

El tratamiento moral no es menos útil que el físico, especialmente en el período en que los enfermos comienzan á darse cuenta de lo que pasa á su alrededor; entonces dicho tratamiento es seguramente el de éxito más feliz. Sauze (1) ha formulado sus reglas con tal claridad, que nada podemos hacer mejor que reproducir sus palabras: «Si en el período de agudeza el tratamiento moral es imposible, dice, no sucede lo mismo en el período de delirio. Cuando la inteligencia comienza de nuevo á funcionar, cuando las remisiones llegan, es preciso activar sin reserva las operaciones cerebrales, interrogar á los enfermos, fijar su atención é insistir cuando sus respuestas son muy lentas ó poco precisas, y se les debe hacer comprender que salen de una grave enfermedad. Los enfermos se encuentran casi siempre atónitos y no se dan cuenta de las diversas circunstancias de su enfermedad ni de los cambios que en ellos se verifican, como le sucedería á un individuo que durante su sueño fuese transportado á lugares desconocidos, que necesitaría cierto tiempo para imponerse de su situación. Algunos nos han dicho que les parecía salir de un largo sueño. A estos enfermos que despiertan, es necesario explicarles todos los detalles, aclararles su situación, ayudar á su memoria, y presentarles pequeños problemas para pedirles más tarde la solución. Este ejercicio intelectual repetido cada día sin interrupción, y procediendo de las cosas más simples á las cuestiones más difíciles, devuelve poco á poco la actividad ordinaria á todas las facultades; los enfermos se encuentran como los niños cuya inteligencia se desarrolla progresivamente».

¿Es preciso recluir á los enfermos de confusión mental? La cuestión merece discutirse. Nosotros creemos que hay más bien ventaja que inconveniente en hacerlo, cuando la afección se encuentra en un período agudo, ó sea en el período en que los enfermos parecen haber roto en absoluto todas las relaciones con el mundo exterior y son presa de la agitación más viva. En estos casos, difícilmente pueden prodigarles en sus casas los cuidados que han menester los enfermos, y entonces la Casa de Salud ofrece ventajas reales. Mas nuestro consejo es que el aislamiento debe reservarse para estas circunstancias y que no debe prolongarse mucho tiempo. Cuando el caso se presta al tratamiento moral, preconizado por Sauze, es preferible dejar al enfermo en su residencia habitual. Seglas (2) observa, con razón, que los cambios de medio no sirven más que para aumentar la desorientación de los ya confusos de la mente. Varias veces hemos visto la afección que parecía estacionaria en el aislamiento de la Casa de Salud, modificarse rápidamente con el regreso al seno de la familia. Rodeado de personas y de objetos que le son familiares, el enfermo se rehace más fácilmente.

BIBLIOGRAFÍA. — Dagonet, art. *Stupidité*, in *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, loc. cit., p. 328. — Ritti, art. *Stupeur, Stupidité*, in *Dict. encyclop. des sciences médicales*, 1883. — Wille, Die Lehre der Verwirrtheit; in *Arch. f. Psychiatrie*, t. XIX, 1888. — Ph. Chaslin, La confusion mentale primitive; in *Ann. méd. psychol.*, p. 224, 1892. — Hannion, Th. de Paris, 1894.

(1) Sauze, De la stupidité, Th. de Paris, 1852.

(2) Seglas, Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale, in *Ann. méd. psychol.*, Mayo-Junio, 1893.

## DELIRIO AGUDO

(En Alemania: *Delirium Acutum*.—En Inglaterra: *Mania delirante aguda*).

La clínica conduce á situar muy cerca de la confusión mental primitiva, una entidad morbosa sobre cuya naturaleza reina todavía una grande obscuridad, y á la cual se designa, desde Calmeil, con el nombre de *delirio agudo*. Es costumbre, al menos en Francia, considerar y describir el delirio agudo como el grado más acentuado de la manía ó sea como una manía *agudísima*; pero esta manera de ver, fundada únicamente en algunas superficiales analogías de síntomas, no tiene justificación á nuestro entender. Por sus síntomas, por su etiología y por lo que tenemos derecho á suponer, más bien que por lo que sabemos de su patogenia, el delirio agudo presenta más analogía con la confusión mental que con la manía. Algunos autores, Wille entre ellos, abundan en esta opinión, hasta el punto de considerar el delirio agudo como una de las formas de la confusión. De hecho, como veremos, en una y otra enfermedad los síntomas expresan un agotamiento del cerebro, menos acentuado en la confusión y más grave en el delirio agudo; en ambos casos, el trastorno cerebral parece depender de una infección, ó de una auto-intoxicación, cuya naturaleza, á la verdad, nos es desconocida.

HISTORIA Y DEFINICIÓN.—Entrevista por los autores antiguos, que parecen aludirla en las descripciones de la frenitis y de la frenesia, el delirio agudo fue ciertamente observado por Georget (1220), Abercombie (1825) y Esquirol (1838), que lo han indicado ó descrito sumariamente. Sin embargo, fue Calmeil (1) el primero que tuvo un concepto preciso de esta afección. La descripción hecha por este autor, ha sido reproducida muchas veces. «Mueren en las casas de locos, dice, poco tiempo después de la invasión del delirio, cierto número de sujetos cuyo estado patológico parece, en general, muy difícil de caracterizar. Los enfermos son presa de la más viva agitación; sus miembros están en continuo movimiento; hablan con volubilidad y sin que exista orden ni concierto en las palabras que se les escapan; parecen obcecados por alucinaciones ó falsas sensaciones del oído, de la vista y del olfato; el semblante muéstrase alterado, los ojos enrojecidos, legañosos, extremadamente vivos y tiernos; exhalan de sus cuerpos un olor repugnante; el pulso es frecuente, la piel ardorosa, la sed viva y la expuición continua. Tan pronto como estos alienados llevan un líquido á sus labios, lo rechazan con una especie de precipitación que no pueden dominar. Su lengua y sus labios tórnanse secos y fuliginosos. En fin, sucumben entre el quinto y el décimo día, sin que la autopsia de los órganos nos dé explicación de estos funestos accidentes. Algunos sujetos alcanzan la suerte de volver á las condiciones ordinarias de la locura y se restablecen más tarde. Precisa no confundir este estado, que se puede calificar, si se juzga conveniente, con el nombre de *delirio agudo*, con los síntomas de una tifoidea ó de una flegmasía local intensa».

Si la corta reseña de Calmeil no enseña gran cosa sobre la naturaleza de la

(1) Calmeil, Dict. en 39 volumes. Art. *Aliénés*, p. 186.



afección, indica al menos con claridad su carácter y circunscribe con bastante precisión sus dominios. Constituye además la mejor definición que pudiera darse. La expresión, delirio agudo, en la acepción que hoy se la toma, no se aplica á todos los delirios intensos, febriles y de evolución rápida, sean ó no vesánicos, porque si se aceptase la palabra en su sentido literal (Morel), se contribuiría á extenderla injustificadamente, llevando la confusión á los espíritus. Dicha expresión designa una entidad clínica particular, de la cual ignoramos la patogenia, y que acaso no sea una especie nosológica en el rigor científico de la palabra; pero que por su etiología, caracteres sintomáticos y por sus lesiones, negativas ó poco acentuadas, merece distinguirse de las afecciones que se le asemejan.

Brierre de Boismont (1) se ha inspirado en este criterio, al describir el delirio agudo como una individualidad nosográfica. Después de él, se ha establecido una doble corriente: la de los que niegan el carácter de entidad al delirio agudo (Lutjer, Bell, Jensen), y le consideran como una simple forma febril y grave de la manía (Parchappe, Griesinger, Baillarger), y la seguida por otros, que persisten en considerarle como una afección autónoma. La tesis de Thulié (2) y la más reciente de Briand (3) reflejan esta última tendencia. El delirio agudo parece ser, en efecto, una entidad clínica, cuando no nosológica.

ETIOLOGÍA.—Puede desarrollarse de improviso en los individuos limpios de toda herencia neuropática, pero el hecho es excepcional. De ordinario, los enfermos de delirio agudo tienen pésimos antecedentes hereditarios. De otra parte, remontándose á su pasado, encuéntrase á menudo rarezas de carácter, inconsecuencia en la conducta, tic y accidentes nerviosos de diversos órdenes (sonambulismo natural, crisis de histerismo ó de epilepsia, corea y accesos de manía ó de melancolía) que revelan, ya un desequilibrio, ya una vulnerabilidad particular del sistema nervioso.

Según las observaciones de Hertz (4), la estrechez del canal yugular se notaría á menudo en los individuos muertos de delirio agudo; acaso esta mala conformación desempeñe el papel de causa predisponente. La predisposición tendría por base la conformación física y por auxiliares la multitud de causas triviales que figuran en la etiología de las afecciones mentales, á saber: los disgustos, las emociones dolorosas, las fatigas físicas é intelectuales, las privaciones y las malas condiciones higiénicas de la habitación ó del alimento y los excesos de todos los órdenes: excesos de trabajo, venéreos, alcohólicos, etc.

La menstruación como ha notado Baillarger, constituye una circunstancia fisiológica favorable al desarrollo de la enfermedad; lo mismo sucede con las consecuencias del parto. Los traumatismos sobre el cráneo, las fiebres, la flegmasía y la pneumonía en particular, cuando recaen en alienados, favorecen el desarrollo del delirio agudo.

Esta enfermedad sobreviene á menudo á título de complicación en el curso de ciertas vesanias, como la confusión mental primitiva, la manía, la melancolía

(1) Brierre de Boismont, Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés. *Bullet. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1841-42, t. VII, p. 985, et *Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XI, 1845.

(2) Thulié, Étude sur le délire aigu sans lésions. *Th. de Paris*, 1865.

(3) Briand, Du délire aigu. *Th. de Paris*, 1881.

(4) Hertz, Du rétrécissement du canal jugulaire comme cause du délire aigu, in *Ann. méd. psychol.*, t. VI, 1871.

colía y en los accesos de locura periódica. Se la observa, en la parálisis general, sobre todo en su primer período, pero es probable que en este caso se trate menos de una parálisis general complicada con otra afección, que de una parálisis general precipitada en su evolución.

Más frecuente en el hombre, á la inversa de la manía que ataca de preferencia al sexo femenino, el delirio agudo es una enfermedad de la edad media de la vida.

Parece, en suma, que esta afección se desarrolla sobre todo en los individuos cuyo cerebro tiene naturalmente poca resistencia ó que la pierden por causas múltiples de desnutrición del sistema nervioso.

SÍNTOMAS.—El delirio agudo, como acabamos de ver, es *primitivo ó secundario*. Conviene desde luego estudiar el primitivo, pues su descripción permite limitar mejor los síntomas de la enfermedad, y después el secundario que no difiere más que en ser consecuencia de otra afección mental.

Rara vez comienza de un modo brusco la crisis de delirio agudo: de ordinario, se anuncia por *prodromos*. El enfermo, algunos días antes de la aparición de los síntomas característicos, se torna triste, preocupado, ansioso é indiferente á las personas y cosas que le rodean. La inteligencia se oscurece y se nubla. Al mismo tiempo aparecen la cefalalgia, los vértigos y un insomnio pertinaz. El apetito desaparece, se presenta estreñimiento y el enfermo comienza á enflaquecer. Padece de ensueños penosos, de pesadillas angustiosas y durante la vigilia se notan ya alucinaciones terroríficas: ya son visiones de cadáveres, ya escenas horribles que impresionan vivamente á los enfermos; puede haber ilusiones del gusto que sugieren la idea de envenenamiento. A la indiferencia primera, sigue la desconfianza, sentimientos hostiles ó vagas ideas de persecución. Se le hace difícil la vida al paciente y se aísla. Todavía está consciente de su estado y se da cuenta que algo sucede en él de anormal y sufre siniestras y muy legítimas aprensiones. Bien pronto, en efecto, aparece la agitación que se acentúa pronto y con ella la obtusión intelectual y la fiebre.

Hay que distinguir, en los casos tipos, dos fases del *período de estado*, una fase de excitación y otra de depresión ó de colapso.

La fase de *excitación* se caracteriza, desde el punto de vista mental, por trastornos muy análogos á los de la manía aguda; pero aquí la excitación cerebral y las incoherencias de las ideas son aún más acentuadas; la conciencia y la inteligencia más profundamente alteradas; las alucinaciones y las ilusiones, en fin, tienen en el cuadro clínico de esta enfermedad un más ancho espacio que en el de la manía.

La agitación es llevada á su último grado: el enfermo va y viene en todos sentidos, se precipita contra las paredes de su celda ó se arroja violentamente sobre su lecho ó en el suelo: su fisonomía expresa de momento en momento los sentimientos más diversos y contrarios; se le ve detenerse de golpe, escuchar voces imaginarias que cree oír, ejercitar movimientos de defensa sugeridos por alucinaciones de la vista ó caer momentáneamente en éxtasis. El lenguaje presenta la misma intemperancia que los movimientos; es una especie de vociferación, un conjunto de frases sin encadenamiento y de palabras incoherentes; otras veces, son simples gritos ó sonidos inarticulados que se proferen con voz ronca y casi velada. A menudo esta exuberancia de palabra no



permite descubrir ninguna preocupación especial; pero otras, las frases parecen que indican tanto terror como satisfacción, tanto preocupaciones religiosas como hipocondríacas. Foville cita á un obrero que durante varios días no cesó de hablar de una manera incoherente de sus relaciones con el Emperador y de los títulos, condecoraciones y riquezas que éste le prodigaba. Un jardinero, observado por Ball, creía pasear en un delicioso jardín y respirar los suaves olores del jazmín y de la rosa. Un hermano lazarinero, de que habla Thulié, se ponía sobre su lecho y gritaba sin cesar: Jesús, María y José. Más á menudo, el lenguaje de los enfermos expresa ideas de otro orden: se creen perjudicados, ven muertos á sus padres ó degollados á sus hijos; imaginan que se les envenena, que no pueden comer ó que no viven más. La naturaleza del delirio se relaciona con la de las alucinaciones: múltiples y movibles como ellas, dominan en gran parte los trastornos intelectuales.

Como en la manía, las alucinaciones se asocian á una hiperestesia que interesa á la vez la vista, el oído y el tacto. En su virtud, los ruidos, la luz y los contactos, provocan reacciones vivas.

Durante la fase de excitación, los enfermos no son completamente extraños á cuanto les rodea; se puede alguna vez, como en la manía, fijar momentáneamente su atención interpeándolos con viveza. Sin embargo, hay de ordinario un embotamiento más ó menos acentuado de la conciencia, pero, como observa Schüle, aquél embotamiento es susceptible de modificarse de un momento á otro; vése al enfermo, en efecto, pasar de repente de un estado profundo de estupor á una lucidez relativa; «el estupor alterna con estados de desvarío semi-lúcidos».

Dos síntomas importantes, uno de ellos simplemente habitual, y el otro constante, acompañan á los trastornos intelectuales, estos son: la *sitiofobia* y la *fiebre*. En general, el enfermo rehúsa los alimentos y las bebidas que se le ofrecen, y si se llega á introducirlos directamente en la cavidad bucal, provocan de ordinario un espasmo reflejo de la faringe, que los arroja al exterior. Además, el enfermo escupe á menudo y expectora casi continuamente.

No hay delirio agudo sin elevación de temperatura. La *fiebre* marca el principio del período de excitación; puede ser moderada los primeros días, pero á menudo se eleva de pronto á los 40° y aún más. Se mantiene alrededor de esta cifra, hasta que al fin se presentan remisiones momentáneas que ocasionan temporalmente ilusiones de una mejoría. La aceleración del pulso y de la respiración camina paralela á la elevación de la temperatura. El pulso, que late de 100 á 140 veces por minuto, es pequeño, contraído y algunas veces irregular y desigual. Excepcionalmente se le observa lento (Jensen). La piel es seca y terrosa; las orinas escasas y alguna vez albuminosas.

En este período, hay algunas veces convulsiones tónicas ó clónicas, generales ó parciales, que recuerdan á las del tétanos.

Al cabo de cinco ó seis días, si la mejoría no llega, el *colapso* sustituye á la excitación. Cesan el delirio y la excitación y les sucede el estupor, al que acompañan, de ordinario, la *mutación* y la *carfología*. Los ojos se hundan en las órbitas, la nariz se afila, los labios se cubren de fuliginosidades, la lengua se seca y se pone apergaminada, la voz se extingue, las excreciones se hacen involuntarias, la respiración anhelosa y el pulso miserable. La temperatura

sigue subiendo y puede pasar de 41° y el enfermo sucumbe en el coma por una especie de agotamiento agudo del cerebro. Este período es siempre de corta duración; no excede de un día ó dos y algunas veces sólo dura algunas horas.

FORMAS.—Pueden admitirse con Schüle, tres formas de delirio agudo: la forma *maniaca*, la *melancólica* y la *paralítica* ó con *postración*.

La primera es la que ha servido de tipo á nuestra descripción y á ella se refieren exclusivamente la mayor parte de las obras francesas.

La segunda (delirio agudo *melancólico*) se distingue de la precedente por un principio más insidioso, por un período prodrómico más largo, por el carácter triste y depresivo del delirio que consiste en desvaríos monótonos con temores de envenenamiento y obstinación en rehusar los alimentos por la menor elevación de temperatura, que después de haber rebasado la cifra normal durante dos ó tres días, puede descender hasta la hipotermia; y, en fin, por la intensidad de los fenómenos de desnutrición que complican de ordinario la diarrea, las escaras y el aspecto tífico que comunmente adoptan las lesiones de las diversas vísceras, pulmón y riñones. El pronóstico de esta forma parece un poco menos grave que el de la maníaca; se observa de preferencia en los individuos debilitados por largos padecimientos físicos ó morales, y en las púerperas, sobre todo, si el parto ha sido difícil y laborioso.

La forma *paralítica* apenas merece una descripción especial; es intermedia á las dos que preceden; empieza, como la maníaca, por fenómenos de excitación, y estos trastornos alternan con los signos de depresión, de estupor y de parálisis vaso-motora como en la forma melancólica. Pero la excitación es menos intensa y la fiebre menor que en la variedad maníaca. La temperatura no tarda en bajar y los enfermos sucumben en el colapso y la algidez por parálisis de los centros de la calorificación.

De las tres formas, la primera es la más corta (cinco á ocho días), la segunda, la más larga, pues la muerte no llega algunas veces sino después de varias semanas; y la tercera, tiene una duración intermedia.

DIAGNÓSTICO.—El cuadro clínico del delirio agudo recuerda bastante al que presentan ciertas enfermedades infecciosas, para dudar del diagnóstico á primera vista. Las fiebres eruptivas con delirio, se diferencian bien pronto por la aparición del exantema; la fiebre tifoidea podrá confundirse más fácilmente con el delirio agudo, pero aunque en aquella enfermedad las manifestaciones cerebrales son muy acentuadas, los trastornos psíquicos y en especial las alucinaciones é ilusiones son menos intensas; y, de otra parte, el estado del vientre, el dolor de la fosa ilíaca, la tumefacción del bazo y la diarrea, permitirán fácilmente establecer el diagnóstico, al menos en general, de la dotienería. La pneumonía, cuando va acompañada de alteraciones cerebrales, puede en un momento simular el delirio agudo, pero los signos de auscultación disiparán pronto el error. En la meningitis simple ó tuberculosa, el delirio es menos pronunciado, la agitación menos violenta, hay vómitos, trastornos pupilares, estrabismo, parálisis y convulsiones localizadas.

En la manía aguda, el delirio es más exclusivamente psíquico y menos sensorial; la fiebre no existe, y cuando la temperatura se eleva, no rebasa más que en algunas décimas de grado la cifra normal y de una manera temporal; la desnutrición es menos rápida y no aparecen el carácter tifoideo ni los fenó-



menos de colapso. Sólo se muestran estos últimos síntomas cuando el delirio agudo complica á la manía.

Al principio ó en el curso de la parálisis general, suele observarse fiebre y un delirio intenso con alucinaciones, seguido bien pronto del colapso y la muerte. Cuando este conjunto sintomático se manifiesta algún tiempo después del principio de la enfermedad, la anamnesia y la coexistencia de trastornos somáticos (alteración de la palabra, temblor de los labios y de la lengua y desigualdad de la pupila), permitirán reconocer la encefalitis intersticial difusa. Por lo demás, en este caso podría creerse, con justicia, que se trataba del delirio agudo complicado con la parálisis general.

Esta complicación puede manifestarse temprano, casi al principio de la encefalitis. En este caso, ¿se tratará de un delirio agudo secundario y de complicación, ó simplemente de una forma rápida de la parálisis general? He aquí una cuestión difícil de resolver. En verdad, el cuadro sintomático casi no difiere en ambos casos, salvo por los síntomas más precoces de la demencia paralítica, y hay que acudir á la autopsia para que nos revele las lesiones más ó menos acentuadas de la meningo-encefalitis.

Algunas veces, una parálisis general que ulteriormente debe evolucionar con más ó menos lentitud, comienza por un acceso maniaco intenso. Pudiera entonces temerse la inminencia del delirio agudo; pero, en este caso, la fiebre no es alta, la cara está roja y animada, las alucinaciones faltan ó son raras, los síntomas ordinariamente se prolongan más allá del término asignado al delirio febril simple, y no se tarda en notar la candidez de las ideas, la debilidad intelectual y los demás signos de la encefalitis difusa.

Hay grandes analogías entre el delirio agudo y el *delirium tremens*; pero independientemente de los conmemorativos, el temblor intenso de la lengua y de los miembros, y el predominio de las alucinaciones visuales terroríficas, permitirán reconocer la segunda de estas afecciones.

PRONÓSTICO. — Lo ordinario es que el delirio agudo sea mortal. En los casos en que la curación tiene efecto (una cada cuatro veces, según Marcé), se anuncia por la reaparición del sueño y la mejoría progresiva de los otros síntomas. La convalecencia es larga, y á menudo queda en el enfermo cierta debilidad mental. La demencia consecutiva es común, sobre todo cuando la enfermedad se desarrolla secundariamente en el curso de otra preexistente. El delirio agudo es susceptible de recaer, y las recaídas son aún más graves que los accesos primeros, tanto desde el punto de vista de las consecuencias inmediatas, como de las tardías.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Patogenia y naturaleza. — Las lesiones que se encuentran en la autopsia de los individuos muertos de delirio agudo, varían según los casos; unas veces son nulas, otras consisten en lesiones congestivas de las meninges y de la substancia cerebral, y otras, en fin, parecen el esbozo de un proceso flegmático.

Es positivo que el examen atento del cerebro no revela en ciertos casos lesión alguna, al menos apreciable á simple vista. Thulié ha puesto de manifiesto los hechos de este orden, en su trabajo sobre el delirio agudo *sin lesiones*. Supone que los trastornos cerebrales deben atribuirse en estos casos á la *anemia cerebral*. Esta interpretación es difícilmente aceptable, y luego daremos la razón.

Las lesiones más á menudo observadas son de naturaleza *congestiva*. La dura-madre participa algunas veces del proceso hiperémico, y además aparece como distendida por el aumento de volumen del cerebro congestionado. Las alteraciones vasculares son visibles, sobre todo en la pia-madre; los vasos de esta membrana, particularmente alrededor de la cisura de Silvio ó en los lóbulos frontales y esfenoidales, se encuentran repletos de sangre, y los capilares parecen finamente inyectados. Algunas veces la meninge está ligeramente edematosa, y alrededor de sus vasos se observan pequeñas sufusiones sanguíneas. La substancia gris del cerebro se encuentra congestionada, como las membranas de cubierta; la pia-madre se desprende con facilidad de su superficie, pero después de dar cortes, la corteza cerebral aparece salpicada de un punteado vascular, sobre todo en las capas medias y profundas. Algunas veces, la congestión de la substancia nerviosa se revela bajo el aspecto de manchas de color de amatista ú hortensia, descritas no ha mucho por Calmeil.

En ciertas circunstancias, el proceso patológico rebasa la fase hiperémica, y encuéntrase entonces lesiones que pueden ser consideradas como de naturaleza flegmática. A lo largo de los vasos de la pia-madre se observan rayas blancas peri-vasculares; la membrana no se deja separar fácilmente de la substancia nerviosa, sino que se aferra á la superficie de la circunvolución y arrastra consigo pedazos de substancia gris cuando se la disecciona y produce pequeñas erosiones que recuerdan á las que se encuentran en los grados ligeros de la parálisis general.

Las lesiones histológicas que corresponden á esta última categoría de hechos, han sido insuficientemente estudiadas. Calmeil, que se esforzó en penetrarlas, pero mal secundado por una técnica muy rudimentaria, comprobó una enorme turgencia de los vasos y la acumulación de elementos granulosos, ya entre las paredes de los vasos, ya en el espesor mismo de la substancia cerebral. Gottfried Jehn (1) ha renovado este estudio, y encontró granulaciones pigmentarias y algunos núcleos redondos y granulosos á lo largo de los vasos, aumento en los núcleos de neuroglia, alteraciones celulares, deformación y degeneración granulosa, y, en fin, la presencia de numerosas gotitas de grasa en el campo del microscopio. Al mismo tiempo, dicho autor ha encontrado en la médula, lesión de los tubos nerviosos de los cordones posteriores, que se muestran con desigual espesor en el sentido longitudinal, y rodeados en sus intervalos de células granulosas.

Añadamos que, independientemente de las alteraciones del cerebro, pueden encontrarse diversas lesiones viscerales en los individuos muertos de delirio agudo, v. gr.: la degeneración coloidea y serosa de ciertos músculos (Fürstner (2), Briand), una coloración rojiza en la membrana interna del cayado de la aorta (Briand), debida probablemente á una infiltración hemática análoga á la que se observa en muchos estados tifoideos, congestión de los riñones, y lesiones de hiperemia pulmonar ó de bronco-pneumonía.

Cualquiera que sea la opinión que se forme del valor é importancia de las alteraciones hasta aquí mencionadas, resulta difícil explicar por ellas solas la

(1) Gottfried Jehn, Beiträge zur Pathologischen Anatomie acuter Delirien; in *Arch. für Psychiatrie*, tomo VIII, pág. 594, 1878.

(2) Fürstner, *Archiv. für Psychiatrie*, Band XI, Heft 2, p. 517.