

ningún movimiento de deglución, y frecuentemente es peligroso hacerle ingerir la menor cantidad de líquido, ya que éste puede entrar fácilmente en las vías respiratorias y determinar accidentes de asfixia.

La *apoplejía* es una forma del coma caracterizada por la brusquedad del comienzo.

Clínicamente, el coma dista mucho de presentarse siempre bajo el mismo aspecto. Unas veces es un estado de somnolencia ó de sopor que desaparece bajo la influencia de la más ligera excitación; el sujeto, excitado de este modo, responde á las preguntas que se le dirigen; pero una vez pasada la excitación, vuelve á caer en el sueño. Otras veces el sopor es más profundo y hay necesidad de acudir á excitaciones mucho más fuertes y prolongadas para sacar al sujeto de su somnolencia; entonces nos hallamos en presencia de una modalidad del coma que se designa con los nombres de *estado de sopor* ó de *catafora*. Si el sopor se halla todavía más acentuado y hay suspensión total de la inteligencia, de la sensibilidad y del movimiento, aun bajo la influencia de los excitantes más fuertes, tendremos el grado más acentuado del estado comatoso apellidado *carus*. Finalmente, si el sujeto, aun hallándose en el coma, profiere palabras incoherentes, se dice que se halla en el *coma vigil*.

Sería superfluo decir que no hay necesidad de estudiar separadamente cada una de estas variedades; todas derivan de una modificación análoga de la conciencia. Pero hay dos cuestiones que interesan particularmente al práctico: 1.º ¿hay coma? y 2.º ¿cuál es la causa? Es conveniente tan sólo ponerse en guardia para no confundir el estado comatoso con el *sueño de los convalecientes*, el *sueño histérico*, el *síncope*, el *éxtasis* y la *catalepsia*.

La cara está tranquila y reposada en el *sueño de los convalecientes*; el pulso es regular, la respiración normal y los antecedentes son revelatorios.

A veces es difícil distinguir el coma del *sueño histérico*. Vendrá en nuestra ayuda el conocimiento de los antecedentes, el modo de comenzar el ataque y la existencia de zonas histerógenas, cuya compresión hace á veces cesar el ataque de sueño.

La duración muy corta de los accidentes en el *síncope* y la suspensión de los latidos cardíacos y de las pulsaciones arteriales, nos pondrán inmediatamente en camino del diagnóstico.

La expresión muy particular de la cara del que sufre *éxtasis*, que lleva el sello de una viva preocupación y la rigidez de sus miembros, desvanecerán igualmente todas las dudas.

En la *catalepsia*, la propiedad particular que tienen las extremidades

de conservar la situación que se les da, impedirá toda clase de confusiones.

Después de lo dicho, se ve que apenas existe dificultad para establecer que el sujeto examinado por el médico se halla sumido en el coma. La dificultad se hace mayor cuando se trata de reconocer la *causa del coma* y la lesión que lo produce, y cuando es preciso, en una palabra, hacer el diagnóstico etiológico. Colocándonos en el terreno exclusivamente práctico, podemos clasificar del siguiente modo las afecciones que van acompañadas frecuentemente del coma.

Estado comatoso con fiebre.—Aquí el coma se halla generalmente precedido por un cierto número de fenómenos prodrómicos que aclararán con frecuencia la naturaleza de la afección. ¿Ha habido precedentemente, en un niño, por ejemplo, cefalalgia, delirio, agitación, pulso pequeño y al mismo tiempo que el coma estrabismo y rechinamiento de dientes? Verosímilmente se trata de una *meningitis tuberculosa*. El coma ¿ha ido precedido de cefalalgia intensa con contractura muy dolorosa de la nuca, síntomas que se presentan durante el curso de una epidemia? Deberemos pensar en una *meningitis cerebro-espinal*. ¿Ha habido al mismo tiempo que el coma, que ha aparecido rápidamente, una temperatura particularmente elevada, acompañada de una tumefacción fluxionaria de una ó de varias articulaciones? Pensaremos en el *reumatismo cerebral*. Si el sujeto tiene delirio, diarrea y timpanismo antes del coma, si al mismo tiempo se observa una curva de temperatura característica, manchas rosáceas lenticulares y la reacción aglutinante del suero, atribuiremos el coma á la *fiebre tifoidea*. El *coma epiléptico* va acompañado á menudo de una elevación de temperatura.

Si los datos suministrados indican la existencia de antecedentes palúdicos, deberemos sospechar la *fiebre perniciosa*.

Estado comatoso sin fiebre.—Aquí pueden intervenir muchas causas. ¿Hay datos ó antecedentes? Podremos atribuir el coma al alcoholismo, si averiguamos que este accidente ha ido precedido de una absorción más ó menos considerable de bebidas alcohólicas y si se observa al mismo tiempo que el individuo tiene una facies vultuosa y que su aliento despide el olor característico de estos casos.

¿Se trata de un individuo sujeto á ataques nerviosos y hallamos mordeduras de la lengua, espuma y micción involuntaria? Entonces habrá fuertes presunciones en favor de un coma de origen *epiléptico* que, repetimos, puede ir acompañado de movimiento febril.

Algunas veces nos sentimos inclinados á atribuir el coma á una *caída*, sin la intervención de otros factores.

Sin embargo, hay casos en que faltan por completo los datos respecto á un sujeto comatoso sin fiebre. Entonces pensaremos sucesivamente en las causas que acabamos de indicar; nos preguntaremos luego si se trata de una *hemorragia cerebral* ó de un *reblandecimiento* que haya determinado una *hemiplegia*; buscaremos en el comatoso la existencia de *contracturas musculares*, en cuyo caso y en ausencia de un traumatismo, hay presunciones en favor de una *hemorragia meníngea*; si, al mismo tiempo que existen las contracturas, se trata de un sujeto que lleva una enfermedad cardíaca ó que presenta un ateroma arterial muy acentuado, se podrá sospechar una *hemorragia ventricular*. Si hay en el enfermo comatoso, además de las contracturas musculares, una herida en la cabeza, pensaremos en la *compresión del cerebro* si el sujeto está muy deprimido, ó en la *contusión* de este órgano. Si las contracturas musculares están generalizadas y el enfermo está excitado, en caso de localización muy limitada de la contractura, discutiremos la hipótesis de una *fractura con hundimiento*. En algunos casos, podemos hallarnos muy preocupados, porque no se observa nada, ni parálisis, ni contractura, ni traumatismo craneal. Pensaremos sucesivamente en la *intoxicación alcohólica*, en el *histerismo*, en la *eclampsia aguda*, en la *intoxicación saturnina*, en la *epilepsia*, en la *diabetes* y en la *urémia*. La intoxicación alcohólica es la causa más frecuente del coma sin fiebre.

La *epilepsia* y el *histerismo* tienen como síntomas propios, después de los ataques, ya la simple somnolencia, ya el coma en su forma vigil, ó el carus. La elevación de la temperatura aboga en favor de la naturaleza epiléptica del coma.

Acabamos de enumerar los signos mediante los cuales reconoceremos el *coma epiléptico*; éste puede durar una hora, dos y aún más. En la *intoxicación saturnina*, nos guiaremos por la comprobación del reborde azulado de las encías y por la posibilidad de producir manchas morenas en la piel con el sulfuro de amonio. En el *coma diabético*, hallaremos la gingivitis alvéolo dentaria, el olor clorofórmico ó acetónico del aliento, el descenso de la temperatura, y en las orinas, el análisis revelará la presencia del azúcar. Si se observa que hay albúmina en la orina, si hallamos por la auscultación el ruido de galope característico de una hipertrofia cardíaca y si hay además la respiración de Cheynes-Stokes y sacudidas convulsivas de los músculos de la cara y de las extremidades, tendremos establecido el cuadro del *coma urémico*. Si el coma aparece en una mujer embarazada ó recientemente parida, que tiene además edemas ó anasarca, lo atribuiremos á la *eclampsia*.

ESTADO DE SUEÑO. — Al lado de estos trastornos en que la conciencia

psicológica es nula, se observa en los *alienados* toda una serie de estados en los cuales la conciencia está simplemente disminuída. Por ejemplo, en muchas formas se observa en el sujeto una inconsciencia de su estado morboso, y en otras una imposibilidad de darse cuenta de lo que pasa á su alrededor; si se le pregunta dónde se halla, qué día es, quiénes son las personas con las cuales habla, de qué modo puede irse de tal calle á tal otra, etc., no sabe nada. Otro tendrá una percepción muy vaga de lo que le rodea. No dándose cuenta exacta de la diferencia que hay entre las cosas reales en medio de las cuales vive y las imágenes creadas por su imaginación, lo confundirá todo y se nos presentará bajo el aspecto de un hombre que sueña. Este estado particular de la conciencia, conocido con el nombre de *estado de sueño*, puede dar lugar á asociaciones de ideas extrañas con conclusiones que determinen frecuentemente reacciones morbosas: actos impulsivos y accesos de furor, en los cuales el enfermo puede echarse como una bestia furiosa sobre las personas que le rodean, destruyéndolo todo, matando ó intentando suicidarse.

En el *delirio alucinatorio*, en el *delirio post-epiléptico* y en ciertas variedades de *mania transitoria*, se puede asistir á estas manifestaciones del estado de sueño. Este último puede revestir también algunas veces el aspecto del *estupor*: interrogando al enfermo, se observa que tan sólo se da cuenta muy vagamente de lo que le rodea; ninguna expresión exterior llega á conmoverle, vive en su sueño, inmóvil, sin la menor reacción motora; está allí con un rostro en el cual ningún músculo se mueve, con la boca entreabierta deja escapar la saliva; ni el hambre, ni la sed le harán salir de esta actitud; sus esfínteres se relajan por completo y las sensaciones de suciedad le son tan indiferentes como todo lo demás. Este cuadro clínico no es raro en ciertas formas de la *confusión mental aguda* ó en la *demencia aguda* de los autores antiguos.

En un grado menos acentuado, se observará una especie de estado *crepuscular de la conciencia*. El enfermo, teniendo una conciencia incompleta de lo que le rodea, hará unas asociaciones singulares, todo le parecerá cambiado, su cuarto, sus muebles y su familia. En los trastornos mentales referentes á la *epilepsia* y al *histerismo*, y en la *confusión mental alucinatoria* es en donde podrán observarse casos de esta clase. El *automatismo psíquico*, del cual el *automatismo ambulatorio* constituye una de las variedades, se presentará á menudo al observador atento. El sujeto parecerá poseer una conciencia bastante regular de muchas cosas, pero ejecutará á menudo una serie de actos sin darse cuenta de la causa por la cual él los efectúa. Irá, por ejemplo, de París á Marsella, obrará correctísimamente desde el principio hasta el final del viaje,

pero una vez llegado á Marsella, quedará maravillado de encontrarse allí.

En los *histéricos*, *alcohólicos* y *epilépticos* y en los individuos *sometidos á la sugestión simple ó hipnótica*, se hallarán estos accidentes de *automatismo psíquico*. Los trastornos de la memoria deben buscarse minuciosamente en este caso, ya que frecuentemente se observará en los sujetos de esta categoría un verdadero *desdoblamiento de la memoria*, que determina un *desdoblamiento de la personalidad*, según ya hemos indicado anteriormente.

VIII. Trastornos emotivos. Cambios morbosos del humor y del carácter. — Es también importante averiguar si la disminución de la conciencia no ha sobrevenido bajo la influencia de una *emoción* que, absorbiendo toda la atención del sujeto, ha creado una especie de *estrechez del campo de la conciencia*, como en los *estados melancólicos, hipocondríacos y de éxtasis*.

La esfera de la sensibilidad psíquica desempeña, en efecto, un papel enorme en todo este mecanismo tan complejo de la ideación.

Ya se trate de sentimientos como el hambre ó de otros más abstractos como el sentimiento de lo bello, resulta de su conjunto una impresión general, que hace que el hombre normal se halle unas veces satisfecho y otras disgustado. Este sentimiento general, esta disposición del humor, llamado *estado cenestético*, debe ser objeto de un examen muy minucioso y tanto más cuanto al principio de todas las afecciones psíquicas, sean cuales fueren, se descubren siempre trastornos de este género. Esto puede también servir para diagnosticar la antigüedad mayor ó menor de la afección, ya que cuanto más acentuado es el trastorno del humor, tanto más reciente es el caso.

Hay enfermos en los cuales la menor impresión provoca una emoción completamente desproporcionada: los *desequilibrados*, los *histéricos* y los *neurasténicos* ofrecen á menudo el ejemplo de esta *hiperestesia psíquica*, que el simple interrogatorio hace resaltar fácilmente. Algunas veces la hiperestesia psíquica constituye una verdadera *hiperalgesia*, ya que todas las excitaciones, por débiles que sean, son no tan sólo sentidas, sino que determinan una *ansiedad*, un *dolor moral* en el *melancólico* por ejemplo. En los *desequilibrados* se hallarán á menudo, buscándolo bien, unas *hiperestesias psíquicas parciales* respecto de ciertas impresiones determinadas: por ejemplo, la vista de un murciélago, de un ratón, de un espacio grande, etc. Otros, como los *paralíticos generales* y los *enfermos de lesiones cerebrales circunscritas*, presentan á menudo una especie de *debilidad irritable* de su sensibilidad psíquica; se ponen á llorar emo-

cionados porque se les pregunta de qué murió su bisabuelo, pero es una emoción fugaz y desprovista de profundidad; basta que se les plantee alguna otra cuestión para que su atención se aparte de ella y olviden totalmente su dolor moral de un instante.

Los *idiotas*, los *estúpidos* y los *dementes* presentan con frecuencia el defecto contrario: son inaccesibles á toda emoción y pueden anunciárseles las noticias más dramáticas; quedan indiferentes, apáticos y están como se dice en un estado de *hipoestesia psíquica*. Así es que los *locos morales (moral insanity)*, ciertos *epilépticos* y ciertos *histéricos* son insensibles á las excitaciones de orden moral, de orden estético, etc.

En el interrogatorio de tales enfermos debemos guardarnos de formular una opinión sobre su personalidad moral anterior. En efecto, debemos recordar que la alienación mental transforma á menudo completamente el carácter de una persona, haciéndola egoísta, susceptible, mentirosa, vengativa, pródiga, desenfrenada, perezosa, mientras que la verdadera naturaleza, la de antes de la enfermedad, presentaba á veces cualidades diametralmente opuestas.

Del conjunto de todas las sensaciones se compone el humor, el carácter del sujeto, su estado *cenestético*: está *triste* cuando todas las excitaciones reaccionan de un modo penoso y crean una depresión con ideas de indignidad y de culpabilidad; ó bien está *contento* cuando todo es objeto de alegría, de expansión y de bienestar; también puede ser mixto y componerse de estas impresiones opuestas.

El clínico debe investigar la influencia de las emociones, ya sean excitantes, *esténicas*, ó deprimentes, *asténicas*, sobre la *actividad psíquica* del sujeto.

Si ya en estado normal la emoción determina modificaciones muy importantes, ¡qué deberá suceder en estado patológico! La ideación se suspende entonces alguna vez por completo y las asociaciones más sencillas se escapan al enfermo, así como también los recuerdos más familiares; se halla por decirlo así hipnotizado por la sensación única que ha provocado su emoción y únicamente ella es la que rige todos sus actos. Así sucede, por ejemplo, que la *emoción patológica* causada en ciertos individuos por la vista de un incendio, les impulsa á tirarse irreflexivamente por una ventana, cuando el fuego no les pone todavía en ningún peligro.

Pero sea cual fuere la naturaleza de estos actos, casi reflejos, en general van seguidos de un agotamiento físico muy acentuado, y el enfermo cae en una especie de estupor sin poder darse cuenta de lo que ha ocurrido, y solamente algunas horas ó algunos días después reco-

bra su conocimiento y recuerda paulatinamente todas las peripecias de la crisis de emoción que ha atravesado.

Estas *emociones patológicas* («affectent» de los alemanes) son frecuentes en los *neurópatas*, *desequilibrados*, *alcohólicos* y *paralíticos generales en sus comienzos*, y su diagnóstico ofrece suma importancia desde el punto de vista médico-legal. En los *melancólicos*, la emoción patológica frecuentemente se produce por un recuerdo triste y crea un estado de ansiedad; en el espíritu del enfermo sólo penetran representaciones de aspecto sombrío, con sensación de opresión precordial, suspiros, gemidos y deseos de destruirse ó de destruir todo lo que le rodea. El *raptus melancólico*, con su carácter de aparición súbita y sus manifestaciones violentas, no reconoce otra causa que una emoción patológica. En la *confusión mental aguda*, que sobreviene, por ejemplo, en el curso y durante la convalecencia de la fiebre puerperal ó de la fiebre tifoidea, de la pneumonía ó de la erisipela, y en la *locura alucinatoria*, esta emoción crea á menudo un estado de *miedo*, de *panofobia*, en el cual, y en virtud la pérdida de la facultad de orientación, todo parece sorprendente y peligroso á los enfermos; entonces no se ven seguros en ninguna parte, y aterrorizados, buscan la tranquilidad en el suicidio. Las diferentes *fobias* de que hemos hablado anteriormente, la *agorafobia*, la *aichmofobia*, etc., son igualmente una de las consecuencias de la emoción patológica. La *cólera morbosa*, que frecuentemente tiene manifestaciones tan salvajes y se observa de un modo corriente en los *maniacos*, en los *alcohólicos* y en los *paralíticos*, tiene el mismo origen.

Se observará, estudiando clínicamente todas estas manifestaciones de la *emoción patológica*, que frecuentemente evolucionan de un modo intermitente y episódico. Algunas veces, sin embargo, se observará un estado emocional durante semanas y meses; tales son, por ejemplo, la ansiedad de ciertos *melancólicos*, las fobias de algunos *desequilibrados* y las cóleras de los *maniacos crónicos*.

IX. Trastornos de la voluntad.—Sucesivamente, y por una serie de preguntas apropiadas dirigidas al enfermo ó á los que le rodean, examinaremos todo lo referente á los trastornos de la *voluntad*, especialmente las modificaciones sobrevenidas en la *elección de los motivos*, en los *instintos*, en la *actividad interior* ó la *atención activa* y finalmente, en la *actividad exterior*, la *mímica*, la *palabra* y la *escritura*.

a. La averiguación del *motivo predominante de un acto* es de grandísima utilidad en el diagnóstico de los trastornos psíquicos. Ella es la que permite reconocer si la personalidad psíquica del sujeto se conserva ó bien si ha sufrido una desintegración; en efecto, cuando todos los

motivos que mueven al sujeto no se contradicen y convergen hacia el mismo fin, la personalidad es completa; cuando, por el contrario, los motivos son disparatados y contradictorios, hay frecuentemente una profunda afección dirigida á la integridad de la personalidad.

Cuando el desarreglo en los motivos conductores es completo, como en los *dementes*, el interrogatorio y los datos suministrados por los que rodean al enfermo demuestran que los actos ejecutados por el sujeto no tienen ninguna relación entre sí y que son, por decirlo así, reflejos, provocados por un recuerdo accidental ó por una impresión fortuita. En otros casos, se observará la existencia de dos grupos de motivos absolutamente diferentes; uno que caracteriza la antigua personalidad del sujeto cuando estaba normal, y el otro que representa el nuevo «yo» patológico, injertado sobre el antiguo. *Este desdoblamiento de la personalidad, por desdoblamiento en los motivos*, se observa en la *locura histérica* y al principio de ciertos *delirios alucinatorios* y de los *accesos maniacos*.

b. El examen de los *instintos* proporciona igualmente un gran número de datos preciosos. Algunas veces faltan por completo (ciertos enfermos en estado de *estupor*, por ejemplo, pierden hasta el *instinto del hambre*).

En un gran número de *formas de demencia* y en la *melancolía*, los instintos se hallan solamente disminuídos; existen, pero de una manera insuficientemente intensa para impulsar el sujeto al acto correspondiente.

Es preciso también buscar la *perversión de los instintos*. En los *desequilibrados* y en los *melancólicos*, el *instinto de conservación* se halla á menudo pervertido, y la tendencia al *suicidio* es frecuente en ellos. Conviene interrogarles respecto á los motivos de esta tendencia. ¿Es debido á una gran pena, á un gran aburrimiento, á un delirio, á un cansancio inmotivado de vivir, á una ausencia de finalidad ó de goces reales, á un fracaso, etc.? En los *idiotas*, en los *dementes* y en los *excitados maniacos*, se observa una profunda alteración del apetito, aumentada mucho más allá de lo común y constituyendo la *bulimia*.

La *sitiofobia* es la modificación en sentido inverso de un instinto; los *estúpidos* y los *melancólicos*, rehusando toda alimentación, son de ello un ejemplo. Es de advertir que frecuentemente contribuyen á ello *alucinaciones* y *concepciones delirantes*, casos que conviene separar para comprender el conjunto de las causas que hacen rehusar los alimentos.

Algunos *dementes* ofrecen el ejemplo de la perversión del propio instinto comiendo excrementos ó bebiendo orina.

El *instinto genésico* debe interrogarse con mucho tacto, ya que la naturaleza misma de este instinto se presta con demasiada facilidad á