

personas que le rodean. Cuando la enfermedad infectiva toma un giro grave con extraordinaria elevación de la temperatura, debilidad y frecuencia del pulso, temblor de las extremidades, lengua seca y gran debilidad general, se ven los fenómenos de excitación disminuir en intensidad y transformarse en una especie de subdelirio: el sujeto balbucea algunas palabras ininteligibles y ejecuta movimientos carfológicos con las manos. Avanzando el proceso, el enfermo cae en el coma.

Pero comúnmente, al mismo tiempo que la fiebre desciende, la conciencia del sujeto se hace más lúcida y desaparece el delirio, á no ser que se trate de un sujeto fuertemente predispuesto á las psicosis, en cuyo caso el trastorno psíquico puede persistir largo tiempo después de la cesación de la enfermedad infectiva que lo ha provocado. De todos modos, y aun en aquellos casos más favorables, se observa que el sujeto conserva durante algún tiempo cierta fatiga cerebral.

DELIRIO APIRÉTICO.—Es el delirio del *período prodrómico de la fiebre tifoidea*, de la *viruela*, de la *escarlatina*, de la *rabia* y del período apirético de la *fiebre intermitente*.

El delirio del *período prodrómico de la fiebre tifoidea* consiste sobre todo en una gran *depresión*, en una extraordinaria *tristeza* con sensación de miedo ó de desgracia inminente. Alguna vez consiste en un acceso *alucinatorio* con tendencias violentas. Este delirio solamente dura algunos días, y cuando comienza la fiebre tifoidea se atenúa y aun desaparece.

Un delirio análogo se nota en el período prodrómico de la *viruela* y en los períodos apiréticos de la *fiebre intermitente*.

Los trastornos psíquicos de la *rabia* pueden manifestarse cuando la temperatura apenas se halla aumentada. Aparecen después de los primeros signos físicos de la *rabia*: espasmo faríngeo, disfagia, disnea, salivación, dilatación de las pupilas y exageración de los reflejos. El enfermo se vuelve inquieto, triste y tiene miedo (hidrofobia). Poco á poco, á medida que el virus rábico obra sobre los elementos de la corteza, directamente ó por mediación de los vasos sanguíneos y linfáticos, la conciencia se perturba, aparecen alucinaciones penosas y se declaran reacciones violentas. De vez en cuando reaparece la lucidez, el sujeto parece darse cuenta de su situación, pero este retorno de la conciencia no dura mucho. Los fenómenos de excitación persisten hasta el momento en que se presentan los fenómenos paraplégicos. Entonces se declara una gran *depresión*, el enfermo pierde completamente el conocimiento y muere bajo el influjo de los fenómenos convulsivos clónicos y tónicos.

DELIRIO DE LA CONVALECENCIA DE LAS ENFERMEDADES AGUDAS.—

Durante la convalecencia de la *pneumonía*, algunas veces inmediatamente después de la defervescencia, durante la convalecencia de la *fiebre tifoidea*, de la *erisipela*, etc., se observan perturbaciones psíquicas que se caracterizan principalmente por la pérdida de la facultad de orientación. El enfermo no se da verdadera cuenta de donde se halla, ni de lo que le rodea; confunde los recuerdos antiguos con lo que pasa en aquellos instantes, todo le parece extraño y cambiado de forma. Su atención se fatiga muy pronto, y al cabo de algunos instantes de una conversación sensata, pierde el hilo del discurso y se expresa de un modo incoherente. Tan pronto está deprimido, como se halla agitado y ansioso. Las noches son malas: el enfermo tiene miedo, busca algo debajo de la almohada ó del cubrecamas, etc. Este conjunto de trastornos psíquicos constituye lo que se apellida la *confusión mental asténica*, que en algunos casos puede complicarse con un elemento *alucinatorio* (visual, táctil ó auditivo). La duración de estos accidentes no pasa generalmente de unos ocho días.

DELIRIO DEL COLAPSO.— En el curso de algunas enfermedades graves (*fiebre tifoidea*, *pneumonía*, *tisis pulmonar*, *caquexia cancerosa*, etc.) los enfermos pueden caer súbitamente en el colapso, es decir, en un estado caracterizado por hipotermia, debilidad, frecuencia é irregularidad del pulso, agotamiento general y sudores fríos. En el transecurso del colapso, puede aparecer un delirio que presenta formas diferentes: unas veces hay una gran *confusión* en las ideas, con ilusiones, alucinaciones y agitación motora moderada, y otras veces hay un acceso de excitación extraordinariamente violento con gritos, vociferaciones, rechinar de dientes, actos de salvajismo, etc. Al cabo de algunas horas, la excitación se atenúa y queda reemplazada por una gran postración acompañada frecuentemente de alucinaciones. En ciertos casos, el enfermo recobra su buen sentido después de un acceso de algunas horas y del cual generalmente no guarda ningún recuerdo.

DELIRIO TRAUMÁTICO.— Sobreviene en general inmediatamente después de una operación quirúrgica, — una fractura, una luxación, — en aquellos individuos que son nerviosos é impresionables. Los pródromos consisten en inquietud, insomnio y vértigos. El mismo delirio se parece á la *confusión mental*, *alucinatoria* ó no; dura por término medio de tres á cuatro días y raramente ocho. Habitualmente desaparece después de una noche ó dos de sueño y la conciencia vuelve á su estado normal.

II. Trastornos psíquicos relacionados con intoxicaciones accidentales.— El diagnóstico se funda generalmente en los caracteres del trastorno psíquico, en ciertos signos físicos y en el conocimiento de los datos etiológicos.

EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA. — Al principio el individuo está *excitado*, alegre y hasta ocurrente (si esto es posible en él). El humor se hace agradable y todas las preocupaciones habituales tienden á desaparecer. Más tarde, el sujeto se vuelve *expansivo*; explica todo lo que le pasa por la cabeza, se entrega á actos más ó menos extravagantes y presenta tendencias violentas. Al propio tiempo la cara está roja, congestionada, los ojos inyectados, el aliento alcohólico, el pulso es frecuente y la cantidad de orina está aumentada. Poco á poco la *depresión* subsigue á la excitación. La voz es más débil, las ideas se hacen incoherentes y los movimientos están mal coordinados. El *sueño* no tarda entonces mucho en aparecer, y es un sueño pesado, *comatoso*, con pulso pequeño y frecuente y la piel fría está cubierta de sudor. El despertar se efectúa al cabo de algunas horas; va acompañado de una *pesadez de cabeza* intensa, con dificultad de recordar todo lo que ha pasado y un sentimiento de *tristeza*, de *abatimiento* y de *debilidad*. El final de esta intoxicación alcohólica aguda va generalmente marcado por vómitos.

La *embriaguez convulsiva* comprende, además de la excitación más violenta y más peligrosa, las convulsiones epileptiformes relacionadas con la absorción de ciertas esencias (ajenjo, anís, etc.).

EMBRIAGUEZ CLOROFÓRMICA. — Está caracterizada principalmente por la aparición rápida del período de excitación acompañado á veces de manifestaciones motoras violentas, por una disminución de la sensibilidad al dolor y por trastornos de las funciones del corazón y de los pulmones.

EMBRIAGUEZ POR LA ATROPINA. — Se trata de un acceso de agitación muy vivo con confusión de las ideas: el sujeto está alegre, agitado, tiene alucinaciones de la vista y un delirio relacionado con estas últimas. La dilatación de las pupilas y la sequedad de la boca completan el cuadro clínico de este envenenamiento.

EMBRIAGUEZ POR EL PROTÓXIDO DE ÁZOE. — Las *alucinaciones genitales* dan á esta intoxicación un carácter especial.

EMBRIAGUEZ POR EL HASCHICH. — En esta embriaguez, el sujeto pierde la facultad de apreciar con exactitud el tiempo y la distancia; todo le parece extraordinariamente largo y extraordinariamente lejano.

III. **Psicosis propiamente dichas.** — MELANCOLÍA. — Lo que permite hacer el diagnóstico de melancolía, es la comprobación en el sujeto de un *dolor moral* acompañado de una imposibilidad de pensar en todo cuanto sea agradable, de una desesperación y de una concentración del espíritu en una sola idea triste.

Este *dolor moral*, carácter primitivo y fundamental, puede dar lugar

á *ideas delirantes* y aun á *ilusiones* y á *alucinaciones*, pero esto no es absolutamente preciso para llegar á establecer el diagnóstico de melancolía.

Las *ideas delirantes* de la melancolía llevan todas un sello de *humildad*, de *culpabilidad* y de *deseo de morir*. Pueden llegar á invadir el espíritu del enfermo y convertirse en verdaderas *ideas fijas*.

Las *ilusiones* y las *alucinaciones* toman, cuando existen, un carácter terrorífico.

El *raptus melancólico* se conoce por su carácter *impulsivo*: el enfermo, obedeciendo repentinamente á una obsesión de suicidio, intenta matarse, no importa cómo, ni dónde. Algunas veces el melancólico comete homicidios con sus parientes próximos: se acusa de haberles hecho desgraciados y para ahorrarles las miserias de la vida, los mata.

El *rehusar los alimentos* es muy frecuente en los melancólicos, originándose de esto el enflaquecimiento, la anemia y el agotamiento.

La duración es muy variable: seis semanas, tres meses, un año y aún más.

Según la intensidad de las reacciones del enfermo, se tiene una *melancolía pasiva* ó una *melancolía ansiosa y agitada*.

Las ideas delirantes pueden dar á la melancolía una fisonomía especial; de aquí las formas: *religiosa* ó *mística*, *hipocondriaca* y *nostálgica*.

Cuando el melancólico está completamente inmóvil, mudo y causa la impresión de una estatua, se dice que está afecto de *melancolía con estupor*.

Se puede confundir la melancolía con el *delirio de persecución*, con el período depresivo de la *locura intermitente*, con el estado melancólico sintomático de la *neurastenia* y de la *parálisis general*.

La melancolía difiere del *delirio de persecución* en que, en esta última afección, no es el *dolor moral* el que ocupa el primer rango, sino una *falsa idea de persecución*; en la melancolía, el enfermo es el *culpable* y en el delirio de persecución es la *víctima*.

El *período depresivo de la locura intermitente* comienza y desaparece bruscamente, de la mañana á la noche; alterna con un acceso de excitación ó con otro acceso de melancolía en un todo semejante al primero.

El *estado melancólico de los neurasténicos* se caracteriza principalmente por la presencia de trastornos de la sensibilidad general; las obsesiones ocupan un lugar preponderante y simultáneamente se hallan los signos habituales de la neurastenia.

El *estado melancólico sintomático de la parálisis general* es sobre todo notable por la debilitación de las facultades y principalmente de la me-

moria. El enfermo emite ideas absurdas sobre su ruina y frecuentemente mezcla con ellas *ideas hipocondriacas*, *ideas de negación* é *ideas micro-maniacas*.

MANÍA.—Cuando el estado mental del sujeto choca por la *rapidez en la sucesión de las ideas* y la *excitación motora*, y á pesar de esto, la *facultad de comprender todo lo que le rodea* la conserva el enfermo, se dice que se trata de un acceso de *manía* que, según la intensidad de los fenómenos morbosos, puede ser la *excitación maniaca*, la *manía típica* y la *manía grave*.

No siempre es fácil distinguir un acceso de *manía* de un acceso de *delirio alucinatorio agudo*: en este último caso, la facultad de la orientación desaparece desde el principio de la afección: además, las alucinaciones y las ideas delirantes ocupan igualmente desde el principio un lugar predominante.

La *manía* difiere de la *parálisis general* por la integridad de la *memoria*, de los *reflejos pupilares* y de la *pronunciación* que frecuentemente se hallan alterados en esta última enfermedad.

No se confundirá la manía con el *delirio agudo*, en el cual la temperatura está frecuentemente elevada y el estado general es más grave.

CONFUSIÓN MENTAL.—Se dice que el enfermo presenta el cuadro clínico de la *confusión mental*, cuando se observa en él un trastorno muy acentuado de la facultad de orientarse, una incoherencia en la asociación de las ideas y una desaparición progresiva de la noción del «yo».—En ciertos casos, las *alucinaciones* y las *ideas delirantes* se le juntan y dan á la afección una marcha especial.

Este estado difiere de la *melancolía con estupor* por el hecho de que, en esta última afección, hay en el fondo un *dolor moral* que lo motiva todo, mientras que, en la confusión mental, el humor del enfermo no es ni triste ni alegre.

La *confusión mental* no se confundirá con la *parálisis general*, cuya evolución progresiva, los trastornos de la palabra y de los reflejos pupilares y los ataques epiléptiformes son muy característicos.

DELIRIO DE PERSECUCIÓN.—En este delirio, descrito por Lasègue, la conciencia del enfermo está poco modificada. Lo que predomina son las ideas de persecución resultantes de una falsa comprensión y de una falsa interpretación de todo lo que le rodea. Las ideas falsas tienen una tendencia á coordinarse en un verdadero *sistema*, edificado más ó menos sólidamente según los recursos intelectuales del sujeto y la intensidad del elemento alucinatorio, que puede por lo demás faltar por completo.

De ahí nace la multiplicidad de las variedades de delirio de persecución, de las cuales solamente indicaremos dos:

a. El *delirio crónico de evolución sistemática* (Magnan) tiene *cuatro periodos*: 1.º El primero, que puede ser muy largo y remontarse á la más tierna infancia, está caracterizado por *inquietud* y desconfianza y por ilusiones y alucinaciones de naturaleza mortificante y auditivas en general. 2.º Viene luego el período del *delirio de persecución* propiamente dicho, con ideas de persecución, de complot é intrigas, y todo esto muy coordinado é íntimamente relacionado con el pasado. 3.º Al cabo de algunos años este delirio se transforma y entra en una fase nueva, el período del *delirio de las grandezas*, que señala ya una cierta debilitación sobrevenida en el cerebro del enfermo. Y 4.º finalmente, mucho tiempo después, aparece el período de la *demencia*, en el cual la memoria se debilita y con ella el conjunto de las funciones intelectuales.

b. El delirio de los *perseguidos-perseguidores* (Falret) es notable por su evolución muy rápida y por la ausencia del elemento alucinatorio. Los enfermos vinieron al mundo con un mal carácter, desconfiado y vengativo. Atacan tan pronto como se creen lesionados en sus intereses, sin tomarse la menor molestia de comprobar sus quejas ó agravios. Los *perseguidos celosos*, etc., pertenecen á este grupo.

LOCURA PERIÓDICA.—Su diagnóstico se funda en la aparición repetida de los accesos de psicosis que sobrevienen generalmente en épocas y con intervalos regulares. Habitualmente, el estado mental deja mucho que desear entre dos accesos y se caracteriza por anomalías y extravagancias del carácter. Durante los accesos, los enfermos están ó muy deprimidos ó muy excitados, pero siempre de igual modo en dos accesos de la misma naturaleza, que, por lo demás, comienzan y terminan bruscamente. Frecuentemente van acompañados de perturbaciones vasomotoras intensas, que determinan vértigos y desvanecimientos. En algunos casos, se reconoce la naturaleza periódica del acceso por un cambio considerable sobrevenido rápidamente en el peso del enfermo.

LOCURA DE LOS DEGENERADOS.—Comprende los *estigmas psíquicos de degeneración* y los *delirios de los degenerados hereditarios*.

A. *Estigmas psíquicos de degeneración*.—Los principales son:

a. La *debilidad intelectual* caracterizada por una debilitación del raciocinio, de la memoria y de la imaginación. Algunas veces, una de estas facultades es particularmente brillantísima mientras que las demás apenas están desarrolladas.

b. Las *obsesiones* y las *impulsiones*, cuya naturaleza ya hemos indicado anteriormente.

c. La *emotividad ó impresionabilidad*, gracias á la cual el sujeto pasa rápidamente al estado de tristeza, de entusiasmo, de cólera y de miedo.

d. La *ausencia del sentido moral*, que explica el por qué ciertos individuos cometen los actos más deshonestos y más crueles sin experimentar el más mínimo remordimiento.

e. La *perversión de ciertos instintos* (véase la pág. 269).

f. La *abulia*, que impide todas las iniciativas y todos los deseos.

g. La *gran aptitud para los delirios*, que sobreviene bajo la influencia de las menores causas morales ó físicas.

Al hablar del examen somático de los individuos, hemos insistido suficientemente sobre los *estigmas físicos* de la degeneración (véase la pág. 266).

B. *Delirio de los degenerados hereditarios*.—He aquí los principales:

a. *Delirio de los perseguidos-perseguidores* (véase la pág. 291).

b. *Locura de dos*.—Uno ó varios débiles de espíritu pueden adoptar las ideas delirantes de un alienado que ha adquirido sobre ellos un cierto ascendiente moral; desde entonces le imitan en todo. Algunos suicidios colectivos no tienen otro origen.

c. *Delirio repentino*.—Es una manifestación muy común del equilibrio inestable tan característico del estado psíquico de los degenerados. Bajo la influencia de una causa frecuentemente mínima, se declara un delirio ya melancólico, ya hipocondriaco, pero con más frecuencia mixto y con toda clase de ideas delirantes. La duración es ordinariamente corta (algunos días ó algunas semanas); sin embargo, después de varios accesos es posible pasar al estado crónico.

d. *Demencia precoz ó hebefrenia*.—Comienza en jóvenes débiles por un estado de depresión melancólica, que es reemplazado posteriormente por otro de excitación. Luego, poco á poco sigue un tercer estado de debilitación de las facultades, que acaba por ser definitivo.

e. *Locura moral (moral insanity)*.—Es el *idiotismo moral*, ó sea un estado en el cual el individuo no siente diferencia alguna entre el bien y el mal. Muy á menudo se observan al mismo tiempo los estigmas psíquicos principales de la degeneración, que permiten establecer el diagnóstico.

f. *Psicopatía sexual*.—Se compone de todas las perversiones del sentido genésico (véase la pág. 270).

g. *Locuras impulsivas*.—Son todos aquellos trastornos psíquicos que se caracterizan por tendencias irresistibles á cometer actos más ó menos peligrosos: dipsomanía, cleptomanía, piromanía, etc.

LOCURA DE LOS NEURASTÉNICOS.—La neurastenia es un terreno

excelente para el desarrollo de toda clase de trastornos psíquicos: *melancolía, hipocondría, confusión mental, delirio de persecuciones*, etc. Las perturbaciones de la sensibilidad general, las obsesiones y los signos físicos de la neurastenia dan á estas psicosis una fisonomía muy especial. Algunas veces las obsesiones (véase la pág. 258) ocupan el lugar principal en estos trastornos mentales, y entonces se trata de una verdadera *locura ideo-obsesiva* de origen neurasténico.

LOCURA HIPOCONDRIACA.—Se declara frecuentemente en sujetos que son á la vez neurasténicos, con perturbaciones muy marcadas de la sensibilidad general y degeneradas. El diagnóstico se hace por la comprobación de los signos siguientes: miedo constante de perder la salud, tendencia á no pensar más que en esto, relación exagerada de todas las sensaciones experimentadas y estigmas de la neurastenia y de la degeneración. Finalmente, puede haber en realidad alguna afección visceral, como, por ejemplo, una enteritis ó un riñón flotante.

LOCURAS EPILEPTICAS.—*Carácter epiléptico*.—*Moralmente*: debilitación del sentido moral, á menudo disimulado muy hábilmente. Tendencia á la hipocresía, á la adulación, á la crueldad y á la rapacidad. Irritabilidad é impresionabilidad extraordinarias con sentimientos vengativos. Frecuencia de las impulsiones al robo, á la violación, etc. *Intelectualmente*: memoria debilitada con necesidad de inscribir los menores detalles de la vida en un carnet; gran dificultad para asimilarse las cosas oídas y leídas. En los casos graves, el enfermo llega á un verdadero estado de demencia. Sin embargo, hay casos en que la inteligencia de los epilépticos es notabilísima durante largo tiempo.

Estos rasgos generales del carácter epiléptico no se manifiestan generalmente sino algunos años después del comienzo de los ataques comiciales; se acentúan con el tiempo y bajo la influencia de la repetición de los ataques.

Locura epiléptica transitoria.—Comprende los trastornos psíquicos que *preceden, siguen ó reemplazan* al ataque del gran mal.

Frecuentemente se trata de una confusión de las ideas con alucinaciones y actos de todas clases (violentos, criminales ó inofensivos, como de correr), cometidos sin objeto y de un modo irresistible. El principio del acceso es generalmente repentino; dura algunos minutos, un cuarto de hora ó más tiempo; va seguido de abatimiento, de sueño y depresión. Ordinariamente, la amnesia de todo lo que ha pasado es total al despertar.

La *epilepsia prokursiva* y el *automatismo ambulatório epiléptico* corresponden á los fenómenos de esta clase.