

ejecutar ningún acto. Otras veces, el estupor merece el apellido de delirante y va acompañado de alucinaciones é ilusiones de carácter terrorífico por lo general. Una enferma de Baillarger, por ejemplo, se imaginaba que la iban á prender y que se enviaban soldados para su captura; se creía muerta y encerrada en el ataúd, veía fantasmas y oía pestilencias á su alrededor. En estos casos, es cuando el estupor melancólico se complica algunas veces con catatonía.

Contrariamente al exceso de actividad de las funciones orgánicas que se observa en los períodos de excitación, en los de depresión, la nutrición se retarda, se tornan perezosas la respiración y la circulación, las secreciones se hacen menos abundantes, las extremidades se enfrían y se ponen cianóticas, y de ordinario, los enfermos adelgazan.

Los detalles que preceden, dan una idea de las variedades de aspecto que afectan los accesos de locura periódica.

En un mismo enfermo, estos accesos revisten á menudo idéntica forma, sobre todo, cuando se trata de accesos aislados y cortos, de melancolía ó de manía. En la manía y melancolía intermitentes, se parecen, por lo común, los accesos, de una manera que admira.

En la locura de formas alternas ó en la de doble forma, aunque se observe la alternativa entre las dos fases de manía y de melancolía, no existe relación de intensidad entre una y otra. Y así, un acceso corto y ligero de excitación, puede ser seguido de una larga fase de estupor melancólico. Sin embargo, en algunos casos hay paralelismo, desde el doble punto de vista de la duración é intensidad de los accesos; se observa, por ejemplo, una corta fase de excitación maníaca, seguida de un corto período de depresión melancólica simple.

3.º Intervalos lúcidos. — Sabemos, después de cuanto hemos aprendido en la evolución de la enfermedad, que los intervalos lúcidos son largos ó cortos y comprendidos, ya entre dos accesos de manía ó de melancolía, ya entre dos accesos de locura de doble forma.

Lo que caracteriza los intervalos lúcidos al principio, es la perfecta integridad de las funciones psíquicas y del carácter. Esta particularidad ha sido anotada con cuidado por diversos observadores, y especialmente por Foville. Magnan ha hecho sobresalir la importancia de esta particularidad; según él, ella basta para separar la locura intermitente de los accesos de la locura degenerativa, en cuyos intervalos se nota siempre, ora debilidad de la inteligencia, ora el desequilibrio mental, que constituye el primer elemento de la degeneración.

Esto, no obstante, la integridad de las facultades no se conserva sino durante cierto tiempo.

Con la repetición y la prolongación de los accesos, sobrevienen algunas modificaciones. La lucidez es completa y el vigor intelectual no disminuye el principio; pero se advierte cierta irritabilidad y una actividad movidiza é insólita; otras veces, por el contrario, es una desacostumbrada apatía é indolencia la que domina á los sujetos. Más tarde aún, viene cierta inclinación á la demencia; comienza á flaquear un poco la memoria y obsérvase lentitud en las concepciones, menor rectitud de juicio y menos limpieza y precisión en las ideas. « Pero no debe perderse de vista, que además de la acumulación de los accesos, contribuye á la decadencia intelectual los progresos de la edad de los sujetos » (Magnan).

ETIOLOGÍA.—La herencia es en ésta, como en las demás vesanias, el elemento predominante; sobre este punto es unánime el acuerdo. Magnan sostiene que la herencia en la locura intermitente es menos acentuada que en la degeneración mental y más que en el delirio de persecución de evolución sistemática. Si fácil es hacer constar el poder de la herencia, difícil nos parece graduarle. Desde luego, precisa hacer constar que ciertos degenerados traen un pesado estigma hereditario, y que la degeneración, como más tarde veremos, es la consecuencia de accidentes ocurridos en el embarazo de la madre ó de enfermedades de la infancia. Ahora bien, si en los degenerados la herencia es inconstante, aunque habitual, en la locura intermitente, por el contrario, es la regla. La proposición de Magnan, debía, pues, ser más bien invertida. Por lo demás, los hechos mismos que aduce este autor, no nos parece que militan en pró de su manera de ver. Cita, entre otros intermitentes, cuyas observaciones refiere, una mujer, hija, madre y hermana de locos; otra joven, hija de madre apopléctica, de padre borracho y exaltado y con una hermana maníaca crónica; en un gran número de degenerados se encuentra lo mismo. Lo que es preciso decir, en nuestra opinión, es que la herencia, débil ó fuerte, lejos de conducir á un estado de desequilibrio permanente por defectuoso desarrollo del sistema nervioso, crea sencillamente una predisposición latente que, en la locura periódica, se revela por accesos más ó menos separados unos de otros. Lo que se acusa menos en estos casos, no es en rigor la herencia, sino sus consecuencias.

En la locura intermitente, la herencia, es á menudo similar. La madre de la enferma, cuya observación damos en forma esquemática, presentó como su hija, períodos alternativos de excitación y de depresión. J. Falret, cuenta que su padre y él tuvieron la rara ocasión de observar, en tres familias diferentes, la existencia de la locura circular perpétua durante tres generaciones: en la abuela, la madre y la hija.

La locura intermitente es más común en la mujer que en el hombre. Nosotros hemos visto que la primera manifestación se verifica, de ordinario, entre los veinticinco y los treinta y cinco años.

En cuanto á las causas determinantes de los accesos, faltan á menudo completamente: el acceso maníaco ó melancólico estalla inopinadamente, sin que nada pueda explicar su desarrollo. Otras veces se presenta á consecuencia de disgustos ó de vivas emociones morales, ó bien su reaparición es provocada por la menstruación, el embarazo ó la lactancia.

DIAGNÓSTICO. — La cuestión del diagnóstico de la locura periódica, sugiere varios problemas.

Cuando estalla en la edad adulta, en las proximidades de los treinta años, un acceso de manía ó de melancolía, no siempre es fácil de decidir si este acceso es la primera manifestación de la locura intermitente que continuará evolucionando durante toda la existencia. Puede, en efecto, tratarse ya de un acceso de manía ó de melancolía simples ó ya de los mismos accesos en un degenerado; el pronóstico, como es sabido, varía mucho en cada caso. Los accesos de simple manía ó melancolía son provocados, de ordinario, por una causa física ó moral, fácilmente apreciable; por lo general, son precedidos de una fase prodrómica que dura más ó menos tiempo, y que se caracteriza por insomnio, tristeza y falta de apetito. Al contrario, los accesos sintomáticos de la locura

intermitente sobrevienen á menudo de un modo espontáneo y sin intervención de ninguna causa determinante, carecen de prodromos, estallan de improviso y se limitan á la simple excitación maníaca ó depresión melancólica, en tanto que en la manía y en la melancolía vulgares, los trastornos son, de ordinario, más acentuados, y se revelan los trastornos maníacos por la manía aguda con incoherencia de las ideas y del lenguaje, y los melancólicos por depresión con ideas delirantes de ruína, culpabilidad ó daño.

Por lo que hace á los accesos sintomáticos de la degeneración, de una parte, se presentan á menudo en la niñez ó en la adolescencia, y, de otra parte, los antecedentes enseñan que los individuos que padecen esta enfermedad presentaron anteriormente, ora la debilidad intelectual, ora los signos de desequilibrio mental, que faltan siempre en la forma típica de la locura intermitente.

Cuando los síntomas de la locura periódica son poco acentuados, pueden no llamar la atención lo bastante; una excitación ligera ó una depresión poco marcada, pasan algunas veces por simples extravagancias pasajeras del carácter ó del humor. Se desdeña la consulta del médico por estos trastornos, al parecer sin malicia, que no han menester tratamiento en ningún Asilo. Así se desconoce la naturaleza morbosa de trastornos que un día, cuando la enfermedad adelante en su evolución, han de presentarse más intensos y mejor caracterizados. Esto explica el por qué muchos locos intermitentes continúan viviendo con sus familias y por qué resulta muchas veces difícil para el médico que es llamado á tratarlos, reconstituir la historia completa de la afección con todos sus accesos.

Algunos de estos accesos pueden ser tomados por excitación maníaca pura ó por simple depresión melancólica, cuando, en realidad, son accesos de doble forma, y es que no se ha tenido por patológica más que la fase de la crisis que se ha destacado con mayor intensidad, juzgando como período lúcido lo que era un período de excitación débil ó de depresión poco acentuada.

Aparte estos errores por omisión, que no pueden evitarse más que escudriñando minuciosamente el pasado de los enfermos, su carácter habitual y sus modificaciones eventuales, hay otros cuyas consecuencias son aún más graves. Hemos visto que el período de excitación de la locura intermitente se parece mucho á la fase expansiva de la parálisis general. La confusión es tanto más fácil, cuanto que en ciertos intermitentes se observa, á semejanza de los paralíticos generales, un ligero estorbo en la palabra y trastornos cerebrales de naturaleza congestiva. Sábese, además, que el delirio de la encefalitis difusa adopta algunas veces la forma circular y se constituye por fases alternas de excitación y depresión. Por estas semejanzas, el práctico se ve á menudo obligado á suspender su juicio y á esperar la marcha de los accidentes para, en su vista, establecer un diagnóstico preciso. No obstante lo dicho, en la parálisis general se observan desde el principio signos de debilidad mental que no existen en la locura intermitente. Falret hace notar, además, que entre la excitación de los paralíticos y la de los circulares existe un carácter diferencial importante; los primeros son á menudo benévolos, generosos y dispuestos á compartir su dicha con todos, mientras que los circulares son esencialmente malvados, y gozan un maligno placer en vejar y perjudicar á cuantos les rodean.

PRONÓSTICO. — Los desarrollos á que nos ha obligado el estudio de la evolución de la locura intermitente, bastan á indicar su pronóstico. Trátase de una vesania comparable á la diátesis, y las recidivas de los accesos son fatales en plazos más ó menos lejanos. Pero si el pronóstico de la locura intermitente es grave, no sucede lo mismo con el de los accesos; cortos ó largos, son esencialmente transitorios y curables hasta el día en que la afección adopta la forma circular ó la de manía ó melancolía crónicas.

TRATAMIENTO. — La locura intermitente es, entre las enfermedades mentales, una de las más rebeldes á los esfuerzos de la terapéutica. Se ha tratado, de una parte, impedir ó retardar la vuelta de los accesos, y, de otra, atenuar la intensidad y la duración de los que ya se han declarado.

En lo que concierne á la segunda indicación, remitimos al lector á cuanto tenemos manifestado en el tratamiento de la melancolía y de la manía simples. Los medios que se usan para remediar estos estados, no difieren cuando se trata de simples episodios de la locura periódica, de los que se prescriben cuando la manía y la melancolía se presentan con el carácter autónomo.

En cuanto á la primera indicación, se han preconizado sucesivamente: el sulfato de quinina, la morfina, la digital y los bromuros alcalinos. Ninguno de estos medicamentos parece tener una eficacia suficiente para impedir la reaparición de los accesos. Esto no obstante, en las locuras intermitentes con accesos cortos y aproximados, el empleo del sulfato de quinina á la dosis de 30 centigramos á 2 gramos, durante los intervalos lúcidos, parece haber tenido por resultado, en algunos casos, el retardar los accidentes y atenuar su intensidad. Pero los hechos no son bastante significativos para dar certidumbre de que los éxitos no sean debidos á simples coincidencias.

En otro tiempo se recomendaban las sangrías periódicas, y Baillarger atribuía á este remedio la transformación en melancolía intermitente de una locura de doble forma, lo que equivale á la supresión del acceso maníaco. Los inconvenientes del procedimiento no parecen suficientemente compensados con sus ventajas. Señalaremos también las inyecciones subcutáneas de estriquina, que administradas por Burkhard en el momento en que la modificación del trazado esfigmográfico anunciaba en los enfermos la vuelta probable del acceso, dieron en dos casos buenos resultados. La reclusión en un Asilo de los alienados intermitentes, se impone en cuanto los accesos de excitación ó de depresión adquieren cierta violencia. Se da á menudo el caso contrario: que los enfermos permanecen con sus familias, sobre todo durante los períodos depresivos. No está demostrado que esta práctica tenga serios inconvenientes, porque el aislamiento no parece tener tanta eficacia curativa en las psicosis periódicas como en otras vesanias, singularmente en las degenerativas. En estos casos, las ventajas de la reclusión no están tanto en atenuar la duración é intensidad de los accesos, como en permitir una vigilancia más perfecta y una higiene rigurosa sobre los enfermos. Los intermitentes deprimidos, cuando permanecen en sus casas, desdeñan los más elementales deberes de limpieza, y de ordinario se alimentan mal; las familias no gozan, por lo general, de autoridad bastante para obligarles á nutrirse y á asearse. Desde este punto de vista, la disciplina, á la vez dulce y severa de la Casa de Salud, tiene una indiscutible utilidad.

NATURALEZA. — ¿La locura intermitente, tal y como la acabamos de describir, constituye una especie morbosa perfectamente distinta de las otras formas de psicosis? Para responder á esta pregunta, es necesario recordar brevemente las diversas etapas que ha atravesado la historia de esta afección antes de llegar al punto en que hoy la consideramos. En realidad, el principio de esta historia se remonta al descubrimiento de la locura de doble forma. Desde hace mucho tiempo, los alienistas (Pinel, Esquirol, Dubuisson, Guislain, Griesinger) habían notado que en ciertos enfermos los accesos de manía alternaban con los de melancolía, ó podían transformarse unos en otros. Pero en esta época, la manía y la melancolía eran consideradas como especies morbosas siempre autónomas, y apenas se entreveía que, además de la manía y de la melancolía simples, pudiera haber accesos maniácos ó melancólicos que fueran la expresión sintomática de especies morbosas más complejas. En 1851, J.-P. Falret (1), y más tarde, en 1854, este mismo autor y Baillarger (2), llamaron casi simultáneamente la atención sobre una especie clínica caracterizada por «un período de excitación alternando con otro de depresión». Baillarger muestra que la locura de doble forma (esta era la expresión usada por él) se presentaba tanto bajo la forma de accesos aislados, como bajo la de accesos que se sucedían sin interrupción; J.-P. Falret insiste especialmente sobre la segunda variedad, que denominó locura circular; pero ambos estuvieron acordados en proclamar que la locura de doble forma y la circular eran algo más que una sucesión de accesos de manía y de melancolía simples, más bien, como decía Baillarger, «un género especial de locura».

Aunque las descripciones de Baillarger y de J.-P. Falret eran clínicamente muy exactas, cometieron estos autores el error de buscar la característica de la nueva especie morbosa que acababan de describir, exclusivamente en la sucesión de las dos fases que constituyen el acceso de doble forma.

Morel, aunque rehuendo admitir la locura circular como un género específico, en lo cual se equivocaba, hizo notar con razón que las alternativas entre la excitación y la depresión eran un fenómeno frecuente en patología mental. Sin duda por atribuir á esta alternativa una importancia nosológica desmedida, se confundieron cosas que deben ser diferenciadas. En la parálisis general, por ejemplo, se observa bastante á menudo la alternativa de la excitación maniaca con el delirio melancólico, y se ha partido de este hecho para describir una locura circular en el curso de la encefalitis difusa. No hay para qué decir, que entre ésta y la descrita por Baillarger y Falret, sólo hay una grosera semejanza de síntomas. Además, esas mismas alternativas de excitación y de depresión pueden manifestarse en individuos que presentan estigmas degenerativos, sin que por esto la marcha de la enfermedad sea la que se observa en la locura circular típica. Sin embargo, ciertos casos de este orden han sido erróneamente confundidos con la enfermedad circular. Magnan ha demostrado que la característica de las locuras intermitentes reside menos en la sucesión de las dos fases melancólica y maniaca, constitutiva de la mayor parte de los accesos, que en la evolución general de la enfermedad, y ha reunido con razón

(1) J.-P. Falret, *Gaz. des hopitaux*, Enero 1851. *Leçons cliniques de médecine mentale* 1^{er} partie, Paris, 1854, p. 249. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 14 Febrero, 1854.

(2) Baillarger, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 31 Enero, 1854.

en una misma descripción las locuras circulares de doble forma, intermitentes y alternas, que en realidad parecen constituir modalidades diversas de una sola especie morbosa.

BIBLIOGRAFÍA: A. Foville, art. *Folie à double forme*; in *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1872. — L. Kirn, *Die periodischen psychosen; Eine Klinische Abhandlung*; broch. in-8, Stuttgart, 1876. — J. Falret, *La folie circulaire ou folie à formes alternes*; in *Arch. gén. de médecine*, Paris, décembre 1878 et janvier 1879. — Ritti, article *Folie à double forme*; in *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1879, et *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1883. — A.-E. Mordret, *De la folie à double forme*, Paris, J.-B. Baillière, 1883. — V. Magnan, *De la folie intermittente*; Communication faite au Congrès international de médecine de Berlin de 1890, in *Recherches sur les centres nerveux*, Paris, Masson, 1893.

DELIRIO DE PERSECUCIÓN DE EVOLUCIÓN SISTEMÁTICA

SINONIMIA: Delirio crónico (Magnan). — Delirio crónico de evolución sistemática (Magnan y Sérieux). — Psicosis sistemática progresiva (Garnier). — Delirio crónico regular (Camuset). — Delirio sistemático progresivo (Cullerre).

HISTORIA Y DEFINICIÓN. — Pinel y Esquirol englobaron entre los melancólicos y lipemaniacos todos los enfermos cuyo delirio tenía por principal carácter la tristeza. Ahora bien, estos enfermos se dividen en dos grupos muy diferentes entre sí: los del primer grupo, los verdaderos melancólicos se acusan á sí mismos, como hemos visto, y se consideran como verdaderos culpables que esperan un castigo merecido; los del segundo son muy diferentes; en lugar de acusarse ellos mismos, acusan á los demás; en vez de tenerse por culpables, se creen víctimas; estos no son lipemaniacos sino *perseguidos*.

Corresponde á Guislain (1) y sobre todo á Lasègue (2), el mérito de haber puesto de relieve esta distinción. Lasègue ha hecho más; no sólo le debemos las diferencias fundamentales que separan las ideas melancólicas de las de persecución, sino que ha descrito con perfecta exactitud el delirio de persecución organizado en sistema y muy diferente de las ideas de persecución que pueden presentarse á título de episodio en el curso del alcoholismo sub-agudo, de la manía, de la demencia senil, de la epilepsia y de la parálisis general.

Pero este autor, como él mismo ha dicho, no ha estudiado el delirio de persecución más que en su período álgido, y ha desdeñado el seguir la enfermedad á través de las transformaciones que puede sufrir el delirio.

En efecto, el delirio de persecución es susceptible de transformarse, especialmente en delirio ambicioso. Ya Spielmann (3) en 1855, y después Morel (4) y luego Foville (5) han insistido sobre este hecho.

Pero esta transformación no es constante y es preciso establecer, en este punto, distinciones entre los delirios de persecución. Unos sobrevienen más ó menos bruscamente, tienen una duración transitoria y curan sin que se ma-

(1) Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 3 vol. Gand, 1852.

(2) Lasègue, *Du délire des persécutions*, in *Arch. de médecine*, Febrero, 1852.

(3) Spielmann, *Diagnostik der Geisteskrankheiten*, Wien, 1855.

(4) Morel, *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860, p. 266.

(5) Foville, *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871.

nifisten ideas ambiciosas; otros, se desarrollan con lentitud, tanto en edad precoz como en edad avanzada, y se muestran algunas veces incurables sin sufrir transformación manifiesta en toda su evolución; y los hay, en fin, que recorren con notable regularidad ciertas etapas, siempre las mismas, las cuales por esta razón pueden preverse. De estos últimos, vamos á tratar en este capítulo con el nombre de delirio de persecución, de evolución sistemática.

A. J. Falret (1) y á Magnan (2) y á sus discípulos, debe adjudicarse el mérito de haber puesto de relieve la marcha y la evolución de este delirio de etapas regulares.

Pero no hay acuerdo sobre el lugar que corresponde á las últimas en nosología. Mientras que para unos el delirio crónico es la forma más completa y perfecta de los delirios de persecución, los cuales difieren entre sí, más bien por su aspecto y marcha que por su naturaleza, para Magnan, el delirio de persecución de evolución sistemática constituiría una entidad nosológica aparte, bien distinta de todos los demás delirios de persecución que pertenecían al grupo complejo de las psicosis degenerativas (3).

Cualquiera que sea la opinión que se adopte en este punto, nosotros creemos que debe consagrarse una descripción especial al delirio sistemático.

SÍNTOMAS. — El delirio de persecución de evolución sistemática — al cual, para evitar repeticiones y aunque nos parezca preferible la primera denominación, llamaremos indiferentemente delirio crónico ó psicosis sistemática progresiva — se caracteriza, como ya hemos dicho, por su marcha regular y por sus transformaciones que pueden preverse por adelantado, porque son siempre las mismas.

Aparición. — La afección empieza en un período relativamente avanzado de la vida, jamás en la infancia, siempre en la edad adulta, y de ordinario de treinta y cinco á cuarenta y cinco años. Los enfermos no presentan por lo general anomalía intelectual ó moral notable, hasta el momento en que hace explosión la enfermedad. Este doble carácter, si su valor fuera tan absoluto como se dice, bastaría á diferenciar el delirio crónico de los delirios de persecución de los degenerados que, como más adelante veremos, pueden aparecer de un modo precoz durante la adolescencia y aun en la infancia en los enfermos, que antes de la explosión del delirio se hacen notar por sus tendencias á la depresión ó á la exaltación por su espíritu tímido, desconfiado y suspicaz, por su inteligencia débil ó desequilibrada y por la extravagancia é incorrección de su conducta.

Períodos. — Aunque hay acuerdo sobre las etapas principales que la enfermedad recorre en su evolución, existen algunas divergencias entre los autores acerca de los detalles, y por esta razón se clasifican estas etapas de modo diferente.

J. Falret, admite cuatro períodos en el delirio de persecución de evolución sistemática: 1.º, período de interpretación delirante; 2.º, período de alucina-

(1) J. Falret, *Soc. méd. psychol.*, in *Ann. méd. psychol.*, 1881, t. v.

(2) Magnan. a) *Leçons*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1877, in *Prog. méd.*, 1887-91. — b) P. Garnier, *Des idées de grandeur dans le délire de persécution*. Th. Paris, 1877. — c) Gérente, *Considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie*. Th. Paris, 1883. — d) Magnan et Sérieux, *Le délire chronique á évolution systématique*. *Encyclop. scientifique des aides mémoires*, Masson, Paris, 1892.

(3) *Discussion á la Soc. méd. psychol. de Paris*, 1888.

ciones del oído ó período de estado; 3.º, período de trastornos en la sensibilidad general; y 4.º, período estereotipado ó delirio ambicioso.

Magnan reúne en uno sólo el segundo y tercer período de Falret. Además, admite una última fase, fase de demencia que Falret no acepta. Más tarde diremos lo que es preciso pensar de estas divergencias, y describiremos en el delirio sistematizado progresivo las cuatro fases siguientes: 1.ª, fase de incubación ó de interpretación delirante; 2.ª, fase de ideas de persecución y de las alucinaciones; 3.ª, fase de las ideas ambiciosas; y 4.ª, fase de demencia.

Descripción. — **Primer período.** — Período de incubación y de interpretación delirante. — El delirio de persecución comienza de una manera sorda é insidiosa: el enfermo experimenta, desde luego, un malestar indefinible cuya causa desconoce; se torna irritable, nervioso, y después suspicaz é inquieto; se aísla y aparta de todos, manifestando hacia las personas que le rodean una desconfianza injustificada. Extrañanse en él estos cambios de carácter y de costumbres, pero nada indica todavía la gravedad. Bien pronto, la desconfianza se revela en acusaciones claramente formuladas; quájase el perseguido de que se le observe, de que le miren de reojo, de que, al pasar por la calle, los transeuntes hacen signos y cuchicheen en voz baja acerca de su persona. Los menores incidentes son interpretados desde luego en el sentido de una persecución positiva y organizada; una ventana que se abre, un trapo que flota ó un grito de un niño, son otros tantos indicios que el paciente invoca en apoyo de su insana convicción. Esta preocupación continua por los más nimios detalles y por los incidentes más triviales, hace un raro contraste con la indiferencia relativa que manifiesta el perseguido hacia los sucesos que debían interesarle; las pérdidas de dinero, los duelos de familia ó los grandes acontecimientos políticos, le importan menos que un gesto de desagrado ó una mirada falsamente interpretada. El enfermo se encuentra ya dominado completamente por su delirio, el cual absorbe su atención y su actividad.

A estas alturas, no es casi posible hacerse ilusiones; la locura que, aunque tenga fecha, ha pasado hasta aquí inadvertida, se muestra con claridad. Por reticente que sea, y lo suele ser mucho, el perseguido se deja llevar por las preocupaciones que le dominan y por los tormentos que sufre.

Esto no obstante, de lo que se queja entonces, según la justísima advertencia de Lasègue, no es tanto de los hechos recientes como de esas cosas muy antiguas, algunas de ellas acaecidas quizá antes del delirio.

Por lo demás, el lenguaje y la actitud del enfermo, indican ya el trastorno mental que le afecta. En este período, el perseguido se deja arrastrar algunas veces á actos de resistencia; en la calle, por ejemplo, se insolenta ó pega á gente inofensiva para vengarse de una mirada de menosprecio ó de una palabra impropia. Otras veces, y con el fin de escapar de sus enemigos, se dedica á viajar, desatiende sus negocios, su hogar y su familia, y corre de ciudad en ciudad en busca de una tranquilidad que huye de él; estos cambios de lugar, pueden en algunos casos llevarle á una calma temporal. Foville ha descrito muy bien las singulares peregrinaciones de los *alienados emigrantes* (1). Ciertos enfermos se ponen á escribir cartas de protesta á las autoridades, á los ma-

(1) A. Foville, *Les aliénés voyageurs ou migrants*, in *Ann. méd. psychol.*, Julio, 1875. — *Communication á la Société méd. psychol.*