dora, de lo cual tenemos un ejemplo en el ácido carbónico, cuya acción primitiva se realiza sobre los hematíes.

3.° *Anestecinesia.* — Gerdy y Bell establecieron una proposición indudable al afirmar que en el organismo existe el *sentido de la actividad muscular*. Para convencerse de ello, basta cerrar los ojos y dirigirse al punto que la voluntad desea, lo cual no podría efectuarse sin la conciencia de los movimientos ejecutados por los músculos. La disminución ó abolición de este sentimiento, recibe el nombre de *anestecinesia*, y los enfermos que la presentan no pueden *coordinar la marcha ni graduar las contracciones musculares teniendo los ojos cerrados*. Por tal motivo, se ha observado que una mujer, al tener á su hijo en los brazos, lo apretaba convulsivamente contra su cuerpo, ó lo dejaba caer en tierra tan pronto como cerraba los ojos é impedía, por consiguiente, que la vista rectificase los errores cometidos por la pérdida del sentimiento muscular. Siendo la anestecinesia muy graduada, se hace tan notable el desorden de los movimientos, cuando la vista no los dirige, que los enfermos caen á los pocos pasos de haber intentado la progresión, y aun permaneciendo con los ojos abiertos, andan de una manera irregular, tan pronto vacilantes, como adelantando enérgicamente los miembros, pero en uno y otro caso, la dirección de la marcha es tortuosa, y las piernas vacilan antes de apoyarse sobre el pavimento. Por último, es posible reconocer la existencia de este síntoma empleando un medio ó proceder sencillísimo : se cierran los ojos al enfermo y se le invita á que cierre y abra alternativamente la mano derecha y la izquierda ; existiendo la anestecinesia, no sabrá cerrar la mano que esté abierta, ni abrir la que se encuentre cerrada, pues ignora el estado de cada una de ellas, y á veces dirigirá sus esfuerzos con el objeto de cerrar la mano que se halla cerrada ó viceversa. Este fenómeno morboso *no altera la fuerza de la contracción muscular*, que permanece íntegra, contrastando con el desorden que acompaña á su realización (1).

La anestecinesia es el síntoma característico de la *esclerossis medular* cuando este proceso recae sobre los cordones posteriores de la médula, invadiendo algo de la substancia gris y aun de las raíces sensitivas de los pares espinales. En estos casos se pierde el *sentido muscular*, así como también el *poder coordinador involuntario que radica en la médula*, siendo ambos factores los que intervienen para la *génesis* del síntoma que nos acaba de ocupar.

(1) Al sentido de la actividad muscular, ya mencionado, puede también referirse el sentido de la *tonicidad muscular*, por el cual apreciamos los distintos pesos que levante un músculo, cuya sensibilidad del trabajo de contracción de los músculos suele aparecer alterada por lo común coexistiendo con la anestecinesia. Otra variedad sensitiva, también de poca importancia semeiótica, es la sensibilidad electro-muscular, representada por la sensación molesta que se experimenta en los músculos faradizados, y que disminuye y aun se extingue en los casos de parálisis del movimiento.

C

PERVERSIONES DE LA SENSIBILIDAD

Las principales son la *poliestesia* y la *aloquiria*. Consiste la primera en una perversión del tacto, por la cual se siente doble ó triple un sólo contacto, observándose en la tabes dorsal. En la aloquiria, el enfermo refiere al lado izquierdo las excitaciones que se le producen en el derecho, y viceversa ; fenómeno algo frecuente en las mielitis y en la esclerosis cerebro-espinal. Aunque sea muy raro, ha podido comprobarse una perversión de la sensibilidad á la temperatura, por la cual el frío se toma por calor y recíprocamente.

Ciertas sensaciones especiales é inmotivadas pueden también considerarse como otras tantas perversiones de la actividad funcional sensitiva. Los *pinchazos*, el *hormigueo* y las *cosquillas* que experimentan algunos enfermos en los pies y manos ó en otras regiones del cuerpo, corresponden á este orden. Semejantes trastornos son á veces el efecto de una compresión ejercida sobre los nervios, acompañando en otras ocasiones á los envenenamientos y cloro-anemias, en cuyo caso resultan de la alteración preexistente en el líquido sanguíneo. Aun dentro del estado fisiológico pueden aparecer estos síntomas, como se observa cuando hemos tenido por algún tiempo una pierna encima de la otra, pues el hormigueo y los pinchazos que se experimentan, en la extremidad correspondiente, son el resultado de la compresión ejercida sobre el ciático ó sobre alguna de sus dos grandes ramas poplíteas.

El hormigueo y la sensación de pinchazos preceden con frecuencia á la mortificación de las partes donde dichos trastornos se observan, y tampoco es raro verlos presentarse en los mismos puntos afectados de anestesia y analgesia, fenómeno curioso y que sorprende al considerar que allí donde se encuentra abolida la sensibilidad para el dolor y para el tacto, se perciben, no obstante, estas falsas sensaciones.

B

Alteraciones del movimiento.

En el estado patológico puede hallarse *aumentada*, *disminuída*, *abolida* ó *pervertida* la fuerza contráctil de los músculos ; pero como quiera que la primera de estas alteraciones sólo se observa en los sujetos maniáticos y en algunos delirantes, nos ocuparemos con especialidad de las tres últimas, que se conocen respectivamente con los nombres de *amiostenia*, *akinesia* y *perversiones de la contractilidad muscular*.

a

AMIOSTENIA

La debilidad en el poder contráctil de los músculos se denomina *amiostenia*. Puede ofrecer diversos grados, que se reconocen por medio del *dinamómetro*, instrumento ya descrito entre los medios exploratorios. Se la observa, con el *carácter de general*, en todas las afecciones crónicas y en varias agudas, y como *parcial* en los músculos donde más tarde aparece la akinesia.

Se cree por algunos autores que este síntoma es *engendrado* á consecuencia de la debilidad del influjo nervioso, suponiéndole otros el resultado de la desaparición de las estrías en la fibra muscular voluntaria; pero esta cuestión no parece aún resuelta, por cuyo motivo nos limitamos á consignar ambas opiniones.

No debe confundirse la amiostenia con la *adinamia*, que es un estado complexo, caracterizado por la fiebre, el estupor y la postración, mientras que en la primera sólo aparecen rebajadas las fuerzas, sin necesidad de que coexista el movimiento febril. La adinamia es propia de los estados febriles graves; la amiostenia, por el contrario, se observa también acompañando á las neurosis, nosohemias, flujos, etc., y hasta en circunstancias fisiológicas, la presentan los sujetos muy debilitados. Esta última puede ser *local* cuando la debilidad en el poder contráctil se encuentra limitada á un grupo de músculos ó á uno solo, al paso que la adinamia es siempre general, como que expresa una perturbación de toda la economía.

b

AKINESIA

Llamada también *acinesia*, ó *parálisis del movimiento*, la akinesia consiste en la pérdida de las contracciones despertadas en los músculos por la influencia del sistema nervioso motor.

La pérdida del movimiento puede ser *parcial* ó *general*. Cuando reside en los músculos de la mitad del cuerpo, se denomina *hemiplegia*; si ocupa los miembros inferiores, *paraplegia*; si un sólo brazo ó pierna, *monoplegia*; si una mitad de la cara y el brazo y pierna opuestos, *parálisis cruzada* ó *alterna* de Gubler. Puede encontrarse aún más limitada, recayendo en un sólo músculo, como el deltoides, ó en un hacecillo de fibras musculares, lo cual se ha observado en la lengua y en algunos otros órganos. La absorción de los preparados de plomo es la causa más frecuente de estas parálisis parciales, que en tal caso suelen ocupar los músculos extensores más bien que sus antagonistas.

El *curso* de la akinesia es lento unas veces y rápido otras, sucediendo en algunas ocasiones que se extiende desde los miembros inferiores hasta el tronco, y entonces se la designa con el nombre de *parálisis ascendente*, denominación propuesta por Landry.

Los *caracteres* de este fenómeno morboso son bien marcados, lo mismo cuando radica en los músculos voluntarios que cuando invade los que no están bajo la dependencia de la voluntad. En el primer caso, si se trata de la *paraplegia*, la marcha es vacilante al principio, siendo luego difícil ó imposible, y los miembros, que ya no reconocen el imperio de la voluntad, se doblan bajo el peso del cuerpo ó lo arrastran con trabajo en medio de grandes vacilaciones. Un carácter importante distingue la paraplegia de la anestecinesia, y consiste en que los sujetos afectados de esta última *conservan la fuerza de la contractilidad muscular*; así es, que permaneciendo de pie se les puede cargar con pesos considerables sin que sus miembros flaqueen, y una vez que han doblado las piernas, es muy difícil conseguir extenderlas, cuando la voluntad del enfermo se opone á ello; todo lo cual nos demuestra, que en tales casos no ha disminuído la potencia contráctil de los músculos. Si durante la marcha pueden tener cierta analogía los individuos paraplégicos y anestecinésicos, la causalidad del fenómeno es muy distinta; en los primeros se debe á la abolición del poder contráctil, trastorno que, por no atacar de ordinario á todos los músculos de la extremidad inferior, hace posible, aunque muy dificultosa, la marcha; en los segundos, permanece íntegra la fuerza de la contracción, y sólo se ha perdido el sentimiento muscular y el poder coordinador involuntario. Cuando la paraplegia se extiende á todos los músculos de las piernas, es ya imposible, no sólo la marcha, sino también la bipedestación; los miembros se doblan bajo el peso del cuerpo, y cuando los levantamos, estando el enfermo en la cama, caen por su propio peso, cual un cuerpo inerte, tan pronto como se les abandona.

Recayendo la akinesia en los músculos del *brazo*, éste no puede elevarse sobre la cabeza, pues el deltoides se afecta de la parálisis antes que los demás músculos de dicha extremidad; después se hace imposible retener en la mano los objetos, que se escapan de ella á pesar de los esfuerzos del paciente. Los caracteres de la *hemiplegia facial* quedaron expuestos entre los síntomas de la cara. La *lengua*, paralizada en una de sus mitades laterales, se inclina hacia el lado afecto cuando el enfermo la saca de la boca, lo cual es debido á la contracción del músculo geniogloso del lado sano.

La parálisis de los *músculos involuntarios*, que recae en el estómago, esófago, intestinos, vejiga urinaria, etc., se reconoce por caracteres no menos marcados. En la *vejiga* produce la retención urinaria, pues paralizadas las fibras de este reservorio, no puede la orina ser expulsada al exterior. En el *recto* sobreviene la astricción de vientre; en el *estómago*, la distensión de esta víscera, dentro de la cual se acumulan los mate-

riales ingeridos y los gases que de ellos se desprenden; en el *esófago*, la parálisis determina un gorgoteo especial cuando pasan las bebidas, y las substancias sólidas pueden distenderlo considerablemente.

Siendo reciente la akinesia, *es posible determinar movimientos reflejos en los músculos paralizados*, empleando al efecto cualquier excitante, como la electricidad, por ejemplo; pero si aquel trastorno es ya muy antiguo, no es factible producir estos movimientos, pues en tales circunstancias, se encuentra profundamente alterada la constitución histológica de los elementos musculares. Otro fenómeno característico de las parálisis recientes, es el *aumento de temperatura*, que se observa en las partes donde radica la akinesia. Paulatinamente pierden las regiones paralizadas este exceso de calor, hasta el punto de que, transcurrido algún tiempo, disminuye la temperatura, respecto al tipo fisiológico, en uno y aun en dos grados. La akinesia *modifica igualmente la nutrición de los puntos que ocupa*, determinando en ellos un proceso atrófico más ó menos graduado. Por último, el *estado de los reflejos*, tanto cutáneos y mucosos como profundos (tendinosos y aponeuróticos), nos advierte la naturaleza y antigüedad de muchas parálisis motrices, siendo lo común que aquéllos se debiliten ó extingan en las akinesias muy antiguas.

La abolición de la contractilidad muscular reconoce casi siempre por origen tres causas principales, á saber: 1.ª, *una modificación cualitativa del líquido sanguíneo;* 2.ª, *una alteración material de la substancia nerviosa;* 3.ª, *una modificación en la textura de los músculos.*

La absorción del arsénico, el curare, el plomo, el mercurio, la nicotina y el fósforo, engendra parálisis, cuyo *modo patogénico* estriba en la *modificación ocurrida en el líquido sanguíneo*. Bien sea que estos cuerpos obren directamente sobre el tejido nervioso, en cuyo caso el papel de la sangre quedaría reducido al de un simple medio conductor, ó bien se modifique este líquido á virtud de la acción ejercida por aquellas substancias, y una vez alterado, determine sobre los elementos nerviosos una perturbación que ni el microscopio ni los reactivos químicos han podido descubrir, es lo cierto que en tales circunstancias aparece constantemente la parálisis del movimiento. Algunos de estos cuerpos parece que obran con especialidad sobre las extremidades de los nervios motores ó sobre la misma fibra muscular; opinión perfectamente justificada por lo que hace al *curare*, quien limita su influencia al sistema nervioso motor.

Las *alteraciones materiales de la substancia nerviosa*, interrumpiendo la acción centrífuga del influjo motor, engendran akinesias cuya extensión y cuyas localizaciones estarán relacionadas al número de fibras nerviosas destruídas ó dislaceradas, y al sitio de las lesiones que motivan esta destrucción. De esta manera, las apoplejías, inflamaciones, hiperhemias, neoplasias, etc., del cerebro, médula espinal y nervios periféricos ocasionan el trastorno que estudiamos, siendo objeto de las patologías especiales el señalar los caracteres de la parálisis en cada una de estas dolencias.

En cuanto al sitio de las lesiones inervadoras que producen la akinesia, es un hecho averiguado que cuando la parálisis de movimiento se debe á la falta de excitación motriz voluntaria, recae la lesión en las células grises del lóbulo paracentral y de las dos circunvoluciones centrales del cerebro, y cuando, subsistiendo la excitación voluntaria, no se verifica el movimiento por falta de trasmisión de las excitaciones motrices voluntarias, la lesión recaerá en la cápsula interna, fibras de la corona de Reil, cuerpo estriado, pedúnculos cerebrales, protuberancia, bulbo, cordones anteriores y laterales de la médula, ó finalmente, en los nervios motores periféricos. Por lo demás, la extensión y distribución de la parálisis nos suministran los datos siguientes respecto á la topografía de la lesión inervadora que la produce: 1.°, las parálisis que afectan grupos musculares inervados por un nervio único, indican que la causa debe buscarse en la lesión del correspondiente nervio periférico; 2.°, las paraplegias corresponden por lo común á lesiones de la médula espinal; 3.°, la monoplegia, ó parálisis de una sola extremidad, expresa generalmente una lesión del plexo correspondiente á la extremidad paralizada, ó de los nervios que por la raiz de ésta marchan antes de distanciarse para su distribución ulterior; 4.°, la hemiplegia ó parálisis del brazo, pierna y mitad de la cara de un lado, corresponde á una lesión encefálica del lado opuesto al paralítico; 5.°, la parálisis alterna de Gubler (parálisis facial de un lado y de la pierna y brazo opuestos), indica lesiones del puente de Varolio en su parte posterior; 6.°, en las lesiones de los pedúnculos cerebrales se suele afectar el nervio motor ocular común del lado enfermo, y el facial, así como el brazo y pierna, del lado sano; y 7.°, en las lesiones unilaterales de la porción superior de la médula se paralizan el brazo y pierna del lado afecto, pero el nervio facial permanece intacto, por lo cual esta hemiplegia se distingue siempre de la de origen cerebral.

La akinesia, dependiente de *una lesión material en los músculos*, se conoce también con el nombre de *parálisis miogénica*, y resulta de los variados procesos que pueden afectar los elementos histológicos del músculo, haciendo que sus fibras pierdan la propiedad de contraerse. Es, por tanto, la consecuencia de las miositis supuradas, de la infiltración calcárea, etc.

En algunos casos no se ha podido explicar la akinesia por ninguna de las influencias etiológicas mencionadas anteriormente. Con la denominación de *esenciales* ó *idiopáticas*, se quiere dar á entender que este género de parálisis no reconoce por causa ninguna lesión material apreciable en los sólidos ni en los líquidos del organismo. Ellas aparecen unas veces repentinamente en sujetos que antes gozaban de perfecta salud, presentándose en otras ocasiones á la terminación de diversas dolencias, como la escarlatina, la bronquitis y la fiebre tifoidea, ó durante

el curso de la hipocondría, el histerismo y la epilepsia. El terror y la enajenación mental suelen también producirlas, constituyendo en este último caso esas parálisis que complican la situación ya bien triste de los infelices enajenados.

C

PERVERSIONES DE LA CONTRACTILIDAD MUSCULAR

Siendo ellas muy variadas, las estudiaremos separadamente.

1.° *Rigidez.* — Consiste en la mayor resistencia que ofrecen los músculos al movimiento que se trata de comunicarles, y se presenta casi siempre como síntoma de las enfermedades crónicas del cerebro.

2.° *Contractura.*—Es la contracción permanente y á veces dolorosa de los músculos. Puede ser esencial ó sintomática de padecimientos de los centros nerviosos ó de sus cubiertas, siendo constante en las mielitis cuando se afectan los cordones laterales.

3.° *Temblor.*—Está caracterizado por la agitación involuntaria y poco graduada de cualquier parte del cuerpo. Unas veces se encuentra limitado á la cabeza, las manos ó la mandíbula inferior, pero otras se hace general como observamos en el escalofrío. En este último caso, indica el principio de las flegmasías y del trabajo supuratorio, acompañando también al primer estadio de las calenturas intermitentes. Los temblores parciales de la cabeza, cuando no coinciden con la vejez, indican una alteración del sistema nervioso muy próxima á la demencia, ó expresan un estado de alcoholismo crónico más ó menos graduado. Circunscrito á las manos, es propio de las nosohemias ocasionadas por la absorción del mercurio y del té verde (1). Finalmente, los temblores linguales se presentan con particularidad en las tifoideas atáxicas. Es posible que un temblor localizado se extienda con el tiempo á la generalidad del organismo, como ocurre con los temblores mercurial y alcohólicos. Ciertas enfermedades del sistema nervioso, como la parálisis agitante y la esclerosis en placas, presentan temblores persistentes ó solo apreciables al ejecutar el enfermo movimientos voluntarios. En los viejos, el temblor general es simplemente un indicio de decrepitud, y en los convalecientes y adinámicos expresa la debilidad del organismo.

4.° *Carfología.*— Es una alteración de la miotilidad representada por las tentativas que hace el enfermo para coger en el aire objetos que no existen. Otras veces tratan los pacientes de quitar las hilachas ó los pelos de las sábanas y cobertores, cuyo fenómeno recibe el nombre de *crocidismo.* Ambos síntomas van unidos frecuentemente al coma y al delirio, siendo característicos del principio de la agonía.

5.° *Calambres.*—Son contracciones dolorosas y pasajeras de los músculos, durante las cuales se ponen éstos abultados y más consistentes que de ordinario. Pueden aparecer en el estado de salud después de haberse encontrado algún miembro en posición viciosa ; son frecuentes en las mujeres embarazadas, quizá por la compresión del globo uterino sobre les plexos sacro y lumbar ; y como síntoma de enfermedad, se les observa en el curso del cólera y en los casos de tumores que compriman el cerebro ó la médula. Radican de ordinario en las piernas, pero pueden aparecer sobre otros puntos, recayendo á veces en los músculos involuntarios, á cuya clase corresponden los *calambres uterinos.*

(1) También se producen temblores, de *origen tóxico*, por la absorción del mercurio, plomo, alcohol, tabaco, cafeína, cicutina, aconitina y colchicina.

6.° *Salto de tendones.*—Contrayéndose las fibrillas de los músculos largos, elevan el tendón en que se terminan, siendo posible apreciar por medio del dedo un pequeño choque, que es el que nos da á conocer la existencia del salto de tendones. Este síntoma coincide con las fiebres atáxicas, y es muy común en los agonizantes.

7.° *Hipo.* — Es la contracción involuntaria y pasajera del diafragma, y se revela por una inspiración brusca y ruidosa, acompañada de tensión en las paredes abdominales. Aparte de su existencia durante el estado fisiológico, se le observa en la diafragmitis, en algunas neurosis esenciales, constituyendo á veces un signo precursor de la muerte cuando aparece á la terminación de las fiebres graves.

8.° *Convulsiones.* — Se caracterizan por contracciones musculares desordenadas é involuntarias. Las *convulsiones propiamente dichas*, son las que recaen en los músculos vuluntarios, reservándose el nombre de *espasmos* para las que tienen su asiento en los músculos de la vida orgánica, como son las que se observan en el estómago, intestinos, etc. La mayor frecuencia de las primeras, y el ser por otra parte mucho más importantes bajo el punto de vista del diagnóstico, hará que nos fijemos con especialidad en ellas.

Otra división de las convulsiones, muy digna también de tenerse en cuenta, es aquella por la cual se las separa en dos clases, según que constituyen por sí solas toda la enfermedad, ó que aparezcan como expresión sintomática de diversos padecimientos ; las primeras se denominan *esenciales* ó *idiopáticas*, y las segundas se conocen con el nombre de *sintomáticas.* Por su mayor ó menor *extensión* se las distingue también con los epítetos de *generales* y *parciales* ; y por su *curso*, en *contínuas* é *intermitentes*, siendo estas últimas *regulares* ó *irregulares.* Según el *modo cómo se verifica la contracción muscular*, se han dividido en *clónicas* y *tónicas* ; las primeras se caracterizan por contracciones extensas, que alternan con una relajación muscular bastante graduada, si bien muy corta, de todo lo cual resulta que, abandonado el enfermo durante el ataque convulsivo, se golpea fuertemente contra los objetos próximos ; en las tónicas, lo mismo la contracción que la relajación, son muy limitadas, predomina la acción de los músculos flexores sobre la de los extensores, y si el sujeto se encuentra en la cama, no cae de ella ni cambia apenas de actitud. Algunos autores admiten que la convulsión

tónica está representada por una contracción permanente de los músculos, pero ya sabemos que este fenómeno se denomina *contractura* y no convulsión, palabra que supone en todos los casos una agitación del movimiento muscular, la que no puede avenirse con la idea que se ha querido expresar bajo el nombre de convulsión tónica.

Las convulsiones *idiopáticas* corresponden al estudio de la Patología especial. Las sintomáticas presentan diversos *procedimientos genésicos*. Unas reconocen por causa la *modificación primitiva de los centros nerviosos*, cuyas alteraciones (hiperhemias, flegmasías, etc.), excitan las células de las circunvoluciones motrices del encéfalo, ó las fibras de los haces motores de la cápsula interna, pedúnculos cerebrales, protuberancia, bulbo y médula. Las lesiones de esta última (mielitis, meningitis espinales, etc.), exagerando el poder excito-motor, tan acentuado en dicho órgano, provocan convulsiones, del propio modo que cuando se separa (por sección) la médula del encéfalo, pues éste ejerce una acción moderadora sobre las funciones medulares excito-motrices. Otras veces resulta la mencionada excitación del influjo ejercido por varias substancias, como la estricnina, brucina, morfina, tebaína, etc., sobre los elementos del cordón espinal. Una sangre alterada en su composición (*hipoglobulia, hiperglobulia*), es también capaz de desordenar las irradiaciones motrices de las células espinales. Muchas convulsiones son de *orígen reflejo* (fig. 51), partiendo en unos casos la excitación centrípeta de la mucosa gingival (*convulsiones de la dentición*), en otros de la mucosa intestinal (*convulsiones sintomáticas de los vermes intestinales*), y aun en algunos, de la misma mucosa gástrica (*accidentes convulsivos de las fuertes indigestiones*). Las convulsiones generales y simétricas reconocen casi siempre por causa una excitación de la substancia gris del mesocéfalo.

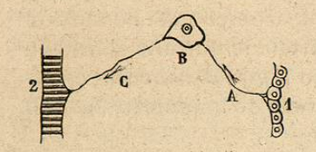

Fig. 51.—Representación esquemática de la génesis de una convulsión refleja. 1, Superficie mucosa cubierta de epitelium, donde se produce la excitación. A, Vía centrípeta de la excitación á lo largo de un nervio sensitivo. B, Punto de la reflexión en una célula gris de los centros nerviosos. C, Vía centrífuga de la excitación, ya reflejada, que camina á lo largo de un nervio motor. 2, Fibra muscular estriada sobre la cual obra la excitación para producir el acto convulsivo.

9.° *Trepidación.*—Es un desequilibrio en la contracción armónica de los músculos de las piernas, por el cual no puede andar el enfermo, siéndole á veces muy difícil el mantenerse de pie. Acompaña este síntoma á las lesiones circunscritas en los hemisferios cerebelosos, y es el resultado de la perturbación en las funciones coordinadoras propias del cerebelo (1).

(1) En animales á quienes Fleurens había extraído el cerebelo, observó que la volición, las sensaciones y las percepciones subsistían; la posibilidad de ejecutar movimientos, tampoco se había perdido, pero la *coordinación de estos movimientos en movimientos de locomoción reglados y determinados no era ya posible.*

C

Alteraciones de la inteligencia.

Los síntomas que revela el estado de la inteligencia pueden referirse á tres órdenes, según que la observemos *exaltada, pervertida, disminuída* ó *abolida.*

a

EXALTACIÓN DE LAS FACULTADES INTELECTUALES

En algunos niños raquíticos y escrofulosos, en los sujetos hipocondríacos, y en los padecimientos febriles, momentos antes de presentarse el delirio, es común observar una actividad de la inteligencia que supera con mucho á la que presenta en circunstancias normales. Dicha exaltación recae con especialidad, ya en la memoria (hipocondríacos), en el juicio, en la imaginación, en la atención, etc. Unas veces el paciente discurre con asombrosa precisión; otras nos sorprende la fidelidad con que recuerda toda clase de hechos, por remotos é insignificantes que sean; la imaginación es más viva, más fecunda, en cuyo caso los niños son susceptibles de una instrucción vastísima que no se relaciona con su edad. Este síntoma debe *engendrarse*, ó por un desarrollo precoz de las células correspondientes á la corteza gris de las circunvoluciones de los lóbulos frontales, ó por una excitación *moderada* de estas mismas células, pues, como se sabe, ellas presiden á la ideación (1).

b

Perversión de las facultades intelectuales.

Puede presentar tres formas principales, que son las que pasamos á exponer:

1.° *Delirio.*—Es una perversión inconsciente de la potencia intelectual, revelada por la incoherencia del lenguaje y de los actos del espíritu. La excitación general que lo acompaña se caracteriza, en primer término, por el aspecto de la fisonomía; los ojos aparecen animados, la mirada está fija, la cara rubicunda y cubierta de sudor, unas veces se ve en ella pintada la alegría, otras veces expresa el terror, la cólera ó la descon-

(1) Como dice oportunamente Longet, la substancia gris de los hemisferios cerebrales es el receptáculo donde todas las sensaciones toman una forma distinta, dejando recuerdos durables.