligado a taparse los oídos; asimismo evita tomar ciertos alimentos, suponiéndolos envenenados; ocluye sus ventanas nasales, para no percibir los malos olores con que se le regala; huye, en fin, de todos cuantos medios ponen en acción los *invisibles* para su tormento, como libros, periódicos, conversaciones, teléfono, fonógrafo, etc. Y convencido, después de este período de lucha, de la imposibilidad de verse fuera del alcance de sus enemigos, se convierte en perseguidor, acecha en adelante la ocasión de vengarse de ellos, y llega así a constituir un verdadero peligro para quienes su delirio le designa como autores de la persecución de que viene siendo objeto.

Poco a poco, la personalidad va sufriendo una verdadera, y hasta cierto punto lógica, transformación. Si se le ataca y persigue, algún móvil guiará a sus perseguidores; no le ofrece ya duda que tienen envidia de su fortuna, de su talento, de su poder.

Así lo infiere de su propia reflexión, así se lo dicen quizá ciertas voces, haciéndole conocer que posee un inmenso capital, que es papa, príncipe, que su poder es sobrenatural. Y de este modo sucede al período de persecución la *fase megalomaníaca* o de *exaltación de la personalidad*, *el delirio de grandezas,* determinando un cambio completo en el modo de ser del paciente, cuyas ideas y actos adquieren cierta estereotipia, adaptándose los últimos al nuevo aspecto del sistema delirante. La mayor satisfacción, el orgullo, la vanidad, sustituyen a la actitud reservada, de desconfianza, provocativa, del período persecutorio; el megalómano

adopta una actitud majestuosa, trata con desprecio y displicencia a los que le rodean, cubre su pecho con numerosas condecoraciones, proclama sus riquezas, pondera sus fuerzas hercúleas, se titula dios, emperador, sabio, etc., etc.

La terminación de la paranoia o delirio sistematizado crónico suele ser la demencia; las concepciones delirantes van cediendo terreno a la debilitación intelectual, y en un plazo mayor o menor, muy largo generalmente, no queda más que algún residuo estereotipado de las mismas.

La paranoia melancólica tiene, como hemos dicho, tres formas o variedades clínicas: el delirio crónico sistematizado de autoacusación, el hipocondríaco y el de negación. En el delirio *sistematizado de autoacusación*, las ideas melancólicas coexisten con las de persecución, apareciendo en forma accesional bajo la forma de ansiedad, alucinaciones, desorientación, etc., y no ofrecen fondo alguno de humildad, sino más bien de orgullo. Entre el delirio del perseguido autoacusador y el de autoacusación melancólica hay, además, la diferencia de que el primero es *centrípeto*, *convergente*, *egocéntrico*, y el melancólico, por el contrario, *centrífugo*, *divergente;* el perseguido melancólico se preocupa únicamente de sí mismo, y el melancólico no perseguido fundamenta su dolor moral en los males que cree haber causado a los demás.

La forma hipocondríaca se denomina también *nosomanía*. El nosómano teme constantemente por su salud, afirma tener destruídas sus vísceras o padecer males incurables. Estas ideas hipocondríacas sistematizadas se unen a las persecutorias, y, a

veces, a otras de *negación*, acompañándose casi siempre de alucinaciones, actos impulsivos, egoísmo e indiferencia.

El delirio sistematizado de negación es siempre secundario a otras psicosis depresivas, sobre todo a la melancolía ansiosa, y su característica es el *síndrome de Cotard*, el cual, como dijimos anteriormente, está constituído por *ideas de negación* de la propia existencia, del cuerpo entero, de alguno de sus órganos, del alma, de Dios; por *ideas de daño, posesión, enormidad e inmortalidad; sitiofobia,* es decir, rechazo de todo alimento; en fin, por *ansiedad*, *analgesia* y *tendencia al suicidio*.

De estas formas de paranoia o delirio crónico sistematizado melancólico, presentan evolución progresiva, alucinaciones y transformación de la personalidad las de autoacusación e hipocondríaca. El autoacusador sistematizado crónico, en un primer período de su enfermedad, no refleja sino la exageración de su carácter normal, triste, efecto de grandes preocupaciones acerca de imaginarios males inferidos, o de estar embargado por amargas inquietudes al considerarse incapaz de cumplir sus deberes, o por faltas que cree ha cometido contra su propio honor, etc., etc. Al propio tiempo exterioriza cierto fondo de orgullo poniendo constantemente de relieve sus buenas cualidades, perturbación afectiva que es nota clínica diferencial con el melancólico delirante no sistematizado, el cual es también triste y autoacusador, pero humilde. El delirio se constituye así de modo progresivo y aparecen alucinaciones y crisis de ansiedad, mas la inteligencia no decae de modo visible. La transfor-

mación de la personalidad se verifica hacia la megalomanía, o bien en sentido de las ideas de negación. En fin, sobrevienen trastornos de los actos, principalmente el suicidio, las automutilaciones y la sitiofobia.

El hipocondríaco sistematizado comienza también por exteriorizar rasgos morbosos del carácter, o modo de ser habitual. Siente grandes inquietudes acerca de sí mismo, se preocupa continuamente por su salud; después, las ideas morbosas adquieren más consistencia, se sistematizan, y aparecen alucinaciones por lo común de la sensibilidad general, o auditivas, constituídas estas últimas por voces que hacen saber, v. gr., al enfermo que padece un mal gravísimo del cual no podrá curar. La personalidad suele transformarse, sobreviniendo delirio de negación, y, por fin, los actos morbosos suicidio y homicidio son también muy frecuentes.

La *paranoia* o *delirio sistematizado crónico religioso* afecta unas veces la forma expansiva (teomanía), otras la depresiva (demonomanía). La persecución es atribuída por el sujeto a una causa sobrenatural; predominan las alucinaciones visuales, existe erotismo casi siempre, y la impulsividad, de carácter agresivo, es comúnmente determinada por mandatos imaginarios que convierten al enfermo en un ser peligroso.

La *paranoia* o *delirio sistematizado crónico megalomaníaco* sobreviene en individuos cuya nota predominante del carácter habitual es el orgullo. Sobre esta base de exagerado buen concepto de sí mismo se desenvuelven las ideas morbosas que versan sobre el tema de invenciones, filantro-

pía, reforma de costumbres sociales, etc., sistematizándose el delirio. El megalómano sistematizado crónico se atribuye innumerables obras benéficas, la solución de importantes problemas científicos, se cree inmensamente rico, se titula emperador, rey, papa. Con frecuencia, tales ideas tienen un fondo de persecución, o, por mejor decir, coexisten con las de esta índole, adquiriendo más bien en estos casos el delirio la forma mixta persecutorio ambiciosa, que hace afirmar al enfermo, por ejemplo, que no logra la consecución de sus planes, que no puede ver realizados sus inventos, porque sus enemigos se oponen a ello. Las alucinaciones suelen ser también frecuentes, y, en fin, los actos se hallan en estrecha dependencia de las ideas patológicas, resultando también, y por consiguiente, anormales o morbosas; por ejemplo: la sitiofobia por ascetismo, la dilapidación de la fortuna en inventos u obras inútiles, las agresiones obedeciendo mandatos divinos, etc., etc.

Por último, y aparte el *delirio de posesión sistematizado,* más bien modalidad de la paranoia persecutoria o delirio de Magnan que forma autónoma dentro del grupo de paranoias, y que se caracteriza por el predominio de alucinaciones psíquicas o psicomotrices que hacen creer al enfermo que sus enemigos están dentro de su propio cuerpo y dirigen sus pensamientos y sus actos, resultando la consiguiente transformación de la personalidad; amén, decimos, del delirio de posesión sistematizado, existe una última forma de delirio crónico, también sistematizado, que es el que se denomina *delirio erótico o erotomanía*, variedad muy frecuen-

te y definida por Esquirol, desorden del amor sentimiento, que no debe confundirse con la ninfomanía y la satiriasis, las cuales significan desorden del amor sensación. La erotomanía se caracteriza, en efecto, por amor puramente platónico hacia un ideal, o, por mejor decir, hacia un ídolo hasta el que se esfuerza en llegar el erotómano, no lográndolo, por las dificultades y obstáculos que según cree ponen al efecto en juego sus imaginarios enemigos. Las ideas de persecución se compenetran así también en esta forma con las megalomaníacas o de exaltación de la personalidad. La erotomanía podría ser también incluída en la paranoia persecutoria tipo Magnan, como asimismo el delirio de posesión, no obstante se describa la primera por algunos como variedad autónoma de paranoias por el marcado relieve clínico que adquiere en determinados casos.

Poco hemos de decir acerca de los síndromes persecutorios que constituyen el segundo de los grupos en que hemos dividido las paranoias, y que denominamos *paranoias sintomáticas* o *secundarias*, porque aparecen en el curso de otras afecciones, entre ellas, y sobre todo, el alcoholismo, la epilepsia y ciertas formas melancólicas. Si añadimos a estas variedades los delirios persecutorios que sobrevienen en la parálisis general, en la locura maníaco-depresiva, en la histeria, en la demencia precoz y en algunas otras afecciones, hemos de convenir, dada la índole de estos síndromes persecutorios mal sistematizados, que mejor que delirios peranoicos, debe denominárseles *delirios paronoides*, por lo mismo que no significan sino estados sindrómicos más o menos accesorios con una base nosoló-

gica determinada, sobre la cual evolucionan, y que la sistematización del delirio es débil, incompleta, no presenta los caracteres de intensidad y persistencia que en las demás formas paranoicas que hemos estudiado. Entre dichos delirios paranoides, o si se quiere paranoias secundarias, deben menciocionarse la paranoia alcohólica, la epiléptica y la melancólica; mas su estudio corresponde al de las formas nosológicas que les sirven de base, y serán descritas en los capítulos correspondientes, basándose el diagnóstico, como se comprende, en los caracteres fundamentales de dichas afecciones.

## XXIV

## Toxifrenias.

Concepto general y división de las mismas en exógenas y endógenas.—Toxifrenias exógenas: alcoholismo y sus formas clínicas o psicosis alcohólicas: embriaguez patológica, alcoholismo crónico, *delirium tremens*, alucinosis aguda, delirio sistematizado alcohólico, y pseudoparálisis general alcohólica. Psicosis polineurítica de Korsakoff.

Un grupo tan importante como numeroso de enfermedades mentales tiene su origen en procesos infectivos o tóxicos, que presentan especial electividad sobre los centros nerviosos perturbando el funcionalismo neuropsíquico, es decir, las funciones nerviosas mal llamadas somáticas y las psicológicas, si bien en unos casos el trastorno se manifieste preferentemente por síntomas neurológicos y en otros por alteraciones del psiquismo; pero como, por lo demás, ocurre en la mayor parte de las psicopatías, existiendo, por lo general, síntomas de una y otra índole. A dicho grupo le designamos con el nombre de *toxifrenias*, comprendiendo en ellas así las de origen infeccioso como las tóxicas, y dividiéndolas en *exógenas* y *endógenas*. Entre las toxifrenias endógenas estudiaremos el alcoholismo, el morfinismo, el saturnismo, el cocainismo y la psicosis pelagrosa, que representan las formas más frecuentes; y entre las toxifrenias endógenas, la

confusión mental, los delirios febriles y tóxicos, y las picosis: tiroideas, rábica, sifilítica, gripal, tuberculosa, urémica y hepática.

Así las toxifrenias exógenas como las endógenas, tienen bajo el aspecto sintomático, según Sanctis, un patrón clínico, que es la confusión mental, y un lazo común constituído por el *onirismo* o síndrome oniroide, es decir, por la perturbación de la conciencia, acompañada casi siempre de trastornos psicosensoriales y de delirio, estado, dice el mismo autor, análogo al sueño o a la somnolencia y en relación directa con el período prehípnico y el sueño fisiológico. El onirismo, síndrome fundamental de la amnesia o confusión, se observa, en efecto, en el alcohólico, en el morfinista, en el pelagroso, en el delirante agudo, etc., etc., y constituiría, por lo tanto, el carácter más notorio de las intoxicaciones de tipo agudo. En cambio, las intoxicaciones crónicas se caracterizarían, en concepto del repetido autor, por el *síndrome paralitiforme*, que se halla constituído por la degeneración del carácter y la debilitación mental y motriz progresivas. Las alteraciones anatomopatológicas principales en las intoxicaciones agudas o subagudas, es decir, en aquellas cuyo lazo común es el síndrome oniroide, consisten en hiperemias, hemorragias puntiformes, aumento de volumen de la célula y del núcleo, cromatolisis, hipertrofia neuróglica pericelular, etc., y las lesiones anatómicas que se observan en las intoxicaciones mentales de tipo crónico, es decir, en las que tienen por carácter clínico el síndrome paralitiforme, son esencialmente esclerósicas y degenerativas.

Hechas estas breves consideraciones preliminares, estudiemos en detalle, y también con la posible concisión, las principales troxifrenias, comenzando por las exógenas, y de ellas, por el alcoholismo.

Unas veces, los excesos alcohólicos representan simples fenómenos sintomáticos, como así ocurre en la manía, epilepsia, parálisis general, estados degenerativos, etc.; pero otras constituyen el fundamento de la enfermedad, es decir, las verdaderas psicosis alcohólicas, y como tales debemos describir la embriaguez patológica, el alcoholismo crónico, el *delirium tremens*, la alucinosis aguda, el delirio sistematizado alcohólico, la pseudoparálisis general de la misma índole y la psicosis de Korsakoff. Una rápida ojeada de conjunto bastará para que tengamos concepto de tales formas de alcoholismo.

Desde la fabricación de los alcoholes industriales, que comenzó a mediados del siglo pasado, ha venido aumentando el alcoholismo en tan sensibles proporciones, que con razón empiezan los Poderes públicos a preocuparse de los medios de combatir un mal tan grave. Las ligas de defensa, la publicación de láminas gráficamente demostrativas de los daños que causa el tóxico en el organismo, los acertados consejos que la Higiene promulga a diario por medio de conferencias, libros, folletos y periódicos, medidas son de todo punto laudables, pero cuya eficacia ha sido hasta el presente muy dudosa. Se imponen otras mucho más radicales; el mal está tan arraigado, que no bastan los consejos y las reflexiones, ya que, por el hecho de serlo, el alcohólico no dispone de su voluntad: es un abúlico por

predominio de la voluntad poligonal o de orden psíquico inferior sobre la voluntad consciente o de orden superior; existiendo, en fin, en su psiquismo (como pudiera decirse, de conformidad con los modernos estudios publicados por Grasset acerca del psiquismo inferior) un estado evidente de *desagregación suprapoligonal*. En la lucha contra el alcoholismo debe llegarse hasta la prohibición, pues si las leyes limitan convenientemente la venta de todas aquellas substancias reconocidas como nocivas, no hay razón para que consientan la de otras tan tóxicas como las bebidas alcohólicas, y sólo así, prohibiendo, o por lo menos reglamentando mucho, el uso de las mismas, llegaría a darse un paso firme en asunto de tanta entidad. Los hospitales, los manicomios y los presidios se nutren principalmente de alcohólicos; psíquica y físicamente, la actual generación es una generación débil, miserable, hallándose el alcoholismo a la cabeza de las causas que a ello contribuyen.

No hay en el terreno científico un solo argumento que pueda justificar el uso y mucho menos el abuso de las bebidas alcohólicas. Si se pudo en tiempos no lejanos considerar al alcohol como alimento de ahorro, tal suposición ha caído después por su base. El pretendido aumento de vigor físico que produce el alcohol a poco de su ingestión es más bien aparente que real, es tan sólo un efecto fugaz de su acción estimulante difusible; pasados los primeros momentos, las fuerzas disminuyen, y después, todo trabajo muscular se hace imposible. Por otra parte, la hiperactividad mental atribuída al alcohol, y que se manifiesta por euforia, animación

del semblante, locuacidad, ideación profusa, aumento de reacciones motrices, etc., es en el fondo un verdadero estado de inhibición psíquica, expresivo del predominio de la actividad automática sobre el psiquismo más elevado o consciente, como lo demuestran la debilidad de la atención, la amnesia, los trastornos en la esfera perceptiva, la dificultad de asociación voluntaria por sobreactividad de la automática, las perturbaciones afectivas, las impulsiones, etc., que se observan a la vez bajo la influencia del tóxico. Por último, son innumerables las enfermedades de orden somático en cuya etiología ocupa el alcohol un lugar preponderante.

No todos los alcoholes ejercen sobre el organismo el mismo efecto pernicioso; según Rabuteau, Audigé y otros, la toxicidad de aquéllos está en razón directa de su fórmula atómica y de su punto de ebullición. El alcohol de vino, por ser casi exclusivamente etílico, es menos tóxico que los de cidra, peras, granos, patata, etc., los cuales contienen alcoholes amílico, propílico, butírico o metílico. Las impurezas de las bebidas alcohólicas, consistentes principalmente en furfurol, acetona y aldehido, aumentan su poder tóxico. El ajenjo, el vermut, biter, y tantas otras bebidas indebidamente reputadas como aperitivos, contienen, además, esencias aromáticas de efectos convulsivo, bien estudiados por Marinesco; en la menta, el anís, la badiana y otros licores, predominan las substancias estupefacientes.

Los citados efectos convulsivos se presentan, sobre todo en el *absintismo*, bajo la forma de ataques epileptiformes, con sus fases de contraccio-

nes tónicas y clónicas, predominando las del primer carácter en el cuello y tronco, y las clónicas, en los miembros, y acompañándose de mordedura de la lengua, incontinencia de esfínteres como final, etc. Tan semejantes son estos estados convulsivos con los epilépticos y tan frecuentes en los bebedores, que se califican con la designación de *epilepsia alcohólica,* no siendo raro, por otra parte, observar en los alcohólicos las ausencias y estados crepusculares que caracterizan ciertas formas de la epilepsia.

El heredo-alcoholismo juega un importante papel en la etiología de muchas afecciones nerviosas y mentales; las psiconeurosis, neurastenia, histeria, corea y epilepsia se observan con gran frecuencia en los hijos de alcohólicos. Además, buen número de agenésicos mentales pagan triste tributo a los excesos alcohólicos de sus ascendientes; en la primera generación de éstos suele observarse la debilidad mental, que se manifiesta principalmente por falta de memoria, siendo, en consecuencia, muy difícil la menor instrucción intelectiva; en la segunda y tercera generaciones de alcohólicos predomina el idiotismo. En fin, diversas psicosis, como la manía, melancolía, confusión mental, hebefrenia, el grupo de obsesiones e impulsiones o síndromes episódicos de la degeneración de Magnan, la *pseudoparálisis general alcohólica*, con parecidos caracteres que la parálisis general genuina, si bien los trastornos fonéticos sean menos acusados que en ésta, el temblor más intenso y el curso más favorable, son otras tantas manifestaciones psicomorbosas del alcoholismo transmisibles por herencia.

En la *embriaguez,* forma aguda del alcoholismo, suelen admitirse tres períodos, que, en realidad, se pueden reducir a dos: el primero, de excitación; el segundo, de parálisis. La dosis de alcohol que determina la embriaguez varía mucho, según la calidad del tóxico, y muy especialmente con la tolerancia individual, pudiendo afirmarse, con respecto a esta última, que los sujetos más predispuestos a las afecciones nerviosas y mentales, o lo que es lo mismo, que los más degenerados son los que menor resistencia presentan para el alcohol. En la fase de excitación sobreviene, en primer término, un estado cenestésico agradable, de euforia completa y con menos frecuencia de tristeza; la animación del semblante, la exagerada locuacidad, la elaboración rápida de las ideas, la viveza de movimientos y la exaltación afectiva, etc., que en apariencia exteriorizan un aumento de la actividad mental, son, como queda ya dicho, elocuente expresión de la parálisis psíquica, y por esto, las funciones memoria, atención, asociación voluntaria, percepción, voluntad, y, en general, el juicio y el raciocinio, sufren ya en este primer período evidente menoscabo. La fase paralítica o comatosa, atáxica de algunos autores, se caracteriza en un principio por profusión y movilidad de las ideas, que van haciéndose cada vez más confusas, por palabra torpe, pastosa e ininteligible al fin, por movimientos lentos e incoordinados y andar titubeante, apareciendo muchas veces ilusiones y alucinaciones que determinan ciertas actitudes o impulsiones eróticas, de defensa, cólera, etc. Posteriormente sobreviene un estado comatoso, con pérdida de la conciencia, resolución muscular, mi-

driasis, disminución de la reflectividad y sensibilidad cutáneas, sudores profusos, aceleración del pulso, insuficiencia de esfínteres, cianosis, etc., cuyos fenómenos, que comprometen en ocasiones la vida del enfermo, ceden, por lo general, al cabo de algunas horas, a veces de días, dejando en pos de sí gran quebrantamiento y trastornos gástricos.

El estudio del alcoholismo crónico tiene verdadera importancia para el mentalista, por constituir la base o fondo sobre el cual se desarrollan los diversos trastornos mentales denominados *psicosis alcohólicas*. Rouvinobitch describe dos tipos distintos de bebedores: el de bebidas fermentadas, de nariz tumefacta y violácea, cara hinchada y expresión apática; y el de bebidas destiladas y aperitivos, de semblante pálido y enjuto. En buen número de estos alcohólicos crónicos, suelen comprobarse determinadas perturbaciones de orden psíquico y somático, que constituyen los *estigmas del alcoholismo crónico*, y son, en primer término, el carácter irritable y díscolo, que alterna a veces con fases de excesiva satisfacción o alegría *(humor patibulario* o *crapuloso* de ciertos delirantes alcohólicos); además, la pérdida de voluntad, la indolencia, el egoísmo y, en general, los síntomas de déficit intelectual (atención disminuída, lentitud de asociaciones, percepción escasa, amnesia retroanterógrada, atrofia del sentido moral, etc.), así como las reacciones impulsivas, conduciendo a las mayores violencias, y, por último, en ciertas ocasiones, las ideas delirantes de índole persecutoria, que pueden llegar a sistematizarse.

En la esfera somática, los síntomas más impor-

tantes están constituídos por: debilidad muscular, sueño interrumpido por pesadillas, reflectividad tendinosa disminuída o abolida, pereza pupilar, miosis, escotoma central, neuritis retrobulbar, anestesias, hiperestesias y parestesias, *temblor* de mediana amplitud y oscilaciones regulares en los labios, lengua y manos, más apreciable en la extensión de éstas y separando los dedos (mano en acto de juramento), trastornos digestivos (anorexia, pituitas matinales, dispepsia, estreñimiento, hígado grande, cirrótico, sin ascitis), alteraciones circulatorias (hipertrofia cardíaca, degeneración grasosa, ateroma arterial, arterioesclerosis), catarros bronquiales, lesiones del riñón, etc.

La forma subaguda de la intoxicación alcohólica evoluciona por brotes o episodios delirantes en el curso del alcoholismo crónico. Esta psicosis es muy frecuente y está representada por confusión mental y delirio de carácter onírico. El acceso suele aparecer por la noche; el enfermo despierta sumamente angustiado, presa de gran terror (panofobia), con alucinaciones visuales de carácter terrorífico, menos frecuentemente auditivas, ideas delirantes móviles y reacciones de defensa, fuga, agresividad, etcétera, en relación con la índole de los trastornos perceptivos. Una interpelación brusca, o enérgicas excitaciones periféricas, pueden hacerle salir momentáneamente de este estado, obteniéndose a veces contestaciones adecuadas.

La forma sobreaguda del alcoholismo es el *delirium tremens,* episodio psicopático de forma accesional, que aparece con frecuencia en el curso de dicha intoxicación crónica, bien con motivo de

una afección intercurrente, ora por causa afectiva, ya a veces por supresión brusca del alcohol (delirio por abstinencia). El acceso suele ir precedido de trastornos generales, ligera excitación, cefalea, tristeza, somnolencia y alucinaciones hignagógicas; su carácter más saliente es el delirio alucinatorio de fondo penoso. El enfermo ve ante sí animales feroces que le acometen, seres inmundos, puntos o sombras que se agrandan, figuras extrañas o visiones que le amenazan, escenas diversas que se suceden rápida y ordenadamente (alucinaciones cinematográficas). La desorientación no es completa, pues conserva la noción de la propia personalidad (autopsíquica), habiendo perdido la del mundo exterior (alopsíquica); la agitación motriz es, por el contrario, muy viva, llegando en ocasiones a constituir verdaderas crisis convulsivas. Unas veces, el paciente habla y acciona como si estuviese ocupado en sus tareas habituales (delirio profesional), otras murmura en voz baja palabras ininteligibles (delirio musitativo). También es posible conseguir respuestas acordes por medio de preguntas breves y hechas en alta voz. Las alucinaciones auditivas siguen con frecuencia a las visuales, y no son raras las tactiles (sensación de arañazos, mordeduras, contacto con animales asquerosos, etc.). El acceso suele terminar después de uno a cinco días, pudiendo revestir otras formas distintas de la descrita, muy especialmente la forma abortiva, sin delirio ni trastornos psicosensoriales.

En otros casos de alcoholismo crónico predominan las alucinaciones acústicas, y el delirio alucinatorio se constituye por ideas más o menos sistema-

tizadas de persecución, o por otras que traducen la exaltación de la personalidad. Esta forma es la llamada *psicosis alcohólica sistematizada o paranoide.*

La terminación habitual del alcoholismo crónico es la *demencia alcohólica* por acentuación progregresiva de las citadas manifestaciones morbosas, psíquicas y somáticas, en los imnumerables casos en que los recursos puestos en práctica, así profilácticos como curativos, no dan resultado alguno.

Sinteticemos cuanto queda expuesto, insistiendo, con objeto de fijarlos bien en la memoria, en los rasgos clínicos más importantes de cada una de las formas por las cuales se manifiesta en clínica mental el alcoholismo, y añadamos, por último, algunas palabras, a manera de apéndice, acerca de la psicosis polineurítica o enfermedad de Korsakoff.

La embriaguez patológica, llamada así para distinguirla de la embriaguez ocasional, queda constituída cuando, por pequeñas que sean las dosis de alcohol que se ingieran, sobrevienen graves perturbaciones psíquicas, como euforia exagerada, irritabilidad del humor, obnubilación de conciencia, delirio activo o de gran intensidad, y cuyo tema es persecutorio, melancólico, megalomaníaco o celotípico, trastornos de la esfera moral, actos morbosos, punibles muy frecuentemente, e impulsiones más o menos violentas; pudiendo revestir el cuadro de conjunto, según el predominio de unos u otros síntomas, las formas maníaca, furiosa o impulsiva, epileptoide y amnésica.

El alcoholismo crónico se caracteriza por sínto-

mas físicos y psíquicos bien definidos. Los primeros consisten en perturbaciones gastrohepáticas, verbigracia, anorexia, gastricismo, pirosis dolorosa, vómitos pituitosos matinales, degeneración grasosa del hígado, esclerosis de esta víscera, trastornos cardiovasculares y renales arterioesclerósicos, y, sobre todo alteraciones del sistema nervioso, entre las cuales sobresalen el temblor fibrilar de la lengua y vertical e individual de los dedos, fenómeno que se hace ostensible haciendo separar los mismos, una vez la mano extendida; insomnio, neuralgias, cefalea, aumento de los reflejos cutáneos, singularmente del plantar y pérdida o disminución de los tendinosos, y polineuritis; observándose, además, en fin, astenia muscular, miosis, pereza pupilar, escotoma central elíptico de eje mayor horizontal, moscas volantes, vértigos, etc.

Los síntomas psíquicos del alcoholismo crónico son, principalmente, las perturbaciones del carácter, constituídas por apatía, neglicencia, irascibilidad, desconfianza y atrofia del sentido moral. Se aprecian también debilidad de atención, confusión perceptiva, amnesias que explican el modo de ser descuidado o negligente y de indiferencia morbosa del alcohólico; disminución, en fin, de la actividad intelectual, que se acentúa progresivamente hasta la demencia. El delirio y las alucinaciones, el primero de fondo melancólico o persecutorio, pero más especialmente de infidelidad conyugal, y determinando muchas veces actos delictivos, agresiones violentas, y las alucinaciones, observándose, sobre todo, en la esfera óptica; la desorientación de tiempo y lugar, la inestabilidad emotiva, que es causa de brus-

cas alternativas, pasando el sujeto desde la alegría y el optimismo más exagerados, sin verdadera solución de continuidad, a la tristeza y a la ira más violentas, y, por último, la debilidad del juicio y del raciocinio, exteriorizadas por pérdida de autocrítica o inconsciencia del propio estado y desconocimiento también del alcance de los propios actos anormales, completan el cuadro clínico.

El *delirium tremens*, como hemos visto, tiene una fisonomía clínica, característica, constituída por alucinaciones visuales terroríficas, delirio onírico profesional o de ocupación, desorientación de tiempo y lugar con persistencia de la orientación de la propia personalidad, ansiedad, temblor generalizado y agitación motriz. La anatomía patológica demuestra una evidente analogía entre esta forma sobreaguda de alcoholismo y la parálisis general, consistiendo las lesiones anatómicas en las del alcoholismo crónico, que es la propia base del síndrome, es decir, en degeneración ateromatosa de los vasos cerebrales, y grasosa y granulopigmentaria de las células, atrofia de las fibras nerviosas, sobre todo de las tangenciales y comisurales, lesiones hepáticas, también degenerativas y escleróticas, lesiones renales, cardíacas, etc.

La desorientación crono y alopsíquicas, con orientación autopsíquica; la confusión consecutiva, las alucinaciones ópticas y tactiles, el delirio onírico profesional y, en fin, el temblor distinguen al *delirium tremens* de otras psicopatías, entre ellas la epilepsia, la manía, la catatonia, etc.

La *alucinosis aguda* o *psicosis alucinatoria de los bebedores* se caracteriza por el predominio

de las alucinaciones acústicas, visuales o tactiles. Las primeras, que suelen ser las más frecuentes, consisten en simples sonidos o akoasmas, primero; en fonemas en forma de insultos o amenazas, más tarde; las visuales, en percepción también imaginaria, de sombras, animales asquerosos, escenas terroríficas; las tactiles, en la de contactos, etc. Existen, además, ideas delirantes inestables de persecución, grandeza, o celotipia, así como euforia, autofilia y orgullo patológicos. En cambio, la memoria y la orientación son normales.

El *delirio sistematizado* o *paranoia alcohólica* es una de las formas más frecuentes y características dentro del grupo, significándose, sobre todo, por delirio persecutorio penoso, de variedad o tema preferentemente celotípico, o de infidelidad conyugal, alucinaciones auditivas agudizables por paroxismos, inestabilidad emocional, e impulsiones agresivas. En esta psicosis alcohólica se conserva la lucidez de modo más o menos completo.

La *pseudoparálisis general alcohólica*, de posible confusión con la parálisis general progresiva, presenta, como ésta, trastornos somáticos y mentales significativos de déficit, entre otros, rigidez pupilar, falta de reflejos tendinosos, ataques epileptiformes y síndrome demencial más o menos acusado. Mas el fondo de alcoholismo crónico, cuyos síntomas ya conocemos, la evolución menos regular, el curso estacionario, o mejor, regresivo, la reacción Wassermann negativa, etc., etc., distinguirán la pseudoparálisis alcohólica de la verdadera parálisis general, distinción tanto más necesaria cuanto que la primera de dichas afecciones es en

muchos casos curable, y la parálisis general tiene un curso progresivo y termina siempre por la muerte.

Por último, la *enfermedad de Korsakoff* o *psicosis polineurítica,* si bien no sea de causa exclusivamente alcohólica, puede, por lo menos, figurar como apéndice al estudio de las psicosis de la indicada índole, puesto que su etiología es casi siempre el alcoholismo, y de todos modos, dada su dependencia, en otros casos, de infecciones o de lesiones cerebrales, podría estudiarse como forma mixta de toxifrenias endógenas y exógenas. Esta afección se caracteriza por un trípode semiológico formado por la amnesia, la confusión y la polineuritis. La amnesia es retroanterógrada, término cuya significación, como ya sabemos, consiste en pérdida de la memoria de los hechos más recientes, y, a la vez, de los hechos o acontecimientos pasados, siendo esta amnesia preferentemente anterógrada en esta enfermedad, y tan acentuada, que el enfermo olvida lo que se le acaba de decir, lo que ha leído muy recientemente, lo que ha hecho en los días pasados, lo que le ha ocurrido unas horas o momentos antes, y sustituye la falta o pérdida de sus recuerdos con los denominados *relatos imaginarios*. Ligada a la amnesia se presenta la desorientación de lugar y tiempo, es decir, alo y cronopsíquica. Además, existen ilusiones y alucinaciones, y, a veces, delirio onírico, que suele dejar en pos de sí ideas fijas, llamadas, por lo mismo, postoníricas.

La confusión, como puede comprenderse, se halla formando parte del cuadro clínico, pues claro está que confusión implican la amnesia, tan acen-

tuada acerca de los hechos recientes, la pérdida de la noción de lugar y tiempo o desorientación alo y cronopsíquicas, la disociación ideativa y el onirismo.

En fin, la polineuritis, síndrome que da nombre a la enfermedad, es muy característica. Se comprueban síntomas neuríticos que recuerdan los de la neuritis alcohólica, por ejemplo, dolores a lo largo de los troncos nerviosos, anestesias, hiperestesias, parestesias y paresias de las extremidades inferiores, que son las preferentemente atacadas, sobre todo en el dominio de los nervios peroneos; además, abolición o disminución de los reflejos cutáneos y tendinosos, atrofia muscular degenerativa, y en los casos de lesión del pneumogástrico, taquicardia y disnea principalmente.

Suelen admitirse, según el predominio de unos u otros síntomas, diversas formas de psicosis polineurítica, que son las amnésico-confusional, asténico confusional, delirante y mixta.

El diagnóstico de esta dolencia no es difícil, puesto que la asociación de los trastornos mentales, amnesia y confusión, con la polineuritis es bastante significativa. Sin embargo, la parálisis general y la demencia senil pueden venir a la memoria en algunos casos de psicosis de Korsakoff, habida cuenta de que en aquellas afecciones no son infrecuentes tales trastornos, y aun adquieren, a veces, marcado relieve. Con respecto a la parálisis general, la dismnesia, las neuritis, la disminución o pérdida de los reflejos, el temblor y hasta las perturbaciones en la emisión de la palabra, ofrecen, en efecto, motivo de confusión; mas el curso pro-

gresivo de dicha enfermedad, los distintos caracteres del delirio en una y otra, la reacción Wassermann positiva, la hiperalbuminosis del líquido céfalo-raquídeo, la existencia de sífilis anterior y la falta de antecedentes alcohólicos en el paralítico general podrán evitar toda duda. En la demencia senil, existen signos de senilidad y faltan los síntomas de polineuritis.

## XXV

## Toxifrenias *(continuación)*.

Toxifrenias exógenas *(conclusión)*: Morfinismo, tebaísmo, cocainismo, saturnismo, eterismo, psicosis pelagrosa.

Una de las toxifrenias de más frecuente observación en la práctica es el morfinismo, conjunto de perturbaciones causadas por el abuso de la morfina, con manifiesta electividad sobre la esfera moral y la volitiva. Pero existen en el morfinismo dos elementos patogénicos que se suman y compenetran para dar su relieve propio al cuadro morboso: uno, que constituye el verdadero punto de partida, la base etiológica, que es la intoxicación misma, y el segundo, que significa la razón de ser, la fisonomía propia del conjunto clínico, la nota fundamental del cuadro, que está representada por la degeneración, o, si se quiere, por la predisposición. La morfina absorbida por vía subcutánea, que es el caso más frecuente, o por vías respiratoria y digestiva, como ocurre en los fumadores de opio, no es sino un factor; es preciso, además, para que la obra patológica se consume, un terreno a propósito, un fondo de predisposición, es decir, una menor resistencia al deseo que inspira el bienestar producido por el tóxico. En otros términos, *para ser morfinista hace*

*falta ser morfinómano,* o lo que es igual, para padecer de morfinismo es condición indispensable no poder resistir a la impulsión de absorber morfina, dicho sea como regla general, puesto que alguna vez puede observarse el morfinismo en individuos al parecer normales.

La demostración de nuestro aserto es bien patente. A diario recetamos dosis, quizá elevadas, de morfina, y pasada la indicación terapéutica, el enfermo no siente, aun en casos en los cuales tal medicamento le ha sido administrado repetidas veces durante muchos días, perturbación alguna significativa de la necesidad de seguir absorbiéndole, ni manifiesta afición más o menos irresistible por el mismo. Pero en otras ocasiones bastan débiles dosis para que el paciente necesite de modo imperioso proporcionarse el placer que experimenta bajo la acción de dicho alcaloide, para que no pueda prescindir de éste y eleve progresivamente aquéllas a medida que la habituación al veneno lo va haciendo necesario para sentir los mismos efectos, y llega así a constituirse el cuadro de la intoxicación. El porqué de la diferencia entre uno y otro caso no está en el tóxico mismo, ni aun en sus efectos; se halla única y exclusivamente en que, en el primer ejemplo, la voluntad y la reflexión, funcionando de modo fisiológico, hubieron de imponerse a todo deseo, evitando el mal por conocimiento de sus peligros, y, en cambio, en el segundo ejemplo, la voluntad y la reflexión, débiles o nulas, no pudieron resistir al placer experimentado una y otra vez, constituyéndose así el impulso irresistible a la absorción del tóxico. Este último enfermo era, pues,

un predispuesto, un morfinómano, o, de otro modo, un degenerado abúlico, con impulsión a la morfina, por no haberse podido sustraer a los efectos de bienestar y de euforia que sintió desde las primeras dosis.

La morfina proporciona el alivio del dolor, y, además, una hiperactividad, un estado de excitación intelectual, con desvarío agradable, según frase de Dubuisson. Al dolor más intenso, sustituye la euforia más completa; a la angustia sucede la calma; el cansancio intelectual, la fatiga o la astenia física se tornan en actividad agradable; la depresión afectiva, la tristeza, la ansiedad transfórmanse bajo la acción del tóxico en alegría y en optimismo; el cuadro de dolor y de cansancio moral y físico cambia como por encanto, y el sujeto se siente lleno de vida, de ilusiones, de placer. No es, por lo tanto, extraño que los abúlicos, los predispuestos, no puedan fácilmente sustraerse a tan deliciosos efectos, una vez que han estado a ellos sometidos, y que lo que se les administra en dosis convenientes, buscando un resultado terapéutico más o menos momentáneo, constituya más tarde una necesidad imperiosa, a la cual no son dueños de resistir, creándose así la morfinomanía, y, como consecuencia, el morfinismo.

Esta toxifrenia, que, como todas las del grupo, se denomina por algunos locura artificial y también voluntaria, habida cuenta de su génesis y de su misma índole, está caracterizada por síntomas físicos y síntomas psíquicos. Entre los primeros figuran principalmente la coloración pálido-terrosa de la piel, el aspecto avejentado de la cara, el temblor,

los hormigueos en las extremidades inferiores, las anestesias, el estreñimiento con tenesmo rectal, la disuria, la impotencia, etc. Estos signos, débiles en un principio, son muy marcados con los progresos de la intoxicación.

Los síntomas psíquicos del morfinismo consisten en debilitación intelectual, exteriorizada por atención y asociación disminuídas y dismnesia retroanterógrada, en delirio fugaz, alucinaciones visuales, desorientación, euforia, indiferencia afectiva, crisis angustiosas de abstinencia, durante las cuales existe depresión, ansiedad, insomnio, sudores, vómitos, convulsiones, epileptiformes a veces, y tendencia al colapso. En la esfera volicional se observa abulia, alternando con impulsos auto o heteroagresivos. Claro es que este cuadro sintomatológico alcanza tanto mayor relieve cuanto más intensa y antigua es la intoxicación.

Prácticamente puede dividirse esta toxifrenia en tres períodos. El primero es muy parecido a la embriaguez, caracterizándose, por lo tanto, por una sobreactividad general, durante cuya fase las ideas se despiertan y enlazan con gran facilidad; el tono afectivo es eufórico, los juicios son optimistas, la personalidad se exalta, y el funcionalismo somático, en fin, guardando relación estrecha con este aumento de energía, parece también acelerarse. El segundo período se distingue por la lucha angustiosa que el enfermo tiene consigo mismo; la reflexión trata de imponerse, porque subsiste la conciencia de los efectos perniciosos del tóxico; pero al fin puede más el impulso hacia éste, impulso tanto más tenaz e irresistible cuanto más débil es la voluntad.

Como esta función es en estos sujetos deficiente, como la voluntad acción, podríamos decir, predomina sobre la voluntad freno, y este modo de actividad volitiva superior se debilita cada vez más por efecto del tóxico, acaba la misma por ceder, y el enfermo se administra nuevas dosis. Si la lucha es larga y la impulsión no se satisface, sobrevienen las denominadas *crisis de abstinencia*, de carácter muy intenso y grave en muchas ocasiones, como lo demuestra el cuadro clínico, constituído por sudores fríos, vómitos, diarrea y colapso cardíaco, a veces. Durante esta fase, sobre todo, es cuando sobrevienen alucinaciones, delirio, a veces de persecución, ansiedad e irritabilidad muy pronunciadas, y tendencia a los impulsos agresivos, pudiendo el morfinómano cometer actos punibles, de mayor o menor importancia bajo el aspecto médico-legal.

El tercer período del morfinismo se caracteriza por la disminución progresiva de toda actividad psíquica, hasta constituirse un verdadero estado demencial, y en la esfera orgánica, por palidez, demacración, edemas, tendencia a la asistolia, astenia muscular, trastornos sensitivos, entre los cuales predominan las hiperestesias, temblor de oscilaciones lentas, aminoramiento o pérdida de los reflejos tendinosos, y, en fin, perturbaciones ópticas, singularmente disminución de la agudeza visual, miosis y atrofia papilar. Semejante cuadro clínico representa, en suma, la fase crónica, cuyo final es la caquexia, sobreviniendo la muerte en este estado, cuando no ha sido antes causada por dosis exageradas de morfina.

La anamnesia será necesaria, como se comprende, para establecer el diagnóstico; mas en muchos casos no es posible contar con dato de tanto valor, pues el enfermo oculta la causa de su padecimiento, y entonces habremos de recurrir a determinados caracteres clínicos que son muy significativos; por ejemplo: la miosis, la disminución o falta de la secreción salivar, la palidez de la cara, el adelgazamiento general, el pulso pequeño o irregular, etcétera. Por lo demás, las fases de abstinencia, caracterizadas, como antes hemos dicho, por crisis de ansiedad, podrían en algún caso prestarse a confusión con un acceso de manía, si no se tuviese en cuenta que en este síndrome no existen los síntomas orgánicos del morfinismo ni otros psíquicos, verbigracia, las alucinaciones. El parecido que, por otra parte, existe entre el alcoholismo crónico y el morfinismo, intoxicaciones, al fin, ambas, y ambas exógenas, cuando no puedan obtenerse datos anamnésicos, no nos deben inducir a error, si nos fijamos en que el alcohólico es irritable e impulsivo más intensa y constantemente que el morfinómano, el cual es, en cambio, deprimido, apático e inerte desde el punto de vista reaccional.

Algunos autores consideran iguales, desde el punto de vista sintomático, la intoxicación por la morfina y la que se observa en los fumadores de opio; mas no dejan de existir entre ambas ostensibles diferencias, por cuya razón nos detendremos unos momentos en el estudio de la segunda de dichas toxifrenias, denominada *tebaísmo*. El opio, en ingestión o fumado, ocasiona la intoxicación tebaica, y en ella también, como tratándose de la morfina, el

placer que bajo la acción del tóxico siente el individuo cuando su voluntad es débil, es decir, cuando se trata de un predispuesto, ocasiona, por *opiomanía,* esto es, por no poderse resistir la tendencia a la impulsión, para hablar con más propiedad, a nuevas dosis de veneno, la intoxicación tebaica, el tebaísmo.

Conviene distinguir entre la acción del opio fumado y la que produce el opio cuando se ingiere; la primera acción es menos intensa que la segunda, puesto que sólo se absorbe una pequeña parte de los productos de la combustión del opio cuando éste se fuma, y en dicha parte absorbida existen morfina a dosis imponderables y bases pirídicas que proceden de la transformación de los numerosos alcaloides del opio.

Los fumadores de opio son escasos en Europa. En cambio, abundan mucho en el Extremo Oriente, estando especialmente muy arraigado tan pernicioso hábito entre los chinos. Los primeros efectos que experimenta el fumador de opio constituyen una verdadera embriaguez: la memoria se hace más activa, las ideas se evocan y asocian con gran facilidad, el contenido de las imágenes es agradable; escenas de esta índole aparecen y se suceden sin interrupción en el campo de la conciencia, y el sujeto siente indecible placer, manifestándose alegre y optimista. Tras de esta fase, y si la dosis ha sido suficiente, sobreviene un sueño más o menos profundo, al despertar del cual existe pesadez, atonía generalizada, somnolencia, cefalalgia y malestar, cuyos trastornos persisten, a veces, hasta una nueva administración del tóxico.

Los progresos de la intoxicación van marcando su huella en el organismo: la cara es lívida y demacrada, la piel se arruga, hay anorexia, digestiones lentas, astricción de vientre, catarro bronquial, palpitaciones, disminución de orina y de saliva, vértigos, hiperestesias sensitivas y sensoriales, síncopes, astenia muscular, etc. Aunque no tan intensas como en la morfina, la privación del opio o la supresión brusca del mismo ocasionan *crisis de ansiedad*, durante las cuales las palpitaciones y la opresión precordial, los sudores fríos, la angustia, en fin, prestan al cuadro clínico sus notas más salientes.

De todo este conjunto de síntomas característicos del tebaísmo alcanzan pronunciado relieve los trastornos de la voluntad, más intensos y más precoces que los intelectuales propiamente dichos. Si el morfinómano es un abúlico, más abúlico aún es el tebainómano, pues el opio disminuye la actividad volitiva mucho más que la morfina, anula toda energía y ocasiona esa pereza tan intensa y permanente que ha motivado la denominación que se da al opio de veneno de la voluntad; hallándose, por otra parte, en tal circunstancia, la razón del porqué es más incurable la toxifrenia tebaínica que la intoxicación determinada por la morfina.

Otra de las toxifrenias exógenas es el *saturnismo*. La psicosis saturnina se presenta unas veces bajo la forma hiperfrénica, otras adopta el síndrome depresivo; pero siempre predominan los fenómenos de excitación o los de depresión, constituyendo el fondo del cuadro clínico síntomas confusionales, como en toda toxifrenia. La psicosis saturnina de for-

ma maníaca se manifiesta por delirio alucinatorio y agitación psicomotriz. La psicosis saturnina de forma melancólica, por el delirio hipocondríaco, ansiedad e impulsos agresivos. Sea cual fuere el síndrome que esta toxifrenia adopte, el diagnóstico fundamental o nosológico se establecerá por los antecedentes, y, además, por la presencia de los síntomas propios de la intoxicación plúmbica, que, como sabemos, consisten principalmente en el ribete gingival gris azulado de Burton, los cólicos, el vientre deprimido, los vómitos, la constipación, el temblor de las manos, y la parálisis de los extensores del antebrazo, que respeta al músculo supinador largo.

De mayor importancia, por su gravedad, que las toxifrenias alcohólica, morfínica y plúmbica es la intoxicación provocada por la cocaína, puesto que produce más rápida e intensamente la extenuación psicosomática. Se caracteriza el *cocainismo* por la astenia intelectual progresiva, la hiperestesia sensorial, las alucinaciones ópticas y acústicas asociadas a las tactiles, el delirio depresivo, a veces de tema persecutorio y determinando reacciones de defensa, la euforia o la cacoforia, esto es, la alegría o la tristeza morbosas, la indiferencia emocional, y, en fin, en la esfera de la voluntad, por la abulia más o menos acusada o por la agitación psicomotriz.

De todos estos síntomas constituyen la nota característica del cuadro clínico las alucinaciones tactiles, asociadas a las acústicas y visuales. El cocainómano ve, v. gr., insectos, animales inmundos que le acometen, y al propio tiempo, los siente correr por su piel. El delirio es de índole penosa, y,

como queda dicho, alucinatorio. Por último, las funciones orgánicas languidecen pronta e intensamente.

Del mismo modo que el abuso, o aun el uso, de las bebidas alcohólicas en los sujetos predispuestos, determinando la impulsión irresistible, acaba, a beneficio de la acción constante e intensiva del tóxico, por ocasionar huellas profundas en la mentalidad; de igual manera que el abuso de la morfina o de la cocaína, el cloral, etc., crean la intoxicación con todos los trastornos que hemos descrito, así también el éter, sea por inhalación, o ingerido, produce síntomas orgánicos y psíquicos constitutivos del *eterismo*. La excitación intelectual, la sensación de bienestar y la desaparición del dolor son incentivos más que suficientes para que en el sujeto predispuesto la absorción del éter determine la eteromanía, y en último término, y por idéntico mecanismo que en la morfina, el eterismo.

Los síntomas del eterismo son muy parecidos, sobre todo en un principio, a los de la embriaguez: sobreviene sensación de fuerza y de bienestar, las ideas se despiertan y enlazan más fácilmente, siendo de contenido optimista, eufórico, alegre, expansivo; la lógica es, como afirma Guy de Maupassant, nueva, extraña e irrefutable, existiendo una agudeza prodigiosa de razonamiento. Aparecen, además, zumbidos de oídos, perturbaciones visuales, analgesia, tendencia al vértigo, estimulación respiratoria, con sensación grata de fresco, bajo la influencia de la inhalación, y en muchos casos, excitación genital. El sueño es el final de esta escena morbosa.

Los síntomas del eterismo crónico pueden adop-

tar la forma de excitación frénica, con fuga de ideas, locuacidad exagerada, alucinaciones a veces y agitación psicomotriz. En los intervalos de las fases que pueden denominarse de embriaguez etérea, y tratándose de la intoxicación crónica, se dibujan en el enfermo ciertos rasgos patológicos que tienen importancia desde el punto de vista diagnóstico, por ejemplo, trastornos gástricos, inquietud muscular, con sensación de temblor y de encrespamiento de los miembros, angustia, convulsiones, epileptiformes quizá, vértigos, insomnio pertinaz, y, por último, trastornos del carácter o del humor.

Con algunas palabras referentes a la *locura pelagrosa* terminaremos tan breve enumeración de las principales formas por las cuales se manifiestan en clínica las toxifrenias exógenas, no deteniéndonos a describir otras, como el *oxicarbonismo*, *cloralismo, cafeísmo*, *teísmo*, *nicotismo* y *haschischismo,* porque son de observación muy poco frecuente, debiendo tan sólo hacerse notar, por lo que al oxicarbonismo se refiere, que reviste la forma de confusión mental, con amnesia de fijación, de reproducción o mixta, y en lo que respecta al nicotinismo, que suele determinar la pérdida de la memoria actual o de fijación.

La *pelagra,* intoxicación de origen aún discutido, parece, sin embargo, depender de ciertos alcaloides contenidos en el maíz averiado, cuya gramínea, en tales condiciones, contendría, según trabajos muy recientes de Tizzoni, el *estreptobacilo pelagroso,* hallado por dicho autor en el líquido céfalorraquídeo, y en la sangre, en casos de psicosis pelagrosa, y en las deyecciones de los enfermos, en

casos ordinarios y benignos de la intoxicación. En opinión, sin embargo, de Bouchard, Hillairet y otros, el maíz alterado no es la causa de esta afección, no influyendo sino en sentido de proporcionar una alimentación insuficiente o defectuosa. Enfermedad de miseria, como la denomina Montot, la pelagra está esencialmente caracterizada por un eritema que aparece en las partes del cuerpo expuestas a la luz y al calor, es decir, en la cara y dorso de las manos y dedos, respetando, sin embargo, la piel de las dos últimas falanges de éstos. A los diez o veinte días de la aparición de este eritema, sobrevienen la descamación y pigmentación cutáneas. Existen, además, perturbaciones digestivas, singularmente diarrea, y trastornos nerviosos, constituyendo un conjunto clínico bastante característico. La enfermedad tiene una duración muy variable, aunque generalmente larga, de muchos años en no pocas ocasiones, y termina por caquexia orgánica y decaimiento mental, hasta la demencia.

Desde el punto de vista psíquico, la pelagra da lugar a un conjunto de síntomas constitutivos de la *psicosis* o *locura pelagrosa*. Dichos síntomas traducen, como hemos visto que ocurre en las restantes toxifrenias, pero en ésta muy acentuadamente, la confusión mental. Los enfermos se muestran indiferentes, inertes, torpes, ajenos a toda solicitación exterior, y por lo general, sufren alucinaciones terroríficas e ideas de fondo melancólico, que determinan a menudo impulsos suicidas, observándose, sobre todo, el suicidio por inmersión con tanta frecuencia, que Strambio denomina *hidromanía* a dicha impulsión autoagresiva del pelagroso. Otras

veces sobrevienen síntomas de excitación maníaca o de delirio paranoico, con impulsiones agresivas violentísimas en este último caso, y son muy frecuentes, por último, las alucinaciones cenestésicas o las de la sensibilidad general, las cuales tienen como estímulos los trastornos del aparato digestivo y el eritema.

## XXVI

## Toxifrenias *(conclusión).*

Toxifrenias endógenas.—Confusión mental y delirio agudo.—Psicosis tireógenas: mixedema, cretinismo, mongolismo y bocio exoftálmico.—Delirios febriles y tóxicos.—Psicosis rábica, tripanosomiásica, sifilítica, tuberculosa, gripal, hepática y urémica.

Aunque la confusión mental representa, como hemos visto, el síndrome básico, el fondo semiológico de todas las formas toxifrénicas estudiadas con la denominación de exógenas, dicho síndrome merece un lugar aparte, una descripción independiente, habida cuenta de que en muchas ocasiones no se halla ligado a ninguna de las enfermedades exotóxicas descritas y que tienen su repercusión sobre el psiquismo constituyendo otras tantas formas de las mencionadas toxifrenias exógenas, sino que se manifiesta con fisonomía y evolución propias, representando, en suma, una afección autónoma. Ocurre con la amencia o confusión mental lo que con la manía, según hemos podido ver; que buen número de veces no es sino una manifestación más o menos accesoria o episódica de distintas formas psiconosológicas, y en otras ocasiones constituye también un síndrome, pero más fundamental, más nosológico; es, por decirlo así, toda la enfermedad, como, por ejemplo, en la manía periódica

maníaco-depresiva. No de otro modo podría justificarse la denominación de confusión mental primitiva que Chaslin asigna a dicha forma de amencia, enfermedad que se conoce, por lo mismo, con el nombre de dicho autor.

La *confusión mental* es una de las afecciones de sinonimia más numerosa, pues, en efecto, ha sido denominada *demencia aguda* por Esquirol, *disnoia* por Korsakoff, *amencia* por Meynert, *manía alucinatoria* por Mendel, *paranoia disociativa* por Ziehn, *estupidez* por Georget; en fin, *delirio sensorial* y *psicosis de agotamiento* por otros autores. En su etiología figuran, en primer término, las infecciones e intoxicaciones; en segunda línea, los estados de ánimos deprimentes, los trastornos de nutrición, todas las causas de extenuación orgánica, como hemorragias, etc.; de ahí dicho nombre de psicosis de agotamiento dado a la confusión mental primitiva.

La nota psicológica característica de esta enfermedad es la desorientación en todas sus modalidades, de persona, lugar y tiempo; o lo que es lo mismo, el confuso desconoce su nombre y circunstancias personales, las personas que le rodean, el lugar donde se halla, el tiempo que transcurre, y exterioriza a la vez un estado de atontamiento, de estupor, de inercia, lo mismo en lo que respecta a las funciones intelectuales propiamente dichas, que en cuanto atañe a la afectividad y a la esfera volicional. Como hace notar Chaslin, la base de las alteraciones psíquicas está constituída en estos pacientes por la desagregación mental con exaltación del automatismo. El enfermo, tras un corto período

inicial, por lo común de grande agitación, malestar, cefalalgia, insomnio e irritabilidad del carácter, entra en una fase de pasividad, de inhibición de su funcionalismo psíquico, durante la cual aparece mudo, inerte, de expresión indiferente, ajeno a toda impresión exterior, y cuando se logra que reaccione un tanto al estímulo representado por nuestras preguntas, o sale espontáneamente de su mutismo, exterioriza en sus palabras y en la expresión de su fisonomía, la desorientación y la amnesia que padece, preguntando dónde se halla, quién es él, quiénes los que le rodean, qué le ha ocurrido, etc. Se observan, además: trastornos de la percepción, que lógicamente serán tanto más intensos cuanto más deficientes sean la atención y las asociaciones; ideas delirantes polimorfas, cuyo origen está en la vaguedad e insuficiencia de las impresiones exteriores, determinando en el enfermo la creencia de que todo ha cambiado a su alrededor, y en mayor grado no despertando en él dichas impresiones reacción alguna; ilusiones y alucinaciones, debilidad de la memoria, abulia, etc.

Al propio tiempo se presentan trastornos somáticos, a veces de mucha importancia pronóstica, y que en general se caracterizan por demacración, palidez, astenia más o menos profunda, saburra lingual con fetidez de aliento, anorexia, diarrea, temblor, espasmos, hipotonía muscular, escaras, y gangrenas a veces, glicosuria, albuminuria, etcétera, etc.

Deben admitirse dos formas principales de confusión mental: la simple o asténica y la delirante o alucinatoria. La primera, cuyos rasgos generales

son los descritos, según la intensidad de sus manifestaciones morborsas, ofrece distintas gradaciones, constitutivas de otras tantas variedades, pudiendo citarse la simple torpeza cerebral, la estupidez y la demencia completa o demencia aguda, que es la forma más grave. La confusión mental alucinatoria presenta también diversos tipos clínicos, v. gr., la confusión agitada, la melancólica, la mixta y la delirante sistematizada, si bien todas estas subformas tengan siempre un lazo común, representado por las alucinaciones, de donde el nombre de delirio sensorial con que algunos autores designan a la amencia o confusión alucinatoria. Describamos brevemente ambas formas clínicas de amencia.

En la *confusión mental simple o asténica*, frecuente en la convalecencia de las infecciones, el enfermo es incapaz de dirigir sus pensamientos ni de ordenar sus recuerdos, pero tiene relativa conciencia de su estado, y aun puede quizá contestar a ciertas preguntas y ejecutar determinados actos por conservación del automatismo. En esta forma, el trastorno principal está en la esfera perceptiva y se manifiesta por la duda y la admiración del confuso acerca de cuanto le rodea y por la desorientación en todas sus modalidades. La llamada por Ball *torpeza intelectual* y la *estupidez* son, respectivamente, los grados menor y mayor de la confusión mental asténica. Como caracteres principales de la primera variedad, deben citarse la confusión, desorientación, amnesia anterógrada y pereza reaccional; y de la *estupidez,* la acentuación de los mismos síntomas, es decir, la completa ausencia de toda actividad mental. En una y otra variedad se

observa el *automatismo onírico*, o escenas de sueño que se imponen al sujeto (Regis), tanto más acentuado el trastorno cuanto menor es la funcionalidad mental consciente a la cual el onirismo sustituye. La actitud del confuso estúpido es la de la mayor inercia e indiferencia morbosa: no contesta a las preguntas que se le dirigen, o sólo, después de un verdadero esfuerzo, se limita a repetir la última palabra o sílaba oída; su mirada es inmóvil, sus reacciones, nulas, semejándose en tales caracteres al meláncolico estuporoso, si bien a veces un movimiento impulsivo interrumpa, aunque sólo momentáneamente, su acentuada pasividad.

En la *confusión mental delirante o alucinatoria* predominan las alucinaciones auditivas y visuales de carácter terrorífico y *kaleidoscópias*, esto es, variables y fugaces (Anglade). El delirio aparece por paroxismos, presenta el carácter onírico propio del de las infecciones e intoxicaciones, y en los casos en que muestra tendencias a sistematizarse, la sistematización es fugaz y las ideas delirantes ofrecen los rasgos propios del fondo de insuficiencia mental que las informa, así como la falta de todo razonamiento lógico, justificando estos caracteres la referida denominación de *delirio onírico* o de ensueño, el cual es patognomónico del síndrome confusión. A veces existe fiebre y desnutrición muy marcada.

Algunos autores estudian el *delirio agudo* como la forma sobreaguda de la confusión mental. La excitación y el delirio son en él violentísimos; las alucinaciones, numerosas; la desorientación, completa; la agitación motriz, muy viva, y, en fin, la intensi-

dad de los fenómenos generales (fiebre alta, sudores profusos, trastornos circulatorios, nerviosos, etcétera) es también muy notoria, haciendo verdaderamente grave la situación del enfermo. Para Ballet, esta forma de confusión mental es una afección cerebral autónoma consecutiva a una infección única. Para Regis, el delirio agudo o *confusión mental meningítica* es una forma sindrómica que puede presentarse en todas las psicopatías infecciosas y tóxicas. Esta forma sobreaguda de amencia debe ser considerada como la expresión clínica de una intoxicación cerebral, que es el patrimonio de sujetos muy predispuestos, y de pronóstico tan grave, que termina en pocos días con la vida del enfermo.

La anatomía patológica de la confusión mental o amencia se caracteriza por lesiones que traducen, en último término, los trastornos nutritivos producidos en la célula por el elemento etiológico, infección o intoxicación. Las grandes células piramidales de la corteza de los hemisferios se edematizan y deforman, sufren el trastorno denominado *citaredema*, el núcleo se hace periférico, los granos cromatófilos desaparecen, y, por último, aumentan de modo ostensible los núcleos neuróglicos y disminuyen las prolongaciones celulares. Algunos autores han comprobado, amén del edema cerebral, lesiones encefalomeningíticas, sobre todo en los lóbulos frontales.

Como elementos de más importancia para el dignóstico de la confusión mental, debemos, pues, tener presentes entre los síntomas constitutivos del cuadro clínico la deficiencia de atención o disprosexia, la percepción confusa, las ilusiones y alu-

cinaciones, la debilidad y desorden asociativos, el delirio onírico, la amnesia y desorientación, la indiferencia emotiva y, en fin, la abulia.

La debilidad de atención o disprosexia constituye en esta enfermedad el primer eslabón de la cadena de perturbaciones intelectuales, en sentido de hipofuncionalismo. A consecuencia de hallarse debilitada la atención, la percepción es poco clara y las impresiones exteriores no despiertan la reacción emotiva y volicional adecuadas, traduciéndose en la fisonomía del enfermo, que expresa admiración, duda, falta de comprensión, y en las continuas preguntas que dirige acerca de sí mismo y del medio que le rodea.

Las ilusiones y alucinaciones son plurisensoriales, aunque se presentan más frecuentemente en las esferas óptica y acústica. De la disminución y desorden asociativos depende la confusión de las ideas, la desorientación y la torpeza intelectual, así como las ilusiones y la amnesia. El delirio es *onírico,* cual en toda psicosis tóxica o infecciosa, constituyendo su carácter patognomónico, en opinión de Regis, y hallándose caracterizado, como dice este autor, por reviviscencias alucinatorias de imágenes y recuerdos, asociaciones fortuitas de ideas, escenas familiares o profesionales, visiones penosas, etc. En no pocos casos, el delirio no guarda relación con el tono emocional, traduciéndose tal hecho por la elocución prolija, incoherente y con asociaciones por asonancia u otras automáticas, y dando lugar a reacciones bruscas, desordenadas también, de huída, defensa, etc., según el contenido de las ideas patológicas. Además, y sobre todo,

este síntoma, delirio onírico, se caracteriza por ser fugaz y confuso, distinguiéndose así del delirio paranoico, que es persistente, meditado y lúcido.

La amnesia y la desorientación van psicológicamente unidas, puesto que la falta de memoria de los hechos actuales o recientes implica la de orientación. No sólo existe amnesia anterógrada, sino que se pierden también los recuerdos más antiguos. De la amnesia y la desorientación completas es consecuencia la confusión que da nombre a la enfermedad, resultando todas las manifestaciones de actividad psíquica, ideas, recuerdos, etc., desordenadas, ilógicas e incoherentes.

Tal disociación ideativa es también causa de la indiferencia emocional. La fisonomía del confuso no expresa nada, ni dinámica ni estáticamente, existiendo, por lo tanto, asemia y amimia. De aquí el nombre de estupidez con que se designa a la confusión mental. Por último, la abulia es más o menos completa, existe siempre, pero debe interpretarse el término en su concepto más amplio, pues aunque predominan la inercia o pasividad reaccionales, sobrevienen a veces descargas motrices más o menos bruscas, y generalmente breves.

Habida cuenta de tales elementos sintomáticos, el diagnóstico diferencial podrá establecerse fácilmente con las enfermedades de cuadro clínico parecido al de la amencia o en las que este síndrome constituye un simple episodio psicopático. Dichas afecciones son, principalmente, la melancolía estuporosa, la parálisis general, el alcoholismo, la neurastenia, la degeneración mental, la epilepsia, la manía y la demencia precoz. El melancólico es-

tuporoso es, como puede serlo el confuso, un mudo y un inerte reaccional; pero en el melancólico, la fisonomía expresa sufrimiento, tristeza, ansiedad, dolor moral, en fin, y, en cambio, en el confuso, la expresión y la actitud son de indiferencia, de apatía; el primero es un inerte que sufre; el confuso, un inerte sin expresión, amímico, indiferente. En la parálisis general, los síntomas físicos de esta afección evitarán toda duda. El alcóholico presenta alucinaciones ópticas características y síntomas físicos que revelan la intoxicación. El neurasténico tiene conciencia de su propio padecimiento. El degenerado con episodio confusional ofrece estigmas físicopsíquicos significativos del origen disgenésico. En la epilepsia, además del fondo constituído por los rasgos del carácter o epileptoidismo, que ya hemos indicado en el capítulo respectivo, y de los antecedentes, la fuga de ideas y la agitación ofrecen distintos caracteres, hallándose la última ligada a emociones y representaciones angustiosas, al contrario que en la amencia, en que, como opina Kraepelin, es puramente instintiva. En la manía se conservan la lucidez y la orientación, y no existe, como en la confusión mental, incoherencia, sino incoordinación de ideas; es decir, el maníaco tiene hiperasociación, es un incoordinado de ideas; el confuso, hipoasociación, es un incoherente. Además, las impresiones exteriores no influyen ni modifican la agitación del amente, que, es, por tanto, una agitación sin objeto, no motivada, al contrario que en la manía. Por último, el demente precoz ofrece en muchas ocasiones el síndrome amencial; pero son sobradamente característicos los trastor-

nos afectivos y reaccionales de dicha demencia, que pronto describiremos, para que puedan prestarse a confusión.

Digamos, para terminar lo que a la confusión mental se refiere, que, como síndrome, se observa, no sólo en las psicosis indicadas, sino en otras muchas, y que, en general, es una de las afecciones de curso más breve y de pronóstico más favorable.

Las *psicosis tireógenas* constituyen un grupo muy importante de toxifrenias, en el cual deben incluirse el mixedema, cretinismo, mongolismo y la enfermedad de Basedow. El mixedema, cretinismo y mongolismo tienen un carácter común, que es el hipotiroidismo: la enfermedad de Basedow, por el contrario, se halla ligada a la exageración funcional de la glándula tiroides; es decir, al hipertiroidismo.

*Mixedema* quiere decir infiltración mucosa de los tegumentos, falso edema, caracterizándose por piel seca fría, infiltrada, resistente y elástica. Presenta tres variedades: la *mixidiocia* o *mixedema infantil,* que aparece después de la primera dentición, o, según algunos autores, desde el nacimiento; la *caquexia paquidérmica* o *mixedema espontáneo del adulto*, y la *caquexia estrumípriva* o *mixedema postoperatorio*. La variedad infantil se observa en descendientes de alcohólicos, tuberculosos y sifilíticos, siendo su causa, en general, las infecciones, por alteración del funcionalismo de la glándula tiroides consecutiva a las mismas.

Lo más frecuente en el mixedema es la falta de dicha glándula, pero en algunos casos, la glándula existe y aun puede apreciarse el bocio; mas de todos modos, se comprueba entonces la perturbación fun-

cional en sentido de deficiencia. El mixedematoso presenta palidez y abotagamiento del semblante (cara de luna llena), frente estrecha, nariz achatada, labios y párpados gruesos, cuello corto, columna vertebral y miembros incurvados, piel seca, infiltrada, elástica y resistente, es decir, falso edema. Además, las mucosas están también secas, los cabellos, dientes y uñas caen con facilidad, el enfermo acusa sensación de frío, y, en fin, el falso edema predomina en las manos. En la esfera mental se aprecia insuficiencia de grado variable, hallándose singularmente disminuídas la percepción, la memoria, la ideación y el juicio. Por último, cuando una terapéutica bien dirigida no lo impide, sobreviene la caquexia.

El *cretinismo,* ora congénito o haciendo su aparición en los primeros años de la vida, es endémico en ciertas regiones situadas en valles húmedos, con poca aeración, escasos de sol y regados por aguas de nieve, que no contienen bromo ni iodo y están cargadas de sulfato de magnesia y de cal. Dichas regiones son, entre otras, la alta Saboya, y en España, los Pirineos.

El cretino es de escasa estatura y deficiente desarrollo físico y psíquico. Su piel se halla infiltrada, terrosa; los ojos, separados; los párpados, gruesos; la nariz nasal, hundida; los labios, voluminosos; la boca, de gran abertura; el cráneo, grande y aplastado de delante atrás; el cuello, corto y frecuentemente con bocio; el tórax, estrecho; la columna vertebral, desviada; los órganos sexuales, rudimentarios, etc., etc.

Existen diferentes variedades de cretinismo, se-

gún la mayor o menor intensidad de las perturbaciones psíquicas y somáticas. En los *verdaderos cretinos* no hay sino vida vegetativa; dichos individuos carecen de inteligencia, de palabra, y a veces de movimientos. Los *semicretinos* suelen parecerse a los idiotas: su inteligencia es rudimentaria, sólo pueden adquirir nociones muy elementales; el caudal ideativo de estos sujetos es reducido en extremo, apenas poseen lenguaje. Por último, los *cretinosos* se asemejan a los imbéciles; tienen, como ellos, lenguaje y son un tanto perfectibles en buena parte de los casos.

El *mongolismo,* llamado también idiotez mongólica de Langdon Down, es una afección congénita que se caracteriza también por signos físicos y psíquicos. Entre los signos físicos más importantes deben citarse el cráneo braquicéfalo, la cara chinesca, esto es, redondeada, con ojos oblicuos, o, por mejor decir, con oblicuidad de la abertura palpebral y epicantus; diversas alteraciones oculares. lengua fisurada, mano corta y gruesa, con el dedo meñique doblado hacia el anular, glándula tiroides normal o pequeña, pero apreciable por palpación, debilidad general y deficiencia de desarrollo psíquico. Tales caracteres, abertura palpebral oblicua, pequeña y no turgente, epicantus, los rasgos morfológicos de la mano y la existencia de la glándula tiroides, sumados a la falta de mixedema, diferencian el mongolismo del cretinismo, puesto que se hallan en la primera y no en la segunda de dichas afecciones.

Las psicosis tiroideas, con las psicosis observadas en las alteraciones de las restantes glándulas

de secreción interna, constituyen ya un importante grupo clínico, cuya denominación apropiada es la de *psicosis endocrinianas*, y en el cual deben estudiarse, además, los síndromes tiroideos de forma neurasténica, el disistiroidismo, las insuficiencias testicular, ovárica y suprarrenal, los síndromes pluriglandulares y la enfermedad de Fröhelich o hipofuncionalismo hipofisario.

El *síndrome neurasteniforme* se presenta en numerosas ocasiones sobre un fondo de hipo o hipertiroidismo, que es indispensable conocer para instituir el tratamiento conveniente. El *hipotiroidismo* se caracteriza por sensación de cansancio, frialdad general, muy acentuada en el extremo de los miembros, edemas fugaces, más frecuentes en los párpados, afonía, estreñimiento, tendencia a la obesidad, trastornos del sistema piloso, trastornos menstruales, y, en fin, disminución de la actividad genital, que puede llegar a la impotencia completa. El *hipertiroidismo* se manifiesta por los síntomas ya descritos de la enfermedad de Basedow, singularmente la taquicardia y el temblor, comprobándose, además, hipoleucocitosis y mononucleosis, y psíquicamente, tristeza, ansiedad, delirio alucinatorio y confusión mental. En el disistiroidismo o inestabilidad tiroidea, se encuentran síntomas de hipo e hipertiroidismo formando cuadros difíciles, a veces, de definir.

La *insuficiencia testicular* o *eunucoidismo* esencialmente caracterizada por el escaso desarrollo de los órganos genitales externos y la falta de los caracteres sexuales secundarios y de apetito sexual, coexiste generalmente con un insuficiente desarrollo

del funcionalismo psíquico, y por los trastornos psíquicos que acompañan a tales manifestaciones puede ser, en cierto modo, confundido el conjunto con el cuadro clínico de la neurastenia.

La *insuficiencia ovárica* tiene su principal sintomatología en el aumento del reflejo óculo-cardíaco, las hiperestesias, los brotes o fases bruscas y transitorias de hiperemia facial y cefálica, las hemorragias suplementarias, y, en fin, la taquicardia, las palpitaciones y la hipertensión vascular. Los síntomas psíquicos suelen traducir cuadros más o menos característicos de ciertas formas de neurastenia o de histerismo, siendo su fondo comúnmente confusional.

La *insuficiencia suprarrenal* se manifiesta por el síndrome addisoniano: perturbaciones digestivas, astenia y melanodermia acentuadas, miseria fisiológica, etc. La astenia, la tristeza y la abulia hacen confundible en ocasiones este síndrome con la neurastenia, si un análisis clínico detenido no descubre su verdadera significación patogénica. El delirio de carácter onírico, la confusión mental y la encefalopatía, el coma, y, en fin, las crisis solares, manifestadas por dolor violento del plexo solar, vómitos, diarrea y latidos de la aorta abdominal, trastornos coexistentes con el síndrome addisionano antes citado, servirán para establecer el diagnóstico.

Los *síndromes pluriglandulares*, divididos por Claude en síndromes de hiperfuncionamiento, de hipofuncionamiento, de desequilibrio y frustrados, afectan, por regla general, un polimorfismo que hace difícil su inclusión en cuadro psicopatológico determinado, predominando, sin embargo, los síntomas neurasteniformes y confusionales.

La *enfermedad de Fröhelich* se caracteriza principalmente por adiposis localizada al tórax, abdomen y sínfisis pubiana, falta de desarrollo de los órganos genitales, somnolencia, apatía y síndromes de depresión mental, y con menos frecuencia de forma psicasténica, cuyo conjunto de perturbaciones, difíciles de diagnosticar a veces, depende, como queda indicado, del deficiente funcionalismo de la glándula pituitaria o hipófisis.

Sólo a título de recuerdo, puesto que nos hemos ocupado de ellos al hablar del delirio en patología general de la mente, mencionaremos los *delirios febriles y tóxicos*. Dichos delirios se observan con frecuencia en el curso de las fiebres eruptivas, así como del reumatismo, pneumonía, tifus, erisipela, malaria, influenza, cólera, difteria y tuberculosis, apareciendo en los enfermos afectos de dichas dolencias, siempre que, según ya dijimos, exista en ellos el factor predisposición, es decir, una mayor vulnerabilidad del sistema nervioso, del psiquismo, concretando más el concepto, a la acción de dichas causas. En opinión de Fuhrmann, la diferencia entre delirios febriles y tóxicos estribaría en que en los primeros las perturbaciones mentales se encuentran ligadas a la elevación térmica, evolucionando durante ella, y, en cambio, en los tóxicos serían debidos al acúmulo de toxinas en la convalecencia, pudiendo coexistir con temperaturas subnormales, como ocurre en las psicosis llamadas, por lo mismo, postinfectivas, o aparecer el delirio, en otros casos en que es intensa la virulencia bacteriana, como síntoma inicial.

La sindromiología de los delirios tóxicos y fe-

briles puede reducirse a trastornos de conciencia y psicosensoriales, es decir, ilusiones y alucinaciones, y, además, a fenómenos de agitación motriz. La atención es móvil, la percepción, confusa; existen, como queda indicado, ilusiones y alucinaciones, y al propio tiempo incoherencia y desorden ideativos; además, delirio polimorfo, generalmente persecutorio, ansiedad o angustia, y agitación psicomotriz. Claro es que tales perturbaciones del psiquismo se suman a las propias de la infección o intoxicación fundamental, y que dentro del indicado cuadro psicomorboso, se observan distintas variedades, derivadas del predominio de unos u otros síntomas; por ejemplo: la variedad maníaca, cuando son muy ostensibles la hiperfrenia y la hiperpraxia; la variedad delirante alucinatoria, en los casos en que los trastornos psicosensoriales son muy intensos; y la variedad confusional, cuando la desorientación, la incoherencia y los demás síntomas amenciales son los que caracterizan el cuadro morboso.

Para terminar el estudio de las toxifrenias endógenas, diremos algunas palabras de las psicosis rábica, tripanosomiásica, sifilítica, tuberculosa, gripal, hepática y urémica.

La *psicosis rábica* tiene fisonomía clínica especial, no tanto por sus manifestaciones en sí cuanto por el predominio de las mismas desde el comienzo de la infección fundamental. Tales trastornos psíquicos afectan la forma melancólica ansiosa, que tiene por base las preocupaciones del enfermo acerca de su dolencia, las cuales llegan a constituir verdaderas ideas delirantes, de índole cenestésica, por lo tanto. Además, y coexistiendo con el

delirio, aparecen alucinaciones paroxísticamente agudizables, sobre todo en la esfera visual, y síntomas de confusión, que en el curso de la hidrofobia van acentuándose de modo progresivo, hasta llegar a la completa inercia de toda actividad psíquica. Por último, las alucinaciones visuales de carácter terrorífico dan lugar a fugas, a accesos impulsivos, y en muchos casos a fases de agitación que pueden alcanzar las alturas clínicas de la furia.

Al propio tiempo que los citados síntomas psíquicos, aparecen en la rabia otros somáticos que se suman a los primeros, constituyendo el conjunto el cuadro clínico de la enfermedad. Dichos síntomas físicos son principalmente los espasmos glóticos, la disfagia dolorosa, que se presenta a veces a la sola vista del agua, de donde el nombre de hidrofobia; el ptialismo, la disnea, la midriasis, las convulsiones, y, en fin, las parálisis, especialmente de forma parapléjica.

La *psicosis tripanosomiásica*, o de la enfermedad del sueño, tiene su génesis, como ocurre en la psicosis rábica, en la electividad del veneno sobre los centros nerviosos. Como es sabido, la tripanosomiasis se debe a un infusorio flagelado cuatro veces más largo que un glóbulo rojo, y que se transmite al hombre por la mosca *Glossina palpalis*, llamada *tsé-tsé* por el ruido especial que hace al volar.

La enfermedad es, sobre todo, frecuente en la costa occidental de Africa, y se caracteriza por desorientación, alucinaciones, delirio propio de la confusión u onírico, amnesia retroanterógrada, fe-

nómenos catatónicos, impulsiones, y, en fin, por estupor en sus formas más intensas. Según el predominio de unos u otros síntomas, pueden admitirse una forma melancólica, otra maníaca, o, por mejor decir, megalomaníaca, y una tercera maníaco-melancólica o mixta.

La *psicosis sifilítica* sobreviene en los primeros meses que siguen a la infección, es decir, durante el período secundario, con cuyos síntomas propios coexiste y puede revestir las formas delirante, alucinatoria, maníaca, melancólica y confusional. No es esta psicosis, en realidad, sino una forma de sífilis cerebral de los predispuestos, y no debe confundirse con la parálisis cerebral progresiva, que, siendo también una afección neuropsíquica de origen sifilítico, tiene, como veremos, distinta semiología y pronóstico fatal.

La *psicosis tuberculosa* es más frecuente en las formas febriles que en las infebriles de la tuberculosis, presentándose con síndrome delirante, alucinatorio, melancólico o confusional, pero sobre todo delirante cenestésico, caracterizado por optimismo y euforia muy acentuadas.

La *psicosis gripal* se observa, o durante la evolución de la gripe en forma de confusión con onirismo, delirio más o menos sistematizado, alucinaciones terroríficas e impulsiones violentas, con mucha frecuencia suicidas, o en la convalecencia de dicha infección, caracterizándose en este caso por astenia, depresión y estupor.

La *psicosis hepática* suele adoptar las formas melancólica o la confusional, con delirio expansivo y alucinatorio, pero sobre todo la primera, coexis-

tiendo los síntomas con los de la insuficiencia hepática (anorexia, subictericia, orobilinuria, astenia, etcétera).

Por último, la *psicosis urémica* se presenta, por lo general, bajo las formas sindrómicas maníaca o melancólica, la primera con delirio religioso o megalomaníaco y gran agitación motriz, y la forma melancólica, con depresión moral intensa, alucinaciones terroríficas, angustia y agitación reaccional con tendencias agresivas.

## XXVII

## Demencias.

Demencia precoz o esquizofrenia: sus formas heboidofrénica o simple, hebefrénica o delirante, catatónica y paranoide.

Si tratásemos de justificar las razones por las cuales venimos describiendo, con un determinado orden, con el mismo de nuestra clasificación, las distintas modalidades psicomorbosas agrupadas bajo las denominaciones de psiconeurosis, psicodisgenesias, paratimias, paranoias, toxifrenias y demencias, diríamos que el grupo de las psiconeurosis debe figurar en primer término, habida cuenta de que constituye el primer eslabón de la cadena de procesos psicopatológicos, por lo mismo que los trastornos psíquicos se hallan en dicho grupo íntimamente ligados a otros nerviosos de índole somática, estableciendo así dichas afecciones el enlace entre las predominantemente nerviosas y aquellas en las cuales el cuadro clínico se caracteriza de modo principal por síntomas psíquicos, bien que la separación no sea sino un convencionalismo, como ya hemos dicho anteriormente; que deben describirse después las psicodisgenesias, atendiendo a que, como defectos, más bien que enfermedades, nacen con el individuo o se manifiestan en los primeros años de la vida, y habida cuenta, sobre todo,

de que tales dolencias son, además, fundamentales, puesto que constituyen la base sobre la cual evolucionan la mayor parte de las psicopatías, por no decir todas ellas; y que una vez estudiadas las psiconeurosis y las psicodisgenesias, procede, en fin, la descripción de los grupos paratimias, paranoias y toxifrenias, como formas más agudas y propias en general de la edad adulta, terminando el estudio descriptivo y clínico de las afecciones de la mente por las demencias, puesto que significan, exceptuada la demencia precoz, el eslabón final de la mencionada cadena de procesos morbofrénicos, el término obligado de la mayor parte de las frenopatías, y representan más bien que los últimos destellos de una actividad morbosa exteriorizada por el mismo cuadro clínico que le precedió, los restos, las ruinas, podría decirse, del organismo psíquico.

Demencia, de *de,* fuera de, y *mens,* mente, significa, pues, desde los puntos de vista etimológico y clínico, decaimiento, debilidad o falta de energía psíquica, y, mejor aún, déficit, pérdida más o menos completa, pero permanente y progresiva, de la actividad mental. No es, por tanto, dicho término sinónimo de locura, como se emplea en su acepción vulgar y aun en concepto jurídico; antes al contrario, locura quiere decir actividad, si bien patológica, y demencia significa menoscabo, desaparición parcial o total de funciones psíquicas, y representa casi siempre no una enfermedad, no una forma de enajenación, sino el síndrome final del proceso psicomorboso. En suma, demencia y locura son términos distintos, si bien se refieren al mismo orden de funciones; pero locura, y mejor aún alienación men-

tal, es toda enfermedad que perturba el funcionalismo psíquico, y demencia no es sino una de tantas formas sindrómicas de locura, y en muchos casos, el síndrome final, la terminación de las psicopatías. No todos los alienados son dementes; pero, por el contrario, todos los dementes son alienados.

La demencia se presenta unas veces como entidad morbosa primitiva; otras se halla en estrecha relación con procesos toxi-infecciosos, con enfermedades mentales diversas, o con lesiones del encéfalo, y en otros casos, en fin, depende de fenómenos de involución, llamados también de regresión orgánica. Ejemplo de demencia primitiva, independiente, constituyendo una entidad psiconosológica más o menos autónoma. la demencia precoz; ejemplos de demencia toxi-infecciosa, la demencia paralítica; de demencias terminales o dependientes de psicopatías, las demencias vesánicas; de demencias por lesiones encefálicas propiamente dichas (arteriosclerósicas, hemorrágicas, encefalomalácicas, neoplásicas, traumáticas), las demencias orgánicas; en fin, de demencias de involución o regresivas, la demencia senil.

En la actualidad tiende a unificarse la anatomía patológica de las demencias, refiriéndolas a un mismo tipo de lesiones anatómicas distinto de los conocidos, atrofia cerebral, gliosis y esclerosis, cuyo tipo está representado por alteraciones profundas estructurales de la célula, y especialmente de sus elementos conductores o neurofibrillas. La demencia constituiría, pues, una fibrillolisis. Klippel atribuye la demencia a la atrofia de las prolongaciones nerviosas, con interrupción consecuti-

va de las vías interneurónicas corticales; el aislamiento resultante de zonas o territorios córtico-hemisféricos sería causa de la pérdida de sinergia funcional.

Estudiaremos, por lo tanto, y de modo sucesivo, las demencias precoz, paralítica, vesánica, orgánica y senil.

No existe, ciertamente, ninguna enfermedad mental de cuadro clínico tan característico, sobre todo en alguna de sus formas, ni que se observe con tanta frecuencia desde la mitad del segundo al principio del tercer decenio de la vida, como la *demencia precoz*, concepto sintético nosológico debido a Kraepelin, para quien dicha forma demencial depende de una intoxicación relacionada con procesos orgánico evolutivos de la sexualidad, que determinan lesiones corticales.

El término *esquizofrenia*, con que designa Bleuler a la demencia precoz, ha hecho fortuna en el tecnicismo psiquiátrico, por significar disgregación o debilidad psíquica desarmónica, que es, en efecto, el carácter clínico predominante de dicha psicopatía. Este concepto tiene, en realidad, muchos puntos de contacto con el de locura discordante de Chaslin, si bien, en opinión del primero de dichos autores, no sea la discordancia, sino la disociación de las diversas funciones psíquicas, la característica de la demencia precoz, siendo preferible por esto sustituir esta denominación por la de esquizofrenia. Deny, no obstante, hace notar que Bleuler ha comprendido con tal nombre un grupo nosográfico excesivamente amplio, constituído por las cuatro formas de la demencia precoz, y, además, por la para-

noia, muchos casos de locura maníaco-melancólica, el delirio de prejuicio, el síndrome de Cotard, la psicosis de Korsakow, etc., etc. Por otra parte, ni la discordancia entre los elementos psíquicos, ni la división de la actividad mental en muchos fragmentos disociados o esquizofrenia, son, en concepto de Devaux y Logre, exclusivas de la demencia precoz, pues se observan también en la obsesión (personalidad disociada, hecha dolorosa), y en la histeria (síntesis patológica *estado segundo* aislado o separado de la conciencia), y asimismo la debilitación transitoria o definitiva de la síntesis mental no puede caracterizar la demencia precoz, por ser elemento banal de la mayor parte de las psicopatías.

La demencia precoz se observa preferentemente, como hemos dicho, en la adolescencia, y su característica clínica está, en efecto, representada por una disminución progresiva de la actividad mental, muy especialmente en la esfera de los sentimientos y de las voliciones, con integridad relativa de lucidez, percepción, orientación y memoria. Los trastornos principales de dicha psicosis se refieren a la atención, asociación de las ideas, afectividad y reacciones, y según Masselon, evoluciona por lo general hacia la demencia, bien de un modo más o menos insidioso, ya a través de fases sucesivas de agitación, estupor, o delirio mal sistematizado.

Conocida desde muy antiguo, aunque no bien estudiada, con los nombres de imbecilidad o idiotismo adquirido, o demencia crónica; posteriormente descrita por Morell en 1860 como afección mental propia de la segunda edad; en 1874 por Kahlbaum y Hecker, por Masselon, Serieux, Deny y otros des-

pués, la demencia precoz no ha adquirido hasta época reciente carta de naturaleza en patología mental, gracias a los modernos estudios de Christian, Lugaro, Weygandt, Regis, y muy especialmente de Kraepelin, a quien se debe la más completa y original descripción clínica de dicha entidad psicomorbosa.

El sabio profesor de Munich engloba bajo la denominación de demencia precoz la hebefrenia, la catatonia y la demencia paranoide, comprendiendo en esta última forma los delirios sistematizados progresivos o paranoias de carácter alucinatorio. Algunos autores observan que la denominación demencia precoz no es rigurosamente exacta, puesto que dicha enfermedad puede presentarse después de la adolescencia, y, por otra parte, no es la demencia la terminación obligada de su evolución, aunque sí la más frecuente. En cuanto al concepto, de la forma paranoide, debe asimismo señalarse que la Psiquiatría francesa admite, en general, una verdadera distinción entre la demencia precoz y los delirios sistematízados. No falta, en fin, quien, comentando la concepción sintética de Kraepelin, niegue que la demencia precoz posea un solo signo clínico que le sea propio, afirmando que ni aun el síndrome catatónico le pertenece exclusivamente, por encontrarse también en otras neurosis y psicosis, llamadas *miopsiquias* por Joffroy y *psicosis motrices aquinéticas* por Wernicke.

La demencia precoz, enfermedad de muy frecuente observación, como lo demuestra el hecho de constituir actualmente los esquizofrénicos en el manicomio de Ciempozuelos cerca de una tercera par-

te del contingente total de alienados, se desarrolla, por lo general, en individuos de desenvolmiento psíquico incompleto, en degenerados; pero a veces hace su aparición en sujetos que no presentan tara psicopatológica ostensible. Aunque su principio puede ser lento, semejando en ocasiones un estado neurasténico, por regla general abren la escena ligeras modificaciones de orden afectivo y reaccional, más bien que perturbaciones intelectuales, o lo que es lo mismo, la debilidad del tono afectivo o *timopsiquis* de Stransky precede y predomina sobre la de las facultades intelectivas o *noopsiquis;* pero con más frecuencia se inicia la enfermedad por un acceso de tipo maníaco, melancólico o confusional agudo, resultando casi siempre muy difícil el diagnóstico, sea cual fuere el modo de comenzar. En esta fase prodrómica se dibujan ya ciertos síntomas que posteriormente adquieren caracteres más definidos, consistiendo aquéllos en perturbaciones de la atención y percepciones, trastornos psicosensoriales, de la memoria, asociaciones, afectividad y esfera reaccional, modificaciones profundas de la voluntad, ideas delirantes, etc. Según el predominio y la evolución de unos o de otros fenómenos morbosos, así resulta constituído el cuadro clínico de las diversas formas de la demencia precoz. Estudiemos brevemente las principales.

*Demencia precoz simple o heboïdofrenia.*— Su curso es crónico; su terminación, la demencia. Principia insidiosamente por síntomas somáticos poco marcados, como cefalea, abatimiento, insomnio, etc., y por ligeras perturbaciones del psiquismo, principalmente reaccionales y de la afectivi-

dad, v. gr., irritabilidad, apatía, tristeza, indiferencia, etc. Después sobrevienen concepciones delirantes, nunca delirio acentuado, a veces negativismo y amaneramiento de las actitudes y de los actos, y más raramente alucinaciones y agitación motriz con impulsos violentos. La memoria de conservación puede hallarse más o menos íntegra, pero la percepción se halla muy dificultada; y de modo lento, y con frecuencia difícil de advertir, en medio de síntomas tan difusos, se va borrando toda actividad mental, constituyéndose al fin la demencia.

*Demencia precoz hebefrénica.*—Aunque específica de la pubertad, según algunos autores, puede realmente aparecer esta psicosis antes y después de dicha época. Predominan en ella los síntomas de déficit y los fenómenos delirantes de carácter confusional y polimorfo, sin tendencia a la sistematización. Es esta forma demencial hebefrénica, o locura de la pubertad, la primeramente conocida y descrita. Sujetos por lo general de buen desarrollo psíquico, al llegar a dicha época de su vida, después de un período prodrómico de malestar, cefalalgia, agripnia, tristeza, ansiedad, ligeras perturbaciones volitivas, etc., período que en ocasiones es sólo la expresión exagerada de la inestabilidad psíquica propia de la pubescencia (Weygandt), sufren un acceso de agitación o de delirio alucinatorio polimorfo (ideas de grandeza, enormidad, persecución, melancólicas, místicas, etc.), y otras veces de depresión, con trastornos sensoriales, evidenciándose en una y otra forma un fondo de confusión mental, así como los indicados síntomas de déficit, que se caracterizan por falta de atención y de iniciativa, pasivi-

dad e indolencia. La hiperfrenia no llega nunca a la agitación, ni la depresión al estupor, tan violentos, de la forma catatónica; las ideas delirantes tienen el sello de absurdas y extremadamente móviles de los delirios demenciales; las reacciones pueden, a fuerza de impulsivas, determinar actos de fuga, incendio, agresividad, etc., o, por el contrario, aparecer anuladas por la mayor inercia, exteriorizándose entonces por crisis de depresión. La memoria, la lucidez y la orientación están en algunos casos conservadas como en la forma anterior, pero las perturbaciones de los actos son más intensas que en aquélla, presentándose además negativismo, actitudes y frases estereotipadas, gestos extravagantes, lenguaje enfático e incoherente, erotismo, etc. La demencia es la terminación habitual de la hebefrenia.

*Demencia precoz catatónica.*—La catatonia (de κατά y τονος, en contracción) ha sido designada también con el nombre de *locura por tensión*, sin que los trastornos motores de carácter espástico a que debe su nombre signifiquen alteraciones de la fibra muscular o neuroperiféricas, sino un fenómeno puramente psíquico. Para Raymond, no obstante, la plasticidad muscular persistente en la catatonia, observada también en la histeria, tiene su origen en una perturbación del sentido muscular.

Conviene advertir que entre catatonia y catalepsia existen diferencias que deben señalarse. En la catatonia hay hipertonia o contracción muscular exagerada dependiente de una parálisis de la voluntad, pero además, y concomitantemente, se observan otros trastornos psíquicos. En cambio, la catalepsia

se caracteriza por hipotonia, maleabilidad muscular evidente, flexibilidad cérea y conservación muy duradera de las actitudes comunicadas, conservación que no se observa, sino más bien resistencia, en la catatonia. De todos modos, bueno será recordar que existen tales puntos de contacto entre catatonia y catalepsia, que los trastornos significativos dichos, de sugestibilidad automática de los dementes precoces, deben denominarse, con Dufour, estados cataleptiformes o catalepto-catatónicos.

La característica clínica de la demencia precoz catatónica consiste en períodos de agitación y estupor, acompañados de delirio, y de los citados trastornos motores de rigidez muscular persistente. La agitación catatónica puede ofrecer en apariencia los caracteres de la manía o de la confusión mental; mas, según Rogues, sus rasgos propios y diferenciales con dichos estados son: la monotonía, la falta de emoción, el no modificarse por las impresiones exteriores, y, por último, su incorrelación con ideas delirantes precisas. Además, el modo súbito y sin causa apreciable de aparecer la agitación, el amaneramiento y la estereotipia de los gestos, lenguajes y actitudes, y el predominio, en fin, del automatismo mental, completan el cuadro de la agitación catatónica.

El estupor catatónico se caracteriza más especialmente por fenómenos de automatismo reaccional. Las reacciones involuntarias o automáticas afectan el tipo positivo, es decir, obedecen a las impresiones exteriores (Rogues), determinando la *sugestibilidad* o *paratonia* de Berstein, en virtud de la cual el enfermo conserva las actitudes en que

se le coloca *(catalepsia, flexibilidad cérea)*, o presenta los llamados *síntomas de eco*, es decir, verifica todos los actos o movimientos que se le ordenan, por penosos y violentos que sean, copia o imita los gestos y movimientos de los demás *(ecomimia y ecopraxia)*, repite las palabras que oye *(ecolalia)*, etc.

El trastorno de las reacciones se exterioriza, además, en la demencia catatónica por medio del fenómeno de automatismo, dependiente de autosugestión, denominado *estereotipia*, que se caracteriza por tendencia a adoptar las mismas actitudes *(estereotipia aquinética)*, iguales actos o movimientos *(paraquinéticas)* o a repetir las palabras o frases *(verbigerración)*. La estereotipia de las actitudes ofrece variedades tan innumerables como curiosas: el enfermo permanece, v. gr., horas o días enteros en las posiciones más incómodas, acurrucado, de rodillas, atravesado en la cama, echado y con la cabeza colgando fuera del lecho, sentado sobre el borde de una silla, con un brazo levantado, sostenido en posición vertical sobre un solo pie, etcétera. Las estereotipias paraquinéticas se refieren a los movimientos, gestos, lenguaje, escritura, marcha, etc.; el modo de saludar, de comer, los gestos, y en general todos los actos, se cumplen de una manera extravagante, repitiéndose siempre bajo la misma forma. El lenguaje adquiere en muchos casos un carácter enfático o parece formado por palabras raras o neologismos; en otros es un simple cuchicheo, etcétera, resultando siempre la incoherencia uno de sus rasgos principales, y en no raras ocasiones, hallándose sustituído por un mutismo completo. Por

último, la estereotipia de la marcha consiste en andar a saltos o sobre un pie, o atrás y adelante alternativamente, etc., etc.

El *negativismo, automatismo negativo o locura de oposición,* trastorno considerado por Baldwin como una forma de sugestibilidad inhibitoria y paradójica, es también un fenómeno propio del estupor catatónico, y se traduce por la resistencia que opone el enfermo a ejecutar los actos o movimientos que se le ordenan, o que se trata de comunicarle (*hetero-negativismo*), cuya resistencia u oposición puede referirse también a sus propios deseos o necesidades(*auto-negativismo*). En esta perturbación de la voluntad, la reacción voluntaria normal es anulada por una tendencia contraria; si se manda, por ejemplo, al catatónico que abra la boca, aprieta sus labios; si se le pide la mano, la retira; rehusa comer, retiene sus orinas, aun sintiendo hambre y necesidad de orinar, etc. En opinión de Weygandt, el negativismo no es la consecuencia de ideas delirantes ni de alucinaciones, sino una disociación de los elementos que determinan la impulsión motriz o de los que forman el agregado personalidad, una verdadera abulia, en una paladra.

*La demencia precoz paranoide,* forma en la cual incluye Kraepelin la paranoia crónica alucinatoria o delirio sistematizado progresivo de Magnan, comienza por depresión y se establece después el delirio de temas persecutorio, hipocondríaco, melancólico, a veces con síndrome de Cotard, otras con ideas de grandeza, pero sin ofrecer los verdaderos caracteres de sistematización de los delirios paranoicos, pues no evoluciona progresivamente y

se halla constituído por ideas desordenadas, incoherentes, absurdas y contradictorias, de fondo persecutorio, megalomaníaco, y con menos frecuencia hipocondríaco, místico, erótico, etc. La agitación motriz, las alucinaciones, la disociación ideativa, la estereotipia de las actitudes y del lenguaje, la sugestibilidad y los fenómenos de déficit intelectual distinguen a esta forma, siendo de observar la frecuencia con que se señala su aparición por un acceso de confusión mental aguda alucinatoria, circunstancia que ha hecho pensar a Regis que así como a la manía y melancolía suceden muchas veces los delirios sistematizados postmaníaco y postmelancólico, la demencia precoz no sea otra cosa que una confusión mental aguda que evoluciona hacia la cronicidad o un delirio sistematizado secundario postconfusional. Entre las formas paranoides estudiadas por Kraepelin, debe hacerse especial mención de la *parafrenia sistemática,* forma de transición entre las paranoias y las esquizofrenias paranoides, en la cual faltan entre otros síntomas de demencia precoz los trastornos de voluntad y la ataxia intrapsíquica. Además, los parafrénicos, en un principio, se oponen a sus ilusiones y persecuciones con cierta incredulidad y relativa crítica, y presentan, en fin, rigidez pupilar a la luz.

Sintetizando cuantos datos acabamos de exponer, puede establecerse así la sintomatología de conjunto: disprosexia, disociación ideativa, dismnesia anterógrada, delirio polimorfo e incoherente, a veces sistematizado, y siempre de carácter demencial, alucinaciones, movilidad de sentimientos, indiferencia patológica muy acentuada y precoz, y, en

fin, predominio del automatismo reaccional; cuyos trastornos coexisten con integridad más o menos relativa de la percepción, lucidez, orientación y memoria. Es de notar en este cuadro clínico general, y con esto entramos en el examen de los elementos fundamentales del diagnóstico, el predominio de los trastornos afectivos y reaccionales sobre las perturbaciones de la esfera intelectiva. El demente precoz, sobre todo en el principio de la evolución de su dolencia, atiende con aparente normalidad, se da cuenta de las impresiones exteriores, conoce quién es y otras circunstancias personales, recuerda hechos y acontecimientos de alguna fecha, y claro está que aunque tales funciones no se hallen, en realidad, íntegras, como se comprueba investigándolas con algún cuidado, la primera impresión que un enfermo así produce puede ser equivocada. Debemos, pues, dirigirnos especialmente a la afectividad y a las reacciones del sujeto en examen, porque en dichas formas del funcionalismo psíquico hallaremos la clave del diagnóstico, habida cuenta de que sus profundos trastornos, coexistiendo con los repetidos fenómenos de aparente higidez intelectual, constituyen la nota clínica de mayor relieve en los casos dudosos.

La anatomía patológica de la demencia precoz o esquizofrenia es aun asunto en estudio, acerca del cual se han emitido muy diversas opiniones. Según Klippel, existen lesiones congénitas, aunque no en todos los casos, consistentes en anomalías del desarrollo; otras lesiones propias de la enfermedad durante su evolución, como la atrofia de las neuronas, con degeneración gránulo pigmentaria, y un

tercer grupo de lesiones consecutivas, representadas por detención del crecimiento celular, particularmente de las células nerviosas. Las indicadas lesiones presentan el carácter de difusibilidad, si bien se localizan preferentemente en los centros de asociación; en los lóbulos frontales, según Zalplachta. La destrucción de las prolongaciones protoplasmáticas o dendríticas de la neurona, de las cuales depende, como es sabido, el grado de desarrollo de la actividad psíquica, se halla en directa relación con la mayor o menor intensidad de los fenómenos morbosos, lo mismo en ésta que en todas las demencias. Conviene notar que en unos casos se encuentran lesionados todos los elementos encefálicos, meninges, células nerviosas, neuroglia y vasos, y que en otros tan sólo lo están la neuroglia y las células nerviosas.

Para establecer el diagnóstico de la demencia precoz, tendremos presentes los síntomas característicos antes mencionados. Las psicopatías con las cuales puede confundirse dicha enfermedad son principalmente le neurastenia, la parálisis general, la imbecilidad, la manía, la melancolía estuporosa, la epilepsia, el delirio crónico sistematizado y la confusión mental. Recordemos los síntomas diferenciales más salientes: En la neurastenia existe sensación de cansancio o agotamiento, trastornos somáticos, como cefalea en casco, raquialgia, temblor, vértigos, etc., pero conciencia de la propia enfermedad. En la parálisis general, déficit psíquico y motriz progresivos, es decir, y amén de los síntomas mentales, otros físicos característicos, como oftalmoplejia, disartria, disgrafia, etc.; y los caracteres del

líquido céfalorraquídeo no dejan lugar a duda. En la imbecilidad se comprueban deficiencia de desarrollo intelectual y estigmas físicos y psíquicos de degeneración; además, el demente es, según la repetida frase de Esquirol, un rico arruinado, y el imbécil ha sido siempre pobre. La manía pudiera confundirse, sobre todo, con la agitación catatónica, pero en esta última existen los fenómenos significativos del hiperautomatismo reaccional, llamados negativismo, estereotipia y sugestibilidad, que no se observan en el síndrome maníaco. Entre la melancolía estuporosa y el estupor catatónico existen ciertos puntos de contacto; mas la fisonomía del melancólico es triste, expresiva, de dolor moral, y la del catatónico, indiferente o estúpida, además de presentar éste trastornos reaccionales característicos. En la epilepsia no existen estos trastornos, y sí, en cambio, perturbaciones del carácter y otras somáticas. El delirio crónico sistematizado se distingue por el curso típico y la falta también del automatismo de las reacciones. En fin, en la confusión mental aguda, la disociación ideativa es más marcada, menor la indiferencia emocional, y se observan síntomas somáticos de que anteriormente hubimos de ocuparnos.

Con respecto al pronóstico de la demencia precoz, punto no bien dilucidado, puesto que existen opiniones en sentido de que se trata de una afección incurable, y otras que admiten la posibilidad de curación de alguna de sus formas, singularmente de la catatónica, nuestra experiencia nos ha demostrado que no pueden admitirse verdaderas curaciones, ya que la *restitutio ad integrum,* aun en los casos más favorables, no es nunca completa.

## XXVIII

## Demencias *(conclusión)*.

Demencia paralítica o parálisis general progresiva.—Demencia vesánica o secundaria.—Demencia orgánica. – Demencia senil.

Entremos en la descripción de la demencia paralítica, de la enfermedad mental mejor conocida desde el punto de vista anatomopatológico y en el concepto clínico, de la psicopatía que podríamos decir, dada su índole, que es la más somática de las afecciones mentales y la más mental de las afecciones orgánicas del sistema nervioso, y acerca de la cual añaden cada día los estudios modernos notas prácticas de gran valor, datos de investigación que puntualizan y definen mejor el cuadro patológico que le es propio, pero sin que los esfuerzos incesantes aportados por los clínicos a dicho estudio tengan, por desgracia, resultado alguno para la vida del paciente, puesto que, en un principio, como más tarde, ayer como hoy, la parálisis general genuina es de curso progresivo y nada detiene su funesta terminación en un período generalmente breve.

Para que formemos idea exacta del concepto que esta afección debe merecer actualmente, bueno será recordar que desde hace muchos años han venido describiéndose dos tipos de paralíticos generales, los dementes paralíticos y los locos paralíticos,

y de aquí una parálisis general de los médicos internistas neuropatólogos y otra de los especializados en afecciones mentales, pero sin que ambas enfermedades hayan dejado de ser, en realidad, una sola, manifestada en unas ocasiones por trastornos demenciales, y entrando entonces en el dominio del médico general o del neurólogo, y teniendo otras veces su característica clínica en el delirio, hallándose comprendidos tales casos en la esfera de acción del alienista. Aun hoy es frecuente ver paralíticos generales en las clínicas de afecciones internas, claro es que los que padecen la forma demencial, no la locura paralítica, para la que se reservan más especialmente los frenocomios. Y bien fácilmente se deduce, tanto de la citada dualidad de modalidades clínicas, como, y sobre todo, de los datos aportados por la anatomía patológica y que constituyen la razón de ser de diversos síntomas focales observados en la demencia paralítica, una innegable demostración, si mayores pruebas fueran precisas, de que no hay límite bien definido entre lo somático y lo mental, de la íntima compenetrabilidad entre lo neurológico y lo psíquico, de lo que en otras ocasiones hemos afirmado, que no siendo las funciones nerviosas sino manifestación de actividad celular y descomponiéndose este diferente dinamismo en sensitivo, sensorial, motor, trófico y psíquico, no cabe considerar, por tanto, el de este último orden sino como modalidad funcional de la célula psíquica en términos más concretos, razonamiento que, aplicado a la Patología, nos lleva a las conclusiones siguientes: 1.ª Las enfermedades mentales son expresión del sufrimiento de la célula psíquica, *celulopatías*

*córtico-encefálicas;* y 2.ª Tan íntimo es el enlace entre las funciones nerviosas llamadas somáticas y el funcionalismo psíquico, que según demuestra la clínica, apenas puede citarse afección orgánica encefálica en que no existan trastornos mentales, ni tampoco psicopatías en que no sea posible comprobar la coexistencia de síntomas nerviosos propiamente dichos.

Poco hemos de detenernos en el estudio de la parálisis progresiva de los alienados; el ser esta dolencia del dominio del clínico general y la circunstancia de hallarse descrita en las obras de medicina interna nos dispensan de largas descripciones, autorizándonos a un simple bosquejo clínico.

La parálisis general es una psicosis proteiforme, más frecuente en el sexo masculino y edad media de la vida, de naturaleza sifilítica casi siempre demostrable, de curso progresivo y pronóstico fatal, caracterizada anatomopatológicamente por lesiones de meningo-periencefalitis intersticial difusa subaguda, clínicamente exteriorizadas por síntomas de déficit psíquico y motriz progresivos.

La antigua parasífilis de Fournier comprende principalmente dos entidades morbosas que tienen entre sí muchos puntos de contacto: una la tabes, afección predominantemente medular, pero con lesiones encefálicas, y otra, la parálisis general, enfermedad de localización preferente en la corteza del encéfalo, pero con lesiones subcorticales, y en la mayor parte de los casos, también medulares. La tabes dorsal sería, en suma, en la medula, lo que la parálisis general en el encéfalo, y concretando más el concepto, podríamos aun decir que la tabes

es la parálisis general medular, y la parálisis general, la tabes encefálica.

No entraremos en el examen de las diferentes discusiones suscitadas entre los que admiten el origen sifilítico preferente, si no único, de la parálisis general, y los que consideran a la sífilis como una de tantas causas de dicha afección. Sólo, sí, sintetizaremos nuestra manera de ver en este asunto, nacida de larga experiencia, y que puede expresarse en pocas palabras: la parálisis general hace su aparición en sujetos predispuestos a las dolencias mentales, que han sido sifilíticos y cuya manifestación luética inicial padecieron unos diez a quince años antes. Las demás causas invocadas, civilización, intoxicaciones, singularmente el alcoholismo, etcétera, etc., no son más que coadyuvantes, o si se quiere, predisponentes; así, al menos, hemos podido comprobarlo en muy numerosos casos, en los cuales, con alguna rarísima excepción, de poco o ningún valor, puesto que se trataba de datos negativos proporcionados por el mismo enfermo, nos fué dable obtener antecedentes ciertos de infección sifilítica contraída con mucha anterioridad. Esta opinión, que venimos confirmando desde nuestros primeros pasos por la clínica, se halla hoy sancionada por recientes trabajos de Noguchi, Moore, Levaditi, Marie y Bankowski, gracias a cuyas investigaciones se ha demostrado la existencia del treponema en el cerebro de los paralíticos generales, sobre todo en los polos anteriores de los hemisferios, en forma de focos múltiples, que comparan los tres últimos autores citados a sifilomas, los cuales dejan en pos de sí esclerosis indelebles, afirmando que los

ictus apopletiformes corresponderían a brotes treponémicos agudos.

Sólo a título de información mencionaremos, en fin, la teoría bacteriana de Robertson, para quien la parálisis general representa una toxemia debida a un bacilo difteroide, que dicho autor denomina *bacillus paraliticans*.

Para unos, las lesiones propias de la enfermedad son de naturaleza flogística; otros clínicos sostienen que se trata de una degeneración primaria del cerebro, y no faltan quienes consideren la proliferación de la neuroglia lesión predominante en la demencia paralítica. Unas y otras opiniones tienen verdadero fundamento y deben ser admitidas sin exclusivismo ni preferencia alguna, puesto que se encuentran, en efecto, en los cerebros de paralíticos generales lesiones vasculares, degeneración de elementos nerviosos nobles y proliferación de la neuroglia. Todas estas lesiones se traducen en adherencias meníngeas, atrofia de los hemisferios, ectasia ventricular y degeneración de las células, principalmente caracterizada por engrosamiento, cromatolosis, disgregación y atrofia, cuyo proceso degenerativo se comprueba en la corteza cerebral, extendiéndose también a los gangliosde la base, a los cerebelosos y a los núcleos de los nervios trigémino, facial, hipogloso y parte de los del óculo motor común. Se observan, además, degeneración de fibras nerviosas, entre ellas las tangenciales de la corteza, que, como se sabe, tienen a su cargo el asegurar el funcionalismo asociativo, hallándose tales fibras atrofiadas o destruídas; proliferación de la neuroglia, con carioquinesis; lesiones medulares más

o menos intensas y difusas, lesiones neuroperiféricas y craneales, alargamiento de los espacios adventicios de los vasos, con diapedesis consecutiva, endarteritis, y presencia de células embrionarias llamadas de Marschalko, que se sitúan alrededor de los mismos, y a las cuales se concede por algunos un valor muy grande, en atención a haberse encontrado en muchísimos casos y no en otras afecciones mentales.

La anatomía patológica, así bosquejada, de la parálisis general puede dividirse, según las teorías actuales, en tres grupos de lesiones, a los cuales corresponden otras tantas formas de la afección: lesiones inflamatorias de origen infeccioso, caracterizadas histológicamente por la diapedesis: su tipo clínico es la parálisis general clásica; lesiones inflamatorias consecutivas a infecciones secundarias, y cuyo tipo clínico es la parálisis general que se observa en el alcoholismo crónico, tumores encefálicos, etc., y lesiones degenerativas vasculares difusas, representadas clínicamente por la ateromasia. De esta división anatomopatológica han deducido Klippel y otros autores que la parálisis general no es una enfermedad, sino un síndrome.

Los síntomas de la parálisis general son somáticos y psíquicos. Entre los somáticos deben citarse: la *astenia* o *debilidad muscular*, acompañada a veces de atrofia; las *modificaciones pupilares* (miosis, midriasis, rigidez, desigualdad, signo de Argyll Robertson, etc.); el *temblor fibrilar* de la lengua y músculos peribucales, o *en masa*, localizado con preferencia en los miembros torácicos y la lengua, la cual, al ser proyectada fuera de la boca, efec-

túa movimientos repetidos de vaivén, llamados de *trombón* por Magnan; las *alteraciones de la orina* (albuminuria, poliuria, exceso de cloruros, disminución de urea y fosfatos); la *autofagia*, más marcada en las formas de evolución rápida; los *trastornos en la pronunciación y en la escritura*, a veces muy precoces y siempre muy importantes (palabra arrastrada, temblona, repetición, transposición o supresión de sílabas, escritura de trazos largos e irregulares, con omisiones o repeticiones silábicas también, o faltas de ortografía, etc.); las *perturbaciones de la reflectividad cutánea y tendinosa* (frecuente exageración de los reflejos del miembro superior y maseterino, desigualdad de los rotulianos, trepidación epileptoide, etc.), y las de la *troficidad*, *sensibilidad y genésicas* (excitación primero, impotencia después); y los *ictus epileptiformes y apopletiformes*, seguidos éstos, por lo común, de paresias o parálisis, cuando no de la muerte, por su intensidad o repetición. Además, pueden observarse: el *signo de Piltz* (miosis por enérgica oclusión de los párpados) y el de *Biernacki* (falta de reacción motriz y sensitiva, sobre todo de dolor local y de hormigueo en el dedo pequeño, comprimiendo el tronco del nervio cubital por detrás de la epitróclea).

Los síntomas mentales que caracterizan el principio de la evolución del síndrome paralítico general suelen agruparse, constituyendo el denominado *período prodrómico preparalítico*, y también *médico-legal*, por ser en el que el enfermo, con grandes apariencias de lucidez, si bien hiperfrénico en realidad, realiza una serie de actos extravagantes, en ocasiones punibles, pero siempre patológicos,

como comprar muchos objetos iguales, emprender negocios ruinosos, cometer robos, excesos alcohólicos, obscenidades, etc., llegando a veces hasta el crimen. La amnesia es ya en este período muy pronunciada, y el enfermo olvida, v. gr., lo que acaba de hacer o el móvil que le impulsó a salir de su casa; y la desorientación le hace desconocer el lugar donde se encuentra. Al mismo tiempo se aprecian modificaciones de orden emotivo: la tristeza alterna con la alegría; la irritabilidad, con la mayor satisfacción, pero dominando generalmente la *euforia*, que exterioriza el paciente por el más completo optimismo y una verdadera proyectomanía. A esta fase sucede la llamada paralítica, en la cual se acentúan los fenómenos indicados, singularmente el delirio, en las formas en que existe, haciéndose también más distintos los ya descritos síntomas de índole somática. En fin, después de un período de duración variable, pero que en los casos de parálisis general clásica no suele pasar de uno a tres años, se van señalando más los síntomas de *déficit* intelectual, se constituye al fin la *demencia paralítica*, y el agotamiento mental, unido a la caquexia, terminan la vida del enfermo, si antes no ha sobrevenido, ocasionando el mismo fin, alguna grave afección intercurrente.

Las ideas delirantes de grandeza, la locuacidad, la euforia y las perturbaciones del juicio, que conducen al paralítico a los citados actos anormales, caracterizan *la forma expansiva* de la parálisis general; los fenómenos de exaltación frénica, con predominio de los trastornos de la conciencia y las reacciones impulsivas, *la forma maníaca o agita-*

*da;* la depresión mental, con delirio de fondo triste, sitiofobia, tendencia al suicidio, etc., *la forma melancólica;* por último, la amnesia, la desorientación, la indiferencia, la dificultad de la atención y el retardo de las asociaciones, así como las reacciones impulsivas, los trastornos del juicio y los elementos constitutivos de la debilidad intelectual, en una palabra, pertenecen a la *forma demencial* de la enfermedad.

Tal es el cuadro de conjunto; pero aun a trueque de incurrir en repeticiones, puntualizaremos mejor sus rasgos más importantes, para darle todo el relieve clínico que le pertenece.

Los fenómenos físicos y psíquicos de astenia, de agotamiento, que suelen abrir la escena en la parálisis general, constituyendo el período neurasténico, llamado así por Binswanger, son tan poco marcados y afectan tan escasa fijeza, que se prestan a confusión la mayor parte de las veces. El paciente fija mal la atención, percibe confusamente, ofrece lagunas en su memoria, asocia con cierta lentitud, exterioriza vagas ideas de riqueza, fuerza, elevada jerarquía social, desconoce su estado morboso, se muestra contento, optimista, o negligente, apático, inmoral, irritable; bebe, roba, juega, comete excesos sexuales, olvida sus deberes, se pierde en las calles antes mejor conocidas por él, y exterioriza, en fin, una evidente anormalidad en la esfera de los actos y de la conducta. Pero todos estos trastornos son, como hemos dicho, tan poco intensos y definidos, que pueden simular un simple cambio de carácter, o quizá un síndrome neurasténico. Es, pues, muy importante conocerlos a tiempo, sobre todo

desde el punto de vista diagnóstico, y nada mejor a tal objeto que investigar con cuidado el somatismo del enfermo, puesto que en el dominio físico comienzan ya a dibujarse en este primer período trastornos muy significativos, cuales son: amimia, ictus epileptiformes o apopletiformes, a menudo muy fugaces, desigualdad pupilar, oftalmoplejía externa, ligera dificultad de hablar y leer, y, en fin, perturbaciones reflejas.

Acentuemos los síntomas de este cuadro clínico, y quedará constituído el segundo período. En él, por consiguiente, son más intensos los fenómenos de déficit intelectual, la confusión es mayor, desaparece toda crítica, las ideas adquieren marcado sello demencial, es decir, son móviles, absurdas, ilógicas y contradictorias; la conducta y los actos aparecen anormales, sin justificación, pueriles, y los trastornos físicos se hacen también mucho más distintos, resultando en este orden la amimia muy acentuada, por hipotonia, trostorno que se localiza sobre todo, según Tanzi, en el territorio de inervación del facial inferior, y que, contrastando con la integridad en el dominio del facial superior, da lugar a la *cara grotesca* o *triste*. Se observa asimismo la dificultad de efectuar ciertos movimientos asociados y disociados, como guiñar un ojo o abrir la boca y cerrar al propio tiempo los párpados; temblor de los músculos peribucales y de la lengua, dificultad de hablar, que si primero se reducía a una simple vacilación, después se manifiesta en la supresión, repetición y transposición de letras o de sílabas, sobre todo de las que constituyen ciertas palabras en que abundan las letras *r* o *l*, v. gr., *ter-*

*cer regimiento de artillería, tres mil trescientos treinta y tres, carretera, Constantinopla,* etc.; alteraciones que constituyen la *disartría ataxo espasmódica*. Coexistiendo con esta perturbación aparecen también más intensos los trastornos de la escritura, que se hallan caracterizados por trazos grandes, irregulares, omisiones y transposicíón de letras, sílabas o palabras, faltas de ortografía, emborronamiento, etc. En fin, las alteraciones pupilares son mayores y más permanentes en esta segunda fase; se observa el signo de Argyll Robertson (rigidez pupilar a la luz con persistencia del reflejo de la acomodación), el de Piltz, miosis, por regla general, en un principio, y midriasis más tarde, atrofia del nervio óptico, ptosis u otras parálisis de los músculos oculares, trastornos reflejos, temblor, ataxia o incoordinación para los movimientos delicados, pues, según De Sanctis, el paralítico peca por extensión del movimiento, marcha atáxica, espasmódica o simplemente parética, y caracterizada, en este último caso, por la deambulación a pasos cortos y con las piernas separadas (marcha de marinero); analgesia del cubital, neuralgias, trastornos viscerales, bulbares, tróficos (otematoma), esfinterianos, etc., etc.; y por último, sobreviene de modo progresivo la demencia global, que reduce al enfermo a una vida puramente vegetativa, en la que predominan los automatismos, y la afección termina bien por caquexia, ya por ictus o ataques paralíticos, o por una enfermedad intercurrente.

Para establecer el diagnóstico de la parálisis general, habremos, pues, de tener presentes los rasgos más fijos y característicos del esquema clínico

trazado, v. gr., los trastornos pupilares, las dificultades en la pronunciación, en un principio sólo apreciables haciendo leer al enfermo en alta voz durante algunos minutos, y fijándonos en los esfuerzos que realiza, y en el temblor de los músculos peribucales al intentar la emisión de palabras de muchas consonantes; observaremos también si existe temblor general y dificultad en la coordinación, sobre todo tratándose de pequeños movimientos, pero muy especialmente si se comprueban en la fisonomía aquellos rasgos antes descritos que caracterizan al paralítico general, expresivos de atontamiento, de estupidez y, en particular, de optimismo, de alegría, de satisfacción inmensa, los cuales, unidos a los trastornos de pronuciación, al contenido pueril de las ideas y a la fácil sugestibilidad, forman un conjunto tan típico, que, en muchas ocasiones, se diagnostica la parálisis general desde los primeros momentos, en cuanto cambiamos algunas frases con el paciente. En otros casos, el problema diagnóstico no es de tan fácil solución, por ejemplo, cuando, lejos de tratarse de la forma expansiva, nos hallamos frente a la variedad melancólica de la demencia paralítica, y en estas ocasiones singularmente nos servirán de puntos de apoyo para la definición clínica de la enfermedad, además de los rasgos clínicos mencionados, el citodiagnóstico céfalorraquidiano; es decir, el examen del líquido de este nombre obtenido por punción lumbar, demostrando una linfocitosis, consistente en la presencia de ochenta a noventa linfocitos por cada cien leucocitos, pero sin olvidar que, como fenómeno consecutivo a las lesiones inflamatorias subagudas y

crónicas de la pía madre, de los vasos arteriales pequeños y de las paredes ventriculares, no es exclusivo de la parálisis general, pues que se presenta también en las meningomielitis crónicas, en las meningitis tuberculosas y en la tabes, no alcanzando, por tanto, verdadero valor más que en los casos en los cuales no quepa sospechar la existencia de las otras afecciones indicadas. El aumento de albúmina en el líquido céfalorraquidiano, que alcanza la proporción de uno a dos por litro, y, en fin, el examen del repetido líquido, y, a la vez, el del suero sanguíneo, es decir, la reacción de Wassermann, constituyen medios de que debemos valernos para asegurar el diagnóstico de la enfermedad.

Esta reacción, cuyos fundamentos y técnica no hemos de describir, por ser bien conocidos, tiene una innegable importancia diagnóstica cuando es positiva, no así cuando no lo es; pudiendo decirse de ella, por lo tanto, que cuando afirma, afirma, pero cuando niega, no niega. Su valor aumenta asociada a la *dermorreación luética* de Noguchi, consistente en la aparición de una pápula algunas horas después, seis a veinticuatro, de inyectada intradérmicamente una substancia denominada *luetina*, extraída de cultivos muertos de espiroquetes.

No haremos sino una simple mención de otras reacciones hoy en boga para el diagnóstico de la parálisis general; v. gr., *la de Abderhalden*, que se funda en la comprobación en la sangre de fermentos específicos de defensa; *la reacción de Lange*, que se basa en la precipitación de la albúmina contenida en el líquido céfalorraquídeo por el oro coloidal; *la reacción de Nonne*, que consiste en el en-

turbiamiento que se observa mezclando, a partes iguales, líquido céfalorraquídeo y solución saturada de sulfato amónico; *la reacción de Noguchi,* precipitado en forma de copos, que se obtiene mezclando cinco partes de disolución, al 10 por 100, de ácido butírico y una de líquido céfalorraquídeo; en fin, *la reacción de Pandy,* precipitado blanco y denso, que se aprecia dejando caer una gota de dicho líquido sobre una disolución saturada de ácido nítrico contenida en un cristal de reloj que se coloca sobre un paño negro.

Mencionaremos, en fin, en algunas palabras, los caracteres diferenciales entre la enfermedad que estudiamos y aquellas otras que pueden con ella confundirse. De la locura maníaco-melancólica, bien el síndrome maníaco, ora el depresivo, tienen a veces ciertos puntos de semejanza con las formas expansiva y depresiva de la demencia paralítica; mas el maníaco melancólico no presenta, como el paralítico general, déficit psíquico y motriz progresivos, delirio difuso de caracteres demenciales, ni linfocitosis, hiperalbuminosis y reacción Wassermann positiva. La paranoia tiene su fisonomía clínica en la sistematización y en la parcialidad del delirio y no ofrece síntomas somáticos ni aumento de linfocitos ni de albúmina. En la neurastenia existe con exageración concepto del propio estado morboso y síndrome somático característico; en la epilepsia, signos de epileptoidismo y antecedentes; en el alcoholismo, alucinaciones visuales, posible regresión y curación y datos amnésicos; en la confusión mental, curso breve, síndrome confusional predominante y antecedentes propios también; en

la sífilis cerebral debe tenerse en cuenta el resultado favorable del tratamiento; en la demencia precoz, síntomas reaccionales significativos del hiperautomatismo; en fin, en las pseudoparálisis generales saturnina, alcohólica, etc., se comprueban, en verdad, síndromes paralíticos, difíciles de distinguir, a veces, del de la parálisis general genuina; mas, amén de los datos anamnésicos y de los síntomas pertinentes a la intoxicación respectiva, dichos síndromes no son progresivos e incurables, sino regresivos o más o menos estacionarios, y curables, por lo general, a beneficio de un tratamiento bien dirigido y tampoco existe en ellos aumento de albúmina y de linfocitos en el líquido céfalorraquidiano ni sobre todo Wassermann positivo.

Una vez descrita la parálisis general progresiva, nos ocuparemos de las restantes formas demenciales, demencia secundaria o vesánica, demencia orgánica y demencia senil, concretándonos a la exposición de un simple esquema clínico.

La *demencia vesánica* no es sino la fase terminal de buen número de psicopatías, entre las cuales constituyen excepción las locuras periódicas, las psicosis histéricas, y, en concepto de algunos autores, los delirios paranoicos crónicos, por más que la clínica nos haya enseñado lo contrario en no pocas ocasiones. En el síndrome demencial vesánico se dibujan, a veces, rasgos clínicos de la psicosis de que procede, y en líneas generales se caracteriza por disminución progresiva de la actividad intelectual, particularmente de la memoria de los hechos recientes o de fijación, pero perdiéndose también, en fases avanzadas, el recuerdo de los hechos anti-

guos, y observándose, además, debilidad de asociación, con incoherencia, y trastornos del juicio, cuyas dos cualidades esenciales, lógica y crítica, se pierden asimismo. Al propio tiempo se observan decaimiento progresivo de la actividad volicional y de los afectos, exteriorizado singularmente por apatía o irritabilidad, según se trate de dementes apáticos o agitados; indiferencia emocional, egoísmo, amoralidad, predominio de los instintos, puerilidad ideoafectiva, que se traduce por la regresión de la personalidad al estado infantil, tendencia a los actos inconscientes, anormales, impulsivos, etc., etc.

Es de notar que, contrastando con tales trastornos propios de la disminución progresiva de la actividad psíquica, de la ruina mental, que así puede denominarse en fases avanzadas, el somatismo del enfermo muestra en la mayor parte de los casos grandes apariencias de bienestar y de mejoría. Se restablecen el sueño y las funciones digestivas, aumenta el peso del cuerpo, la agilidad es mayor, grande también la satisfacción que el sujeto expresa, y, en suma, parece volver el paciente a la más completa normalidad. Mas dentro de la misma esfera física se aprecian, sin embargo, síntomas que no son sino, como los pertenecientes al dominio psíquico, la expresión de un organismo en plena decadencia, cuyos síntomas son, v. gr.: perturbaciones de reflectividad superficial y profunda, edemas y otros trastornos tróficos, astenia y pérdida de tonicidad de los esfínteres, con incontinencia consecutiva de orina y heces, fenómenos que constituyen el llamado *gatismo* por los autores franceses.

Los rasgos característicos de la demencia vesá-

nica pueden, por lo tanto, resumirse así: psicosis precedente, déficit psíquico progresivo, que en la esfera intelectual se significa, sobre todo, por debilidad de atención, amnesia anterógrada primero y retro-anterógrada después, asociación lenta e incoherente, pérdida de juicio, y en el orden de la afectividad y de las voliciones, por indiferencia, con irritabilidad o con apatía, predominio del automatismo reaccional y, en fin, disolución o pérdida de la personalidad. Tales síntomas psíquicos coexisten con otros somáticos, expresivos también de decaimiento o pérdida progresiva de actividad.

El diagnóstico de la demencia vesánica se fundará, en primer término, en el antecedente de enfermedad mental anterior. Para distinguir la demencia secundaria de la idiocia e imbecilidad, de la primera sobre todo, puesto que son afecciones más confundibles, habrán de tenerse en cuenta los datos anamnésicos: el idiota, como hemos dicho en otras ocasiones, y repitiendo la frase de Esquirol, ha sido un pobre siempre, mientras que el demente es un rico arruinado. La melancolía estuporosa será fácilmente diferenciada de la demencia por los antecedentes y el dolor moral retratado en el semblante del melancólico, así como por la inercia, el mutismo, etc. Por último, la mímica del confuso denota incertidumbre, distracción, no abobamiento ni pasividad, como la del demente, amén de que los antecedentes y el curso son muy distintos en la confusión y en la demencia.

Pocas palabras bastarán para hacer una sucinta descripción de la demencia mal denominada orgánica, porque orgánicas son, en realidad, todas

las demencias, no pudiendo justificarse semejante denominación sino para distinguirla de las otras formas demenciales. La *demencia orgánica* es, como la vesánica, secundaria; pero la primera, con relación a las lesiones cerebrales determinadas, y la vesánica, a psicopatías también preexistentes. Las lesiones encefálicas en las cuales se observa con mayor frecuencia el síndrome demencial son las hemorragias, reblandecimientos, arterioesclerosis, tumores y traumatismos, no teniendo, en realidad, dicho síndrome en sí caracteres que le sean propios, y debiéndose investigar, por tanto, los antecedentes personales del enfermo para el esclarecimiento de la base nosológica sobre la cual asiente la demencia. Se hallarán, pues, en los dementes orgánicos los trastornos peculiares a toda demencia, y, además, síntomas anteriores o actuales, significativos de lesión cerebral, formándose así el cuadro clínico: déficit intelectual progresivo, indiferencia emocional, apatía, irritabilidad, emotividad exagerada, risa y llanto espasmódicos, puerilismo ideoafectivo, regresión de la personalidad, trastornos de las reacciones por predominio del automatismo, y síntomas orgánicos encefálicos más o menos focales, preexistentes, o lo que es más raro, observados al propio tiempo que el síndrome demencial.

Nos resta, para terminar el estudio de las demencias, ocuparnos de la descripción de la *demencia senil*, síndrome que se observa desde los sesenta años en individuos predispuestos, a beneficio de taras hereditarias, traumatismos morales, miseria fisiológica, y muy particularmente, merced a infec-

ciones e intoxicaciones, figura entre las últimas, sobre todo, el alcoholismo. Todos estos factores etiológicos, al actuar sobre cerebros, en los cuales la edad de involución imprime huellas indelebles histológicamente caracterizadas por atrofia difusa de las células de la corteza cerebral con infiltración gránulopigmentaria, destrucción de fibras tangenciales y lesiones vasculares, como ateromasia arterial y degeneración grasosa de los capilares, dan lugar a la demencia senil, psicosis de involución, que se manifiesta clínicamente por la pérdida progresiva de toda actividad psíquica.

El demente senil atiende con muy escasa fijeza, percibe con cierta confusión, sufre ilusiones visuales en forma de falsos reconocimientos, y, a veces, alucinaciones que afectan casi siempre a la esfera acústica; asocia lenta y difícilmente, pierde la memoria, primero, de los hechos recientes, y después, también la retrógrada; su juicio se debilita y carece de lógica y de crítica; se torna irritable, díscolo, desconfiado, avaro, egoísta, pródigo a veces, anormal y raro en sus actos y conducta, impulsivo en unos casos, y apático en extremo, en otros.

De este bosquejo sintomático merecen llamar nuestra atención los trastornos de la memoria, del juicio y de la afectividad. Como desaparecen los recuerdos recientes porque se fijan mal las impresiones actuales, y se conservan en un principio los hechos antiguos, el demente senil y el senil no demente, puesto que en este punto no cabe verdadera distinción, siendo fisiológica la ley de regresión de la memoria que de dicho modo se caracteriza; como el senil, repetimos, conserva íntegros los recuerdos

pasados y no fija ni evoca los hechos del presente, muestra gran predilección por los primeros y un marcado desdén por todo lo actual, resultando así explicada la machaconería y el atraso en que, con respeto a las ideas y costumbres, suele vivir el viejo. La debilidad de su juicio, la ausencia de lógica, de auto y heterocrítica, son causa también no sólo del modo raro y anómalo de pensar del senil, sino de las perturbaciones de la conducta y de los actos, de los trastornos afectivos antes indicados. del infantilismo, en fin, tan frecuente en tales individuos.

Existen dos formas de esta afección: la demencia senil agitada y la demencia senil apática. El *demente senil agitado* sufre perturbaciones psicosensoriales, o, lo que es lo mismo, ilusiones y alucinaciones, y, además, desorientación parcial o total, delirio cuyo tema puede ser persecutorio, hipocondríaco, megalomaníaco, melancólico, ansioso o sin angustia, pero no sistematizado, por lo general, y, en fin, agitación motriz, a veces viva, determinando entonces impulsiones violentas. El *demente senil apático* presenta menor actividad, así en lo intelectual como en el dominio de los afectos y de las voliciones: es indiferente, pasivo, inerte a toda impresión exterior y a todo sentimiento, escaso o nulo de reacciones, aun de las automáticas, regresando su personalidad al estado en que se encuentra en los primeros años de la vida, cuyo *puerilismo mental* suele ser trastorno predominante.

Dentro de ambas formas fundamentales de demencia senil, cabe admitir subformas o tipos clínicos, entre ellos el maníaco, el delirante simple, el

delirante paranoico, el confusional y el melancólico; variedades que, como es fácil comprender, resultan del predominio de los síntomas respectivos.

Bueno será recordar que sin debilitación psíquica ostensible pueden presentarse en los viejos, y terminar a veces por la muerte, accesos agudos y transitorios de confusión, desorientación total, es decir, extensiva a la vez a las nociones de tiempo, lugar y persona, y alucinaciones, cuyos accesos, que tienen cierta semejanza con los de *delirium tremens,* constituyen la denominada *presbiofrenia* por Wernicke, síndrome que coexiste con polineuritis, y debe, por lo mismo, considerarse como la forma crónica de la psicosis polineurítica de Korsakoff cuya afección la hemos estudiado entre las toxifrenias.

El diagnóstico de la demencia senil se fundará en los principales síntomas antes mencionados: déficit intelectual progresivo, singularmente en lo que respecta a las funciones de atención, asociación, memoria y juicio; trastornos psicosensoriales, ilusiones sobre todo; delirio proteiforme e incoherente, a veces sistematizado; perturbaciones afectivas, entre ellas indiferencia, egoísmo e hiperemotividad; agitación, regresión de la personalidad o puerilismo mental, y, en fin, signos somáticos seniles, como atrofia de la piel, que aparece en consecuencia seca y arrugada, círculo pericorneano, astenia, temblor, ateromasia, babeo, etc.

Sólo mencionaremos, por último, los rasgos diferenciales más salientes entre la demencia senil, la locura maníaco-melancólica y las demencias orgánica, vesánica y paralítica. La locura maníaco-

depresiva es rara en los viejos, pero puede observarse en ellos, y la distinción principal con la demencia senil estriba en que en ésta se presentan síntomas inequívocos de debilitación psíquica que no se observan nunca en el maníaco-melancólico. En la demencia orgánica existen síntomas de foco; en la demencia vesánica, antecedentes de una psicosis anterior; en la parálisis general, en fin, signos físicos característicos que coexisten con los demenciales, y linfocitosis y aumento de albúmina en el líquido céfalorraquídeo, así como reacción Wassermann positiva.

Como apéndice al precedente estudio, deben describirse las demencias debidas a encefalopatías distróficas difusas de origen arterial, divididas por Truelle, con referencia a los trabajos de Levi sobre la demencia senil, en tres variedades: destrucción cortical senil de Alzheimer, encefalitis subcortical crónica de Binswanger y demencia arteriosclerósica del mismo autor.

La *destrucción cortical senil de Alzheimer* se caracteriza por focos aislados de reblandecimiento, ataques apopletiformes y excitación consecutiva momentánea; observándose este cuadro, por regla general, asociado a la demencia senil.

La *encefalitis subcortical crónica de Binswanger* tiene como rasgos clínicos esenciales los ataques vertiginosos apopletiformes y epileptiformes, síntomas de foco variables, como afasias, disartrias, monoplejias, hemiparesias, trastornos pupilares, etc., etc.; comprobándose, además, perturbaciones psíquicas, v. gr., dificultad de asociación de las ideas y de las asociaciones verbales, que co-

existen durante largo tiempo con la conservación de la conciencia de la propia enfermedad.

En la *demencia arteriosclerósica de Binswanger*, se observan alteraciones vasculares de la sustancia blanca y otras degenerativas, también de origen vascular, de la corteza cerebral. La coexistencia de lesiones en foco medulares y corticales constituye clínicamente la forma común de la arteriosclerosis cerebral grave, llamada por Binswanger atrofia cerebral arteriosclerosa, pudiendo incluirse en este grupo, según Truelle, la parálisis general artrítica de Klippel, afección esencialmente degenerativa.

La *enfermedad de Alzheimer* constituye otra modalidad anatomoclínica, propia de la edad presenil, caracterizándose por atrofia cortical y esclerosis neuróglica, cuyas lesiones anatómicas se exteriorizan clínicamente por trastornos demenciales progresivos, entre los que predominan la confusión mental crónica, con pérdida de la atención orientación y memoria, la afasia, parafasia, agnosia y falsa apraxia ideatoria o simbólica; en algunas ocasiones, delirio de escasa intensidad, así como trastornos psicosensoriales, y, en fin, con cierta frecuencia y en período terminal, ataques epileptiformes.

## XXIX

## Terapéutica de las psicopatías.

Tan sólo a grandes rasgos, y bajo un aspecto esencialmente práctico y de conjunto, podremos ocuparnos del tratamiento de las psicopatías, capítulo el más extenso de la especialidad psiquiátrica, pero problema el menos claro de la ciencia de curar; estudio que si por su gran amplitud no puede abarcarse en pocas líneas con el necesario detalle, y que habremos de limitar a una rápida ojeada, por lo ingrato de sus resultados, en cuanto a los obtenidos con buena parte de los agentes profilácticos y curativos más en uso, es siempre motivo de honda preocupación para el mentalista.

La Terapéutica de las enfermedades mentales, como la de los demás grupos nosológicos que estudia la Patología, tiene dos distintos aspectos, se propone dos fines diversos: prevenir y curar. La terapéutica profiláctica previene, evita, establece reglas para impedir que el mal haga su aparición; la terapéutica curativa, ante el hecho morboso, en presencia del mal ya inevitado, trata de combatirle, se propone el restablecimiento de las funciones a su modo de ser fisiológico.

Concretándonos de momento a la primera parte de nuestro estudio, la profilaxia de la locura, empezaremos por afirmar que pudieran establecerse

en este punto bases fundamentales, preceptos suficientemente eficaces para que el número de alienados, cada día más aterrador, por las desastrosas condiciones en que hoy se desenvuelve la vida, hubiera de reducirse de modo muy considerable. El alcoholismo y la sífilis; el desgaste de actividad y los traumatismos morales, que son el resultado de la lucha por la existencia; el factor hereditario, en fin, que representa el desenvolvimiento, a beneficio de elementos etiológicos de muy distinta índole e intensidad, o sin motivo aparente, de la acción de aquellos agentes nocivos transmitidos por el germen, constituyen en términos generales, males evitables, forman un grupo de causas psicomorbosas, contra el cual la intervención bien entendida del higienista, del legislador y de la sociedad entera habría, en efecto, de producir beneficiosos e inmediatos resultados. Por lo que se refiere, v. gr., al alcoholismo, no hay más que examinar las estadísticas para convencerse de que en los establecimientos frenocomiales un número muy considerable de recluídos son alcohólicos; de alcohólicos se nutren los presidios, los hospitales; la historia del crimen relata en cada página un hecho delictivo cuyo protagonista fué un alcohólico; la crónica diaria refiere siempre no pocos hechos contra la moral, contra las costumbres, cuyos autores son alcohólicos. ¡Y aún suelen con frecuencia ponerse en vigor disposiciones que facilitan el consumo de agente tan nocivo!

Otro punto de entidad que entre todos lo indicados merece también especial mención es el de la herencia, porque si el legislador se preocupase de dictar disposiciones de acuerdo, como es lógico,

con los preceptos médicos, en asunto de tan vitalísimo interés, la degeneración no sería la bola de nieve que, rodando de padres a hijos y de hijos a nietos, aumenta visiblemente de proporciones e imprime su morbosa e indeleble huella con más intensidad cada vez, hasta llegar al grado más inferior de imperfección somática y psicológica. Las leyes debieran prohibir el matrimonio, en primer término, y sin excepciones, entre consanguíneos, pero también entre aquellos seres que hubieran sido alienados o en los cuales un reconocimiento en debida forma demostrara la presencia de signos inequívocos de degeneración o de síntomas de padecimiento mental. De otro modo, se suman factores etiológicos, elementos de predisposición, y la locura no necesita para desenvolverse si no la siembra en terrenos tan a propósito, que se deposite la semilla, llámese ésta emoción, agotamiento, intoxicación, etc., en un medio de cultivo tan adecuado.

Los preceptos higiénicos rigurosamente establecidos, así en lo que concierne a la salud general como a la evitación de causas morales, serán, pues, nuestro objeto preferente cuando debamos intervenir en asuntos de profilaxia mental. Si preceptuamos la más cuidadosa vigilancia de los individuos predispuestos, sobre todo durante la época infantil de los mismos, recomendando que se atienda con predilección a su desarrollo corporal, y se prescinda de someterles a trabajo psíquico excesivo; si se les sujeta a plan alimenticio adecuado, prescribiéndoles también la vida al aire libre exenta de emociones; si se observa el mayor rigor en contrarrestar sus tendencias morbosas, sus apetitos desmedidos,

sus pasiones apenas iniciadas; si, además, una sana dirección a su debido tiempo encauza sus aptitudes, reglamenta, en consonancia con los adelantos de la pedagogía médica, y en la medida e intensidad necesarias, el desarrollo de su actividad psíquica; si, en resumen, a fuerza de buenos medios de cultivo, modificadores de un terreno morboso, procuramos vigorizar la planta, proporcionándole savia abundante y saludable que comunique nueva vida a sus futuros brotes, a la vez que favorezca la eliminación de sus tallos enfermos, habremos realizado una gran obra, poniendo en práctica todo lo que la profilaxia mental se propone.

La terapéutica curativa de las psicopatías comprende el medio en que debe tratarse al enfermo y los diversos agentes higiénicos, físicos, psíquicos y farmacológicos de que, según los casos, podemos valernos con dicho fin.

Con respecto al medio en que debe efectuarse la asistencia del alienado, lo ideal parece, a primera vista, que habría de ser la asistencia familiar. Mas esto sólo es posible en muy contadas ocasiones, v. gr., cuando el enfermo no es peligroso para sí mismo o para quienes le rodean; cuando su delirio es poco activo y, dada su propia índole, no hace temer reacciones de ofensa o de defensa; en los casos en que pueda efectuarse una constante vigilancia o en aquellos otros en los cuales el sujeto, no ejerciendo ascendiente alguno sobre las personas con quienes conviva, se someta por completo a los cuidados y prescripciones que hayan de ser establecidos; en fin, cuando deban ponerse en práctica medios de tratamiento de que no sea posible disponer

sino en un establecimiento a propósito. Fuera de estas ocasiones se impone la reclusión, se hace necesario separar al alienado de aquel ambiente de familia, si insustituíble siempre desde un punto de vista que podemos denominar afectivo, peligroso, perjudicial en todos sus demás aspectos. Nada hay tan eficaz como alejar al delirante del punto donde hubo de encenderse su delirio; que rodearle de una atmósfera de tranquilidad, de sosiego, de indiferencia, si puede decirse así, respecto a sus sufrimientos, pero a la vez de los cuidados necesarios, y, sobre todo, de severa reglamentación. Fuera del medio en el cual se desarrolló su trastorno, libre de aquellos estímulos que alimentaban su excitación, disponiendo de ancho espacio para dar rienda suelta a su exagerada actividad psicomotriz, el agitado no constituye, por lo general, un ser peligroso; antes bien, encuentra pronto alivio la exagerada funcionalidad de su psiquismo. Por último, y para no citar más que otro ejemplo: el melancólico en el seno de la familia, en el ambiente social en que imagina ser causa de los males ajenos, y en donde le es fácil burlar toda vigilancia, dispone de toda clase de medios para acabar con una vida que constituye para él verdadero tormento.

En tales casos, y en tantos otros que pudiéramos citar, no hay más que un camino: la reclusión, bien en casas de salud así denominadas, ya en establecimientos frenocomiales, donde a una rigurosa y especial vigilancia se suman otros medios de peculiar tratamiento para los afectos mentales, según su diversa índole. El manicomio moderno debe ser no un hospital, no un simple albergue para enfermos,

sino una población de alienados, en la que sólo figure como uno de tantos que se destinan a distintos fines, el pabellón de enfermos somáticos, la enfermería para asistencia de las enfermedades generales. Vastísima extensión de terreno, amplios parques cruzados de largas avenidas, recreos al aire libre; tapias ocultas, bajas, que no impidan la vista, que no recuerden la reclusión; y contenidos en este gran espacio, sembrados aquí y allá, pabellones numerosos en donde se agrupen los desvalidos de la razón formando núcleos prácticamente bien entendidos, de agitados, de tranquilos, de sucios, de epilépticos, de deficientes; distintos departamentos para servicios generales, para aislar determinados enfermos, etc., etc.

Formando parte de las prácticas de rigor en la asistencia manicomial, deben mencionarse dos métodos desde hace tiempo instituídos y que representan la corriente moderna acerca del tratamiento de la locura. Antes, todo eran espacios cerrados, fuertes rejas, lugares lóbregos para el desventurado que padecía de la mente, y aun se sumaban a sistema tan inhumano los medios de contención; el loco no era considerado como un enfermo, sino como un ser peligroso, y no sólo se le recluía en locales reducidos, en estrechas celdas, sino que se le aplicaban medios mecánicos de contención. Hoy se ha reaccionado contra prácticas tan despiadadas y contraproducentes, demostrando la experiencia que nada hay tan beneficioso en la terapéutica de la locura como una *vigilada libertad* y *no sujetar* al enfermo. El *open door* y el *no restraint* obedecen a tales principios. La puerta abierta exige una esme-

rada vigilancia; de la vigilancia depende que en los manicomios no se observen suicidios ni homicidios y que no haya fugas sino en una exigua proporción, y bien explicable, pues que dicho régimen es el más a propósito para que las fugas se efectúen. La prohibición de sujetar a los enfermos se sigue hoy con el posible rigor, demostrado como está que cuanto más se sujeta al que sufre agitación tanto más aumenta ésta. Pero ambos medios, tan necesarios, tan humanos, tienen sus restricciones, porque claro es que la libertad sólo puede ser relativa y que hay que someter a los enfermos, cuando su agitación lo exige, a procedimientos contentivos, no ciertamente mecánicos o de fuerza, pero sí que logren dominar la situación en tanto otras medidas terapéuticas más fundamentales, pero de acción más lenta, no puedan ser aplicadas con éxito. El aislamiento, la clinoterapia con una vigorosa vigilancia, los baños templados prolongados cuanto sea necesario, y en fin, los sedantes, hipnóticos, etc., etc., serán empleados con éxito en tales casos.

El régimen de puerta abierta *(open door)* se practica, sobre todo, por medio de los asilos colonias, establecimientos mixtos, donde se hermana una saludable libertad con un bien dirigido tratamiento individual, merced a numerosos pabellones aislados y al personal médico y de plana menor idóneos y en número suficiente. Pero donde se realiza cuanto puede apetecerse en el régimen de puerta abierta es en las denominadas colonias familiares, de las cuales citaremos la de Gheel en Bélgica, que cuenta con más de quince mil habitantes y está situada en una zona arenosa rodeada de bosques. El

enfermo, a su ingreso en la colonia, permanece en un edificio destinado a observación, y tan pronto el Médico Director lo considera posible, se le destina a uno de los mil quinientos hogares o casas de familia que existen al efecto, procurando hacer una buena selección de las personas con quien deba vivir el alienado, en consonancia con los medios de vida y los hábitos del mismo. La reglamentación de la colonia es, como se comprende, muy severa, y no se perdona detalle alguno para el bienestar, la vigilancia y la curación, en fin, del enfermo. Los resultados favorables responden cumplidamente a este bien entendido sistema de tratamiento.

Podemos, pues, según los casos y circunstancias, asistir a nuestro paciente en su propio hogar, en el manicomio, en el asilo colonia, en la colonia familiar, en otros establecimientos especiales, en fin. Veamos ahora cuáles son los medios o agentes terapéuticos de que podremos disponer para hacer efectivo el tratamiento. Tales agentes pueden dividirse en preventivos y curativos; los primeros pertenecen a la higiene, y no necesitamos detenernos en su descripción; los agentes curativos se dividen, a su vez, en psíquicos, físicos y farmacológicos.

Los agentes psíquicos constituyen la psicoterapia, pudiendo admitirse, con Grasset, una psicoterapia inferior o terapéutica por la sugestión, y otra superior o total, que está representada por el razonamiento, la persuasión, la reeducación, las ocupaciones, distracciones, lecturas, etc., etc. Hay que convenir en que, bien dirigido, es un recurso terapéutico de primer orden en buen número de enfermedades mentales, sobre todo en las de origen neu-

rósico, en ciertas formas de melancolía y en las obsesiones. Por lo demás, psicoterapia es en cierto modo colocar al enfermo en el medio adecuado para el tratamiento de su dolencia, rodearle de los cuidados que su curación exige; hacer que cumpla minuciosamente las prescripciones reglamentarias; tratar de inspirarle respeto, a la vez que confianza y afecto, ganar su voluntad, llevar a su ánimo el convencimiento en unos casos, el consuelo y la esperanza en otros, etc., etc. Véase, pues, si, fundándose en bases tan amplias como sólidas el indicado agente terapéutico, no podrán obtenerse de él efectos positivos, sobre todo cuando un estudio detenido del enfermo y de sus condiciones nos pone en camino de escoger los procedimientos más seguros para la eficacia del repetido método curativo.

Los agentes físicos forman un grupo muy numeroso de medios de tratamiento de las psicopatías. El agua, la electricidad, la luz son otros tantos recursos de que dispone la terapéutica mental. La hidroterapia es de todos ellos el más antiguo y conocido, y podemos añadir el más eficaz, cuando se maneja hábilmente. Mas no debe usarse como medio de contención, ni mucho menos para reducir al agitado. La *ducha fría* tiene indicaciones muy limitadas, v. gr., como tónica en ciertos síndromes depresivos, contando, de todos modos, con un buen estado de fuerzas para hacer posible una reacción saludable. La *ducha templada* puede, por el contrario, emplearse en numerosos casos, sobre todo en los de excitación. La *sábana húmeda* constituye un poderoso sedante en los estados hiperfrénicos: para aplicarlo se envuelve al enfermo con una sá-

bana empapada en agua fría, y después con una o dos mantas de lana, y durante dos o cuatro horas se le tiene así envuelto y acostado en el lecho. Este mismo procedimiento, pero muchísimo más breve, aplicando la sábana mojada algunos minutos y sustituyéndola con una manta seca, produce una relativa excitación, y está indicado, por lo mismo, en los estados depresivos.

Pero de todos los recursos hidroterápicos, el que tiene más utilidad es el baño prolongado. La temperatura del agua debe oscilar entre 28 y 34°; el tiempo de duración, circunstancial, desde una o dos horas a días y semanas. Nada yugula mejor que el baño permanente los estados de gran agitación; y, por otra parte, nada tampoco menos perjudicial, si se confía a manos expertas.

La electricidad no tiene hasta hoy muchas indicaciones en terapéutica mental. El baño estático, por su efecto sedativo, se emplea en la manía; los efluvios y chispas, también franklinianas, por su acción excitante, se usan en la melancolía. La galvanización cerebral se aconseja en los síndromes obsesivos, y sobre todo en las alucinaciones acústicas. En fin, la alta frecuencia, como medio regulador del metabolismo, puede ser también un poderoso recurso terapéutico; mas sus indicaciones son aún poco conocidas.

Dentro del grupo constituído por los agentes físicos, debe hacerse especial mención de un medio muy preconizado, y con justicia, en determinadas afecciones de la mente. Nos referimos al *encamamiento* o *clinoterapia*, es decir, a la permanencia del enfermo en el lecho por un tiempo impreci-

sable, *a priori*, pero generalmente largo. Este método tiene sus verdaderas indicaciones en los estados depresivos, y se usa menos en los síndromes hiperfrénicos, no por su ineficacia en ellos, sino por las dificultades inherentes a la agitación psicomotriz.

Los agentes farmacológicos empleados en clínica psiquiatría son innumerables; mas su indicación es puramente sintomática. Citaremos los tónicos generales o con mayor o menor electividad sobre el sistema nervioso, v. gr., los arsenicales, el grupo de los medicamentos que contienen fósforo, incluyendo el ácido nucleínico y los nucleinatos; los sedantes e hipnóticos, por ejemplo, los bromuros, cloral, hipnal, sulfonal, adalina, veronal, dormiol, isopral, duboisina e hioscina; los yoduros, en sus numerosas formas de administración; además, el suero fisiológico y la opoterapia, esta última gozando en la actualidad de gran boga, si bien sus resultados sean muy inciertos.

Hechas estas consideraciones generales acerca de la terapéutica de las psicopatías, ocupémonos, siquiera haya de ser muy brevemente, del tratamiento especial de las que son de más frecuente observación en la clínica.

La idiocia es incurable, pero puede evitarse con medidas rigurosas de higiene, que impidan, v. gr., el alcoholismo de los ascendientes, gran factor etiológico, y también la sífilis, infecciones y neuropsicopatías.

El tratamiento médico-pedagógico exige establecimientos especiales y personal idóneo.

Debe atenderse, en primer término, a la que de-

nomina Barbé educación fisiológica, que se refiere a regularizar y ejercitar todas las funciones del organismo, muy singularmente las de los sentidos, y, de un modo especial, la función fásica o de la palabra. La educación de las distintas funciones psico, lógicas debe comenzar por la de la atención en sus tres modalidades: visual, auditiva y táctil. El desarrollo de la atención a beneficio de medios adecuados, verbigracia, proyecciones, colores, volúmenes, letras, cifras, para la atención visual; ruidos, voces, para la auditiva; comparación entre lo pesado y ligero, lo frío y caliente, etc., para la táctil, traerá como consecuencia la percepción, la asociación de ideas, con la indispensable intervención de la memoria. En fin, la reflexión y generalización, así como el juicio y la función imaginativa, exigirán, por su mayor complejidad, una larga y detenida labor médico-pedagógica, en la cual entrarán como principales factores la educación de las sensaciones, percepciones e ideas y las lecciones de clase (Bourneville), teniendo en cuenta, con respeto a estas últimas, y según este autor, que para que el idiota adquiera las nociones más usuales, es preciso no dejar nada en él, sobre él y alrededor de él ignorado, y completar las demostraciones por proyecciones y por la mesa giratoria.

El síndrome manía exige, en primer término, una terapéutica de reposo intelectual y afectivo, sin desatender, como es consiguiente, a la agitación motriz propiamente dicha. El aislamiento del enfermo, rodeándole de toda clase de cuidados necesarios, en un lugar o asilo apropiados, donde, a la vez que disfrute de un ambiente de tranquilidad,

se encuentre libre de todo estímulo, lejos de los numerosos excitantes del sistema nervioso que son inherentes a la vida en sociedad, al bullicio de las grandes urbes; la privación absoluta, en fin, de todo afecto familiar o dieta afectiva, realizarán fácilmente el indicado principio terapéutico primordial. El encamamiento o clinoterapia, tan prolongada como sea necesario, cumplirá una utilísima indicación como calmante, y como medio de conservar las fuerzas, y de facilitar considerablemente la vigilancia. Una alimentación bien reglamentada y nutritiva, pero exenta de alimentos excitantes o de difícil digestión; la hidroterapia, en forma de baños tibios, prolongados, según sea necesario, desde algunas horas a varios días, en los casos de gran intensidad del síndrome, y, por último, los medios farmacológicos antes citados, sedantes o hipnóticos, pero singularmente los bromuros, el cloral, el veronal y, sobre todo, el clorhidrato de hioscina, dos centigramos en veinte gramos de agua, para inyecciones hipodérmicas, y comenzando por media jeringa de capacidad de un gramo (medio miligramo), para llegar a una o dos, rara vez más, en las veinticuatro horas, o las inyecciones de Sedol, muy usadas en la actualidad (morfina y bromuro de escopolamina), completarán el conjunto de indicaciones que deben ponerse en práctica.

La melancolía debe tratarse por medio del aislamiento y la clinoterapia y de una alimentación abundante y nutritiva, apelando a la sonda por vía bucal o nasal en caso de sitiofobia; por los baños prolongados y por los medicamentos hipnóticos y sedantes, pero singularmente por el opio, admi-

nistrado a dosis progresivas (diez a sesenta y más gotas de láudano al día, o pantopón, por vía hipodérmica), en casos de agitación o angustia; por el tratamiento moral, en forma de sugestión, durante la convalecencia únicamente; en fin, por los tónicos a base de arsénico y fósforo, según los casos, y por los medios adecuados para combatir los trastornos gastrointestinales y los fenómenos de autointoxicación que suelen observarse en los síndromes depresivos.

En la confusión mental es de rigor también el encamamiento y la alimentación fortificante a base de jugo de carne, huevos, leche, sopas, purés, etcétera. Como medicación se apelará a los medios de desintoxicar el organismo, entre ellos muy principalmente a las inyecciones de suero artificial (300 a 500 gramos diarios de suero de Hayem, verbigracia), que favorecen la diuresis y elevan la presión arterial.

Los arsenicales y fosforados, por vía subcutánea, como reconstituyentes, podrán, en ciertos casos, prestar grandes servicios, y la balneación tibia, los sedantes y los hipnóticos serán empleados cuando los síntomas de agitación lo exijan.

En el morfinismo, como en toda toxifrenia exógena, la terapéutica consiste fundamentalmente en la privación del tóxico, y, secundariamente, en sostener el corazón y, en general, las fuerzas del enfermo. De los tres métodos, el brusco, recomendado por Levinstein; el rápido, de Erlenmeyer, y el lento, llamado método francés, debe recurrirse al rápido, que, según nuestra experiencia, es el de mejores resultados. Para ello, y conocida la dosis

que el enfermo se venía administrando, se reduce ésta a la mitad, haciéndose cada día igual reducción con respecto a la dosis de la víspera, hasta llegar a una dosis mínima, que se suprime bruscamente. La intensidad de los fenómenos de abstinencia es, a veces, alarmante en estos últimos días, pero los tónicos cardíacos y estimulantes difusibles triunfarán con facilidad de la situación. Nosotros administramos preventivamente el sulfato de esparteína, a la dosis de dos a cuatro centigramos, desde el primer día, o también una ampolla diaria de aceite alcanforado. En fin: la alimentación debe ser nutritiva y bien reglamentada, y como medio de prevenir los trastornos gastrointestinales, se emplearán dos a cuatro gramos diarios de bicarbonato sódico. Este tratamiento, tan a grandes rasgos expuesto, es realmente eficaz, y la demorfinización se consigue en un período de una a dos semanas; mas la recidiva es la regla, y con objeto de evitarla en lo posible, permanecerá el enfermo en el sanatorio, sujeto a una rigurosa vigilancia y a un régimen esencialmente tónico, durante unas seis a ocho semanas después de haberse conseguido la privación total del tóxico.

El tratamiento de la esquizofrenia o demencia precoz no tiene, según Deny, hasta la hora actual sino dos aspectos, profiláctico y sintomático. La profilaxia consistirá en una rigurosa higiene intelectual, moral y física, observada en el período de transición de la infancia a la adolescencia, en los individuos de tara hereditaria psicopática. En los casos de hipotiroidismo, opoterapia tiroidea y genital. Los preparados de hierro y arsénico podrán

alternarse con dicha medicación. El tratamiento sintomático es el de la agitación y depresión, ya indicados anteriormente.

El nucleinato de sosa, tan preconizado por algunos autores, a dosis progresivamente aumentadas, comenzando, v. gr., por cinco o diez centigramos en cinco o diez gramos de suero fisiológico, que provoca intensa reacción febril, e inyectando, pasada ésta, nuevas y mayores dosis, aumenta ciertamente la función fagocitaria, pero a dosis grandes, no exentas de peligro, y si se usa en dosis pequeñas, no tiene sino una mediana acción reconstituyente. En los numerosos casos de esquizofrenia que hemos tratado por este procedimiento, no hemos obtenido resultado alguno.

Y terminaremos tan rápida ojeada de terapéutica mental exponiendo brevemente cuanto puede y debe hacerse en el tratamiento de la parálisis general progresiva, enfermedad de origen sifilítico, y cuya profilaxia se hallará, por lo tanto, en evitar esta infección o en tratarla precoz y activamente; pero en cuya curación, no obstante el empleo de los medios más preconizados para combatir la sífilis, no se ha adelantado un solo paso, a pesar de los numerosos trabajos que vienen efectuándose desde hace algún tiempo y de las grandes esperanzas basadas en los mismos. Desgraciadamente, así resulta de nuestra propia experiencia, pues la administración de todas las formas conocidas de mercuriales y iodurados, estos últimos reconocidos hoy como ineficaces, ya que no perjudiciales, por la mayor parte de los autores; el uso del salvarsán y sus derivados por vía endovenosa y el del autosuero mercurializa-

do por vía intrarraquídea, tan recomendado en la actualidad por algunos clínicos, no han hecho sino sentar los jalones de una terapéutica que, perfeccionándose merced a nuevas experiencias, podrá quizá en lo futuro producir buenos resultados, si, sobre todo, se logra hacer el diagnóstico precoz de la enfermedad, en cuyo caso, y lógicamente pensando, habría de ser más eficaz el empleo de tales medios de combatir un mal que, en la hora presente, lleva en su enunciado diagnóstico la afirmación de absoluta incurabilidad.

No existe, pues, otro tratamiento de la parálisis que el sintomático, cuyas principales reglas son: vida de reposo intelectual y moral; ejercicios físicos moderados, alternando con temporadas de quietud; higiene severa de la piel y mucosas; buena alimentación; vida al aire libre, etc. Contra los ictus congestivos, tan frecuentes en la mayor parte de los casos, purgantes drásticos, emisiones sanguíneas locales y aun generales, vasoconstrictores, alimentación láctea, etc. El colchón de aire o agua y el cambio de decúbito serán indispensables para el tratamiento de las úlceras por decúbito, cuya mejor terapéutica la constituyen las soluciones de nitrato de plata al 1 por 200.000 y la helioterapia. En fin, los síndromes, agitación, depresión, confusión, el insomnio, la sitiofobia, etc., serán tratados por los medios convenientes y que quedan expuestos en las páginas anteriores.

FIN

FERNÁNDEZ Y CUESTA

# LA PSIQUIATRÍA DEL MÉDICO PRÁCTICO