

preguntas brutales é indiscretas. Hay que saber evitar este escollo para no perder la confianza del enfermo, cosa primordial en todo examen de las funciones psíquicas. También es conveniente desconfiar de las exageraciones, ya que algunos desequilibrados y ciertas histéricas se complacen en hacer descripciones pornográficas, y esto tanto más cuando se aparenta prestar mayor atención. Lo preferible es obligar al enfermo á que presente por escrito todo lo que hace referencia á esta parte delicada del examen. Hay que buscar en los datos suministrados por el sujeto la respuesta á estas tres preguntas: el instinto genésico, ¿está debilitado, aumentado ó pervertido? En los *melancólicos*, en los *hipocondriacos* y en los *dementes*, se le hallará debilitado, y esto por distintas razones: unas veces como una de las manifestaciones del descenso de la nutrición general del organismo, y otras, porque el espíritu del enfermo está demasiado absorbido por sus ideas delirantes para permitir que penetren en él las representaciones del orden genésico.

En los *estados maniacos*, en la *parálisis general en sus comienzos* y en ciertas formas de *demencia*, el instinto genésico está *excitado*, y entonces se manifiesta, ya con un *cinismo brutal* en las palabras y en los actos (como el exhibicionismo, el onanismo en público, etc.), ya con una cierta *discreción* consistente en el hombre en *actitudes* más ó menos provocadoras y en la mujer en un *escote exagerado*, en *gestos lúbricos*, etc.

Igualmente hay que buscar las *perversiones genésicas*, como son: la *masturbación*, la *satiriasis* y la *pederastia* en el hombre, la *ninfomanía* y el *amor lésbico* en la mujer, el orgasmo genésico causado por una representación mental, una sensación, una idea, la vista de un objeto como una prenda de mujer, el contacto de ciertas telas y tejidos, la busca de animales ó de cadáveres con un fin genésico, la necesidad, para hacerse apto para el coito ó para disfrutar de él, de sentirse pinchado, herido ó pegado ó el ver á su pareja sometida á las mismas torturas, etc. Algunos *desequilibrados* no cesarán de dar detalles respecto de esto.

c. Una vez conocidos los *motivos* determinantes y los *instintos* del sujeto, se estudiarán en seguida los *actos* que son el resultado.

Para ello es preciso primero asociar sus ideas en una cierta *dirección* y hacer intervenir, por consiguiente, la *facultad de la atención*, cosa absolutamente necesaria para llegar á una conclusión.

Una vez formulada ésta, es preciso, por mediación de las *zonas psicomotoras*, combinar varios movimientos, que constituirán la expresión externa ó motora de la idea contenida en el espíritu. La actividad depende, pues, del estado de la *facultad de la atención* y del funciona-

miento de las *regiones psicomotoras*. Si el uno ó el otro de estos factores se halla alterado, los propios actos serán morbosos.

El examen de la *facultad de la atención* demostrará ya una debilidad, ya también una imposibilidad de concentrar la atención del sujeto sobre un objeto cualquiera. Lucharemos con el enfermo para fijar su espíritu, por ejemplo, sobre un hecho importante de su vida; él continuará conservando su aire distraído y las preguntas pasarán sin obtener respuesta. Otras veces el enfermo fija su pensamiento momentáneamente sobre lo que ve ó sobre lo que se le dice, sólo que un instante después lo olvida, piensa en otras cosas, de suerte que su atención divaga de una idea en otra sin poder fijarse en ninguna. En los *estados maniacos*, de *confusión mental* y de *demencia* es en donde puede observarse esta forma de debilidad de la atención. La atención puede existir en grado suficiente, pero puede fatigarse rápidamente, por ejemplo, después de una corta conversación ó de la lectura de algunas líneas. Esta fatiga de la atención puede llegar hasta á constituir una verdadera *narcolepsia*, estado durante el cual el enfermo, bajo la influencia del menor trabajo intelectual, se duerme sentado, de pie y aun andando.

La atención activa se halla también á menudo debilitada en la *corea* y en la *enfermedad de los tics convulsivos*; del mismo modo que le es imposible al sujeto gobernar sus movimientos, igualmente es incapaz para dirigir su atención.

En algunos enfermos, se puede observar una especie de *exageración de la atención activa* para ciertas ideas: el *melancólico* no podrá olvidar un recuerdo triste, el *hipocondriaco* concentrará toda la atención de que es capaz sobre una sensación dolorosa que experimente en el estómago ó en el corazón. El propio hecho se observará también en todas las *obsesiones* en general é igualmente en los *estados de éxtasis*, en los cuales toda la atención del sujeto se concentra en la idea que ha causado su emoción.

En este examen de los trastornos de la atención es preciso tener en cuenta las *condiciones somáticas*: el estado de la *nutrición general* (los individuos agotados y caquéuticos fijan más difícilmente la atención que los demás), y el estado de los *aparatos sensoriales* (por ejemplo, la atención se debilita bajo la influencia de un trastorno de la acomodación).

d. El examen de las funciones de las *zonas psicomotoras* es el complemento necesario para el estudio de los *actos* del sujeto.

Por de pronto la actividad, la movilidad del sujeto que puede hallarse exagerada ó disminuída ¿es *exagerada*? Entonces vemos al enfermo que se entrega á toda clase de empresas y de gestiones que á menudo chocan por su inutilidad. El enfermo habla muchísimo, y algunas

veces de un modo interminable, de una porción de proyectos. En un grado más acentuado, se observa un desorden constante en los actos. Se ve que el enfermo apenas tiene tiempo para reflexionar sobre lo que hace, y la excitación de sus zonas psicomotoras es tal que obra como un *autómata*, sin que su voluntad pueda intervenir: pronuncia palabras incoherentes, lanza gritos insensatos, salta, baila, gesticula, hace muecas, golpea, destruye los muebles, desgarrá sus vestidos y hace movimientos con los dedos ó con la cabeza; finalmente, cuando la excitación psicomotora está en su *máximum*, se asiste á verdaderas *convulsiones epileptiformes*.

Inversamente, la motilidad puede hallarse *disminuída*, desde la simple lentitud ó pereza de movimientos con ausencia de toda iniciativa, de toda energía, deseo de *soledad* y tendencia al *mutismo*, hasta la *inmovilidad completa* durante días enteros en la misma posición, de pie, echado ó sentado, como se observa en el *estupor* ó también en lo que los autores alemanes apellidan el *status attonitus*.

Entre los trastornos de la motilidad, tendrán que buscarse también los tics, los *movimientos atetósicos*, las *actitudes teatrales* y los fenómenos *astásicos*, *abásicos*, *catatónicos*, *catalépticos* y *tetánicos*. Del mismo modo, en algunos sujetos (dementes simples ó atetósicos) se hallará la tendencia á *repetir los mismos movimientos* durante días y meses; unas veces será una *postura*, otras un *gesto estereotipado* y otras una *mueca* (succión, mascullación, etc.).

Las diferentes formas del lenguaje, *mímica*, *palabra* y *escritura*, son manifestaciones motoras externas de una gran importancia, y deben examinarse con el mayor cuidado.

En los *estados melancólicos*, veremos el rostro inmóvil, tenso, como si estuviese congelado. En los *estados maniacos*, en la *confusión mental* y en los *delirios alucinatorios*, nos llamará la atención el ver la movilidad extraordinaria de la mímica: la cara expresará sucesiva y rápidamente toda clase de sentimientos y frecuentemente los más contradictorios, como son la cólera y la alegría. Al contrario, todos los músculos del rostro están relajados y como faltos de vida en los estados de *demenia*. Los *débiles* y los *desequilibrados* se presentarán alguna vez con fisonomías extrañas, en las cuales la mímica será desarmónica é irregular, ó intervendrán á menudo movimientos que en estado normal no existen, como son las contracciones del cuero cabelludo, de las orejas, etc.

Las modificaciones de la *palabra* son muy numerosas. Dependen de la naturaleza de las ideas que preocupan al enfermo, de su facultad de

atención y de la excitación de las *zonas psicomotoras*. La palabra puede ser *rápida*, *abundante*, *brillante* ó *expresiva* y á veces también *rítmica* y *rimada*.

El discurso puede estar constituido por ideas no terminadas, por interrupciones, por cuestiones incidentales, por interpelaciones, etc.; también puede estar formado exclusivamente por una simple reunión de palabras ó frases desprovistas de sentido.

En lugar de palabras, se observarán á veces sólo fragmentos de palabras. Finalmente, en algunos casos, es imposible percibir más que ruidos inarticulados.

En la *parálisis general*, la palabra es notable por la existencia de un *tropezar de sílabas* y por una dificultad en pronunciar varias veces seguidas algunas palabras un poco largas, como: nacionalización, generalización, arquitectónicamente, etc.

Puede haber *mutismo*, como en muchos *deprimidos* y *melancólicos*. Este mutismo no es siempre absoluto; pero algunas veces es completo y entonces el diagnóstico es muy difícil: podría confundirse con la *afasia* y sobre todo con el *mutismo histérico*. Pero el *melancólico mudo* se distingue del *afásico* por el hecho de que no intenta hablar, y porque su rostro expresa ya una estupidez y una indiferencia completas, ya una voluntad tenaz de no decir nada. Se distingue también de la *histérica*, porque ésta á menudo está no solamente muda, sino también *afónica* y porque la *histérica* casi siempre por la mímica y por la escritura llega á hacerse comprender.

Es raro, sin embargo, que el mutismo de los melancólicos y de los perseguidos sea completo; apremiando al sujeto y causándole una emoción, podremos lograr que diga algo, aun cuando sea una sola palabra. Y esta palabra es frecuentemente reveladora del estado mental, ya que expresa ó un dolor, ó la desconfianza ó el odio. Este hecho, insignificante en apariencia, puede colocarnos en camino del diagnóstico.

La *escritura* presentará modificaciones interesantes, particularmente si se la compara con la que el sujeto tenía en estado normal. Hallaremos á veces unas líneas temblorosas ó en zigzag, allí donde precisaría una línea recta, y otras omisiones de letras, de sílabas y de palabras, como en la *parálisis general* por ejemplo. Algunos *perseguidos*, y sobre todo los *perseguidos-perseguidores*, escribirán á menudo demasiado y experimentarán la necesidad de subrayar ciertas frases tres y cuatro veces.

Los *maniacos* escribirán con gruesos caracteres, y de tan apresurados que van, no terminan á menudo las palabras escritas. En el *delirio alucinatorio*, los enfermos tienen tendencia á servirse de dibujos y de imáge-

nes en lugar de las palabras, ó bien escriben una sola palabra haciéndola ir seguida de varios puntos de admiración ó de suspensión.

Los *dementes* escriben de un modo que no es ni legible ni comprensible; las palabras están mal ortografiadas y se hallan unidas entre sí sin ningún lazo lógico.

Es superfluo añadir que el examen de estas manifestaciones gráficas tiene una importancia capital en la medicina legal de los alienados, cuando se trata, por ejemplo, de discutir el valor de un documento testamentario.

B. — SÍNTOMAS SOMÁTICOS QUE ACOMPAÑAN Á LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS

Para que sea realmente provechoso el examen de las funciones psíquicas, debe ir acompañado del estudio tan detallado como sea posible de las funciones somáticas del sujeto, ya que no existen desórdenes del espíritu sin trastornos físicos que evolucionen simultáneamente.

Precisará, pues, enterarse del estado del sueño, de la sensibilidad cutánea, de los sentidos especiales, de la motilidad, de las secreciones y de las excreciones, de la acción vasomotora, de la nutrición general, etc.

Trastornos del sueño. — Referente al *sueño*, se averiguará si se trata de una simple modificación del *sueño normal*, tal como el *insomnio*, la *agitación*, los *sueños morbosos* y las *pesadillas*, ó bien si se trata de un *sueño patológico*, como la *hipnosis*, el *vértigo paralítico*, la *narcolepsia*, el *sueño histérico*, el *sueño hipnótico* y los *sonambulismos*.

SUEÑO NORMAL. — El *insomnio* constituye en ciertos casos un síntoma de gran valor. En las *meningitis*, las *encefalitis*, la *sífilis cerebral* y los *tumores cerebrales*, va ligado á los fenómenos dolorosos que estas afecciones causan. En la *sífilis cerebral* y en los *tumores*, es proporcional á la intensidad de la cefalea y á su duración.

El *insomnio* se halla al principio de la mayor parte de los trastornos psíquicos, y su comprobación interesa en grado máximo para el diagnóstico. Este síntoma es trivial en todas las *excitaciones periféricas*, heridas, neuralgias, contusiones, etc. En los trastornos circulatorios y al principio de un ataque de asistolia, el *insomnio* es la regla. Comúnmente es uno de los signos prodrómicos de un gran número de enfermedades infectivas (por ejemplo, la fiebre tifoidea) y de intoxicaciones (por el alcohol, café, té, etc.). Los individuos afectos de una herencia nerviosa ofrecen á menudo este síntoma bajo la influencia de la menor emoción triste ó alegre.

Los *sueños ó ensueños morbosos* no tienen todavía sentido preciso desde el punto de vista del diagnóstico. En las afecciones *cardiovasculares*, son especialmente cortos y terminan por un despertar sobresaltado. Las ideas de muerte ocupan un lugar importante en ellos y el enfermo se halla preso de una ansiedad precordial extraordinariamente viva. Los ensueños en las enfermedades de las vías *respiratorias* son igualmente terroríficos, y crean el estado de pesadilla con la sensación de sentirse ahogado por un animal que está sentado sobre el tórax ó que aprieta fuertemente el cuello. En las afecciones del *estómago* y del *intestino* son muy comunes y se hallan constituidos á menudo por alucinaciones gustativas, acompañadas de sensaciones de peso en el epigastrio. Los ensueños son muy frecuentes en las *histéricas* y generalmente son terroríficos; van acompañados de visiones de animales, como en los alcohólicos vulgares. En estos enfermos, las pesadillas van alguna vez seguidas de parálisis. Los sueños de la *intoxicación alcohólica* son generalmente espantosos; se refieren á animales ó á accidentes posibles en el trabajo del enfermo.

SUEÑOS PATOLÓGICOS. — De los sueños patológicos solamente diremos algunas palabras sobre las variedades más comunes: la *narcolepsia*, el *sueño histérico*, el *hipnotismo* y los *sonambulismos*.

La *narcolepsia*, que es la exageración de la necesidad de dormir y constituye un síntoma opuesto al insomnio, se diagnostica por las particularidades siguientes: una necesidad *súbita é irresistible* de dormir que sobreviene en pleno día y se reproduce á intervalos más ó menos próximos. Algunas veces el sueño es reemplazado por una profunda apatía. Este síntoma es frecuente en los *nerviosos con estigmas hereditarios*, los *obesos*, los *diabéticos*, los *individuos afectos de enfermedades crónicas de las vías digestivas* y los *cardíacos*. Así, cada vez que nos hallamos ante alguno de ellos, es indispensable proceder al examen de los diferentes órganos y más particularmente al de la orina.

El *sueño histérico* se conoce por el aspecto general del enfermo, que tiene frecuentemente el rostro tranquilo; la respiración es regular y sin ronquidos; el pulso es sosegado; la temperatura no pasa nunca de un grado de la normal; frecuentemente hay fenómenos de rigidez, tales como trismus y contracturas; los trastornos de la sensibilidad no cesan durante el sueño histérico; los puntos hiperestésicos constituyen al mismo tiempo zonas histerógenas, ya que su presión produce un ataque que hace cesar el sueño. El examen de las orinas expelidas durante el sueño permitirá comprobar la modificación en la proporción relativa de los fosfatos térreos y de los fosfatos alcalinos (1 por 1 en vez de 1 por 3), según lo han hecho observar Gilles de la Tourette y Cathelineau.

El conocimiento de los antecedentes y el comenzar el sueño por una crisis histérica, confirmarán el diagnóstico y permitirán eliminar un ataque de apoplejía por hemorragia cerebral, el coma y la narcolepsia.

El *sueño hipnótico* no se observa habitualmente sino en los histéricos y puede presentarse bajo diferentes aspectos clínicos: forma letárgica, forma cataleptica y forma sonambúlica. El signo característico del estado letárgico es la propiedad que tienen los músculos de contraerse bajo la influencia de las excitaciones mecánicas ejercidas ya sobre los mismos músculos, ya sobre los nervios que en ellos se distribuyen, propiedad que Charcot ha designado con el nombre de *hiperexcitabilidad neuromuscular*. La contractura que así se ha provocado, desaparece si se malaxan ó si se practica el masaje de los músculos antagonistas.

El *estado cataleptico*, de origen hipnótico, se caracteriza por la propiedad que tienen las extremidades de conservar durante un tiempo más ó menos largo las posiciones que se les imprime. Además, sucede algunas veces que las actitudes dadas á los miembros provocan en la fisonomía las expresiones correspondientes; así es como las dos manos apretadas en forma de puño dan al rostro una expresión de cólera. Esta catalepsia hipnótica puede simularse, pero entonces se observa en el simulador una aceleración de los movimientos respiratorios, que es un signo revelador del esfuerzo.

El *estado sonambúlico* del hipnotismo se conoce por la docilidad pasiva del sujeto á todas las sugerencias que el experimentador quiere imponerle y por una exaltación más ó menos grande de la potencia muscular, así como también de los sentidos especiales.

Finalmente, aparte de toda intervención hipnótica, hay un cierto número de estados de sueño patológico, caracterizados por una actividad automática de los centros nerviosos y que constituyen los diferentes *sonambulismos*.

El sonambulismo fisiológico se conoce por su carácter nocturno, por la ausencia de toda clase de predisposición á las contracturas musculares espasmódicas, por la amnesia total al despertarse y por el estado completamente normal del sujeto en el intervalo de los accesos.

El *sonambulismo epiléptico* comprende el *pequeño automatismo* y el *automatismo comicial ambulatorio* (Charcot). Estos accesos de caracteres psíquicos é impulsivos van frecuentemente precedidos de verdaderos vértigos ó de accesos de epilepsia convulsiva. Cuando no es así, se establece el diagnóstico de epilepsia procediendo por eliminación de las otras afecciones, sobre todo del *histerismo*, y también fundándose en los resultados favorables del tratamiento bromurado.

El *sonambulismo histérico espontáneo* se diagnostica por los antecedentes, los estigmas permanentes y los ataques.

Trastornos de la sensibilidad.—*Sensibilidad general.*—La averiguación de los trastornos de la *sensibilidad* puede arrojar un rayo de luz sobre el origen de ciertos trastornos psíquicos y sobre el terreno que los produce. Un dolor á nivel de un miembro ó de un órgano profundo explicará tales *ideas hipocondriacas* y tales *ideas de posesión*, del propio modo que las anestias locales ó generales nos guiarán respecto á las *ideas de transformación* ó de *desdoblamiento de la personalidad*. Relativamente al terreno, una hiperestesia local indicará la existencia de una *neuritis* con su causa *tóxica* ó *infectiva* correspondiente, mientras que una placa de anestesia permitirá pensar en el *histerismo*, etc.

El examen de la sensibilidad cutánea en el alienado está rodeado de dificultades especiales: no se llega siempre á conseguir fijar la atención del sujeto, y los datos que éste proporciona van mezclados con interpretaciones más ó menos delirantes, etc. Es preciso, pues, ser cauto en sacar deducciones demasiado rápidas respecto á la existencia ó á la falta de la sensibilidad al tacto, al calor, al frío, á los pinchazos y á la corriente eléctrica. La anestesia general ó local se observa habitualmente en las *histéricas* que tienen un *delirio místico* con *ideas de metamorfosis*; las *automutilaciones* y los *suicidios* son frecuentemente su consecuencia. Los *maniacos*, los *histéricos* y los *absinticos* ó *ajénjicos* presentan alguna vez unas placas más ó menos extensas de hiperestesia cutánea que solamente pueden contribuir á sostener su excitación.

Sensibilidad especial.—Cada sentido deberá examinarse en particular: el *oído*, cuya agudeza disminuida ó exaltada desempeña un papel digno de conocerse en el origen de las *alucinaciones auditivas* en general y de las *alucinaciones unilaterales* en particular;—la *vista*, cuyo examen detallado es tan importante para el diagnóstico de la *parálisis general*, de la *tabes*, del *alcoholismo* y del *histerismo*. No olvidaremos el *gusto*, disminuído en los *débiles* y en los *dementes*, exaltado en los *maniacos* y en los *perseguidos* y pervertido en los *desequilibrados* y en los *histéricos*;—el *olfato*, debilitado á menudo desde el comienzo de la *parálisis general* y exaltado en ciertas formas de locura neurótica;—el *sentido muscular*, cuya alteración en menos puede ser el punto de partida de la *catalepsia* ó de un *delirio hipocondriaco* con idea de debilidad general y cuya excitación da al contrario al enfermo ciertas ilusiones respecto á su fuerza física impeliéndole á una movilidad perpetua;—la *sensibilidad visceral*, que, frecuentemente perturbada en los *melancólicos*, los *paralíti-*