

*Locura epiléptica prolongada.*—Con este nombre deben entenderse una serie de accesos de locura subintrantes de origen epiléptico. El diagnóstico se funda principalmente en la historia de los antecedentes, en los datos que se poseen relativos á la herencia epiléptica, á los ataques anteriores, á los vértigos, á los fenómenos de aura, de automatismo ambulatorio, etc. A estos signos hay que añadir la mordedura de la lengua, las contusiones del rostro y las luxaciones que frecuentemente resultan de los ataques.

TRASTORNOS PSÍQUICOS DEBIDOS AL HISTERISMO. — *Carácter histérico.* — Consiste en una inestabilidad y movilidad de las ideas, de los sentimientos, de las tendencias y de los deseos. Algunas veces se añade una perversión en las reacciones psíquicas: una excitación agradable causa un sentimiento doloroso y recíprocamente. La esfera genital ejerce una influencia notable sobre el humor de los histéricos, que desde este punto de vista ofrecen á menudo muchas anomalías.

El desarrollo excesivo de la imaginación da frecuentemente lugar á relatos fantásticos en los cuales el histérico afirma un hecho que nunca ha existido; de buena fe, es víctima de un trastorno de la memoria, de una paramnesia ó de una pseudorreminiscencia.

A estos síntomas se añaden los estigmas físicos permanentes del histerismo.

*Delirio histérico transitorio.*—Aquí, como en la epilepsia, los trastornos psíquicos preceden, siguen ó reemplazan al ataque histérico.

El desdoblamiento de la personalidad y las alucinaciones, de una gran intensidad y frecuentemente visuales, constituyen el fondo de este delirio, que puede durar varias horas ó varios días. La *fuga histérica* y el *automatismo ambulatorio histérico* son manifestaciones frecuentes de este delirio.

*Delirio histérico prolongado.* — Los caracteres fundamentales son iguales que en la forma transitoria. Duración mucho más larga, terminación frecuente por una profunda demencia, en el curso de la cual se hace difícil hallar los estigmas histéricos.

Añadamos que el terreno del histerismo es como el de la neurastenia; es particularmente propicio á toda clase de perturbaciones psíquicas.

Pasaremos por alto, en vista de su poca frecuencia, los trastornos psíquicos debidos, ó que parecen serlo, á la *corea*, á la *enfermedad de Basedow*, al *paramioclonus multiplex*, á la *enfermedad de los tics convulsivos*, á la *parálisis agitante*, etc.

IV. **Locura por intoxicación exógena crónica.** — ALCOHOLISMO. — a. *Delirium tremens.*—Se desarrolla en el curso del

alcoholismo crónico bajo la influencia, ya de una causa trivial: *fatiga*, *enfriamiento*, *emoción*, *flujo hemorroidal*, *menorrea* más abundante que de ordinario, ya de un exceso que rebasa la medida ordinaria, de una enfermedad aguda como la *pneumonía*, etc.

Después de veinticuatro horas de un estado de inquietud con miedo, insomnio ó pesadillas terroríficas, la conciencia se vuelve confusa, el enfermo se expresa de un modo incoherente, no halla las palabras y no acaba las frases. Luego aparecen las alucinaciones visuales de animales. Son movibles, lo que explica la agitación del sujeto, que intenta apartarse de ellas. Las alucinaciones de los demás sentidos pueden existir con el mismo carácter penoso y movable. Actos violentos son la consecuencia y la reacción de estas perturbaciones psíquicas.

A estos signos se añaden el temblor, la transpiración, la sequedad y el estado saburral de la lengua, la escasez de orinas, que son rojas, y la temperatura ordinariamente normal ó que no pasa de 38 grados.

Hay una forma *febril* del *delirium tremens*, en la cual la temperatura alcanza 40° y el temblor es extraordinariamente intenso; la terminación por la muerte es muy frecuente en esta última forma.

El *delirium tremens* sin fiebre dura de cinco á siete días y en la gran mayoría de los casos cura.

b. *Automatismo ambulatorio alcohólico.*—Comienzo repentino en un alcohólico inveterado, por un acto más ó menos complicado (crimen, viaje, etc.), y ejecutado de un modo automático. Este estado puede durar algunas horas ó algunos días.

c. *Psicosis alcohólicas prolongadas.*—a) El *delirio alcohólico crónico* puede comenzar como un acceso de *delirium tremens*, pero en vez de desaparecer al cabo de algunos días, persiste en forma atenuada, gracias á las alucinaciones que continúan molestando el espíritu del enfermo. Las alucinaciones del oído son con frecuencia predominantes.

β) La *demencia alcohólica* no sobreviene ordinariamente sino después de excesos alcohólicos numerosos y repetidos durante un gran número de años. Algunas veces, sin embargo, puede declararse rápidamente después de una hemorragia ó de una enfermedad aguda; el diagnóstico se funda en la comprobación de los síntomas físicos del alcoholismo crónico asociados á una debilitación de la memoria y del juicio.

γ) El alcoholismo crónico es un terreno propicio para el desarrollo de las *vesanias*: melancolía, manía, delirio de persecuciones, etc.

δ) Igualmente la *psicosis polineurítica* se desarrolla con predilección en los bebedores.



d. *Dipsomanía*. — Es la *obsesión de embriagarse* y como tal constituye un síndrome de la degeneración hereditaria. La necesidad de beber es periódica é irresistible. Una vez que el enfermo cede, obra como un impulsivo, roba para procurarse bebidas y bebe, no importa lo que sea, con tal que «raspe el gáznate»: aguardiente, alcohol de cualquier clase, esencias, tinta, etc. El acceso dura algunos días ó algunas semanas; luego reaparece el estado normal, durante el cual el enfermo se vuel ve sobrio.

MORFINISMO. — Los síntomas del estado de necesidad consisten en apatía, sentimiento de dejadez, incapacidad para el trabajo, inquietud, ansiedad, neuralgias y quebrantamiento general. Bajo la influencia de una inyección, de morfina todos estos síntomas desaparecen.

La *intoxicación morfinica crónica* que sobreviene al cabo de algunos años del uso regular y repetido del alcaloide, se manifiesta por un descenso de la nutrición general, una verdadera *caquexia morfinica*, con estado febril de tipo intermitente, debilidad de las extremidades, dolores más ó menos generalizados, anestias y aptitud para la formación de abscesos y de flemones en la vecindad de las regiones pinchadas ó inyectadas. Desde el punto de vista psíquico, se observa una disminución del sentido moral con tendencia á la mentira y una debilitación de las facultades intelectuales.

COCAINISMO. — En esta intoxicación, que se sobreañade á menudo á la precedente, las manifestaciones psíquicas son más graves: hay excitación que llega hasta un verdadero acceso maniaco, con alucinaciones, ideas delirantes y tendencia á los actos violentos.

PELAGRA. — Los trastornos psíquicos de la pelagra, resultantes de la ingestión del maíz alterado, se caracterizan por una profunda depresión y una tristeza, que llega hasta determinar tentativas de suicidio. Intervienen con frecuencia alucinaciones con ideas delirantes de una naturaleza mística ó hipocondriaca. Al lado de estos signos, se observan lesiones pelagrosas de la piel y de las mucosas, diarrea, accesos convulsivos, parálisis y dolores de las extremidades.

V. **Trastornos psíquicos relacionados con lesiones orgánicas del sistema nervioso.** — PARÁLISIS GENERAL. — Es fácil reconocerla en el período de estado, por la asociación de la debilidad de *todas* las facultades intelectuales, principalmente de la memoria, con desigualdad pupilar, debilitación ó abolición de los reflejos pupilares á la luz y á la acomodación, temblor de la lengua, de los labios y de las extremidades, dificultad de la palabra, consistente en la confusión de las sílabas, escritura desfigurada, debilidad muscular generalizada,

trastornos de la micción con tendencia á la retención de orina, ataques epileptiformes ó apopleptiformes, etc.

El diagnóstico es difícil *al principio*, cuando los principales síntomas son todavía poco acentuados.

Entonces es posible la confusión con la *neurastenia*, la *sífilis cerebral* y el *alcoholismo crónico*. La debilitación *en conjunto* de las facultades intelectuales, las conversaciones infantiles, las modificaciones, por pequeñas que sean, de las reacciones pupilares y las pequeñas crisis apopleptiformes abogarán contra la *neurastenia*.

En la *sífilis cerebral*, los síntomas tienen un carácter más localizado y menos general; además, la sífilis en este caso se manifiesta en otros órganos distintos del sistema nervioso.

El estado mental de algunos *dementes alcohólicos* se parece al de la parálisis general; pero en el alcoholismo crónico se observan á menudo síntomas polineuríticos, mientras que los trastornos de la palabra y de los reflejos pupilares son preferentemente excepcionales.

DEMENCIA POR LESIONES CIRCUNSCRITAS DEL CEREBRO. — Se caracteriza por una debilitación progresiva de las facultades intelectuales, de la memoria de los hechos recientes al principio y de los hechos antiguos luego. En esta situación pueden aparecer delirios: melancólico, maniaco y alucinatorio; simultáneamente se observa temblor, debilidad muscular, vértigos, ataques apopleptiformes ó epileptiformes, seguidos muy á menudo de fenómenos paralíticos duraderos: hemiplegia, monoplegia, parálisis facial con glosoplegia y afasia, paraplegia y fenómenos bulbares.

PSICOSIS POLINEURÍTICA. — En medio de los signos de una polineuritis con debilidad, dolores, parestesias, anestias y atrofia de las extremidades, pueden declararse algunos trastornos psíquicos caracterizados por una amnesia de los hechos recientes y de los hechos que acaban de producirse, por pseudorreminiscencias, por una gran depresión de la actividad intelectual, por una inquietud y tendencia á las obsesiones de naturaleza hipocondriaca.

VI. **Trastornos psíquicos relacionados con una suspensión del desarrollo congénito del cerebro.** —

IDIOTISMO. — Es la demencia congénita. En su forma completa, la inteligencia es nula, y todos los fenómenos son puramente reflejos; los sonidos emitidos son inarticulados; en algunos casos hay excitación y en otros inmovilidad.

En un grado menos acentuado, se observa una cierta aptitud para la atención pasiva; el idiota percibe y conserva algunas impresiones, pero



es incapaz de asociarlas. Pueden enseñársele algunas palabras que él repite sin comprenderlas. Sus movimientos son automáticos y sus sentimientos afectivos nulos ó poco desarrollados; frecuentemente tiene tendencias á romper, morder y golpear.

Los estigmas físicos de degeneración van frecuentemente asociados á este estado mental.

En la *imbecilidad*, la facultad de atención está más desarrollada que en el idiotismo propiamente dicho: así es que hay posibilidad para el imbecil de adquirir algunos conocimientos.

CRETINISMO. — Endémico en los Alpes, en los Pirineos y en el Cáucaso, etc.; se caracteriza por la asociación en un mismo sujeto del *idiotismo* y del *bocio*.

**Simulación y disimulación.** — Pero el lado subjetivo, que desempeña un papel tan importante en el examen de las funciones psíquicas, hace ciertos diagnósticos poco seguros, de modo que alguna vez precisa preguntarse si los síntomas hallados son reales ó si son simulados.

Además, podemos estar inducidos al error tanto por los que rodean al enfermo como por éste mismo.

En efecto, alguna vez son los parientes los que intentan hacernos creer en la existencia de tal ó cual manifestación psíquica morbosa en el sujeto. Siguiendo las reglas generales que acabamos de establecer para el análisis de las funciones psíquicas, creemos posible establecer la verdad por un examen directo.

Cuando se sospecha que el sujeto simula la existencia de trastornos psíquicos, se buscará el motivo de esto. Si quiere sustraerse al servicio militar, evitar algún castigo ó la reclusión, etc., se le someterá á una observación prolongada muy estricta y nos chocará, en caso de simulación, la evolución singular de algunos síntomas: serán exagerados, y sin embargo, faltarán otros signos psíquicos ó físicos que ordinariamente les acompañan. De vez en cuando se observará su desaparición, que sólo podrá explicarse por el hecho de que le ha sido imposible al simulador el sostener su papel hasta el final.

Sin embargo, deberemos guardarnos de deducir demasiado aprisa una simulación, y tanto más cuanto algunos desequilibrados y ciertos histéricos son llevados por la naturaleza misma de su afección á exagerar hasta el extremo sus trastornos psíquicos.

Otro escollo consiste en dejarse engañar por verdaderos alienados, quienes, al examen, disimulan sus trastornos psíquicos. Aquí también convendrá buscar los motivos de esta conducta. Frecuentemente se tra-

tará de algunos perseguidos ó de perseguidos-perseguidores que querrán recobrar su libertad para entregarse á la persecución de sus derechos. Una observación prolongada y el examen directo de todas las funciones psíquicas darán cuenta de sus tendencias disimuladoras.

La responsabilidad del médico es frecuentemente enorme en las cuestiones relativas á la comprobación de una enfermedad cerebral verdadera ó de una enfermedad simulada; no debe dejarse nunca de recomendar mucha circunspección al alienista encargado de formular una conclusión en uno ú otro sentido, sobre todo cuando se le encarga la redacción de un certificado de enfermedad ó de salud <sup>1</sup>.

J. ROUBINOVITCH.

#### EXAMEN DE LA SENSIBILIDAD

**División del sujeto.**— Antes de entrar en el estudio de los métodos de exploración de la sensibilidad y de la aplicación á la clínica de los datos proporcionados por esta exploración, es preciso definir lo que se entiende por *sensibilidad* y cuáles son sus diferentes clases.

La sensibilidad es una función del sistema nervioso. El aparato que se adapta á esta función se compone: 1.º de órganos receptores, que son las terminaciones nerviosas más ó menos diferenciadas; 2.º de conductores representados por las fibras sensitivas, que recorren ya los nervios especiales (nervios craneales), ya los nervios mixtos, las raíces raquídeas y los cordones medulares (nervios raquidianos); y 3.º finalmente, de centros cerebrales, en los cuales reside el fenómeno de la percepción consciente y cuya localización es en la actualidad todavía incierta. Todas las modificaciones orgánicas ó funcionales referentes al conjunto ó á cada una de las partes constitutivas del aparato nervioso adaptado á la sensibilidad, causan alteraciones ó una supresión de la percepción. Estas alteraciones son las que se denominan *trastornos de la sensibilidad*.

La sensibilidad comprende diferentes clases, que indicaremos primero en sus líneas generales.

1.º La *sensibilidad especial* es una función exclusiva de los aparatos nerviosos apropiados. Está representada por los cinco sentidos: la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto, que nos indican la existencia de los cuerpos exteriores y nos hacen apreciar sus propiedades. Es la sensibilidad de relación.

<sup>1</sup> Véase el *Apéndice* dedicado al *Diagnóstico de la simulación*.



2.º La *sensibilidad general*, que tiene por expresión fisiológica el dolor, puede, al contrario, manifestarse en todas aquellas partes en donde existan nervios sensitivos. Nos advierte solamente de una modificación sufrida por nuestros órganos sin darnos datos precisos sobre la naturaleza de los agentes que ocasionan esta modificación: es la sensibilidad de conservación.

3.º Aparte de estas dos formas de sensibilidad cuyas cualidades son tan distintas, hay una sensación particular, que nos parece ser proporcionada por los nervios sensibles de nuestros músculos, la que nos informa sobre su clase de actividad. Esta sensación lleva el nombre de *sentido muscular*.

Digamos inmediatamente que, en clínica, se describen generalmente aparte los trastornos que interesan la vista, el oído, el gusto y el olfato con el nombre de *trastornos sensoriales*. Debido á la generalización del tacto á todo el revestimiento cutáneo, se separa el estudio de este sentido del de los cuatro primeros y se le incluye en la *sensibilidad general*. Esta separación es perfectamente legítima desde el punto de vista clínico; en efecto, además de que los cuatro primeros sentidos deben ser explorados por métodos especiales, y como á estos sentidos corresponden órganos localizados, la enunciación de un trastorno en uno de estos sentidos indica implícitamente la región nerviosa interesada. En el examen del tacto, como en el de la sensibilidad al dolor, interviene al contrario un factor importante, cual es la topografía de los trastornos comprobados. Así se exploran al mismo tiempo y en una misma región las diversas modalidades de la percepción táctil y dolorosa.

Estudiado en su sentido clínico, el término *sensibilidad general* comprende, pues, el dolor y las diversas clases de la sensibilidad táctil, mientras que los demás sentidos representan la *sensibilidad especial*.

Esta división clínica es la que adoptaremos. Dejaremos á un lado el estudio de los trastornos sensoriales, que ya se ha hecho en otros capítulos de este Manual, y limitaremos nuestro estudio al del tacto en sus diversas modalidades, la sensibilidad dolorosa y el sentido muscular.

La actividad de la sensibilidad puede despertarse, ya por una excitación dirigida á las terminaciones nerviosas periféricas, excitación resultante de la acción de los agentes exteriores: — este es el modo normal del funcionamiento del aparato nervioso adaptado á la función y esta manifestación constituye la *sensibilidad objetiva*; — ya por una excitación directa de los centros, conductores ú órganos periféricos, excitación de origen interno y que no responde á la acción de los agentes exteriores: esta sensibilidad se llama *subjetiva*. De esto se origina una división muy na-

tural en *trastornos objetivos* y *trastornos subjetivos* de la sensibilidad; y siendo principalmente nuestro fin presentar un método clínico de examen, separaremos los trastornos objetivos, que en su mayoría son puestos en evidencia por el examen técnico del clínico, de los trastornos subjetivos, que son acusados espontáneamente por el enfermo.

Insistiremos primero sobre los métodos de exploración de las diversas clases de sensibilidad, que tendremos ocasión de analizar. Estos métodos corresponden naturalmente á la sensibilidad objetiva.

En un segundo capítulo, describiremos las principales anomalías en la percepción de las excitaciones exteriores (trastornos objetivos de la sensibilidad), y las sensaciones anómalas espontáneas (trastornos subjetivos).

En tercer lugar, daremos una idea de la semiología topográfica de los trastornos de la sensibilidad.

Finalmente, hablaremos de algunas reacciones motoras reflejas (*reflejos cutáneos*), que están íntimamente relacionadas con el estudio de la sensibilidad.

#### I.—MÉTODOS DE EXPLORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD OBJETIVA

El principio del método de exploración de la sensibilidad objetiva es el siguiente: determinar una excitación de una superficie sensible, observar por el interrogatorio del enfermo el resultado obtenido y compararlo con los datos fisiológicos normales.

Deben cumplimentarse algunas condiciones muy sencillas. La excitación debe ser electiva y exclusiva. *Electiva*, es decir, dirigida tanto como sea posible sobre la clase de sensibilidad que se quiere explorar: tacto, dolor, sensibilidad térmica, etc. *Exclusiva*, es decir, no turbada ni modificada por otras excitaciones extrañas. Se colocará el sujeto en un lugar en donde su atención no pueda distraerse, lejos del ruido y al abrigo del frío, con los ojos cerrados ó cubiertos con un pañuelo ó venda. Se colocará, pues, al sujeto en una situación de equilibrio normal, que dejará todo su valor á las excitaciones ó á las modificaciones de estado indiferente determinadas por el explorador.

Es además necesario tener en cuenta el estado intelectual del sujeto examinado, en la apreciación de los resultados obtenidos. En efecto, á veces es muy difícil estudiar la sensibilidad en ciertos enfermos cuyas funciones cerebrales están perturbadas: los apopléticos, los alienados y los dementes, sin hablar de la simulación, en la cual convendrá también pensar.

En el examen, nos dirigiremos sucesivamente á las diferentes clases