

El *cretinismo* es un idiotismo endémico en ciertos valles, caracterizado por la degeneración física y moral del individuo, una suspensión del desarrollo más ó menos completa y una íntima conexión con la caquexia bociosa. Se reconocen tres grados de él. Hé aquí como los describe Ferrus:

1.º *Cretinosos*, que tienen la conciencia de sus sensaciones, aun de compararlas, de apreciar sus relaciones ó su semejanza, pueden en rigor bastar á los cuidados de limpieza, adquirir algunas nociones elementales y dedicarse á trabajos de una aplicación superficial.

2.º *Semi-cretinos*: palabra embarazosa, confusa y gutural también; sentido obtuso, inacción, no pueden aprender á leer ni contar y muy pocas veces se puede obtener algún servicio de ellos.

3.º *Cretino completo*: pertenecen mucho más á la vida vegetativa que á la humana. Facultades cerebrales nulas; sensaciones incompletas; ningún germen, ni vislumbre de afección ni moralidad; ninguna manifestación del instinto de conservación, ni tampoco del de propagación, tan desarrollado en los semi-cretinos y principalmente en los cretinosos.

Los caracteres físicos no son menos marcados: la comisión sarda los ha examinado largamente; son para los principales una conformación defectuosa del cráneo, que se ve aplastado en las regiones anterior y posterior y ensanchado lateralmente; frente estrecha, con una depresión supra-orbitaria, señalada por Cerise; tórax estrecho, miembros delgados ó muy gruesos y como edematosos, músculos flojos; órganos genitales ó muy pequeños ó de un grosor desacomunado; vientre colgando sobre los muslos y una laxitud tal de tegumentos, que apenas pueden sostener los intestinos en la cavidad abdominal (1).

*Etiología*.—El desarrollo del cretinismo en ciertas comarcas, en condiciones topográficas idénticas, en el fondo de los valles, se ha referido desde hace mucho tiempo al clima y á la cualidad de las aguas de que se sirven los habitantes. Estas aguas, analizadas por Grange, Chatin y muchos otros también, contienen sales de magnesia, á las que se le atribuye todo el mal. La comisión sarda, que ha sometido todas las causas á la más severa discusión, ha llegado á concluir que las causas del cretinismo se refieren: 1.º á condiciones locales permanentes, resultantes de la atmósfera, al suelo y á las aguas; 2.º á condiciones accidentales que derivan de las costumbres, de los hábitos privados, del modo de vivir y de la educación; 3.º á condiciones individuales, á las cuales se deben referir particularidades de concepción y herencia.

De esta enumeración se deduce el tratamiento, el cual debe dirigirse á modificar la higiene pública y privada; sanear las localidades, desarrollar el cultivo, desmontar los terrenos incultos y cubiertos de

(1) Ferrus, *ouv. cité*.

detritus vegetales que en ellos depositan las lluvias torrenciales y la fusión de las nieves, hacer que el aire y la luz penetre en las cabañas; prevenir por una vigilante intervención los casamientos de cretinos entre sí y facilitar el cruzamiento de la raza de la montaña con la del valle; modificar las costumbres, moralizar por el trabajo y por la educación puesta al alcance de inteligencias pobres, pero susceptibles de desarrollarse, como lo ha dado á conocer muy bien Cerise, tales son los medios morales propiamente dichos á beneficio de los cuales se puede luchar contra el cretinismo endémico.

En cuanto á las medidas que deben tomarse con el individuo, son también higiénicas: alimento nutritivo, bebidas tónicas, agua iodada, ferruginosa, adición de ioduro de potasio á la sal común, etc.

## ARTÍCULO V.

### FORMAS COMPLEJAS DE LA LOCURA.

Hasta ahora no hemos dado á conocer más que las grandes divisiones de la locura; pero no podemos pasar en silencio ciertas variedades, tales como la locura de doble forma, la puerperal y la alcohólica.

1.º *Locura de doble forma* (Baillarger); *circular* (Falret) (1).—Esta locura está caracterizada por la sucesión de los dos estados melancólico y maniaco, con un período de remisión intercalado, cuya duración es más ó menos largo. No insisteremos más en esto, porque no haríamos más que reproducir lo que hemos dicho de la escitación maniaca y de la depresión melancólica; pero diremos que el pronóstico de la locura circular es bastante más grave que el de las manías y de las melancolías. Su incurabilidad es la ley casi fatal.

2.º *Locura puerperal* (2).—Esta denominación comprende todos los delirios crónicos que se presentan, ya en el curso del embarazo, ya en las recién paridas y las nodrizas. Durante el embarazo, la locura permanece más bien en la clase de locuras simpáticas. Desaparece con el parto y se presenta tan pronto casi inmediatamente después de la concepción, como en una época más lejana, y bajo la influencia de causas especiales, entre las cuales juegan un gran papel las causas morales.

El momento en que el delirio aparece el mayor número de casos, es después del parto, en los ocho ó diez días siguientes, ó en la época de la reaparición de las reglas; delirio que puede atribuirse á la conmoción nerviosa profunda y á la debilidad que resultan del

(1) J. P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Leçons cliniques et considérations générales. Paris, 1864, p. 337 et 456.

(2) Marcé, *Tratado de la folie des femmes encintas, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris 1858.

trabajo de la parturición. La mujer está tanto mas espuesta á él, cuanto mas considerable ha sido el número de embarazos anteriores ó que estos hayan sido muy frecuentes. La forma maniaca es la que predomina. Un hecho curioso, indicado por los autores que se han ocupado especialmente de estas materias, es que el sexo del niño ha parecido influir sobre el desarrollo de la locura de la madre, tanto que, ciertas mujeres que han tenido muchos niños varones y hembras, han sido acometidas de delirio maniaco despues del nacimiento de los niños y su salud no se ha resentido por las niñas. No es posible dar una esplicacion satisfactoria de esto; solo nos concretamos á consignarlo. Todo lo que hubiéramos dicho del tratamiento, se tratará mas adelante.

3.º **Locura alcohólica.**—El abuso de las bebidas alcohólicas ocasiona á la larga desórdenes físicos é intelectuales que se presentan bajo la forma aguda y crónica: han sido descritos por todos los autores. Los trabajos mas apreciados son los de Lévillé (1), Magnus Huss (2), Marcet (3), Delasiauve (4), Tardieu (5), Rayer (6), Marcel (7), Racle (8), Deboutville y Parchappe (9), Morel (10), Thomeuf (11), Motet (12), Alf. Fournier (13) y Lancereaux (14).

Nosotros no podemos formar aquí la historia del alcoholismo y de los trastornos que nacen y se desarrollan efecto de una intoxicación prolongada, para lo cual nos remitimos al excelente artículo de Alfredo Fournier, que es la esposición mas completa y que resume

(1) J. B. F. Lévillé, *Histoire de la folie des ivrognes*. Paris, 1831.

(2) Magnus Huss, *Chronische Alkoholskrankheit oder Alkoholum chronicum*. Ein Beitrag zur Kenntniss der Vergiftungskrankheiten. Aus dem Schwed., übersetzt von Gerh. von dem Busch. Stockholm, 1852.—Analysé par Laségue, *Archives de médecine*, 1853.

(3) Marcet, *On chronic alcoholic intoxication*. London, 1853.

(4) Delasiauve, *D'une forme grave de delirium tremens (Revue médicale, 1852); Diagnostic différentiel du delirium tremens ou stupeur ébrieuse (Revue médicale)*.

(5) Tardieu, *Observations médico-légales sur l'état d'ivresse considéré comme complication des blessures et comme cause de mort prompté et subite (Annales d'hygiène, 1848, t. XI)*.

(6) Rayer, *Mémoire sur le delirium tremens*. Paris, 1819.

(7) Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, thèse inaugurale. Paris, 1847.

(8) V. A. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse d'agrégation de médecine. Paris, 1859.

(9) Deboutville et Parchappe, *Compte rendu moral et administratif de leurs asiles, Quatre-Mares et Saint-Yon*.

(10) Morel, *Traité des dégénérescences*. Paris, 1857, et *Traité des maladies mentales*.

(11) Thomeuf, *Essai clinique sur l'alcoolisme*, thèse inaugurale. Paris, 1859.

(12) A. Motet, *Considérations générales sur l'alcoolisme, et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, thèse inaugurale. Paris, 1859.

(13) Alfred Fournier, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, art. ALCOOLISME, t. I.

(14) Lancereaux, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1865, article ALCOOLISME.

todos los conocimientos actuales sobre este importante asunto. Esta cuestion se tratará además en el tomo V (véase INTOXICACIONES). A nosotros solo nos ocupará esta variedad del alcoholismo agudo llamado *delirium tremens*. El estupor ebrioso se estudiará en el artículo ALCOHOLISMO.

*Delirium tremens*.—Sobreviene en los individuos dados á las bebidas alcohólicas, tanto en el bebedor de profesion como en aquellos que, no teniendo costumbre de beber, se entregan sin interrupcion á excesos alcohólicos. Los primeros han escedido el límite de saturación y los segundos han sido envenenados de pronto; en los unos y en los otros el delirio invade con caractéres de tal manera notables, que siempre es fácil reconocerlo. Dos órdenes de síntomas se refieren á este estado, que no separaremos en nuestra descripción; estos son perturbaciones de la inteligencia y del aparato locomotor.

El *delirium tremens* empieza muchas veces de repente; pero por lo regular se anuncia por insomnio, sustos y alucinaciones del oido y de la vista, cuya intensidad se redobra por la tarde. Presa de una agitacion extrema, los enfermos tan pronto gritan, cantan, vociferan y responden á imaginarios interlocutores, como se creen acusados de crímenes, hasta el punto de considerarse arrestados; así es que lloran, protestan de su inocencia y procuran escapar de las visiones terroríficas que los persiguen. Uno de los caractéres de este delirio es la aparición de figuras gesticuladoras desprendiéndose de los muros y andando delante del enfermo. Las vé al pié de su cama y se adelantan y no puede rechazarlos; animales inmundos corren sobre él y se cree devorado por una legion de *pequeños animales* de los que procura desembarazarse en vano. Si sobreviene un momento de calma, el enfermo se sienta en su cama, conserva propósitos incoherentes; despues se precipita de repente, se acuesta en tierra, mira por debajo de los muebles, pasa su brazo, procura coger alguna cosa que no puede alcanzar, hace esfuerzos inauditos y resiste enérgicamente al que lo quiere detener. O bien tambien, desconociendo á todos los que le rodean, creyéndose amenazado por llamas que salen de su cama, por asesinos cuyos puñales vé, se arma á su vez, y en estos periodos de escitacion violenta es cuando pueden producirse terribles accidentes.

Los trastornos del aparato locomotor no son menos manifiestos: temblores fibrilares agitan los músculos, y aparentes principalmente en las manos, constituyen uno de los caractéres de la enfermedad. Pueden ser bastante pronunciados para que el enfermo coja con trabajo los objetos, que deja caer al momento. Su marcha es vacilante; la fisonomía tiene un sello especial de estupidez y de espanto; la vista está inyectada, las pupilas, en la mayor parte de casos, están dilatadas; y por parte de las vías digestivas se observa inapetencia, un estado saburral y estreñimiento.

Por la tarde es cuando aumentan principalmente los trastornos y

se hacen imperiosas las alucinaciones terroríficas. El sueño está completamente abolido y solo por la mañana se restablece un poco la calma; el *delirium tremens* no es muy grave por lo general, en tanto permanece como acabamos de describirlo, pero si sobreviene la forma convulsiva, con ataques epileptiformes, el enfermo puede ser arrebatado rápidamente. Estos casos extremos son raros, comparados sobre todo con la frecuencia del *delirium tremens*.

La *duracion* de la afeccion es muy variable. El delirio desaparece primero, y los temblores despues. La convalecencia va precedida de ordinario, ó de sudores muy abundantes, ó de un periodo de sueño profundo. Las alucinaciones se desvanecen, reaparecen todavía por algunos dias, pero el enfermo las aprecia, las juzga y da cuenta de ellas; reaparece el apetito, las secreciones son normales y el estado general mejora de día en día. No es raro ver en el periodo de declinacion erupciones de furúnculos.

*Tratamiento.*—Debe tener por objeto favorecer la eliminacion del alcohol (1), devolver la calma y prevenir los peligros que podrían resultar de la escitacion violenta y ciega del enfermo. El tratamiento atemperante usado desde el principio, es, despues de muchas discusiones, el que mejores resultados da, y al cual recurren todos en el día. Este es, baños templados prolongados con irrigaciones continuas y purgantes salinos repetidos. Por la tarde damos un poco de ópio, de 10 á 20 centigramos, habiendo necesidad pocas veces de exceder de esta dosis. En muchos casos nos abstenemos de administrar narcóticos y cuando los desórdenes musculares no son demasiado pronunciados, ó cuando el estado general es bueno, nos atenemos solo á los baños y evacuantes. No privamos bruscamente al enfermo de los alcohólicos, bebe limonada vinosa. Proscribimos las emisiones sanguíneas, porque no hacen mas que aumentar los desórdenes. No obstante, puede ser necesario recurrir á ellas en un caso determinado; pero aconsejamos ser siempre sumamente reservados en el uso de este medio.

### § I.—Curso, duracion y terminacion de la locura.

Georget describe con bastante cuidado un periodo que en muchos casos puede durar mucho tiempo, y durante el cual el estado del enfermo es las mas veces desconocido ó mal apreciado; este periodo es para él una especie de *incubacion*. A veces la *invasion* ó la esplosion sigue muy de cerca á la accion de las causas que dan origen al delirio; así pues se ve declarar una locura evidente en algunas horas ó en algunos dias. Sea de esto lo que quiera y que la locura haya sido ó no precedida de síntomas precursores, y que estos trastornos

(1) Ludger Lallemand, Perrin et Duroy, *Recherches expérimentales sur l'absorption et l'élimination de l'alcool*. Paris, 1861.

hayan recaído sobre el estado físico ó sobre el estado moral, una vez declarada sigue un curso agudo ó crónico, continuo, remitente ó intermitente.

La manía, la melancolía y las formas agudas tienen al principio un curso bastante regular; crecen progresivamente, pero despues de las primeras semanas, se observan numerosas variaciones. Lo que en el *primer periodo* era extraño al delirio, desaparece para dejar desarrollar este, sin complicaciones. El estado agudo dura semanas de este modo y meses, con alternativas de escitacion y depresion, y periodos intercalares, en los cuales parece que la inteligencia recobra su lozanía. Estos periodos de remision no son de larga duracion, porque el delirio reaparece con su carácter dominante. La demencia con parálisis general ofrece con frecuencia en su principio remisiones notables. Hemos visto enfermos recobrar casi toda su actividad cerebral, despues de accidentes convulsivos epileptiformes, y por cinco á seis meses y mas tambien, dejando creer á todos los que les rodeaban que la curacion era completa. A seguida reaparecian los accidentes congestivos y les seguía la demencia, haciéndose mas evidente á cada nuevo acceso, hasta que la inteligencia ha desaparecido completamente.

El paso del estado agudo al *crónico* se hace con frecuencia de una manera insensible: cuando el delirio persiste despues de un año, hay lugar á temer que no desaparezca jamás. Lo que hace sospechar la cronicidad, es recobrar algunos de los hábitos pasados y una mejoría del estado físico que no coincide con una mejoría igual en el estado mental; la reaparicion de las reglas, la gordura, etc. Por parte de la inteligencia, un estado mas uniforme, y lo que Falret ha descrito tan bien con el nombre de *delirio estereotipado* (1).—Hay otros muchos matices todavía, pero que solo pueden apreciarse por ojo experimentado, y que no ofrece interés reproducirlos aquí.

La *duracion* de la locura es variable; sería esponerse á error aventurar alguna asercion sobre los datos que nos han suministrado los autores. La locura puede durar de algunos dias á muchos años.

La duracion media de los accesos de la manía ó melancolía aguda es de seis á ocho meses. Esquirol repetía con bastante insistencia que «las manías de primavera curaban en otoño.» Sin tener nada de absoluto, esta opinion encuentra con mucha frecuencia su comprobacion en los hechos. No obstante, hay curaciones mucho mas rápidas. Las locuras histéricas, por ejemplo, pueden juzgarse en el espacio de algunas semanas; tendremos ocasion de volver á hablar de ellas. Decimos de paso, que en estos casos el delirio reviste el carácter de suma movilidad de la neurose, y que escapa á toda delimitacion fija. Las locuras alcohólicas, el *delirium tremens* entre otras,

(1) J. P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Leçons cliniques et considerations générales. Paris, 1864, p. 194.

tienen una duracion muy corta. La parálisis general recorre sus períodos en diez y ocho meses ó dos años.

La locura puede *terminar* por la curacion, la cronicidad ó la muerte. La salud no se recobra bruscamente, y las terminaciones por vivas sacudidas ó por emociones son singularmente raras. Lo que hay de mas comun, es una mejoría lenta y gradual, con recaídas seguidas muy luego de un período de calma, y despues de las cuales se establece francamente la convalecencia. Las crisis son poco frecuentes en la enagenacion mental; las que se observan, son erupciones furunculosas, el restablecimiento de la menstruacion, epistaxis ó sudores abundantes. La terminacion está además, sujeta á una porcion de circunstancias, entre las cuales las mas importantes son la forma de la enfermedad, su antigüedad, sus causas, etc. La cronicidad es desgraciadamente muy comun, conduce la mayor parte del tiempo á la demencia. La muerte acaece con frecuencia en medio de accesos de manías sobre agudas, y los enfermos sucumben en un estado de abatimiento nervioso. M. Brierre de Boismont ha descrito con el nombre de *delirio agudo de las casas de enagenados* (1) una forma en la cual los sugetos fallecen rápidamente, despues de haber pasado por todas las fases de la agitacion mas violenta. En los dementes paralíticos la muerte sucede, ya en medio de accesos convulsivos epileptiformes, ya en un estado de aplanamiento completo, con escaras gangrenosas en todas partes. Muchos enagenados perecen accidentalmente; en las locuras simpáticas sucumben á los progresos de la afeccion bajo cuya dependencia está el delirio (2). Pueden sucumbir tambien á afecciones intercurrentes, tales como pulmonías, hemorragias cerebrales, afecciones orgánicas del corazon, etc. (3).

Esquirol habia fijado la mortalidad del modo siguiente: *mania*, uno por veinticinco; *monomania*, uno por diez y seis; *lipomania*, uno por doce; *demencia*, uno por tres. Relativamente al sexo, la mortalidad sería mas considerable en los hombres.

## § II.—Lesiones anatómicas.

Todos los autores franceses y extranjeros que han publicado el resultado de la abertura del cuerpo de los enagenados han citado casos de locura sin lesion, á lo menos aparente, del cerebro. En cuanto á los casos que han presentado alteraciones á las que se ha creído se debia atribuir la locura, Leuret (4) las ha discutido, y despues de haber pasado en revista el grado de espesor de los huesos del cráneo, las lesiones de las meninges, la inyeccion sanguinea, la

(1) Brierre de Boismont, *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1845, t. XI.

(2) Loiseau, *Folie sympathique*, thèse inaugurale. Paris, 1856.

(3) Thoré, *Maladies incidentes chez les aliénés* (*Annuaire médical psychologique*, t. III, IV, V).

(4) Leuret, *Traitement moral de la folie*.

atrofia y la hipertrofia del cerebro, las modificaciones sobrevenidas en la densidad ó en el color de este órgano, la adherencia contraida por las meninges con las circunvoluciones cerebrales, el desarrollo de las granulaciones en la superficie de los ventrículos y la union de los planos fibrosos, de que estarán compuestos, segun Foville, los hemisferios cerebrales, deduce las siguientes consecuencias: «1.º se han acumulado, sin espíritu de crítica todas las alteraciones encontradas ó que se ha creído encontrar en el cerebro de los individuos muertos despues de haber sido atacados de enagenacion mental; 2.º se ha atribuido el desorden de la inteligencia y de las pasiones á estas alteraciones reales ó supuestas; 3.º se ha descuidado tener en cuenta las alteraciones compatibles con la integridad de la inteligencia; 4.º en lo que concierne á las alteraciones propias de los enagenados, no se ha tenido en consideracion la parte de los síntomas físicos y la de los síntomas psíquicos.»

Leuret añade: «Yo no quisiera deducir de aquí que el cerebro de los enagenados no haya experimentado ninguna alteracion, ni aun en los casos en que la enagenacion se presenta libre de cualquier otra complicacion morbosa. Yo admito en la produccion de la locura, la influencia de ciertas causas físicas; admito igualmente que las lesiones orgánicas del cerebro son mas frecuentes en los enagenados que en cualquiera otra especie de enfermos. Pero en cuanto á la alteracion que sería la causa inmediata de la locura, niego que nadie la haya indicado.» Las investigaciones de Esquirol y de Lelut conducen al mismo resultado.

Puede hacerse una escepcion, sin embargo, para la enagenacion con parálisis general. Hay pocas afecciones cuya lesion anatómica sea mas constante ni mas característica. Variable en estension segun el período mas ó menos adelantado de la enfermedad de la cual ha sucumbido el enagenado, presenta alteraciones en las membranas y en el encéfalo mismo.

Si se tratase de una lesion de mucho tiempo establecida, que haya recorrido lentamente los períodos de su evolucion, se encuentra la dura-madre surcada de vasos ingurgitados de sangre, y como varicosos. Los senos están llenos, ya de sangre coagulada en largos coágulos negruzcos, ya de sangre negra. Cuando se abre la dura-madre fluye una cantidad siempre considerable de líquido seroso. El aspecto del cerebro es el de un órgano que ha sufrido repetidas congestiones, ó se han establecido tambien de una manera permanente. Se observan en diversos sitios depósitos plásticos de apariencia gelatinosa, el mayor número de veces hacia las regiones temporales (1). La pia-madre se halla completamente inyectada, ha perdido

(1) Véase Mémoire de MM. Charcot et Vulpian. *Néomembranes de la dure-mère*.—Lancereaux, *Pachyméningite hémorrhagique* (*Arch. de méd.*, 1863).—Christian, *La pachyméningite*, thèse inaug. Paris, 1865.

su aspecto habitual, es mas densa, y la alteracion característica es su adherencia á la superficie de las circunvoluciones. Si se la levanta con unas pinzas, trae con ella trocitos de sustancia gris reblandecida que se deja desgarrar con una estension mas ó menos considerable. Por debajo de la sustancia gris reblandecida, está indurada la sustancia blanca. Esta lesion es constante y solo varía en mas ó en menos, y así lo han reconocido todos los autores que se han ocupado de la enagenacion mental. Foville (1), Calmeil (2), Lélut (3), Parchappe (4), Baillarger (5), Brunet (6), Lunier y Luys (7), han consignado en diferentes publicaciones los detalles mas interesantes sobre las lesiones anatómicas de la enagenacion mental.

### § III.—Diagnóstico y pronóstico.

*Diagnóstico.*—Reconocer si una persona es loca, á qué forma de locura pertenece el trastorno de la razon, distinguir la locura de las demás enfermedades con que se la puede confundir, tales son las tres cuestiones, cuya solucion resume el diagnóstico de la enagenacion mental. Vamos á tratarla con la estension que requiere la importancia de cada una de ellas.

1.º A primera vista parece que nada es mas fácil que distinguir un hombre loco de un hombre que ha conservado su razon, y sin embargo hay muchos casos en que está lejos de ser así. «No me ha sido posible, dice Leuret (8), sea lo que quiera lo que se haya dicho, distinguir por sola su naturaleza una idea loca de una idea razonable. He buscado ya en Charenton, ya en Bicetre, ya en la Salitrieria, la idea que me pareciese mas loca; despues, cuando la comparaba

(1) Foville, *Traité complet de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux cérébro-spinal*. Paris, 1844.

(2) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau, ou Histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalite chronique diffuse, du ramollissement cérébral, de l'hémorragie cérébrale*. Paris, 1859.

(3) Lélut, *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*. Paris, 1836.

(4) Parchappe, *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, Paris, 1836-1838.—*Traité théorique et pratique de la folie*. Observations et documents néroscopiques. Paris, 1841.

(5) Baillarger, *Du siège de quelques hémorrhagies méningées* (*Archives de médecine*, 1834, et thèse).—*Recherches sur la esturcture de la couche corticale des circonvolutions du cerveau* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VIII.—*De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence*, lu à l'Académie de médecine (séance du 15 Avril 1845).—*Du mode de formation du cerveau* (*Annales médico-psychologiques*, Novembre 1843).

(6) D. Brunet, *Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde*, thèse de doctorat en médecine. Paris, 30 Avril 1862.

(7) Luys, *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Paris, 1865.

(8) Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*.

con aquellas que corren en el mundo, me veia sorprendido y casi avergonzado de no ver en ellas diferencia... Lo que es un *trastorno* en un caso, es un *estado fisiológico* en otro... Con las mismas ideas puede ser uno considerado como un sabio ó como loco: esto depende del tiempo en que se vive, del carácter y del grado de instruccion de las personas de que se halla rodeado. El hombre es la medida de todo, y nuestra razon es la medida de la locura de los demás (1).» No encontrando en la *falsedad de las ideas* un carácter que no perteneciese mas que á la locura, Leuret le ha buscado en otra parte: «á la *falsedad* de ideas me ha sido preciso agregar su *fijeza* y su *cohesion anormal*. Un hombre toma piedras por metales preciosos, idea falsa: nada puede separarle de esta creencia, idea fija: cada vez que vé una piedra le vuelve necesariamente la idea que él la ha agregado, *cohesion anormal*.»

Peró estos rasgos que pueden servirnos para caracterizar la locura, no son siempre manifiestos y fáciles de reconocer. En presencia de casos en que el trastorno de la razon es dudoso, porque puede ser *simulado*, *disimulado* ó *imputado* (y se comprende en qué perplejidad deben poner estas condiciones al médico), será necesario rodearse de todos los medios capaces de conducir al descubrimiento de la verdad. Estos medios han sido indicados por Georget (2), y sobre todo por Marc (*lug. cit.*).

Se tomarán datos sobre el estado anterior del individuo sometido á la observacion; se preguntará si hay enagenados en su familia, si ha habido ya accesos de locura, si ha estado espuesto á algunas de las causas que le dan origen, se averiguará qué cambios se han producido en sus hábitos, sus gustos, etc., etc.; se le preguntará varias veces tanto en un paraje como en otro, se le pondrá en disposicion de que se le pueda observar sin que él lo sepa; se le invitará á escribir, pues el demente olvida las palabras y el monomaniático habla del objeto de su delirio. «Cuando una persona es tratada como enagenada y ella pretende no estarlo, se la pregunta qué motivos han tenido para perseguirla, y entonces, sea que divague inmediatamente invocando motivos inverosímiles ó ridículos, sea que hable un lenguaje razonable, se recogerán desde este instante datos preciosos.» Por último, es preciso recordar que la locura presenta en su curso intervalos de completa *lucidez*, y que ciertos individuos ceden á una impulsión cuya falsedad reconocen y á la que *no pueden resistir*.

2.º Una vez reconocida la locura, el médico procurará referirla á una de las formas que hemos establecido. Esta conducta tiene cierta importancia que haremos resaltar mejor al tratar del pronóstico. Los caracteres que he asignado á cada una de las formas que he descrito,

(1) Leuret, *loc. cit.*

(2) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XIII, art. FOLIE.