

Con todo, cualquiera que sea la afección mental de que se tratare, es de toda evidencia que integra siempre cierto número de síntomas, unos de orden psíquico, otros de orden somático, que es necesario saber reconocer y apreciar del modo debido. Entre los síntomas psíquicos considerados aisladamente, vamos á estudiar aquellos que con mayor frecuencia se ofrecen á la observación.

ESTUDIO DE LOS SÍNTOMAS

A.—SÍNTOMAS PSÍQUICOS

I. **Excitación y depresión.**—En el caso de *excitación intelectual*, es fácil observar que gran número de ideas (*representaciones mentales*) se suceden muy rápidamente y de un modo desordenado; es imposible la atención, porque el enfermo es requerido á cada momento por un nuevo aflujo de recuerdos ó por nuevas asociaciones. Estas últimas, siendo prontas, precipitadas, son defectuosas y originan necesariamente un juicio erróneo, conclusiones contradictorias, una notable excitación verbal y desorden en los actos. Fenómenos inversos se observan en los casos de *depresión intelectual*. Cuando se «ausculta» el relato del sujeto, es cuando se procura poner de manifiesto de un modo más detallado los síntomas relativos al *número de las ideas*, á su *intensidad*, á su *sucesión*.

Si el *número de conceptos* aumenta de un modo apreciable, se trata de un síntoma llamado «*aflujo de ideas*» ó «*fuga de ideas*» que se observa en los *estados maniacos* (manía simple, acceso maniaco debido á una intoxicación, á una lesión circunscrita, á la parálisis general) y en la *confusión mental*, primitiva ó sintomática de las enfermedades infecciosas, como la fiebre tifoidea, la fiebre puerperal, la pneumonía, etc. Si se trata, al contrario, de observar si hay disminución notable del número de conceptos, escuchando con atención es fácil distinguir una *disminución real* ó una verdadera falta de ideas, de una *disminución simplemente aparente*. Se comprobará de este modo que en los *idiotas* y en los *dementes* existe una disminución ó una verdadera falta, en los primeros porque la facultad de constituir representaciones mentales no se ha desarrollado en ellos jamás, y en los segundos porque se ha producido una lesión de las neuronas cerebrales¹.

¹ Respecto de este particular, haremos notar que vulgarmente se suelen confundir los términos *demencia* y *locura* ó bien *demencia* y *delirio*, siendo así que la palabra *demencia* sólo puede aplicarse en medicina mental á una cosa: á una *debilitación de las facultades intelectuales*.

Al contrario, en todas las formas depresivas, cuyo tipo es el *estado melancólico*, obsérvese, interrogando al paciente ó á sus allegados, que el sujeto sometido á examen conserva el mismo caudal de ideas que anteriormente, sólo que el número de las que ingresan en su cerebro en el instante necesario ó, como suele decirse, *en la parte lúcida de su conciencia*, está momentáneamente disminuído; se trata, pues, de una disminución aparente.

El examen de la *intensidad de las ideas* supone un conocimiento profundo del «yo» ó de la personalidad psíquica del sujeto, anterior á su enfermedad. En estado normal, en efecto, nuestro «yo» está caracterizado por un grupo de ideas que nos es habitual. Analizando el relato actual del individuo en cuestión, se consigue algunas veces determinar que exista en él una *disminución en la intensidad de las ideas* que singularizan su personalidad psíquica normal. Tanto es así, que se recogerán ideas particularmente incoloras, insuficientes, desprovistas de toda influencia en los sentimientos y en los actos, en los estados de *demencia*, de *confusión mental*, de *estupor* y de un modo general siempre que se trate de *depresión intelectual*. Llamará la atención en otros casos la demasiada intensidad de los conceptos que en el individuo en cuestión se marcan apenas habitualmente. Se podrá entonces comprobar que estas ideas, anteriormente secundarias, monopolizan en el presente toda la atención del enfermo, sirven de guía á sus sentimientos, le impulsan á cometer ciertas acciones y se convierten, en un momento dado, en ideas dominantes, *fijas*. Los melancólicos ansiosos ofrecen con mucha frecuencia un ejemplo típico de esta transformación en la intensidad de los conceptos; un pecadillo antiguo en el que casi ni pensaban, ó que antes les hacía sonreír, se incrusta actualmente en su conciencia, origina ideas de remordimiento y les lleva al suicidio.

Debe notarse igualmente la *rapidez con que las ideas se suceden*. En estado normal, existe cierto intervalo entre las ideas; la psicometría que, valiéndose del método de Wundt, ha alcanzado á medir este intervalo, hasta ahora en patología mental sólo ha podido confirmar lo que había demostrado ya en la clínica una observación atenta, en particular que la sucesión de ideas es, en el alienado, ya muy lenta, ya muy rápida con relación á las variaciones normales.

En algunos enfermos, el intervalo entre dos ideas es considerablemente prolongado; este *retardo en la sucesión de los conceptos* es uno de

tuales y particularmente de la *memoria*. El *delirio*, como veremos luego, tiene un sentido muy diferente. En cuanto á la palabra *locura*, tiene una significación general de igual suerte que la de *alienación mental*.

los síntomas cardinales de la melancolía y sobre todo de la melancolía con estupor; puede ofrecerse también en los estados de éxtasis.

En otros, la sucesión de ideas es muy rápida. Este síntoma de *aceleración en la ideación* es muy frecuente en los estados maniacos. Mas no basta que se compruebe esta aceleración, es necesario determinar aún el grado en que tenga lugar. El relato del sujeto, ordinariamente lento, confuso, puede hacerse rápido, hasta brillante, pero continúa siendo en general superficial, sin fondo, comprobándose, si el razonamiento era de ordinario ponderado, que ha perdido en profundidad lo que ha ganado en superficie. En un grado más acentuado, la aceleración es tal que el individuo ni tiene ya tiempo de dar una expresión á cada idea, las palabras no alcanzan, por decirlo así, á asir las ideas. Por último, resulta también un relato en el que las palabras no expresan ya nada, la incoherencia parece completa, mientras que en realidad no es más que la expresión de una rapidez vertiginosa en la sucesión de las ideas.

Esta incoherencia de los maniacos debe ser distinguida de la incoherencia de los dementes, en los que, desde el comienzo de la excitación y aun antes, es fácil encontrar los signos no dudosos de una debilitación intelectual.

II. Trastornos de la asociación de ideas. — Por el interrogatorio se llegan á comprobar las modificaciones que hayan aparecido en la asociación de las ideas. Después de haber establecido, si es posible, el *tipo de asociación* que tenía el enfermo en estado normal: *débil, vigoroso, profundo ó vasto*, se establecen comparaciones entre este estado anterior y el que ofrezca en la actualidad. En algunos casos, como los *estados maniacos*, sin lesiones conocidas ó caracterizando la aparición de la *parálisis general*, en la *confusión mental*, se podrá dilucidar fácilmente una desviación del tipo normal, consistente en una *asociación exclusiva, según el parecido superficial de las palabras*, conforme las *consonancias*.

En los *desequilibrados psíquicos*, esta desviación se referirá principalmente á la *asociación paradójica* ó por *contraste*. Por ejemplo, un individuo que ha recibido una educación piadosa experimentará, al recitar una plegaria, una necesidad irresistible de asociar las ideas religiosas á ideas cínicas; estas asociaciones, acentuándose, acaban por imponerse, transformándose en verdaderas *asociaciones obsesionantes* y producen un estado de viva angustia.

Los *idiotas*, los *dementes*, algunos enfermos con *confusión mental aguda*, muestran ya al examen más elemental una extrema *debilidad* en las *asociaciones lógicas*, y aun también una falta total. En algunos *débiles intelectuales*, el interrogatorio puede poner de manifiesto matices especia-

les de esta debilidad. Unos poseen ideas almacenadas en su conciencia, pero no alcanzan á coordinarlas con un fin determinado; otros son capaces de dirigirse una pregunta, de plantearse un problema, empero la facultad de elegir de un modo racional las ideas necesarias para conseguir la resolución de tal problema les falta en absoluto. Todas estas variedades serán fácil y comúnmente evidenciadas por el simple interrogatorio en los enfermos con *debilidad mental, confusión mental, demencia*. Algunas veces, en *débiles* y *maniacos*, se observará que continúan poseyendo la facultad de elección de los conceptos, lo propio que la de plantearse la resolución de un problema determinado; mas á consecuencia del demasiado aflujo de ideas, el enfermo va cambiando á proporción el objetivo de sus asociaciones. Se concurre entonces á un relato muy especial, á un relato en zigzag, que Joffroy, en sus lecciones clínicas en Sainte-Anne, califica felizmente de « *conversación ramificada*. »

Otra forma importante de la desviación en la facultad de asociación frecuentemente observada en los *estados melancólicos*, consiste, cualquiera que sea el problema entablado por el interlocutor ó por el mismo enfermo, en que éste para resolverlo se refiere tan sólo á un círculo en extremo restringido de ideas que son siempre las mismas: de desaliento, sombrías, desesperantes. La facultad de plantearse un problema y de elegir los conceptos mentales necesarios para su resolución, la conservan estos alienados, sólo que el número de conceptos es muy restringido; de ello derivan estas consecuencias limitadas, erróneas, marcadas siempre con el mismo sello de *dolor moral*, que es el signo fundamental de los estados melancólicos.

III. Trastornos de la memoria. — AMNESIA. — «La memoria es necesaria para todas las operaciones de la razón», como dijo Pascal¹, y por el interrogatorio se podrá también comprobar el estado en que se halle esta importante facultad. Se referirá primeramente á uno de los trastornos que con más frecuencia se observan: la *debilitación de la memoria*, ó *amnesia*. Para ello se preguntará al enfermo su nombre, edad, domicilio, el día de la fecha; se le interrogará respecto de los hechos *recientes*: ya que, como es sabido, en todas las formas de debilitación de las facultades intelectuales, el *recuerdo de los hechos recientes* es el que se pierde en primer lugar. Cuando la debilitación ha ido aumentando, se olvidan también sucesivamente los hechos *remotos*. Sólo en último lugar se borran de la memoria los sentimientos de afecto (las simpatías, las antipatías, por ejemplo) y los hábitos adquiridos. Valiéndose de los datos obtenidos de los que ordinariamente rodean al enfermo, se deberá establecer si la debilitación de la memoria es estacionaria, si ha aumentado,

¹ PASCAL, *Pensées*, 1684. Act. XXV, 14.^a edición. Havet.

ó bien si, lo que puede observarse en algunos casos de parálisis general en remisión, la amnesia retrograda, ó, como suele decirse, sufre una *evolución regresiva*.

En la amnesia de los hechos recientes existe una modalidad que se puede ofrecer en el curso ó en la convalecencia de las *enfermedades agudas*, como la *fiebre tifoidea*, el *sarampión*, la *pneumonía*, la *fiebre puerperal*, en la *psicosis polineurítica*, en la *convulsión cerebral*, los *traumatismos craneales*, y que consiste en el *olvido de los hechos que han tenido lugar en aquel momento mismo*. Por ejemplo, se deja un instante el enfermo, y al acercarse á él de nuevo, se imagina veros por primera vez; en este caso, hay pérdida momentánea de la facultad de fijar la impresión de las excitaciones. En la gran mayoría de casos de amnesia, al contrario, lo que falta es la facultad de reconstituir los antiguos recuerdos. Bien es verdad, por otra parte, que la diferenciación es ordinariamente muy difícil en clínica. Muchas veces, examinando enfermos delirantes, maniacos, melancólicos, se llega á la conclusión de que han perdido la facultad de fijar las excitaciones del momento y que ellos no se dan cuenta alguna de todo cuanto ocurre á su alrededor. Craso error: más tarde, cuando habiendo entrado en convalecencia puede ya interrogárseles, cuando la facultad de reconstitución se pone en juego, causa gran sorpresa oírles relatar hechos de los que fueron testigos, aunque se realizaron empero en el summum de agudez de su trastorno psíquico y de los que parecían no haber tenido conciencia en modo alguno.

La *amnesia* puede no referirse únicamente á un hecho aislado, es entonces *simple*, *elemental* (caso de los *epilépticos* después de la crisis). Puede alcanzar á los acontecimientos que hayan tenido lugar inmediatamente, ó poco tiempo antes ó después de la caída; la *amnesia* en estos casos es *retrograda* ó *anterógrada*. En los *dementes*, los *paralíticos generales* en un período avanzado, el olvido se extiende y de un modo uniforme á toda clase de impresiones; trátase entonces de *amnesia general*, de igual suerte que en otros casos puede ser *parcial*. La *afasia*, esto es, la pérdida del recuerdo imaginativo de las palabras articuladas, la *ceguera psíquica* ó el olvido de las representaciones visuales en general, la *abolición de la memoria relativa á ciertos actos habituales*, son otros tantos ejemplos de estas amnesias parciales, que un interrogatorio bien dirigido puede poner de manifiesto. Desde el punto de vista diagnóstico, la comprobación de estas amnesias tiene suma importancia, puesto que con frecuencia abre camino para llegar á la revelación de una lesión cerebral circunscrita.

AFASIA. — Cuando un enfermo ha perdido la memoria de los signos

necesarios para expresar convenientemente su pensamiento por la palabra, por escrito, ó por medio de gestos, se designa tal estado con la denominación general de *afasia* (*ἀφασία*, à privativa, *φάσις*, palabra) ó de *asimbolia*.

La pérdida de la facultad de utilizar estos signos puede ser de dos clases: bien el enfermo ha perdido la facultad de comprenderlos, esto es, que no sabe ya lo que quiere decir un gesto, una palabra hablada, ó una palabra escrita; ó bien ha perdido la facultad de servirse de ellos, ó lo que es lo mismo, no conoce la manera de ejecutar tal gesto, de pronunciar aquella palabra ó escribir los caracteres necesarios para expresar de un modo exacto su pensamiento. En el primer caso, la afasia se denomina *receptiva* ó *sensorial*; en el otro es *motora* ó *de transmisión*.

En la *afasia sensorial*, los dos casos siguientes son los que con mayor frecuencia se observan en clínica:

1.º El enfermo ha perdido la facultad de comprender las palabras ó las ideas expresadas por los sonidos articulados. Esta variedad de la afasia sensorial constituye la *sordera verbal*.

2.º El enfermo ha perdido la facultad de comprender las palabras ó las ideas expresadas por los caracteres escritos ó impresos. Se trata en tal caso de otra variedad de la afasia receptiva: la *ceguera verbal*.

La *afasia de transmisión* ó *motora* ofrece con frecuencia igualmente dos casos:

1.º El enfermo ha perdido la facultad de expresar una idea por medio de los sonidos articulados. Es la *afasia motora vocal* ó *afemia*.

2.º El enfermo ha perdido la facultad de expresar su pensamiento por escrito. Es la *afasia motora gráfica* ó *agrafia*.

A la afasia sensorial se junta la *amimia receptiva*, ó lo que es lo mismo, la pérdida de la facultad de comprender los gestos verificados por los demás, de igual suerte que es necesario incluir en la afasia de transmisión la *amimia motora*, esto es, la pérdida de la facultad de ejecutar tales gestos por su propia cuenta.

Por último, entre las modalidades de la afasia motora, han de colocarse también estos casos en que el enfermo dice ó escribe una palabra en vez de otra ó emplea un gesto que no corresponde á la idea deseada. Para expresar este trastorno, se adjunta la preposición griega *παρά* á la palabra genérica y así se dice: *parafemia* (uso de una palabra hablada en vez de otra), *paragrafia* (empleo en la escritura de una palabra por otra), *paramimia motora* (error de gesto).

a. *Diagnóstico de la sordera verbal*. — Se pronuncia delante del enfermo una palabra, una frase, y siendo su agudez auditiva normal, per-

cibe, sí, esta palabra ó frase en lo que tengan de ruido ó sonido, pero no *comprende* en modo alguno su respectiva significación. Es para el caso como si se le hablara en una lengua extranjera que no hubiese aprendido jamás.

La sordera verbal, caracterizada por la pérdida de las representaciones tonales de las palabras, reconoce por causa la lesión del centro de las impresiones auditivas de los sonidos articulados, ó, lo que es lo mismo, de la parte media de las dos primeras circunvoluciones temporales, y sobre todo de la primera.

b. *Diagnóstico de la ceguera verbal.*— Ante una escritura trazada á mano ó impresa en lengua que conociera anteriormente, el enfermo se comporta como si se tratara de un escrito redactado en idioma extranjero que desconociese en absoluto. Aun cuando *ve* claramente el trazado y forma de las letras, puesto que su agudez visual continúa siendo normal, no *comprende* lo que quieren decir, no interpreta lo escrito. La ceguera puede ser no sólo verbal, sí que también literal, cuando el enfermo no reconozca ya una letra alfabética escrita, considerada separadamente.

Esta variedad de la afasia sensorial la determina la lesión del lóbulo del pliegue curvo.

c. *Diagnóstico de la afasia motora ó afemia.*— Se dirige al enfermo una serie de preguntas muy sencillas, comprobándose que las comprende bien, pero á pesar del evidente deseo que muestra de contestar debidamente, no alcanza á encontrar las palabras necesarias para ello. Abre la boca, mueve la lengua, se esfuerza visiblemente en decir lo que se le pregunta, pero consigue sólo emitir exclamaciones como «¡Eh!» «¡Oh!» «¡Bah!» ó bien gruñidos inarticulados. Algunas veces, el afásico contestará valiéndose de una corta frase, siempre la misma, de ningún modo relacionada con la pregunta hecha, como: «Nada de esto,» «Nunca,» ó bien una imprecación cualquiera. Podrá algunas veces repetir las palabras que ante él se pronuncien siendo incapaz con todo de decir estas palabras de un modo espontáneo. Es raro que el mutismo sea completo en el afásico. Además de la afemia, puede ofrecer ó no sordera verbal, ceguera verbal, agrafia, amimia sensorial ó motora, parafasia, paragrafia y paramimia sensorial ó motora.

No debe confundirse la afasia motora vocal con las diversas *dificultades de hablar*, especialmente con la *escansión* de la *esclerosis en placas* ó de la *enfermedad de Friedreich*, el *silabeo* de la *parálisis general*, el *ganguo* de la *parálisis bulbar* ó *pseudobulbar*, ó la *palabra embargosa* de un *hemipléjico*.

Con el conocimiento de los antecedentes y la comprobación de la

sordera para todos los sonidos se puede distinguir el *sordo-mudo* del afásico.

Ciertos alienados, los *melancólicos*, los *perseguidos*, los *hipocondriacos*, algunos *megalomaniacos* pueden guardar un mutismo que no tiene nada que ver con la afasia. Estos enfermos con suma frecuencia *se niegan á hablar*, porque obedecen á sus ideas delirantes, á sus alucinaciones, generalmente auditivas ó psicomotoras verbales. Los alienados en estado de *estupor melancólico* no hablan, ó bien porque están muy absorbidos por su delirio, alucinatorio ó no, ó ya también porque todas las operaciones psíquicas tienen lugar en ellos con extrema lentitud, y cuando se les interroga, no alcanzan á comprender la pregunta; el mutismo no es, pues, debido á que se nieguen á hablar, sino á incomprensión por falta de síntesis psíquica. Insistiendo y hablando con lentitud, se consigue obtener de ellos algunas palabras acertadas. Los *paralíticos generales* y los *dementes* en estado de estupor casi no hablan y sobre todo apenas contestan á las preguntas que se les dirigen. Tomarles por afásicos sería craso error, puesto que la expresión indiferente de su mirada, su fisonomía flácida y apática llaman ya desde el primer momento la atención. Además, los trastornos pupilares, el temblor fibrilar de la lengua dan á conocer la parálisis general.

Por último, la *afasia histérica* se distingue de la afemia por la facilidad con que el enfermo escribe lo que quiere expresar, por la afonía total y por la existencia de los estigmas característicos del histerismo.

Frente á este diagnóstico de las diferentes formas de afasia consideradas aisladamente, cabe pensar también en la posibilidad de los casos complejos. Por ejemplo, un alienado melancólico ó perseguido puede convertirse en afásico á causa de una lesión orgánica del cerebro ó por influencia del histerismo. Un afásico verdadero puede llegar á ser demente cuando la lesión cerebral primitiva asienta de un modo definitivo y progresa. Por medio de un análisis de la evolución de la enfermedad es cómo se logra establecer el diagnóstico en los casos de esta naturaleza.

Cuando está perfectamente comprobada, la afasia motora vocal indica ó bien una lesión cortical á nivel de la circunvolución de Broca, ó una lesión de las fibras de proyección que emanan de este centro cortical, esto es, una lesión intracortical.

d. *Diagnóstico de la agrafia.*— Es necesario dar al enfermo un lápiz ó una pluma é invitarle á que escriba; si anteriormente sabía escribir y ha pasado á ser agráfico, paseará la pluma por el papel trazando líneas que no tendrán ningún significado. La agrafia no parece ser indicio de