

garantía alguna en favor de la existencia cierta de las alucinaciones. Se han buscado también *signos objetivos*, mas en su mayoría no pasan hoy por hoy de presunciones sin llegar á constituir verdaderas pruebas.

Cuando el enfermo habla solo, formulándose preguntas y contestando á ellas, cuando sin razón alguna vuelve la cabeza de un lado ó del otro, cuando se echa á reir sin que se colija la razón aparente, si se tapa los oídos ó se arregla un tocado extravagante, con casquetes de tela ó de cartón doblado sobre las orejas, son todo ello presunciones en favor de la existencia en él de *alucinaciones del oído*. Cuando el sujeto vuelve siempre la cabeza del mismo lado, es probable que sufra *alucinaciones auditivas unilaterales*. En este caso, cuando éstas son antiguas, se puede hallar una contracción más acentuada en este lado del esternocleidomastoideo. Feré dice que, en los que sufren alucinaciones del oído de fecha antigua, se puede comprobar, por delante del trago, la existencia de arrugas verticales de concavidad posterior debidas á la contracción repetida del músculo auricular anterior profundo. Este músculo, constituido por un pequeño fascículo cuadrangular bastante constante, que se inserta por una parte en la cara externa del trago y por otra en la apófisis zigomática mediante unas fibras aponeuróticas, se contrae de un modo reflejo cada vez que se apresta el oído para escuchar y conduce la oreja hacia adelante.

El hecho de hablar á solas puede también invocarse á favor de las *alucinaciones verbales psicomotoras*; además, hay presunciones á favor de estas últimas, cuando el enfermo, intentando reaccionar en contra de ellas, aprieta la lengua entre los dientes, suspende de vez en cuando la respiración, llena su boca de guijarros ó se comprime el epigastrio con la mano. Del mismo modo también son probables alucinaciones de este género cuando el sujeto, dejándose dominar por ellas, mueve los labios ó la lengua como un autómatas.

Las *alucinaciones visuales* dan lugar á algunos signos de presunción importantes de averiguar. La mirada del sujeto tiene frecuentemente una expresión conmovida y una fijeza muy particular que llama en seguida la atención. Examinando las pupilas, puede observarse á veces (la investigación es muy difícil á consecuencia del estado de emoción en el cual se halla el enfermo) que sus dimensiones cambian á causa de la acomodación: cuanto más se aleja la alucinación, tanto más se dilatan las pupilas y viceversa. Frecuentemente el sujeto, para percibir mejor los detalles de su visión, efectúa una serie de movimientos de los párpados; en los casos muy antiguos, algunos autores han creído observar, á consecuencia de la repetición de estos movimientos, la formación de arrugas perpendiculares

á la dirección de las fibras de los músculos de los párpados. La fatiga del aparato ocular, frecuentemente solicitado por estas alucinaciones, puede determinar una hiperemia de la conjuntiva con sensaciones de picoteo y de escozor en los ojos.

Las presunciones objetivas á favor de las *alucinaciones gustativas* son la salivación, los movimientos de degustación y de deglución, la expectoración y las muecas ó gestos que corresponden á una sensación gustativa agradable ó desagradable.

Las *alucinaciones olfatorias* impulsan al sujeto á ejecutar movimientos de espiración nasal, á taparse las narices con los dedos, á elevar las alas de la nariz y á entregarse á una mímica del rostro que, mejor que todas las descripciones, expresa el trastorno sensorial.

Los sobresaltos y las actitudes raras que el enfermo adquiere como para impedir que uno de sus músculos ó su cuerpo entero sufran desplazamientos, indicarán que se halla sujeto á las *alucinaciones del sentido muscular* ó también á las de la sensibilidad general. Ciertos gestos especiales y ciertas actitudes lascivas podrán hacernos sospechar en la existencia de *alucinaciones genitales*.

Finalmente, en todo examen relativo á las alucinaciones, es preciso darse cuenta del *estado del aparato sensorial periférico* correspondiente, ya que con frecuencia la aptitud para las alucinaciones se halla estimulada por un estado patológico de este aparato.

V. **Ideas delirantes. Delirio.** — Es propio de un gran número de alienados el emitir ideas formadas consecutivamente á un juicio defectuoso ó morboso. Solamente oyéndolas no se tiene siempre y necesariamente la impresión de que sean ideas absurdas y locas. Una idea de alienados se parece en ciertos casos á un *simple error de raciocinio*, cosa que es posible observarla en individuos normales. Pero, en estos últimos, un error es el resultado de una cierta asociación de ideas ó de ciertas sensaciones, unas y otras *normales*, y además, una demostración lógica y rigurosa les hace generalmente reconocer su error. La *idea falsa de un alienado tiene siempre por punto de partida una asociación patológica ó una sensación morbosa*, y, hecho notabilísimo, una *concepción delirante adquiere muy rápidamente la fuerza de una verdad absoluta que ninguna demostración del mundo puede llegar á destruir*.

Si, en algunos casos, las concepciones delirantes se parecen á los errores de una concepción normal, más á menudo se observan concepciones francamente absurdas, cuya *intensidad, modo de formación, evolución y sistematización* son muy variables. Sean cuales fueren, ideas de *satisfacción, de grandeza, de riqueza, de humildad, de desesperación, de*

ruina, de culpabilidad, de negación, de persecución, de autoacusación, de hipocondría, de misticismo, de ocultismo, de metamorfosis, de *metempsicosis*, de erotismo, de homicidio ó de suicidio, pueden ser *movibles*, cuando el enfermo pasa de una idea delirante á la otra sin dificultad, y pueden ser *fijas*, cuando el sujeto orienta todó su trabajo intelectual alrededor de una sola idea. En el mismo sujeto puede observarse una *asociación de varias concepciones delirantes de naturaleza diferente*, por ejemplo, ideas de persecución con ideas de autoacusación ¹.

Importa, cada vez que el enfermo se preste á ello, averiguar el *modo de formación* de una concepción delirante. Algunas veces se observa que, por un *raciocinio insuficiente*, el enfermo llega á este sensible resultado. En efecto, un enfermo está triste, tiene conciencia de estarlo, pero todavía ignora el motivo; pronto, hundido en su tristeza, se aísla, y de aquí el raciocinio siguiente: «todo el mundo me abandona; las personas de las cuales todo el mundo se separa están tristes; se separan de ellas, porque son indignas; luego, yo estoy triste porque soy indigno». Otro experimenta un dolor abdominal. Ahora bien, él cree saber que, en el cáncer del intestino, se sienten vivos dolores, y de ahí deduce la conclusión: «yo tengo un cáncer».

Las *ilusiones* y las *alucinaciones* dan frecuentemente origen á concepciones falsas, y hay que buscarlas para comprender el origen de estas últimas. Los ruidos ó las conversaciones oídas detrás de una pared y las sombras percibidas en el rincón de un cuarto, hacen nacer la idea de individuos que vienen con un fin malévolo. El olor de podredumbre hace decir al alienado que se halla rodeado de cadáveres. Las alucinaciones del sentido muscular y de la sensibilidad general crean todas las concepciones delirantes que van unidas al magnetismo, al espiritismo, al hipnotismo, á la brujería, etc.

Algunas veces, la concepción delirante nace sin raciocinio y sin alucinación. Entonces procede de este grupo de ideas al cual habitualmente no prestamos atención alguna, y, como dicen los alienistas, *sobrenada ó surge de un fondo inconsciente*; el enfermo declara entonces que acaba de hacer un descubrimiento ó bien que acaba de tener una inspiración.

La *paramnesia* puede igualmente ser causa de la aparición de una concepción delirante por un error de recuerdo, cuando el enfermo dice haber ya *visto ó conocido* tal ó cual fenómeno, ó bien cuando, inconscientemente, toma los sueños como si fueran acontecimientos reales;

¹ ROUBINOVITCH. — Sobre el delirio de persecución con autoacusación en el alcoholismo. (*Annales médico-psychologiques*, 1894, t. XX, pág. 128).

de esto á inventar historias absurdas, no hay para él más que un paso.

Por la *imaginación desarreglada* ó morbosa, se puede llegar al mismo resultado. Al principio, el enfermo da voluntariamente á una representación mental la vivacidad y la fuerza de una impresión actual y, al comenzar, todavía distingue esta creación de su espíritu de la realidad. Más tarde, él mismo se engaña hasta tomar por una realidad lo que sólo es creación de su fantasía; la concepción delirante es la consecuencia forzosa de ello.

Todas estas clases de origen deben ser buscadas minuciosamente, y con frecuencia se observará que varias de ellas intervienen á la vez en el mismo alienado. Igualmente, se buscarán todas las particularidades intelectuales, todas las circunstancias de la vida anterior, *miedos, disgustos intensos*, etc., que añaden su nota y dan á comprender el por qué el enfermo se halla sujeto á ciertas concepciones delirantes con preferencia de otras.

Las concepciones delirantes se hallan raramente aisladas en un sujeto; frecuentemente se combinan y se asocian para constituir un delirio. Esta combinación y esta asociación puede efectuarse sin orden alguno: entonces hay un *delirio confuso*; ó bien las ideas delirantes se hallan lógicamente encadenadas entre sí, y entonces el delirio merece el nombre de *sistematizado*. En este delirio, hay que distinguir todavía distintos grados. La sistematización puede ser, por decirlo así, perfecta, como en la enfermedad de Lasègue, en el sentido de que el enfermo responde á todo lo que se refiere á una idea absurda emitida por él; dice, por ejemplo, que se le persigue y proporciona todos los detalles posibles respecto de las personas que le quieren mal, la manera como ellas se vengan, la causa de su enemistad, etc. Existen numerosas variantes respecto de esto, y el mérito del clínico consiste en determinar por un interrogatorio hábil el grado de sistematización, teniendo en cuenta la antigüedad del delirio, el estado de conjunto de las facultades intelectuales, el grado de instrucción, la nacionalidad y la posición social del sujeto, etc.

Si el delirio sólo consta de ideas delirantes de una misma categoría, es *monomorfo*; al contrario, las ideas delirantes son *polimorfas*, cuando, en el mismo individuo, se hallan ideas de satisfacción, de persecución, de hipocondría, de erotismo, etc. En este último caso, cuanto más numerosas son, tanto más movibles resultan, siendo por esto poco adherentes, débiles de intensidad y mal sistematizadas. De esto se deriva un gran número de grados en la *intensidad* del delirio. Se verá, en unos, esta

intensidad muy grande, tan grande que las concepciones delirantes, compuestas generalmente en este caso de ideas de una misma categoría, acaparan por completo la atención del enfermo ó, como se dice, ocupan toda la parte lúcida de la conciencia y determinan en él emociones violentas y deciden de todos sus actos. En otros, al contrario, las concepciones delirantes muy débiles no parecen ejercer ninguna influencia sobre la sensibilidad psíquica y los actos. Desde este punto de vista, la observación diaria demostrará algunas veces la existencia de oscilaciones en el mismo enfermo; al principio, el delirio es intenso, vivaz y activo, y luego, poco á poco, se debilita, palidece y desaparece.

VI. **Obsesiones. Impulsiones.** — El interrogatorio deberá dirigirse de un modo particularísimo sobre las obsesiones. Se llama así á una idea inútil ó perjudicial que ocupa el espíritu del sujeto á pesar de su voluntad. Por lo demás, el enfermo ya pone al médico en antecedentes sobre este trastorno, ya que lo sufre como una idea cuya falsedad, inutilidad y aun peligro reconoce, pero de la cual le es imposible sustraerse. Este trastorno, que en la inmensa mayoría de los casos tiene una base emotiva, claramente vislumbrada por Morel, que la apellidaba también «delirio emotivo», se manifiesta clínicamente de una manera bastante clara para que su investigación sea fácil. El hombre que se halla afecto de una obsesión está inquieto desde el punto de vista intelectual, duda á menudo de las cosas más sencillas y á cada paso experimentará el deseo ó la necesidad de interrogarse y de experimentarse. Va por la calle y se pregunta por qué anda, cómo es que no cae y lo que haría si cayese ó si uno de los transeúntes cayese. Entonces, prosigue, ¿quién es este joven, este viejo ó esta mujer?

La rareza de las preguntas y su insolubilidad constituyen el sello especial de este trastorno de la mente. Cada obsesionado puede, por lo demás, especializar, por decirlo así, su preocupación morbosa: uno plantea cuestiones á propósito de causas desconocidas; otro quiere saber el número de todas las cosas que halla en su camino; un tercero está torturado por la averiguación de un nombre; un cuarto se pregunta á cada instante si los objetos que toca no se hallan cubiertos de alguna impureza, por ejemplo, de microbios, y en esta constante inquietud, pasa todo el tiempo lavándose las manos por haber tocado el timbre de una puerta ó la mano de un amigo.

Como se ve, hay una gran diferencia entre la *obsesión* y la *idea delirante*: en el primer caso, el individuo tiene conciencia de lo absurdo de la idea que le persigue y hace todo lo posible para sustraerse á ella; en el segundo, tiene la convicción de que la idea es justa.

Es propio de la naturaleza de estos accidentes psíquicos el presentar de cuando en cuando *brotes agudos* y *paroxismos*, durante los cuales todos los signos que les rodean adquieren una intensidad mayor ó menor.

Pocas veces se presenta la oportunidad de examinar á un sujeto durante su paroxismo obsesional, y frecuentemente después de la relación que el mismo hace es cuando se llega á formular un diagnóstico. Se trata de hallar en la narración del enfermo un cierto número de signos característicos. El paroxismo estalla algunas veces después de un *aura* más ó menos prolongada, en la cual el sujeto experimenta una ansiedad con *sensación de cabeza vacía* ó de *opresión en las sienas*. Es preciso luego que los caracteres de obsesión de la idea se hallen claramente establecidos: su *inutilidad* á los ojos del sujeto, su *irresistibilidad* con la tendencia á absorber toda la atención, haciendo imposible la penetración en el espíritu de cualquiera otra idea; la *ansiedad* al principio moral y luego física, *precordial*, acompañada de *cefalalgia*, de *rubicundez* ó de *palidez del rostro*, de *sudores fríos*, *temblores*, *palpitaciones*, *ahogos*, *sensación de vértigo*, de *flojedad de piernas*, y en ciertos casos graves, de *síncope* y *sensación de muerte inminente*. En la fase final del paroxismo, es preciso buscar cómo termina esta lucha del sujeto contra la idea obsesionante; ¿ha tenido, cediendo á ella, una *impulsión*, ó bien ha llegado á vencerla? y esto ¿por qué medio? ¿Qué ha experimentado al final: *satisfacción*, *calma*, ó bien otro sentimiento? Conviene también saber si el individuo estaba sujeto á la idea obsesionante sola ó si esta idea, á fuerza de ocupar su espíritu, se ha *transformado en alucinación*. Y entonces, ¿de qué naturaleza? ¿*visual* (*obsesión visual*), *auditiva*, *sensitivo general* (*algias centrales* de Huchard), etc.?

Con más frecuencia se nos llama para observar á los obsesos fuera de sus paroxismos, y aparte de las narraciones que ellos mismos hacen y de las cuales es preciso medir con rigor cada palabra, debemos someterles á un examen completo desde el punto de vista de sus funciones psíquicas y nerviosas. En los obsesos verdaderos se hallará frecuentemente un fondo habitual de *desequilibrio intelectual* y algunos síntomas muy acentuados de *neurastenia*. La investigación de los estigmas permanentes de estos dos estados permitirá remontarse á las causas de la obsesión. El pasado del obseso debe escudriñarse minuciosamente; si en algunos casos el acceso es *único*, en otros es *intermitente*, y aparece ciertos días ó todos los días, algunas veces hasta á horas determinadas ó periódicamente, como en la mujer en la proximidad ó en el momento de las épocas catameniales. En algunos sujetos, la obsesión se manifiesta

por *crisis subintrantes* que constituyen un verdadero *estado de mal obsesional*.

No debemos examinar aquí las diversas teorías propuestas para explicar el origen de la obsesión. ¿Constituye un síndrome puramente intelectual ó puramente emotivo; es tan sólo el resultado de una lesión de la voluntad perturbada, ya en la *fuerza de enfrenamiento* (*obsesión impulsiva*, como las *indecisiones*, las *fobias* y las *manías*), ya en la *fuerza de acción* (*obsesiones abúlicas*, como la *ananastia*, la *ananabasia* y la *astasia-abasia emotiva*)? Siempre es mejor quedarse en el terreno del examen simplemente clínico, y nos guardaremos mucho de adoptar exclusivamente tal ó cual de estas opiniones teóricas, ya que á menudo nos veremos obligados á reconocer que la obsesión es un trastorno psicológico complejo. Veamos un ejemplo: un aritmómano, un individuo que tiene la obsesión del número y que experimenta la necesidad de resolver esta pregunta que él mismo reconoce inútil y absurda: ¿Cuántas ventanas ó balcones hay en las casas de tal ó cual calle? A primera vista, esta obsesión parece ser puramente intelectual; pero analizando mejor el caso, veremos que si contra su voluntad se halla impelido á contar los balcones, es porque ha perdido la facultad de la atención activa, facultad que forma parte de la voluntad y gracias á la cual un individuo normal puede, cuando quiere, alejar de su espíritu las ideas inútiles para introducir en él solamente las útiles. Nuestro aritmómano no tiene, pues, solamente un trastorno intelectual, sino que su voluntad también está lesionada, de modo que su obsesión es á la vez intelectual é impulsiva.

Todas estas consideraciones generales tienen su importancia en el examen de los obsesos, así como también las particularidades somáticas que sólo hemos indicado someramente. Ellas nos ayudarán, y éste es su destino, para formular un diagnóstico respecto de las variedades tan numerosas de las obsesiones y de las impulsiones: la *aritmomanía*, la *locura de la duda*, el *delirio del tacto*, la *onomatomanía*, la *coprolalia*, la *cleptomanía*, la *piromanía*, la *dipsomanía*, la *suicidomanía*, el *exhibicionismo*, la *bulimia*, la *ninfomanía*, la *satiriasis*, el *onanismo*, la *pederastia*, la *agorafobia*, la *aichmofobia*, la *sitiofobia*, la *ereutrofobia*, el *miriachit*, etc....

VII. **Trastornos de la conciencia.** — ¿En qué medida el sujeto tiene conciencia de su propio pensamiento, de sus sensaciones y de sus actos? Esta es otra importante cuestión que el examen de las funciones psíquicas debe resolver. Es conveniente recordar respecto de esto que, en estado *normal*, no tenemos conciencia de todo lo que compone nuestro dominio psíquico, sino tan sólo de una parte que solicita constan-

temente nuestra atención, que se halla siempre presente en nuestro espíritu y que constituye lo que se apellida el *campo lúcido de la conciencia* por analogía con el *campo visual*. El resto de nuestras adquisiciones psíquicas permanece en estado latente por fuera de nuestra atención activa y en estado *inconsciente*. Además, en el mismo sujeto, todo lo que se halla presente en el espíritu no lo está en el mismo grado: puede tenerse una conciencia *clara* de una cierta sensación y una conciencia *vaga* de otra. La intervención de la voluntad, bajo la forma de la *atención activa*, ayuda á aclarar todo lo que es vago. En estado patológico, ya se trate de *vesanias simples*, como la manía y la melancolía, ú *orgánicas*, como la parálisis general y la demencia, ó ya se trate de *autoinfecciones* (locura puerperal, delirio de la fiebre tifoidea, de la erisipela, etc.), de *autointoxicaciones* (delirio urémico) ó de *intoxicaciones exógenas* (alcoholismo, absintismo, etc.), el sujeto tiene una conciencia menos clara de todo lo que le rodea, su *campo de conciencia se reduce* siempre más ó menos y el grado mismo de esta reducción es lo que importa conocer.

COMA. — Cuando la conciencia es nula y cuando el sujeto está en un estado de sueño ó de sopor más ó menos profundo, del que solamente sale á fuerza de excitaciones, tenemos el *coma*. Puede interrogarse la conciencia, examinar la sensibilidad ó la motilidad y en todas partes no se observa ninguna manifestación espontánea. Las extremidades se hallan en una resolución general sin parálisis. Observando largo tiempo, se notan de vez en cuando algunos movimientos, algunas contracciones que sobrevienen bajo la influencia de una excitación viva de la piel. Al mismo tiempo, si se insiste, después de apremiantes sollicitaciones, los sujetos refunñan algunas palabras ininteligibles ó emiten algunos sonidos inarticulados. El rostro tiene la expresión de un profundo estupor, los párpados se hallan más cerrados y las pupilas frecuentemente desiguales, están unas veces en midriasis y otras en miosis.

Por parte de los órganos torácicos, se hallará en la auscultación una lentitud y una profundidad exageradas de la respiración con ronquidos determinados, ya por las vibraciones del velo del paladar, ya por un movimiento de líquido viscoso en la faringe y en la laringe.

El corazón continúa funcionando regularmente. La secreción urinaria no está suprimida, pero la vejiga, habiendo perdido su contractilidad, está distendida por la acumulación de las orinas y la micción sólo tiene lugar por rebosamiento; algunas veces hay micción involuntaria. Las deposiciones son raras y se acumulan unas veces en el intestino y otras se escapan por una defecación involuntaria. El sujeto no puede efectuar