

no se evacua fácilmente. El sonido que resulta recibe entonces el calificativo de *gangoso*.

Existen algunas alteraciones de la voz que no han encontrado cabida en la calificación que precede.

Tales son en primer lugar los trastornos de la fonación, observados en algunas *afecciones del sistema nervioso central* (corea, esclerosis en placas, siringomelia, etc.). En estos casos, el aparato muscular laríngeo parece sufrir las mismas alteraciones funcionales que los demás músculos de la economía.

Existen también trastornos vocales debidos á alteraciones localizadas en la laringe, y que ofrecen todos los caracteres de *neurosis*, tales son: la *afonía espasmódica* (contracción espasmódica de la laringe cuando el individuo quiere emitir algún sonido), y la *mogifonía*, singular afección de los oradores, caracterizada por una sensación de fatiga gutural cuando el sujeto ha hablado por espacio de cierto tiempo; el examen laringoscópico practicado en tal instante, muestra las cuerdas vocales relajadas é incapaces de lograr una suficiente yuxtaposición.

Debemos mencionar aún la *ronquera* vocal, que aparece al *pubescer* en la edad correspondiente. Después de algunas semanas ó algunos meses, la voz ha adquirido su timbre definitivo; queda rebajada de una octava aproximadamente en los varones y sólo de dos tonos en las mujeres.

Por último, conocida es también la profunda alteración de la voz que aparece en los casos de *supresión ó atrofia de los órganos genitales*. Esta voz peculiar del eunuco, parece determinada por una suspensión del desarrollo de la laringe; puede, por otra parte, ofrecerse sin que exista alteración alguna de los órganos genitales, si el esqueleto laríngeo no se ha desarrollado normalmente.

H. MENDEL.

## DUODÉCIMA PARTE

### TRASTORNOS NERVIOSOS

#### EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

Fieles á la norma adoptada en este Manual, nos impulsa principalmente la consideración de ser directamente útiles al práctico, quien, ante un trastorno psíquico, desea ante todo conocer la significación que tiene con respecto al diagnóstico y al pronóstico. Trátase, por ejemplo, de un enfermo de fiebre tifoidea, de pneumonía, de sarampión, etc., que en el apogeo del ascenso térmico, en el período ya de defervescencia ó aun en la convalecencia misma, ofrece trastornos mentales, delirio, ¿qué significa este delirio y qué importancia tiene para el porvenir del enfermo? Si se trata de otro enfermo en estado comatoso, con estupor, sumido en una somnolencia que recuerda el sueño; ¿qué pueden indicar estos fenómenos con respecto al diagnóstico de los trastornos psíquicos? Si se da el caso de un tercero que está triste, preocupado, abatido, que tiene ideas de suicidio; ¿se trata de la melancolía ó de la manía de persecución? ¿Cómo puede reconocerse la diferencia? ¿Qué importancia entrañan estos síntomas para la evolución ulterior de la enfermedad?

Estos ejemplos demuestran palmariamente el espíritu que informa este capítulo dedicado al examen de las funciones psíquicas, y explican al mismo tiempo por qué hemos dejado de lado voluntariamente las cuestiones demasiado especiales para insistir sólo en los hechos capitales de la patología mental, que todo médico puede ser á cada paso llamado á juzgar y á someter á tratamiento.

#### MÉTODOS DE EXAMEN

El examen de las funciones psíquicas está con frecuencia rodeado de dificultades considerables. Existe en los trastornos que aquéllas sufren



una parte subjetiva tan grande, que el clínico habituado principalmente á la investigación de síntomas somáticos se encuentra ante ellos como perplejo; con tanta más frecuencia cuando el enfermo es incapaz de contestar á las preguntas que se le hayan dirigido ó declara que no está en modo alguno enfermo. ¿Qué hacer en tal caso, de qué medio valerse para principiar un interrogatorio que nos ha de conducir al diagnóstico: 1.º de los trastornos de las funciones psíquicas; 2.º de la forma clínica que afectan tales trastornos, y 3.º de su patogenia? ¿Cómo presentarse ante un sujeto que delira ó que no quiere ni oír hablar de médicos, por razón de que no tiene en absoluto conciencia de su estado?

Algunos prácticos, accediendo á las solicitudes de los parientes del enfermo, creen deber valerse en tales casos de medios insidiosos: ocultan al paciente su calidad, se presentan al enfermo con un nombre supuesto, se hacen pasar por delegados de policía, procuradores, comerciantes, cazadores, etc., inventan un pretexto extramédico cualquiera y acaban por entrar en conversación con él. Método es éste detestable si los hay, en primer lugar, porque á una persona que declara no ser médico no le es posible practicar, aunque se trate de un alienado, un examen psíquico y somático completo, y también porque el enfermo guarda con frecuencia rencor á aquellos que le han engañado, hostilidad que alcanza principalmente al médico que ha juzgado necesario usar con él de engaño, y esto es tanto más grave cuanto que la confianza absoluta es, al contrario, en extremo útil para el tratamiento de las afecciones en que interviene un elemento psíquico. Lo mejor es sin duda presentarse abiertamente como médico y procurar ir ganando la confianza del enfermo, examinando ante todo su estado somático. Este modo de proceder logra ya tranquilizar al enfermo; ve que no se le visita exclusivamente para arrancarle una confesión, secretos íntimos, para hacerle decir lo que él procura ocultar. Muy raro es que esta conducta tan sencilla no dé excelentes resultados para la investigación de los trastornos psíquicos.

La serie de operaciones inherentes á esta investigación es, por otra parte, exactamente la misma que para las afecciones somáticas.

Ante todo se deben obtener datos, tanto respecto del pasado personal del sujeto como del de su familia, es necesario reconstituir sus antecedentes personales y hereditarios; se procederá en seguida al examen directo del enfermo, y después los dos órdenes de datos son comparados entre sí, completándolos respectivamente, si para ello ha lugar.

Los datos referentes al pasado del enfermo y de su familia desempeñan, en medicina mental, un papel mucho más importante que en las otras ramas de la patología. En gran número de situaciones clínicas, es

imposible sin ellos establecer un diagnóstico, y con suma frecuencia los datos de esta índole, recogidos posteriormente, echan enteramente por tierra el diagnóstico que se ha formulado de buenas á primeras con el solo examen del enfermo. Debemos con todo hacer constar que con frecuencia se encuentran las mayores dificultades en esta parte del interrogatorio. Es cosa corriente que personas de una misma familia suministren datos contradictorios con respecto á la evolución que ha seguido la enfermedad, de los hechos que la han precedido, de los antecedentes hereditarios, dejando al médico sumamente perplejo, cuando trata de acogerse á la versión más verídica.

En el interrogatorio de los parientes ó de los que habitualmente rodean al paciente, ha de comenzarse procurando establecer algunos puntos, como son: la edad del enfermo, su nacionalidad, su profesión, su grado de instrucción, el lugar de su nacimiento. Inquiérense á continuación todas las particularidades biológicas, psicológicas y patológicas que caracterizan su personalidad.

Se determina luego con exactitud la época en que ha comenzado la enfermedad, los síntomas que han marcado su aparición, la evolución que ha seguido, y todo ello en cuanto sea posible de un modo muy detallado: mes por mes, semana por semana, día por día, si se puede. Los parientes tienen tendencia, muy natural por otra parte, á exponer en su relato todo aquello que les ha llamado la atención en el estado actual del enfermo; no se les debe interrumpir en modo alguno, sino al contrario, prestarles suma atención, anotando cuidadosamente los hechos que pueden referirse á los puntos que acabamos de establecer.

De tiempo en tiempo, cuando un detalle no parece indicado de un modo suficiente, se puede provocar una mayor precisión, siendo igualmente útil hacerse repetir las palabras auténticas pronunciadas por el enfermo.

Cuando las personas allegadas han expuesto ya espontáneamente todo cuanto de anormal han podido observar en el enfermo, el clínico separará todos los síntomas psíquicos y somáticos elementales en el detalle, de los que vamos á ocuparnos en breve, y dirigirá sobre ellos las preguntas convenientes: de este modo es, por ejemplo, cómo se llegará á establecer la existencia ó la falta de alucinaciones, de accesos de excitación, de tentativas de suicidio, de modificaciones en el sueño, las funciones digestivas, la nutrición general, las funciones vasomotoras, etc.

Se cuidará asimismo de obtener la data exacta de cada hecho, de cada síntoma puesto de tal modo en evidencia; no descuidando tampoco de observar la coincidencia de ciertos accidentes, con determinadas fases



fisiológicas, como el período menstrual, el embarazo, la menopausia. Nunca recomendaremos bastante á los médicos que se sirvan y utilicen en todo este estudio el método gráfico. Basta para ello tomar una hoja de papel de algún tamaño, señalando en ella varias secciones, y dar á cada una de éstas una significación convencional de hora, día, semana, mes. Se trata de un acceso de excitación que sobreviene en un momento determinado: se anota en el cuadrado que lleva indicada la data correspondiente, prodúcense á continuación otros incidentes, crisis de epilepsia, fase de depresión, delirio alucinatorio: se registran de igual modo en la sección que les corresponda. De este modo el pasado del sujeto aparece formando un conjunto que es de gran utilidad para comprender al primer golpe de vista la evolución general que ha seguido la enfermedad.

El interrogatorio de los allegados variará entonces de rumbo. Hasta el presente, los datos se referían á la evolución de la afección mental desde su comienzo; es necesario ahora conocer el terreno en que ha aparecido tal afección. ¿Cuál es la genealogía, la herencia del enfermo? Y sobre este punto no es suficiente contentarse con una pregunta vulgar referente á si ha habido ó no alienados en la familia; de ningún modo; antes al contrario, débense separar uno por uno todos los parientes vivos ó difuntos, ascendientes ó descendientes, próximos ó lejanos, y á propósito de cada uno de ellos, es necesario practicar una investigación que comprenda todas las particularidades de su salud física en general é intelectual en particular. Todo tiene su importancia en esta información, la tuberculosis, el cáncer, la obesidad, el artrismo, la sordo-mudez, la locura en sus diferentes aspectos, las neurosis, el alcoholismo, la parálisis general, la criminalidad y aun el talento.

¿Cuáles han sido las condiciones embriológicas en que ha nacido el enfermo? Á este respecto, hay que preguntar qué edad tenían el padre y la madre en el momento de la concepción, cuál era su estado de salud en aquella época, si eran ó no aficionados al alcohol. ¿Estaban uno ú otro, ó los dos, embriagados ó bajo otra influencia tóxica ó infecciosa? La investigación del modo cómo ha transcurrido el embarazo (miseria, disgustos, traumatismos locales, caída), después el parto mismo (prematuro ó de término, natural ó artificial, acompañado ó no de asfixia del recién nacido, de hemorragia umbilical, de deformación demasiado considerable de la cabeza ó de otras regiones del cuerpo) procurará con frecuencia útiles datos.

Las primeras edades de la niñez abundan en particularidades que tienen su importancia: lactancia mamaria ó con el biberón, en la casa paterna ó en la de extraños, salud y aficiones alcohólicas de la nodriza,

convulsiones del niño cuando la formación de los dientes ó sin causa aparente, fecha en que ha comenzado á andar, á hablar, carácter del niño (caprichoso, dócil, huraño, sociable, activo, indiferente, afectuoso), su aptitud para aprender á leer, á escribir, á contar.

La adolescencia es un período de la vida que exige ser estudiado cuidadosamente: la aparición de la pubertad da con frecuencia lugar, tanto en el muchacho como en la niña, á una modificación profunda del carácter, y muchos trastornos psíquicos adquieren á esta edad una intensidad especial. Importará, pues, saber si el enfermo á que se refiere el interrogatorio ha ofrecido rarezas, desvíos muy considerables de conducta, actos que indiquen una exageración del instinto genital ó aspiraciones enfermizas demasiado exaltadas para toda clase de cosas bellas en sí mismas, desalientos inexplicables con indiferencia, desidia, apatía, tendencia á la soledad y á la divagación. Se procurará recoger el mayor número de datos posible que puedan dar idea exacta del carácter del sujeto llegado á la edad adulta: la clase de trabajo á que se dedicaba, sus aptitudes, sus necesidades materiales é intelectuales, sus afecciones, sus preocupaciones, sus tendencias, sus costumbres. A esta edad, cuando ya se ha formado generalmente el carácter, todas las particularidades psicológicas han, por decirlo así, cristalizado, y es necesario dirigir respecto de cada una de ellas la pregunta apropiada: ¿es irritable, susceptible, vengativo, temeroso, obseso, impulsivo, etc.?...

Después de haber de tal suerte agotado todo cuanto se refiere á la biología y á la psicología del sujeto, es cuando ha de abordarse su historia patológica propiamente dicha. Los allegados pueden también á veces proporcionar datos relativos á las enfermedades que anteriormente haya aquejado el individuo. Como se comprende, no todas tienen la misma importancia; trátase, pues, de inquirir en el pasado del enfermo aquellas que hayan podido ejercer alguna influencia en las funciones psíquicas del mismo; por ejemplo, un acceso de delirio, del que se habrá podido determinar perfectamente los caracteres, la naturaleza, la duración, ilustra bastante más respecto de la personalidad patológica del alienado que no lo harían un sarampión ó una escarlatina contraídos en su infancia. La investigación de las afecciones nerviosas (la neurastenia, la corea, el histerismo, la epilepsia, las neuralgias, la hemicránea, las enfermedades orgánicas del sistema nervioso) tiene igualmente una importancia primordial. Su comprobación puede explicar por qué en algunas mujeres las enfermedades de los órganos genitales, el embarazo, el parto, etc., y en otros individuos las afecciones de las vías digestivas, la litiasis biliar, etc., van acompañadas de manifestaciones psíquicas morbosas. Atendiendo al



mismo objetivo es por qué conviene igualmente informarse, dado caso que las haya ofrecido, de enfermedades como la fiebre tifoidea, la neumonía, la tuberculosis, etc., etc., lo propio que de los traumatismos craneales, de las afecciones de los ojos, de la nariz, de los oídos, de la sífilis, de todas las intoxicaciones (alcohol, morfina, plomo, fósforo, etc.), de las enfermedades de la piel, de las afecciones de la glándula tiroides, de las supuraciones, de las septicemias.

Por último, antes de dar por terminada la información con la familia no se deje de pedir á éstos algunas cartas escritas por el enfermo antes y después de haber comenzado su dolencia. La comparación de estos documentos, lo propio que el examen de dibujos, croquis, cuentas comerciales, ejecutados por el enfermo en estas dos diferentes épocas de su vida, hacen surgir una luz nueva que esclarece el diagnóstico. Se podrán pedir también, para establecer comparaciones, fotografías del enfermo, las que pueden asimismo proporcionar datos de manifiesta utilidad. Pertrechados de todo este caudal de información podremos proceder ya al examen directo del sujeto.

Por regla general, es necesario mucho hábito para alcanzar, en el interrogatorio de un alienado el tono justo que debe emplearse para cada caso particular. Cuando se habla con un delirante de persecución, debe evitarse de tratarle como á un demente. Antes, pues, de comenzar el interrogatorio, es necesario tener alguna idea de la clase á que corresponde el enfermo en cuestión. ¿Aparece normal, excitado, deprimido? ¿Ofrece algo de particular en la forma de su cabeza, de sus orejas, de sus dientes, como muchos débiles? ¿Presenta su cuerpo señales de estrangulación, como en algunos melancólicos? ¿Viste con desorden, hace gestos exagerados, como los maniacos? ¿Una torpeza en los movimientos, una falta de expresión en la cara, como los paráliticos generales? ¿Extravagancias de traje, condecoraciones, como los enfermos con delirio sistematizado? ¿Se observa en su habitación un gran desorden, los muebles destrozados ó múltiples cerraduras? ¿Llama la atención por un gran desaseo, ó, al contrario, por una manifiesta coquetería ó una postura erótica? Los que diariamente observan alienados no se equivocan casi nunca en esta primera ojeada; pero ejercitados ó no, debemos andar con tiento y no sentar juicio con demasiada rapidez.

En todos los casos, como ya hemos apuntado, es conveniente principiar por una pregunta de carácter somático, derivada del aspecto exterior del enfermo ó de los datos suministrados por las personas que le rodean. Una pregunta de tal índole inspira confianza al enfermo, que poco á poco va prestándose á un examen de las funciones psíquicas.

No es raro que los enfermos particularmente excitados comiencen á hablar rápida y profusamente; en este caso conviene no interrumpirles, dejar que se expliquen, procurando sacar de cuanto digan el mayor número posible de indicaciones respecto al grado de sus facultades intelectuales, la existencia de conceptos delirantes, los trastornos del estado cenestético y de la voluntad. Tan sólo cuando el modo de hablar del enfermo es en extremo descosido, incoherente, conviene, después de haberle dado tiempo suficiente para que se explicara, interrumpirle brevemente para dirigirle una serie de preguntas susceptibles de informar mejor al médico.

Algunas veces, cuando la primera impresión ha señalado ya que se trata de un delirio determinado, melancólico ó de persecución, por ejemplo, se puede abreviar el examen formulando una pregunta referente á este delirio, como por ejemplo: «¿De modo, pues, que sois muy culpable, habéis causado graves males?» pregunta que, dirigida á un melancólico, dará lugar á una serie de explicaciones características. Para un perseguido la misma pregunta sería poco hábil: convendría más bien decirle: «¿Es cierto que os han perjudicado grandemente?» ó algo por el estilo. Ahora bien, en estas conversaciones, es necesario tener sumo cuidado en el modo de hablar al enfermo: no se debe guardar ante él un aire de superioridad ni burlarse de las ideas que pueda emitir, como tampoco emplear palabras que pudieren mortificarle; no insistir demasiado en las preguntas á que él no quiere contestar, no enfadarle; por último, proveerse de suma paciencia, y cuando el enfermo es tímido ó medroso, darle toda suerte de muestras de benevolencia á fin de animarle á que hable. En la historia de buen número de alienados, figura algo que les afecta particularmente; debe usarse, pues, de gran prudencia para referirse á ello, esperando hacerlo en un momento propicio.

En resumen, la conversación con un alienado debe ser particularmente amable y con un tono alentador, atento y serio. Cuando el enfermo habla poco ó usa reticencias, es necesario ensayar de dirigirle preguntas que sean susceptibles de conmoverle. En caso de mutismo absoluto, lo que es ya de por sí un signo importante, se utilizará el examen de la expresión de la fisonomía, de los gestos, de las miradas, ya que algunas veces pueden informar de la existencia de un delirio melancólico, alucinatorio, etc. Este examen del estado actual debe ser completado, dado caso de que el enfermo se encuentre en un establecimiento especial, por el interrogatorio de los enfermeros, quienes pueden detallar todo cuanto el enfermo haga durante el día, en qué forma duerme, cómo se despierta, su manera de vestirse, de comer, cuáles son sus razonamientos, etc.