

lares de la médula ha emitido la hipótesis de que la generación de estos haces blancos reconoce en ciertos casos (tabes) un origen radicular (exógeno), y proviene en otros de una lesión poliomiélica (origen endógeno), cree que estas lesiones fasciculares de esclerosis combinada en la parálisis general, dependen, cuando menos en parte, de lesiones de las células de la sustancia gris.

En algunos casos, las alteraciones no ocupan más que un sólo orden de haces, los laterales ó los posteriores; otras veces, por el contrario, revisten la apariencia de una esclerosis difusa.

Por último, la sustancia gris, puede presentar también lesiones. En una observación de Joffroy (1), existía una atrofia del asta anterior izquierda, con alteraciones análogas á las de la parálisis infantil, y durante la vida se había desarrollado la atrofia muscular de la eminencia tenar.

Nervios periféricos. — En estos últimos años, Bewan-Lewis, Dejerine, Westphal, Bianchi, Pick, Klippel y Colella, han descrito lesiones de neuritis periférica, las cuales pueden radicar en los nervios craneales y en los nervios raquídeos. Consisten en neuritis parenquimatosas de la mayor parte de los nervios de las extremidades. Otros nervios no presentan más que las alteraciones de la atrofia simple, que afectan á los ramos cutáneos y á los ramos musculares. Se las puede considerar como constantes.

Sin embargo, estas lesiones están muy desigualmente repartidas según los casos, y estas diferencias parecen depender, en parte, de las condiciones etiológicas que han ocasionado ó que acompañan (alcoholismo, sífilis, tuberculosis) la parálisis general.

Los *ganglios del simpático* merecen ser examinados de nuevo; es sabido que ha poco Boinet y Poincaré, han atribuído á estas alteraciones un papel preponderante.

Las LESIONES VISCERALES han sido descritas muy recientemente por Klippel (2) que reconoce en un parálisis general llegado al último período de su enfermedad, cuatro grupos de lesiones eventuales: 1.º, lesiones anteriores al comienzo de la parálisis general (arterio-esclerosis, lesiones del alcoholismo, de la sífilis); 2.º, lesiones ligadas á la influencia del sistema nervioso lesionado por la parálisis general, y que se manifiestan bajo la forma de ectasias capilares hemorrágicas en el riñón, el hígado, el pulmón; 3.º, lesiones dependientes del estado de marasmo, congestiones pasivas, degeneraciones grasosas; 4.º, lesiones de infecciones secundarias, debidas al pneumococo y al estreptococo.

Entre estas alteraciones, únicamente las que dependen directamente de los trastornos nerviosos presentan algunas particularidades. Tales son: en el *pulmón*, edema, congestión, hemorragias de origen vasculo-paralítico; y en el *riñón*, dilatación de los capilares. El *hígado* presentaría, según el mismo autor, lesiones bastante especiales para merecer el nombre de *hígado paralítico*. Ha conservado su forma y su volumen y presenta en su superficie placas de decoloración, que no son más que superficies isquemiadas. Estas corresponden

(1) Joffroy, Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Arch. méd. exp., n.º 6, p. 841, 1892.

(2) Klippel, Lésions du poumon, du cœur, du foie et du rein dans la paralysie générale. Arch. de méd. exp., n.º 4, p. 545, 1.º Julio, 1881.

á zonas comprimidas, en las cuales las células hepáticas se atrofian y se infiltran de pigmento, á consecuencia de la presión ejercida por el resto del parénquima, en el que, por el contrario, los capilares están turgentes y llenos de glóbulos de sangre.

En cuanto á las *alteraciones de los huesos y de las articulaciones*, que por lo demás son raras é inconstantes, no difieren de las que se observan en las otras neuropatías, la tabes en particular.

SÍNTOMAS. — Período prodrómico. — Es completamente excepcional que la parálisis general se declare desde el principio por sus síntomas característicos. De ordinario su comienzo va precedido de un período *prodrómico* (período preparalítico, predelirante), que se extiende desde el momento en que el enfermo presenta *algo anormal*, hasta la aparición de los *síntomas netos*, psíquicos ó somáticos de la enfermedad.

El *comienzo*, así como el *fin*, de este período prodrómico, son igualmente difíciles de precisar. En efecto, para apreciar el valor de los primeros indicios sintomáticos hay que tener en cuenta, no sólo la atención diversamente experta, según los medios, de los que rodean al enfermo, sino también la profesión y la posición social de éste. Existen en este concepto, como se comprende fácilmente, notables diferencias entre los hombres dedicados á trabajos intelectuales, en los cuales no tardan en revelarse las menores alteraciones psíquicas, y los obreros manuales, cuyos trastornos de memoria ó de atención pasan más fácilmente inadvertidos. Por otra parte, no es raro que el sujeto haya cometido en fecha lejana actos desarreglados, que no se sabe bien de pronto si deben referirse á este período prodrómico.

Las mismas dificultades intervienen cuando se trata de fijar el *fin* de este período. Hemos dicho que se marca por la aparición de signos completamente claros; la apreciación del valor de estos síntomas depende, como es natural, de la experiencia del observador.

De ahí resulta que la *duración* del período prodrómico es de apreciación delicada. Además, es sumamente variable, según los casos; á veces, y más á menudo, casi no dura más que uno ó dos meses; pero también se le ha visto prolongarse durante varios años, y uno de nosotros (1) ha insistido particularmente en la larga duración posible de este período.

Los síntomas del período prodrómico son de orden *psíquico* y de orden *somático*.

A) TRASTORNOS PSÍQUICOS. — No difieren esencialmente de lo que serán en el período de estado, más que por su grado de intensidad. La *tristeza* que se observa con su cortejo de sombrías preocupaciones, relativas sobre todo á la salud, será más tarde el *delirio hipocondríaco*; la *satisfacción* y la exuberancia vendrán á parar en el *delirio ambicioso*; la *debilidad*, al principio apenas apreciable, de las facultades, se llamará *demencia*. Como con razón ha dicho Lasègue: « En la parálisis general los trastornos son progresivamente crecientes, sin que, no obstante, cambien de forma ».

Lo más comunmente la *tristeza* es la que abre la marcha. Al principio es vaga, poco acentuada y pasa inadvertida; sin embargo, los deudos del enfer-

(1) G. Ballet, Sem. médicale, 22 Diciembre, 1893.

mo notan muy pronto en él un verdadero cambio de humor. Esta modificación del carácter no tarda en convertirse en una verdadera irritabilidad anormal. Desde este momento, intervienen las preocupaciones de naturaleza hipocondríaca; el enfermo acusa dolores mal localizados en la cabeza, en la espalda, en los lomos, en los miembros, ó á veces se queja de la garganta ó del estómago y por ello consulta con especialistas.

Después de la tristeza, á menudo antes y á veces alternando con ella, se encuentra un *exceso de actividad mental insólito*. Este se manifiesta por una necesidad extraordinaria de actividad; el enfermo está constantemente andando, habla mucho, forma proyectos quiméricos para él y para sus hijos, proyectos que también se hallan en relación con su posición social. Muchos enfermos pasan á las obras, emprenden viajes, acometen especulaciones desenfadadas, hacen compras excesivas; por último, no es raro que se entreguen á la vida disoluta. Los excesos alcohólicos son entonces habituales, y de ahí la frecuencia de los trastornos tóxicos en los comienzos de la parálisis general. Obsérvase también muy á menudo una sobreexcitación sexual, que se revela por excesos genitales, que pueden hasta inducir á los enfermos á actos inmorales. Otras veces, por el contrario, existe agenesia. También es en este mismo período, cuando los enfermos, empujados por su necesidad patológica de actividad, cometen actos extraños, extravagantes y delictuosos, que sorprenden tanto más, cuanto que están en completo desacuerdo con la personalidad anterior del individuo (período médico-legal de Legrand du Saule); compra de objetos inútiles, operaciones de bolsa arriesgadas, ultrajes al pudor, robos, actos siempre inconsecuentes, muchas veces pueriles y absurdos, que indican ya la debilitación de la inteligencia.

Esta *debilitación* suele ser desde un principio visible para el médico. El sujeto se queja de verse obligado á muchos esfuerzos para poder continuar sus ocupaciones, fáciles anteriormente. Su memoria está disminuida para los hechos recientes, en sus escritos hay falta de hilación. Sin embargo, no es raro que el enfermo tenga en esta época perfecta conciencia de su estado patológico, y se da cuenta de su estado de depresión intelectual, que entonces le preocupa extremadamente.

B) TRASTORNOS SOMÁTICOS.— Son á menudo *ataques apoplectiformes*, los que indican el comienzo de la parálisis general. A veces el enfermo aqueja tan sólo simples aturdimientos ó también vértigos, que sobrevienen con intervalos bastante espaciados. En otras ocasiones, los accidentes adquieren mayor intensidad y revisten el aspecto de un verdadero ataque de apoplejía. El enfermo es atacado bruscamente; la pérdida del conocimiento es más ó menos completa y dura un tiempo variable. Después del ictus existe cierto grado de hemiplegia, que habitualmente transitorio, puede también prolongarse algunos días ó algunas semanas. Ya veremos que los mismos accidentes, llamados congestivos, no son tampoco raros en el curso de la enfermedad confirmada.

Otras veces, sin pérdida del conocimiento, á menudo al despertar, el enfermo queda súbitamente presa de afasia más ó menos completa. Advierte con sorpresa que no encuentra las palabras, que no puede proferir una sola, que ya no sabe escribir. Esta *afasia es transitoria*, persiste poco más de una hora ó dos y suele desaparecer del todo, para reaparecer uno ó dos meses después,

bajo la misma forma de accesos pasajeros y sin que en el intervalo haya persistido trastorno alguno apreciable. Sin embargo, también sucede á menudo que estos accesos dejan tras de sí un ligerísimo grado de afasia, que más tarde se confundirá insensiblemente con la dificultad característica de la palabra. En otros casos, lo que se observan son *accesos epileptiformes*.

Estos pueden ser completamente idénticos á los accesos de epilepsia esencial; pero con mucha mayor frecuencia aparecen bajo la forma de epilepsia parcial, *motora ó sensitiva*. En este último caso es más significativa, hasta tal punto, que el médico, cuando encuentre el síndrome de la epilepsia sensitiva en un sujeto en quien no se haya descubierto ningún trastorno concomitante, nunca debe dejar de reservar el diagnóstico de parálisis general. En efecto, existen observaciones, y nosotros mismos conocemos un número bastante crecido, en que este síndrome se ha manifestado aislado un año ó hasta dieciocho meses antes del comienzo de los otros síntomas de la enfermedad.

De igual suerte que los ataques apoplectiformes, los *accesos convulsivos* no son constantes, y faltan á veces, no sólo en este período, sino también durante todo el curso de la afección. En otras ocasiones intervienen ulteriormente con tal insistencia, que á menudo es un *estado de mal* el único responsable de la terminación fatal.

En otros casos son *neuralgias* las que abren la escena morbosa; ocupan el dominio del trigémino, afectando una ó varias de sus ramas, y pueden ir acompañadas de trastornos secretorios y de placas de anestesia. También son frecuentes en este período los *dolores de cabeza*, y revisten, en general, caracteres poco precisos. Estos últimos síntomas suelen llamar poco la atención, y su valor semeiológico acostumbra á pasar inadvertido. No sucede lo mismo con otro síndrome cuya gran importancia ha sido indicada por Charcot; se trata de la *jaqueca oftálmica*, que en estos casos aparece habitualmente bajo la forma conocida con el nombre de *acompañada*. Esta jaqueca se caracteriza por el escotoma centelleante; el sujeto cree ver como una atmósfera en movimiento, circunscrita por líneas quebradas y coloreadas. En seguida sobreviene una cefalea supra-orbitaria y vómitos, que terminan la escena, cuando menos en los casos *simples*. Cuando la hemicránea es *acompañada*, sobrevienen, además, hemipía, afasia, entumecimiento ó paresia del brazo, ó también ataques epileptiformes parciales, y cada uno de estos fenómenos, incidentes ordinariamente transitorios, persisten más ó menos tiempo. En los casos relatados por Charcot (1) y por Parinaud (2), estos accidentes habían preludiado siempre el desarrollo de la parálisis general; uno de nosotros (3) ha demostrado ulteriormente que la jaqueca oftálmica acompañada puede también intervenir en el curso de la enfermedad ya constituida, de modo que representa, ó bien un período prodrómico, ó un episodio intercurrente.

Los trastornos *paralíticos* constituyen algunas veces los primeros signos de la enfermedad; en tales casos consisten particularmente en parálisis de los nervios craneales. Estas parálisis rara vez son completas; afectan uno ó varios nervios ó tan sólo ramos aislados de los mismos; por último, es raro que sean

(1) Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, p. 78.

(2) Parinaud, Migraine ophthalmique au début d'une paralysie générale. *Arch. neurol.*, p. 57, 1883.

(3) P. Blocq, Migraine ophthalmique et paralysie générale. *Arch. de neurol.*, n° 54.

persistentes. Uno de los trastornos más comunes que de ellos dependen es la ptosis. Igualmente se observan el estrabismo y la diplopia. Por razón de su carácter transitorio, la significación de estos trastornos motores del ojo suele ser desconocida.

La *desigualdad pupilar* y la modificación de los reflejos á la luz deben figurar entre los prodromos de la enfermedad; no obstante, pertenecen más al período de estado, y en él los estudiaremos más extensamente.

Se han observado *paresias de los miembros*, sobrevenidas ora sin causa aparente, ora después de un ictus. Revisten la forma monopléjica ó hemipléjica, y sólo tienen una duración efémera. Es frecuente que el *temblor* característico de la enfermedad comience por una sensación de fatiga precoz.

Se han indicado, en el mismo período, trastornos de *diversos aparatos*, y en particular desórdenes *dispépticos*: digestiones penosas, acompañadas de distensión, eructos, ráfagas de calor á la cara. Por el contrario, puede suceder que el apetito esté exaltado, sobre todo cuando predominan los fenómenos de excitación. Casi siempre el *sueño* está alterado desde el principio; á menudo existe un insomnio tenaz, que es difícil llegar á calmar con los medios habituales; otras veces el sueño sólo se interrumpe por pesadillas; por último, en otros casos, el enfermo, por el contrario, aqueja soñolencia.

FORMAS PRODRÓMICAS.—Los síntomas que acabamos de enumerar determinan, por sus diversas agrupaciones, *formas prodrómicas* en su mayor parte bien conocidas. Aparte de aquellas, acerca de las que hasta ahora se ha llamado la atención, hay, sin embargo, una demasiado poco conocida, y sobre la cual uno de nosotros ha insistido particularmente: la forma *neurasténica* (1).

En primer lugar, según que predomine la *excitación* ó la *depresión*, el período prodrómico reviste dos aspectos distintos uno del otro, pero igualmente característicos. Puede suceder también que un *síndrome único*, epilepsia sensitiva, jaqueca oftálmica, parálisis ocular, constituya durante largo tiempo el único signo por el cual se manifiesta la enfermedad.

En ciertos casos, la parálisis general se desarrolla en el curso de la *ataxia locomotriz*; entonces los prodromos están representados por los signos de la *tabes*.

Por último, en casos bastante numerosos, un conjunto sintomático, análogo al cuadro de la *neurastenia*, constituye el período prodrómico (período prodrómico de forma neurasténica). La fatiga, la cefalea, los dolores, la dispepsia, por una parte y, por otra, las preocupaciones hipocondríacas que sobrevienen sin que existan trastornos somáticos, afectan con la irritación espinal una semejanza que llega hasta la identidad. No obstante, ciertas particularidades que descubrirá una observación más atenta, permitirán de ordinario establecer una diferenciación. En el parálisis general, los síndromes morbosos son más movibles, los fenómenos dolorosos más penosos, más variados que en el neurasténico. Los dolores aquejados por el parálisis general son algunas veces singulares, y estos enfermos se lamentan de sensaciones extrañas que son desconocidas en la semeiología de la neurastenia, á pesar de toda su exuberancia; por último, á veces el parálisis general se cree curado de pronto, y

(1) G. Ballet, La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale. *Sem. méd.*, Noviembre, 1893.

expresa su satisfacción con entusiasmo, dispuesto á quejarse de nuevo algunos días después.

Sin embargo, en la mayor parte de los casos de este género sólo la aparición de un síntoma característico—temblor, dificultad de la palabra—permitirá resolver la cuestión diagnóstica.

Período de estado.—Los síntomas del período de estado no difieren en su mayor parte, en cuanto á su naturaleza, de los del período prodrómico, pero en él aparecen más desarrollados y considerablemente amplificados; de modo que, desde el punto de vista didáctico, se prestan á la misma división que estos últimos.

A) TRASTORNOS PSÍQUICOS.—Unos son constantes, como la *debilitación de la inteligencia* y la *demencia*; otros son inconstantes, como los *delirios* y las *alucinaciones*.

La perturbación de la *inteligencia* puede hallarse, al principio, relativamente enmascarada por esa sobreactividad funcional por la que se anuncia ordinariamente la enfermedad, y que determina en particular una exaltación más ó menos apreciable de las facultades intelectuales. Pero siempre existe; aun en tales casos, se descubriría por un análisis minucioso una incoherencia y una inestabilidad notable de las ideas. Bien pronto se hace manifiesta una decadencia real de la potencia cerebral, que va progresando insensiblemente para llegar á la *demencia*, que constituye el fondo esencial de la enfermedad cuando llega á cierto período de su evolución.

Esta ruina de la energía psíquica afecta en diversos grados á todas las modalidades funcionales del cerebro, inteligencia y afectividad, pero sin respetar ninguna.

La debilitación, luego la pérdida de la *memoria*, representa aquí la alteración más precoz y más significativa. La amnesia de que se trata se caracteriza por abarcar toda la memoria, todos los órdenes de sensaciones y de imágenes, y destruirlas con una apariencia de regularidad, suprimiendo en primer lugar los recuerdos más recientes. Los grandes trastornos que son consecuencia de este desorden, se notan, no sólo en el dominio intelectual, sino también en el dominio moral. Los sujetos no recuerdan ya los hechos insignificantes de la víspera, han olvidado los nombres propios, se equivocan en los cálculos más simples, pierden luego los objetos usuales, sombrero, paraguas, y no se orientan en las calles; por otra parte, por iguales olvidos, descuidan su limpieza personal y no observan las conveniencias sociales más elementales. De la dificultad de coordinar y de sintetizar las ideas resultan trastornos del *juicio*, y de ahí incorrecciones en los conceptos. Además, el trabajo se vuelve penoso, de una lentitud excesiva, y la ineptitud para toda ocupación, aun las materiales, pronto se hace absoluta. La *atención* es débil, y por eso las ideas son movibles y contradictorias. La *imaginación*, primero exageradamente activa, desarreglada después, se pierde. La *voluntad*, ciertamente activa, pero sin continuidad, sin perseverancia, se ve poco después reemplazada por la irresolución y la apatía más completas.

Los trastornos de la *afectividad* se revelan, sobre todo, por la indiferencia respecto de sus íntimos. El *carácter* del sujeto se modifica; se vuelve débil, irritable, aññado, toma inquina á las personas que le rodean, pierde toda no-

ción de las conveniencias sociales, se olvida de ellas en su lenguaje y en sus actos y comete las peores groserías.

Desde el punto de vista de su *evolución*, la demencia pasa por diversas fases. Al principio sólo pueden apreciarla los que rodean al paciente; el enfermo invierte más tiempo en hacer el mismo trabajo; si es un comerciante, comete inexactitudes y errores en sus cuentas; si es un artesano, desperdicia los materiales con que trabaja; si es un hombre dedicado á las profesiones liberales, escribe con faltas de ortografía y borrones. Todos presentan ya interrupciones de la memoria, olvidan las visitas, las citas.

Algún tiempo después, la demencia es apreciable en cuanto se habla con el enfermo, por los claros de su memoria, su falta de atención, su ineptitud para comprender, su lenguaje añorado y pueril.

Por último, en un grado más avanzado, la memoria se halla extinguida del todo, el enfermo no encuentra ya las palabras, apenas comprende las preguntas que se le dirigen, está por completo inconsciente del tiempo y de los lugares.

Este decaimiento intelectual progresivo y general, que conduce insensiblemente á la demencia terminal, figura á veces como síntoma psíquico único, pero en otros casos se le unen *concepciones delirantes*. De modo que hay parálisis generales *sin delirio*, pero no las hay sin *trastornos intelectuales*. Baillarger se fundó precisamente en la inconstancia del delirio, para dividir la parálisis general en dos variedades: la demencia parálitica y la locura parálitica, dualismo que ya casi no tiene partidarios.

No sólo es constante el delirio, sino que además es transitorio, variable de forma de un enfermo á otro y en el mismo enfermo. Desde el punto de vista de la proporción de los paráliticos generales con ó sin delirio, he aquí las cifras halladas por uno de nosotros en los enfermos ingresados en la Clínica de Santa Ana, desde el mes de Septiembre de 1892, al mes de Mayo de 1893. De 55 enfermos, 36 ($\frac{2}{3}$) han presentado concepciones delirantes (28 hombres, 8 mujeres), 19 han carecido de ellas (quince horas cuatro minutos). Es casi la misma cifra que admite Clouston. Por el contrario, Bullen (1), no encuentra más que 15 delirantes por 100.

Las *concepciones delirantes* revisten, ora la forma de delirio expansivo (de satisfacción, ambicioso, de grandezas), ora la del delirio depresivo (melancólico, hipocondríaco y de persecución), en una proporción variable y que los autores han procurado determinar. Bullen cree que, á pesar de la opinión contraria de los antiguos observadores, es el tipo expansivo el que predomina. Lo ha observado en el 64 por 100 de los casos, al paso que la depresión sólo existía en 13 por 100. Nosotros hemos hallado una proporción semejante entre 26 casos, el delirio expansivo existía sólo 14 veces, 7 veces alternaba con el delirio depresivo, y éste no se ha encontrado más que 5 veces.

El *delirio ambicioso* no es más que la manifestación mental de estar exagerada la actividad funcional del período prodrómico, llevada al summum. Desde el contento, la confianza en sí mismo, la simple satisfacción beatífica, llega hasta las ideas más extravagantemente monstruosas. El enfermo está contento de

(1) John Bullen, *Journal of mental science*, Abril, 1883.

su persona, encantado de su constitución y de su situación. Alardea sin cesar de la excelencia de su salud robusta, del vigor de sus músculos, de la frescura de su color, de su resistencia á la fatiga, etc. Sus vestidos son magníficos, su habitación, fastuosa. En un grado más adelantado, la exageración se vuelve excesiva: uno pretende derribar los muros con un soplo, otro se dice capaz de levantar 100 kilogramos, éste se bebería un tonel, el de más allá no se fatiga nunca por más que haga. En fin, intervienen las ideas megalománicas, y los enfermos se atribuyen á granel, títulos, potencias y riquezas. Son diputados, duques, príncipes, generales, reyes, emperadores, papas, Dios.... No hay límites para sus inmensas riquezas, que se cuentan por millones, por miles de millones y por millares de millones de millares de millones. Ofrecen honores y distribuyen, de palabra, fortunas á sus interlocutores, al mismo tiempo que proyectan invertir sus bienes en empresas gigantescas é inverosímiles.

El tipo de la forma depresiva es el *delirio hipocondríaco*, sobre el cual Baillarger llamó la atención en 1857. En un primer grado, las preocupaciones del enfermo no parecen en modo alguno inverosímiles. Sólo se quejan de sensaciones vagas, de malestar del estómago, de estreñimiento, de trastornos uterinos. En un segundo grado, sus dolencias se convierten en verdaderas concepciones delirantes, que presentan uniformemente un carácter negativo (delirio de negación). Creen que sus órganos están obstruidos ó destruidos; no tienen fauces ó boca; su estómago está lleno, sus miembros son más gruesos. Otros pretenden no poder abrir los ojos, ni tragar, ni defecar. Por último, en un tercer grado, niegan hasta su propia existencia, llegan á creerse muertos. Antiguamente, se consideró este delirio hipocondríaco como patognomónico, pero esta aserción es demasiado absoluta; en efecto, el delirio de las negaciones, se observa asimismo en la melancolía ansiosa.

La tendencia depresiva no se manifiesta sólo bajo esta forma; revélase también por ideas *melancólicas*, y á veces por el delirio *lipemaniaco*. Entonces el paciente está indiferente, triste, apático, y su abatimiento puede llegar hasta el estupor. Otros están obsesionados por ideas de *ruina*, de *culpabilidad*, que los absorben hasta el punto de impulsarlos al suicidio. Se han observado también ideas de *persecución*, pero en casos *mucho más raros*. Cuando existen son muy vagos, y por lo general, mal sistematizadas; sin embargo, algunas veces la sistematización era suficientemente perfecta para inducir á error.

Todas estas concepciones delirantes, cualquiera que sea la forma, expansiva ó depresiva, que revistan, no dejan de presentar *caracteres comunes* y especiales que J. Falret (1) tuvo el mérito de demostrar y que las diferencian de los delirios análogos de las otras psicopatías. Son *múltiples, movibles, no motivadas y contradictorias* entre sí. Su multiplicidad es fácil de notar: en efecto, el enfermo no presenta una sola concepción delirante, sino varias: por ejemplo, es á un tiempo emperador y senador. De ahí resulta la *movilidad* de las ideas; una afirmación va inmediatamente seguida de otras. Lo *absurdo* de las ideas, es su carácter más notable: los enfermos aceptan sin criticarlas todas las que se presentan á su espíritu. Por último, las ideas delirantes son *contradictorias* entre sí, y el mismo enfermo, que hace alarde de poseer millones, os

(1) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*. Th. Paris, 1859.